

Basisdokumentation 2018

Ausgewählte Daten
zur Entwöhnungsbehandlung
im Fachverband Sucht e.V.

Vorstand (Stand Dezember 2019)

Dr. Monika Vogelgesang (Vorsitzende)

Chefärztin MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar

Prof. Dr. Wilma Funke (stellvertretende Vorsitzende)

Leitende Psychologin der MEDIAN Klinik Wied, Wied

Rudolf Bachmeier

Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Holding, Bad Füssing

Tobias Brockmann

Geschäftsbereichsleiter Rehabilitation, Paracelsus-Kliniken, Bad Essen

Alfons Domma

salus kliniken, Hürth

Dr. Dietmar Kramer

Ärztliche Leitung der salus klinik Friedrichsdorf, Friedrichsdorf/Taunus

Christian Muhl

Direktor, salus klinik Friedberg, Friedberg

Andreas Wirth

Geschäftsbereichsleiter Süd-West, Mitglied der Geschäftsleitung MEDIAN, Bad Dürkheim

Geschäftsstelle

Dr. Volker Weissinger

Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht e. V.

Ingrid Meumerzheim

Büroleiterin des Fachverbandes Sucht e. V.

Dr. Ursula Köstler

Referentin der Geschäftsführung des Fachverbandes Sucht e. V.

Impressum

Herausgeber: Fachverband Sucht e. V.

Walramstraße 3

53175 Bonn

Tel.: 0228 / 26 15 55

Fax: 0228 / 21 58 85

Homepage: <http://www.sucht.de>

E-Mail: sucht@sucht.de

Vorwort

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) vertritt circa 95 Mitgliedseinrichtungen mit über 6.800 stationären und vielen (ganztägig) ambulanten Therapieplätzen. Es gehört zu den verbindlichen Qualitätsmerkmalen von Mitgliedseinrichtungen des FVS, dass sie eine qualifizierte Basisdokumentation vorhalten. Bereits im Jahr 1993 hat der FVS einen Ausschuss „Statistik und Dokumentation“ eingerichtet und veröffentlicht seit dem Jahr 1993 kontinuierlich Daten zur Basisdokumentation in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Die Dokumentation war lange Zeit auf Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige beschränkt. Mittlerweile umfasst die Basisdokumentation des FVS alle Bereiche der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker:

- Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit
- Fachkliniken für Drogenabhängigkeit
- Adaptionseinrichtungen
- Ambulante Rehabilitationseinrichtungen
- Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen

Neben den Basisdokumentationen der unterschiedlichen Einrichtungsarten werden in der vorliegenden Ausgabe zum dritten Mal jeweils eine Sonderauswertung zum Pathologischen Glücksspiel sowie zum pathologischen PC-/Internet-Gebrauch veröffentlicht. Dazu werden die Basisdokumentationsdaten von Patienten/innen mit der Hauptdiagnose „Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F68.8)¹ bzw. „Pathologisches Glücksspiel“ (F63.0) aus stationären Rehabilitationseinrichtungen für Alkohol/Medika-

mente sowie psychosomatischen Abteilungen von Fachkliniken mit der Doppelindikation Psychosomatik/Sucht untersucht und beschrieben.

Insgesamt gingen Daten von 19.356 Patienten/innen in die aktuelle Basisdokumentation ein. Bei der Erhebung und Auswertung der Daten des Entlassjahrgangs 2018 bestand eine große Herausforderung in der Umstellung auf den neuen deutschen Kerndatensatz (KDS 3.0), der von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) herausgegeben wurde. Es ist jedoch insgesamt wieder gelungen, eine aussagekräftige Basisdokumentation zu erstellen. Auf einzelne Probleme der Datenerhebung wird an entsprechender Stelle in den jeweiligen Kapiteln verwiesen. Der FVS wirkt im Fachausschuss Statistik der DHS mit. Darüber hinaus ist er Mitglied im Fachbeirat Suchthilfestatistik (ehemalige EBIS-AG) sowie in der Arbeitsgemeinschaft Deutsche Suchthilfestatistik (AG DSHS).

Anliegen des FVS ist es, mit dieser differenzierten Beschreibung einen Beitrag zur kontinuierlichen Qualitätssicherung in der Rehabilitation Suchtmittelabhängiger zu leisten.

Diese Ausgabe der Basisdokumentation ist Herrn Peter Missel gewidmet, der zu unserem großen Bedauern verstorben ist und sich um die Dokumentation der Suchtrehabilitation und deren Wirkungsnachweis in besonderer Weise verdient gemacht hat. Er war vom 25. September 1997 bis zum 20. Juli 2019 Mitglied des Vorstands und wirkte über einen noch längeren Zeitraum in der Arbeitsgruppe Statistik/Dokumentation des FVS mit.

Dr. Monika Vogelgesang
Vorsitzende des Vorstandes des FVS

Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer des FVS

¹ In die Auswertung sind ausschließlich Daten aus Mitgliedseinrichtungen eingeflossen, bei denen gewährleistet ist, dass F68.8 ausschließlich dem Pathologischen PC-/Internet-Gebrauch vorbehalten ist.

A Basisdokumentation nach Einrichtungsart

I	Basisdokumentation 2018 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit	6
II	Basisdokumentation 2018 – Fachkliniken für Drogenabhängigkeit	30
III	Basisdokumentation 2018 – Adaptionseinrichtungen	51
IV	Basisdokumentation 2018 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen	65
V	Basisdokumentation 2018 – Ganztagig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen	80

B Sonderauswertungen

VI	Basisdokumentation 2018 – Pathologisches Glücksspielen	103
VII	Basisdokumentation 2018 – Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch	128

C Basisdokumentation 2018 –

	Zentrale Ergebnisse im Überblick	133
--	--	-----

Teil A Basisdokumentation nach Einrichtungsart

I	Basisdokumentation 2018 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit	6
II	Basisdokumentation 2018 – Fachkliniken für Drogenabhängigkeit	30
III	Basisdokumentation 2018 – Adaptionseinrichtungen	51
IV	Basisdokumentation 2018 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen	65
V	Basisdokumentation 2018 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen	80

Inhaltsverzeichnis

*Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel H., Funke, W.,
Kemmann, D., Kersting, S., Medenwaldt, J., Missel, P. (†), Neumann, E.,
Premper, V., Teigeler, H., Wagner, A., Köstler, U., Weissinger, V.*

Teilband I:

**Basisdokumentation 2018 –
Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit**

1.	Einleitung	7
2.	Basisdokumentation 2018 des Fachverbandes Sucht e.V.	7
2.1	Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung	7
2.2	Beschreibung der Patienten nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen	8
2.3	Angaben zur Therapievorbereitung und zur Aufnahme	11
2.4	Diagnosen und Vorbehandlungen	12
2.5	Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende	17
2.6	Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018	20
2.7	Psychische Komorbidität	21
2.8	Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018	24
2.9	Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentationen 2018 mit der Basisdokumentation 2017	27
3.	Ausblick	29
4.	Literatur	29
	Autorenverzeichnis	29
	Liste der Einrichtungen, deren Datensätze in die Auswertung eingingen	29

Teilband I:

Basisdokumentation 2018 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit

1. Einleitung

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) vertritt ca. 95 Mitgliedseinrichtungen mit über 6.500 stationären und vielen ambulanten Therapieplätzen.

Mit diesem Bericht legen wir die 24. Dokumentation in Folge mit ausgewählten Daten zur Entwöhnungsbehandlung in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige vor.

Es gehört zu den verbindlichen Qualitätsmerkmalen des Fachverbandes Sucht, dass diese Mitgliedseinrichtungen u.a. Folgendes erfüllen:

- wissenschaftlich begründete Behandlungskonzepte,
- definierte Therapieziele, -pläne,
- qualifizierte Aufnahme- und Entlassungsdokumentationen,
- Patientenbefragungsbögen zur Zufriedenheit, Zielerwartung und Zielerreichung,
- katamnestiche Instrumente zur Evaluation von Behandlungsergebnissen,
- internes Qualitätsmanagement nach anerkannten Zertifizierungsverfahren,
- Teilnahme am externen Qualitätssicherungsprogramm der Leistungsträger.

Bereits im Jahr 1993 hat der FVS einen Ausschuss „Statistik und Dokumentation“ eingerichtet, dem die Autoren dieses Bandes angehören (vgl. Autorenliste). Seit 1994 ist der FVS auch Mitglied im Fachbeirat Suchthilfestatistik.

Für den vorliegenden Bericht wurde als Basis der Deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe Version 3.0 (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2018) zugrunde gelegt, der vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) unter Beteiligung des FVS entwickelt wurde. Der Fachverband Sucht e.V. ist auch in der Arbeitsgemeinschaft Deutsche Suchthilfestatistik (AG DSHS) vertreten. Diese Arbeitsgemeinschaft trägt die fach- und datenpolitische Verantwortung bezüglich der Deutschen

Suchthilfestatistik (ambulant und stationär im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit).

Die Grundgesamtheit an Patienten¹ unseres vorliegenden Datenpools 2018 hat sich gegenüber dem Vorjahr verringert und umfasst 12.988 Patienten (intention-to-treat (ITT) – Stichprobe; alle in 2018 entlassenen Patienten).

Es sei darauf verwiesen, dass nicht bei allen Merkmalen dieselbe Grundmenge an Patientendaten eingehen konnte. Dies liegt an den teilweise voneinander abweichenden Erhebungsformen der verschiedenen Dokumentationssysteme bzw. an eventuell unvollständigen Datensätzen innerhalb des jeweiligen Systems. Deshalb wurden für die Darstellung der Ergebnisse im Text und den Tabellen jeweils die fehlenden Daten herausgerechnet. Die Quote der fehlenden Daten (bezogen auf die Gesamtstichprobe) ist im Text und den Tabellen zudem mit ausgewiesen. In die Auswertung gingen nur Datensätze aus Einrichtungen des Fachverbandes Sucht ein, die die Mindeststandards für Datensätze der Basisdokumentation des FVS² erfüllt haben.

Der Fachverband Sucht e.V. leistet mit dieser differenzierten Beschreibung der Klientel einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in der stationären Rehabilitation Suchtmittelabhängiger. Die Basisdokumentation bildet ebenfalls die Grundlage für eine differenzierte Darstellung und Bewertung katamnestiche Befragungsergebnisse und liefert einen substantiellen Teil der stationären Daten für die Deutsche Suchthilfestatistik.

¹ Zur einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Form im geschlechtsübergreifenden Sinn verwendet. Geschlechtsspezifische Angaben sind ausdrücklich gekennzeichnet.
² Für die Items Geschlecht, Alter bei Aufnahme, Behandlungsdauer, Hauptdiagnose, Art der Einrichtung und Dokumentationssystem sind keine „Missing-Data“ zulässig. Für die Items Leistungsträger und Art der Therapiebeendigung sind maximal drei Prozent „Missing-Data“ zulässig.

2. Basisdokumentation 2018 des Fachverbandes des Sucht

2.1. Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung

Im vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Daten zur stationären medizinischen Rehabilitation suchtmittelabhängiger Patienten für das Jahr 2018 zusammengefasst. Die Daten stammen ausschließlich aus Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e. V. Die Gesamtstichprobe der Basisdokumentation 2018 umfasst 12.988 Patienten aus insgesamt 31 stationären Therapieeinrichtungen.

Tabelle 1: EDV-Systeme

EDV-System	Häufigkeit	Prozent
EBIS (GSDA)	45	0,3%
IKIS (MEDIAN)	5.215	40,2%
PATFAK (Redline DATA)	5.538	42,6%
PaDo (Navacom)	2.190	16,9%
Zusammen	12.988	100,0%

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verwendeten EDV-Systeme: Für 5.538 (42,6%) Patienten wurden die Daten mit dem Programm PATFAK (Redline DATA) erhoben. Bei 5.215 (40,2%) Patientendaten kam das Erhebungsinstrument IKIS (MEDIAN) zur Anwendung. 2.190 Patientendaten (16,3%) wurden mit dem Programm PADO (navacom IT Solutions GmbH) und 45 (0,3%) mit EBIS (GSDA) erhoben.

Auf eine vergleichende Betrachtung mit Daten aus anderen Dokumentationssystemen wurde verzichtet. Ein derartiger Abgleich ist zudem methodisch problematisch, da die Daten der Basisdokumentationen des Fachverbandes Sucht als Teilstichproben in der Regel auch in den Gesamtstichproben anderer verbandsübergreifender Dokumentationsberichte enthalten sind.

Die Daten wurden durch Redline DATA, Ahrensböck, gesammelt und zusammengeführt sowie auf Fehlerfreiheit geprüft. Die Auswertung des anonymisierten Datenpools wurde durch die Qualitätssicherung der Johannesbad Gruppe, Bad Füssing, vorgenommen. Ein Rückschluss auf die Daten aus einzelnen Mitgliedseinrichtungen bzw. auf einzelne Patienten ist nicht möglich.

In den folgenden Abschnitten 2.2 bis 2.5 sind die Daten der Basisdokumentation geschlechtsspezifisch dargestellt und die bedeutendsten Unterschiede erläutert. Für die Variablen Alter bei Betreuungsbeginn, Dauer der Suchtmittelabhängigkeit und Dauer der Behandlung sind anstatt der verbalen Beschreibung bedeutender geschlechtsspezifischer Unterschiede die Ergebnisse der durchgeführten Signifikanztests angegeben.

Im Abschnitt 2.6 werden ausgewählte Variablen der Basisdokumentation 2018 hinsichtlich des Status am Anfang und am Ende der Maßnahme in Kreuztabellen miteinander verglichen. Die psychische Komorbidität wird in Abschnitt 2.7 näher betrachtet und in Abschnitt 2.8 erfolgt zudem eine altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018. In Abschnitt 2.9 werden abschließend ausgewählte Daten der Basisdokumentationen 2018 und 2017 des Fachverbandes Sucht e.V. miteinander verglichen.

2.2. Beschreibung der Patienten nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen

Die **Altersverteilung** der Patienten bei Betreuungsbeginn in Abhängigkeit vom jeweiligen **Geschlecht** ist in Abbildung 1 und Tabelle 2 dargestellt. Von den insgesamt 12.988 Patienten sind 3.685 (28,4%) weiblichen und 9.303 (71,6%) männlichen Geschlechts. Zur Übersicht wurden die Patienten hierzu in Altersgruppen mit einer Spannweite von jeweils 5 Jahren gruppiert.

Mit einem Anteil von 17,1% der Patienten war die Altersklasse der 50- bis 54-Jährigen am häufigsten besetzt, gefolgt von den Altersklassen der 45- bis 49-Jährigen mit 14,6%, der 55- bis 59-Jährigen mit 14,4% und der 35- bis 39-Jährigen mit 12,2%. 11,3% der Patienten waren zwischen 40 und 44 Jahre und 9,8% zwischen 30 und 34 Jahre alt. 60 Jahre und älter waren 7,1% der Patienten. 29 Jahre oder jünger waren 9,4% der Patienten.

Tabelle 2: Altersverteilung der Patienten

Altersverteilung in Jahren	Männer		Frauen		Gesamt	
bis 19 Jahre	79	0,8%	28	0,8%	107	0,8%
20 bis 24 Jahre	310	3,3%	84	2,3%	394	3,0%
25 bis 29 Jahre	582	6,3%	149	4,0%	731	5,6%
30 bis 34 Jahre	945	10,2%	325	8,8%	1.270	9,8%
35 bis 39 Jahre	1.213	13,0%	374	10,1%	1.587	12,2%
40 bis 44 Jahre	1.034	11,1%	433	11,8%	1.467	11,3%
45 bis 49 Jahre	1.341	14,4%	561	15,2%	1.902	14,6%
50 bis 54 Jahre	1.528	16,4%	695	18,9%	2.223	17,1%
55 bis 59 Jahre	1.300	14,0%	566	15,4%	1.866	14,4%
60 bis 64 Jahre	647	7,0%	276	7,5%	923	7,1%
65 Jahre und älter	324	3,5%	194	5,3%	518	4,0%
Zusammen	9.303	100,0%	3.685	100,0%	12.988	100,0%
Mittelwert ± Standardabweichung	45,3 ± 11,8 Jahre		47,3 ± 11,5 Jahre		45,9 ± 11,8 Jahre	

Insgesamt wurden nur 0,8% jugendliche Patienten unter 20 Jahren behandelt.

Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 45,9 Jahre ($\pm 11,8$ Jahre). Frauen waren durchschnittlich 47,3 Jahre ($\pm 11,5$ Jahre) alt, Männer hingegen hatten ein um 2,0 Jahre geringeres durchschnittliches Alter von 45,3 Jahren ($\pm 11,8$ Jahre). Die Mittelwerte der Altersverteilungen von männlichen und weiblichen Patienten unterscheiden sich hierbei statistisch signifikant ($p < 0,001$, z-test).

Einen Überblick über die **Lebenssituation (Partnerbeziehung und Zusammenle-**

ben) der Patienten bei Betreuungsbeginn vermittelt Tabelle 3. Etwas mehr als die Hälfte der Patienten (52,3%) haben keinen Partner, wobei sich die Angaben von Männern und Frauen mit 54,6% vs. 46,4% deutlich unterscheiden. Für 8,1% aller Patienten fehlen entsprechende Angaben.

Alleinlebend waren zudem 55,1% der Patienten, 31,6% lebten mit einem Partner, 13,2% mit Kindern, 7,3% mit Eltern, 6,3% mit sonstigen Bezugspersonen, 7,0% mit sonstigen Personen und bei 6,9% aller Patienten lagen keine Daten vor. 57,4% der männlichen im Vergleich

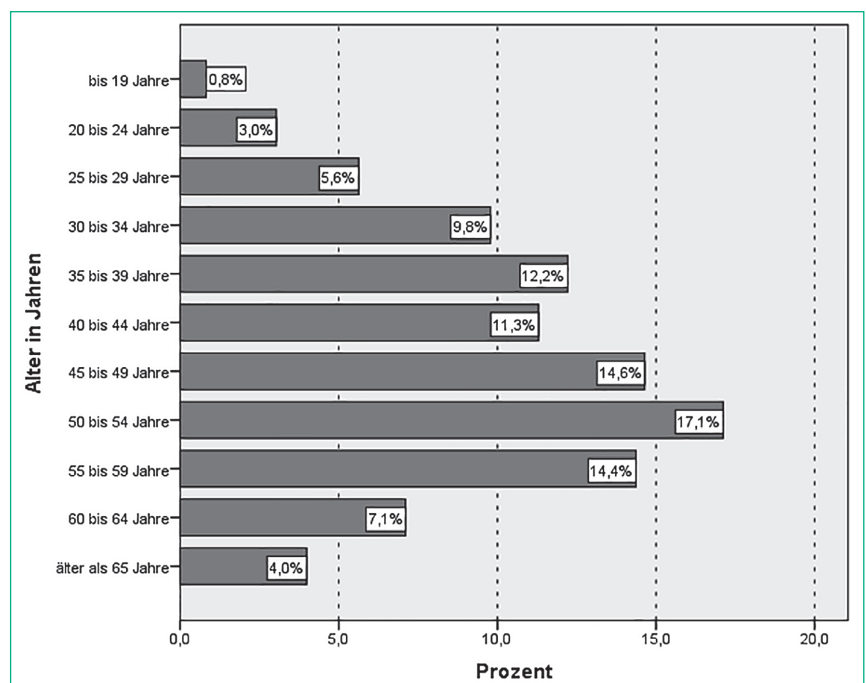


Abbildung 1: Altersverteilung der Patienten bei Behandlungsbeginn

Tabelle 3: Lebenssituation: Partnerschaft und Zusammenleben (Mehrfachnennungen sind möglich)

Partnerschaft	Männer		Frauen		Gesamt	
in Partnerschaft lebend	3.892	45,4%	1.799	53,6%	5.691	47,7%
nicht in Partnerschaft lebend	4.683	54,6%	1.560	46,4%	6.243	52,3%
Zusammen	8.575	100,0%	3.359	100,0%	11.934	100,0%
keine Daten	728	7,8%	326	8,8%	1.054	8,1%
Zusammenleben	Männer		Frauen		Gesamt	
alleinlebend	4.973	57,4%	1.694	49,5%	6.667	55,1%
lebt zusammen mit						
Partner	2.579	29,7%	1.240	36,3%	3.819	31,6%
Kind(ern)	988	11,4%	607	17,7%	1.595	13,2%
Eltern(-teil)	733	8,5%	154	4,5%	887	7,3%
sonstiger/en Bezugsperson/en	663	7,6%	93	2,7%	756	6,3%
sonstiger/n Person/en	726	8,4%	122	3,6%	848	7,0%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze	8.671	100,0%	3.420	100,0%	12.091	100,0%
keine Daten	632	6,8%	265	7,2%	897	6,9%

Tabelle 4: Wohnsituation der Patienten am Tag vor Behandlungsbeginn – Datenbasis 28 von 31 Einrichtungen

Wohnsituation am Tag vor Behandlungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
selbständiges Wohnen	5.800	78,5%	2.339	87,0%	8.139	80,8%
bei anderen Personen	790	10,7%	161	6,0%	951	9,4%
ambulant betreutes Wohnen	86	1,2%	28	1,0%	114	1,1%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	289	3,9%	93	3,5%	382	3,8%
Wohnheim/Übergangswohnheim	88	1,2%	19	0,7%	107	1,1%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	57	0,8%	2	0,1%	59	0,6%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	60	0,8%	7	0,3%	67	0,7%
ohne Wohnung	194	2,6%	35	1,3%	229	2,3%
sonstiges	22	0,3%	6	0,2%	28	0,3%
Zusammen	7.386	100,0%	2.690	100,0%	10.076	100,0%
keine Daten	498	6,3%	224	7,7%	722	6,7%

Tabelle 5: Höchster Schulabschluss/höchster beruflicher bzw. akademischer Ausbildungsabschluss

höchster erreichter Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
derzeit in Schulausbildung	7	0,1%	1	0,0%	8	0,1%
ohne Schulabschluss	465	5,3%	130	3,7%	595	4,8%
Haupt-/Volksschulabschluss	3.461	39,1%	986	28,4%	4.447	36,1%
Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	3.229	36,5%	1.486	42,8%	4.715	38,3%

zu nur 49,5% der weiblichen Patienten waren zu Behandlungsbeginn alleinlebend. Ebenso lebten 8,5% der Männer, aber nur 4,5% der Frauen bei den Eltern, 7,6% der Männer gegenüber 2,7% der Frauen mit sonstigen Bezugspersonen und 8,4% der Männer vs. 3,6% der Frauen bei sonstigen Personen. Demgegenüber lebten nur 11,4% der Männer, aber 17,7% der Frauen mit Kindern und nur 29,7% der Männer im Vergleich zu 36,3% der Frauen mit einem Partner bzw. einer Partnerin.

Tabelle 4 zeigt die **Wohnsituation am Tag vor Behandlungsbeginn**. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten (80,8%) gab an, selbständig zu wohnen, wobei der Anteil bei den Männern mit 78,5% vs. 87,0% deutlich unter dem der Frauen liegt. Weitere Angaben der Patienten zu ihrer Wohnsituation waren: „bei anderen Personen“ mit 9,4% (10,7% vs. 6,0%), „ambulant betreutes Wohnen“ mit 1,1% (1,2% vs. 1,0%), „(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung“ mit 3,8% (3,9% vs. 3,5%), „Wohnheim/Übergangswohnheim“ mit 1,1% (1,2% vs. 0,7%), „JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung“ mit 0,6% (0,8% vs. 0,1%), „Notunterkunft, Übernachtungsstelle“ mit 0,7% (0,8% vs. 0,3%), „ohne Wohnung“ mit 2,3% (2,6% vs. 1,3%) und „sonstiges“ mit 0,3% (0,3% vs. 0,2%). Bei 6,7% aller Patienten waren keine Daten zur Wohnsituation kodiert.

Tabelle 5 gibt Aufschluss über den **höchsten erreichten Schulabschluss und den höchsten beruflichen bzw. akademischen Ausbildungsabschluss**. Derzeit in Schulausbildung sind 8 Patienten (0,1%), 4,8% blieben ohne Schulabschluss und 36,1% weisen einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss auf. 38,3% aller Patienten verfügten über einen Realschulabschluss bzw. haben eine Polytechnische Oberschule abgeschlossen, weitere 19,1% gaben an, die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife oder das Abitur zu besitzen. 1,6% der Patienten hatten einen anderen Schulabschluss. Für 5,1% aller Patienten lagen keine Angaben zur Schulausbildung vor.

Deutlich mehr weibliche als männliche Patienten verfügen über einen Realschulabschluss bzw. haben eine Polytechnische Oberschule abgeschlossen (42,8% vs. 36,5%) oder können eine Hochschul- bzw. Fachhochschulreife bzw. ein Abitur vorweisen (23,7% vs. 17,3%). Dahingegen verfügen mehr männliche als weibliche Patienten über einen Haupt- bzw.

Volksschulabschluss (39,1% vs. 28,4%) oder sind ohne Schulabschluss (5,3% vs. 3,7%).

5,6% der Patienten (5,4% Männer vs. 5,9% Frauen) haben bislang noch keine Berufsausbildung begonnen und weitere 1,0% (1,1% vs. 0,9%) befinden sich derzeit in einer Hochschul- oder Berufsausbildung. 13,0% (13,4% vs. 11,8%) der Patienten verfügen über keine abgeschlossene Hochschul- oder Berufsausbildung. Dagegen verfügen beinahe zwei Drittel der Patienten (65,2%, 65,0% vs. 65,6%) über einen betrieblichen Berufsabschluss. Weitere 3,9% (4,5% vs. 2,4%) sind Meister bzw. Techniker, 8,1% (7,6% vs. 9,4%) haben einen akademischen Abschluss und 3,3% (3,0% vs. 4,0%) einen anderen Berufsabschluss. Bei 5,8% aller Patienten fehlen die Angaben zum höchsten beruflichen bzw. akademischen Ausbildungsabschluss.

In Tabelle 6 ist die **Erwerbstätigkeit am Tag vor Behandlungsbeginn** dargestellt. Zur Betrachtung der Erwerbsituation wurde zwischen folgenden Kategorien unterschieden: „Auszubildender“, „Arbeiter/Angestellter/Beamter“, „Selbstständiger/Freiberufler“, „sonstige Erwerbspersonen“, „in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)“, „in Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand“, „arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)“, „arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)“, „Schüler/Student“, „Hausfrau/Hausmann“, „Rentner/Pensionär“, „sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen“ und „sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen“.

Bezüglich der Erwerbstätigkeit am Tag vor Aufnahme waren 0,8% der Patienten Auszubildende. 35,9% waren als Arbeiter, Angestellte oder Beamte tätig, 1,5% waren Selbstständige oder Freiberufler, 0,4% gaben an, sonstige Erwerbspersonen zu sein und 0,6% befanden sich in beruflicher Rehabilitation. 43,0% der Patienten waren arbeitslos, wobei 28,1% arbeitslos nach SGB II (Bezug von Arbeitslosengeld II) und 14,9% arbeitslos nach SGB III (Bezug von Arbeitslosengeld I) waren. Weitere 2,4% waren in Elternzeit bzw. im (längerfristigen) Krankenstand, 0,4% waren Schüler bzw. Studenten, 1,4% waren Hausfrauen bzw. Hausmänner, 10,6% waren Rentner und 2,9% wurden der Kategorie „sonstige Nichterwerbspersonen“ zugeordnet (1,3% mit Bezug von SGB XII-Leistungen und 1,6% ohne entsprechende Leistungen), bei

noch Tabelle 5: *Höchster Schulabschluss/höchster beruflicher bzw. akademischer Ausbildungsabschluss*

höchster erreichter Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
(Fach-)Hochschulreife/ Abitur	1.533	17,3%	824	23,7%	2.357	19,1%
anderer Schulabschluss	156	1,8%	47	1,4%	203	1,6%
Zusammen	8.851	100,0%	3.474	100,0%	12.325	100,0%
keine Daten	452	4,9%	211	5,7%	663	5,1%
höchster beruflicher/ akademischer Ausbildungsabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
noch keine Ausbildung begonnen	476	5,4%	204	5,9%	680	5,6%
derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	94	1,1%	32	0,9%	126	1,0%
keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	1.178	13,4%	407	11,8%	1.585	13,0%
Betrieblicher Berufsabschluss	5.705	65,0%	2.269	65,6%	7.974	65,2%
Meister / Techniker	396	4,5%	84	2,4%	480	3,9%
akademischer Abschluss	668	7,6%	325	9,4%	993	8,1%
anderer Berufsabschluss	264	3,0%	137	4,0%	401	3,3%
Zusammen	8.781	100,0%	3.458	100,0%	12.239	100,0%
keine Daten	522	5,6%	227	6,2%	749	5,8%

Tabelle 6: *Erwerbsituation am Tag vor Behandlungsbeginn der Patienten*

Erwerbsituation am Tag vor Behandlungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
Auszubildender	79	0,9%	26	0,7%	105	0,8%
Arbeiter/Angestellter/ Beamter	3.306	36,0%	1.306	35,9%	4.612	35,9%
Selbstständiger/Freiberufler	146	1,6%	44	1,2%	190	1,5%
sonstige Erwerbspersonen	46	0,5%	9	0,2%	55	0,4%
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	55	0,6%	19	0,5%	74	0,6%
in Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	229	2,5%	84	2,3%	313	2,4%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	1.399	15,2%	507	13,9%	1.906	14,9%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	2.741	29,8%	864	23,8%	3.605	28,1%
Schüler/Student	36	0,4%	19	0,5%	55	0,4%
Hausfrau/Hausmann	35	0,4%	145	4,0%	180	1,4%
Rentner/Pensionär	850	9,2%	512	14,1%	1.362	10,6%
sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	122	1,3%	46	1,3%	168	1,3%
sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	150	1,6%	56	1,5%	206	1,6%
Zusammen	9.194	100,0%	3.637	100,0%	12.831	100,0%
keine Daten	109	1,2%	48	1,3%	157	1,2%

1,2% aller Patienten wurde „keine Daten“ kodiert.

Der Vergleich der Geschlechter ergibt einen deutlichen Unterschied in der Kategorie „Hausfrau, Hausmann“ mit einem Anteil von 4,0% bei Frauen gegenüber nur 0,4% bei Männern. Ebenso zeigen sich in der Kategorie „Rentner/Pensionär“ mit 14,1% ein deutlich höherer Frauenanteil gegenüber 9,2% bei männlichen Patienten. Demgegenüber sind die Kategorien „arbeitslos nach SGB III“ bzw. „arbeitslos nach SGB II“ bei Männern mit 15,2% bzw. 29,8% deutlich häufiger besetzt als bei Frauen mit 13,9 % bzw. 23,8%.

2.3. Angaben zur Therapievorbereitung und zur Aufnahme

Die Angaben zur **vermittelnden Instanz** sind Tabelle 7 zu entnehmen. Im Kerndatensatz kann zur Kodierung der vermittelnden Instanz aus einer Liste von 23 verschiedenen Vermittlern ausgewählt werden. Deshalb werden in Tabelle 7 nur die zehn häufigsten Vermittler einzeln dargestellt und die weiteren Vermittler zur Kategorie „sonstige“ zusammengefasst.

Für 1,7% aller Patienten fehlen Angaben zur vermittelnden Instanz. Die häufigste Vermittlungsform bezüglich der untersuchten Stichprobe war die Vermittlung durch eine ambulante Suchthilfeeinrichtung wie z.B. Suchtberatungs- und/oder -behandlungsstelle bzw. Fachambulanz, Institutsambulanz mit 49,3% der Patienten (49,4% bei Männern vs. 49,0% bei Frauen). 16,5% aller Patienten (16,1% vs. 17,6%) wurden über psychiatrische Krankenhäuser in die stationäre Rehabilitation vermittelt und weitere 9,8% (9,9% vs. 9,8%) über Allgemeinkrankenhäuser bzw. Einrichtungen der Akutbehandlung. Weitere Vermittlungsinstanzen waren: Leistungsträger bei 6,6% der Patienten (6,2% vs. 7,5%), sonstige Vermittler bei 4,1% (4,0% vs. 4,2%), andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-/Familien-/Erziehungsberatung, sozialpsychiatrischer Dienst) bei 2,6% (2,8% vs. 2,1%), ärztliche oder psychotherapeutische Praxis bei 2,3% (2,2% vs. 2,3%), stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption) bei 1,6% (1,6% vs. 1,3%), Arbeitgeber, Betrieb oder Schule bei 1,3% (1,5% vs. 0,7%) und soziales Umfeld bei 1,0% (1,1% vs. 0,9%). 4,9% der Patienten (5,1% vs. 4,6%) traten die medizinische Rehabilitationsmaßnahme ohne Vermittlung einer betreuenden Einrichtung an.

Tabelle 7: Angaben zur vermittelnden Instanz (Es werden die zehn häufigsten Vermittler dargestellt, weitere Vermittler sind in der Kategorie „sonstige“ zusammengefasst.)

Vermittelnde Instanz	Männer		Frauen		Gesamt	
keine / Selbstmelder	465	5,1%	166	4,6%	631	4,9%
soziales Umfeld	98	1,1%	31	0,9%	129	1,0%
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	141	1,5%	26	0,7%	167	1,3%
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	205	2,2%	83	2,3%	288	2,3%
ambulante Suchthilfeeinrichtung	4.524	49,4%	1.772	49,0%	6.296	49,3%
allgemeines Krankenhaus und Einrichtungen der Akutbehandlung	903	9,9%	354	9,8%	1.257	9,8%
psychiatrisches Krankenhaus	1.473	16,1%	636	17,6%	2.109	16,5%
stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	151	1,6%	48	1,3%	199	1,6%
andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-/Familien-/Erziehungsberatung, sozialpsychiatrischer Dienst)	258	2,8%	77	2,1%	335	2,6%
Kosten-/Leistungsträger	568	6,2%	270	7,5%	838	6,6%
sonstige	369	4,0%	152	4,2%	521	4,1%
Zusammen	9.155	100,0%	3.615	100,0%	12.770	100,0%
keine Daten	148	1,6%	70	1,9%	218	1,7%

Tabelle 8: Leistungsträger

Leistungsträger	Männer		Frauen		Gesamt	
pauschal/institutionell finanziert	8	0,1%	3	0,1%	11	0,1%
Selbstzahler	103	1,1%	39	1,1%	142	1,1%
Rentenversicherung	7.855	84,5%	2.967	80,6%	10.822	83,4%
Krankenversicherung	1.254	13,5%	663	18,0%	1.917	14,8%
Sozialhilfe	14	0,2%	6	0,2%	20	0,2%
Jugendhilfe	1	0,0%	1	0,0%	2	0,0%
Arbeitsagenturen, Jobcenter	3	0,0%	0	0,0%	3	0,0%
Pflegeversicherung	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
sonstige	57	0,6%	2	0,1%	59	0,5%
Zusammen	9.296	100,0%	3.681	100,0%	12.977	100,0%
keine Daten	7	0,1%	4	0,1%	11	0,1%

Tabelle 8 gibt einen Überblick über die **Leistungsträgerstruktur**. Für 0,1% aller Patienten fehlen Angaben über den Leistungsträger der stationären Rehabilitationsmaßnahme. Die nach Prozentzahlen stärksten Beleger waren die Rentenversicherung mit 83,4% der Patienten (84,5% Männer vs. 80,6% Frauen) und die gesetzliche Krankenversicherung mit 14,8% (13,5% vs. 18,0%). Weiterhin waren Leistungsträger der Kategorie

„pauschal/institutionell finanziert“ mit 0,1% der Patienten (0,1% vs. 0,1%), „Selbstzahler“ mit 1,1% (1,1% vs. 1,1%), „Sozialhilfe“ mit 0,2% (0,2% vs. 0,2%) und „sonstige Leistungsträger“ mit 0,5% (0,6% vs. 0,1%) an den Behandlungskosten beteiligt. Die Leistungsträger „Jugendhilfe“, „Arbeitsagenturen, Jobcenter“ und „Pflegeversicherung“ waren mit zwei, drei und einem Patienten prozentual zu vernachlässigen.

2.4. Diagnosen und Vorbehandlungen

In Abbildung 2 und Tabelle 9 ist die **Hauptdiagnose** der untersuchten Stichprobe dargestellt. Die Kategorienbildung orientiert sich an der ICD-10-Klassifikation des Kapitels V (F), wobei auf die vierte und fünfte Stelle der Kodierung, die das aktuelle klinische Erscheinungsbild beschreiben, verzichtet wurde.

Bei 88,9% aller Patienten wurde als Hauptdiagnose „Störungen durch Alkohol (F10)“ kodiert, wobei zwischen den jeweiligen Anteilen von Männern und Frauen mit 88,3% vs. 90,3% nur ein geringer Unterschied besteht. Weitere Hauptdiagnosen waren „Störungen durch Cannabinoide (F12)“ mit 4,5% aller Patienten (5,1% vs. 2,8%), mit jeweils 1,8% „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (F19)“ (2,1% vs. 1,0%) bzw. „Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein (F15)“ (1,8% vs. 1,8%) und „Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F13)“ mit 1,1% (0,7% vs. 2,3%). Der Anteil sonstiger Suchtmitteldiagnosen betrug 1,5% (1,6% vs. 1,2%). Bei jeweils zwei Patienten wurde die Diagnose Essstörung (F50) bzw. Missbrauch von nicht abhängigkeits erzeugenden Substanzen (F55) und bei 0,4% aller Patienten (0,4% vs. 0,4%) eine sonstige bzw. unklare Diagnose als Hauptdiagnose kodiert.

Die Verteilung weiterer Suchtmitteldiagnosen neben der Hauptdiagnose ist in Tabelle 10 dargestellt.

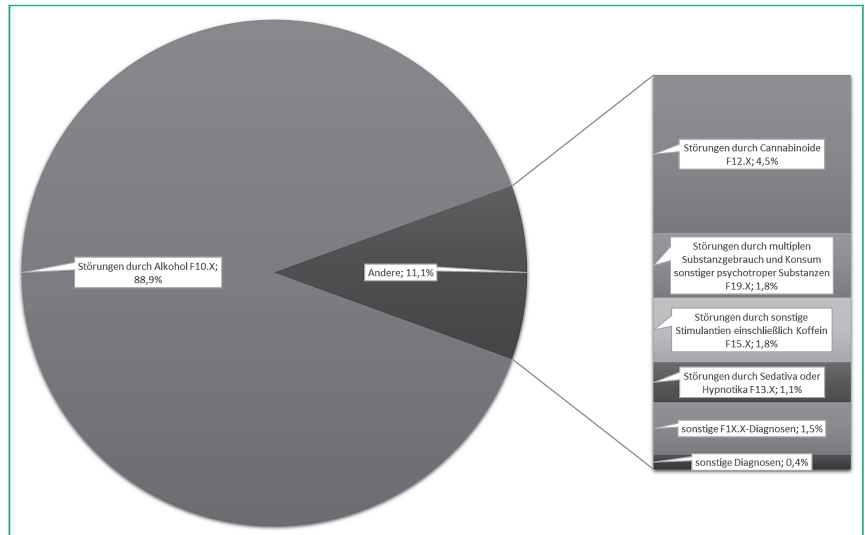


Abbildung 2: Hauptdiagnose

Neben der Hauptdiagnose wurde bei 4,4% (4,7% bei Männern vs. 3,4% bei Frauen) die Diagnose „Störungen durch Alkohol (F10)“ kodiert. Weitere Nebendiagnosen aus dem Suchtmittelspektrum waren: „Störungen durch Opiode (F11)“ mit 2,7% aller Patienten (2,9% vs. 2,2%), „Störungen durch Cannabinoide (F12)“ mit 13,6% (15,3% vs. 9,3%), „Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F13)“ mit 3,5% (2,9% vs. 4,8%), „Störungen durch Kokain (F14)“ mit 4,6% (5,3% vs. 2,7%), „Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein (F15)“ mit 7,5% (8,0% vs. 6,0%), „Störungen durch Halluzinogene (F16)“ mit 1,0% (1,1% vs. 0,6%), „Störungen durch flüchtige Lösungsmittel (F18)“ mit 0,1% (0,1% vs. 0,0%), „Störungen durch multiplen Substanzge-

brauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (F19)“ mit 4,7% (5,4% vs. 2,7%), „Essstörungen“ (F50) mit 2,1% (0,6% vs. 5,9%), „Missbrauch von nicht abhängigkeits erzeugenden Substanzen“ (F55) mit 0,8% (0,5% vs. 1,4%) und „Pathologisches Glücksspiel (F63.0)“ mit 1,7% aller Patienten (2,3% vs. 0,3%), „Exzessive Mediennutzung (F63.8 / F68.8)“ mit 0,8% (1,0% vs. 0,3%). Bei weiteren 63,0% aller Patienten (63,9% vs. 60,8%) wurde als Nebendiagnose „Störungen durch Tabak (F17)“ kodiert.

Durchschnittlich wurden pro Patient 0,47 (0,50 vs. 0,40) weitere Suchtdiagnosen kodiert.

Der neue Deutsche Kerndatensatz bietet neben der Erfassung suchtmittelbezoge-

Tabelle 9: Hauptdiagnose (Suchtmitteldiagnose)

Hauptdiagnose		Männer		Frauen		Gesamt	
Störungen durch Alkohol	F10	8.216	88,3%	3.328	90,3%	11.544	88,9%
Störungen durch Opiode	F11	77	0,8%	35	0,9%	112	0,9%
Störungen durch Cannabinoide	F12	474	5,1%	104	2,8%	578	4,5%
Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	F13	63	0,7%	84	2,3%	147	1,1%
Störungen durch Kokain	F14	58	0,6%	6	0,2%	64	0,5%
Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein	F15	169	1,8%	67	1,8%	236	1,8%
Störungen durch Halluzinogene	F16	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Störungen durch Tabak	F17	9	0,1%	4	0,1%	13	0,1%
Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	F18	1	0,0%	1	0,0%	2	0,0%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	F19	199	2,1%	38	1,0%	237	1,8%
Essstörungen	F50	1	0,0%	1	0,0%	2	0,0%
Missbrauch von nicht abhängigkeits erzeugenden Substanzen	F55	1	0,0%	1	0,0%	2	0,0%
sonstige bzw. unklare Diagnose		34	0,4%	16	0,4%	50	0,4%
Zusammen		9.303	100,0%	3.685	100,0%	12.988	100,0%

Tabelle 10: Verteilung weiterer Suchtdiagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)

Weitere Suchtdiagnosen		Männer		Frauen		Gesamt	
Störungen durch Alkohol	F10	441	4,7%	125	3,4%	566	4,4%
Störungen durch Opiode	F11	268	2,9%	82	2,2%	350	2,7%
Störungen durch Cannabinoide	F12	1.419	15,3%	341	9,3%	1.760	13,6%
Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	F13	272	2,9%	178	4,8%	450	3,5%
Störungen durch Kokain	F14	493	5,3%	99	2,7%	592	4,6%
Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein	F15	746	8,0%	222	6,0%	968	7,5%
Störungen durch Halluzinogene	F16	103	1,1%	22	0,6%	125	1,0%
Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	F18	9	0,1%	1	0,0%	10	0,1%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	F19	505	5,4%	101	2,7%	606	4,7%
Essstörungen	F50	58	0,6%	216	5,9%	274	2,1%
Missbrauch von nicht abhängigkeitszeugenden Substanzen	F55	51	0,5%	52	1,4%	103	0,8%
Pathologisches Glücksspiel	F63.0	212	2,3%	12	0,3%	224	1,7%
Exzessive Mediennutzung*	F63.8 / F68.8	85	1,0%	9	0,3%	94	0,8%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze		9.303	100,0%	3.685	100,0%	12.988	100,0%
Durchschnittliche Anzahl weiterer Suchtdiagnosen pro Patient		0,50		0,40		0,47	
Störungen durch Tabak	F17	5.941	63,9%	2.241	60,8%	8.182	63,0%

* Die Daten zur Exzessiven Mediennutzung beziehen sich auf 29 der 31 Einrichtungen mit N = 11.776 Datensätzen

ner Diagnosen auch die Möglichkeit, bis zu sechs weitere psychische und andere wichtige Diagnosen (außer F-Diagnosen) zu kodieren. In den beiden folgenden Tabellen 11 und 12 ist die Verteilung der weiteren psychischen und somatischen Diagnosen dargestellt. Da zwei Einrichtungen keine somatischen Diagnosen liefern konnten, beziehen sich die relativen Angaben in Tabelle 12 auf die Datensätze von 29 der 31 datenliefernden Einrichtungen Stichprobengrößen N = 12.104.

Die Kategorienbildung in Tabelle 11 orientiert sich an der ICD-10-Klassifikation des Kapitels V (F). Bei Berechnung der weiteren psychischen Diagnosen wurden die Diagnosen F1 (Störungen durch psychotrope Substanzen), F50 (Essstörungen), F55 (Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen) und F63.0 (Pathologisches Spielen) nicht berücksichtigt. Bei den **weiteren psychischen Diagnosen** überwiegen „Affektive Störungen“ mit 36,3% (32,0% bei Männern vs. 47,3% bei Frauen).

en). Zudem wurden „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“ mit 17,1% (13,8% vs. 25,5%) und „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ 11,0% (9,1% vs. 15,7%) diagnostiziert.

Durchschnittlich wurden pro Patient 0,71 (0,62 vs. 0,95) psychische Diagnosen kodiert.

Die Verteilung der **somatischen Diagnosen** nach ICD-10 in Abhängigkeit vom Geschlecht der Patienten ist in Tabelle 12 dargestellt. Wie bei den weiteren psychi-

Tabelle 11: Verteilung der weiteren psychischen Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)

Weitere psychische Diagnosen (ohne F1, F50, F55, F63.0)		Männer		Frauen		Gesamt	
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F0	78	0,8%	16	0,4%	94	0,7%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F2	189	2,0%	50	1,4%	239	1,8%
Affektive Störungen	F3	2.976	32,0%	1.743	47,3%	4.719	36,3%
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	1.282	13,8%	939	25,5%	2.221	17,1%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	F5	53	0,6%	69	1,9%	122	0,9%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	846	9,1%	580	15,7%	1.426	11,0%
Intelligenzminderung	F7	45	0,5%	14	0,4%	59	0,5%
Entwicklungsstörungen	F8	42	0,5%	6	0,2%	48	0,4%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	271	2,9%	71	1,9%	342	2,6%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze	---	9.303	100,0%	3.685	100,0%	12.988	100,0%
durchschnittliche Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient		0,62		0,95		0,71	

Tabelle 12: Verteilung der somatischen Diagnosen nach ICD-10 (Mehrfachnennungen sind möglich) – Datenbasis 29 von 31 Einrichtungen

Somatische Diagnosen	ICD-10	Männer		Frauen		Gesamt	
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00 - B99	309	3,6%	75	2,1%	384	3,2%
Neubildungen und Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	C00 - D89	545	6,3%	333	9,5%	878	7,3%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00 - E90	3.759	43,6%	1.710	49,0%	5.469	45,2%
Krankheiten des Nervensystems	G00 - G99	1478	17,2%	491	14,1%	1.969	16,3%
Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00 - H95	482	5,6%	158	4,5%	640	5,3%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00 - I99	3.287	38,2%	1.079	30,9%	4.366	36,1%
Krankheiten des Atmungssystems	J00 - J99	800	9,3%	399	11,4%	1.199	9,9%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00 - K93	2.883	33,5%	1.069	30,6%	3.952	32,7%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00 - L99	371	4,3%	131	3,8%	502	4,1%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00 - M99	3.867	44,9%	1.680	48,1%	5.547	45,8%
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00 - N99	229	2,7%	126	3,6%	355	2,9%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andersorts klassifiziert sind	R00 - R99	330	3,8%	204	5,8%	534	4,4%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00 - T98	667	7,7%	271	7,8%	938	7,7%
sonstige somatische Diagnosen		470	5,5%	196	5,6%	666	5,5%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze		8.613	100,0%	3.491	100,0%	12.104	100,0%
durchschnittliche Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient		2,26		2,27		2,26	

schen Diagnosen in Tabelle 11, wurden die somatischen Diagnosen in übergeordneten Kategorien zusammengefasst. Diese Kategorienbildung wurde in Anlehnung an die Gliederung des ICD-10 durchgeführt. Die häufigsten somatischen Diagnosen, die vergeben wurden, beziehen sich auf die Kategorien:

- **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes** mit 45,8% (44,9% bei Männern vs. 48,1% bei Frauen),
- **Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten** mit 45,2% (43,6% vs. 49,0%),
- **Krankheiten des Kreislaufsystems** mit 36,1% (38,2% vs. 30,9%),
- **Krankheiten des Verdauungssystems** mit 32,7% (33,5% vs. 30,6%),
- **Krankheiten des Nervensystems** mit 16,3% (17,2% vs. 14,1%).

Durchschnittlich wurden pro Patient 2,26 (2,26 vs. 2,27) somatische Diagnosen kodiert.

Abbildung 3 und Tabelle 13 geben Auskunft über die „Dauer der Abhängigkeit“ der behandelten Patienten in Jahren. Nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapi-

tel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien) handelt es sich beim Abhängigkeitssyndrom um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder

einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit

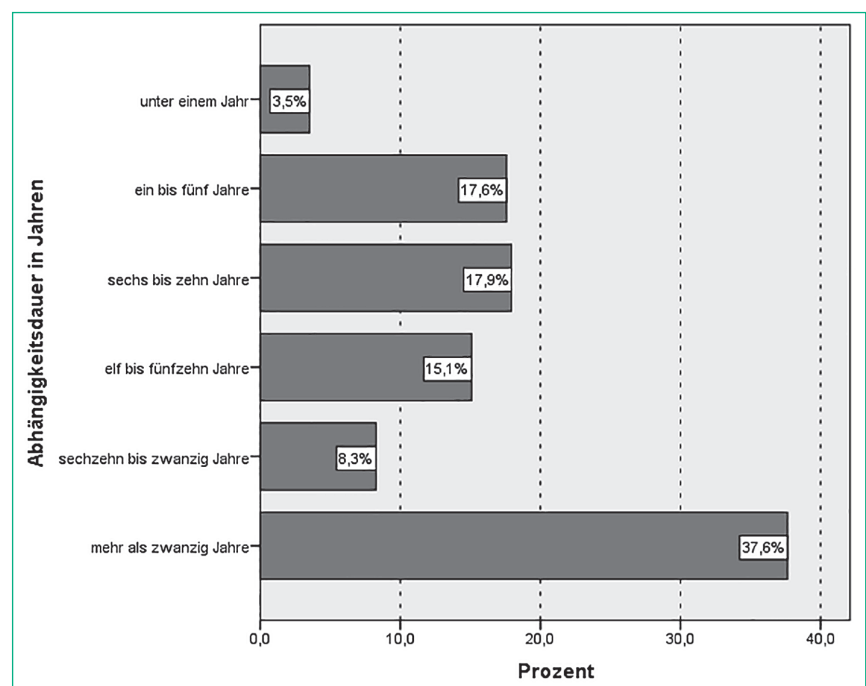


Abbildung 3: Dauer der Abhängigkeit in Jahren

Tabelle 13: Dauer der Abhängigkeit in Jahren

Abhängigkeitsdauer in Jahren	Männer		Frauen		Gesamt	
unter einem Jahr	286	3,5%	117	3,6%	403	3,5%
ein bis fünf Jahre	1.290	15,7%	721	22,3%	2.011	17,6%
sechs bis zehn Jahre	1.423	17,3%	629	19,5%	2.052	17,9%
elf bis fünfzehn Jahre	1.256	15,3%	470	14,5%	1.726	15,1%
sechzehn bis zwanzig Jahre	703	8,6%	243	7,5%	946	8,3%
mehr als zwanzig Jahre	3.256	39,6%	1.051	32,5%	4.307	37,6%
Zusammen	8.214	100,0%	3.231	100,0%	11.445	100,0%
Mittelwert ± Standardabweichung	16,8 ± 11,4 Jahre		14,9 ± 11,3 Jahre		16,3 ± 11,4 Jahre	
keine Daten	1.089	11,7%	454	12,3%	1.543	11,9%

Tabelle 14: Anzahl der „einfachen“ Entzugsbehandlungen

Anzahl der Entzugsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
keine Entzugsbehandlung	2.455	31,1%	1.114	34,9%	3.569	32,2%
eine Entzugsbehandlung	2.035	25,8%	781	24,5%	2.816	25,4%
zwei Entzugsbehandlungen	1.124	14,2%	387	12,1%	1.511	13,6%
drei Entzugsbehandlungen	634	8,0%	277	8,7%	911	8,2%
vier Entzugsbehandlungen	350	4,4%	149	4,7%	499	4,5%
fünf bis zehn Entzugsbehandlungen	781	9,9%	318	10,0%	1.099	9,9%
elf bis zwanzig Entzugsbehandlungen	321	4,1%	96	3,0%	417	3,8%
mehr als zwanzig Entzugsbehandlungen	195	2,5%	70	2,2%	265	2,4%
Zusammen	7.895	100,0%	3.192	100,0%	11.087	100,0%
Mittelwert ± Standardabweichung	3,3 ± 7,4		2,9 ± 6,8		3,2 ± 7,3	
keine Daten	1.408	15,1%	493	13,4%	1.901	14,6%

Tabelle 15: Anzahl der qualifizierten Entzugsbehandlungen

Anzahl der qualifizierten Entzugsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
keine qualifizierte Entzugsbehandlung	5.398	74,9%	2.311	75,3%	7.709	75,0%
eine qualifizierte Entzugsbehandlung	830	11,5%	354	11,5%	1.184	11,5%
zwei qualifizierte Entzugsbehandlungen	361	5,0%	153	5,0%	514	5,0%
drei qualifizierte Entzugsbehandlungen	193	2,7%	77	2,5%	270	2,6%
vier qualifizierte Entzugsbehandlungen	101	1,4%	39	1,3%	140	1,4%
Mehr als vier qualifizierte Entzugsbehandlungen	326	4,5%	134	4,4%	460	4,5%
Zusammen	7.209	100,0%	3.068	100,0%	10.277	100,0%
Mittelwert ± Standardabweichung	1,0 ± 4,1		0,9 ± 3,4		0,9 ± 3,9	
keine Daten	2.094	22,5%	617	16,7%	2.711	20,9%

sei der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren. Die Angaben über die Abhängigkeitsdauer basieren auf Selbstauskünften der Patienten, anamnestischen Daten und der entsprechenden Bewertung durch den zuständigen Behandler (Arzt oder Psychotherapeut) und beziehen sich damit auf die Einschätzung des Beginns einer behandlungsbedürftigen Abhängigkeitsstörung vor X Jahren.

Zur Darstellung der Abhängigkeitsdauer wurden folgende Kategorien gewählt: „unter einem Jahr“, „ein bis fünf Jahre“, „sechs bis zehn Jahre“, „elf bis fünfzehn Jahre“, „sechzehn bis zwanzig Jahre“ und „mehr als zwanzig Jahre“.

Bei 3,5% der Patienten betrug die Abhängigkeitsdauer weniger als ein Jahr, 17,6% der Patienten waren ein bis fünf Jahre abhängig. Eine Abhängigkeitsdauer von sechs bis zehn Jahren wurde bei 17,9%, von elf bis fünfzehn Jahren bei 15,1%, von sechzehn bis zwanzig Jahren bei 8,3% und von über zwanzig Jahren bei 37,6% der Patienten angegeben. Für 11,9% aller Patienten fehlen Angaben über die Dauer der Abhängigkeit.

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug 16,3 Jahre ($\pm 11,4$ Jahre). Frauen haben eine durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 14,9 Jahren ($\pm 11,3$ Jahre), Männer hingegen eine deutlich höhere durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 16,8 Jahren ($\pm 11,4$ Jahre). Die Mittelwerte der Abhängigkeitsdaueranteile von männlichen und weiblichen Patienten unterscheiden sich hierbei statistisch signifikant ($p < 0,001$, z-test).

Mit dem Dokumentationsjahrgang 2018 können erstmals nach Umstellung auf den neuen Deutschen Kerndatensatz 3.0 wieder die Vorbehandlungen mit **Entzugsbehandlungen** (Tabelle 14 und 15) und **stationären Entwöhnungsbehandlungen** (Tabelle 16) dargestellt werden. Bei den Entzugsbehandlungen werden im Folgenden Daten für die „einfache“ Entzugsbehandlung und die qualifizierte Entzugsbehandlung beschrieben. Laut Erläuterung im Deutschen Kerndatensatz unterscheidet sich der qualifizierte vom einfachen Entzug durch eine spezifische Konzeption, die ergänzende therapeutische Elemente zur Stabilisierung, Klärung und Motivierung für eine mögliche Weiterbehandlung oder Weiterbetreuung

umfasst, und für eine längere Behandlungsdauer (gem. S3 Leitlinie Alkohol mindestens 21 Tage) vorgesehen ist.

Bezüglich der Anzahl der bisherigen „einfachen“ **Entzugsbehandlungen** lagen für 14,6% aller Patienten keine Daten vor. 32,2% der Patienten hatten sich bisher keiner Entzugsbehandlung unterzogen. Weitere 25,4% der Patienten absolvierten eine, 13,6% zwei, 8,2% drei, 4,5% vier, und 9,9% fünf bis zehn Entzugsbehandlungen in der Vorgeschichte. Elf bis zwanzig Entzüge wurden bei 3,8% der Patienten und mehr als zwanzig Entzüge wurden für 2,4% der Patienten durchgeführt.

Die durchschnittliche Anzahl der bisherigen Entzugsbehandlungen beträgt 3,2 ($\pm$ 7,3) Entzugsbehandlungen, wobei sich männliche und weibliche Patienten mit 3,3 ($\pm$ 7,4) vs. 2,9 ($\pm$ 6,8) moderat unterscheiden.

In Tabelle 15 sind die Daten zu den qualifizierten Entzugbehandlungen dargestellt. Dreiviertel der Patienten (75,0%, 74,9% vs. 75,3%) hatten im Vorfeld bislang keine qualifizierte Entzugsbehandlung erfahren. 11,5% (11,5% vs. 11,5%) der Patienten können bislang eine, 5,0% (5,0% vs. 5,0%) zwei, 2,6% (2,7% vs. 2,5%) drei, 1,4% (1,4% vs. 1,3%) vier und 4,5% (4,5% vs. 4,4%) mehr als vier qualifizierte Entzugsbehandlungen vorweisen. Bei über ein Fünftel aller Patienten (20,9%) lagen keine Daten vor.

Die durchschnittliche Anzahl der bisherigen qualifizierten Entzugsbehandlungen beträgt 0,9 ($\pm$ 3,9) Entzugsbehandlungen, wobei sich männliche und weibliche Patienten mit 1,0 ($\pm$ 4,1) vs. 0,9 ($\pm$ 3,4) kaum unterscheiden.

Aufgrund der immer noch unsicheren Datenlage bei der Variablen stationäre Entwöhnungsbehandlung, die sich nach einer Umstellungsphase innerhalb des Deutschen Kerndatensatzes ergeben hatte, beziehen sich die Daten für die Darstellung der stationären Entwöhnungen auf 23 der 31 datenliefernden Einrichtungen mit einer Stichprobengröße von N = 8.965.

66,3% der Patienten (65,6% Männer vs. 68,2% Frauen) beendeten im Jahr 2018 ihre erste **stationäre Entwöhnungsbehandlung**. Bereits eine vorherige Entwöhnungsbehandlung hatten 20,3% der Patienten (20,9% vs. 19,0%) absolviert, zwei Entwöhnungsbehandlungen in der Vorgeschichte wiesen 8,1% (8,0% vs.

Tabelle 16: Anzahl der stationären Entwöhnungsbehandlungen (Datenbasis 23 von 31 Einrichtungen)

Anzahl der bisher durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
bisher noch keine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt	4.139	65,6%	1.809	68,2%	5.948	66,3%
bisher eine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt	1.317	20,9%	505	19,0%	1.822	20,3%
bisher zwei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt	502	8,0%	222	8,4%	724	8,1%
bisher drei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt	239	3,8%	79	3,0%	318	3,5%
bisher mehr als drei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt	115	1,8%	38	1,4%	153	1,7%
Zusammen	6.312	100,0%	2.653	100,0%	8.965	100,0%
keine Daten	150	2,3%	40	1,5%	190	2,1%
Entzugsbehandlungen ohne bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlung	N = 4.115		N = 1.802		N = 5.917	
(Mittelwert $\pm$ Standardabweichung)	1,7 $\pm$ 4,6		1,5 $\pm$ 4,1		1,7 $\pm$ 4,5	
Entzugsbehandlungen mit mind. einer stationären Entwöhnungsbehandlung	N = 2.155		N = 837		N = 2.992	
(Mittelwert $\pm$ Standardabweichung)	5,9 $\pm$ 10,3		5,9 $\pm$ 10,7		5,9 $\pm$ 10,4	
Abhängigkeitsdauer in Jahren bei Patienten ohne bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlung	N = 3.899		N = 1.671		N = 5.570	
(Mittelwert $\pm$ Standardabweichung)	15,9 $\pm$ 11,6		14,2 $\pm$ 11,5		15,4 $\pm$ 11,6	
Abhängigkeitsdauer in Jahren bei Patienten mit mind. einer stationären Entwöhnungsbehandlung	N = 2.080		N = 802		N = 2.882	
(Mittelwert $\pm$ Standardabweichung)	20,6 $\pm$ 11,5		18,8 $\pm$ 11,4		20,1 $\pm$ 11,5	

8,4%) auf, drei Entwöhnungsbehandlungen 3,5% (3,8% vs. 3,0%) sowie mehr als drei Entwöhnungsbehandlungen 1,7% (1,8% vs. 1,4%). Für 2,1% aller Patienten fehlen Angaben über die bisher durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen.

Patienten ohne bisherige stationäre Therapieerfahrung hatten durchschnittlich 1,7 ($\pm$ 4,5) „einfache“ Entzugsbehandlungen vor ihrer Aufnahme in die stationäre Therapie durchgeführt. Männer und Frauen unterscheiden sich hierbei mit durchschnittlich 1,7 ($\pm$ 4,6) vs. 1,5 ($\pm$ 4,1) „einfachen“ Entzugsbehandlungen gering. Die durchschnittliche Anzahl an

„einfachen“ Entzugsbehandlungen liegt bei Patienten mit stationärer Therapieerfahrung im Vorfeld demgegenüber mit durchschnittlich 5,9 ($\pm$ 10,4) Entzügen deutlich höher. Hier zeigt sich jedoch mit jeweils 5,9 ($\pm$ 10,3) vs. ($\pm$ 10,7) „einfachen“ Entzugsbehandlungen kein geschlechtsspezifischer Unterschied.

15,4 ($\pm$ 11,6) Jahre waren Patienten durchschnittlich bereits abhängig bevor sie ihre erste stationäre Entwöhnungsbehandlung durchführen konnten. Männer unterscheiden sich in der durchschnittlichen Dauer der Suchtmittelabhängigkeit vor der ersten stationären Entwöhnungs-

behandlung mit 15,9 ($\pm$ 11,6) Jahren deutlich von den Frauen mit 14,2 ($\pm$ 11,5) Jahren. Die durchschnittlichen Abhängigkeitsdauern bei stationären Therapiewiederholern liegen mit 20,1 ($\pm$ 11,5) Jahren für alle und 20,6 ($\pm$ 11,5) Jahre bei Männern vs. 18,8 ($\pm$ 11,4) Jahre bei Frauen deutlich höher.

2.5. Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende

Ein wichtiges Kriterium für den Erfolg einer Entwöhnungsbehandlung ist die **Art der Behandlungsbeendigung**. In Tabelle 17 sind die Entlassungsformen nach dem Kodierschema des Deutschen Kernsatzes angegeben.

Die Kodierungen zur Entlassungsform ergeben eine Quote von 65,5% regulärer Entlassungen, wobei Frauen mit 68,0% eine moderat höhere Quote regulärer Entlassungen aufweisen als Männer mit 64,6%. Weitere Entlassungsformen sind: „vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung“ bzw. „vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis“ mit 6,3% bzw. 4,6% aller Patienten (6,7% vs. 5,4% bzw. 4,3% vs. 5,4%), „vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis“ mit 12,2% (12,5% vs. 11,4%), „disziplinarisch“ mit 2,1% (2,5% vs. 1,3%), außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung“ mit 1,1% (1,1% vs. 1,1%), „planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform“ mit 8,1% (8,4% vs. 7,4%) und „verstorben“ mit einer Frau. Bei neun Patienten fehlen die Angaben zur Art der Behandlungsbeendigung.

Die Entlassformen 1 (regulär nach Beratung/Behandlungsplan), 2 (vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung), 3 (vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis) und 7 (planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform) bilden zusammen die Entlassform „planmäßige Entlassung“. Aus Tabelle 17 berechnet sich mit dieser Definition eine Quote von 84,5% (10.977 Patienten) planmäßiger Entlassungen. Frauen werden hierbei häufiger planmäßig entlassen als Männer (86,2% bei Frauen vs. 84,0% bei Männern).

Die Angaben zur **Behandlungsdauer** der Patienten sind Abbildung 4 und Tabelle 18 zu entnehmen. Zur Darstellung der Behandlungsdauer wurden folgende Kategorien gebildet: „bis 28 Tage (4 Wochen)“, „bis 42 Tage (6 Wochen)“, „bis 56 Tage

Tabelle 17: Art der Beendigung

Art der Beendigung	Männer		Frauen		Gesamt	
regulär nach Beratung/Behandlungsplan	6.001	64,6%	2.504	68,0%	8.505	65,5%
vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung	624	6,7%	198	5,4%	822	6,3%
vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis	398	4,3%	199	5,4%	597	4,6%
vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch Klienten	1.159	12,5%	420	11,4%	1.579	12,2%
disziplinarisch	228	2,5%	48	1,3%	276	2,1%
außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	105	1,1%	41	1,1%	146	1,1%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	781	8,4%	272	7,4%	1.053	8,1%
verstorben	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
Zusammen	9.296	100,0%	3.683	100,0%	12.979	100,0%
keine Daten	7	0,1%	2	0,1%	9	0,1%
planmäßige Entlassungen	7.804	84,0%	3.173	86,2%	10.977	84,6%

(8 Wochen)“, „bis 84 Tage (12 Wochen)“, „bis 112 Tage (16 Wochen)“, „bis 140 Tage (20 Wochen)“, „bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate)“ und „über 6 Monate“.

Eine Behandlungsdauer bis 28 Tage (4 Wochen) hatten 8,8% aller Patienten, eine Behandlungsdauer bis 42 Tage (6 Wochen) wiesen 6,3%, eine Therapie-
dauer bis 56 Tage (8 Wochen) 13,0% und eine
Therapiedauer bis 84 Tage (12 Wochen) 22,6% auf. 36,2% aller Patienten verweilen bis 112 Tage (16 Wochen), weitere 9,0% wurden bis zu 140 Tage (20 Wochen) und 3,5% bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate) behandelt. Über 6 Monate blieben 0,6% aller Patienten in der jeweiligen Fachklinik.

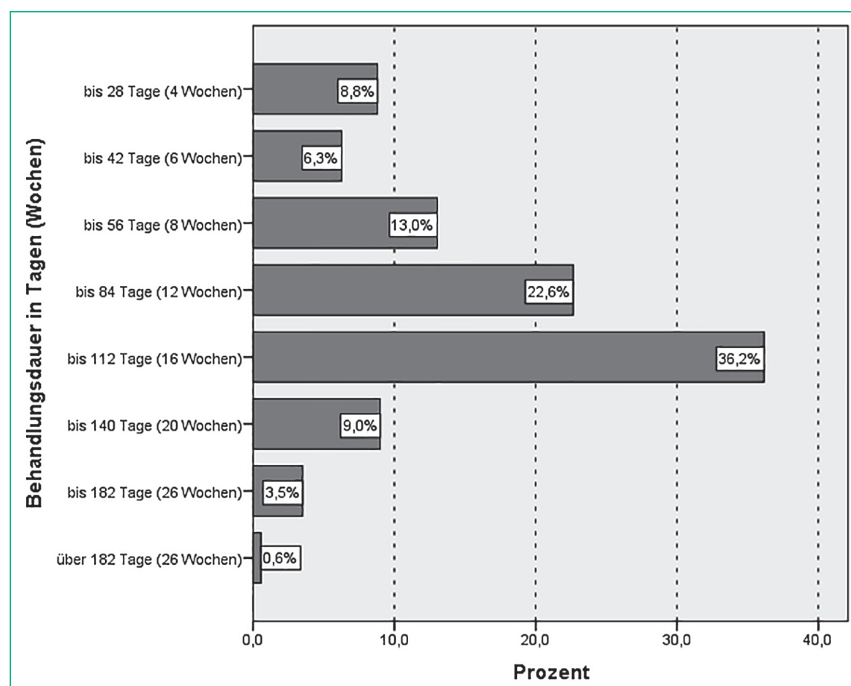


Abbildung 4: Behandlungsdauer

Tabelle 18: Behandlungsdauer

Behandlungsdauer	Männer		Frauen		Gesamt	
bis 28 Tage (4 Wochen)	849	9,1%	295	8,0%	1.144	8,8%
bis 42 Tage (6 Wochen)	585	6,3%	230	6,2%	815	6,3%
bis 56 Tage (8 Wochen)	1.160	12,5%	533	14,5%	1.693	13,0%
bis 84 Tage (12 Wochen)	2.103	22,6%	838	22,7%	2.941	22,6%
bis 112 Tage (16 Wochen)	3.369	36,2%	1.328	36,0%	4.697	36,2%
bis 140 Tage (20 Wochen)	830	8,9%	339	9,2%	1.169	9,0%
bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate)	349	3,8%	107	2,9%	456	3,5%
über 6 Monate	58	0,6%	15	0,4%	73	0,6%
Zusammen	9.303	100,0%	3.685	100,0%	12.988	100,0%
Behandlungsdauer in Tagen (Mittelwert ± Standardabweichung)	81,2 ± 36,3		81,3 ± 34,8		81,2 ± 35,9	
Behandlungsdauer in Tagen bei regulärer Entlassung (Mittelwert ± Standardabweichung)	93,0 ± 28,0		91,1 ± 27,8		92,4 ± 27,9	
Behandlungsdauer in Tagen bei planmäßiger Entlassung (Mittelwert ± Standardabweichung)	88,8 ± 31,8		87,5 ± 31,0		88,4 ± 31,5	

Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller Patienten betrug 81,2 Tage ($\pm 35,9$ Tage), wobei weibliche Patienten mit 81,3 Tage ($\pm 34,4$ Tage) eine um 0,1 Tage längere durchschnittliche Behandlungsdauer hatten als ihre männlichen Mitpatienten mit 81,2 Tage ($\pm 36,3$ Tage).

In Tabelle 18 sind zusätzlich zu den statistischen Maßzahlen der Behandlungsdauer für alle behandelten Patienten auch die entsprechenden Angaben in Bezug auf reguläre und planmäßige Entlassungen (siehe Tabelle 17 und Erläuterungen zur Art der Entlassungsform/Betreuungsbeendigung) ausgewiesen. Bei Betrachtung der regulär entlassenen Patienten betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer 92,4 Tage ($\pm 27,9$ Tage), wobei sich die durchschnittlichen Behandlungsdauern von Männern und Frauen moderat um 1,9 Tage, mit 93,0 $\pm 28,0$ Tagen vs. 91,1 $\pm 27,8$ Tagen, unterscheiden. Die Betrachtung der planmäßig entlassenen Patienten ergibt eine deutlich geringere durchschnittliche Behandlungsdauer von 88,4 Tagen ($\pm 31,5$ Tage). Männer und Frauen unterscheiden sich in der durchschnittlichen Behandlungsdauer ebenfalls moderat um 1,3 Tage mit 88,8 $\pm 31,8$ Tage vs. 87,5 $\pm 31,0$ Tage. Die Mittelwerte der Behandlungsdauerverteilungen von männlichen und weiblichen Patienten mit regulärer Entlassung unter-

scheiden sich hierbei jeweils statistisch signifikant ($p < 0,01$, z-test)

In Tabelle 19 und Tabelle 20 werden Angaben zur **Erwerbs- und Wohnsituation der Patienten zum Behandlungsende** wiedergegeben.

Bezüglich der **Erwerbstätigkeit am Tag nach Behandlungsende** waren 0,8% der Patienten Auszubildende. 36,0% waren als Arbeiter, Angestellte oder Beamte tätig, 1,5% waren Selbständige oder Freiberufler, 0,3% gaben, an sonstige Erwerbspersonen zu sein und weitere 0,6% befanden sich in beruflicher Rehabilitation. 44,5% der Patienten waren arbeitslos, wobei 28,1% arbeitslos nach SGB II (Bezug von Arbeitslosengeld II) und 16,4% arbeitslos nach SGB III (Bezug von Arbeitslosengeld I) waren. Weitere 1,1% waren in Elternzeit bzw. im (längerfristigen) Krankenstand, 0,5% waren Schüler bzw. Studenten, 1,2% waren Hausfrauen bzw. Hausmänner, 10,7% waren Rentner und 2,8% wurden der Kategorie „sonstige Nichterwerbspersonen“ zugeordnet (1,4% mit Bezug von SGB XII-Leistungen

Tabelle 19: Erwerbssituation der Patienten am Tag nach Behandlungsende

Erwerbssituation am Tag nach Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
Auszubildender	81	0,9%	25	0,7%	106	0,8%
Arbeiter/Angestellter/Beamter	3.291	36,1%	1.284	35,7%	4.575	36,0%
Selbständiger/Freiberufler	150	1,6%	45	1,3%	195	1,5%
sonstige Erwerbspersonen	33	0,4%	6	0,2%	39	0,3%
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	56	0,6%	24	0,7%	80	0,6%
in Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	92	1,0%	42	1,2%	134	1,1%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	1.516	16,6%	572	15,9%	2.088	16,4%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	2.736	30,0%	844	23,5%	3.580	28,1%
Schüler/Student	39	0,4%	20	0,6%	59	0,5%
Hausfrau/Hausmann	29	0,3%	130	3,6%	159	1,2%
Rentner/Pensionär	854	9,4%	502	14,0%	1.356	10,7%
sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	126	1,4%	48	1,3%	174	1,4%
sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	125	1,4%	56	1,6%	181	1,4%
Zusammen	9.128	100,0%	3.598	100,0%	12.726	100,0%
keine Daten	175	1,9%	87	2,4%	262	2,0%

und 1,4% ohne entsprechende Leistungen), bei 2,0% aller Patienten wurde „keine Daten“ kodiert.

Der Vergleich der Geschlechter ergibt einen deutlichen Unterschied in der Kategorie „Hausfrau, Hausmann“ mit einem Anteil von 3,6% bei Frauen gegenüber nur 0,3% bei Männern. Ebenso zeigen sich in der Kategorie „Rentner/Pensionär“ mit 14,0% ein deutlich höherer Frauenanteil gegenüber 9,4% bei männlichen Patienten. Demgegenüber sind die Kategorien „arbeitslos nach SGB III“ bzw. „arbeitslos nach SGB II“ bei Männern mit 16,6% bzw. 30,0% deutlich häufiger besetzt als bei Frauen mit 15,9 % bzw. 23,5%.

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten (80,1%) gab an, am Tag nach Behandlungsende selbständig (eigene oder gemietete Wohnung/Haus) zu wohnen, wobei der Anteil bei den Männern mit 78,0% vs. 85,9% deutlich unter dem der Frauen liegt. Weitere Angaben der Patienten zu ihrer Wohnsituation zum Behandlungsende waren: „bei anderen Personen“ mit 8,7% (9,9% vs. 5,6%), „ambulant betreutes Wohnen“ mit 2,0% (2,0% vs. 1,8%), „(Fach-) Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung“ mit 4,6% (5,0% vs. 3,5%), „Wohnheim/Übergangswohnheim“ mit 1,7% (1,8% vs. 1,3%), „JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung“ mit 0,1% (0,2% vs. 0,0%), „Notunterkunft, Übernachtungsstelle“ mit 0,5% (0,6% vs. 0,2%), „ohne Wohnung“ mit 1,3% (1,5% vs. 0,9%) und „sonstiges“ mit 1,0% (1,1% vs. 0,8%). Bei 7,5% aller Patienten waren keine Daten zur Wohnsituation kodiert.

In Tabelle 21 ist die **Arbeitsfähigkeit der Patienten bei Behandlungsende** dargestellt. Da nicht von allen datenliefernden Einrichtungen diese Variable übermittelt wurde, beziehen sich die Angaben in Tabelle 21 auf die Datensätze von 30 der 31 Einrichtungen mit einer Stichprobengröße von N = 12.490.

Am Behandlungsende wurden 67,9% (70,4% Männer vs. 61,7% Frauen) arbeitsfähig entlassen und 23,5% (21,8% vs. 27,5%) als arbeitsunfähig. Bei 7,1% der Patienten (6,4% vs. 8,8%) war eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht erforderlich und bei weiteren 0,1% (0,0% vs. 0,5%) wurde die Kategorie Hausfrau/Hausmann kodiert. Die Kodierung „Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben“ wurde bei 1,4% der Patienten (1,4% vs. 1,5%) verwendet.

Tabelle 20: Wohnsituation der Patienten am Tag nach Behandlungsende – Datenbasis 28 von 31 Einrichtungen

Wohnsituation am Tag nach Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
selbständiges Wohnen	5.723	78,0%	2.284	85,9%	8.007	80,1%
bei anderen Personen	723	9,9%	149	5,6%	872	8,7%
ambulant betreutes Wohnen	147	2,0%	49	1,8%	196	2,0%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	369	5,0%	93	3,5%	462	4,6%
Wohnheim/Übergangswohnheim	130	1,8%	35	1,3%	165	1,7%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	12	0,2%	0	0,0%	12	0,1%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	41	0,6%	4	0,2%	45	0,5%
ohne Wohnung	110	1,5%	24	0,9%	134	1,3%
sonstiges	78	1,1%	22	0,8%	100	1,0%
Zusammen	7.333	100,0%	2.660	100,0%	9.993	100,0%
keine Daten	551	7,0%	254	8,7%	805	7,5%

Tabelle 21: Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende – Datenbasis 30 von 31 Einrichtungen

Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
arbeitsfähig	6.281	70,4%	2.199	61,7%	8.480	67,9%
arbeitsunfähig	1.948	21,8%	981	27,5%	2.929	23,5%
Hausfrau / Hausmann	0	0,0%	18	0,5%	18	0,1%
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben	125	1,4%	53	1,5%	178	1,4%
Beurteilung nicht erforderlich (Altersrentner)	571	6,4%	314	8,8%	885	7,1%
Zusammen	8.925	100,0%	3.565	100,0%	12.490	100,0%
keine Daten	341	3,7%	112	3,0%	453	3,5%

Überdies waren bei 3,5% aller Patienten keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende kodiert.

Tabelle 22 gibt eine Übersicht über die **Leistungsfähigkeit der Patienten beim Behandlungsende** bezogen auf die Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bzw. die allgemeine Leistungsfähigkeit. Wie bei der Kodierung der Arbeitsfähigkeit der Patienten beim Behandlungsende, hatten ebenso nicht alle Einrichtungen Daten zur Leistungsfähigkeit der Patienten beim Behandlungsende geliefert. Deshalb beziehen sich die Angaben in Tabelle 22 auf die Datensätze von 29 der 31 Einrichtungen (Stichprobengröße bei Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bzw. allgemein bei Behandlungsende N = 11.850 bzw. N = 11.841).

Bezogen auf die **Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende** wurden 74,1% (76,0% Männer vs. 69,2% Frauen) mit einer Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“ entlassen. Weitere 2,5% (1,9% vs. 4,2%) hatten eine Leistungsfähigkeit von „3 bis unter 6 Stunden“ und 15,1% (14,6% vs. 16,3%) „unter 3 Stunden“. Bei 8,4% der Patienten (7,6% vs. 10,3%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 4,2% aller Patienten fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Die Betrachtung der **Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende** zeigt ein noch besseres Ergebnis mit einem Anteil von 81,5% (83,2% Männer vs. 77,0% Frauen) in der Kategorie Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und

Tabelle 22: Leistungsfähigkeit bei Behandlungsende – Datenbasis 29 von 31 Einrichtungen

Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
6 Stunden und mehr	6.476	76,0%	2.300	69,2%	8.776	74,1%
3 bis unter 6 Stunden	160	1,9%	140	4,2%	300	2,5%
unter 3 Stunden	1.241	14,6%	543	16,3%	1.784	15,1%
keine Angabe erforderlich	648	7,6%	342	10,3%	990	8,4%
Zusammen	8.525	100,0%	3.325	100,0%	11.850	100,0%
keine Daten	377	4,2%	145	4,2%	522	4,2%
Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
6 Stunden und mehr	7.086	83,2%	2.561	77,0%	9.647	81,5%
3 bis unter 6 Stunden	202	2,4%	153	4,6%	355	3,0%
unter 3 Stunden	600	7,0%	286	8,6%	886	7,5%
keine Angabe erforderlich	629	7,4%	324	9,7%	953	8,0%
Zusammen	8.517	100,0%	3.324	100,0%	11.841	100,0%
keine Daten	385	4,3%	146	4,2%	531	4,3%

mehr“. Weitere 3,0% (2,4% vs. 4,6%) hatten eine Leistungsfähigkeit von „3 bis unter 6 Stunden“ und 7,5% (7,0% vs. 8,6%) „unter 3 Stunden“. Bei 8,0% der Patienten (7,4% vs. 9,7%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 4,3% aller Patienten fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

2.6. Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018

Im Folgenden werden ausgewählte Variablen der Basisdokumentation 2018 bezüglich der zwei Messzeitpunkte Beginn und Ende der Betreuung zueinander in Beziehung gesetzt. Da nicht alle Einrichtungen Datensätze für diese zwei Messzeitpunkte liefern konnten, ergeben sich für die folgenden Auswertungen im Umfang teilweise erheblich reduzierte Stich-

proben. Zudem wird zur einfacheren Darstellung jeweils die Kategorie „keine Daten“ in den betrachteten Variablen nicht berücksichtigt.

In Tabelle 23 werden die **Angaben zur beruflichen Integration der Patienten zu Beginn und zu Ende der Betreuung** miteinander verglichen.

Zum Ende der Betreuung hatten 39,7% der Patienten einen Arbeitsplatz, 44,5% waren arbeitslos, 15,2% nicht erwerbstätig und 0,6% befanden sich in beruflicher Rehabilitation. Von den 5.223 Patienten, bei denen zum Betreuungsbeginn in der Kategorie „Arbeitsplatz vorhanden“ kodiert wurde, hatten zum Ende der Betreuung 93,8% noch einen Arbeitsplatz, 5,3% waren arbeitslos, 0,6% nicht erwerbstätig und 0,3% in beruflicher Rehabilitation. Ein Grund für das Eintreten einer Arbeitslosigkeit während der Betreu-

ung könnte sein, dass die Wirksamkeit der Kündigung in die Zeit der Rehabilitation gefallen ist bzw. dass dem Patienten erst während der Rehabilitation gekündigt wurde.

In der Kategorie „arbeitslos zu Betreuungsbeginn“ (5.468 Patienten) hatten zum Ende der Betreuung 2,3% wieder einen Arbeitsplatz, 96,8% waren weiterhin arbeitslos, 0,7% nicht erwerbstätig und 0,2% in beruflicher Rehabilitation. Die Verbesserung der Arbeitsplatzsituation zum Ende der Betreuung der zu Beginn der Betreuung arbeitslosen Patienten könnte Ergebnis der Bemühungen der Kliniken sein, durch Angebote zur beruflichen Reintegration der Patienten (wie z.B. mit Bewerbungstraining, Arbeitsplatzproben etc.), deren berufliche Situation zu verbessern.

Von den zum Betreuungsbeginn 1.943 nicht erwerbstätigen Patienten hatten 0,6% zum Behandlungsende einen Arbeitsplatz, 3,6% waren arbeitslos und 95,8% waren weiterhin nicht erwerbstätig.

Für die Kategorie „berufliche Rehabilitation“ wurden zum Behandlungsende vier (5,6%) Patienten mit „Arbeitsplatz vorhanden“ kodiert, 14 (19,4%) als arbeitslos, ein Patient als nicht erwerbstätig und 53 (73,6%) als weiterhin in beruflicher Rehabilitation.

Tabelle 24 vergleicht die **Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Patienten** für den Zeitpunkt kurz vor der Aufnahme bzw. zur Entlassung für die beiden Ausprägungen „arbeitsfähig“ und „arbeitsunfähig“ (die Kategorien „Hausfrau/Hausmann“, „Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben“ und „Beurteilung nicht erforderlich“ werden in dieser Darstellung nicht berücksichtigt).

Bei Behandlungsende waren 74,6% der Patienten arbeitsfähig und 25,4% ar-

Tabelle 23: Berufliche Integration der Patienten zum Beginn und zum Ende der Betreuung

Berufliche Integration bei Behandlungsende	Berufliche Integration bei Betreuungsbeginn									
	Arbeitsplatz vorhanden		arbeitslos		nicht erwerbstätig		berufliche Rehabilitation		Gesamt	
Arbeitsplatz vorhanden	4.901	93,8%	126	2,3%	12	0,6%	4	5,6%	5.043	39,7%
arbeitslos	278	5,3%	5.294	96,8%	70	3,6%	14	19,4%	5.656	44,5%
nicht erwerbstätig	30	0,6%	36	0,7%	1.861	95,8%	1	1,4%	1.928	15,2%
berufliche Rehabilitation	14	0,3%	12	0,2%	0	0,0%	53	73,6%	79	0,6%
Zusammen	5.223	100,0%	5.468	100,0%	1.943	100,0%	72	100,0%	12.706	100,0%

Tabelle 24: Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsbeginn und Behandlungsende – Datenbasis 30 von 31 Einrichtungen

Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende	Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsbeginn					
	arbeitsfähig		arbeitsunfähig		Gesamt	
arbeitsfähig	3.893	88,3%	4.308	65,4%	8.201	74,6%
arbeitsunfähig	514	11,7%	2.275	34,6%	2.789	25,4%
Zusammen	4.407	100,0%	6.583	100,0%	10.990	100,0%

beitsunfähig³. Von den 6.583 Patienten, die zum Betreuungsbeginn in der Kategorie „arbeitsunfähig“ kodiert wurden, waren zum Ende der Therapie 65,4% wieder arbeitsfähig und 34,6% waren weiterhin arbeitsunfähig. In der Kategorie „arbeitsfähig zu Betreuungsbeginn“ mit 4.407 Patienten, waren zum Ende der Betreuung 88,3% weiterhin arbeitsfähig und 11,7% arbeitsunfähig.

2.7. Psychische Komorbidität

In den folgenden Tabellen 25 bis 31 sind die Zusammenhänge zwischen psychischer Komorbidität und den Variablen Geschlecht, Behandlungsdauer, Art der Therapiebeendigung und Arbeitsfähigkeit bzw. Leistungsfähigkeit bei Behandlungsende dargestellt.

Tabelle 25 gibt eine Übersicht über die **psychische Komorbidität in Abhängigkeit vom Geschlecht**. Bei Berechnung der psychischen Komorbidität wurden die Diagnosen F1 (Störungen durch psychotrope Substanzen), F50 (Esstörungen), F55 (Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen) und F63.0 (Pathologisches Spielen) nicht berücksichtigt.

49,7% aller Patienten haben neben der Hauptdiagnose keine zusätzliche psychische Diagnose (F-Diagnose), wobei ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied mit 54,5% bei Männern vs. 37,8% bei Frauen vorhanden ist. D.h. 45,5% der Männer und 62,2% der Frauen haben neben der Hauptdiagnose mindestens eine Diagnose zur psychischen Komorbidität. 34,8% aller Patienten (32,7% vs. 38,9%) hatten eine, 11,6% (9,8% vs. 16,3%) zwei, 3,3% (2,5% vs.

5,5%) drei und 0,8% (0,6% vs. 1,6%) vier bis sechs psychische Diagnosen.

Zur weiteren Betrachtung der psychischen Komorbidität wurden die Diagnosegruppierungen

- **Depression** mit den Diagnosen F32, F33 und F34.1
- **Angststörung** mit den Diagnosen F40 und F41
- **Persönlichkeitsstörung** mit den Diagnosen F60 und F61 gebildet.

Tabelle 26 gibt einen Überblick über die **psychische Komorbidität differenziert**

Tabelle 25: Psychische Komorbidität: Allgemeine Übersicht

Psychische Komorbidität F0 bis F9 ohne F1, F50, F55, F63.0	Männer		Frauen		Gesamt	
Keine F-Diagnose	5.069	54,5%	1.392	37,8%	6.461	49,7%
Eine F-Diagnose	3.039	32,7%	1.432	38,9%	4.471	34,4%
Zwei F-Diagnosen	910	9,8%	601	16,3%	1.511	11,6%
Drei F-Diagnosen	228	2,5%	203	5,5%	431	3,3%
Vier F-Diagnosen	48	0,5%	43	1,2%	91	0,7%
Fünf F-Diagnosen	7	0,1%	11	0,3%	18	0,1%
Sechs F-Diagnosen	2	0,0%	3	0,1%	5	0,0%
Gesamt	9.303	100,0%	3.685	100,0%	12.988	100,0%

Tabelle 26: Psychische Komorbidität: Differenzierung der Diagnose

	Depression F32, F33, F34.1		Angststörung F40, F41		Persönlichkeitsstörung F60, F61	
keine F-Diagnose	8.502	65,5%	12.246	94,3%	11.726	90,3%
mind. eine Diagnose	4.486	34,5%	742	5,7%	1.262	9,7%
Gesamt	12.988	100,0%	12.988	100,0%	12.988	100,0%

Tabelle 27: Psychische Komorbidität: Differenzierung der Diagnose nach Geschlecht

Mindestens eine Diagnose	Depression F32, F33, F34.1		Angststörung F40, F41		Persönlichkeitsstörung F60, F61	
Anteil bei Männern	2.819	30,3%	457	4,9%	728	7,8%
Gesamt N Männer	9.303	100,0%	9.303	100,0%	9.303	100,0%
Anteil bei Frauen	1.667	45,2%	285	7,7%	534	14,5%
Gesamt N bei Frauen	3.685	100,0%	3.685	100,0%	3.685	100,0%

nach den drei Diagnosegruppierungen. 34,5% aller Patienten haben mindestens eine Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen, 5,7% aus dem Bereich der Angststörungen und 9,7% aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen.

In Tabelle 27 sind für die Patienten mit mindestens einer psychischen Diagnose aus Tabelle 26 die jeweiligen geschlechtsspezifischen Anteile dargestellt. Ausgehend von den 4.486 Patienten aus Tabelle 26 mit mind. einer Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen liegt der Anteil bezogen auf alle Männer der Stichprobe bei 30,3% vs. 45,2% bezogen auf alle Frauen der Stichprobe. Für die 742 Patienten mit mind. einer Angststörung liegen die Anteile bei 4,9% vs. 7,7% und für die 1.262 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bei 7,8% vs. 14,5%.

Der Zusammenhang von **psychischer Komorbidität, Behandlungsdauer und Art der Therapiebeendigung** ist in den Tabellen 28 und 29 dargestellt.

³ Da sich die dargestellten Daten in Tabelle 24 nur auf die Ausprägungen „arbeitsfähig“ und „arbeitsunfähig“ beziehen und nur Datensätze ausgewertet wurden, bei denen Daten zu beiden Messzeitpunkten Betreuungsbeginn und Betreuungsende vorhanden waren, ergeben sich teilweise abweichende Werte im Vergleich zur Tabelle 21: Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende.

Aus Tabelle 28 wird ersichtlich, dass mit Zunahme der psychischen Komorbidität sich die Behandlungsdauern verlängern – bei mehr als drei F-Diagnosen sich jedoch wieder verringern. Bei Betrachtung aller Entlassungen mit N = 12.988 Patienten liegt die mittlere Behandlungsdauer bei 81,2 Tagen, bei regulären Entlassungen mit N = 8.505 bei 92,4 Tagen und bei planmäßigen Entlassungen mit N = 10.977 bei 88,4 Tagen. Bei regulären Entlassungen zeigt sich für die Fälle ohne psychische Diagnose neben der Hauptdiagnose eine mittlere Behandlungsdauer von 91,4 Tagen. Die mittlere Behandlungsdauer steigt bei einer psychischen Diagnose mit 91,6 Tagen kontinuierlich auf 101,9 Tage bei drei psychischen Diagnosen an, um bei mehr als drei psychischen Diagnosen wieder auf 98,1 Tage zu sinken. Für alle Entlassungen und bei planmäßigen Entlassungen zeigt sich ein ähnlicher kontinuierlicher Anstieg in der mittleren Behandlungsdauer mit 79,5 Tagen und 87,4 Tagen ohne psychische Diagnose, 81,3 Tagen und 88,0 Tagen bei einer psychischen Diagnose auf 89,7 Tagen und 97,5 Tagen bei drei psychischen Diagnosen sowie ein Abfall auf 83,4 Tage und 91,6 Tage bei mehr als drei psychischen Diagnosen.

In Tabelle 29 werden die **Behandlungsdauer und die Art der Therapiebeendigung in Abhängigkeit der drei Diagnosegruppierungen** betrachtet.

Aus Tabelle 29 wird deutlich, dass für alle drei Diagnosegruppierungen Depression, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen die mittlere Behandlungsdauer bei Vorliegen mind. einer entsprechenden Diagnose höher ist als die mittlere Behandlungsdauer der Gesamtstichprobe bzw. der jeweiligen Teilstichprobe für Depressionen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen ohne psychische Diagnosen.

Für die Stichprobe aller Entlassungen liegt die längste mittlere Behandlungsdauer bei 84,5 Tagen für Patienten mit mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Für reguläre Entlassungen haben Patienten mit mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen mit 99,0 Tagen ebenso die längste mittlere Behandlungsdauer, gefolgt von Patienten mit mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Angststörungen mit 94,0 Tagen. Bei Betrachtung der planmäßigen Entlassungen ergibt sich ein ähnliches

Tabelle 28: Psychische Komorbidität: Behandlungsdauer in Tagen

Behandlungsdauer in Tagen	Art der Therapiebeendigung		
	Alle Entlassungen N = 12.988	Reguläre Entlassungen N = 8.505	Planmäßige Entlassungen N = 10.977
keine F-Diagnose	79,5 Tage	91,4 Tage	87,4 Tage
eine F-Diagnose	81,3 Tage	91,6 Tage	88,0 Tage
zwei F-Diagnosen	85,9 Tage	96,1 Tage	91,3 Tage
drei F-Diagnosen	89,7 Tage	101,9 Tage	97,5 Tage
mehr als drei F-Diagnosen	83,4 Tage	98,1 Tage	91,6 Tage
Gesamt	81,2 Tage	92,4 Tage	88,4 Tage

Tabelle 29: Psychische Komorbidität: Behandlungsdauer in Tagen differenziert nach Diagnosegruppierung und Art der Therapiebeendigung

Behandlungsdauer in Tagen	Art der Therapiebeendigung		
	Alle Entlassungen N = 12.988	Reguläre Entlassungen N = 8.505	Planmäßige Entlassungen N = 10.977
Depression			
keine Diagnose	79,6 Tage	91,8 Tage	87,6 Tage
mind. eine F-Diagnose	84,3 Tage	93,6 Tage	90,0 Tage
Angststörungen			
keine Diagnose	81,2 Tage	92,3 Tage	88,3 Tage
mind. eine F-Diagnose	81,4 Tage	94,0 Tage	90,4 Tage
Persönlichkeitsstörungen			
keine Diagnose	80,9 Tage	91,8 Tage	87,9 Tage
mind. eine F-Diagnose	84,5 Tage	99,0 Tage	93,5 Tage
Gesamt	81,2 Tage	92,4 Tage	88,4 Tage

Tabelle 30: Psychische Komorbidität: Art der Therapiebeendigung

Art der Therapiebeendigung	keine F-Diagnose N = 6.454	mind. eine F-Diagnose N = 6.525	Depression (≥ 1) N = 4.486	Angststörung (≥ 1) N = 741	Persönlichkeitsstörung (≥ 1) N = 1.262
regulär nach Beratung/Behandlungsplan	65,3%	65,7%	68,6%	64,8%	56,2%
vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung	6,2%	6,5%	5,7%	3,8%	10,7%
vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis	4,1%	5,1%	5,0%	6,3%	3,9%
vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch Klienten	13,0%	11,3%	9,9%	14,4%	14,3%
disziplinarisch	2,4%	1,9%	1,6%	1,9%	2,1%
außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	0,9%	1,4%	1,3%	1,5%	1,1%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	8,1%	8,1%	7,7%	7,1%	10,4%
verstorben	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
planmäßige Entlassung	83,6%	85,4%	87,1%	82,1%	81,1%

Bild mit mittleren Behandlungsdauern von 93,5 Tagen und 90,4 Tagen.

In Tabelle 30 ist die **Art der Therapiebeendigung** näher aufgeschlüsselt und der **psychischen Komorbidität** sowie den **Diagnosegruppierungen** gegenübergestellt.

Patienten mit psychischer Komorbidität beenden geringfügig häufiger prozentual die Therapie regulär im Vergleich zu Patienten ohne psychische Diagnose (65,7% vs. 65,3%). Bei planmäßigen Entlassungen ist dieser Unterschied mit Anteilen von 85,4% bei Patienten mit einer psychischen Diagnose im Vergleich zu 83,6% bei Patienten ohne psychische Komorbidität deutlich ausgeprägt.

Betrachtet man die einzelnen Diagnosegruppierungen, so zeigen sich ebenso deutliche Unterschiede. Die höchsten Anteile regulärer bzw. planmäßiger Entlassungen finden sich bei Vorliegen von mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Depressionen mit 68,6% bzw. 87,1%, gefolgt von 64,8% bzw. 82,1% bei mind. einer Angstdiagnose und 56,2% bzw. 81,1% bei mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen.

Tabelle 31 stellt die **Arbeitsfähigkeit und die Leistungsfähigkeit bei Therapieende** im Zusammenhang mit der der **psychischen Komorbidität** sowie den **Diagnosegruppierungen** dar.

Der höchste Anteil an arbeitsfähig entlassenen Patienten mit 81,5% zeigt sich bei Patienten ohne psychische Komorbidität. Patienten mit mind. einer psychischen Diagnose werden im weitaus geringeren Umfang mit 67,5% als arbeitsfähig entlassen. Bei Betrachtung der einzelnen Diagnosegruppierungen ergibt sich wiederum ein heterogenes Bild mit Anteilen von arbeitsfähig entlassenen Patienten bei Vorliegen von mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen mit 69,6%, gefolgt von 65,8% bei mind. einer Depressionsdiagnose und 64,9% bei mind. einer Angstdiagnose.

Ebenso wie bei der Arbeitsfähigkeit bei Therapieende zeigten sich auch bei der Leistungsfähigkeit bei Therapieende in der Kategorie „6 Stunden und mehr“ – sowohl bezogen auf den letzten Beruf als auch allgemein – die höchsten Quoten mit 84,8% bzw. 91,8% bei Patienten ohne psychische Komorbidität. Patienten mit mind. einer psychischen Diagnose weisen weitaus geringere Quoten mit 76,8%

Tabelle 31: *Psychische Komorbidität: Arbeitsfähigkeit (nur Kategorien arbeitsfähig und arbeitsunfähig) – Datenbasis 30 von 31 Einrichtungen und Leistungsfähigkeit (nur Kategorien 6 Stunden und mehr, 3 bis unter 6 Stunden und unter 3 Stunden) bei Therapiebeendigung – Datenbasis 29 von 31 Einrichtungen*

Psychische Komorbidität	keine F-Diagnose	mind. eine F-Diagnose	Depression (≥ 1)	Angststörung (≥ 1)	Persönlichkeitsstörung (≥ 1)
Arbeitsfähigkeit	N = 5.569	N = 5.840	N = 4.031	N = 672	N = 1.170
arbeitsfähig	81,5%	67,5%	65,8%	64,9%	69,6%
arbeitsunfähig	18,5%	32,5%	34,2%	35,1%	30,4%
Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende	N = 5.497	N = 5.363	N = 3.706	N = 610	N = 1.036
6 Stunden und mehr	84,8%	76,8%	76,4%	75,6%	72,5%
weniger als 6 Stunden	15,2%	23,2%	23,6%	24,4%	27,5%
Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende	N = 5.504	N = 5.384	N = 3.716	N = 609	N = 1.046
6 Stunden und mehr	91,8%	85,3%	85,1%	85,1%	84,1%
weniger als 6 Stunden	8,2%	14,7%	14,9%	14,9%	15,9%

Tabelle 32: *Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)*

Merkmal	Altersgruppen			
	bis unter 30 Jahre	30 bis unter 55 Jahre	55 Jahre und älter	Gesamt
Geschlecht	N = 1.232	N = 8.449	N = 3.307	N = 12.988
männlich	78,8%	77,7%	68,7%	71,6%
weiblich	21,2%	28,3%	31,3%	28,4%
Partnerbeziehung	N = 1.127	N = 7.768	N = 3.039	N = 11.934
in Partnerschaft lebend	30,0%	47,2%	55,5%	47,7%
nicht in Partnerschaft lebend	70,0%	52,8%	44,5%	52,3%
Schulabschluss	N = 1.158	N = 8.017	N = 3.150	N = 12.325
derzeit in Schulausbildung	0,4%	0,0%	0,0%	0,1%
ohne Schulabschluss	10,1%	4,9%	2,6%	4,8%
Haupt-/Volksschulabschluss	37,0%	36,2%	35,4%	36,1%
Realschulabschluss/Polyschulabschluss	34,9%	38,9%	37,9%	38,3%
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	16,5%	18,3%	22,2%	19,1%
anderer Schulabschluss	1,1%	1,6%	1,9%	1,6%
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	N = 1.214	N = 8.350	N = 3.267	N = 12.831
Arbeitsplatz vorhanden	27,4%	43,3%	40,6%	41,1%
arbeitslos	58,6%	47,3%	26,0%	43,0%
nicht erwerbstätig	13,3%	8,7%	33,2%	15,4%
in beruflicher Rehabilitation	0,7%	0,7%	0,2%	0,6%

(Leistungsfähigkeit im letzten Beruf) und 85,3% (Leistungsfähigkeit allgemein) in der Kategorie „6 Stunden und mehr“ auf. Die geringsten Quoten in der Leistungsfähigkeit im letzten Beruf zeigen sich bei Vorliegen von mind. einer Diagnose aus dem Umfeld der Persönlichkeitsstörungen mit 72,5%, gefolgt von Patienten mit mind. einer Angststörung mit 75,6% und Patienten mit mind. einer Depressionsdiagnose mit 76,4%. Bei der Leistungsfähigkeit allgemein haben Patienten mit mind. einer Persönlichkeitsstörung mit 84,1% die geringsten Quoten in der Kategorie „6 Stunden und mehr“ gefolgt von jeweils 85,1% bei Patienten mit mind. einer Angststörung bzw. mit mind. einer Depressionsdiagnose.

2.8. Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018

In Tabelle 32 und 33 ist eine altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018 des Fachverbandes Sucht e.V. dargestellt. Zur einfacheren Betrachtung sind dabei jeweils Item-bezogen die Datensätze um die unterschiedlichen „Missing-Data“ bereinigt. Als Stichprobe zur Berechnung wurden die Daten aller 31 Einrichtungen mit N = 12.988 Patienten verwendet. Für die altersspezifische Betrachtung wurden die drei Patienten-Altersgruppen „bis unter 30 Jahre“, „30 bis unter 55 Jahre“ und „55 Jahre und älter“ gebildet. In der folgenden Tabelle werden die Variablen der Basisdokumentation jeweils für die drei Altersgruppen und für die Gesamtzahl ausgegeben.

Der Vergleich der Datensätze der drei Altersgruppen ergibt folgende Ergebnisse (die jeweiligen Ergebnisse der Gesamtstichprobe, die in Tabelle 32 und 33 jeweils auch mit ausgegeben sind, werden im Folgenden nicht mehr beschrieben, da diese bereits ausführlich in den Abschnitten 2.2 bis 2.5 erläutert wurden):

- **Geschlecht:** Der relative Anteil männlicher Patienten nimmt mit zunehmenden Alter ab, mit 78,8% in der Altersgruppe bis unter 30 Jahren, über 77,7% in der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre auf 68,7% in der Altersgruppe der Patienten mit 55 Jahren und älter.
- **Partnerbeziehung:** Der relative Anteil der Patienten, die in Partnerschaft leben, nimmt mit zunehmenden Alter zu, mit 30,0% bei Patienten bis unter 30 Jahren über 47,2% bei den 30- bis

noch Tabelle 32: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Altersgruppen			
	bis unter 30 Jahre	30 bis unter 55 Jahre	55 Jahre und älter	Gesamt
Erwerbssituation am Tag nach Behandlungsende	N = 1.209	N = 8.285	N = 3.232	N = 12.726
Arbeitsplatz vorhanden	26,3%	41,6%	39,8%	39,7%
arbeitslos	60,5%	49,2%	26,7%	44,5%
nicht erwerbstätig	12,4%	8,5%	33,3%	15,2%
in beruflicher Rehabilitation	0,8%	0,8%	0,2%	0,6%
Vermittelt durch	N = 1.215	N = 8.315	N = 3.240	N = 12.770
Keine / Selbstmelder	2,4%	5,4%	4,7%	4,9%
soziales Umfeld	0,9%	0,8%	1,6%	1,0%
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	0,7%	1,3%	1,7%	1,3%
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	1,4%	2,2%	2,8%	2,3%
ambulante Suchthilfe-einrichtung	44,8%	49,2%	51,4%	49,3%
allgemeines Krankenhaus und Einrichtungen der Akutbehandlung	9,5%	9,9%	9,8%	9,8%
psychiatrisches Krankenhaus	18,0%	16,7%	15,6%	16,5%
stationäre Suchthilfe-einrichtung (Rehabilitation, Adaption)	1,5%	1,7%	1,3%	1,6%
andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-/Familien-/Erziehungsberatung, sozial-psychiatrischer Dienst)	2,1%	2,6%	2,8%	2,6%
Kosten-/Leistungsträger	13,1%	6,3%	4,9%	6,6%
sonstige	5,6%	4,1%	3,4%	4,1%
Leistungsträger	N = 1.231	N = 8.442	N = 3.304	N = 12.977
Rentenversicherung	73,1%	89,7%	71,0%	83,4%
Krankenversicherung	25,3%	8,8%	26,2%	14,8%
Selbstzahler	0,7%	0,7%	2,4%	1,1%
sonstige Leistungsträger	0,8%	0,8%	0,5%	0,7%

unter 55-Jährigen auf 55,5% der Patienten mit einem Alter von 55 Jahren und älter.

- **Schulabschluss:** 10,1% der Patienten in der Altersgruppe bis unter 30 Jahren sind ohne Schulabschluss. In den Altersgruppen 30 bis unter 55 Jahren und 55 Jahre und älter beträgt dieser Anteil jedoch nur 4,9% und 2,6%. Nur 16,5% der Patienten in der Altersgruppe unter 30 Jahren haben die Fachhochschul- bzw. Hochschulreife bzw. das Abitur, gegenüber 18,3% in der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre und

22,2% in der Altersgruppe 55 Jahre und älter.

- **Erwerbstätigkeit am Tag vor dem Betreuungsbeginn:** In der Altersgruppe der 30- bis 55- Jährigen Patienten haben 43,3% der Patienten einen Arbeitsplatz, 47,3% sind arbeitslos und 8,7% nicht erwerbstätig. Demgegenüber haben nur 27,4% der bis 30 jährigen Patienten einen Arbeitsplatz, 58,6% sind arbeitslos und 13,3% nicht erwerbstätig. In der Altersgruppe der Patienten mit 55 Jahren und älter hingegen ist der relative Anteil der nicht

Tabelle 33: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018 (Fortsetzung) (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Altersgruppen			
	bis unter 30 Jahre	30 bis unter 55 Jahre	55 Jahre und älter	Gesamt
Hauptdiagnose	N = 1.232	N = 8.449	N = 3.307	N = 12.988
Störungen durch Alkohol F10.X	56,8%	90,6%	96,6%	88,9%
Störungen durch Cannabinoide F12.X	25,9%	2,9%	0,3%	4,5%
Störungen durch sonstige Stimulantien F15.X	6,7%	1,8%	0,1%	1,8%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen F19.X	6,6%	1,8%	0,2%	1,8%
sonstige F1X.X Diagnosen	3,7%	2,5%	2,5%	2,6%
sonstige Diagnosen	0,3%	0,5%	0,3%	0,4%
Weitere Suchtdiagnosen	N = 1.232	N = 8.449	N = 3.307	N = 12.988
Durchschnittliche Anzahl weiterer Suchtdiagnosen pro Patient	1,18	0,50	0,14	0,47
Psychische Komorbidität	N = 1.232	N = 8.449	N = 3.307	N = 12.988
durchschnittliche Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient	0,73	0,74	0,65	0,71
Somatische Komorbidität	N = 1.032	N = 7.944	N = 3.128	N = 12.104
durchschnittliche Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient	1,03	2,10	3,09	2,26
Abhängigkeitsdauer in Jahren	N = 1.100	N = 7.453	N = 2.892	N = 11.445
Mittelwert ± Standardabweichung	7,2 ± 4,4	15,7 ± 10,0	21,3 ± 13,9	16,3 ± 11,4
Anzahl der Entzugsbehandlungen	N = 981	N = 7.213	N = 2.893	N = 11.087
Mittelwert ± Standardabweichung	1,9 ± 3,3	3,5 ± 7,8	3,0 ± 6,9	3,2 ± 7,3
Anzahl der stationären Entwöhnungsbehandlungen	N = 751	N = 5.827	N = 2.387	N = 8.965
Mindestens eine stationäre Entwöhnung	22,4%	34,9%	34,1%	33,7%
Behandlungsdauer in Tagen	N = 1.232	N = 8.449	N = 3.307	N = 12.988
Mittelwert ± Standardabweichung	85,4 ± 46,5	82,4 ± 36,0	76,6 ± 30,5	81,2 ± 35,9
Behandlungsdauer in Tagen bei regulärer Entlassung	N = 562	N = 5.479	N = 2.464	N = 8.505
Mittelwert ± Standardabweichung	105,8 ± 35,9	94,6 ± 27,2	84,6 ± 25,3	92,4 ± 27,9

Erwerbstätigen mit 33,2% sehr hoch. Weitere 40,6% haben einen Arbeitsplatz und 26,0% sind arbeitslos.

- **Erwerbstätigkeit am Tag nach Behandlungsende:** Die Angaben zur Erwerbstätigkeit am Tag nach dem Behandlungsende für die drei Gruppen verhalten sich ähnlich. Deshalb sei an dieser Stelle auf die obige Beschreibung der Daten zur Erwerbstätigkeit am Tag vor dem Betreuungsbeginn verwiesen.
- **Vermittlung:** Der häufigste Vermittler in allen drei Altersgruppen ist weiterhin die ambulante Suchthilfeeinrichtung mit Anteilen von 44,8% in der Altersgruppe bis unter 30 Jahre, 49,2% für Patienten mit einem Alter von 30 bis unter 55 Jahre und 51,4% für Patienten ab 55 Jahren. Psychiatrische Krankenhäuser vermitteln 18,0%, 16,7% und 15,6% der Patienten, allgemeine Krankenhäuser bzw. Einrichtungen der Akutbehandlung 9,5%, 9,9% und 9,8%. Der relative Anteil an Patienten die über einen Leistungsträger in die Therapie vermittelt werden liegt in der Altersgruppe der unter 30-Jährigen bei 13,1% gegenüber 6,3% der 30- bis unter 55-Jährigen und 4,9% der Patienten mit 55 Jahren und älter.
- **Leistungsträger:** Die Verteilung der Leistungsträger unterscheidet sich deutlich bei Betrachtung der drei Altersgruppen mit Anteilen von 73,1%, 89,7% und 71,0% bei der Rentenversicherung, 25,3%, 8,8% und 26,2% bei der Krankenversicherung, 0,7%, 0,7% und 2,4% Selbstzahler und 0,8%, 0,8% und 0,5% für sonstige Leistungsträger in der Altersgruppe der bis unter 30-Jährigen, der 30- bis unter 55-Jährigen und Patienten mit 55 Jahren und älter.
- **Hauptdiagnose:** In der Altersgruppe der Patienten 55 Jahre und älter sind Störungen durch Alkohol mit 96,6% beinahe die alleinige Hauptdiagnose. Weitere psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (außer Störungen durch Alkohol) haben zusammengefasst einen Anteil von 3,1% in dieser Altersgruppe. Dahingegen haben nur 56,8% der bis unter 30 Jahre alten Patienten die Hauptdiagnose Störung durch Alkohol. Weitere 25,9% der Patienten mit einem Alter bis unter 30 Jahre haben die Hauptdiagnose Störungen durch Cannabinoide, 6,7% Störungen durch sonstige Stimulantien, 6,6% Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger

noch Tabelle 33: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018 (Fortsetzung) (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Altersgruppen			
	bis unter 30 Jahre	30 bis unter 55 Jahre	55 Jahre und älter	Gesamt
Behandlungsdauer in Tagen bei planmäßiger Entlassung	N = 954	N = 7.097	N = 2.926	N = 10.977
Mittelwert ± Standardabweichung	96,6 ± 42,1	90,2 ± 31,1	81,5 ± 26,9	88,4 ± 31,5
Art der Behandlungsbeendigung	N = 1.232	N = 8.446	N = 3.301	N = 12.979
Anteil mit regulärer Entlassung	45,6%	64,9%	74,6%	65,5%
Anteil mit planmäßiger Entlassung	77,4%	84,0%	88,6%	84,6%
Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende	N = 1.169	N = 8.132	N = 3.189	N = 12.490
arbeitsfähig	83,7%	73,3%	48,4%	67,9%
arbeitsunfähig	13,7%	23,4%	27,2%	23,5%
Beurteilung nicht erforderlich	0,7%	2,2%	22,0%	7,1%
sonstige (Hausfrau / Hausmann, Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen)	1,9%	1,2%	2,4%	1,6%
Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende	N = 1.148	N = 7.730	N = 2.972	N = 11.850
6 Stunden und mehr	83,9%	79,7%	55,7%	74,1%
weniger als 6 Stunden	10,2%	17,3%	21,3%	17,6%
keine Angabe erforderlich	5,9%	3,1%	23,0%	8,4%
Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende	N = 1.148	N = 7.727	N = 2.966	N = 11.841
6 Stunden und mehr	89,1%	87,7%	62,2%	81,5%
weniger als 6 Stunden	5,9%	9,4%	15,2%	10,5%
keine Angabe erforderlich	5,0%	2,9%	22,6%	8,0%

psychotroper Substanzen, und 3,7% sonstige psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Bei Patienten der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre haben 90,6% die Hauptdiagnose Störungen durch Alkohol, 2,9% Störungen durch Cannabinoide, jeweils 1,8% Störungen durch sonstige Stimulantien bzw. Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen und zusammengefasst 2,5% sonstige psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

- **Weitere Suchtdiagnosen:** In der Gruppe der bis 30 jährigen Patienten hat

durchschnittlich jeder Patient neben der Hauptdiagnose 1,18 weitere Nebendiagnosen aus dem Suchtspektrum. Für die 30 bis unter 55 jährigen Patienten liegt die durchschnittliche Anzahl an Nebendiagnosen aus dem Suchtspektrum bei 0,50 und für Patienten mit einem Alter von 55 Jahren und älter bei durchschnittlich 0,14.

- **Psychische Komorbidität:** Die psychische Komorbidität liegt bei den bis unter 30-Jährigen bei durchschnittlich 0,73 psychischen Diagnosen, bei den 30- bis unter 55-Jährigen Patienten bei durchschnittlich 0,74 psychischen Diagnosen, gefolgt von 0,65

psychischen Diagnosen bei Patienten ab 55 Jahren.

- **Somatische Komorbidität:** Bei der somatischen Komorbidität zeigt sich hingegen ein anderes Bild mit der höchsten Komorbidität bei Patienten mit 55 Jahren und älter mit durchschnittlich 3,09 somatischen Diagnosen. Die durchschnittliche Anzahl somatischer Diagnosen verringert sich auf 2,10 bzw. 1,03 somatische Diagnosen bei Patienten der Altersgruppen 30 bis unter 55 Jahre bzw. bis unter 30 Jahre.
- **Abhängigkeitsdauer:** Patienten mit einem Alter von unter 30 Jahren sind durchschnittlich 7,2 Jahre abhängig. Bei Patienten der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre zeigt sich eine um durchschnittlich 8,5 Jahre längere Abhängigkeitsdauer von 15,7 Jahren. Die längste Abhängigkeitsdauer zeigt sich bei Patienten im Alter von 55 Jahren und älter mit durchschnittlich 21,3 Jahren.
- **Anzahl der „einfachen“ Entzugsbehandlungen:** Die höchste Anzahl bisher durchgeführter „einfacher“ Entzugsbehandlungen zeigt sich bei Patienten in der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre mit durchschnittlich 3,5 Entzugsbehandlungen. Durchschnittlich 3,0 Entzugsbehandlungen können Patienten im Alter von 55 Jahren und älter vorweisen, nur 1,9 Entzugsbehandlungen hingegen Patienten im Alter bis unter 30 Jahre.
- **Anzahl der stationären Entwöhnungen:** In den Altersgruppen 30 bis unter 55 Jahre und 55 Jahre und älter unterscheiden sich die Anteile von Patienten mit stationärer Therapieerfahrung mit 34,9% vs. 34,1% nur gering. Dagegen haben nur 22,4% der bis unter 30 jährigen Patienten bisher eine stationäre Entwöhnungsbehandlung durchgeführt.
- **Behandlungsdauer:** Die längste Behandlungsdauer zeigt sich bei Patienten der Altersgruppe bis unter 30 Jahre mit durchschnittlich 85,4 Tagen. Bei Patienten mit einem Alter zwischen 30 und bis unter 55 Jahren ergibt sich eine um durchschnittlich 3,0 Tage kürzere Behandlungsdauer von 82,4 Tagen. Die geringste Behandlungsdauer haben Patienten der Altersgruppe 55 Jahre und älter mit durchschnittlich 76,6 Tagen. Die längsten durchschnittlichen Behandlungsdauern bei regulären bzw. planmäßigen Entlassungen zeigen sich ebenso bei den Patienten der Altersgruppe bis 30 Jahre mit 105,8 Ta-

gen bzw. 96,6 Tagen, gefolgt von 94,6 bzw. 90,2 Tagen bei 30- bis unter 55-Jährigen Patienten und 84,6 Tagen bzw. 81,5 Tagen bei Patienten der Altersgruppe 55 Jahre und älter.

- **Art der Behandlungsbeendigung:** Patienten der Altersgruppe 55 Jahre und älter beenden im Vergleich zu den beiden anderen Altersgruppen mit 74,6% bzw. 88,6% häufiger regulär bzw. planmäßig die Behandlung. Für die Altersgruppen 30 bis unter 55 Jahre und bis unter 30 Jahre liegen die Quoten bei 64,9% bzw. 84,0% und 45,6% bzw. 77,4%.
- **Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende:** Patienten der Altersgruppen 55 Jahre und älter werden am häufigsten mit einem Anteil von 27,2% als arbeitsunfähig entlassen, gefolgt von den 30 bis 55 Jahre alten Patienten mit 23,4% im Vergleich zu nur 13,7% arbeitsunfähig entlassenen Patienten in der Altersgruppe der bis unter 30-Jährigen. Die höchste Quote arbeitsfähig entlassener Patienten zeigt sich in der Gruppe der bis unter 30-Jährigen Patienten mit 83,7%, gefolgt von 73,3% bei den 30- bis unter 55-Jährigen und 48,4% bei den Patienten mit einem Alter von 55 Jahren oder höher. Der große Unterschied in den Quoten der arbeitsfähig entlassenen Patienten in den Altersgruppen 55 Jahre und älter kann auf den hohen Anteil der Kategorie „Beurteilung nicht erforderlich“ mit 22,0% in der höchsten Alterskategorie zurückgeführt werden.
- **Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende:** Wie bei der Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende zeigten sich auch bei der Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende die höchsten Quoten in der Kategorie „6 Stunden und mehr“ bei den bis 30-jährigen Patienten mit 83,9% gefolgt von 79,7% bei den 30- bis unter 55-Jährigen und 55,7% bei Patienten mit 55 Jahren und älter. Die geringe Quote in der höchsten Alterskategorie muss hierbei jedoch wiederum in Verbindung mit der hohen Besetzung der Kategorie „keine Angabe erforderlich“ mit 23,0%⁴ im Vergleich zu 5,9% und 3,1% in den anderen beiden Alterskategorien gesehen werden.
- **Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende:** Die Daten zur Leistungsfähigkeit allgemein bei Be-

handlungsende zeigten in allen Alterskategorien einen ähnlichen Trend wie die Leistungsfähigkeit im letzten Beruf. Deshalb wird an dieser Stelle auf eine Beschreibung der Daten verzichtet.

2.9. Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2018 mit der Basisdokumentation 2017

Tabelle 34 und Tabelle 35 geben einen Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2018 des Fachverbandes Sucht e. V. mit der Basisdokumentation des Jahres 2017 (Fachverband Sucht e.V., 2018). Dabei sind jeweils Item-bezogen die Datensätze um die unterschiedlichen „Missing-Data“ bereinigt. An dieser Stelle sei auch nochmals auf die in diesem Zeitraum erfolgte Umstellung des Deutschen Kerndatensatzes von der Version 2.0 auf die Version 3.0

verwiesen. Bedingt durch die komplexe Umstellungsphase kann der Vergleich der beiden Dokumentationsjahrgänge deshalb nicht im gewohnten Umfang wie in den Vorjahren erfolgen.

Ein Abgleich der Datensätze ergibt zusammenfassend folgende Ergebnisse (in Klammern jeweils die Angaben für 2017):

- Die Verteilung der **Geschlechter** hat sich von 2017 auf 2018 nicht verändert und beträgt weiterhin 71,6% Männer und 28,4% Frauen.
- Das durchschnittliche **Alter** der Patienten bei Behandlungsbeginn verringerte sich um 0,5 Jahre von 46,4 Jahre 2017 auf 45,9 Jahre in 2018.
- Im Dokumentationsjahr 2018 fanden sich 4,9% der Patienten (4,6%) ohne **Schulabschluss**, 36,1% (36,7%) verfügten über einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss, 38,3% (37,6%) über einen Realschulabschluss bzw. über den Abschluss der Polytechnischen Oberschu-

Tabelle 34: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2018 mit der Basisdokumentation 2017 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdokumentation 2018	Basisdokumentation 2017
Geschlecht	N = 12.988	N = 13.622
männlich	71,6%	71,6%
weiblich	28,4%	28,4%
Alter	N = 12.988	N = 13.622
Mittelwert ± Standardabweichung	45,9 ± 11,8 Jahre	46,4 ± 11,4 Jahre
Schulabschluss	N = 12.325	N = 12.700
ohne Schulabschluss	4,9%	4,6%
Haupt-/Volksschulabschluss	36,1%	36,7%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	38,3%	37,6%
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	19,1%	19,1%
anderer Schulabschluss	1,6%	2,0%
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	N = 12.831	N = 13.086
Arbeitsplatz vorhanden	41,1%	41,0%
arbeitslos	43,0%	43,1%
nicht erwerbstätig	15,4%	15,7%
in beruflicher Rehabilitation	0,6%	0,2%
Erwerbssituation am Tag nach Behandlungsende	N = 12.726	N = 12.889
Arbeitsplatz vorhanden	39,7%	39,9%
arbeitslos	44,5%	45,4%
nicht erwerbstätig	15,2%	14,4%
in beruflicher Rehabilitation	0,6%	0,3%

⁴ Für Altersrentner ist die Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei Behandlungsende nicht erforderlich.

Tabelle 35: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2018 mit der Basisdokumentation 2017 (Fortsetzung) (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdokumentation 2018	Basisdokumentation 2017
Vermittelt durch	N = 12.770	N = 12.445
ambulante Suchthilfeeinrichtung	49,3%	53,3%
allgemeines Krankenhaus und Einrichtungen der Akutbehandlung	9,8%	10,8%
psychiatrisches Krankenhaus	16,5%	15,2%
Leistungsträger	6,6%	6,5%
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	2,3%	2,0%
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	1,3%	1,8%
sonstige Vermittler	9,3%	7,0%
ohne Vermittlung	4,9%	3,4%
Leistungsträger	N = 12.977	N = 13.597
Rentenversicherung	83,4%	84,7%
Krankenversicherung	14,8%	13,2%
sonstige Leistungsträger	1,8%	2,1%
Hauptdiagnose	N = 12.988	N = 13.622
Störungen durch Alkohol F10.XX	88,9%	90,1%
sonstige F1X.XX Diagnosen außer Alkohol	10,7%	8,9%
sonstige Diagnosen	0,4%	1,0%
Abhängigkeitsdauer in Jahren	N = 11.445	N = 10.418
Mittelwert ± Standardabweichung	16,3 ± 11,4	16,6 ± 11,1
Psychische Komorbidität	N = 12.988	N = 11.256
Durchschnittliche Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient	0,71	0,78
Somatische Komorbidität	N = 12.104	N = 11.406
Durchschnittliche Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient	2,26	2,05
Behandlungsdauer in Tagen	N = 12.988	N = 13.622
Mittelwert ± Standardabweichung	81,2 ± 35,9	82,0 ± 34,0
Behandlungsdauer in Tagen bei regulärer Entlassung	N = 8.505	N = 8.978
Mittelwert ± Standardabweichung	92,4 ± 27,9	91,2 ± 26,7
Behandlungsdauer in Tagen bei planmäßiger Entlassung	N = 10.977	N = 11.646
Mittelwert ± Standardabweichung	88,4 ± 31,5	88,0 ± 29,8
Art der Behandlungsbeendigung	N = 12.979	N = 13.403
Anteil mit regulärer Entlassung	65,5%	67,0%
Anteil mit planmäßiger Entlassung	84,6%	86,1%

le, 19,1% (19,1%) über die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife oder das Abitur und 1,6% (2,0%) über einen anderen Schulabschluss.

• **Erwerbssituation bei Therapiebeginn:** Die Quoten in allen Kategorien außer „in beruflicher Rehabilitation“ mit 0,6% in 2018 vs. 0,2% in 2017 unter-

scheiden sich mit 41,1% vs. 41,0% bei Patienten mit Arbeitsplatz, 43,0% vs. 43,1% bei arbeitslosen Patienten und 15,4% vs. 15,7% bei nicht erwerbstätigen Patienten kaum.

• **Erwerbssituation bei Behandlungsende:** Die Quoten von Patienten mit Arbeitsplatz unterscheiden sich in beiden Jahrgängen mit 39,7% in 2018 und 39,9% in 2017 kaum. Dagegen unterscheiden sich die Quoten der arbeitslosen Patienten bzw. der nicht erwerbstätigen Patienten mit 44,5% bzw. 15,2% in 2018 von den Quoten in 2017 mit 45,4% bzw. 14,4% moderat. Ebenso unterscheiden sich die Anteile von Patienten in beruflicher Rehabilitation mit 0,6% in 2018 zu 0,3% in 2017.

• In beiden Jahrgängen wurde die Mehrzahl der Patienten (49,3% in 2018 und 53,3% in 2017) durch eine ambulante Suchthilfeeinrichtung auf die medizinische Rehabilitationsmaßnahme vorbereitet. Krankenhäuser bzw. Krankenhausabteilungen **vermittelten** 26,3% (26,0%) der Patienten, Leistungsträger 6,6% (6,5%), niedergelassene Ärzte bzw. Psychotherapeuten 2,3% (2,0%), Arbeitgeber, Betriebe bzw. die Schulen 1,3% (1,8%) und sonstige Vermittler 9,3% (7,0%). Ohne Vermittlung kamen 4,9% (3,4%) in die Therapie.

• 83,4% (84,7%) der Patienten aus 2018 (2017) hatten die Rentenversicherung als **Leistungsträger**; für 14,8% (13,2%) kam der zuständige Leistungsträger aus dem Bereich der Krankenversicherungen und bei 1,8% (2,1%) gab es einen sonstigen Leistungsträger.

• 88,9% der Patienten aus dem Jahrgang 2018 (90,1% in 2017) hatten als **Hauptdiagnose** die ICD-10 Kodierung „Störungen durch Alkohol“; 10,7% (8,9%) hatten sonstige F1X.XX Diagnosen, 0,4% (1,0%) hatten eine sonstige Diagnose als Hauptdiagnose.

• Die durchschnittliche **Abhängigkeitsdauer** unterscheidet sich mit 16,3 Jahren für 2018 und 16,6 Jahren für 2017 nur gering.

• Beide Dokumentationsjahrgänge unterscheiden sich bei der durchschnittlichen Anzahl **psychischer Diagnosen** bzw. **somatischer Diagnosen** pro Patient neben der Hauptdiagnose nur gering mit 0,71 vs. 0,78 psychischer Diagnosen nur gering bzw. mit 2,26 vs. 2,05 somatischer Diagnosen.

• Bei Betrachtung aller Patienten verringerte sich die durchschnittliche **Behandlungsdauer** gering um 0,8 Tage von 82,0 Tage (± 34,0 Tage) im Doku-

mentationsjahr 2017 auf 81,2 Tage ($\pm 35,9$ Tage) für 2018. Werden nur die regulären Entlassungen betrachtet, so zeigt sich eine moderate Erhöhung der Behandlungsdauer um 1,2 Tage von 91,2 Tagen ($\pm 26,7$ Tage) auf 92,4 Tage ($\pm 27,9$ Tage). Bei Betrachtung der planmäßig beendeten Behandlungen (entspricht den Kategorien 1, 2, 3 und 7 der Entlasskategorien des Deutschen Kernsatzes) zeigt sich eine geringe Erhöhung der mittleren Behandlungsdauern um 0,4 Tage von 88,0 Tagen ($\pm 29,8$ Tage) für 2017 auf 88,4 Tage ($\pm 31,5$ Tage) für 2018.

- Der Anteil der Patienten mit regulärer **Behandlungsbeendigung** verringerte sich moderat um 1,5 Prozentpunkte von 67,0% in 2017 auf 65,5% in 2018. Bei Betrachtung der planmäßigen Behandlungsbeendigung zeigen sich mit Anteilen von 86,1% vs. 84,6% ebenso moderate Unterschiede in den beiden Dokumentationsjahrgängen.

3. Ausblick

Mit diesem 24. Bericht zur Basisdokumentation gibt der Fachverband Sucht e.V. einen Überblick über die in seinen Mitgliedseinrichtungen durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen und die behandelte Klientel. Der Fachverband Sucht e.V. beabsichtigt, diese Berichte auch künftig jährlich vorzulegen.

4. Literatur

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2018). Deutscher Kernsatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0 – Definition und Erläuterung zum Gebrauch. Vorläufige Endfassung, Stand: 01.01.2018. www.dhs.de
- Fachverband Sucht e. V. (2018). Basisdokumentation 2017. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 25, Bonn, S. 7 – 27
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2014). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2012). Basisdokumentation Sucht Version 2.0, Düsseldorf
- Ott, E.S., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Fischer, M., Herder, F., Jahrreiss, R., Missel, P., Quinten, C., Rösch, W., Schleede, S., Schneider, B., Zemlin, U. (1997). Neuentwicklung einer Basisdokumentation

für den Bereich stationärer Rehabilitation Suchtkranker (Bado Sucht 97). In: Fachausschuß Sucht des Wissenschaftsrates (Hrsg.). Qualitätsstandards – Prozeß- und Ergebnisqualität in der Behandlung Suchtkranker. Verhaltensmedizin Heute – Fortschritte in der Rehabilitation, Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, Heft 7, S. 15 - 24

Redline-Data (Hrsg.) (2003). PATFAK, Ahrens-bök

Autorenverzeichnis:

- Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Gruppe, Bad Füssing
- Bick-Dresen, Stefanie, Mag. Art., wissenschaftliche Mitarbeiterin MEDIAN Kliniken Daun, Daun
- Dreckmann, Imke, Dipl.-Psych., MEDIAN Therapiezentrum Bassenheim
- Feindel, Holger, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Oberarzt MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar

- Funke, Wilma, Prof. Dr., Leitende Psychologin, MEDIAN Klinik Wied, Wied
- Kemmann, Dietmar, Ltd. Psychologe, Diakoniekrankenhaus Harz, Elbingerode
- Kersting, Stephan, Dipl.-Medienwirt, navacom IT Solution, Hürth
- Medenwaldt, Jan, Redline-Data, Ahrens-bök
- Missel, Peter (†), Dipl.-Psych., Leitender Psychologe MEDIAN Kliniken Daun, Daun
- Neumann, Elena, MEDIAN Gesundheitszentrum Köln, Köln
- Premper, Volker, Dr., Leitender Psychologe, MEDIAN Klinik Schweriner See, Lübstorf
- Teigeler, Horst, Dipl.-Psych., Therapeutischer Leiter, AMEOS Adaptionshaus Lübeck
- Wagner, Annette, Dipl.-Psych., MEDIAN Klinik Münchwies
- Köstler, Ursula, Dr., Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Weissing, Volker, Dr., Geschäftsführer Fachverband Sucht e.V., Bonn

Liste der Einrichtungen, deren Datensätze in die Auswertung eingingen

Soteria-Klinik Leipzig	04289 Leipzig
MEDIAN Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda	04924 Bad Liebenwerda
Klinik Bad Blankenburg	07422 Bad Blankenburg
Fontane Klinik	15741 Mittenwalde OT Motzen
salus klinik Lindow	16835 Lindow
Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V. Haus Schönbirken (Zentrum III)	16835 Seebeck-Strubensee
MEDIAN Klinik Schweriner See	19069 Lübstorf
Haus Niedersachsen - Klinik Oerrel	29386 Dedelstorf, OT Oerrel
Klinik Eschenburg	35713 Eschenburg
MEDIAN Klinik Richelsdorf	36208 Wildeck-Richelsdorf
MEDIAN Klinik Wigbertshöhe	36251 Bad Hersfeld
Diakonie Krankenhaus Harz	38875 Elbigerode
SRH Medinet Fachklinik Alte Ölmühle	39114 Magdeburg
MEDIAN Klinik Dormagen	41539 Dormagen
salus klinik Hürth	50354 Hürth
MEDIAN Klinik Tönisstein	53474 Bad-Neuenahr-Ahrweiler
MEDIAN Kliniken Daun Am Rosenberg	54550 Daun/Eifel
MEDIAN Kliniken Daun Thommener Höhe	54552 Darscheid
Johannesbad Fachklinik Fredeburg	57392 Schmallenberg
Fachklinik Altenkirchen	57610 Altenkirchen
MEDIAN Klinik Wied	57629 Wied bei Hachenburg
Rhein-Haardt-Klinik	67098 Bad Dürkheim
salus klinik Friedrichsdorf	61381 Friedrichsdorf
MEDIAN Klinik Odenwaldt	64747 Breuberg-Sandbach
MEDIAN Klinik Münchwies	66540 Neunkirchen
MEDIAN Klinik Wilhelmsheim	71570 Oppenweiler
Fachklinik Zur alten Post	72270 Baiersbronn-Schönmünzach
Fachklinik Eußerthal	76857 Eußerthal/Pfalz
Johannesbad Fachklinik Furth im Wald	93437 Furth im Wald
Saaletalklinik	97616 Bad Neustadt
MEDIAN Klinik Römhild	98631 Römhild

Inhaltsverzeichnis

Muhl, C., Kemman, D., Abu Khatir, M., Bachmeier, R., Domma-Reichart, J., Erben, C., Fischer, M., Funke, W., Graudenz, J., Klinge, P., Kramwinkel, J., Krekel, C., Mansbart, F.-J., Merker, G., Michaelsen, G., Missel, P. (†), Neumann, R., Schumann, J., Steudel, M., Susemihl, I., Tuchtenhagen, F., Winkelkemper, S., Köstler, U., Weissinger, V.

Teilband II

**Basisdokumentation 2018 –
Fachkliniken für Drogenabhängigkeit**

1. Einleitung	31
2. Basisdokumentation 2018 des Fachverbandes Sucht e.V.	31
2.1 Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung	31
2.2 Beschreibung der Patienten nach soziodemografischen und Eingangsmerkmalen	32
2.3 Angaben zur Therapievorbereitung und zur Aufnahme	35
2.4 Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende	39
2.5 Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018	42
2.6 Psychische Komorbidität	43
2.7 Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018	45
2.8 Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018 mit den Basisdokumentationen 2013 bis 2017	47
3. Ausblick	50
4. Literatur	50
Autorenverzeichnis	50
Liste der Einrichtungen, deren Datensätze in die Auswertung eingingen	50

Teilband II:

Basisdokumentation 2018 – Fachkliniken für Drogenabhängigkeit

1. Einleitung

Bereits seit 1993 veröffentlicht der Fachverband Sucht e.V. (FVS) kontinuierlich Daten zur Basisdokumentation in der Rehabilitation Suchtmittelabhängiger. Waren die Dokumentationen lange Zeit auf Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige beschränkt, lagen für den Entlassjahrgang 2006 erstmals auch Daten für den Bereich der stationären Drogenrehabilitation vor. Dies ist nicht zuletzt der Arbeit des Qualitätszirkels „Stationäre Drogenrehabilitation“ zu verdanken, der im FVS eingerichtet wurde.

Die Basisdokumentation gehört damit zu den verbindlichen Qualitätsmerkmalen auch der Fachkliniken für Drogenabhängige. Sie bildet ebenfalls die Grundlage für eine differenzierte Darstellung und Bewertung der Ergebnisse katamnestischer Befragungen, die seit dem Entlassjahrgang 2011 auch für den Bereich der stationären Drogenrehabilitation durchgeführt wird.

Für den vorliegenden Bericht wurde als Basis der Deutsche Kerndatensatz 3.0 zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2018) zugrunde gelegt, der vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) unter Beteiligung des FVS entwickelt wurde. Der Fachverband Sucht e.V. ist auch in der Arbeitsgemeinschaft Deutsche Suchthilfestatistik (AG DSHS) vertreten. Diese Arbeitsgemeinschaft trägt die fach- und datenpolitische Verantwortung bezüglich der Deutschen Suchthilfestatistik (ambulant und stationär).

Gegenüber dem Vorjahr ist die Grundgesamtheit an Patienten¹ des zur Auswertung herangezogenen Datenpools (intention-to-treat (ITT)) -Stichprobe; alle in einem Jahr entlassenen Patienten) von 2941 auf 3195 leicht angewachsen. Dies

Tabelle 1: EDV- und Dokumentationssysteme

EDV- und Dokumentationssystem	Häufigkeit	Prozent
EBIS (GSDA)	51	1,6%
IKIS (AHG)	783	24,5%
PATFAK (Redline DATA)	1458	45,6%
PaDo (Navacom)	903	28,3%
Gesamt	3195	100,0%

ist auf Veränderungen hinsichtlich der Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen zurückzuführen. Im Vergleich zum Jahr davor sind es mit insgesamt 18 Einrichtungen drei Kliniken mehr, von denen Daten vorliegen.

Es sei darauf verwiesen, dass nicht bei allen Merkmalen dieselbe Grundmenge an Patientendaten eingehen konnte. Dies liegt an den teilweise voneinander abweichenden Erhebungsformen der verschiedenen Dokumentationssysteme bzw. an eventuell unvollständigen Datensätzen innerhalb des jeweiligen Systems. Deshalb wurden für die Darstellung der Ergebnisse im Text und in den Tabellen jeweils die fehlenden Daten herausgerechnet. Die Quote der fehlenden Daten (bezogen auf die Gesamtstichprobe) ist im Text und in den Tabellen zudem mit ausgewiesen. In die Auswertung gingen nur Datensätze aus Einrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. ein, die die Mindeststandards für Datensätze der Basisdokumentation des Fachverbandes Sucht² erfüllt haben.

2. Basisdokumentation 2018 des Fachverbandes des Sucht

2.1 Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung

Im vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Daten zur stationären medizini-

schen Rehabilitation suchtmittelabhängiger Patienten für den Entlassjahrgang 2018 zusammengefasst. Die Daten stammen ausschließlich aus Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. Die Gesamtstichprobe der Basisdokumentation 2018 umfasst 3.195 Patienten aus insgesamt 18 Therapieeinrichtungen im Bereich der stationären Drogenrehabilitation.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verwendeten EDV-Systeme: Für 1.458 (45,6%) Patienten wurden die Daten mit dem Programm PATFAK (Redline DATA) erhoben. Bei 903 (28,3%) Patientendatensätzen kam das Programm PADO (navacom IT Solutions GmbH) zur Anwendung. 783 Patientendatensätze (24,5%) wurden mit dem Erhebungsinstrument IKIS (MEDIAN) und 51 (1,6%) mit EBIS (GSDA) erfasst.

Die Daten wurden durch Redline DATA, Ahrensböck, aus den Mitgliedseinrichtungen gesammelt, zusammengeführt und auf Fehlerfreiheit geprüft. Die Auswertung des anonymisierten Datensatzes wurde von dem Diakonie-Krankenhaus Harz sowie der salus klinik Friedberg vorgenommen. Ein Rückschluss auf die Daten aus einzelnen Mitgliedseinrichtungen bzw. auf einzelne Patienten ist nicht möglich.

Die Prozentangaben in den Tabellen der Abschnitte 2.2 bis 2.4 beziehen sich jeweils auf die vollständig vorliegenden Datensätze ohne „missing data“. Die Quote der fehlenden Daten wird für jede Tabelle gesondert angegeben. Für die Angaben in den Abschnitten 2.5 bis 2.9 wurden diese fehlenden Werte ebenfalls herausgerechnet, d.h. der Datensatz wurde um die fehlenden Daten bereinigt. In

¹ Zur einfacheren Lesbarkeit des Textes wird im Folgenden die männliche Form im geschlechtsübergreifenden Sinn verwendet. Geschlechtsspezifische Angaben sind ausdrücklich gekennzeichnet.

² Für die Items Geschlecht, Alter bei Aufnahme, Behandlungsdauer, Hauptdiagnose, Art der Einrichtung und Dokumentationssystem sind keine „Missing-Data“ erlaubt. Für die Items Leistungsträger und Art der Therapiebeendigung sind maximal drei Prozent „Missing-Data“ erlaubt.

den folgenden Abschnitten 2.2 bis 2.4 sind die Daten der Basisdokumentation geschlechtsspezifisch dargestellt und die bedeutendsten Unterschiede erläutert. Im Abschnitt 2.5 werden ausgewählte Variablen der Basisdokumentation 2018 hinsichtlich des Status am Anfang und am Ende der Maßnahme in Kreuztabellen miteinander verglichen. In Abschnitt 2.6 wird die psychische Komorbidität näher betrachtet und in Abschnitt 2.7 eine altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018 dargestellt. Abschnitt 2.8 hingegen vergleicht ausgewählte Daten der Basisdokumentationen 2013 bis 2018 des Fachverbandes Sucht miteinander.

2.2 Beschreibung der Patienten nach soziodemografischen und Eingangsmerkmalen

Geschlecht und Altersverteilung

In Tabelle 2 ist die Altersverteilung der Patienten bei Behandlungsbeginn in Abhängigkeit vom Geschlecht dargestellt. Von den insgesamt 3195 Patienten waren 2501 (78,3%) männlichen und 694 (21,7%) weiblichen Geschlechts. Zur Darstellung der Übersicht wurden die Patienten in Altersgruppen mit einer Spannweite von jeweils fünf Jahren gruppiert.

Mit 25,4% aller Patienten war die Altersklasse der 20- bis 34jährigen am stärksten besetzt, gefolgt von der Altersklasse der 25- bis 29jährigen mit 22,4%. Danach folgen die Altersklassen der 20- bis 24jährigen mit 18,4% sowie mit 15,9% die Altersklasse der 35- bis 39jährigen. Weitere 7,8% fielen in die Gruppe der 40- bis 44jährigen, 3,6% waren unter 20 und 6,6% waren älter als 45 Jahre. Das Durchschnittsalter aller Patienten betrug 31,3 Jahre ($\pm 8,0$ Jahre). Frauen waren bei der Aufnahme im Schnitt 30,7 Jahre ($\pm 7,8$ Jahre) alt, Männer waren mit durchschnittlich 31,4 Jahren ($\pm 8,1$ Jahre) etwas älter.

Partnerschaft und Zusammenleben

Einen Überblick über Partnerschaft und Zusammenleben bei Behandlungsbeginn vermittelt Tabelle 3. Der weitaus größte Anteil der Patienten, nämlich 68,6%, lebte bei der Aufnahme nicht in Partnerschaft. Frauen waren mit 47,1% deutlich häufiger in einer Partnerschaft als Männer mit 31,4%. Für 52 Patienten (1,6%) lagen keine Daten vor.

Tabelle 2: Altersverteilung der Patienten

Altersverteilung	Männer		Frauen		Gesamt	
bis 19 Jahre	88	3,5%	27	3,9%	115	3,6%
20 bis 24 Jahre	460	18,4%	127	18,3%	587	18,4%
25 bis 29 Jahre	537	21,5%	179	25,8%	716	22,4%
30 bis 34 Jahre	635	25,4%	175	25,2%	810	25,4%
35 bis 39 Jahre	405	16,2%	104	15,0%	509	15,9%
40 bis 44 Jahre	208	8,3%	40	5,8%	248	7,8%
45 bis 49 Jahre	98	3,9%	22	3,2%	120	3,8%
50 bis 54 Jahre	49	2,0%	12	1,7%	61	1,9%
55 bis 59 Jahre	14	0,6%	5	0,7%	19	0,6%
60 Jahre und älter	7	0,3%	3	0,4%	10	0,3%
Zusammen	2501	100,0%	694	100,0%	3195	100,0%
Mittelwert $\pm$ Standardabweichung	31,4 $\pm$ 8,1		30,7 $\pm$ 7,8		31,3 $\pm$ 8,0	

Tabelle 3: Lebenssituation: Partnerschaft und Zusammenleben (Mehrfachnennungen sind möglich)

Partnerschaft	Männer		Frauen		Gesamt	
in Partnerschaft lebend	773	31,4%	321	47,1%	1094	34,8%
nicht in Partnerschaft lebend	1689	68,6%	360	52,9%	2049	65,2%
Zusammen	2462	100,0%	681	100,0%	3143	100,0%
keine Daten	39	1,6%	13	1,9%	52	1,6%
Partnerbeziehung	Männer		Frauen		Gesamt	
alleinlebend	1386	56,3%	311	45,5%	1697	54,0%
lebt zusammen mit ...						
Partner	458	18,6%	166	24,3%	624	19,8%
Kind(ern)	119	4,8%	133	19,5%	252	8,0%
Eltern(teil)	526	21,4%	98	14,3%	624	19,8%
sonstiger/en Bezugsperson/en	276	11,2%	40	5,9%	316	10,1%
sonstiger/en Person/en	338	13,7%	54	7,9%	392	12,5%
Zusammen	2461	100,0%	683	100,0%	3144	100,0%
keine Daten	40	1,6%	11	1,6%	51	1,6%

Hinsichtlich des Zusammenlebens werden die Kategorien „alleinlebend“, und „lebt zusammen mit Partner“, „...mit Kind(ern)“, „...mit Eltern(teil)“, „...mit sonstiger/en Bezugsperson/en“ und „...mitsonstiger/en Person/en“ unterschieden. 54,0% aller Patienten waren zum Zeitpunkt der Aufnahme alleinlebend, 19,8% lebten mit Partner oder Partnerin zusammen. 8,0% wohnten gemeinsam mit den Kindern und 19,8% gemeinsam mit den Eltern in einem Haushalt. 10,1% wohnten mit einer sonstigen Bezugsperson zusammen und 12,5% mit sonstigen Personen. Für 51 Patienten (1,6%) der Patienten lagen keine Daten vor.

Betrachtet man die Partnersituation nach Geschlechtern getrennt, ergeben sich z.T. deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen. So waren zum Zeitpunkt der Aufnahme 56,3% der Männer, aber nur 45,5% der weiblichen Patienten alleinlebend. Nur 4,8% der Männer aber 19,5% der Frauen lebten mit ihren Kindern zusammen. Auch mit ihrem Partner lebten mehr Frauen (24,3%) als Männer (18,6%) im gemeinsamen Haushalt. Dagegen wohnten deutlich mehr Männer als Frauen mit ihren Eltern (21,4% vs. 14,3%), einer sonstigen Bezugsperson (11,2% vs. 5,9%) oder sonstigen Personen (13,7% vs. 7,9%) zusammen.

Tabelle 4: Anzahl der minderjährigen Kinder im eigenen Haushalt, Anzahl der eigenen minderjährigen Kinder in Fremdunterbringung und Wohnsituation der Patienten am Tag vor Betreuungsbeginn

Anzahl der Kinder im eigenen Haushalt	Männer		Frauen		Gesamt	
kein Kind	2154	89,9%	474	71,4%	2628	85,9%
ein Kind	127	5,3%	123	18,5%	250	8,2%
zwei Kinder	70	2,9%	41	6,2%	111	3,6%
drei Kinder	31	1,3%	16	2,4%	47	1,5%
vier und mehr Kinder	15	0,6%	10	1,5%	25	0,8%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze	2397	100,0%	664	100,0%	3061	100,0%
keine Daten	104	4,2%	30	4,2%	134	3,9%
Anzahl der eigenen minderjährigen Kinder in Fremdunterbringung	Männer		Frauen		Gesamt	
kein Kind	1215	68,9%	310	61,9%	1525	67,3%
ein Kind	358	20,3%	105	21,0%	463	20,4%
zwei Kinder	128	7,3%	48	9,6%	176	7,8%
drei Kinder	43	2,4%	23	4,6%	66	2,9%
vier und mehr Kinder	20	1,1%	15	3,0%	35	1,5%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze	1764	100,0%	501	100,0%	2265	100,0%
keine Daten	737	29,5%	193	27,8%	930	29,1%
Wohnverhältnis am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
selbstständiges Wohnen	832	33,6%	358	52,6%	1190	37,7%
bei anderen Personen	849	34,2%	150	22,0%	999	31,6%
ambulant betreutes Wohnen	16	0,6%	5	0,7%	21	0,7%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	72	2,9%	19	2,8%	91	2,9%
Wohnheim/Übergangswohnheim	309	12,5%	92	13,5%	401	12,7%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	283	11,4%	33	4,8%	316	10,0%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	23	0,9%	6	0,9%	29	0,9%
ohne Wohnung	85	3,4%	15	2,2%	100	3,2%
Sonstiges	10	0,4%	3	0,4%	13	0,4%
Zusammen	2479	100,0%	681	100,0%	3160	100,0%
keine Daten	22	0,9%	13	2,4%	35	1,1%

Betreuungssituation und Wohnverhältnisse zu Behandlungsbeginn

Tabelle 4 gibt Aufschluss über die Anzahl der minderjährigen Kinder im eigenen Haushalt, Anzahl der eigenen minderjährigen Kinder in Fremdunterbringung und die Wohnverhältnisse der Patienten am Tag vor Behandlungsbeginn.

67,3% aller Patienten hatten kein Kind, 20,4% hatten ein Kind, 7,8% zwei Kinder, 2,9% drei Kinder und 1,5% mehr als drei Kinder im eigenen Haushalt. Weibliche Patienten lebten durchweg häufiger mit einem oder mehreren Kindern im eigenen Haushalt als männliche. Für 737 Personen (14,5%) lagen keine Daten vor. Von 1764 Patienten gaben 67,3% an, kein

eigenes Kind in einer Fremdunterbringung zu haben. 20,4% gaben ein Kind an, 7,8% zwei Kinder, weitere 2,9% drei Kinder und noch 1,5% gaben an vier oder mehr fremduntergebrachte Kinder zu haben. Auch hier hatten durchweg mehr Frauen als Männer wenigstens ein Kind in Fremdunterbringung. Für 737 Personen (29,1%) lagen keine Daten vor.

Wir möchten hier auf einen gewissen Widerspruch in der Datenlage hinweisen: zum einen gaben insgesamt 8% an, mit Kind bzw. Kindern zusammenzuleben (Tabelle 3). Zum anderen gaben aber insgesamt 14,1% der Patientinnen und Patienten an, dass ein oder mehrere Kinder in ihrem Haushalt leben (Tabelle 4). Dies ist nicht eindeutig aufzuklären und mag daran liegen, dass der Aspekt „zusammenlebend“ eher in Hinblick auf „Partnerschaft“ als auf „sonstige Bezugspersonen“ und „Kinder“ beantwortet wurde, zumal die Frage nach den Kindern im Haushalt direkt danach im Fragebogen noch einmal explizit gestellt wird.

Bei der Betrachtung der Wohnsituation ergibt sich folgendes Bild: 37,7% aller Patienten wohnten selbstständig, 31,6% bei anderen Personen. 0,7% kamen aus dem ambulanten betreuten Wohnen in die Behandlung, 12,7% aus einem Heim, 2,9% aus einer Klinik und 10,0% aus einer Justizvollzugsanstalt. 0,9% kamen aus einer Notunterkunft oder Übernachtungsstelle, 3,2% waren wohnungslos und für 0,4% war eine sonstige Wohnsituation angegeben. Für 1,1% aller Patienten konnten hinsichtlich der Wohnsituation keine konkreten Angaben gemacht werden. Der Anteil der selbstständig Wohnenden war bei den Frauen mit 52,6% deutlich höher als bei den Männern (33,6%). Die männlichen Patienten kamen häufiger aus einer Justizvollzugsanstalt (JVA) (11,4% vs. 4,8%). Von 35 Patienten (1,1%) konnten keine Daten erhoben werden.

Schulbildung und Erwerbstätigkeit bei Behandlungsbeginn

Die Angaben zur Schulausbildung und Ausbildungsabschluss bei Aufnahme und zur Erwerbstätigkeit der Patienten bei Beginn der Behandlung sind in Tabelle 5 wiedergegeben. Zum Zeitpunkt der Aufnahme waren vier Patienten in Schulausbildung (0,1%). 13,2% aller Patienten hatten keinen Schulabschluss, 43,3% hatten die Schulausbildung mit dem Hauptschulabschluss beendet. 32,2% besaßen den Realschulabschluss, 10,2% hatten

die Fachhochschulreife oder das Abitur. 1,0% hatten einen anderen Schulabschluss. Für 1,3% der Patienten lagen keine Daten vor.

Vergleicht man die Geschlechter hinsichtlich des Schulabschlusses, zeigen sich einige Unterschiede. So hatten mehr Männer als Frauen den Hauptschulabschluss (45,0% vs. 36,9%), während Frauen mit 51,5% gegenüber 39,9% der Männer häufiger über einen Realschulabschluss, Fachhochschulreife oder Abitur verfügten. Mehr Männer als Frauen hatten keinen Schulabschluss (13,9% vs. 10,7%).

Bezüglich des Ausbildungsstandes zu Behandlungsbeginn hatten 14,7% aller Patienten noch keine Ausbildung begonnen und 36,5% hatten noch keine abgeschlossene Hochschul- oder Berufsausbildung; 42,6% verfügten über eine abgeschlossene betriebliche Ausbildung und 2,2% befanden sich derzeit in einer Ausbildung. Weitere 0,9% waren Meister oder Techniker, 1,4% besaßen einen Hochschulabschluss und 1,7% einen anderen Berufsabschluss. Für 2,3% der Patienten lagen keine Daten vor.

Vergleicht man die Ergebnisse der Geschlechter hinsichtlich des Ausbildungsabschlusses, zeigen sich insgesamt keine großen Unterschiede. 36,1% der Männer und 38,0% der Frauen verfügen über keine abgeschlossene Hochschul- oder Berufsausbildung, 43,2% der Männer haben eine abgeschlossene Lehrausbildung erreicht; bei den Frauen waren es 40,6%. Meister oder Techniker sind bei den Männern 1,0% und bei den Frauen 0,3%. Einen akademischen Abschluss haben 2,1% der Frauen und 1,2% der Männer erlangt. Etwa gleich häufig befinden sich Männer und Frauen in Hochschul- oder Berufsausbildung (2,2% vs. 2,5%). Die von den Frauen insgesamt erreichten höher qualifizierten Schulabschlüsse scheinen keine positiven Auswirkungen auf den später erreichten Ausbildungsabschluss zu haben.

Erwerbstätig als Arbeiter, Angestellter, Beamter, Selbstständiger oder Freiberufler waren 12,2% aller Patienten, weitere 1,4% befanden sich in Berufsausbildung, 1,5% gingen einer sonstigen Erwerbstätigkeit nach und 0,3% befanden sich in einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme. Weitere 1,7% befanden sich in Elternzeit oder waren im längerfristigen Krankenstand. 70,8% der Patienten waren arbeitslos, wobei 56,6% Arbeitslosen-

Tabelle 5: Höchster Schulabschluss, Ausbildungsabschluss und Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn der Patienten

höchster erreichter Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
derzeit in Schulausbildung	3	0,1%	1	0,1%	4	0,1%
ohne Schulabschluss	344	13,9%	73	10,7%	417	13,2%
Haupt-/Volksschulabschluss	1114	45,0%	251	36,9%	1365	43,3%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	746	30,2%	271	39,8%	1017	32,2%
(Fach-)Hochschulreife/ Abitur	241	9,7%	80	11,7%	321	10,2%
anderer Schulabschluss	25	1,0%	5	0,7%	30	1,0%
Zusammen	2473	100,0%	681	100,0%	3154	100,0%
keine Daten	28	1,1%	13	1,9%	41	1,3%
höchster Ausbildungsabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
noch keine Ausbildung begonnen	360	14,7%	98	14,6%	458	14,7%
Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	53	2,2%	17	2,5%	70	2,2%
Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	883	36,1%	256	38,0%	1139	36,5%
Betrieblicher Berufsabschluss	1056	43,2%	273	40,6%	1329	42,6%
Meister/Techniker	25	1,0%	2	0,3%	27	0,9%
Akademischer Abschluss	29	1,2%	14	2,1%	43	1,4%
Anderer Berufsabschluss	41	1,7%	13	1,9%	54	1,7%
Zusammen	2447	100,0%	673	100,0%	3120	100,0%
keine Daten	54	2,2%	21	3,0%	75	2,3%
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
Auszubildender	36	1,5%	8	1,2%	44	1,4%
Arbeiter/Angestellter/Beamte	309	12,6%	62	9,0%	371	11,8%
Selbstständiger/Freiberufler	12	0,5%	2	0,3%	14	0,4%
Sonstige Erwerbspersonen	40	1,6%	7	1,0%	47	1,5%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	10	0,4%	1	0,1%	11	0,3%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	35	1,4%	19	2,8%	54	1,7%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	364	14,8%	82	11,9%	446	14,2%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	1367	55,5%	416	60,6%	1783	56,6%
Schüler/Student	15	0,6%	8	1,2%	23	0,7%
Hausfrau/Hausmann	2	0,1%	3	0,4%	5	0,2%
Rentner/Pensionär	38	1,5%	18	2,6%	56	1,8%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	68	2,8%	29	4,2%	97	3,1%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	165	6,7%	32	4,7%	197	6,3%
Zusammen	2461	100,0%	687	100,0%	3148	100,0%
keine Daten	40	1,6%	7	1,0%	47	1,5%

geld II und 14,2% Arbeitslosengeld I bezogen. Weitere 0,7% waren Schüler bzw. Studenten, 0,2% waren Hausfrauen oder Hausmänner, 1,8% waren Rentner oder Pensionäre und 3,1% fielen in die Kategorie „sonstige Nichterwerbspersonen“. Für 1,5% der Patienten lagen keine Daten vor. Im Geschlechtervergleich zeigte sich, dass Frauen etwas häufiger arbeitslos waren als Männer (72,5% zu 70,3%) und Frauen häufiger als Männer ALG II bezogen (60,6% vs. 55,5%).

2.3 Angaben zur Therapievorbereitung und zur Aufnahme

Art der Vermittlung

In Tabelle 6 sind die Angaben zur vermittelnden Instanz zusammengefasst. Im Kerndatensatz kann zur Kodierung der vermittelnden Instanz aus einer Liste von 26 verschiedenen Items ausgewählt werden. Zur Wahrung der Übersichtlichkeit werden daher in der Tabelle nur die häufigsten Vermittlungsinstanzen einzeln benannt, die übrigen werden in der Kategorie „sonstige“ zusammengefasst. Der weitaus größte Teil der Patienten (59,4%) wurde über ambulante Suchthilfeeinrichtungen vermittelt. Dazu gehören Suchtberatungs- bzw. Suchtbehandlungsstellen oder Fachambulanzen. Insgesamt 16,3% kamen aus einem Krankenhaus (psychiatrisch oder allgemein), 7,5% wurden über die Justiz/Polizei/Bewährungshilfe vermittelt und 4,9% aus einer weiteren Einrichtung der Akutbehandlung. 2,6% kamen über andere Beratungsdienste. Als Selbstmelder, also ohne vermittelnde Instanz, kamen 2,4%. Weitere Vermittlungsinstanzen waren Stationäre Suchthilfeeinrichtungen (2,1%), sonstige Einrichtungen oder Institutionen (1,4%) und soziotherapeutische Einrichtungen (0,8%). Ein besonderer Augenmerk soll auf niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten liegen: 0,5% wurden durch niedergelassene Ärzte vermittelt, 0,2% durch niedergelassene Psychotherapeuten. 0,5% der Vermittler fielen in die Kategorie „sonstige“. Für 1,1% lagen keine Daten vor. Der mit 7,5% eher geringe Anteil an Vermittlungen aus Justizvollzugsanstalten dürfte auch darauf zurückzuführen sein, dass ein höherer Anteil an Patienten aus Haftanstalten nicht durch die internen Sozialdienste, sondern durch externe Beratungsstellen vermittelt wird.

Im Vergleich der Geschlechter hinsichtlich der Vermittlung zeigt sich in der An-

Tabelle 6: Angaben zur vermittelnden Instanz (es werden die häufigsten Vermittler dargestellt, weitere Vermittler sind in der Kategorie „sonstige“ zusammengefasst)

Vermittelnde Instanz	Männer		Frauen		Gesamt	
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	1457	59,0%	421	61,0%	1878	59,4%
Psychiatrisches Krankenhaus	325	13,2%	100	14,5%	425	13,5%
Polizei / Justiz / Bewährungshilfe	211	8,5%	27	3,9%	238	7,5%
Einrichtung der Akutbehandlung	128	5,2%	27	3,9%	155	4,9%
Allgemeines Krankenhaus	72	2,9%	15	2,2%	87	2,8%
Anderer Beratungsdienst (z.B. Ehe-/Familien-/ Erziehungsberatung, Sozialpsychiatrischer Dienst)	66	2,7%	17	2,5%	83	2,6%
Keine / Selbstmelder	45	1,8%	30	4,3%	75	2,4%
Stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	56	2,3%	11	1,6%	67	2,1%
Sonstige Einrichtung / Institution	35	1,4%	10	1,4%	45	1,4%
Soziotherapeutische Einrichtung	19	0,8%	7	1,0%	26	0,8%
Kosten-/Leistungsträger	13	0,5%	6	0,9%	19	0,6%
Soziales Umfeld	8	0,3%	7	1,0%	15	0,5%
Ärztliche Praxis	12	0,5%	3	0,4%	15	0,5%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	8	0,3%	0	0,0%	8	0,3%
Psychotherapeutische Praxis	3	0,1%	3	0,4%	6	0,2%
sonstige	11	0,4%	6	0,9%	17	0,5%
Zusammen	2469	100,0%	690	100,0%	3159	100,0%
keine Angabe	32	1,3%	4	0,6%	36	1,1%

Tabelle 7: Kosten-/Leistungsträger (Mehrfachnennungen möglich)

Kosten-/Leistungsträger	Männer		Frauen		Gesamt	
pauschal/institutionell finanziert	13	0,5%	1	0,1%	14	0,4%
Selbstzahler	9	0,4%	0	0,0%	9	0,3%
Rentenversicherung	2068	82,5%	567	82,3%	2635	82,4%
Krankenversicherung	342	13,6%	115	16,7%	457	14,3%
Sozialhilfe	23	0,9%	1	0,1%	24	0,8%
Jugendhilfe	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Arbeitsagenturen, Jobcenter	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
sonstige	52	2,1%	5	0,7%	57	1,8%
Zusammen	2508	100,0%	689	100,0%	3197	100,0%

zahl der Vermittlungen durch den Sozialdienst JVA/Maßregelvollzug ein auffälliger Unterschied, in dem Sinne, dass Männer häufiger als Frauen darüber vermittelt eine Behandlung antreten (8,5% vs. 3,9%).

Kosten-/Leistungsträger

Tabelle 7 gibt einen Überblick über die Kosten-/Leistungsträgerstruktur. Die Kosten für die Behandlung wurden für 82,4% aller Patienten von der Rentenver-

sicherung übernommen, 14,3% hatten eine Krankenkasse als Kosten-/Leistungsträger. Bei 0,8% war die Sozialhilfe der Kostenträger. Bei einer Person kam die Arbeitsagentur/Jobcenter für die Behandlungskosten auf. Bei 1,8% wurden die Kosten der Behandlung von einer anderen Stelle getragen, 0,3% kamen selbst für die Kosten der Behandlung auf. Im Vergleich zwischen Männern und Frauen zeigte sich, dass bei Frauen häufiger die Krankenversicherung als Kostenträger auftrat (16,7% vs. 13,6%). Bei den Männern kam häufiger die Sozialhilfe für die Finanzierung auf (0,9% vs. 0,1%).

Auflagen durch Gerichtsbeschluss

Tabelle 8 gibt Aufschluss über eine eventuelle gerichtliche Auflage bei Behandlungsbeginn. So kamen 12,2% mit einer Auflage nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in die Behandlung und 4,5% traten die Therapie auf einer anderen strafrechtlichen Grundlage an. Jeweils ein Mann und eine Frau traten die Behandlung nach Psych-KG. bzw. Landesunterbringungsgesetz an. Männliche Rehabilitanden kamen deutlich häufiger mit einer Auflage durch Gerichtsbeschluss in die Behandlung (19,4% vs. 7,2%).

Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnosen der untersuchten Stichprobe sind in Tabelle 9 zusammengestellt. Die Kategorienbildung orientiert sich an der ICD-10 Kapitel V (F), wobei auf die vierte und fünfte Stelle der Kodierung, die das aktuelle klinische Erscheinungsbild beschreiben, verzichtet wurde.

Bei 31,6% aller Patienten war als Hauptdiagnose „Störungen durch Cannabinoide“ (Männer: 32,5%; Frauen: 28,2%) kodiert. Die zweitgrößte Gruppe bilden 28,4% aller Patienten mit der Hauptdiagnose „Störungen durch Stimulanzien“ (Männer: 33,0%; Frauen: 27,1%), 16,8% der Patienten erhielten die Hauptdiagnose „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen“ (Frauen: 21,3%; Männer 15,6%) und 12,1% die Hauptdiagnose „Störungen durch Opiode“. In diese Diagnosegruppe fallen 12,4% der männlichen sowie 11,0% der weiblichen Patienten. Bei 6,9% wurde die Diagnose „Störungen durch Kokain“ (Frauen: 3,0%; Männer: 8,0%) vergeben.

Zusätzlich zur Hauptdiagnose gibt Tabelle 10 einen Überblick über die konsumierten Substanzen über alle Patienten hinweg.

Tabelle 8: Auflagen durch Gerichtsbeschluss (Mehrfachnennungen möglich)

Auflagen	Männer		Frauen		Gesamt	
BtMG	353	14,1%	37	5,3%	390	12,2%
Psych.-KG / Landesunterbringungsgesetz	1	0,0%	1	0,1%	2	0,1%
Andere strafrechtliche Grundlage	132	5,3%	12	1,7%	144	4,5%
Zusammen	486	19,4%	50	7,2%	536	16,8%

Tabelle 9: Hauptdiagnose (Suchtmitteldiagnose)

Hauptdiagnose		Männer		Frauen		Gesamt	
Störungen durch Alkohol	F10	84	3,4%	21	3,0%	105	3,3%
Störungen durch Opiate	F11	311	12,4%	76	11,0%	387	12,1%
Störungen durch Cannabinoide	F12	813	32,5%	196	28,2%	1009	31,6%
Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	F13	4	0,2%	0	0,0%	4	0,1%
Störungen durch Kokain	F14	201	8,0%	21	3,0%	222	6,9%
Störungen durch Stimulanzien	F15	679	27,1%	229	33,0%	908	28,4%
Störungen durch Halluzinogene	F16	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	F19	390	15,6%	148	21,3%	538	16,8%
Pathologisches Glücksspiel	F63	11	0,4%	1	0,1%	12	0,4%
sonstige bzw. unklare Diagnose		7	0,3%	2	0,3%	9	0,3%
Zusammen		2501	100,0%	694	100,0%	3195	100,0%

Tabelle 10: Verteilung konsumierter Substanzen (Mehrfachnennungen sind möglich; Prozentangaben beziehen sich auf Gesamtzahl der betrachteten Datensätze)

Hauptdiagnose	Männer		Frauen		Gesamt	
Alkohol	1496	59,8%	416	59,9%	1.912	59,8%
Heroin	537	21,5%	123	17,7%	660	20,7%
Methadon	85	3,4%	22	3,2%	107	3,3%
Buprenorphin	50	2,0%	13	1,9%	63	2,0%
Fentanyl	27	1,1%	9	1,3%	36	1,1%
Andere opiathaltige Mittel / Opiode	225	9,0%	51	7,3%	276	8,6%
Cannabis	2001	80,0%	504	72,6%	2.505	78,4%
Andere / synthetische Cannabinoide	101	4,0%	24	3,5%	125	3,9%
Barbiturate	39	1,6%	10	1,4%	49	1,5%
Benzodiazepine	229	9,2%	58	8,4%	287	9,0%
GHB / GBL	114	4,6%	28	4,0%	142	4,4%
Kokain	1092	43,7%	221	31,8%	1.313	41,1%
Crack	47	1,9%	19	2,7%	66	2,1%
Amphetamine	1298	51,9%	381	54,9%	1.679	52,6%
Methamphetamine (Crystal)	617	24,7%	202	29,1%	819	25,6%

noch Tabelle 10: Verteilung konsumierter Substanzen (Mehrfachnennungen sind möglich; Prozentangaben beziehen sich auf Gesamtzahl der betrachteten Datensätze)

Hauptdiagnose	Männer		Frauen		Gesamt	
MDMA und andere verwandte Substanzen (Ecstasy)	745	29,8%	199	28,7%	944	29,5%
Synthetische Cathinone	14	0,6%	2	0,3%	16	0,5%
Andere Stimulanzien	94	3,8%	19	2,7%	113	3,5%
LSD	401	16,0%	77	11,1%	478	15,0%
Mescaline	40	1,6%	7	1,0%	47	1,5%
Ketamin	81	3,2%	36	5,2%	117	3,7%
Andere Halluzinogene	241	9,6%	52	7,5%	293	9,2%
Tabak	1264	50,5%	350	50,4%	1.614	50,5%
Flüchtige Lösungsmittel	56	2,2%	14	2,0%	70	2,2%
Andere psychotrope Substanzen	105	4,2%	34	4,9%	139	4,4%
Neue psychoaktive Substanzen NPS (andere als oben angeführt)	36	1,4%	11	1,6%	47	1,5%
Gesamtzahl der konsumierten Substanzen	11035		2882		13.917	
Anzahl konsumierte Substanzen pro Rehabilitand	4,41		4,15		4,36	
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze	2501	100,0%	694	100,0%	3.195	100,0%

Tabelle 11: Verteilung der weiteren psychischen Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich; Prozentangaben beziehen sich auf Gesamtzahl der betrachteten Datensätze)

		Männer		Frauen		Gesamt	
organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F0	62	2,5%	1	0,1%	63	2,0%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F2	237	9,5%	34	4,9%	271	8,5%
affektive Störungen	F3	426	17,0%	202	29,1%	628	19,7%
neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	255	10,2%	172	24,8%	427	13,4%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	F5	93	3,7%	62	8,9%	155	4,9%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	445	17,8%	214	30,8%	659	20,6%
Intelligenzminderung	F7	15	0,6%	12	1,7%	27	0,8%
Entwicklungsstörung	F8	24	1,0%	4	0,6%	28	0,9%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	223	8,9%	304	43,8%	527	16,5%
Gesamtzahl der Diagnosen		1780		1005		2.785	
Diagnosen pro Rehabilitand		0,71		1,45		0,87	
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze		2501		694		3.195	

Die am häufigsten konsumierte Substanz stellt mit insgesamt 78,4% (Frauen: 72,6%, Männer: 80,0%) Cannabis, noch vor Alkohol mit 59,8% (Frauen: 59,9%, Männer: 59,8%), Amphetamin mit 52,6% (Frauen: 54,9, Männer: 51,9%) und Tabak mit 50,5% (Frauen: 50,4%, Männer: 50,5%) dar. Die fünfhäufigste Substanz war Kokain mit 41,1% (Frauen: 31,8%, Männer: 43,7%), gefolgt von MDMA und anderen verwandten Substanzen mit 29,5% (Frauen: 28,7%, Männer: 29,8%), Methamphetamin (Crystal) mit 25,6% (Frauen: 29,1%, Männer: 24,7%) und Heroin mit 20,7% (Frauen: 17,7%, Männer: 21,5%). 15,0% der Patienten geben an LSD konsumiert zu haben (Frauen: 11,1%, Männer: 16,0%). Alle weiteren Substanzen wurden von weniger als 10% der Patienten konsumiert.

Betrachtet man die Angaben der Patienten über alle von ihnen konsumierten Suchtmittel, so ergibt sich im Verhältnis zur Grundgesamtheit eine durchschnittliche Anzahl unterschiedlicher konsumierter Substanzen von 4,36 pro Patient (Frauen: 4,15, Männer: 4,41).

Der Deutsche Kerndatensatz bietet neben der Erfassung suchtmittelbezogener Diagnosen auch die Möglichkeit, bis zu vier weitere psychische, neurologische und andere wichtige Diagnosen zu kodieren. In den beiden folgenden Tabellen 11 und 12 ist die Verteilung der weiteren psychischen und somatischen Diagnosen dargestellt. Bei der Bewertung der dargestellten Ergebnisse muss jedoch berücksichtigt werden, dass die beteiligten Einrichtungen sich in den Diagnosegepflogenheiten hinsichtlich psychischer und somatischer Störungen zum Teil stark unterscheiden, was zu erheblich variierenden Anteilen von Zusatzdiagnosen in den einzelnen Einrichtungen führt.

Die Kategorienbildung in Tabelle 11 orientiert sich an der ICD-10 Klassifikation des Kapitels V (F). Bei den **weiteren psychischen Diagnosen** überwiegen „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ mit 20,6% (30,8% bei Frauen vs. 17,8% bei Männern) und „Affektive Störungen“ mit 19,7% (29,1% bei Frauen vs. 17,0% bei Männern). Es folgen „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ mit 16,5% (43,8% vs. 8,9%), „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ mit 13,4% (24,8% vs. 10,2%) und „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ mit 8,5% (4,9% vs. 9,5%) diagnostiziert. Weitere 4,9% der Patienten wiesen „Ver-

haltensauffälligkeiten mit körperlichen Faktoren oder Störungen auf (8,9% vs. 3,7%).

Betrachtet man die Anzahl aller vergebenen weiteren psychischen Diagnosen im Verhältnis zur Grundgesamtheit, entfallen auf jeden Rehabilitanden durchschnittlich 0,87 weitere psychische Diagnosen (Männer 0,71 und Frauen 1,45).

Die Verteilung der **somatischen Diagnosen** nach ICD-10 in Abhängigkeit vom Geschlecht der Patienten ist in Tabelle 12 dargestellt. Wie bei den weiteren psychischen Diagnosen in Tabelle 11 wurden die somatischen Diagnosen in übergeordneten Kategorien zusammengefasst. Diese Kategorienbildung wurde in Anlehnung an die Gliederung des ICD-10 durchgeführt. Die häufigsten somatischen Diagnosen, die vergeben wurden, beziehen sich auf die Kategorien:

- **Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten** mit 21,6% (21,0% bei Männern vs. 23,6% bei Frauen),
- **Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes** mit 14,0% (12,7% vs. 18,7%),
- **Krankheiten des Atmungssystems** mit 11,5% (11,4% vs. 11,5%).

Im Durchschnitt entfallen auf jeden Rehabilitanden 1,14 weitere somatische Diagnosen (Männer 1,13 und Frauen 1,18).

Abhängigkeitsdauer

Tabelle 13 gibt Auskunft über die Dauer der Abhängigkeit der behandelten Patienten in Jahren. Die Angaben über die Abhängigkeitsdauer basieren auf Selbstauskünften der Patienten, anamnestischen Daten und der entsprechenden Bewertung durch den zuständigen Behandler (Arzt oder Psychotherapeut) und beziehen sich damit auf die Einschätzung des Beginns einer behandlungsbedürftigen Abhängigkeitsstörung.

Zur Darstellung der Abhängigkeitsdauer wurden folgende Kategorien gewählt: „unter einem Jahr“, „ein bis fünf Jahre“, „sechs bis zehn Jahre“, „elf bis fünfzehn Jahre“, „sechzehn bis zwanzig Jahre“ und „mehr als zwanzig Jahre“.

Da nicht in allen datenliefernden Dokumentationssystemen die Dauer der Suchtmittelabhängigkeit valide erhoben wurde, beschränkt sich die Darstellung der Abhängigkeitsdauer in Tabelle 13 auf die Datensätze von 16 der 18 Einrichtungen mit einer Stichprobengröße von N = 2807.

Tabelle 12: Verteilung der weiteren somatischen Diagnosen nach ICD-10 (Mehrfachnennungen sind möglich; Prozentangaben beziehen sich auf Gesamtzahl der betrachteten Datensätze)

Hauptdiagnose		Männer		Frauen		Gesamt	
bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00 - B99	185	7,4%	44	6,3%	229	7,2%
HIV-Infektionsstatus:		B20-B24					
Getestet, negativ		878	35,1%	235	33,9%	1.113	34,8%
Getestet, positiv		29	1,2%	0	0,0%	29	0,9%
Status unbekannt bzw. keine Angaben		146	5,8%	23	3,3%	169	5,3%
Neubildungen	C00 - D48	22	0,9%	12	1,7%	34	1,1%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50 - D89	34	1,4%	25	3,6%	59	1,8%
endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00 - E90	526	21,0%	164	23,6%	690	21,6%
Krankheiten des Nervensystems	G00 - G99	232	9,3%	74	10,7%	306	9,6%
Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00 - H95	66	2,6%	18	2,6%	84	2,6%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00 - I99	248	9,9%	55	7,9%	303	9,5%
Krankheiten des Atmungssystems	J00 - J99	286	11,4%	80	11,5%	366	11,5%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00 - K93	214	8,6%	36	5,2%	250	7,8%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00 - L99	88	3,5%	21	3,0%	109	3,4%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00 - M99	317	12,7%	130	18,7%	447	14,0%
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00 - N99	24	1,0%	8	1,2%	32	1,0%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andersorts klassifiziert sind	R00 - R99	71	2,8%	24	3,5%	95	3,0%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00 - T98	174	7,0%	18	2,6%	192	6,0%
sonstige somatische Diagnosen		347	13,9%	108	15,6%	455	14,2%
Gesamtzahl der Diagnosen		2834		817		3.651	
Diagnosen pro Rehabilitand		1,13		1,18		1,14	
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze		2501	100,0%	694	100,0%	3.195	100,0%

Bei 0,9% der Patienten betrug die Abhängigkeitsdauer weniger als ein Jahr, weitere 13,5% der Patienten waren ein bis fünf Jahre abhängig. Eine Abhängigkeitsdauer von sechs bis zehn Jahren wurde bei

26,3%, von elf bis fünfzehn Jahren bei 21,7%, von sechzehn bis zwanzig Jahren bei ebenfalls 21,7% und von über zwanzig Jahren bei 15,8% der Patienten angegeben.

Tabelle 13: Dauer der Abhängigkeit in Jahren, 16 von 18 Einrichtungen wurden berücksichtigt

Abhängigkeitsdauer	Männer		Frauen		Gesamt	
unter einem Jahr	19	0,8%	6	1,1%	25	0,9%
ein bis fünf Jahre	294	13,1%	86	15,4%	380	13,5%
sechs bis zehn Jahre	582	25,9%	157	28,1%	739	26,3%
elf bis fünfzehn Jahre	483	21,5%	127	22,8%	610	21,7%
sechzehn bis zwanzig Jahre	504	22,4%	105	18,8%	609	21,7%
mehr als zwanzig Jahre	367	16,3%	77	13,8%	444	15,8%
Zusammen	2249	100,0%	558	100,0%	2807	100,0%
Mittelwert ± Standardabweichung	13,8 ± 7,6 Jahre		12,8 ± 7,5 Jahre		13,6 ± 7,6 Jahre	

Tabelle 14: Anzahl der Entzugsbehandlungen (Entgiftungen und qualifizierte Entzugsbehandlungen)

Anzahl der Entzugsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
keine Entzugsbehandlungen	653	29,8%	209	35,5%	862	31,0%
eine Entzugsbehandlung	522	23,8%	170	28,9%	692	24,9%
zwei Entzugsbehandlungen	321	14,7%	75	12,7%	396	14,2%
drei Entzugsbehandlungen	188	8,6%	40	6,8%	228	8,2%
vier Entzugsbehandlungen	117	5,3%	26	4,4%	143	5,1%
fünf bis zehn Entzugsbehandlungen	269	12,3%	54	9,2%	323	11,6%
elf bis zwanzig Entzugsbehandlungen	80	3,7%	11	1,9%	91	3,3%
mehr als zwanzig Entzugsbehandlungen	40	1,8%	4	0,7%	44	1,6%
Zusammen	2190	100,0%	589	100,0%	2779	100,0%
Mittelwert ± Standardabweichung	3,1 ± 6,1 Entzugsbehandlungen		2,0 ± 3,5 Entzugsbehandlungen		2,9 ± 5,7 Entzugsbehandlungen	
keine Daten	311	12,4%	105	15,1%	416	13,0%
Alle Datensätze	2501	100,0%	694	100,0%	3195	100,0%

Tabelle 15: Anzahl der stationären Entwöhnungsbehandlungen

Anzahl der bisher durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
bisher noch keine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt	1341	59,2%	438	71,2%	1779	61,7%
bisher eine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt	575	25,4%	119	19,3%	694	24,1%
bisher zwei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt	220	9,7%	35	5,7%	255	8,8%
bisher drei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt	75	3,3%	17	2,8%	92	3,2%
bisher mehr als drei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt	56	2,5%	6	1,0%	62	2,2%
Zusammen	2267	100,0%	615	100,0%	2882	100,0%
Mittelwert ± Standardabweichung	0,7 ± 1,0 Entwöhnungsbehandlungen		0,4 ± 0,8 Entwöhnungsbehandlungen		0,6 ± 1,0 Entwöhnungsbehandlungen	
keine Daten	234	9,4%	79	11,4%	313	9,8%
Alle Datensätze	2501	100,0%	694	100,0%	3195	100,0%

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer beträgt 13,6 Jahre ($\pm 7,6$ Jahre). Bei den Männern betrug die Dauer der Abhängigkeit 13,8 Jahre ($\pm 7,6$ Jahre), bei den Frauen 12,8 Jahre ($\pm 7,5$ Jahre).

Anzahl der Entzugsbehandlungen

Bezüglich der Anzahl der vorherigen Entzugsbehandlungen lagen für 13,0% aller Patienten keine Daten vor. 31,0% der restlichen Stichprobe hatten sich bisher keiner Entzugsbehandlung unterzogen. Weitere 24,9% der Patienten absolvierten eine, 14,2% zwei, 8,2% drei, 5,1% vier und 11,6% fünf bis zehn Entzugsbehandlungen in der Vorgeschichte. Elf bis zwanzig Entzüge wurden bei 3,3% der Patienten und mehr als zwanzig Entzüge wurden bei 1,6% der Patienten durchgeführt.

Die durchschnittliche Anzahl der bisherigen Entzugsbehandlungen beträgt 2,9 ($\pm 5,7$). Männliche und weibliche Patienten unterscheiden sich in der durchschnittlichen Anzahl der bisherigen Entzugsbehandlungen mit 3,1 ($\pm 6,1$) vs. 2,0 ($\pm 3,5$) Entzugsbehandlungen.

Anzahl der stationären Entwöhnungsbehandlungen

61,7% der Patienten (59,2% Männer vs. 71,2% Frauen) begannen die Indexbehandlung, ohne vorher eine andere stationäre Entwöhnungsmaßnahme absolviert zu haben. Eine vorherige stationäre Entwöhnungsbehandlung hatten 24,1% der Patienten (25,4% vs. 19,3%) absolviert, zwei Entwöhnungsbehandlungen in der Vorgeschichte wiesen 8,8% (9,7% vs. 5,7%) auf, drei Entwöhnungsbehandlungen 3,2% (3,3% vs. 2,8%) sowie mehr als drei Entwöhnungsbehandlungen 2,2% (2,5% vs. 1,0%). Für 9,8% aller Patienten fehlen Angaben über die bisher durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen.

2.4 Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende

Art der Beendigung

In Tabelle 16 sind die Angaben zur Art der Behandlungsbeendigung zusammengefasst und zwar entsprechend dem Kodierschema des Deutschen Kerndatensatzes. Demnach wurden 38,7% aller Patienten regulär entlassen (38,0% der Männer vs. 40,9% der Frauen). Vorzeitig auf ärztliche bzw. therapeutische Veran-

lassung wurden 12,8% (13,5% vs. 10,2%) entlassen, vorzeitig mit ärztlichem bzw. therapeutischem Einverständnis 3,2% (3,0% vs. 3,6%). 22,4% der Patienten (22,0% vs. 23,6%) beendeten die Behandlung ohne ärztliches bzw. therapeutisches Einverständnis, eine disziplinarische Entlassung wurde in 8,6% (8,8% vs. 7,6%) der Fälle vorgenommen. 13,8% aller Patienten (13,9% vs. 13,3%) beendeten die Behandlung mit einem planmäßigen Wechsel in eine andere Behandlungsform, für 0,6% (0,6 % vs. 0,7%) wurde als Entlassart eine außerplanmäßige Verlegung bzw. ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung dokumentiert. Zwei männliche Patienten sind während der Behandlungszeit verstorben (0,1%).

Im Vergleich der Geschlechter fällt auf, dass Männer etwas häufiger als Frauen die Behandlung vorzeitig auf ärztlich/therapeutische Veranlassung hin die Behandlung beenden (13,5% vs. 10,2%).

Die Entlassformen 1 (regulär nach Beratung/ Behandlungsplan), 2 (vorzeitig auf ärztliche/ therapeutische Veranlassung), 3 (vorzeitig mit ärztlichem/ therapeutischem Einverständnis) und 7 (planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform) werden in der Kategorie „planmäßiger Abschluss“ zusammengefasst. Eine solche planmäßige Beendigung der Behandlung war bei 68,4% aller Patienten gegeben. Bei den Männern betrug der Anteil planmäßiger Entlassungen 68,5%, bei den Frauen 68,0%.

Behandlungsdauer

Die Verteilung der Behandlungsdauern (Entwöhnungsbehandlung Phase 1 ohne Adaption) ist in Tabelle 17 dargestellt. Die Behandlungsdauer betrug für alle Patienten im Schnitt 110,1 Tage ($\pm 62,7$ Tage). Frauen wurden mit durchschnittlich 112,2 Tagen ($\pm 63,2$ Tage) etwas länger behandelt als Männer mit 109,5 ($\pm 62,6$ Tage).

Legt man für die Berechnung nur die regulären Entlassungen zugrunde, ergibt sich eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 151,7 Tagen ($\pm 39,5$ Tage). Regulär entlassene Männer waren mit 151,3 Tagen ($\pm 39,6$ Tage) im Durchschnitt kürzer in der Einrichtung als regulär entlassene Frauen mit 153,3 Tagen ($\pm 39,0$).

Werden die planmäßigen Entlassungen als Grundlage herangezogen, ergeben sich die folgenden durchschnittlichen Behandlungsdauern: 136,2 ($\pm 51,5$ Tage) für alle Patienten, 135,5 ($\pm 51,5$ Tage)

Tabelle 16: Art der Beendigung

Art der Beendigung	Männer		Frauen		Gesamt	
regulär nach Beratung/ Behandlungsplan	951	38,0%	284	40,9%	1235	38,7%
vorzeitig auf ärztlich/ therapeutische Veranlassung	337	13,5%	71	10,2%	408	12,8%
vorzeitig mit ärztlichem/ therapeutischem Einverständnis	76	3,0%	25	3,6%	101	3,2%
vorzeitig ohne ärztliches/ therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klienten	550	22,0%	164	23,6%	714	22,4%
disziplinarisch	221	8,8%	53	7,6%	274	8,6%
außerplanmäßige Verlegung/ außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	15	0,6%	5	0,7%	20	0,6%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	348	13,9%	92	13,3%	440	13,8%
verstorben	2	0,1%	0	0,0%		0,0%
Zusammen	2500	100,0%	694	100,0%	3194	100,0%
Planmäßiger Abschluss	1712	68,5%	472	68,0%	2184	68,4%
keine Daten	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Alle Datensätze	2501	100,0%	694	100,0%	3195	100,0%

Tabelle 17: Behandlungsdauer

Behandlungsdauer	Männer		Frauen		Gesamt	
bis 28 Tage (4 Wochen)	399	16,0%	102	14,7%	501	15,7%
bis 42 Tage (6 Wochen)	114	4,8%	38	5,5%	152	4,8%
bis 56 Tage (8 Wochen)	123	5,1%	34	4,9%	157	4,9%
bis 84 Tage (12 Wochen)	275	11,5%	59	8,5%	334	10,5%
bis 112 Tage (16 Wochen)	315	13,2%	99	14,3%	414	13,0%
bis 140 Tage (20 Wochen)	298	12,5%	89	12,8%	387	12,1%
bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate)	737	30,8%	195	28,1%	932	29,2%
über 6 Monate	240	10,0%	78	11,2%	318	10,0%
Zusammen	2501	100,0%	694	100,0%	3195	100,0%
Behandlungsdauer	109,5 $\pm$ 62,6 Tage		112,2 $\pm$ 63,2 Tage		110,1 $\pm$ 62,7 Tage	
Behandlungsdauer bei regulärer Entlassung	151,3 $\pm$ 39,6 Tage		153,3 $\pm$ 39,0 Tage		151,7 $\pm$ 39,5 Tage	
Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung	135,5 $\pm$ 51,5 Tage		138,8 $\pm$ 51,5 Tage		136,2 $\pm$ 51,5 Tage	

für Männer sowie 138,8 ($\pm 51,5$ Tage) für Frauen.

Der größte Teil der Patienten (29,2%) beendete die Behandlung nach 20 bis 26 Wochen, 15,7% wurden innerhalb der ersten vier Wochen und weitere 9,7% in der fünften bis achten Behandlungswoche entlassen. 10,5% aller Patienten blieben zwischen neun und zwölf Wochen in der Einrichtung und bei 25,1% dauerte

die Behandlung zwischen 13 und 20 Wochen. Eine Behandlungsdauer von mehr als sechs Monaten hatten 10,0% der Patienten.

Erwerbs- und Wohnsituation zum Betreuungsende

In Tabelle 18 sind die Angaben zur Erwerbs- und Wohnsituation zum Betreuungsende zusammengefasst.

Tabelle 18: Erwerbs- und Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende

Erwerbsituation am Tag nach Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
Auszubildender	38	1,6%	13	1,9%	51	1,6%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	271	11,1%	52	7,6%	323	10,3%
Selbständiger / Freiberufler	12	0,5%	1	0,1%	13	0,4%
Sonstige Erwerbspersonen	6	0,2%	0	0,0%	6	0,2%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	9	0,4%	3	0,4%	12	0,4%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	14	0,6%	13	1,9%	27	0,9%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	466	19,1%	109	15,9%	575	18,4%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	1427	58,4%	423	61,7%	1850	59,1%
Schüler / Student	17	0,7%	7	1,0%	24	0,8%
Hausfrau / Hausmann	3	0,1%	4	0,6%	7	0,2%
Rentner / Pensionär	41	1,7%	16	2,3%	57	1,8%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	64	2,6%	24	3,5%	88	2,8%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	76	3,1%	21	3,1%	97	3,1%
Zusammen	2444	100,0%	686	100,0%	3130	100,0%
keine Daten	57	2,3%	8	1,4%	65	2,0%
Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
Selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus)	1000	45,4%	340	58,5%	1340	48,1%
Bei anderen Personen	655	29,7%	119	20,5%	774	27,8%
Ambulant Betreutes Wohnen	49	2,2%	16	2,8%	65	2,3%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	270	12,2%	53	9,1%	323	11,6%
Wohnheim / Übergangswohnheim	52	2,4%	16	2,8%	68	2,4%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	9	0,4%	1	0,2%	10	0,4%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	21	1,0%	3	0,5%	24	0,9%
ohne Wohnung	118	5,4%	26	4,5%	144	5,2%
sonstiges	31	1,4%	7	1,2%	38	1,4%
Zusammen	2205	100,0%	581	100,0%	2786	100,0%
keine Daten	296	11,8%	113	16,3%	409	12,8%

Zum Zeitpunkt der Entlassung besaßen 1,6% der Patienten einen Ausbildungsplatz, 10,3% waren Arbeiter, Angestellte oder Beamte. 0,4% waren als Selbständige oder Freiberufler tätig, 0,2% galten als

sonstige Erwerbspersonen und 0,4% befanden sich in beruflicher Rehabilitation und 0,9% waren in Elternzeit oder längerfristigem Krankenstand. 77,5% aller Patienten waren bei Behandlungsende ar-

beitslos, wobei 59,1% Arbeitslosengeld II und 18,4% Arbeitslosengeld I erhielten. Weitere 0,8% waren Schüler oder Studenten, 0,2% waren Hausfrau/Hausmann, 1,8% waren Rentner bzw. Pensionäre und 5,9% wurden als sonstige Nichterwerbspersonen kodiert (2,8% mit Bezug von SGB XII-Leistungen und 3,1% ohne Bezug von SGB XII-Leistungen). Für 2,0% aller Patienten lagen keine Daten vor.

Zur Wohnsituation zum Betreuungsende gaben 48,1% der Patienten an, selbständig zu wohnen, 27,8% wohnten bei anderen Personen und 2,3% gingen in ambulant betreutes Wohnen, 11,6% wechselten in eine (Fach-)Klinik bzw. stationäre Rehabilitationseinrichtung. Weitere 2,4% zogen in ein Wohnheim oder Übergangswohnheim, 0,4% mussten eine Haftstrafe antreten bzw. fortsetzen. 0,9% gingen nach der Entlassung in eine Notunterkunft oder Übernachtungsstelle, 1,4% hatten eine sonstige Unterkunft und 5,2% waren ohne Wohnung. Für 12,8% fehlten entsprechende Daten. Im Vergleich zwischen Männern und Frauen zeigt sich, dass Frauen nach einer Reha-Maßnahme häufiger selbständig wohnen (58,5% vs. 45,4%), während Männer öfter angeben, bei anderen Personen zu wohnen (29,7% vs. 20,5%).

Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit im letzten Beruf und Leistungsfähigkeit allgemein bei Betreuungsende

In Tabelle 19 sind die Arbeitsfähigkeit, die Leistungsfähigkeit im letzten Beruf und die Leistungsfähigkeit allgemein bei Betreuungsende dargestellt.

Am Betreuungsende wurden 88,2% (87,9% Männer vs. 89,4% Frauen) als arbeitsfähig entlassen und 9,7% (10,1% vs. 8,3%) als arbeitsunfähig. Bei 0,7% der Patienten (0,6% vs. 1,3%) war eine Beurteilung nicht erforderlich. Die Kodierung „Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen“ wurde bei 1,2% der Patienten (1,3% vs. 0,9%) verwendet. Die Kategorie „Hausfrau/Hausmann“ wurde jeweils einmal vergeben (insgesamt 0,1%). Bei 2,1% aller Patienten waren keine Daten zur Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende kodiert.

Bezogen auf die Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Betreuungsende wurden 84,4% (86,5% der Männer vs. 76,7% der Frauen) mit einer Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“ entlassen. Bei weiteren 4,5% (3,4% vs. 8,3%) wurde eine Leistungsfähigkeit „3 bis unter 6 Stunden“ und bei 8,8% (8,0% vs. 11,7%) eine

Tabelle 19: Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit im letzten Beruf und Leistungsfähigkeit allgemein bei Betreuungsende

Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
arbeitsfähig	2154	87,9%	606	89,4%	2760	88,2%
arbeitsunfähig	248	10,1%	56	8,3%	304	9,7%
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen	33	1,3%	6	0,9%	39	1,2%
Hausfrau/Hausmann	1	0,0%	1	0,1%	2	0,1%
Beurteilung nicht erforderlich	14	0,6%	9	1,3%	23	0,7%
Zusammen	2450	100,0%	678	100,0%	3128	100,0%
keine Daten	51	2,0%	16	2,3%	67	2,1%
Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
6 Stunden und mehr	2076	86,5%	506	76,7%	2582	84,4%
3 bis unter 6 Stunden	82	3,4%	55	8,3%	137	4,5%
unter 3 Stunden	193	8,0%	77	11,7%	270	8,8%
keine Angabe erforderlich	48	2,0%	22	3,3%	70	2,3%
Zusammen	2399	100,0%	660	100,0%	3059	100,0%
keine Daten	102	4,1%	34	4,9%	136	4,3%
Leistungsfähigkeit allgemein bei Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
6 Stunden und mehr	2272	93,4%	594	87,9%	2866	92,2%
3 bis unter 6 Stunden	48	2,0%	44	6,5%	92	3,0%
unter 3 Stunden	83	3,4%	25	3,7%	108	3,5%
keine Angabe erforderlich	29	1,2%	13	1,9%	42	1,4%
Zusammen	2432	100,0%	676	100,0%	3108	100,0%
keine Daten	69	2,8%	18	2,6%	87	2,7%

Leistungsfähigkeit „unter 3 Stunden“ kodiert. Bei 2,3% der Patienten (2,0% vs. 3,3%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 4,3% (4,1% vs. 4,9%) fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Die Betrachtung der Leistungsfähigkeit allgemein bei Betreuungsende zeigt ein

noch besseres Ergebnis mit einem Anteil von 92,2% (93,4% vs. 87,9%) in der Kategorie Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“. Bei weiteren 3,0% (2,0% vs. 6,5%) wurde eine Leistungsfähigkeit „3 bis unter 6 Stunden“ und bei 3,5% (3,4% vs. 3,7%) eine Leistungsfähigkeit „unter 3 Stunden“ kodiert. Bei 1,4% der Patienten

(1,2% vs. 1,9%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 2,7% (2,8% vs. 2,6%) fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

2.5 Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018

Im Folgenden werden ausgewählte Variablen der Basisdokumentation 2018 bezüglich der zwei Messzeitpunkte Beginn und Ende zueinander in Beziehung gesetzt. Zur einfacheren Darstellung wurde jeweils die Kategorie „keine Daten“ unberücksichtigt gelassen.

Berufliche Integration zum Beginn und zum Ende der Betreuung

Tabelle 20 vergleicht die Angaben zur beruflichen Integration bei Beginn und Ende der Rehabilitationsmaßnahme.

Zum Ende der Betreuung hatten 12,7% der Patienten einen Arbeitsplatz, 78,1% waren arbeitslos, 8,9% waren nicht erwerbstätig und 0,3% in beruflicher Rehabilitation.

Von 454 Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt einen Arbeitsplatz hatten, standen bei Entlassung noch 73,3% in einem Arbeitsverhältnis. 24,4% waren arbeitslos, 2,0% galten als nicht erwerbstätig und 0,2% hatten eine berufliche Rehabilitation begonnen.

Arbeitslos waren bei Behandlungsbeginn 2202 Patienten. Hiervon hatten bei Entlassung 2,0% einen neuen Arbeitsplatz, 96,4% waren nach wie vor arbeitslos, 1,4% waren nicht erwerbstätig und 0,2% traten eine berufliche Rehabilitation an.

Von 376 bei Aufnahme nicht erwerbstätigen Patienten waren nach Abschluss der Behandlung 1,9% im Besitz eines Arbeitsplatzes, 36,2% waren arbeitslos gemeldet, 61,4% waren weiterhin nicht erwerbstätig und 0,5% in beruflicher Reha.

Tabelle 20: Berufliche Integration bei Betreuungsbeginn und bei Betreuungsende (nur vorhandene Fälle ohne Berücksichtigung fehlender Daten)

Berufliche Integration bei Betreuungsende	Berufliche Integration bei Betreuungsbeginn							
	Arbeitsplatz vorhanden		arbeitslos		nicht erwerbstätig		berufliche Rehabilitation	
Arbeitsplatz vorhanden	333	73,3%	43	2,0%	7	1,9%	2	20,0%
arbeitslos	111	24,4%	2123	96,4%	136	36,2%	5	50,0%
nicht erwerbstätig	9	2,0%	31	1,4%	231	61,4%	0	0,0%
berufliche Rehabilitation	1	0,2%	5	0,2%	2	0,5%	3	30,0%
Zusammen	454	100,0%	2202	100,0%	376	100,0%	10	100,0%

Tabelle 21: Arbeitsfähigkeit unmittelbar vor Betreuungsbeginn und bei Betreuungsende (nur vorhandene Fälle ohne Berücksichtigung fehlender Daten)

Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende	Arbeitsfähigkeit unmittelbar vor Betreuungsbeginn					
	arbeitsfähig		arbeitsunfähig		Gesamt	
arbeitsfähig	1633	95,3%	1054	83,3%	2687	90,2%
arbeitsunfähig	80	4,7%	212	16,7%	292	9,8%
Gesamt	1713	100,0%	1266	100,0%	2979	100,0%

Tabelle 22: Psychische Komorbidität – Anzahl an weiteren F-Diagnosen F0 bis F9

Psychische Komorbidität F0 bis F9	Männer		Frauen		Gesamt	
Keine F-Diagnose	1226	49,0%	267	38,5%	1493	46,7%
Eine F-Diagnose	846	33,8%	213	30,7%	1059	33,1%
Zwei F-Diagnosen	292	11,7%	114	16,4%	406	12,7%
Drei F-Diagnosen	85	3,4%	63	9,1%	148	4,6%
Vier F-Diagnosen	41	1,6%	19	2,7%	60	1,9%
Fünf F-Diagnosen	5	0,2%	13	1,9%	18	0,6%
Sechs F-Diagnosen	6	0,2%	5	0,7%	11	0,3%
Zusammen	2501	100,0%	694	100,0%	3195	100,0%

Tabelle 23: Psychische Komorbidität: Differenzierung der Diagnose

	Depression		Angststörung		Persönlichkeitsstörung	
	F32, F33, F34.1		F40, F41		F60, F61	
keine entsprechende F-Diagnose	2603	81,5%	3106	97,2%	2675	83,7%
mind. eine Diagnose	592	18,5%	89	2,8%	520	16,3%
Gesamt	3195	100,0%	3195	100,0%	3195	100,0%

Tabelle 24: Psychische Komorbidität: Differenzierung der Diagnose nach Geschlecht

Mindestens eine Diagnose	Depression		Angststörung		Persönlichkeitsstörung	
	F32, F33, F34.1		F40, F41		F60, F61	
Anteil bei Männern	403	16,1%	59	2,4%	319	12,8%
Gesamt N Männer	2501	100,0%	2501	100,0%	2501	100,0%
Anteil bei Frauen	189	27,2%	30	4,3%	201	29,0%
Gesamt N bei Frauen	694	100,0%	694	100,0%	694	100,0%

Tabelle 25: Art der Therapiebeendigung und Behandlungsdauer (in Tagen) in Abhängigkeit von der Anzahl der F-Diagnosen (ohne Suchtdiagnosen)

Behandlungsdauer in Tagen	Art der Therapiebeendigung		
	Alle Entlassungen	Reguläre Entlassungen	Planmäßige Entlassungen
	N = 3195	N = 1235	N = 2184
keine F-Diagnose	108,2	153,9	135,8
eine F-Diagnose	107,6	151,0	135,0
zwei F-Diagnosen	116,6	152,5	139,5
drei F-Diagnosen	122,8	148,4	143,2
vier F-Diagnosen	115,9	135,8	128,2
fünf F-Diagnosen	133,1	134,5	138,3
sechs F-Diagnosen	120,6	129,8	130,3
Gesamt	110,1	151,7	136,2

10 Patienten hatten die Behandlung aus einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme heraus begonnen, die von 30,0% nach der Entlassung fortgeführt wurde, 20,0% hatten zum Betreuungsende einen Arbeitsplatz und 50,0% waren arbeitslos.

Es ist zu vermuten, dass der Anstieg der Arbeitslosigkeit, sprich der Verlust des Arbeitsplatzes während der Zeit der Betreuung darauf zurückzuführen ist, dass der Termin einer bereits ausgesprochenen Kündigung in die Zeit der Rehabilitationsmaßnahme gefallen ist oder dass der Arbeitsplatz erst während der Behandlung gekündigt wurde bzw. ein befristetes Arbeitsverhältnis auslief. Auch ein therapeutisch notwendiger Wohnortwechsel könnte ein Grund für einen Arbeitsplatzverlust sein.

Arbeitsfähigkeit zum Beginn und zum Ende der Betreuung

In Tabelle 21 sind die vergleichenden Angaben zur Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme und Entlassung dargestellt.

Bei Entlassung aus der Behandlung waren 90,2% arbeitsfähig und 9,8% waren arbeitsunfähig.

Von 1713 Patienten, die bei Behandlungsbeginn arbeitsfähig waren, waren dies auch 95,3% bei Behandlungsende und 4,7% waren arbeitsunfähig.

Von 1226 Patienten, die bei der Aufnahme als arbeitsunfähig beurteilt wurden, waren bei Entlassung 83,3% arbeitsfähig und 16,7% waren weiter arbeitsunfähig.

2.6 Psychische Komorbidität

In den folgenden Tabellen 22 – 27 sind die Zusammenhänge zwischen psychischer Komorbidität und den Variablen Geschlecht, Behandlungsdauer, Art der Therapiebeendigung und Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende dargestellt.

Tabelle 24 gibt eine Übersicht über die psychische Komorbidität in Abhängigkeit vom Geschlecht. Bei der Berechnung der psychischen Komorbidität wurden die Diagnosen F1 (Störungen durch psychotrope Substanzen), F50 (Essstörungen), F55 (Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen) und F63.0 (Pathologisches Spielen) nicht berücksichtigt.

46,7% aller Patienten haben neben der Hauptdiagnose keine zusätzliche psychische Diagnose (F-Diagnose), wobei ein geschlechtsspezifischer Unterschied mit

49,0% bei Männern vs. 38,5% bei Frauen vorhanden ist. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass 51,0% der Männer und 61,5% der Frauen neben der Hauptdiagnose mindestens eine Diagnose zur psychischen Komorbidität haben. 33,1% aller Patienten (33,8% der Männer vs. 30,7% der Frauen) hatten eine, 12,7% (11,7% vs. 16,4%) zwei, 4,6% (3,4% vs. 9,1%) drei und 1,9% (1,6% vs. 2,7%) vier psychische Diagnosen. Fünf Diagnosen hatten 0,6% (0,2% vs. 1,9%) und sechs Diagnosen hatten 0,3% (0,2% vs. 0,7%).

Zur weiteren Betrachtung der psychischen Komorbidität wurden die Diagnosegruppierungen

- **Depression** mit den Diagnosen F32, F33 und F34.1
- **Angststörung** mit den Diagnosen F40.0 und F41
- **Persönlichkeitsstörung** mit den Diagnosen F60 und F61

gebildet.

Tabelle 23 gibt einen Überblick über die psychische Komorbidität differenziert nach den drei Diagnosegruppierungen. 18,5% aller Patienten haben mindestens eine Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen, 2,8% aus dem Bereich der Angststörungen und 16,3% aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen.

In Tabelle 24 sind für die Patienten mit mindestens einer psychischen Diagnose aus Tabelle 23 die jeweiligen geschlechtsspezifischen Anteile dargestellt. Ausgehend von den 592 Patienten aus Tabelle 24 mit mindestens einer Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen liegt der Anteil bezogen auf alle Männer der Stichprobe bei 16,1% vs. 27,2% bezogen auf alle Frauen der Stichprobe. Für die 89 Patienten mit mindestens einer Angststörung liegen die Anteile bei 2,4% vs. 4,3% und für die 520 Patienten mit mindestens einer Persönlichkeitsstörung bei 12,8% vs. 29,0%.

Der Zusammenhang von psychischer Komorbidität, Behandlungsdauer und Art der Beendigung ist in Tabelle 25 dargestellt.

Bei Betrachtung aller Entlassungen mit N = 3195 Patienten liegt die mittlere Behandlungsdauer bei 110,1 Tagen. Liegt neben der Hauptdiagnose keine weitere psychische Diagnose vor, so liegt die mittlere Behandlungsdauer bei 108,2 Tagen. Diese sinkt beim Vorliegen einer psychischen Diagnose auf 107,6 Tage. Ab

Tabelle 26: Psychische Komorbidität: Art der Therapiebeendigung, nur Entlassform 1 bis 7

Art der Therapiebeendigung	keine F-Diagnose	mind. eine F-Diagnose	Depression	Angststörung	Persönlichkeitsstörung
			(≥ 1)	(≥ 1)	(≥ 1)
	N = 1493	N = 1702	N = 592	N = 89	N = 520
regulär nach Beratung/Behandlungsplan	36,6%	40,4%	48,0%	58,4%	37,3%
vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung	13,3%	12,3%	8,1%	7,9%	16,9%
vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis	3,4%	2,9%	1,9%	3,4%	3,1%
vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch Klienten	23,1%	21,7%	19,1%	15,7%	21,0%
disziplinarisch	8,8%	8,3%	7,1%	2,2%	8,1%
außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	0,4%	0,8%	0,5%	0,0%	1,2%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	14,1%	13,5%	15,4%	12,4%	12,3%
planmäßige Entlassung	67,5%	69,1%	73,3%	82,0%	69,6%

Tabelle 27: Psychische Komorbidität: Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende (nur Kategorien arbeitsfähig und arbeitsunfähig)

Psychische Komorbidität	keine F-Diagnose	mind. eine F-Diagnose	Depression (≥ 1)	Angststörung (≥ 1)	Persönlichkeitsstörung (≥ 1)
Arbeitsfähigkeit	N = 1419	N = 1645	N = 576	N = 86	N = 496
arbeitsfähig	93,9%	86,7%	83,5%	87,2%	88,9%
arbeitsunfähig	6,1%	13,3%	16,5%	12,8%	11,1%

zwei Diagnosen steigt sie auf 116,6 Tage, bei drei Diagnosen auf 122,8 Tage. Bei vier Diagnosen sinkt sie im Mittel auf 115,9 Tage und steigt bei fünf Diagnosen auf 133,1 Tage, bevor sie bei sechs Diagnosen wieder auf 120,6 Tage absinkt.

Für die regulären Entlassungen N = 1235 zeigt sich eine mittlere Behandlungsdauer von 151,7 Tagen. Liegt keine weitere Diagnose vor, liegt die mittlere Behandlungsdauer bei 153,9 Tagen. Bei einer weiteren Diagnose sinkt sie auf 151,0 Tage, steigt bei zwei Diagnosen auf 152,5 Tage an und verringert sich danach kontinuierlich von 148,4 Tagen bei drei Diagnosen bis auf 129,8 Tagen bei sechs Diagnosen.

Betrachtet man die planmäßigen Entlassungen mit N = 2184 zeigt sich eine mittlere Behandlungsdauer von 136,2 Tagen. Wenn keine weitere Diagnose vorliegt, liegt sie bei 135,8 Tagen und verändert sich mit 135,0 Tagen bei einer weiteren Diagnose kaum. Bei zwei bzw. drei weiteren Diagnosen steigt die durchschnittli-

che Behandlungsdauer auf 139,5 bzw. 143,2 Tage an. Bei vier Diagnosen sinkt sie wieder auf 128,2 Tage ab, steigt bei fünf Diagnosen auf 138,3 Tage an und liegt bei sechs Diagnosen bei 130,3 Tagen.

In Tabelle 26 ist die Art der Therapiebeendigung näher aufgeschlüsselt und der psychischen Komorbidität sowie Diagnosegruppierungen gegenübergestellt.

Patienten mit mind. einer psychischen Diagnose beenden prozentual häufiger die Therapie regulär im Vergleich zu Patienten ohne psychische Komorbidität (40,4% vs. 36,6%). Ebenso beenden prozentual etwas mehr Patienten mit mindestens einer weiteren psychischen Diagnose die Behandlung planmäßig, als solche ohne psychische Komorbidität (69,1% vs. 67,5%).

Betrachtet man die einzelnen Diagnosegruppierungen, so zeigen sich einige Unterschiede. Den höchsten Anteil planmäßiger Entlassungen finden sich beim Vorliegen mind. einer Diagnose aus dem

Tabelle 28: Vergleich ausgewählter Ergebnisse anhand von drei Altersgruppen (bis 25 Jahre, 26 bis 40 Jahre, über 40 Jahre – um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	bis 25 Jahre	26 bis 40 Jahre	über 40 Jahre
Geschlecht	N = 820	N = 1975	N = 400
männlich	78,2%	77,7%	81,5%
weiblich	21,8%	22,3%	18,5%
Partnerbeziehung	N = 809	N = 1940	N = 394
keine Partnerschaft	70,5%	63,5%	62,9%
in Partnerschaft	29,5%	36,5%	37,1%
Schulabschluss	N = 810	N = 1948	N = 396
Derzeit in Schulausbildung	0,2%	0,1%	0,0%
ohne Schulabschluss abgegangen	19,4%	10,8%	12,6%
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	40,5%	44,5%	43,2%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	30,5%	33,5%	29,8%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	8,5%	10,3%	12,9%
Anderer Schulabschluss	0,9%	0,9%	1,5%
Ausbildungsabschluss	N = 802	N = 1930	N = 388
noch keine Ausbildung begonnen	28,2%	10,4%	8,0%
Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	6,6%	0,8%	0,5%
Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	46,4%	34,9%	24,2%
Betrieblicher Berufsabschluss	18,2%	49,9%	56,7%
Meister / Techniker	0,1%	0,7%	3,1%
Akademischer Abschluss	0,0%	1,3%	4,4%
Anderer Berufsabschluss	0,5%	2,0%	3,1%
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	N = 806	N = 1947	N = 395
Arbeitsplatz vorhanden	15,0%	17,1%	19,2%
arbeitslos	68,2%	72,5%	67,6%
nicht erwerbstätig	16,5%	9,9%	13,2%
in beruflicher Rehabilitation	0,2%	0,5%	0,0%
Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende	N = 806	N = 1935	N = 389
Arbeitsplatz vorhanden	12,2%	14,0%	13,4%
arbeitslos	74,4%	78,8%	77,1%
nicht erwerbstätig	13,2%	6,8%	9,3%
in beruflicher Rehabilitation	0,2%	0,5%	0,3%

Bereich der Angststörungen mit 82,0%, gefolgt von 73,3% bei mind. einer Depressionsdiagnose und 69,6% bei mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Regulär beenden die Behandlung am häufigsten Patienten mit mind. einer Angstdiagnose (58,4%), gefolgt von Pat. mit mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Depressionen (48,0%). Patienten mit mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen beenden die Behandlung regulär mit 37,3%. Im Vergleich zu den

anderen komorbiden Diagnosegruppen verzeichnen die Patienten mit Persönlichkeitsstörungsdiagnose in allen unplanmäßigen Entlassungsformen prozentual die höchsten Werte.

Tabelle 27 stellt die Arbeitsfähigkeit bei Therapiebeendigung im Zusammenhang mit der psychischen Komorbidität sowie den Diagnosegruppierungen dar.

Der höchste Anteil an arbeitsfähig entlassenen Patienten mit 93,9% zeigt sich bei Patienten ohne psychische Komorbidität.

Pat. mit mind. einer psychischen Diagnose werden mit 86,7% geringer arbeitsfähig entlassen. Bei Betrachtung der einzelnen Diagnosegruppierungen ergibt sich, dass Patienten mit dem Vorliegen mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen mit 88,9% am häufigsten als arbeitsfähig entlassen werden, gefolgt von Patienten mit mind. einer Angststörung mit 87,2% und Patienten mit mind. einer Depressionsdiagnose mit 83,5%.

2.7 Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018

In Tabelle 28 ist eine altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018 des Fachverbandes Sucht e. V. dargestellt. Zur einfacheren Betrachtung sind jeweils Itemsbezogen die Datensätze um die unterschiedlichen „Missing-Data“ bereinigt. Als Stichprobe wurden die Daten aller 18 Einrichtungen mit N = 3195 Patienten verwendet. Für die altersspezifische Betrachtung wurden die drei Patienten-Altersgruppen „bis 25 Jahre“, „26-40 Jahre“ und „über 40 Jahre“ gebildet.

Der Vergleich der Datensätze der drei Altersgruppen ergibt folgende Ergebnisse:

Geschlecht: Der relative Anteil männlicher Patienten in der Altersgruppe „bis 25 Jahre“ beträgt 78,2%, in der Altersgruppe der „26-40 Jahre“ nimmt er leicht ab (77,7%) und liegt in der Altersgruppe der Patienten „über 40 Jahre“ mit 81,5% am höchsten.

Partnerbeziehung: In der Gruppe über 40 Jährigen ist der relative Anteil mit einer festen Beziehung mit 37,1% am größten, gegenüber 36,5% bei den 26 bis 40 Jährigen und 29,5% bei den bis 25 Jährigen.

Schulabschluss: 19,4% der bis 25 Jährigen ist ohne Schulabschluss, wohingegen es bei den 26 bis 40 Jährigen noch 10,8% und bei den über 40 Jährigen 12,6% sind. Lediglich 8,5% der unter 25 Jährigen verfügen über die Fachhochschul- bzw. Hochschulreife bzw. Abitur, gegenüber 10,3% der 26 bis 40 Jährigen und 12,9% der über 40 Jährigen.

Ausbildungsabschluss: Mit 46,4% bei den bis 25 Jährigen ist in dieser Altersgruppe der relative Anteil an Patienten ohne abgeschlossene Hochschul- oder Berufsausbildung am größten, gefolgt von 34,9% bei den 26 bis 40 Jährigen und

24,2% bei den über 40 Jährigen. 28,2% der bis 25 Jährigen hatte bisher noch nie eine Ausbildung begonnen, während dies nur für 10,4% der 26 bis 40 Jährigen und nur 8,0% der über 40 Jährigen zutraf. 6,6% der bis 25 Jährigen befanden sich zu Behandlungsbeginn in einer Hochschul- oder Berufsausbildung, 0,8% der 26 bis 40 Jährigen und 0,5% der Patienten über 40 Jahre.

Erwerbssituation am Tag vor dem Betreuungsbeginn: In der Altersgruppe der 26 bis 40 Jährigen ist die Arbeitslosigkeit mit 72,5 % am höchsten, 17,1 % haben einen Arbeitsplatz, 9,9% sind nicht erwerbstätig und 0,5% in beruflicher Rehabilitation. Demgegenüber sind bei den bis zu 25 Jährigen 68,2% arbeitslos, 15,0 % haben einen Arbeitsplatz, 16,5 % sind nicht erwerbstätig und 0,2% in beruflicher Rehabilitation. In der Altersgruppe der über 40 Jährigen sind 67,6% arbeitslos, 19,2% haben einen Arbeitsplatz, 13,2% sind nicht erwerbsfähig und keiner befand sich zu Betreuungsbeginn bereits in einer beruflichen Rehabilitation.

Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende: Insgesamt zeigt sich, dass der relative Anteil der arbeitslosen Patienten in jeder Altersgruppe zunimmt. So sind 74,4 % der bis 25 Jährigen, 78,8 % der 26 bis 40 Jährigen und 77,1 % der über 40 Jährigen am Tag nach Betreuungsende arbeitslos. Dagegen haben 12,2 % der bis zu 25 Jährigen, 14,0 % der 26 bis 40 Jährigen und 13,4 % der über 40 Jährigen einen Arbeitsplatz. Nicht erwerbstätig sind 13,2 % der bis 25 Jährigen, 6,8 % der 26 bis 40 Jährigen und 9,3% der über 40 Jährigen. In beruflicher Rehabilitation befanden sich 0,2 % bzw. 0,5 % bzw. 0,3 % der Patienten in den jeweiligen Altersgruppen.

Vermittlung: Der häufigste Vermittler in allen drei Altersgruppen sind die ambulanten Suchthilfeeinrichtungen mit Anteilen von 58,0% in der Altersgruppen der bis 25 Jährigen, 60,1% der Patienten mit einem Alter zwischen 26 bis 40 Jahren und 58,9% der über 40 Jährigen. Unterschiede zeigen sich bezüglich der Vermittlung durch Polizei, Justiz und die Bewährungshilfe. Dabei hat die Altersgruppe der über 40 Jährigen mit 9,4% den höchsten Anteil, gefolgt von 7,9% bei den 26 bis 40 Jährigen und 5,7% bei den unter 25 Jährigen. Bei der Vermittlung durch psychiatrische Krankenhäuser haben die bis 25 Jährigen unter allen Altersgruppen mit 16,6% den höchsten Vermittlungsanteil vor den beiden anderen Gruppen mit jeweils 12,4%.

Tabelle 29: Fortsetzung: Vergleich ausgewählter Ergebnisse anhand von 3 Altersgruppen (bis 25 Jahre, 26 bis 40 Jahre, über 40 Jahre – um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	bis 25 Jahre	26 bis 40 Jahre	über 40 Jahre
vermittelt durch	N = 803	N = 1962	N = 394
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	58,0%	60,1%	58,9%
Psychiatrisches Krankenhaus	16,6%	12,4%	12,4%
Polizei / Justiz / Bewährungshilfe	5,7%	7,9%	9,4%
Einrichtung der Akutbehandlung	5,4%	5,5%	1,0%
Allgemeines Krankenhaus	1,6%	3,0%	3,8%
Anderer Beratungsdienst (z.B. Ehe-/Familien-/ Erziehungsberatung, Sozialpsychiatrischer Dienst)	3,1%	2,8%	1,0%
Sonstige	9,6%	8,3%	13,5%
Kosten-/Leistungsträger (Mehrfachnennungen möglich)	N = 825	N = 1977	N = 402
Rentenversicherung	67,2%	86,8%	90,8%
Krankenversicherung	26,9%	10,4%	7,2%
sonstige Kosten-/Leistungsträger	5,9%	2,8%	2,0%
Hauptdiagnose	N = 815	N = 1961	N = 398
Störungen durch Opiode F11.XX	4,2%	12,1%	28,9%
Störungen durch Cannabinoide F12.XX	49,4%	27,7%	15,6%
Störungen durch Kokain F14.XX	4,5%	6,2%	15,8%
Störungen durch sonstige Stimulantien einschl. Koffein F15.XX	21,5%	32,5%	23,9%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen F19.XX	17,8%	17,6%	12,1%
sonstige F1X.XX Diagnosen	2,6%	3,8%	3,8%
Behandlungsdauer	N = 820	N = 1975	N = 400
	102,9 ± 62,4 Tage	113,1 ± 63,0 Tage	109,7 ± 60,8 Tage
Behandlungsdauer bei regulärer Entlassung	N = 273	N = 786	N = 176
	147,1 ± 42,0 Tage	154,9 ± 38,1 Tage	144,7 ± 40,1 Tage
Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung	N = 516	N = 1380	N = 288
	131,9 ± 51,5	138,5 ± 51,6	133,1 ± 50,2
Art der Behandlungsbeendigung	N = 820	N = 1975	N = 400
Anteil mit regulärer Entlassung	33,3%	39,8%	44,0%
Anteil mit planmäßiger Entlassung	62,9%	69,9%	72,0%

Kosten- und Leistungsträger: Bei den Kostenträgern zeigen sich keine Unterschiede betrachtet auf die Rangfolge. So ist in allen drei Altersgruppen die Rentenversicherung mit 67,2% bei den bis 25 Jährigen, mit 86,8% bei den 26 bis 40 Jährigen

und 90,8% bei den über 40 Jährigen am häufigsten vertreten. Die Krankenversicherung als Kostenträger für die stationäre Rehabilitation ist bei den unter 25 Jährigen mit 26,9% vertreten, niedriger bei den beiden anderen Altersgruppen

(10,4% bei den 26 bis 40 Jährigen und 7,2% bei den über 40 Jährigen). Hier ist es offenbar so, dass die unter 25 Jährigen häufiger noch nicht lange genug berufstätig waren, sodass die Krankenkasse zum Kostenträger wird.

Hauptdiagnose: Hier zeigen sich Unterschiede bezüglich der Verteilung. So ist die am häufigsten vergebene Hauptdiagnose bei den über 40 Jährigen mit 28,9% die Diagnose „Störungen durch Opioide“, wohingegen die häufigste Diagnose in der Altersgruppe der 26 bis 40 Jährigen mit 32,5% die Diagnose „Störungen durch Stimulantien“ und bei bis zu 25 Jährigen mit 49,4% „Störungen durch Cannabinoide“ lautet. In der Altersgruppe der bis 25 Jahre ist die zweithäufigste Diagnose, „Störungen durch Stimulantien“ mit 21,5%, wohingegen die Diagnose „Störungen durch Opioide“ mit 4,2% eher gering ausgeprägt ist. Bei den 26 bis 40 Jährigen zeigt sich als zweithäufigste Diagnose die „Störungen durch Cannabinoide“ mit 27,7%, wohingegen bei den 26 bis 40 Jährigen die Diagnose „Störungen durch Opioide“ mit 12,1% noch häufiger vertreten ist. Bei den über 40 Jährigen tritt die Diagnose „Störungen durch

Stimulantien“ mit 23,9 % an zweiter Stelle auf. Die Diagnose „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch“ wurde bei 17,8% bei den bis 25 Jährigen, 17,6% bei den 26 bis 40 Jährigen und 12,1% bei den über 40 Jährigen vergeben. Damit stellt sie für die Gruppen der bis 25 Jährigen und der 26 bis 40 Jährigen die dritthäufigste Hauptdiagnose dar.

Behandlungsdauer: Die längste Behandlungsdauer zeigt sich bei Patienten der Altersgruppen von 26 bis 40 Jahren mit durchschnittlich 113,1 Tagen, gefolgt von den über 40 Jährigen mit durchschnittlich 109,7 Tagen. Bei Patienten in der Altersgruppe bis 25 Jahre sind es durchschnittlich 102,9 Tage. Betrachtet man die Behandlungsdauer bei regulären Entlassungen dauert die Behandlung bei den 26 bis 40 Jährigen durchschnittlich 154,9 Tage, bei den bis 25 Jährigen 147,1 Tage und bei den über 40 Jährigen 144,7 Tage. Bei einer planmäßigen Entlassung dauert die Behandlung in der Altersgruppe bis 25 Jahre durchschnittlich 131,9 Tagen, bei den 26 bis 40 Jährigen durchschnittlich 138,5 Tage und 133,1 Tage in der Altersgruppe über 40 Jahren.

Art der Behandlungsbeendigung: Patienten der Altersgruppe über 40 Jahre beenden im Vergleich zu den beiden anderen Altersgruppen mit 44,0% bzw. 72,0% häufiger regulär bzw. planmäßig die Behandlung. Für die Altersgruppen bis 25 Jahre und 26 bis 40 Jahre liegen die Quoten bei 33,3% bzw. 62,9% und 39,8% bzw. 69,9%.

2.8 Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018 mit den Basisdokumentationen 2013 bis 2017

In Tabelle 30 und Tabelle 31 sind jeweils ausgewählte Ergebnisse der Basisdokumentation 2013 bis 2018 im Vergleich dargestellt. Dabei sind jeweils item-bezogen die Datensätze um die fehlenden Daten (missing data) bereinigt.

Ein Abgleich der Datensätze ergibt zusammenfassend folgende Ergebnisse: (Zur Übersichtlichkeit werden bei einigen Items nur jeweils der höchste und der niedrigste Wert im Vergleichszeitraum dargestellt)

Tabelle 30: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2018 mit den Basisdokumentationen 2013 bis 2017 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdokumentation 2018	Basisdokumentation 2017	Basisdokumentation 2016	Basisdokumentation 2015	Basisdokumentation 2014	Basisdokumentation 2013
Geschlecht	N = 3195	N = 2941	N = 3411	N = 3519	N = 2691	N = 2197
männlich	78,3%	81,2%	79,1%	78,8%	78,5%	79,2%
weiblich	21,7%	18,8%	20,9%	21,2%	21,5%	20,8%
Alter	N = 3195	N = 2941	N = 3411	N = 3519	N = 2691	N = 2197
	31,3 ± 8,0	30,3 ± 8,0	30,4 ± 7,9	29,5 ± 7,8	29,3 ± 7,9	29,8 ± 7,8
Familienstand			N = 3370	N = 3416	N = 2634	N = 2184
ledig	wird nicht mehr erhoben	wird nicht mehr erhoben	85,7%	86,1%	86,6%	86,1%
verheiratet, zusammen lebend			4,7%	4,2%	4,0%	3,5%
verheiratet, getrennt lebend			2,8%	2,4%	2,9%	2,6%
geschieden			6,5%	7,0%	6,5%	7,4%
verwitwet			0,3%	0,3%	0,1%	0,3%
Partnerbeziehung	N = 3143	N = 2823	N = 3364	N = 3412	N = 2634	N = 2184
alleinstehend	65,2%	65,2%	58,9%	61,7%	59,1%	64,8%
zeitweilige Beziehung	34,8% (Neu: in Partnerschaft lebend)	34,8% (Neu: in Partnerschaft lebend)	8,9%	10,0%	9,5%	5,2%
feste Beziehung			32,0%	28,0%	31,3%	29,8%
sonstige Beziehung			0,3%	0,2%	0,1%	0,2%
Schulabschluss	N = 3154	N = 2874	N = 3323	N = 3391	N = 2595	N = 2153
Derzeit in Schulausbildung	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,3%	0,1%
ohne Schulabschluss	13,2%	12,9%	12,0%	13,6%	14,2%	13,4%
Sonderschulabschluss	Kategorie entfällt	Kategorie entfällt	2,2%	1,6%	2,1%	1,9%

noch Tabelle 30: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2018 mit den Basisdokumentationen 2013 bis 2017 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdoku- mentation 2018	Basisdoku- mentation 2017	Basisdoku- mentation 2016	Basisdoku- mentation 2015	Basisdoku- mentation 2014	Basisdoku- mentation 2013
Haupt-/Volksschulabschluss	43,3%	42,2%	44,1%	47,1%	46,7%	47,4%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	32,2%	33,8%	31,9%	28,6%	29,6%	28,5%
(Fach-)Hochschulreife/ Abitur	10,2%	9,7%	9,7%	8,7%	6,5%	7,9%
anderer Schulabschluss	1,0%	1,2%	0,1%	0,3%	0,6%	0,7%
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	N = 3148	N = 2817	N = 3323	N = 3348	N = 2604	N = 2169
Arbeitsplatz vorhanden	16,8%	17,9%	16,3%	16,3%	15,0%	14,8%
arbeitslos	70,8%	72,1%	68,6%	70,2%	71,2%	68,3%
nicht erwerbstätig	12,0%	9,7%	14,6%	13,1%	13,2%	16,3%
in beruflicher Rehabilitation	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,6%	0,7%
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsende	N = 3130 (am Tag nach Betreuungs- ende)	N = 2753 (am Tag nach Betreuungs- ende)	N = 3275	N = 3302	N = 2563	N = 2118
Arbeitsplatz vorhanden	13,4%	14,6%	13,6%	11,9%	11,5%	12,0%
arbeitslos	77,5%	76,8%	77,1%	78,1%	78,8%	77,5%
nicht erwerbstätig	8,7%	8,0%	8,9%	9,6%	8,7%	9,7%
in beruflicher Rehabilitation	0,4%	0,6%	0,3%	0,4%	0,9%	0,7%

- Der Anteil der männlichen Patienten ist von 2013 bis 2017 auf 81,2% gestiegen. Demzufolge hat sich der Anteil der weiblichen Patienten 2017 auf den niedrigsten Stand (18,2%) im Vergleichszeitraum entwickelt. Die Quote weiblicher Patienten war im Jahr 2018 mit 21,7% am höchsten.
- Das durchschnittliche Alter der Patienten hat seit 2013 insgesamt zugenommen und in der Basisdokumentation 2018 mit 31,3 Jahren den höchsten Wert in diesem Zeitraum erreicht niedrigster Durchschnittswert aus dem Jahr 2014 mit 29,3 Jahren).
- Hinsichtlich des Familienstandes ergeben sich folgende (eher geringe) Unterschiede in den Dokumentationsjahrgängen 2013 bis 2016: 85,7% (2016) vs. 86,6% (2014) der Patienten waren ledig; 4,2% (2016) vs. 3,5% (2013) waren verheiratet und lebten mit dem Ehepartner zusammen, 2,9% (2014) vs. 2,4% (2015) waren verheiratet, lebten aber getrennt; geschieden waren 6,5% (2016 u. 2014) vs. 7,4% (2013) und verwitwet 0,1% (2014) vs. 0,3% (2016, 2015 u. 2013). In der Basisdokumentation 2017 und 2018 wurden diese Angaben nicht mehr erhoben.
- Bei der Betrachtung der Partnerbeziehung zeigen sich folgende Unterschiede: Alleinstehend waren zwischen 58,9% (2016) und 65,2% (2017 u. 2018). Die folgenden Vergleiche gelten wieder-

um nur für die Datensätze 2013-2016. Hier gaben zwischen 5,2% (2013) und 10,0% (2015) an, eine zeitweilige Beziehung zu führen. Zwischen 28% (2015) und 32% (2016) lebten in einer festen Beziehung. 0,1% (2014) bis 0,3% (2016) hatten oder sonstige Beziehungen.

- Im Vergleichszeitraum 2013-2018 waren bei Aufnahme 0,1% (2013, 2015, 2016, 2018) der Patienten in Schulausbildung, 2014 waren es 0,3 % und 2017 0,2%. Zwischen 12,0% (2016) und 14,2% (2014) besaßen keinen Schulabschluss. Einen Rückgang von 47,4% (2013) auf 42,2% (2017) gab es bei den Patienten mit einem Hauptschulabschluss, bevor die Rate für 2018 wieder auf 43,3% angestiegen ist. Nachdem die Anzahl von Patienten, die eine Realschule bzw. Polytechnische Oberschule mit Erfolg besucht hatten, von 28,5% (2013) auf 33,8% (2017) angestiegen ist, nahm die Zahl im letzten Jahr mit 32,2% leicht ab. Hingegen hat sich die Zahl derjenigen mit Hochschulreife bzw. Abitur vom tiefsten Stand von 6,5% (2014) kontinuierlich auf 10,2% (2018) erhöht. Zwischen 0,1% (2016) und 1,2% (2017) besaßen einen anderen Schulabschluss.
- Die Quote der Patienten, die bei Therapiebeginn einen Arbeitsplatz hatten, stieg kontinuierlich von 14,8% im Jahr 2013 auf 17,9% im Jahr 2017, 2018 sank sie wieder etwas ab (16,8%). Die Quote

der arbeitslosen Patienten schwankte zwischen 68,3% in 2013 und 72,1 % in 2017. Zwischen 9,7% (2017) und 16,3% (2013) der Patienten gehörten bei Aufnahme zur Gruppe der Nichterwerbspersonen. Die Quote der Patienten, die sich zu Betreuungsbeginn in beruflicher Rehabilitation befand, sank von 0,7% in 2013 auf 0,3 in 2017 und 2018.

- Der Anteil der Patienten, die zum Betreuungsende hin in einem Arbeitsverhältnis standen, stieg von 12,0% in 2013 auf 14,6% in 2017 stetig an und nahm in 2018 wieder auf 13,4% ab. Die Zahl der arbeitslosen Patienten zum Entlasszeitpunkt schwankt im Vergleichszeitraum leicht zwischen 76,8 (2017) und 78,8% (2014). Zwischen 8,0% (2017) und 9,7% (2013) waren nicht erwerbstätig und zwischen 0,3% (2016) und 0,9% (2014) wurden bei Entlassung der Kategorie „berufliche Rehabilitation“ zugeordnet.
- Hinsichtlich der vermittelnden Instanz zeigt sich, dass die Mehrzahl der Patienten durch eine Suchtberatungsstelle in die stationäre Behandlung vermittelt wurde. Dieser Anteil sank von 68,5 im Jahr 2013 auf einen Tiefststand von 59,4% im Jahr 2018. Der Anteil der Patienten, die durch ein Krankenhaus vermittelt wurden, stieg im Vergleichszeitraum von 12,6% (2014) auf 21,1% (2018). Der Anteil der Vermittlungen durch die Sozialdienste der JVAen lag

Tabelle 31: Fortsetzung: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2018 mit den Basisdokumentationen von 2013 bis 2017 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdoku- mentation 2018	Basisdoku- mentation 2017	Basisdoku- mentation 2016	Basisdoku- mentation 2015	Basisdoku- mentation 2014	Basisdoku- mentation 2013
vermittelt durch	N = 3159	N = 2856	N = 3363	N = 3425	N = 2631	N = 2047
Suchtberatung	59,4%	59,7%	66,9%	68,3%	64,1%	68,5%
Krankenhaus	21,1%	21,0%	14,2%	13,9%	12,6%	15,4%
Sozialdienst JVA	7,5 % (Neu: Polizei, Justiz, Bewährungshilfe)	6,4 % (Neu: Polizei, Justiz, Bewährungshilfe)	5,9%	3,8%	5,7%	3,9%
Kosten-/Leistungsträger	0,6%	1,6%	0,9%	0,6%	0,7%	1,7%
sonstige Vermittler	9,0%	9,5%	8,4%	10,4%	11,2%	7,9%
ohne Vermittler	2,4%	1,8%	3,7%	3,0%	5,7%	2,6%
Kosten-/Leistungsträger (Mehrfachnennungen möglich)	N = 3197	N = 2952	N = 3441	N = 3555	N = 2743	N = 2250
Rentenversicherung	82,4%	80,1%	82,4%	81,5%	82,9%	84,6%
Krankenversicherung	14,3%	16,8%	14,2%	15,3%	13,2%	11,2%
sonstige Kosten-/Leistungsträger	3,3%	3,1%	3,4%	3,2%	3,9%	4,3%
Hauptdiagnose	N = 3174	N = 2941	N = 3411	N = 3519	N = 2691	N = 2197
Störungen durch Opioide F11.XX	12,2%	12,4%	13,7%	16,1%	18,7%	21,8%
Störungen durch Cannabinoide F12.XX	31,8%	29,0%	30,1%	35,3%	30,5%	26,8%
Störungen durch Kokain F14.XX	7,0%	4,8%	5,1%	4,8%	4,6%	5,1%
Störungen durch sonstige Stimulantien einschl. Koffein F15.XX	28,6%	29,7%	31,3%	25,0%	26,5%	21,3%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen F19.XX	17,0%	19,3%	13,6%	14,0%	12,3%	19,5%
sonstige F1X.XX Diagnosen	3,5%	3,9%	4,9%	4,7%	7,4%	5,6%
Behandlungsdauer	N = 3195	N = 2941	N = 3411	N = 3519	N = 2688	N = 2197
	110,1 ± 62,7 Tage	107,9 ± 64,1 Tage	107,1 ± 63,7 Tage	104,7 ± 63,1 Tage	109,9 ± 63,9 Tage	109,6 ± 64,5 Tage
Behandlungsdauer bei regulärer Entlassung	N = 1235	N = 1053	N = 1154	N = 1211	N = 954	N = 729
	151,7 ± 39,5 Tage	148,8 ± 42,9 Tage	148,9 ± 43,6 Tage	148,6 ± 38,1 Tage	153,1 ± 38,2 Tage	150,7 ± 42,0 Tage
Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung	N = 2184	N = 1937	N = 2226	N = 2228	N = 1728	N = 1416
	136,2 ± 51,5 Tage	133,5 ± 54,6 Tage	134,3 ± 53,6 Tage	134,3 ± 51,4 Tage	141,2 ± 49,1 Tage	139,9 ± 52,0 Tage
Art der Behandlungsbeendigung	N = 3195	N = 2941	N = 3411	N = 3519	N = 2691	N = 2197
Anteil mit regulärer Entlassung	38,7%	36,4%	33,8%	34,4%	35,5%	33,2%
Anteil mit planmäßiger Entlassung	68,4%	67,0%	65,3%	63,3%	64,2%	64,5%

zwischen 3,8% (2015) und 7,5% (2018, zusammengefasst als Vermittlungen durch Polizei, Justiz, Bewährungshilfe). Durch die Vermittlung des Kosten- bzw. Leistungsträgers kamen zwischen 0,6% (2015 u. 2018) und 1,7% (2013) bzw. 1,6% (2017) der Patienten in die Behandlung. Die Quote der sonstigen Vermittlungen schwankte im Vergleichszeitraum zwischen dem niedrigsten Wert von 7,9% im Jahr 2013

und dem höchsten Wert von 11,2% im Jahr 2014. Die Quote der Patienten, die ohne Vermittlung eine Behandlung aufnahmen, fluktuiert zwischen 1,8% im Jahr 2017 und 5,7% im Jahr 2014.

- Der Anteil der Rentenversicherer als Kosten-/Leistungsträger ging insgesamt von 84,6% im Jahr 2013 auf 80,1% im Jahr 2017 zurück und stieg in 2018 wieder etwas auf 82,4%. Demgegenüber nahm der Anteil der Kostenübernahmen

durch Krankenversicherungen von 11,2% (2013) auf 16,8% (2017) zu, nahm aber 2018 wieder auf 14,3% ab. Sonstige Kosten-/Leistungsträger stellen mit einem Anteil zwischen 3,1% (2017) und 4,3% (2013) die kleinste Gruppe dar.

- Bei den vergebenen Hauptdiagnosen ist weiterhin eine kontinuierliche Abnahme der „Störungen durch Opioide“ von 21,8% (2013) auf 12,2% (2018) zu verzeichnen. Zum ersten Mal nach 2015

(damals mit 35,3%) waren „Störungen durch Cannabinoide“ in 2018 mit 31,8% wieder die am häufigsten vergebene Hauptdiagnose. In 2018 wurde mit 7,0% die Hauptdiagnose „Störungen durch Kokain“ im Vergleichszeitraum am häufigsten gestellt und verzeichnete im Vergleich zum Vorjahr einen Anstieg von 2,2%, während die Hauptdiagnosen von „Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein“ und „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen“ in 2018 mit 28,6% bzw. 17,0% leicht rückläufig waren. Die sonstigen F1X.XX-Diagnose als Hauptdiagnose sind im Vergleichszeitraum von 7,4% (2014) auf 3,5% (2018) gesunken.

- Die durchschnittliche Behandlungsdauer erreichte in 2018 mit durchschnittlich 110,1 Tagen den höchsten Stand im Vergleichszeitraum (niedrigster Wert in 2015 mit 104,7 Tagen). Bei den regulären Entlassungen ist die Zahl der durchschnittlichen Behandlungstage nach dem Höchststand von 153,1 Tagen in 2014 bis auf 148,8 Tage in 2017 relativ konstant gesunken, bevor in 2018 mit durchschnittlich 151,7 Tage wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Betrachtung der planmäßigen Entlassungen mit dem höchsten Wert in 2014 mit 141,2 Tagen, dem niedrigsten Wert in 2017 mit 133,5 Tagen und 136,2 Tagen in 2018.
- Der Anteil der Patienten mit regulärer Entlassung schwankte im Vergleichszeitraum zwischen 33,2% im Jahr 2013

und 38,7% im Jahr 2018. Der Anteil planmäßiger Entlassungen variierte zwischen 63,3 in 2014 und 68,4 in 2018. Damit ist der Anteil der regulären Entlassungen seit 2016 und der Anteil der planmäßigen Entlassungen seit 2015 kontinuierlich gestiegen.

3. Ausblick

Mit diesem zwölften Bericht zur Basisdokumentation der Stationären Drogenrehabilitation gibt der Fachverband Sucht e. V. einen Überblick über die in seinen Mitgliedseinrichtungen durchgeführten Drogenentwöhnungsbehandlungen und die behandelte Klientel. Der Fachverband Sucht e. V. beabsichtigt, diese Berichte auch künftig jährlich vorzulegen.

4. Literatur

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.) (2018). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – Definition und Erläuterung zum Gebrauch. Stand: 01.01.2018. www.dhs.de
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2013). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Fachausschuss Sucht des MEDIAN-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2010). Basisdokumentation Sucht Version 1.0, Düsseldorf
- Fachverband Sucht e. V. (2014). Basisdokumentation 2013. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e. V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 18, Bonn
- Fachverband Sucht e. V. (2015). Basisdokumentation 2014. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e. V.,

Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 22, Bonn

Fachverband Sucht e. V. (2016). Basisdokumentation 2015. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e. V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 23, Bonn

Fachverband Sucht e. V. (2017). Basisdokumentation 2016. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e. V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 24, Bonn

Fachverband Sucht e. V. (2018). Basisdokumentation 2017. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e. V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 25, Bonn

Redline-Data (Hrsg.) (2003). PATFAK, Ahrensböck

Autorenverzeichnis

- Abu Khatir, M., Leitender Arzt, salus kliniken Hürth, Hürth
- Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Gruppe, Bad Füssing
- Erben, Corinna, Psychol. Psychotherapeutin, Therapeutische Leitung, Tannenhof Berlin-Brandenburg e. V., Zentrum I, Berlin
- Domma-Reichert, Dr. Julia, Dipl.-Psych., Direktorin u. Geschäftsführerin, salus kliniken Hürth, Hürth
- Fischer, Martina, Dipl.-Psych., Ltd. Psychologin, MEDIAN Kliniken Daun – Altburg, Schalkenmehren
- Funke, Prof. Dr. Wilma, Ltd. Psychologin, MEDIAN Klinik Wied, Wied
- Graudenz, Jürgen, Dipl.-Psych., Direktor, salus klinik Castrop-Rauxel, Castrop-Rauxel
- Kemmann, Dietmar, Ltd. Psychologe, Diakoniekrankenhaus Harz, Elbingerode
- Klinge, Pierre, Dipl.-Päd., Ltd. Sozialtherapeut, Klinik Neumühle, Hollstadt
- Köstler, Dr. Ursula, Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e. V., Bonn
- Kramwinkel, Judith, Therapeutische Einrichtung auf der Lenzwiese, Höchst-Hassenroth
- Krekel, Dr. Christian, Chefarzt, Fachklinik Bad Blankenburg, Bad Blankenburg
- Mansbart, Franz Josef, Therapeutischer Leiter, Fachklinik Zur alten Post, Baiersbrunn-Schönmünzach
- Merker, Dr. Georg, leitender Arzt, Fachklinik Meckenheim, Meckenheim
- Michaelsen, Göran, Chefarzt, Soteria Klinik Leipzig, Leipzig
- Missel, Peter (†), Dipl.-Psych., Ltd. Psychologe MEDIAN Kliniken Daun, Daun
- Muhl, Christian, Dipl.-Psych., Direktor, salus klinik Friedberg, Friedberg
- Neumann, Dr. Robert, Dipl.-Psych., Ltd. Psychologe, MEDIAN Klinik Römhild, Römhild
- Schumann, Jan, Dipl.-Psych., Therapeutischer Leiter, Holthäuser Mühle, Schmallenberg-Holthausen
- Steudel, Martina, Dipl.-Psych., Therapeutische Leitung, Fachklinik Altenkirchen, Altenkirchen
- Susemihl, Ingo, Dipl.-Psych., Ltd. Psychologe, MEDIAN Klinik Mecklenburg, Vitense-Parber
- Tuchtenhagen, Dr. Frank, Chefarzt, MEDIAN Klinik Am Waldsee, Rieden/ Eifel
- Weissinger, Dr. Volker, Geschäftsführer, Fachverband Sucht e. V., Bonn
- Winkelkemper, Sebastian, Oberarzt, MEDIAN Klinik Am Waldsee, Rieden/ Eifel

Liste der Einrichtungen, deren Datensätze in die Auswertung eingingen

Tannenhof Berlin-Brandenburg, Zentrum I	12307 Berlin
salus klinik Castrop-Rauxel	44577 Castrop-Rauxel
Fachklinik Meckenheim	53340 Meckenheim
MEDIAN Kliniken Daun-Altburg	54552 Schalkenmehren
MEDIAN Klinik Am Waldsee	56745 Rieden
Fachklinik Holthäuser Mühle	72270 Baiersbrunn
salus klinik Friedberg	61169 Friedberg
Therapeutische Einrichtung Auf der Lenzwiese	64739 Höchst-Hassenroth
Saaletalklinik Neumühle	97618 Hollstadt
MEDIAN Klinik Römhild (Drogen)	98630 Römhild
MEDIAN Klinik Mecklenburg	19217 Vitense-Parber
Fachklinik Zur alten Post (Drogen)	57392 Schmallenberg-Holthausen
salus klinik Hürth (Drogen)	50354 Hürth
Diakoniekrankenhaus Harz (Drogen)	38875 Elbingerode
MEDIAN Kliniken Wied (Drogen)	57629 Wied
Soteria-Klinik (Drogen)	04289 Leipzig
Fachklinik Altenkirchen (Drogen)	57610 Altenkirchen
Fachklinik Bad Blankenburg (Drogen)	07422 Bad Blankenburg

Inhaltsverzeichnis

Teigeler, H., Reger, F., Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Bingel-Schmitz, D., Braun, D., Burger, H., Danninger, A., Donczewski, I., Fabricius, B., Häberlein, G., Lehmann, S., Kemmann, D., Lang, T., Liebrich, M., Missel, P. (†), Nels-Lindemann, C., Peters, F., Schultze, M., Urban, K., Wulf, F., Köstler, U., Weissinger, V.

Teilband III

Basisdokumentation 2018 – Adaptionseinrichtungen

1. Einleitung	52
2. Basisdokumentation 2018 des Fachverbandes Sucht e.V.: Adaption	52
2.1 Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung	52
2.2 Beschreibung der Patienten nach soziodemografischen und Eingangsmerkmalen	53
2.3 Angaben zu Therapievorbereitung und Aufnahme	55
2.4 Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung	56
2.5 Angaben zu Behandlungsverlauf und Behandlungsende	58
2.6 Psychische Komorbidität	61
3. Zusammenfassung und Ausblick	63
4. Literatur	64
Autorenverzeichnis	64
Liste der Einrichtungen, deren Datensätze in die Auswertung eingingen	64

Teilband III:

Basisdokumentation 2018 – Adaptionseinrichtungen

1. Einleitung

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) vertritt ca. 95 Mitgliedseinrichtungen mit über 6.500 stationären und vielen ambulanten Therapieplätzen.

Mit diesem Bericht legen wir die 12. Dokumentation in Folge mit ausgewählten Daten zur Adaptionseingebaltung vor.

Es gehört zu den verbindlichen Qualitätsmerkmalen des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS), dass diese Mitgliedseinrichtungen u.a. folgende Kriterien erfüllen:

- wissenschaftlich begründete Behandlungskonzepte,
- definierte Therapieziele, -pläne,
- qualifizierte Aufnahme- und Entlassungsdokumentationen,
- Patientenbefragungsbögen zur Zufriedenheit, Zielerwartung und Zielerreichung,
- katamnestische Instrumente zur Evaluation von Behandlungsergebnissen,
- internes Qualitätsmanagement nach anerkannten Zertifizierungsverfahren,
- Teilnahme am externen Qualitätssicherungsprogramm der Leistungsträger.

Für den vorliegenden Bericht wurde als Basis der Deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe Version 3.0 (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2018) zugrunde gelegt, der vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) unter Beteiligung des FVS entwickelt wurde. Ergänzend wurden Daten mit einem Zusatzmodul erhoben, das vom FVS für alle Mitgliedseinrichtungen entwickelt wurde. Darüber hinaus wurden Daten mit einem vom Qualitätszirkel der Adaptionseinrichtungen im FVS entwickelten Zusatzmodul erhoben, das speziell für die Adaption relevant ist.

Tabelle 1: EDV- und Dokumentationssysteme

EDV- und Dokumentationssysteme	Anzahl	Prozent
IKIS (MEDIAN)	461	43,0%
PATFAK (Redline DATA)	492	45,9%
PaDo (Navacom)	118	11,0%
Zusammen	1071	100,0%

2. Basisdokumentation 2018 des FVS: Adaption

2.1. Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung

Im vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Daten zur stationären medizinischen Rehabilitation suchtmittelabhängiger Patienten¹, die Adaptionseingebaltungen in einer Mitgliedseinrichtung des Fachverbandes Sucht e.V. 2018 abgeschlossen haben, vorgestellt. Die Gesamtstichprobe umfasst 1071 Personen aus folgenden 19 Adaptionseinrichtungen: Adaptionseinrichtung der Soteria Klinik Leipzig, AMEOS Adaptionshaus Lübeck, Haus Niedersachsen Adaption Hambühren, Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH Suchtmedizinisches Zentrum Adaption in Elbingerode, Adaption der Fachklinik Alte Ölmühle in Magdeburg, Adaptionshaus Daun der MEDIAN Kliniken Daun, Adaption der salus klinik Friedberg, Adaption der salus klinik Friedrichsdorf, Therapiezentrum Speyer, Adaption Maria Stern in Bad Neustadt, Adaption der MEDIAN Klinik Römhild, Adaption der Klinik Eschenburg, Haus mit Aussicht Kadesch in Herne, Adaption der salus klinik Hürth, Adaption der MEDIAN Poliklinik Schelfstadt in Schwerin, MEDIAN Adaptionshaus Duisburg, Adaptionshaus der MEDIAN Gesundheitsdienste Koblenz, Adaption der MEDIAN Klinik Wiegbertshöhe, Adaption der MEDIAN Klinik Am Waldsee in Rieden.

Es beteiligten sich zwei Adaptionseinrichtungen weniger als im Vorjahr. Die Stichprobe verkleinerte sich um 13,0% gegenüber dem Vorjahr.

Acht der Adaptionseinrichtungen erfassen die Zahlen mit Erhebungsinstrument IKIS (MEDIAN), acht mit dem Programm PATFAK (Redline DATA) und drei mit dem Programm PaDo (Navacom).

Die Daten wurden durch Redline DATA, Ahrensböck, gesammelt, zusammengeführt sowie auf Fehlerfreiheit geprüft. Die Auswertung des anonymisierten Datensatzes wurde von Frau Bick-Dresen vom MEDIAN Medical Board Sucht vorgenommen. Ein Rückschluss auf die Daten der einzelnen Mitgliedseinrichtungen bzw. auf einzelne Patienten ist nicht möglich.

Aufgrund der unterschiedlichen Größenordnungen der „Missing-Data“ im vorliegenden Datensatz wurden diese fehlenden Werte für die Betrachtungen herausgerechnet, d.h. der Datensatz wurde um die fehlenden Daten bereinigt.

Da sich die Zahlen nur an sehr wenigen Stellen von denen des Vorjahres unterscheiden, erübrigt sich eine Analyse von Differenzen. Die geringen Veränderungen der Zahlen sind im Übrigen nicht nur gegenüber dem letzten Bericht zu beobachten. Vielmehr sind über den gesamten Zeitraum seit dem ersten Bericht vor elf Jahren kaum nennenswerte Verschiebungen zu registrieren. Dies ist umso bemerkenswerter, als neue Einrichtungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten (z.B. Behandlung von Personen mit Abhängigkeiten von illegalen Drogen oder von Alkohol) hinzugekommen sind und andere zeitweilig keine Zahlen geliefert haben.

¹ Zur einfachen Lesbarkeit haben wir im Folgenden die männliche Form im geschlechtsübergreifenden Sinn verwendet. Geschlechtsspezifische Angaben werden ausdrücklich gekennzeichnet.

2.2. Beschreibung der Patienten nach soziodemografischen und Eingangsmerkmalen

Geschlecht und Alter

In Tabelle 2 ist die Altersverteilung der Patienten bei Behandlungsbeginn in Abhängigkeit vom Geschlecht dargestellt. Von den insgesamt 1071 Rehabilitanden waren 230 (21,5%) Frauen und 841 (78,5%) Männer. Das Durchschnittsalter der Frauen und das der Männer unterschieden sich nicht. Das Gesamtdurchschnittsalter betrug 37,7 Jahre. Es wurden nur 13 Personen (1,2%) mit einem Alter von 60 Jahren und älter behandelt.

Seit vielen Jahren bilden die 20 bis 50 Jahre alten Rehabilitanden die Kerngruppe der Behandelten in den Adaptionseinrichtungen des FVS (81,7%). Nach wie vor sind ganz junge Rehabilitanden bis 19 Jahre und die Älteren ab 60 seltene Ausnahmen (0,7% bzw. 1,2%).

Partnerbeziehung

Die Zahlen zur Partnersituation zeigen, dass Rehabilitanden mit einer Partnerschaft in der Minderheit sind. Nur etwa ein Viertel lebt in einer Partnerschaft, Frauen deutlich häufiger als Männer. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Daten im Einzelnen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass hier nicht zwischen einer festen und einer zeitweiligen Partnerschaft unterschieden wird. Gerade in der Adaption gibt es häufig Partnerschaften, die während der vorangegangenen Entwöhnungsbehandlung entstanden und in der Mehrzahl der Fälle nicht von Dauer sind.

Lebenssituation und Wohnsituation zu Behandlungsbeginn

Die Zahlen zur Lebenssituation weisen in dieselbe Richtung: Knapp zwei Drittel der Rehabilitanden leben alleine, Männer etwas häufiger als Frauen. Umgekehrt leben nur 10,9% mit einem Partner zusammen, Frauen zweieinhalbmal so häufig wie Männer. Tabelle 4 zeigt die Daten im Detail. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Doppelnennungen möglich sind, wenn jemand nicht alleinlebend war.

Zur Wohnsituation vor Aufnahme befragt, gibt nur knapp ein Viertel der Rehabilitanden eine eigene Wohnung an. Dabei ist die Wohnsituation oft so belastend und rückfallgefährdend, dass die Patienten

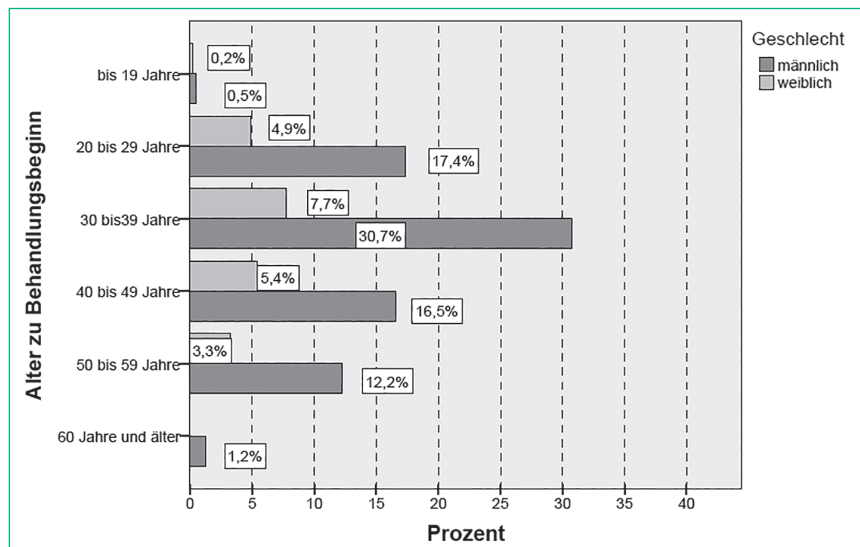


Abb. 1: Altersverteilung zu Behandlungsbeginn

Tabelle 2: Alter und Geschlecht

Altersgruppen	Männer		Frauen		Gesamt	
bis 19 Jahre	5	0,6%	2	0,9%	7	0,7%
20 bis 29 Jahre	186	22,1%	52	22,6%	238	22,2%
30 bis 39 Jahre	329	39,1%	83	36,1%	412	38,5%
40 bis 49 Jahre	177	21,0%	58	25,2%	235	21,9%
50 bis 59 Jahre	131	15,6%	35	15,2%	166	15,5%
60 Jahre und älter	13	1,5%	0	0%	13	1,2%
zusammen	841	100,0%	230	100,0%	1071	100,0%
Mittelwert +/- Standardabweichung	37,7 +/- 10,0 Jahre		37,7 +/- 10,2 Jahre		37,7 +/- 10,0 Jahre	

Tabelle 3: Partnerbeziehung

Partnerschaft	Männer		Frauen		Gesamt	
nein	634	76,9%	139	62,9%	773	74,0%
ja	190	23,1%	82	37,1%	272	26,0%
zusammen	824	100,0%	221	100,0%	1045	100,0%
keine Angabe	17	6,1%	9	3,9%	26	2,4%

Tabelle 4: Lebenssituation und Wohnsituation der Patienten vor Betreuungsbeginn

Lebenssituation zu Beginn*	Männer		Frauen		Gesamt	
alleinlebend	557	67,3%	126	56,8%	683	65,0%
lebt zusammen mit						
Partner	72	8,7%	42	21,8%	114	10,9%
Kind(ern)	40	4,8%	27	12,2%	67	6,4%
Eltern(teil)	76	9,2%	24	10,8%	100	9,5%
sonstiger Bezugsperson	40	4,8%	14	6,3%	54	5,1%
sonstiger Person	115	13,9%	29	13,1%	144	13,7%
keine Angabe	13	1,5%	8	3,5%	21	2,0%

ten Wohnung und Umfeld verlassen müssen. 20,9% der Rehabilitanden waren bei anderen Personen untergekommen oder sie lebten in einem Übergangsheim, in einer Notunterkunft oder in einer Justizvollzugsanstalt (überwiegende Wohnform in den letzten sechs Monaten). 54,5% gaben die vorbehandelnde (Fach-) Klinik bzw. Rehabilitationseinrichtung als überwiegendes Wohnverhältnis an. Letzteres ist der Fall, wenn keine andere Wohnform vorhanden war. Diese Angaben werfen ein Licht auf die häufig sehr schwierige Lebenssituation der Patienten vor der Behandlung.

Schulabschluss und Erwerbsituation der Patienten bei Aufnahme

94,1% der Rehabilitanden haben einen Schulabschluss (79,2% einen Haupt- oder Realschulabschluss, 14,3% das (Fach-) Abitur, 0,6% einen anderen Schulabschluss). Ein fehlender Schulabschluss (5,8%) ist also kein vordringlicher Grund für die geringe Beschäftigungsquote der Adaptionpatienten. Auch die fehlende berufliche Bildung (35,5%) kann nicht alleine die hohe Arbeitslosenzahl unter den Rehabilitanden (vgl. Tabelle 6) erklären, denn 64,4% haben einen Berufsabschluss.

Tabelle 6 zeigt weiter, dass insgesamt 11,4% der Rehabilitanden erwerbstätig waren. In dieser Zahl sind 21 Personen (2,0%) in beruflicher Rehabilitation eingerechnet, auch wenn sie faktisch nicht berufstätig waren. Von den ausgewiesenen Erwerbspersonen hat jedoch nur ein sehr kleiner Teil tatsächlich eine feste Anstellung, die er nach der Adaption wieder aufnimmt. Überwiegend handelt es sich um Personen, bei denen die Kündigung noch nicht wirksam geworden ist, die aus gesundheitlichen Gründen ihre Tätigkeit nicht mehr ausüben können, die aber noch nicht gekündigt haben, oder um solche, die wegen des dringend gebotenen Wechsels ihres sozialen Umfeldes in einen anderen Ort umziehen wollen und die deswegen ihre Arbeit aufgeben müssen. 82,8% der Rehabilitanden sind arbeitslos mit ALG I- oder ALG II-Bezug. Der größte Teil der „sonstigen Nichterwerbspersonen“ ist ebenfalls arbeitslos. Es handelt sich in der Regel um Personen, die nicht zum Bezug von ALG II berechtigt sind. Bei den Rentnern handelt es sich um Personen, die eine Rente auf Zeit beziehen, grundsätzlich aber wieder erwerbstätig werden wollen.

noch Tabelle 4: Lebenssituation und Wohnsituation der Patienten vor Betreuungsbeginn

Wohnsituation zu Beginn	Männer		Frauen		Gesamt	
selbständiges Wohnen	188	22,5%	68	29,7%	256	24,0%
bei anderen Personen	111	13,3%	29	12,7%	140	13,1%
ambulant Betreutes Wohnen	2	0,2%	1	0,4%	3	0,3%
(Fach-)Klinik, stationäre Reha	473	56,5%	108	47,2%	581	54,5%
Wohnheim/Übergangsheim	42	5,0%	15	6,6%	57	5,3%
JVA, Maßregelvollzug	10	1,2%	4	1,7%	14	1,3%
Notunterkunft	10	1,2%	3	1,3%	13	1,2%
sonstiges	1	0,1%	1	0,4%	2	0,2%
zusammen	837	100,0%	229	100,0%	1066	100,0%
keine Angabe	4	0,5%	1	0,4%	5	0,5%

* Bei den Angaben zur Lebenssituation sind Mehrfachangaben möglich.

Tabelle 5: Höchster Schulabschluss und Berufsbildungsabschluss

höchster Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ohne Schulabschluss abgegangen	54	6,5%	8	3,5%	62	5,8%
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	378	45,3%	76	33,6%	454	42,8%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	286	34,3%	100	44,2%	386	36,4%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	110	13,2%	42	18,6%	152	14,3%
Anderer Schulabschluss	6	0,7%	0	0,0%	6	0,6%
Gesamt	834	100,0%	226	100,0%	1060	100,0%
keine Angaben	7	0,8%	4	1,7%	11	1,0%

höchster Ausbildungsabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
noch keine Ausbildung begonnen	79	9,6%	18	8,4%	97	9,3%
Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	8	1,0%	1	0,5%	9	0,9%
Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	214	26,0%	49	22,9%	263	25,3%
Betrieblicher Berufsabschluss	468	56,8%	127	59,3%	595	57,3%
Meister / Techniker	20	2,4%	1	0,5%	21	2,0%
Akademischer Abschluss	20	2,4%	13	6,1%	33	3,2%
Anderer Berufsabschluss	15	1,8%	5	2,3%	20	1,9%
Gesamt	824	100,0%	214	100,0%	1038	100,0%
keine Angaben	17	2,0%	16	7,0%	33	3,1%

Ununterbrochene Arbeitslosigkeit vor Behandlungsbeginn

Bis zur Aufnahme in die Adaption waren 24,8% der Rehabilitanden bis zu einem Jahr, 18,0% ein bis drei Jahre, 4,9% drei bis

fünf Jahre, 7,7% fünf bis zehn Jahre und 2,0% mehr als zehn Jahre ununterbrochen arbeitslos. Bei 28,8% ist die Dauer unbekannt, meistens deshalb, weil die Betroffenen keinen Überblick mehr haben.

Tabelle 6: Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	1	0,1%	2	0,9%	3	0,3%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	57	6,8%	21	9,3%	78	7,4%
Selbständiger / Freiberufler	3	0,4%	0	0,0%	3	0,3%
Sonstige Erwerbspersonen	4	0,5%	1	0,4%	5	0,5%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	19	2,3%	2	0,9%	21	2,0%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	7	0,8%	4	1,8%	11	1,0%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	214	25,7%	56	24,8%	270	25,5%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	482	57,9%	125	55,3%	607	57,3%
Schüler / Student	1	0,1%	1	0,4%	2	0,2%
Hausfrau / Hausmann	2	0,2%	4	1,8%	6	0,6%
Rentner / Pensionär	8	1,0%	2	0,9%	10	0,9%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	20	2,4%	3	1,3%	23	2,2%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	15	1,8%	5	2,2%	20	1,9%
Gesamt	833	100,0%	226	100,0%	1059	100,0%
keine Angaben	8	1,0%	4	1,7%	12	1,1%
erwerbstätig	91	10,9%	30	13,3%	121	11,4%
arbeitslos	696	83,6%	181	80,1%	877	82,8%
nicht erwerbstätig	46	5,5%	15	6,5%	61	5,8%

Summe der Arbeitslosigkeitszeiten in den letzten zehn Jahren

33,6% der Rehabilitanden kommen auf eine Summe der Arbeitslosigkeitszeiten von bis zu einem Jahr, 23,5% auf ein bis drei Jahre, 10,2% auf drei Jahre und mehr. Bei 20,3% ist die Summe unbekannt.

Bei beiden Statistiken zu den Arbeitslosigkeitszeiten unterscheiden sich die Zahlen von Männern und Frauen kaum. Die Zahlen legen nahe, dass die Arbeitslosigkeit eines der Kernprobleme der Rehabilitanden ist. Mindestens bei jedem vierten Rehabilitanden liegt die letzte berufliche Tätigkeit so lange zurück, dass von einer Arbeitsentwöhnung auszugehen ist. Die Betroffenen müssen daher in der Adaption wieder an die Arbeitsprozesse herangeführt werden.

Problematische Schulden

59,5% der Patienten sind problematisch verschuldet, d.h. sie haben mehr Schulden, als sie auf absehbare Zeit abbezahlen können. Bei diesen Personen ist es wichtig, während der Adaption Maßnahmen zur Schuldenregulierung einzuleiten oder fortzuführen.

Straffälligkeit

Rund ein Viertel der Rehabilitanden (26,0%) ist straffällig geworden, Männer zu 29,4%, Frauen zu 13,5%. An erster Stelle stehen dabei Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz und Beschaffungskriminalität, gefolgt von Körperverletzung. 21,9% sind deswegen vorbestraft. 14,1% aller Rehabilitanden sind bereits inhaftiert gewesen, 6,0% ein bis fünf Jahre, 2,0% mehr als fünf Jahre. Bei 10,9% ist die Strafe zur Bewährung ausgesetzt; 3,9% haben gerichtliche Auflagen; 5,2% befinden sich in einem laufen-

den Verfahren. Solche Verfahren wirken sich oft sehr stark auf die Behandlung aus, weil die Aufmerksamkeit der Rehabilitanden dadurch erheblich gebunden wird.

Suizidalität

10,0% der Rehabilitanden gaben suizidale Handlungen in der länger zurückliegenden Vergangenheit (mehr als 12 Monate) an, Frauen deutlich häufiger als Männer (15,2% vs. 8,6%). 4,7% berichten von suizidalen Handlungen in den letzten 12 Monaten. Nicht nur deswegen muss diese Problematik während der Adaption besonders beachtet werden.

2.3. Angaben zu Therapievorbereitung und Aufnahme

Vermittler

Die Patienten werden in der Regel von den Suchtkliniken, in denen sie unmittelbar zuvor eine Entwöhnungsbehandlung durchlaufen, an die Adaptionseinrichtungen vermittelt. Ausnahmen kann es beispielsweise geben, wenn ein Patient aus der Fachklinik entlassen wird und nach kurzer Zeit im alten Umfeld feststellt, dass er überfordert ist. In diesem Fall kann er über eine Suchtberatungsstelle den Antrag auf Kostenübernahme für eine Adaptionsbehandlung bei Erfüllung entsprechender Voraussetzungen stellen. Zuweilen wechseln die Patienten auch die Adaptionseinrichtung, weil sie sich während der Behandlung für einen anderen Ort als zukünftigen Lebensmittelpunkt entscheiden.

Leistungsträger

In den meisten Fällen (91,2%) sind die Rentenversicherungen Leistungsträger der Adaptionsmaßnahme. Es folgen mit großem Abstand Sozialhilfeträger (2,8%), Krankenversicherungen (2,9%). Bei 3,1% fehlen die Angaben.

Adaption als gerichtliche Auflage

Tabelle 7 zeigt, dass nur eine geringe Zahl der Patienten die Adaptionsbehandlung als gerichtliche Auflage antritt. 91,2% der Patienten nehmen freiwillig an der Adaptionsmaßnahme teil. Die geringe Zahl von Adaptionsbehandlungen als straf- oder zivilrechtliche Auflage ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Auflagen der Gerichte und Behörden in der Regel mit dem planmäßigen Ende der Entwöhnungsbehandlung erfüllt sind.

2.4. Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung

Hauptdiagnose

Alkoholabhängigkeit ist bei den meisten Rehabilitanden (56,4%) die Erstdiagnose (siehe Tabelle 8). Es folgen die vorrangig Drogenabhängigen mit 39,4%. Rehabilitanden mit der Erstdiagnose Medikamentenabhängigkeit werden nur selten in einer Adaptionseinrichtung behandelt (0,6%). Die vorrangig pathologischen Spieler sind in der Adaption zwar nur eine kleine Gruppe (3,5%). Die über Jahre stabile Zahl macht dennoch deutlich, dass sich die Behandlung von pathologischen Spielern mit speziellen Konzepten auch in der Adaption etabliert hat. Personen mit der Erstdiagnose exzessive Mediennutzung nutzen die Adaption (noch) selten (0,1%). Bei keiner Diagnose zeigen sich nennenswerten Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

Weitere Diagnosen

Neben der Hauptdiagnose hat ein Großteil der Rehabilitanden weitere Abhängigkeitsdiagnosen. Der größte Teil der vorrangig Drogenabhängigen hat auch eine Alkoholabhängigkeit und sehr viele vorrangig Alkoholabhängige haben auch eine Drogenproblematik. Auch wenn die Zahl der Nichtraucher unter den Adaptionspatienten erfreulicherweise wächst, wurde immer noch bei 85,2% der Rehabilitanden eine Tabakabhängigkeit diagnostiziert. Dazu kommen weitere psychische Diagnosen (Tabelle 9). Diese haben bei der Entstehung und dem Verlauf der Abhängigkeitserkrankung sowie der Behandlung der Betroffenen und der Reintegration in das Berufsleben häufig eine besondere Bedeutung. Eine weitere psychische Diagnose wurde 816mal gestellt. Die durchschnittliche Anzahl der weiteren psychischen Diagnosen betrug bei Frauen 1,11, bei Männern 0,67. In Kapitel 2.6 wird die psychische Komorbidität eingehender dargestellt.

Fast die Hälfte der Rehabilitanden leidet (häufig zusätzlich zu einer psychischen Störung) unter somatischen Krankheiten. 1075-mal wurde eine somatische Krankheit diagnostiziert. Die Anzahl der von einer körperlichen Krankheit betroffenen Rehabilitanden hat nicht zugenommen, wohl aber die Zahl der somati-

Tabelle 7: Adoptionsbehandlung als Auflage

Auflage durch Gerichtsbeschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
keine Auflage	758	90,7%	212	92,6%	970	91,2%
§ 35 BtMG	46	5,5%	10	4,4%	56	5,3%
andere strafrechtliche Grundlage	18	2,6%	4	1,7%	22	2,1%
Psych-KG/Landesunterbringung	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Auflagen durch Renten-/Krankenversicherung	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Auflagen durch Arbeitsagentur/ Jobcenter	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Auflagen durch Straßenverkehrsbehörde/ Führerscheinstelle	2	0,2%	0	0,0%	2	0,2%
Auflagen durch Arbeitgeber	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
sonstige Institutionen	7	0,8%	3	1,3%	10	1,0%
zusammen	835	100,0%	229	100,0%	1064	100,0%
keine Daten	6	0,7%	1	4,0%	7	0,7%

Tabelle 8: Hauptdiagnose

Hauptdiagnose		Männer		Frauen		Gesamt	
Abhängigkeit von Alkohol	F10.2	469	55,7%	135	58,5%	604	56,4%
Abhängigkeit von Opioiden	F11.2	34	4,0%	12	5,2%	46	4,3%
Abhängigkeit von Cannabinoiden	F12.2	103	12,2%	18	7,8%	121	11,3%
Abhängigkeit von Sedativa, Hypnotika	F13.2	2	0,2%	4	1,7%	6	0,6%
Abhängigkeit von Kokain	F14.2	20	2,4%	3	1,3%	23	2,1%
Abhängigkeit von Stimulanzien	F15.2	101	12,0%	35	15,2%	136	12,7%
Abhängigkeit von Halluzinogenen	F16.2	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Polytoxikomanie oder Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen	F19.2	72	8,6%	23	10,0%	95	8,9%
Patholog. Glücksspiel	F63.0	38	4,5%	0	0,0%	38	3,5%
Patholog. Mediennutzung	F68.8	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
zusammen		841	100,0%	230	100,0%	1071	100,0%

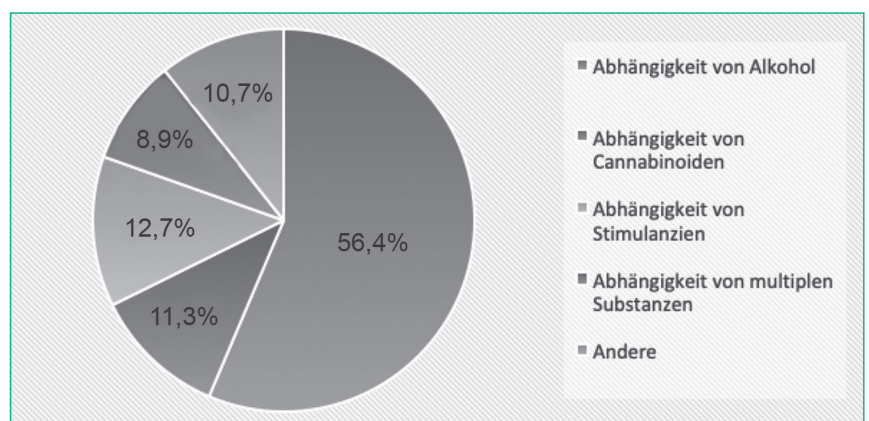


Abb. 2: Hauptdiagnose

Tabelle 9: Anzahl psychischer Diagnosen (ohne F1-Diagnosen)*

Anzahl psychischer Diagnosen F0 bis F9, ohne F1	Männer		Frauen		Gesamt	
keine	422	50,2%	81	35,2%	503	47,0%
eine	302	35,9%	75	32,6%	377	35,2%
zwei	96	11,4%	51	22,2%	147	13,7%
drei	18	2,1%	15	6,5%	33	3,1%
vier	3	0,4%	6	2,6%	9	0,8%
fünf	0	0,0%	2	0,9%	2	0,2%
gesamt (Personen)	841	100,0%	230	100,0%	1071	100,0%
gesamt (Diagnosen)	560		256		816	
durchschnittliche Anzahl der Diagnosen pro Rehabilitand	0,67 +/- 0,79		1,11 +/- 0,93		0,73 +/- 0,84	

Tabelle 10: Anzahl somatischer Diagnosen (Diagnosen ohne F-Diagnosen)*

Anzahl somatischer Diagnosen	Männer		Frauen		Gesamt	
keine	361	47,8%	93	44,7%	454	47,1%
eine	166	22,0%	53	25,5%	219	22,7%
zwei	122	16,1%	30	14,4%	152	15,8%
drei	55	7,3%	15	7,2%	70	7,3%
vier	17	2,2%	8	3,8%	25	2,6%
fünf	19	2,5%	3	1,4%	22	2,3%
sechs	16	2,1%	6	2,9%	22	2,3%
gesamt (Personen)	756	100,0%	208	100,0%	964	100,0%
gesamt (Diagnosen)	834		241		1075	
Durchschnittliche Anzahl der Diagnosen pro Rehabilitand	1,10 +/- 1,43		0,16 +/- 1,49		1,12 +/- 1,44	

* Da einzelne Einrichtungen zu diesem Item keine Daten geliefert haben, ist die Stichprobe hier um 107 Personen reduziert.

Tabelle 11: Abhängigkeitsdauer in Jahren

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1 bis 5 Jahre	95	11,9%	41	19,1%	136	13,4%
6 bis 10 Jahre	159	19,9%	60	27,9%	219	21,6%
11 bis 15 Jahre	147	18,4%	40	18,6%	187	18,5%
16 bis 20 Jahre	172	21,6%	35	16,3%	207	20,5%
21 bis 25 Jahre	98	12,3%	21	9,8%	119	11,8%
über 25 Jahre	126	15,8%	18	8,4%	144	14,2%
Gesamt	797	100,0%	215	100,0%	1012	100,0%
keine Angabe	44	5,2%	15	6,5%	59	5,5%
Mittelwert	16,5		13,6		15,9	
Standardabweichung	9,3		8,7		9,3	

schen Diagnosen bei den körperlich kranken Patienten. Bei 30,8% wurden zwei und mehr somatische Diagnosen gestellt, im Vorjahr 21,7%. Die Anzahl der durchschnittlichen somatischen Diagnosen stieg bei Frauen von 0,80 auf 1,16, bei Männern von 0,83 auf 1,10. Im Gegensatz zu den psychischen Störungen gibt es bei den somatischen Diagnosen kaum einen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Die Zahlen geben einen Hinweis auf die hohe Belastung der betroffenen Personen. Die somatischen Krankheiten sind nicht selten ein zusätzliches Vermittlungshemmnis bei der Reintegration in den Arbeitsmarkt.

Eine HIV-Infektion besteht nur bei 0,1% der Patienten, für die Daten vorliegen. Somit stellt eine HIV-Infektion in der Adaption nur ein vereinzelter Problem dar. Etwas anders sieht es bei der Hepatitis-C-Infektion aus: Immerhin 5,8% der Rehabilitanden sind positiv.

Dauer der Abhängigkeit

Bei den meisten Adaptionpatienten besteht die Abhängigkeitserkrankung seit vielen Jahren, wie Tabelle 11 zu entnehmen ist. 65,0% der Rehabilitanden sind mehr als 10 Jahre abhängig. Männer sind im Durchschnitt 2,9 Jahre länger abhängig als Frauen. Für beide Geschlechter zusammen liegt die durchschnittliche Dauer bei 15,9 Jahren. Die Abhängigkeitsdauer ist in etwa vergleichbar mit Patienten der Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige (dort 16,3 Jahre, Bachmeier et al. in diesem Band). Ein deutlicher Unterschied ist jedoch, dass die Rehabilitanden in der Adaption im Durchschnitt 8,2 Jahre jünger sind (37,7 in der Adaption gegenüber 45,9 in Fachkliniken).

Vorbehandlungen

Die meisten Rehabilitanden haben wegen ihrer Abhängigkeit eine Reihe von Hilfen in Anspruch genommen. Es handelt sich z. B. um unterschiedliche ambulante und stationäre medizinische Maßnahmen, um Beratungsprozesse in Suchtberatungsstellen und um behördliche Unterstützungen. Beispielhaft seien die stationären Entzugsbehandlungen und Entwöhnungsbehandlungen angeführt. Tabelle 12 ist u.a. zu entnehmen, dass 40,2% der Patienten vor der Adaption bereits zwei und mehr Entwöhnungsbehandlungen durchlaufen haben.

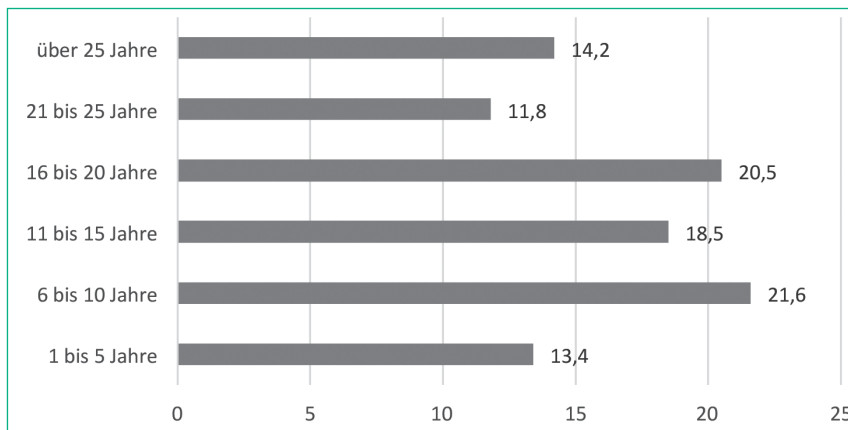


Abb. 3: Dauer der Abhängigkeit

Tabelle 12: Vorbehandlungen

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Entgiftung						
keine	223	27,9%	63	29,2%	286	28,2%
eine	187	23,4%	65	30,1%	252	24,8%
2 - 3	172	21,5%	35	16,2%	207	20,4%
4 - 5	73	9,1%	23	10,6%	96	9,5%
6 - 10	70	8,8%	20	9,3%	90	8,9%
11 - 20	44	5,5%	6	2,8%	50	4,9%
21 und mehr	30	3,8%	4	1,9%	34	3,3%
Gesamt	799	100,0%	216	100,0%	1015	100,0%
keine Angabe	42	5,0%	14	6,1%	56	5,2%
Mittelwert	4,3		3,3		4,0	
Standardabweichung	8,9		7,3		8,6	
qualifizierter Entzug						
keine	492	68,5%	120	62,2%	612	67,2%
eine	89	12,4%	31	16,1%	120	13,2%
2 - 3	71	9,9%	29	15,0%	100	11,0%
4 - 5	30	4,2%	6	3,1%	36	4,0%
6 - 10	21	2,9%	5	2,6%	26	2,9%
11 - 20	13	1,8%	1	0,5%	14	1,5%
21 und mehr	2	0,3%	1	0,5%	3	0,3%
Gesamt	718	100,0%	193	100,0%	911	100,0%
keine Angabe	123	14,6%	37	16,1%	160	14,9%
Mittelwert	1,2		1,2		1,2	
Standardabweichung	4,3		3,5		4,2	
stationäre Entwöhnung						
keine	53	6,8%	16	7,5%	69	6,9%
eine	416	53,0%	118	55,4%	534	53,5%
2 - 3	266	33,9%	72	33,8%	338	33,9%
4 - 5	45	5,7%	7	3,3%	52	5,2%
6 und mehr	5	0,6%	0	0,0%	5	0,5%
Gesamt	785	100,0%	213	100,0%	998	100,0%
keine Angabe	56	6,7%	17	7,4%	73	6,8%
Mittelwert	1,6		1,5		1,6	
Standardabweichung	1,1		0,9		0,9	

2.5. Angaben zu Behandlungsverlauf und Behandlungsende

Behandlungsdauer

Gemäß dem „Rahmenkonzept für die Adaptionphase“ des VDR (Verbund Deutscher Rentenversicherungsträger, heute: DRV Bund) von 1994 sollte eine Adaption bei Abhängigen von Alkohol und Medikamenten in der Regel drei Monate und bei Abhängigen von illegalen Drogen vier Monate dauern. Bei ihren Kostenzusagen weichen davon jedoch einzelne Leistungsträger ab. Verlängerungen sind allerdings prinzipiell möglich (teilweise im Zeitbudget), so dass sich in der Praxis sehr unterschiedliche individuelle Behandlungszeiten ergeben. Tabelle 13 zeigt die Dauer nach Geschlecht und nach Hauptdiagnose differenziert. Der Übersichtlichkeit halber wird bei den Diagnosen lediglich zwischen F10 und F11 – F18 + F63.0 + F68 differenziert, wobei die 38 (= 3,5%) pathologischen Glücksspieler (F63.0) und der eine (0,1%) pathologische PC-/Internetgebraucher nicht ins Gewicht fallen. Wie im Vorjahr spiegelt sich die oben genannte Vorgabe des VDR in der Differenzierung nach Diagnosen im Berichtszeitraum wider. Die Diagnosegruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Aufenthaltsdauer allerdings nur um 7,6 Tage. Männer und Frauen unterscheiden sich über alle Entlassungsformen und bei den regulären Entlassungen praktisch nicht. Lediglich bei den planmäßigen Entlassungen gibt es einen geringfügigen Unterschied von durchschnittlich 1,8 Tagen. Die Behandlungsdauer über alle Rehabilitanden ist mit einer Differenz von 0,2 Tagen (verlängert) nahezu unverändert.

Entlassungsart

84,0% der Rehabilitanden beenden die Adaption planmäßig. Die unplanmäßigen Entlassungen sind überwiegend auf „disziplinarische Entlassungen“ (3,5%) durch die Adaptionseinrichtungen und Abbrüche durch die Patienten (11,7%) zurückzuführen. Tabelle 14 zeigt, dass (anders als im Vorjahr) Frauen in einem etwas höherem Maße planmäßig entlassen werden (88,3% vs. 83,9%). Während sich die Anzahl der planmäßigen Entlassungen zwischen Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige und Fachkliniken für Drogenabhängige stark unterscheidet

Tabelle 13: Behandlungsdauer nach Geschlecht und Hauptdiagnose

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 28 Tage (4 Wochen)	77	9,2%	19	8,3%	96	9,0%
bis 42 Tage (6 Wochen)	36	4,3%	12	5,2%	48	4,5%
bis 56 Tage (8 Wochen)	43	5,1%	6	2,6%	49	4,6%
bis 84 Tage (12 Wochen)	131	15,6%	45	19,6%	176	16,4%
bis 112 Tage (16 Wochen)	360	42,8%	92	40,0%	452	42,2%
bis 140 Tage (20 Wochen)	159	18,9%	46	20,0%	205	19,1%
bis 182 Tage (26 Wochen = 6 Mon.)	32	3,8%	8	3,5%	40	3,7%
über 6 Monate	3	0,4%	2	0,9%	5	0,5%
Gesamt	841	100,0%	230	100,0%	1071	100,0%
Behandlungsdauer in Tagen	84,5 ± 34,1		84,1 ± 34,6		84,4 ± 34,2	
Behandlungsdauer in Tagen bei regulärer Entlassung	100,0 ± 21,8		99,1 ± 24,2		99,8 ± 22,3	
Behandlungsdauer in Tagen bei planmäßiger Entlassung	92,5 ± 29,1		90,7 ± 29,9		92,1 ± 29,3	
	F11 - F19, F63 und F68		Störung durch Alkohol		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 28 Tage (4 Wochen)	44	9,4%	52	8,6%	96	9,0%
bis 42 Tage (6 Wochen)	20	4,3%	28	4,6%	48	4,5%
bis 56 Tage (8 Wochen)	23	4,9%	26	4,3%	49	4,6%
bis 84 Tage (12 Wochen)	62	13,2%	114	18,9%	176	16,4%
bis 112 Tage (16 Wochen)	162	34,6%	290	48,1%	452	42,2%
bis 140 Tage (20 Wochen)	131	28,0%	74	12,3%	205	19,1%
bis 182 Tage (26 Wochen = 6 Mon.)	25	5,3%	15	2,5%	40	3,7%
über 6 Monate	1	0,2%	4	0,7%	5	0,5%
Gesamt	468	100,0%	603	100,0%	1071	100,0%
Behandlungsdauer in Tagen	88,7 ± 36,2		81,1 ± 32,2		84,4 ± 34,2	
Behandlungsdauer in Tagen bei regulärer Entlassung	106,9 ± 21,2		94,5 ± 21,7		99,8 ± 22,3	
Behandlungsdauer in Tagen bei planmäßiger Entlassung	97,9 ± 29,7		87,6 ± 28,1		92,1 ± 29,3	

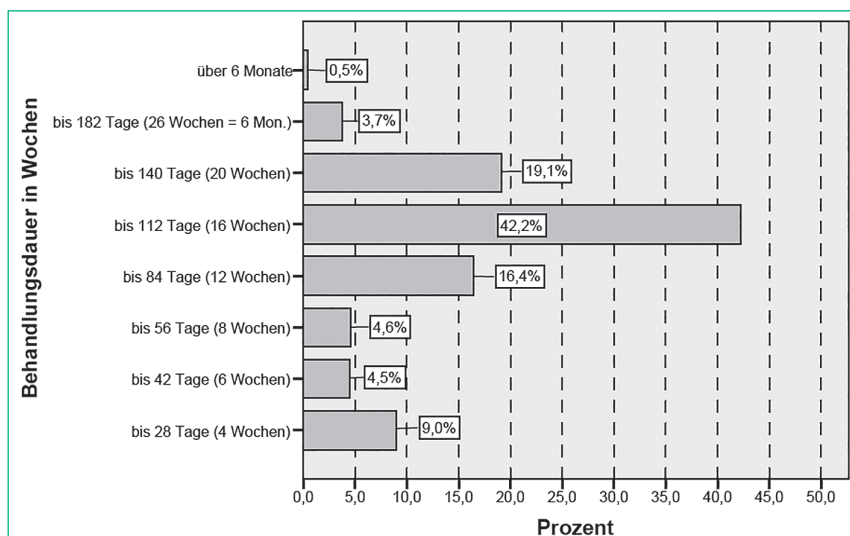


Abb. 4

(2018 bei den Mitgliedseinrichtungen des FVS 84,5% vs. 68,4%, Fachverband Sucht e.V., 2019, Artikel von R. Bachmeier et al. und von D. Kemmann et al. in diesem Band), spielen die Erstdiagnosen in der Adaption hinsichtlich der Entlassungsart keine Rolle.

Berufliche Integration bei Behandlungsende

19,8% der Patienten haben am Entlassungstag einen Arbeits-, Ausbildungs-, Umschulungs- oder Schulplatz oder sind selbstständig (vgl. Tabelle 15). 4,6% sind Rentner, Hausfrau/Hausmann, in Elternzeit, längerfristig krank oder sonstige Nichterwerbspersonen. 75,8% waren arbeitslos (ALG I + II).

Nimmt man nicht die Situation am Entlassungstag, sondern betrachtet den Zeitraum von bis zu vier Monaten nach Entlassung (Tabelle 16), weil sich viele Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisse erst nach einiger Zeit verwirklichen lassen, sieht die Situation noch günstiger aus: 30,5% der Patienten haben bei Behandlungsende für den Zeitraum der nächsten vier Monaten nach Entlassung einen Arbeits-, Ausbildungs-, Umschulungs- oder Schulplatz vertraglich vereinbart oder fest zugesichert.

Um dieses Ergebnis würdigen zu können, sollten die Zahlen mit den allgemeinen Vermittlungszahlen der Jobcenter in Relation gesetzt werden. Diese sind nach einer Studie von Achatz und Trappmann (2011) abhängig von der Anzahl der Vermittlungshemmnisse. Von den untersuchten Vermittlungshemmnissen Alter, Geschlecht, Haushaltstyp (mit/ohne Kinder), Gesundheit, Bildung/Qualifikation, Migration, Dauer des ALG II-Bezugs, regionale Arbeitsmarktlage u.a. liegen bei den meisten Rehabilitanden in der Adaption mindestens drei oder vier vor. Die Vermittlungsquote der Jobcenter bei Personen mit drei oder vier Vermittlungshemmnissen liegt bei 4,3% bzw. 2,4%. Einer Untersuchung von Henkel et al. (2013, S. 279) zufolge ist die ohnehin kleine Zahl der Vermittlungen seit 2010 sogar rückläufig. Die Integration in existenzsichernde Arbeit gelinge nur in Ausnahmefällen. Auch wenn die Vermittlungszahlen der Jobcenter dank der guten Konjunktur in den letzten Jahren sicherlich gestiegen sein dürften, weisen die Zahlen der Adaptionseinrichtungen auf eine erfolgreiche Integration in den ersten Arbeitsmarkt in vielen Fällen hin.

Tabelle 14: Art der Behandlungsbeendigung nach Geschlecht und nach Hauptdiagnose

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
planmäßig	697	82,9%	203	88,3%	900	84,0%
außerplanmäßige Verlegung	8	1,0%	1	0,4%	9	0,8%
disziplinarisch	34	4,0%	3	1,3%	37	3,5%
Abbruch durch Patient	102	12,1%	23	10,0%	125	11,7%
Verstorben	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gesamt	841	100,0%	230	100,0%	1071	100,0%
	F11 - F19, F50, F55, F63 und F68		Störung durch Alkohol		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
planmäßig	390	83,3%	510	84,6%	900	84,0%
außerplanmäßige Verlegung	3	0,6%	6	1,0%	9	0,8%
disziplinarisch	19	4,1%	18	3,0%	37	3,5%
Abbruch durch Patient	56	12,0%	69	11,4%	125	11,7%
Verstorben	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gesamt	468	100,0%	603	100,0%	1071	100,0%

Tabelle 15: Erwerbssituation zu Behandlungsende

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	10	1,2%	7	3,1%	17	1,6%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	133	16,1%	38	17,0%	171	16,3%
Selbständiger / Freiberufler	4	0,5%	0	0,0%	4	0,4%
sonstige Erwerbspersonen	4	0,5%	1	0,4%	5	0,5%
in beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	4	0,5%	1	0,4%	5	0,5%
in Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	4	0,5%	2	0,9%	6	0,6%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	185	22,4%	51	22,9%	236	22,5%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	444	53,8%	115	51,6%	559	53,3%
Schüler / Student	4	0,5%	1	0,4%	5	0,5%
Hausfrau / Hausmann	0	0,0%	2	0,9%	2	0,2%
Rentner / Pensionär	6	0,7%	2	0,9%	8	0,8%
sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	20	2,4%	2	0,9%	22	2,1%
sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	8	1,0%	1	0,4%	9	0,9%
Gesamt	826	100,0%	223	100,0%	1049	100,0%
keine Angaben	15	1,8%	7	3,0%	22	2,1%

Zu den Vermittlungen in Arbeit und Ausbildung kommen 1,4% mit einem Ein-Euro-Job und 1,8% mit einer Qualifizierungsmaßnahme hinzu. Diese Personen sind zwar nicht in den ersten Arbeitsmarkt integriert. Sie sind jedoch positiv angebunden an die Vermittlungsagentur und sie haben eine Tagesstruktur. Damit hat sich die berufliche Situation gegenüber der Lage bei Aufnahme in die Adaption (vgl. Tabelle 6) für viele Patienten deutlich verbessert. Dieses Ergebnis ist unter dem Blickwinkel, dass ein Großteil der Patienten lange Zeit, oft jahrelang, arbeitslos war (und Langzeitarbeitslose im Allgemeinen von der derzeit günstigen Konjunktur kaum profitieren) und eine Vielzahl von gravierenden Vermittlungshemmnissen aufweist, ausgesprochen positiv zu bewerten. Rund ein Drittel der behandelten Rehabilitanden (bei denen entsprechende Daten vorliegen) haben damit nicht nur eine Perspektive, sondern einen festen Termin für den Beginn eines Arbeitsverhältnisses, einer Umschulung, einer Ausbildung oder eines Minijobs in den nächsten vier Monaten nach Entlassung. Das unterstreicht, wie erfolgreich die Adaptionsbehandlung gerade bei diesem Aspekt, auf den fokussiert wird, ist.

Grundsätzlich sind aber auch bei allen anderen planmäßig Entlassenen (84,0%, s.o.) die Weichen für die berufliche Perspektive gestellt, auch wenn es noch keinen festen Termin für einen Beginn gibt. Es haben Termine bei Berufsförderungswerken, Berufstrainingszentren oder anderen Ausbildungsträgern stattgefunden, Bewerbungsverfahren laufen, Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen sind gestellt oder zumindest ist die Anbindung an das zuständige Jobcenter erfolgt.

Trotzdem ist festzuhalten, dass die Arbeitslosigkeit für einen Teil der Entlassenen ein anhaltendes Problem bleibt und ggf. weitere Maßnahmen für eine erfolgreiche Wiedereingliederung notwendig sind. Hierbei ist positiv, dass ein hoher Anteil der Patienten auch nach der Entlassung im Rahmen von ambulant betreutem Wohnen und ambulanter Nachsorge weiter begleitet wird, und so auch die berufliche Perspektive weiter gefördert werden kann.

Da 64,0% der Rehabilitanden bei der Entlassung noch arbeitslos bzw. nicht erwerbstätig sind, wird versucht, sie zu einer beruflichen Beschäftigung ohne Ent-

Tabelle 16: Berufliche Integration in den ersten vier Monaten nach Behandlungsende

	Männer		Frauen		Gesamt*	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Arbeitsplatz Vollzeit	133	23,8%	29	18,6%	162	22,6%
Arbeitsplatz Teilzeit	19	3,4%	12	7,7%	31	4,3%
Ausbildung	9	1,6%	7	4,5%	16	2,2%
Minijob	12	2,1%	4	2,6%	16	2,2%
Umschulung	5	0,9%	1	0,6%	6	0,8%
Schule	2	0,4%	2	1,3%	4	0,6%
1 €-Job	8	1,4%	2	1,3%	10	1,4%
Qualifikationsmaßnahme	8	1,4%	5	3,2%	13	1,8%
Nicht erwerbstätig (Rentner, Hausfrau / Hausmann u.ä.)	9	1,6%	6	3,8%	15	2,1%
Arbeitslos	355	63,4%	88	56,4%	443	61,9%
Gesamt	560	100,0%	156	100,0%	716	100,0%
k.A.	281	33,4%	74	32,2%	355	33,1%

Tabelle 17: Wohnsituation bei Entlassung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
selbständiges Wohnen	415	51,0%	137	64,9%	552	53,9%
bei anderen Personen	151	18,6%	28	13,3%	179	17,5%
ambulant Betreutes Wohnen	147	18,1%	37	17,5%	184	18,0%
(Fach)-Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	21	2,6%	2	0,9%	23	2,2%
Wohnheim / Übergangswohnheim	28	3,4%	3	1,4%	31	3,0%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	2	0,2%	0	0,0%	2	0,2%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	9	1,1%	0	0,0%	9	0,9%
ohne Wohnung	30	3,7%	3	1,4%	33	3,2%
sonstiges	10	1,2%	1	0,5%	11	1,1%
Gesamt	813	100,0%	211	100,0%	1024	100,0%
keine Angaben	28	3,3%	19	8,3%	47	4,4%

Während der Adaption neue Wohnung organisiert und bezogen	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
nein	273	49,2%	68	44,2%	341	48,1%
ja	282	50,8%	86	55,8%	368	51,9%
Gesamt	555	100,0%	154	100,0%	709	100,0%
k.A.	286	34,0%	76	33,0%	362	33,8%

gelt zu motivieren. 11,6% machen nach der Entlassung ein Praktikum oder eine Hospitation und 1,7% gehen einer ehrenamtlichen Tätigkeit nach. Auch dies wirkt abstinenzstabilisierend, was wiederum die Grundvoraussetzung für eine spätere Arbeitsaufnahme ist.

Wohnsituation bei Entlassung

Ein Großteil der Patienten lebt bei Aufnahme in einer unbefriedigenden Wohnsituation. Ein Teil ist wohnungslos, ein anderer Teil ist bei Eltern, Verwandten oder Bekannten untergekommen. Dabei ist das soziale Umfeld oft so desolat und

rückfallgefährdend, dass die Patienten es verlassen und an einem anderen Ort einen neuen Anfang machen wollen. Bis auf diejenigen, die noch eine eigene Wohnung haben und deren soziales Umfeld nicht so schwierig ist, müssen alle Patienten während der Adaption eine neue Wohnung finden. Tabelle 17 macht deutlich, dass viele Menschen (18,0%) auch nach Entwöhnung und Adaption einer ambulant betreuten Wohnform bedürfen, um sich weiter zu stabilisieren. 3,0% der Patienten werden in stationäre Übergangseinrichtungen verlegt. Die untere Hälfte der Tabelle weist aus, dass 51,9% eine neue Wohnung gefunden und bezogen haben. Da die weitaus meisten Personen in den Kategorien „selbständiges Wohnen“ und „ambulant betreutes Wohnen“ an einem neuen Ort eine Wohnung gefunden haben, lässt sich feststellen, dass es mehr als zwei Drittel der Rehabilitanden gelungen ist, ihr soziales Umfeld zu verlassen und an einem anderen Ort neu zu beginnen. Das ist für die meisten Rehabilitanden eines der wichtigsten Ziele für die Adaption.

2.6. Psychische Komorbidität

Im Kapitel 2.4 wurde bereits auf die psychischen Störungen hingewiesen, die bei Rehabilitanden in der Adaption zusätzlich zur Abhängigkeit diagnostiziert wurden. Dort zeigte die Tabelle 9, dass bei Frauen im Durchschnitt mehr zusätzliche psychische Diagnosen gestellt werden als bei Männern: 49,8% der Männer und 64,8% der Frauen erhalten zusätzlich zur Abhängigkeitsdiagnose ein bis vier weitere psychische Diagnosen. Die durchschnittliche Anzahl der weiteren psychischen Diagnosen betrug bei Frauen 1,11, bei Männern 0,67.

Im Folgenden werden die Zusammenhänge zwischen psychischer Komorbidität und den Variablen Geschlecht, Behandlungsdauer, Art der Therapiebeendigung und Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende eingehender dargestellt. Dazu wurden folgende Diagnosegruppierungen gebildet:

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

Differenziert man die psychische Komorbidität nach diesen drei Diagnosegruppierungen, zeigt sich, dass 29,2% aller

Rehabilitanden mindestens eine Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen, 4,1% aus dem Bereich der Angststörungen und 15,4% aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen aufweisen.

In Tabelle 19 sind für die Patienten mit mindestens einer psychischen Diagnose die jeweiligen geschlechtsspezifischen Anteile dargestellt. Unter den Männern haben 28,7% eine Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen erhalten. Unter den Frauen sind es 31,3%. Bei den Rehabilitanden mit mindestens einer Diagnose aus dem Bereich der Angststörungen liegen die Anteile bei 3,9% vs. 4,8% und bei jenen mit mindestens einer Persönlichkeitsstörung bei 11,5% vs. 29,6%.

Der Zusammenhang von psychischer Komorbidität, Behandlungsdauer und Art der Therapiebeendigung ist in den Tabellen 20 und 21 dargestellt. Während sich bei den stationären Entwöhnungsbehandlungen von alkohol- und medikamentenabhängigen Rehabilitanden ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der zusätzlichen F-Diagnosen und der Dauer der Behandlung (je mehr Diagnosen, desto länger die Behandlung) feststellen lässt, ist der Zusammenhang in der Adaption uneinheitlich. Schwankungen sind allein aufgrund der niedrigen Fallzahlen in den einzelnen Rubriken zu erwarten.

Sieht man sich nicht nur die Anzahl der zusätzlichen psychischen Diagnosen in Relation zur Behandlungsdauer und Art der Beendigung an, sondern differenziert zwischen den drei Diagnosegruppen, zeigt sich bei den Untergruppen Depression und Angststörungen ebenfalls keine klare Tendenz. Bei den Persönlichkeitsstörungen gab es eine leichte Tendenz zur kürzeren Verweildauer von etwa 4 Tagen unabhängig von der Entlassungsform bei Vorliegen dieser psychischen Problematik. Der letztgenannte Unterschied ist – über die letzten drei Jahre betrachtet – der einzig wiederkehrende: 2017 verweilten Rehabilitanden mit einer zusätzlichen Persönlichkeitsstörungsdiagnose abhängig von der Entlassungsart 2,6 bis 2,8 Tage weniger in den Adaptionseinrichtungen als solche ohne diese Diagnose.

Tabelle 22 gibt einen Überblick über die Korrelationen zwischen psychischer Komorbidität allgemein und den drei vorgenannten Diagnosegruppen auf der ei-

Tabelle 18: Psychische Komorbidität: Differenzierung der Diagnosen

	Depression F32, F33, F34.1		Angststörung F40, F41		Persönlichkeits- störung F60, F61	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine F-Diagnose	758	70,8%	1027	95,9%	906	84,6%
mindestens eine F-Diagnose	313	29,2%	44	4,1%	165	15,4%
Gesamt	1071	100,0%	1071	100,0%	1071	100,0%

Tabelle 19: Psychische Komorbidität differenziert nach Diagnose und Geschlecht

Mindestens eine Diagnose	Depression F32, F33, F34.1		Angststörung F40, F41		Persönlichkeits- störung F60, F61	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Anteil bei Männern	241	28,7%	33	3,9%	97	11,5%
Gesamt N Männer	841	100,0%	841	100,0%	841	100,0%
Anteil bei Frauen	72	31,3%	11	4,8%	68	29,6%
Gesamt N Frauen	230	100,0%	230	100,0%	230	100,0%

Tabelle 20: Behandlungsdauer in Tagen und psychische Komorbidität differenziert nach Art der Behandlungsbeendigung

Behandlungsdauer in Tagen	Gesamt		Regulär		Planmäßig	
	Mittel- wert	Gültige N	Mittel- wert	Gültige N	Mittel- wert	Gültige N
keine F-Diagnose	85,0	503	100,2	330	93,3	420
eine F-Diagnose	85,3	377	100,8	243	93,0	316
zwei F-Diagnosen	80,1	147	95,8	91	86,5	125
drei F-Diagnosen	85,8	33	99,8	18	90,3	30
vier F-Diagnosen	78,1	9	102,2	6	88,3	7
fünf F-Diagnosen	98,0	2	98,0	2	98,0	2
Gesamt	84,4	1071	99,8	690	92,1	900

Tabelle 21: Behandlungsdauer in Tagen nach psychischer Komorbidität differenziert nach den Diagnosegruppen Depression, Angststörung und Persönlichkeitsstörung sowie Art der Behandlungsbeendigung

Behandlungsdauer in Tagen	Gesamt		Regulär		Planmäßig	
	Mittel- wert	Gültige N	Mittel- wert	Gültige N	Mittel- wert	Gültige N
Depression						
keine	84,53	758	100,39	495	92,56	635
mindestens eine	84,21	313	98,31	195	90,95	265
Angststörung						
keine	84,38	1027	99,73	660	92,17	859
mindestens eine	85,68	44	101,50	30	90,29	41
Persönlichkeitsstörung						
keine	85,13	906	100,31	587	92,76	762
mindestens eine	80,65	165	96,91	103	88,36	138
Gesamt	84,4	1071	99,8	690	92,1	900

Tabelle 22: Psychische Komorbidität: Art der Therapiebeendigung

Art der Therapiebeendigung	keine F-Diagnose	mind. eine F-Diagnose	Depression (≥ 1)	Angststörung (≥ 1)	Persönlichkeitsstörung (≥ 1)	Gesamt
	n = 503	n = 568	n = 313	n = 44	n = 165	n = 1071
planmäßiger Abschluss	83,5%	84,5%	84,7%	93,2%	83,6%	84,0%
außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	0,6%	1,1%	1,3%	0,0%	1,8%	0,8%
Abbruch durch Einrichtung (disziplinarisch)	3,0%	3,9%	3,2%	2,3%	2,4%	3,5%
vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klienten	12,9%	10,6%	10,9%	4,5%	12,1%	11,7%

Tabelle 23: Psychische Komorbidität: Arbeitsfähigkeit (nur Kategorien arbeitsfähig und arbeitsunfähig) und Leistungsfähigkeit (ohne Kategorie keine Angabe erforderlich) bei Therapiebeendigung *

Psychische Komorbidität*	keine F-Diagnose	mind. eine F-Diagnose	Depression (≥ 1)	Angststörung (≥ 1)	Persönlichkeitsstörung (≥ 1)	Gesamt
Arbeitsfähigkeit	n = 503	n = 568	n = 313	n = 44	n = 165	n = 1071
arbeitsfähig	94,6%	92,8%	92,3%	86,4%	92,1%	93,7%
arbeitsunfähig	3,8%	6,9%	7,0%	13,6%	7,3%	5,4%
Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende	n = 503	n = 568	n = 313	n = 44	n = 165	n = 1071
6 Stunden und mehr	87,7%	75,4%	77,0%	61,4%	75,8%	81,1%
3 bis unter 6 Stunden	2,0%	5,5%	4,8%	6,8%	4,8%	3,8%
weniger als 6 Stunden	7,6%	15,8%	16,3%	25,0%	15,8%	12,0%
Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende	n = 503	n = 568	n = 313	n = 44	n = 165	n = 1071
6 Stunden und mehr	95,4%	86,8%	87,2%	79,5%	88,5%	90,8%
3 bis unter 6 Stunden	2,8%	7,2%	7,7%	13,6%	6,7%	5,1%
weniger als 3 Stunden	0,6%	3,9%	3,5%	4,5%	2,4%	2,3%

* Der Übersichtlichkeit halber werden die Zeilen für folgenden Angaben nicht angeführt: „Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen“, Daten „unbekannt“ und „Beurteilung nicht erforderlich“ war.

nen Seite und der Art der Therapiebeendigung auf der anderen. Dabei sind – wie schon in Tabelle 14 – die planmäßigen Entlassungsformen der Übersichtlichkeit halber zusammengefasst worden. 84,0% Rehabilitanden wurden im Berichtszeitraum planmäßig entlassen. Davon weichen die Rehabilitanden mit und ohne psychische Zusatzdiagnose nicht bedeutsam ab (+/- 0,5%). Auch bei Rehabilitanden mit einer Depression und einer Persönlichkeitsstörung zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede. Lediglich bei Rehabilitanden mit einer zusätzlichen

Angststörung fällt eine höhere Quote planmäßiger Entlassungen auf. Da es sich aber um kleine Fallzahlen handelt, bei denen wenige Personen bereits zu großen prozentualen Unterschieden führen können, ist bei Schlussfolgerungen Zurückhaltung geboten.

Tabelle 23 stellt die **Arbeitsfähigkeit und die Leistungsfähigkeit bei Therapieende** im Zusammenhang mit der **psychischen Komorbidität** sowie den drei **Diagnosegruppierungen** dar. Zwischen den Rehabilitanden mit mindes-

tens einer psychischen Zusatzdiagnose allgemein und den Patienten mit einer Störung aus den eingehender betrachteten drei Diagnosegruppen zeigen sich keine großen Unterschiede hinsichtlich ihrer **Arbeitsfähigkeit** bei Entlassung. Lediglich die Rehabilitanden mit einer zusätzlichen Angststörung werden etwas seltener arbeitsfähig entlassen. Betrachtet man die **Leistungsfähigkeit im letzten Beruf**, zeigt sich ein deutlicherer Unterschied: Rehabilitanden ohne eine zusätzliche psychische Störung sind zu 6,6% häufiger vollschichtig leistungsfähig als der Durchschnitt aller Patienten und zu 10,7% bis 26,3% als jene mit einer psychischen Störung allgemein oder einer Störung aus den drei Diagnosegruppen. Hinsichtlich der **Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt** bei Entlassung zeigt sich dieselbe Tendenz, allerdings in geringerer Ausprägung.

3. Zusammenfassung und Ausblick

Mit diesem Bericht zur Basisdokumentation der Adaptionseinrichtungen gibt der Fachverband Sucht e.V. einen Überblick über die in seinen Mitgliedseinrichtungen durchgeführten Adaptionsbehandlungen und die behandelten Rehabilitanden. Die Zahlen machen die belastende Lebenssituation vor der Behandlung und das hohe Maß der Chronifizierung der Probleme bei den meisten Patienten deutlich: Nur 26,0% der Rehabilitanden haben einen Partner und nur 10,9% leben mit ihm/ihr zusammen. Viele Rehabilitanden wohnen in problematischen Verhältnissen, die sie verlassen wollen oder müssen. Diese Zahlen korrespondieren mit der therapeutischen Erfahrung, dass ein Großteil der Rehabilitanden unter sozialer Isolation leidet, eine Geschichte von Beziehungsabbrüchen hat und nur über geringe soziale Kompetenzen verfügt.

82,8% der Patienten waren bei Aufnahme arbeitslos mit ALG I- oder ALG II-Bezug. Weitere 4,1% waren „sonstige Nichterwerbspersonen“. Die Arbeitslosigkeit bestand bei 18,0% ein bis drei Jahre und bei weiteren 16,6% über drei Jahre durchgehend vor Behandlungsbeginn. gewesen. Die Arbeitslosigkeit ist sicher eines der zentralen Probleme der Rehabilitanden in der Adaption.

Schulden sind bei 59,5% der Rehabilitanden ein großes Problem. 10,0% haben in einem länger als einem Jahr zurücklie-

genden Zeitraum suizidale Handlungen begangen, weitere 4,7% im letzten Jahr vor der Aufnahme. 65,0% der Patienten ist mehr als 10 Jahre abhängig. 37,2% haben zwei und mehr stationäre Entwöhnungsbehandlungen durchlaufen sowie andere Vorbehandlungen in Anspruch genommen. 53,0% der Rehabilitanden leiden zusätzlich unter einer oder mehreren gravierenden psychischen Störungen und 52,9% unter einer oder mehreren somatischen Krankheiten. Trotz dieser negativen Merkmale ist prinzipiell bei jedem Rehabilitanden von einer günstigen Prognose hinsichtlich der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und somit auch der Teilhabe an Arbeit und Gesellschaft auszugehen. Dies zeigt sich auch darin, dass 84,0% der Patienten die Adaptionphase planmäßig beendeten und dass 30,5% in den ersten vier Monaten nach der Entlassung trotz vielfacher Vermittlungshemmnisse einen Arbeits-, Ausbildungs-, Umschulungs- oder Schulplatz erhalten haben. Bei den meisten Patienten konnten trotz der ausgeprägten und vielfältigen Schwierigkeiten und der starken Chronifizierung der Problematik in der Adaption deutliche Verbesserungen erreicht und weitergehende Hilfen in die Wege geleitet werden.

Der Fachverband Sucht e.V. beabsichtigt, diese Berichte auch künftig jährlich vorzulegen.

4. Literatur

- Achatz J., Trappmann M. (2011). Arbeitsmarktvermittelte Abgänge aus der Grundsicherung. Der Einfluss von personen- und haushaltsgebundenen Arbeitsmarktkarrieren. IAB-Discussion Paper 2/2011.
- Bachmeier, R. u.a. (2019). Basisdokumentation 2018 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit, in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Basisdokumentation 2018. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 26, Bonn
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2018). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0 – Definition und Erläuterung zum Gebrauch. Vorläufige Endfassung, Stand: 01.01.2018. www.dhs.de
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2014) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. durchgesehene und ergänzte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2012). Basisdokumentation Sucht Version 2.0, Düsseldorf

- Kemmann, D. u.a. (2019). Basisdokumentation 2018 – Fachkliniken für Drogenabhängigkeit, in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Basisdokumentation 2018. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 26, Bonn
- Henkel, D., Zemlin, U. (2013). Suchtkranke im SGB II: Vermittlungen an die Suchthilfe durch Jobcenter und Integration in Arbeit – eine kritische Bilanz. Sucht, 59 (5), S. 279–286, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.
- Teigeler, H. u.a. (2017). Basisdokumentation 2016 – Adaptionseinrichtungen, in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Basisdokumentation 2016. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 24, Bonn, S. 56–68
- Teigeler, H. u.a. (2018). Basisdokumentation 2017 – Adaptionseinrichtungen, in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Basisdokumentation 2017. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 25, Bonn, S. 56–68

Autorenverzeichnis:

- Horst Teigeler, Dipl.-Psych., Therapeutischer Leiter, AMEOS Adaptionshaus Lübeck
- Frank Reger, Dipl.-Päd., Leiter des MEDIAN Adaptionshaus Duisburg
- Rudolf Bachmeier, Dipl.-Phys., Qualitätsmanager, Johannesbad Gruppe, Bad Füssing
- Stefanie Bick-Dresen, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Kliniken Daun
- Dieter Bingel-Schmitz, Dipl.-Soz.Arb., Leiter des Adaptionshauses Daun der MEDIAN Kliniken Daun

- Doris Braun, Dipl.-Soz.Päd./Arb., Leiterin, Adaption der Fachklinik Eufenthal
- Heiko Burger, Dipl.-Psych., Therapeutische Leitung, Adaption Maria Stern, Bad Neustadt/Saale
- Arno Danninger, Dipl.-Soz.Päd., Leiter, Adaption der Klinik Eschenburg
- Izabela Donczewski, Dipl.-Psych., Tannenhof Berlin-Brandenburg, Adaptionshaus Berlin
- Dr. Benno Fabricius, Dipl.-Soz.Päd./Arb., Leiter, Adaptionseinrichtung der Soteria Klinik Leipzig
- Gabriele Häberlein, Dipl.-Psych., Adaption der MEDIAN Poliklinik Schelfstadt, Schwerin
- Dietmar Kemmann, Dipl.-Psych., Leiter Adaption, Diakonie-Krankenhaus Harz, Elbingerode
- Ursula Köstler, Dr., Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Tanja Lang, Dipl.-Psych., Leiterin Bonner Adaption- und Nachsorgezentrum „Ausweg“
- Sabrina Lehmann, Dipl.-Soz.Päd., Leiterin der Adaption der MEDIAN Klinik am Waldsee, Rieden
- Markus Liebrich, Dipl.-Psych., Leiter Therapiezentrum Speyer
- Missel, P. (†), Dipl.-Psych., Leitender Psychologe, MEDIAN Kliniken Daun
- Corinna Nels-Lindemann, Dipl.-Soz.Arb., Leiterin Adaption der salus klinik Friedrichsdorf
- Fabian Peters, Dipl.-Soz.Päd./Arb., Leiter Adaption Haus mit Aussicht Kadesch, Herne
- Michael Schultze, Dipl.-Soz.Päd., MEDIAN Gesundheitsdienste Adaptionshaus Koblenz
- Kerstin Urban, Dipl. Soz.-Päd., Leiterin der Adaption der Fachklinik Alte Ölmühle, Magdeburg
- Volker Weissinger, Dr., Geschäftsführer, Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Frauke Wulf, Dipl.-Soz.Päd./Arb., Leiterin der Adaption der salus klinik Hürth

Liste der Einrichtungen, deren Datensätze in die Auswertung eingehen

Adaptionseinrichtung der Soteria Klinik Leipzig	04103 Leipzig
Tannenhof Berlin-Brandenburg Adaptionshaus Berlin	12353 Berlin
Adaption der MEDIAN Poliklinik Schelfstadt	19055 Schwerin,
AMEOS Adaptionshaus Lübeck	23556 Lübeck
Haus Niedersachsen Adaption Hambühren	29313 Hambühren
Adaption der Klinik Eschenburg	35713 Eschenburg
Adaption der MEDIAN Klinik Wiegbertshöhe	36251 Bad Hersfeld
Adaption des Diakonie-Krankenhauses Harz	38875 Elbingerode
Adaption der Fachklinik Alte Ölmühle	39114 Magdeburg
MEDIAN Adaptionshaus Duisburg	47051 Duisburg
Paracelsus-Berghofklinik II (Adaption)	49152 Bad Essen
Adaption der salus Klinik Hürth	50354 Hürth
Bonner Adaption- und Nachsorgezentrum Ausweg	53113 Bonn
Adaptionshaus Daun der MEDIAN Kliniken Daun	54550 Daun/Eifel
MEDIAN Adaption Koblenz	56068 Koblenz
Adaption der salus klinik Friedberg	61169 Friedberg
Adaption der salus klinik Friedrichsdorf	61381 Friedrichsdorf
Therapiezentrum Speyer	67346 Speyer
Adaption Maria Stern	97616 Bad Neustadt/Saale
Adaption der MEDIAN Klinik Römhild	98630 Römhild

Inhaltsverzeichnis

Neumann, E., Bick-Dresen, S., Apprederis, A., Bachmeier, R., Bingel-Schmitz, D., Brenner, R., Fölsing, S., Forschner, L., Funke, W., Klein, T., Kramer, D., Löhnert, B., Majewski, v. M., Missel, P. (†), Schneider, B., Seydlitz, U., Stamm, A., Steffen, D., Weissinger, V.

Teilband IV

**Basisdokumentation 2018 –
Ambulante Rehabilitationseinrichtungen**

1. Einleitung.....	66
2. Basisdokumentation 2018 des Fachverbandes Sucht e.V. – Ambulante Rehabilitation	66
2.1 Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung.....	66
2.2 Beschreibung der Rehabilitanden nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen	67
2.3 Angaben zur Therapievorbereitung und Aufnahme	70
2.4 Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung	71
2.5 Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende	75
3. Fazit und Ausblick.....	78
4. Literatur	79
Autorenverzeichnis	79
Liste der beteiligten Einrichtungen	79

Teilband IV:

Basisdokumentation 2018 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen

1. Einleitung

Seit dem Jahr 2007 hat der Fachverband Sucht e.V. (FVS) seine langjährige Tradition, Daten zur Basisdokumentation in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker aus den Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige zu publizieren, erweitert. Mit diesem Beitrag werden nun zum zwölften Mal Daten der Basisdokumentation (vgl. Lange, Neeb, Bick-Dresen et al., 2017; Neumann, Bick-Dresen et al., 2018) der ambulanten Behandlungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige von Mitgliedseinrichtungen des FVS veröffentlicht. Damit nimmt der FVS eine seiner vorrangigen Aufgaben, die Qualitätssicherung bestehender und zukünftiger Behandlungsangebote, wahr, wobei neben der Prozess- und Strukturqualität auch besonderes Augenmerk auf die Ergebnisqualität gerichtet wird. Um die Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges zu überprüfen und zu dokumentieren, veröffentlicht der Fachverband Sucht seit einigen Jahren Katamneseuntersuchungen für die Ambulante Rehabilitation Sucht (vgl. Missel, Bick, Bachmeier, 2013; Lange, Neeb, Parusel et al., 2018; Neumann, Bick-Dresen et al., 2019). Eine Veröffentlichung für den Entlassjahrgang 2017 ist wiederum vorgesehen.

2. Basisdokumentation 2018 des FVS – Ambulante Rehabilitation Sucht

2.1 Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung

Der vorliegende Beitrag stellt ausgewählte Daten zur ambulanten medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Rehabilitandinnen und Rehabilitanden¹ aus dem Entlassjahrgang 2018

¹ Um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten, wird im Folgenden die männliche Form im geschlechtsübergreifenden Sinn verwendet. Geschlechtsspezifische Angaben sind ausdrücklich gekennzeichnet.

Tabelle 1: EDV- und Dokumentationssysteme

	Anzahl	Prozent
IKIS (MEDIAN)	94	21,3%
PATFAK (Redline DATA)	289	65,4%
PaDo (Navacom)	59	13,3%
Gesamt	442	100,0%

dar. Die Gesamtstichprobe umfasst 442 Datensätze und nahm somit im Vergleich zu 2017 um 99 Fälle zu. Insgesamt beteiligten sich 10 Mitgliedseinrichtungen des FVS, die am Ende des Artikels aufgeführt sind, an der Erhebung. Für den Entlassjahrgang 2018 wurden erneut die Rehabilitanden mit der Erstdiagnose Pathologisches Spielen ausgeschlossen. Somit handelt es sich bei der diesjährigen Auswertung bezüglich der Hauptdiagnose um eine Gesamtstichprobe mit ausschließlich stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen. Es sei darauf verwiesen, dass nicht bei allen Merkmalen die gleiche Fallzahl in die Berechnungen Eingang fand. Dies liegt an den teilweise voneinander abweichenden Erhebungsformen der zur Anwendung kommenden Erhebungssysteme bzw. an partiell unvollständigen Datensätzen innerhalb des jeweiligen Systems. Fehlende Daten sind unter „Keine Daten“ ausgewiesen und beziehen sich in den Prozentangaben auf die Gesamtstichprobe n = 442.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verwendeten Dokumentationssysteme: 289 (65,4%) wurden mit PATFAK (Redline DATA) erfasst. Weiterhin kam bei 94 (21,3%) der Rehabilitanden das Dokumentationssystem IKIS (MEDIAN) zur Anwendung. Bei 59 Rehabilitanden (13,3%) erfolgte die Erfassung mit dem Programm PaDo (Navacom). Aus der Nutzung der verschiedenen Dokumentationssysteme, welche zum Teil nicht alle Items erfassen, erklären sich teilweise fehlende Daten.

In Tabelle 2 sind die beiden in die Erhebung aufgenommenen Behandlungsarten dargestellt. Die Stichprobe setzt sich aus 442 Fällen zusammen, von denen 403 (91,2%) an einer ambulanten Rehabilitation Sucht nach der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (kurz ARS) und 39 (8,8%) an einer ARS mit stationärer Beteiligung teilgenommen haben. Im Einzelnen sind dies, wie Tabelle 2a veranschaulicht, 16 (3,6%) Rehabilitationsverläufe der ambulanten Weiterbehandlung im Anschluss an eine stationäre Rehabili-

Tabelle 2: Behandlungsart ambulante Rehabilitation Gesamt

	Anzahl	Prozent
Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“	403	91,2%
Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung	39	8,8%
Gesamt	442	100,0%

Tabelle 2a: Behandlungsart ambulante Rehabilitation im Detail

	Anzahl	Prozent
Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“	403	91,2%
Ambulante Weiterbehandlung nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“	16	3,6%
Ambulanter Teil einer Kombinationsbehandlung	23	5,2%
Gesamt	442	100,0%

tationsmaßnahme und 23 (5,2%) Datensätze, die den ambulanten Teil einer Kombinationsbehandlung widerspiegeln. Ambulante Maßnahmen ohne leistungsrechtliche Grundlagen, Motivationsphasen mit leistungsrechtlicher Grundlage, ambulante Nachsorge nach stationärer oder ambulanter Rehabilitation wurden nicht berücksichtigt.

Die Daten wurden über die Geschäftsstelle des Fachverbandes Sucht e.V. aus den Mitgliedseinrichtungen gesammelt, durch Redline-Data/Ahrensböck zusammengeführt und auf Fehlerfreiheit überprüft. Die Auswertung des anonymisierten Datensatzes wurde durch eine Mitarbeiterin der MEDIAN Kliniken Daun vorgenommen. Ein Rückschluss auf die Daten aus einzelnen Mitgliedseinrichtungen bzw. auf einzelne Rehabilitanden ist nicht möglich.

Bei ausgewählten Merkmalen wurde ein Vergleich mit den Ergebnissen des ambulanten Jahrganges 2017 (vgl. Neumann, Bick-Dresen et al., 2018) vorgenommen. Dieser Vergleich beschränkt sich überwiegend auf die Items, bei denen sich deutliche Abweichungen zu den Vorjahresergebnissen ergaben.

Wie in den vorherigen Jahren wurde auf die Gegenüberstellung ausgewählter BADO-Daten der ausschließlich ambulanten Stichprobe mit der stationären Stichprobe verzichtet. Es hatte sich über mehrere Jahrgänge herausgestellt, dass der Vergleich der Daten der ambulanten Basisdokumentation mit denen der stationären Basisdokumentation unverändert aufzeigt, dass die Klientel der beiden Behandlungssettings erhebliche Unterschiede hinsichtlich wichtiger soziodemographischer Merkmale aufweist, die auch Prädiktoren für den Behandlungserfolg darstellen und somit für die Basisdokumentation der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen keine weiteren neuen Erkenntnisse bringt.

Für den ambulanten BADO-Jahrgang 2018 haben wir erneut Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden oben aufgeführten ambulanten Behandlungsarten analysiert. Items, die zwischen den beiden ambulanten Behandlungsarten der Rehabilitation deutliche Unterschiede aufweisen, werden in den Tabellen differenzierter dargestellt, Items ohne Unterschiede in Form der Gesamtstichprobe der ambulanten Rehabilitation präsentiert. Bei der Sich-

tung der Daten bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede zeigten sich kaum nennenswerte Unterschiede zwischen Frauen und Männern innerhalb der genannten Behandlungsformen, sodass – auch aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit und Lesbarkeit der Datensammlung – auf eine geschlechterdifferenzierte Darstellung verzichtet wurde.

2.2 Beschreibung der Rehabilitanden nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen

Geschlecht und Alter

In Tabelle 3 ist die Geschlechterverteilung der Rehabilitanden dargestellt. 68,8% des Klientels sind männlichen und

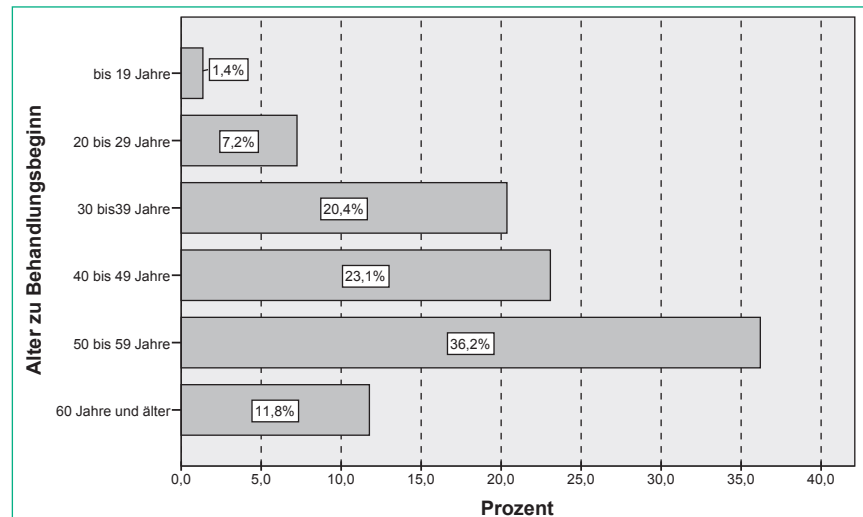


Abbildung 1: Altersverteilung der Rehabilitanden bei Behandlungsbeginn

Tabelle 3: Geschlecht

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeits-erkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Männlich	281	69,7%	23	59,0%	304	68,8%
Weiblich	122	30,3%	16	41,0%	138	31,2%
Gesamt	403	100,0%	39	100,0%	442	100,0%

Tabelle 4: Altersverteilung der Rehabilitanden zu Behandlungsbeginn

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeits-erkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 19 Jahre	6	1,5%	0	0,0%	6	1,4%
20 bis 29 Jahre	31	7,7%	1	2,6%	32	7,2%
30 bis 39 Jahre	79	19,6%	11	28,2%	90	20,4%
40 bis 49 Jahre	89	22,1%	13	33,3%	102	23,1%
50 bis 59 Jahre	149	37,0%	11	28,2%	160	36,2%
60 Jahre und älter	49	12,2%	3	7,7%	52	11,8%
Gesamt	403	100,0%	39	100,0%	442	100,0%
Mittelwert	46,9		45,6		46,8	
Standardabweichung	12,3		9,5		12,0	

31,2% weiblichen Geschlechts. Damit ist die Geschlechterverteilung zum Vorjahr nahezu unverändert. Ähnlich dem Jahr 2017 (Differenz 6,5%) liegt der Anteil der Frauen bei der ARS (30,3%) 10,7% unter den Behandlungsarten der ARS mit stationärer Beteiligung (41,0%).

Angaben zur Altersstruktur der Rehabilitanden können Tabelle 4 und Abbildung 1 entnommen werden. Die meisten Rehabilitanden (36,2%) gehörten zu der Alterskategorie der 50- bis 59-jährigen Rehabilitanden. Die Altersklasse der 40 - 49-Jährigen war mit 23,1% am zweitstärksten besetzt. Danach kommt die Gruppe der 30- bis 39-Jährigen mit 20,4%. Älter als 60 Jahre waren 11,8% der Rehabilitanden, zwischen 20 und 29 Jahren 7,2%. Lediglich 1,4% der Klientel war jünger als 20 Jahre. Im Durchschnitt waren die Rehabilitanden 46,8 Jahre alt (Standardabweichung (SD): +/- 12 Jahre). Im Vergleich zum Jahr 2017 ist der Altersdurchschnitt gleichgeblieben.

Im Vergleich der beiden ambulanten Behandlungsarten in Bezug auf die Altersstruktur zeigen sich unterschiedliche Gewichtungen. Die Rehabilitanden der ARS verteilen sich schwerpunktmäßig auf die Altersgruppen 50 bis 59 Jahre und 40 bis 49 Jahre. Die Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung auf die Altersgruppen 40 bis 49 Jahre, 50 bis 59 Jahre und 30 bis 39 Jahre. Rehabilitanden der ARS sind zudem häufiger in den Altersgruppen 60 Jahre und älter sowie 20 bis 29 Jahre vertreten. Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden der ARS und der Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung unterscheidet sich voneinander (1,3 Jahre, im Jahr 2017 0,3 Jahre).

Partnersituation

Tabelle 5 gibt einen Überblick über das Vorliegen einer Partnerbeziehung bei Behandlungsbeginn. Die Mehrzahl der Rehabilitanden (61,2%) war in Partnerschaft, nur 38,8% ohne. Dies entspricht annähernd der Verteilung in 2017 (64,9% in Beziehung).

Etwa gleich viele Rehabilitanden der ARS (61,5%) sind gegenüber den Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung (59,0%) in Partnerschaft. Im Vergleich zu 2017 ist die Verteilung bei den Rehabilitanden der ARS in etwa gleichgeblieben (61,5% in 2018 vs. 65,8% in 2017). Die Anzahl der Rehabilitanden mit Partnerschaft hat in der Gruppe der Rehabilitanden mit stationärer Beteiligung deutlich

Tabelle 5: Partnersituation

Partnerschaft	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nein	153	38,5%	16	41,0%	169	38,8%
Ja	244	61,5%	23	59,0%	267	61,2%
Gesamt	397	100,0%	39	100,0%	436	100,0%
Keine Angabe	6	1,5%	0	0,0%	6	1,4%

Tabelle 5a: Lebenssituation: alleinlebend

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nein	237	60,0%	25	64,1%	262	60,4%
Ja	158	40,0%	14	35,9%	172	39,6%
Gesamt	395	100,0%	39	100,0%	434	100,0%
Keine Angabe	8	2,0%	0	0,0%	8	1,8%

Tabelle 5b: Zusammenlebend mit

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Partner/in						
Nein	73	27,7%	8	27,6%	81	27,6%
Ja	191	72,3%	21	72,4%	212	72,4%
Gesamt	264	100,0%	29	100,0%	293	100,0%
Keine Angabe	139	34,5%	10	25,6%	149	33,7%
Kind(ern)						
Nein	166	62,9%	19	67,9%	185	63,4%
Ja	98	37,1%	9	32,1%	107	36,6%
Gesamt	264	100,0%	28	100,0%	292	100,0%
Keine Angabe	139	34,5%	11	28,2%	150	33,9%
Eltern(teil)						
Nein	228	90,5%	25	100,0%	253	91,3%
Ja	24	9,5%	0	0,0%	24	8,7%
Gesamt	252	100,0%	25	100,0%	277	100,0%
Keine Angabe	151	37,5%	14	35,9%	165	37,3%
Sonstiger Bezugsperson						
Nein	218	87,2%	20	80,0%	238	86,5%
Ja	32	12,8%	5	20,0%	37	13,5%
Gesamt	250	100,0%	25	100,0%	275	100,0%
Keine Angabe	153	38,0%	14	35,9%	167	37,8%
Sonstiger Person						
Nein	216	87,1%	19	76,0%	235	86,1%
Ja	32	12,9%	6	24,0%	38	13,9%
Gesamt	248	100,0%	25	100,0%	273	100,0%
Keine Angabe	155	38,5%	14	35,9%	169	38,2%

Tabelle 6: Schul- und Ausbildungsabschluss

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Höchster Schulabschluss						
Ohne Schulabschluss abgegangen	11	2,8%	0	0,0%	11	2,5%
Haupt-/Volksschulabschluss	133	33,8%	13	33,3%	146	33,7%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	135	34,3%	10	25,6%	145	33,5%
(Fach-)Hochschulreife/ Abitur	112	28,4%	16	41,0%	128	29,6%
Anderer Schulabschluss	3	0,8%	0	0,0%	3	0,7%
Gesamt	394	100,0%	39	100,0%	433	100,0%
Keine Angaben	9	2,2%	0	0,0%	9	2,0%
Höchster Ausbildungsabschluss						
Noch keine Ausbildung begonnen	15	3,8%	2	5,1%	17	3,9%
Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	12	3,0%	1	2,6%	13	3,0%
Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	30	7,6%	3	7,7%	33	7,6%
Betrieblicher Berufsabschluss	237	60,0%	26	66,7%	263	60,6%
Meister/Techniker	19	4,8%	1	2,6%	20	4,6%
Akademischer Abschluss	55	13,9%	6	15,4%	61	14,1%
Anderer Berufsabschluss	27	6,8%	0	0,0%	27	6,2%
Gesamt	395	100,0%	39	100,0%	434	100,0%
Keine Angaben	8	2,0%	0	0,0%	8	1,8%

Tabelle 7: Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	7	1,7%	1	2,6%	8	1,8%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	245	61,1%	23	59,0%	268	60,9%
Selbständiger / Freiberufler	14	3,5%	0	0,0%	14	3,2%
Sonstige Erwerbspersonen	3	0,7%	0	0,0%	3	0,7%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	2	0,5%	0	0,0%	2	0,5%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	6	1,5%	1	2,6%	7	1,6%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	33	8,2%	6	15,4%	39	8,9%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	26	6,5%	6	15,4%	32	7,3%

zugenommen (59,0% im Vergleich zu 47,1% im Vorjahr).

Tabelle 5a gibt die Lebenssituation bei Behandlungsbeginn an. Die Mehrzahl der Rehabilitanden (60,4%) war zusammenlebend, nur 39,6% lebten allein. Weniger Rehabilitanden der ARS (60,0%) leben im Vergleich zu den Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung (64,1%) mit jemandem zusammen. Im Vergleich zum Vorjahr lebten 3,8% weniger Rehabilitanden mit jemandem zusammen.

72,4% der Rehabilitanden lebten mit einem Partner zusammen, 36,6% mit Kindern und 8,7% mit den Eltern oder einem Elternteil (vgl. Tabelle 5b). Mit sonstiger Bezugsperson lebten 13,5% und mit sonstiger Person 13,9%.

Bzgl. des Zusammenlebens mit einem Partner ergeben sich zwischen den Gruppen keine Unterschiede (0,1%). Bzgl. des Zusammenlebens mit Kindern (+ 5%) oder den Eltern oder einem Elternteil (+ 9,5%) ist der Anteil in der ARS im Vergleich zur ARS mit stationärer Beteiligung jeweils höher. Mehr Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung lebten allerdings mit einer sonstigen Bezugsperson (+ 7,2%) oder sonstigen Person (+ 11,1%) zusammen.

Schulbildung und Erwerbstätigkeit bei Behandlungsbeginn

Die Angaben zu Schul- und Ausbildungsabschluss können der Tabelle 6 entnommen werden. 2,5% hatten keinen Schulabschluss. 33,7% der Klientel hatte ihre Schullaufbahn mit einem Haupt- oder Volksschulabschluss beendet. Ebenfalls 33,5% wiesen einen Realschulabschluss oder einen Abschluss der Polytechnischen Oberschule auf. 29,6% hatten das Abitur oder Fachabitur und 0,7% einen anderen Schulabschluss als die bereits genannten. Für 2,0% lagen keine Daten vor.

Bei der Stichprobe ARS haben 33,8% einen Haupt-/Volksschulabschluss, bei der Stichprobe ARS mit stationärer Beteiligung sind es 33,3%. In Bezug auf den Realschulabschluss oder einen Abschluss der Polytechnischen Oberschule weisen Rehabilitanden der ARS mit 34,3% häufiger diesen Abschluss auf als in der Stichprobe der Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung (25,6%). Der Anteil der Fachabiturienten und Abiturienten mit Abschluss liegt in der Stichprobe der ARS mit 28,4% deutlich niedriger als in der Stichprobe der Rehabilitanden der

ARS mit stationärer Beteiligung (41,0%). 2,8% sind in der Gruppe der ARS ohne Schulabschluss abgegangen und 0,8% mit einem anderen Abschluss, in der Gruppe mit stationärer Beteiligung jeweils kein Klient.

3,9% hatten noch keine Ausbildung begonnen und weitere 3% befanden sich gerade in Hochschul- oder Berufsausbildung. 7,6% hatten keinen Hochschul- oder Berufsausbildungsabschluss. 60,6% hatten einen betrieblichen Berufsabschluss und 4,6% einen Meister/Techniker. 14,1% verfügten über einen akademischen Abschluss und 6,2% über einen anderen Abschluss. Zwischen den Stichproben der ARS und der ARS mit stationärer Beteiligung ergeben sich keine nennenswerten Unterschiede.

In Tabelle 7 ist die Erwerbsituation bei Aufnahme dargestellt. Unter dem Item „Erwerbstätigkeit bei Aufnahme“ haben wir unter der Kategorie „erwerbstätig“ (68,6%) „Auszubildender“ (1,8%), „Arbeiter/Angestellter/Beamter“ (60,9%), „Selbstständiger/Freiberufler“ (3,2%), „sonstige Erwerbspersonen“ (0,7%), „in beruflicher Rehabilitation“ (0,5%) und „in Elternzeit/im (längerfristigen) Krankenstand“ (1,6%) zusammengefasst. Arbeitslos nach SGB III (8,9%) und SGB II (7,3%) bildete die Kategorie „arbeitslos“ (16,1%). Schüler/Student (0,9%), Hausfrau/Hausmann (2,5%), Rentner/Pensionär (9,3%) und sonstige Nichterwerbspersonen (2,5%) wurden als „nicht erwerbstätig“ (15,2%) kategorisiert. Die Zusammenfassung der Kategorien erleichtert den Vergleich mit der Erwerbstätigkeit bei Entlassung. Für 2 Rehabilitanden (0,5%) liegen keine Daten vor.

Im letzten Jahr lag der Anteil der Erwerbstätigen bei 65,2%.

In der Behandlungsart ARS weisen 69,1% der Rehabilitanden bei Aufnahme einen Arbeitsplatz auf. Bei den Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung sind es 64,1%. Deutlich mehr Personen sind in der Gruppe der ARS mit stationärer Beteiligung arbeitslos (30,8% vs. 14,7%) und deutlich weniger nicht erwerbstätig (5,1% vs. 16,2%).

Der Anteil der Erwerbstätigen in der ARS lag im Vorjahr bei 64,9%.

2.3 Angaben zur Therapievorbereitung und Aufnahme

Art der Vermittlung

In Tabelle 8 sind die Angaben zur vermittelnden Instanz zusammengefasst.

noch Tabelle 7: Erwerbsituation zu Behandlungsbeginn

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Schüler/Student	4	1,0%	0	0,0%	4	0,9%
Hausfrau/Hausmann	11	2,7%	0	0,0%	11	2,5%
Rentner/Pensionär	40	10,0%	1	2,6%	41	9,3%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	3	0,7%	1	2,6%	4	0,9%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	7	1,7%	0	0,0%	7	1,6%
Gesamt	401	100,0%	39	100,0%	440	100,0%
Keine Angaben	2	0,5%	0	0,0%	2	0,5%
Erwerbstätig	277	69,1%	25	64,1%	302	68,6%
Arbeitslos	59	14,7%	12	30,8%	71	16,1%
Nicht erwerbstätig	65	16,2%	2	5,1%	67	15,2%

Tabelle 8: Vermittlung

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine/Selbstmelder	38	9,6%	0	0,0%	38	8,8%
Soziales Umfeld	23	5,8%	1	2,6%	24	5,5%
Selbsthilfe	27	6,8%	4	10,3%	31	7,1%
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	13	3,3%	0	0,0%	13	3,0%
Ärztliche Praxis	87	22,0%	1	2,6%	88	20,3%
Psychotherapeutische Praxis	1	0,3%	0	0,0%	1	0,2%
Allgemeines Krankenhaus	5	1,3%	0	0,0%	5	1,2%
Psychiatrisches Krankenhaus	7	1,8%	0	0,0%	7	1,6%
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	175	44,3%	14	35,9%	189	43,5%
Stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	11	2,8%	18	46,2%	29	6,7%
Soziotherapeutische Einrichtung	1	0,3%	0	0,0%	1	0,2%
Anderer Beratungsdienst (z.B. Ehe-/Familien-/ Erziehungsberatung, Sozialpsychiatrischer Dienst)	1	0,3%	0	0,0%	1	0,2%
Jugendamt	1	0,3%	0	0,0%	1	0,2%
Polizei/Justiz/Bewährungshilfe	3	0,8%	0	0,0%	3	0,7%
Kosten-/Leistungsträger	2	0,5%	1	2,6%	3	0,7%
Gesamt	395	100,0%	39	100,0%	434	100,0%
Keine Angabe	8	2,0%	0	0,0%	8	1,8%

Der höchste Anteil von Vermittlungen in die ambulante Rehabilitation Sucht erfolgte durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen (43,5%). 20,3% der Vermittlungen erfolgten durch ärztliche Praxen. 6,7% kamen von stationären Rehabilitationseinrichtungen. Weitere Vermittlungen erfolgten durch die Selbsthilfe (7,1%) und durch Allgemein- (1,2%) oder psychiatrische (1,6%) Krankenhäuser, das soziale Umfeld (5,5%) oder den Betrieb oder die Schule (3,0%). Weitere Vermittlungswege können der Tabelle 8 entnommen werden. Für 1,8% der Rehabilitanden liegen keine Angaben zur Vermittlung vor. 8,8% der Rehabilitanden sind Selbstmelder.

Im Vergleich zum letzten Jahr ist der prozentuale Anteil der Selbstmelder (-6,5%) und der ärztlichen Praxen (-5,8%) gesunken und die Vermittlungen von ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (+6%) sind gestiegen. Dieser Anstieg weist auf die Bedeutung der Suchtberatungsstellen und -ambulanzen im Vermittlungsprozess hin.

Kosten- und Leistungsträger

Tabelle 9 gibt einen Überblick über die Kosten- und Leistungsträgerstruktur. Auch beim Entlassjahrgang 2018 war es möglich, mehrere Leistungsträger anzugeben, wodurch die Anzahl der Antworten den Umfang der beschriebenen Stichprobe leicht übersteigt. Bei vier Behandlungsverläufen war mehr als ein Leistungsträger beteiligt.

In einem Fall wechselte die Übernahme der Kosten zwischen Kranken- und Rentenversicherung. Dies kommt zum Beispiel dadurch zu Stande, dass eine Rehabilitationsbehandlung zu Lasten der DRV begonnen wurde und nach Gewährung einer EU-Rente zu Lasten der Krankenkasse fortgesetzt wurde. Bei 377 Fällen (85,3%) war die Rentenversicherung als Kostenträger beteiligt, die Krankenversicherung in 59 Fällen (13,3%).

Die Finanzierungen durch Krankenkassen (+1,1%) und Rentenversicherungen (-1,3%) blieb im Vergleich zum Vorjahr beinahe konstant.

2.4 Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung

Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnosen der untersuchten Stichprobe sind in Tabelle 10 dargestellt. Bei 82,6% der Rehabilitanden war die Hauptdiagnose eine Alkoholabhängigkeit und bei 0,5% eine Abhängigkeit von Opioiden. Eine Abhängigkeit von Cannabinoiden stellte bei 4,8% der Rehabilitanden die Hauptdiagnose dar. Bei 0,9% stand eine Abhängigkeit von Sedativa/Hypnotika, bei 0,5% eine Kokainabhängigkeit, bei 3,2% eine Abhängigkeit von Stimulanzien und bei 6,1% eine Abhängigkeit durch multiplen Substanzgebrauch oder durch den Konsum sonstiger psychotroper Substanzen im Vordergrund. Überraschenderweise stellten auch in fünf Fällen der schädliche Gebrauch von Alkohol (1,1%) und in zwei Fällen die Tabakabhängigkeit (0,5%) die Hauptdiagnose dar.

Weitere psychische und somatische Diagnosen

Für den Entlassjahrgang 2018 wurden die weiteren psychischen Diagnosen ausgewertet. Es konnte eine Einrichtung mit insgesamt n = 66 aufgrund fehlerhafter Daten nicht berücksichtigt werden, so dass die Ausgangsstichprobe für dieses Merkmal bei n = 376 Datensätzen liegt.

Bei 75% der ambulanten Rehabilitanden wurde keine weitere psychische Diagnose angegeben. Affektive Störungen bil-

Tabelle 9: Kosten- und Leistungsträger (Mehrfachantworten möglich)

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Selbstzahler	7	1,7%	0	0,0%	7	1,6%
Rentenversicherung	341	84,6%	36	92,3%	377	85,3%
Krankenversicherung	56	13,9%	3	7,7%	59	13,3%
Gesamt	404		39		443	

Tabelle 10: Hauptdiagnosen

		Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Schädlicher Gebrauch von Alkohol	F10.1	5	1,2%	0	0,0%	5	1,1%
Abhängigkeit von Alkohol	F10.2	334	82,9%	31	79,5%	365	82,6%
Abhängigkeit von Opioiden	F11.2	2	0,5%	0	0,0%	2	0,5%
Abhängigkeit von Cannabinoiden	F12.2	19	4,7%	2	5,1%	21	4,8%
Abhängigkeit von Sedativa/Hypnotika	F13.2	4	1,0%	0	0,0%	4	0,9%
Abhängigkeit von Kokain	F14.2	1	0,2%	1	2,6%	2	0,5%
Abhängigkeit von Stimulanzien	F15.2	12	3,0%	2	5,1%	14	3,2%
Abhängigkeit von Tabak	F17.2	2	0,5%	0	0,0%	2	0,5%
Polytoxikomanie oder Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen	F19.2	24	6,0%	3	7,7%	27	6,1%
Gesamt		403	100,0%	39	100,0%	442	100,0%

Tabelle 11: Psychische Komorbidität (reduzierte Stichprobe, n = 376)

		Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeits-erkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F0	2	0,6%	0	0,0%	2	0,5%
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	F1*	2	0,6%	0	0,0%	2	0,5%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F2	1	0,3%	1	2,6%	2	0,5%
Affektive Störungen	F3	48	14,2%	9	23,7%	57	15,2%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	21	6,2%	5	13,2%	26	6,9%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	F5	3	0,9%	2	5,3%	5	1,3%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	16	4,7%	3	7,9%	19	5,1%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	6	1,8%	2	5,3%	8	2,1%
Gesamt		99		22		121	
durchschnittliche Anzahl		0,30		0,63		0,33	
Standardabweichung		0,64		0,79		0,66	

* Anmerkung: Hierbei handelt es sich um die Diagnosen F10.6 und F19.2.

Tabelle 11a: Anzahl psychischer Diagnosen (reduzierte Stichprobe, n = 376)

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeits-erkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	262	77,5%	20	52,6%	282	75,0%
eine	58	17,2%	13	34,2%	71	18,9%
zwei	12	3,6%	4	10,5%	16	4,3%
drei	5	1,5%	1	2,6%	6	1,6%
vier	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Gesamt	338	100,0%	38	100,0%	376	100,0%

deten mit 15,2% den größten Anteil bei der psychischen Komorbidität, gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (6,9%) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (5,1%).

Unter Ausschluss von F1 (weitere psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) wurden pro Rehabilitand durchschnittlich 0,33 (im Vorjahr 0,45) weitere psychische Diagnosen vergeben (Standardabweichung 0,66). 18,9% erhielten eine und 4,3% zwei weitere psychische Diagnosen. 1,9% der Rehabilitanden wiesen drei oder mehr psychische Diagnosen als Komorbidität auf.

Ebenfalls wurden die somatischen Diagnosen nach ICD-10 ausgewertet. Hier konnte ebenfalls eine Einrichtung mit insgesamt n = 66 nicht berücksichtigt werden. Tabelle 12 zeigt die vergebenen Diagnosen auf, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Bei 71,5% der verbleibenden 376 Patienten wurde keine somatische Diagnose gestellt. Krankheiten des Kreislaufsystems (12,2%), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (10,9%) und Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (9,8%) wurden am häufigsten festgestellt. Weiterhin spielen Erkrankungen des Verdauungssystems (8,2%) eine wichtige

Rolle. Der Anteil der Erkrankungen des Nervensystems umfasst 5,9%.

Bei 7,7% aller Rehabilitanden liegt eine somatische Diagnose vor. In 9,6% der Fälle wurden zwei, bei 4,0% drei, bei 2,4% vier, bei 1,3% fünf und bei 3,5% sechs somatische Diagnosen gestellt (vgl. Tabelle 12a). Durchschnittlich wurden pro Rehabilitand 0,76 (Standardabweichung 1,49), im Vorjahr 0,95 (Standardabweichung 1,35) somatische Diagnosen angegeben.

Anzahl der bisher durchgeführten Vorbehandlungen

Tabelle 13 gibt Aufschluss über die Anzahl der bisher durchgeführten Vorbehandlungen (Entgiftung, qualifizierter Entzug, stationäre Entwöhnungsbehandlung), an denen die Rehabilitanden vor Antritt der aktuellen ambulanten Maßnahme teilgenommen haben. Für den Entlassjahrgang 2017 war es bei der Anzahl der durchgeführten Entzugsbehandlungen zu einem hohen Anteil an fehlenden Daten gekommen, sodass die Daten im entsprechenden Artikel nicht berichtet werden konnten. Aus diesem Grund muss auf die Darstellung der Unterschiede zum Vorjahr an dieser Stelle verzichtet werden. Nachfolgend wird erstmals die Differenzierung zwischen Entgiftung und qualifiziertem Entzug berichtet.

Tabelle 12: Verteilung der somatischen Diagnosen (reduzierte Stichprobe, n = 376), Mehrfachnennungen möglich

		Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeits-erkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00-B99	3	0,9%	2	5,3%	5	1,3%
Neubildungen	C00-D48	12	3,5%	1	2,6%	13	3,4%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50-D89	2	0,6%	0	0,0%	2	0,5%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00-E90	33	9,8%	4	10,5%	37	9,8%
Krankheiten des Nervensystems	G00-G99	20	5,9%	2	5,3%	22	5,9%
Krankheiten des Auges, der Augen-anhangsgebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00-H95	7	2,1%	1	2,6%	8	2,1%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I99	42	12,4%	4	10,5%	46	12,2%
Krankheiten des Atmungssystems	J00-J99	8	2,4%	2	5,3%	10	2,7%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00-K93	23	6,8%	8	21,1%	31	8,2%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00-L99	6	1,8%	2	5,3%	8	2,1%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00-M99	28	8,3%	13	34,2%	41	10,9%
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00-N99	4	1,2%	1	2,6%	5	1,3%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andersorts klassifiziert sind	R00-R99	0	0,0%	1	2,6%	1	0,3%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00-T98	4	1,2%	0	0,0%	4	1,1%
Sonstige somatische Diagnosen	Sonstige	7	2,1%	0	0,0%	7	1,9%
Gesamt		199		41		240	
durchschnittliche Anzahl		0,70		1,26		0,76	
Standardabweichung		1,44		1,80		1,49	

Tabelle 12a: Anzahl somatischer Diagnosen (reduzierte Stichprobe, n = 376)

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeits-erkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	249	73,7%	20	52,6%	269	71,5%
eine	23	6,8%	6	15,8%	29	7,7%
zwei	31	9,2%	5	13,2%	36	9,6%
drei	14	4,1%	1	2,6%	15	4,0%
vier	6	1,8%	3	7,9%	9	2,4%
fünf	4	1,2%	1	2,6%	5	1,3%
sechs	11	3,3%	2	5,3%	13	3,5%
Gesamt	338	100,0%	38	100,0%	376	100,0%

Wie Tabelle 13a entnommen werden kann, hatten 40 Rehabilitanden (dies entspricht 9,0% vom Gesamt) vor Beginn der ambulanten Maßnahme weder eine Entgiftung, noch eine qualifizierte Entzugsbehandlung absolviert.

38,5% der Rehabilitanden hatten vor der ambulanten Maßnahme keine Entgiftung absolviert (vgl. Tabelle 13), 20,1% eine, 11,5% zwei bis drei, 9,5% vier und mehr. Bei 20,4% lag keine Angabe vor. Bei der rein ambulanten Form gab es

deutlich häufiger keine Entgiftung im Vorfeld (40,7%) als bei der Behandlungsart mit stationärer Beteiligung (15,4%) und deutlich seltener zwei bis drei Entgiftungen (-18,3%). Im Durchschnitt absolvierten die Rehabilitanden im Vorfeld 1,7 Entgiftungen (SD=+/-4,0).

23,1% der Rehabilitanden hatten vor der ambulanten Maßnahme keinen qualifizierten Entzug absolviert, 31,7% einen, 10,0% zwei bis drei, 2,5% vier und mehr. Bei 32,8% lag hierzu keine Angabe vor. Bei der rein ambulanten Form gab es deutlich seltener keinen qualifizierten Entzug im Vorfeld (20,3%) gegenüber der Behandlungsart mit stationärer Beteiligung (51,3%) und häufiger einen qualifizierten Entzug (+25,9%). Im Durchschnitt gab es im Vorfeld 1,0 qualifizierte Entzüge (SD=+/-1,4). Ungefähr ein Viertel (28,0%) der Rehabilitanden, die mindestens eine Entgiftung absolviert haben, haben auch schon mindestens einen

qualifizierten Entzug absolviert (vgl. Tabelle 13a).

76,5% der Rehabilitanden ohne Entgiftung im Vorfeld haben bereits einen oder mehrere qualifizierten Entzüge absolviert und 60,8% der Rehabilitanden ohne qualifizierten Entzug haben bereits eine oder mehrere Entgiftungen absolviert. Die Angabe Null zu ‚keiner Angabe‘ für Rehabilitanden ohne Entgiftungen bzw. ohne qualifizierten Entzug legt nahe, dass beide Felder zur Vorbehandlung an dieser Stelle ausgefüllt wurden und bei insgesamt 76 Fällen in beiden Feldern keine Angabe gemacht wurde.

Tabelle 13 ist zu entnehmen, dass 44,6% der Rehabilitanden vor der ambulanten Maßnahme noch keine stationäre Entwöhnungsbehandlung absolviert hatten, 23,1% eine, 7,5% zwei bis drei, 1,6% vier und mehr. Bei 23,3% lag keine Angabe vor. Bei der rein ambulanten Form gab es deutlich häufiger keine stationäre Entwöhnungsbehandlung im Vorfeld (47,4%) gegenüber der Behandlungsart mit stationärer Beteiligung (15,4%) und deutlich seltener eine Entwöhnungsbehandlung (-33,7%). Im Durchschnitt absolvierten die Rehabilitanden vor der ambulanten Maßnahme 0,6 stationäre Entwöhnungsbehandlungen (SD=+/-0,9).

Abhängigkeitsdauer

Die Abhängigkeitsdauer in Jahren ist in Tabelle 14 und Abbildung 2 dargestellt. Zur Darstellung wurden folgende Gruppierungen gebildet: Ein bis fünf Jahre, sechs bis zehn Jahre, elf bis fünfzehn Jahre, sechzehn bis zwanzig Jahre, einundzwanzig bis fünfundzwanzig Jahre und über fünfundzwanzig Jahre. Am häufigsten (20,3%) lagen die Abhängigkeitsdauern im Zeitraum ein bis fünf und über 25 Jahren. Eine Abhängigkeitsdauer von 16 bis 20 Jahren wurden von 17,2% angegeben, sechs bis zehn Jahre und elf bis fünfzehn Jahre von jeweils 16,1% und einundzwanzig bis fünfundzwanzig Jahre von 10,1%. Im Mittel gaben die Rehabilitanden eine Abhängigkeitsdauer von 16,5 Jahren (+/-11,0 Jahre) an.

In der Gruppe der reinen ARS verteilen sich die Angaben relativ gleichmäßig zwischen 10,7% (einundzwanzig bis fünfundzwanzig Jahre) und 22,7% (ein bis fünf Jahre). In der Gruppe der ARS mit stationärer Beteiligung gibt es hingegen deutliche Schwerpunkte auf die Bereiche über fünfundzwanzig Jahre (39,5%) und sechzehn bis zwanzig Jahre (31,6%). Die mittlere Abhängigkeitsdauer ist hier sie-

Tabelle 13: Vorbehandlungen

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Entgiftungen						
Keine	164	40,7%	6	15,4%	170	38,5%
Eine	80	19,9%	9	23,1%	89	20,1%
2 - 3	40	9,9%	11	28,2%	51	11,5%
4 und mehr	38	9,4%	4	10,3%	42	9,5%
Keine Angabe	81	20,1%	9	23,1%	90	20,4%
Gesamt	403	100,0%	39	100,0%	442	100,0%
Durchschnittliche Anzahl	1,6		2,2		1,7	
Standardabweichung	4,1		2,5		4,0	
Qualifizierter Entzug						
Keine	82	20,3%	20	51,3%	102	23,1%
Eine	137	34,0%	3	7,7%	140	31,7%
2 - 3	39	9,7%	5	12,8%	44	10,0%
4 und mehr	11	2,7%	0	0,0%	11	2,5%
Keine Angabe	134	33,3%	11	28,2%	145	32,8%
Gesamt	403	100,0%	39	100,0%	442	100,0%
Durchschnittliche Anzahl	1,1		0,5		1,0	
Standardabweichung	1,4		1,0		1,4	
Stationäre Entwöhnungen						
Keine	191	47,4%	6	15,4%	197	44,6%
Eine	81	20,1%	21	53,8%	102	23,1%
2 - 3	26	6,5%	7	17,9%	33	7,5%
4 und mehr	4	1,0%	3	7,7%	7	1,6%
Keine Angabe	101	25,1%	2	5,1%	103	23,3%
Gesamt	403	100,0%	39	100,0%	442	100,0%
Durchschnittliche Anzahl	0,5		1,3		0,6	
Standardabweichung	0,8		1,1		0,9	

Tabelle 13a: Qualifizierter Entzug vs. Entgiftung

Qualifizierter Entzug	Entgiftungen					
	Keiner			Mindestens einer		
	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl der Zeilen (%)
Keine	40	23,5%	39,2%	62	34,1%	60,8%
Mindestens eine	130	76,5%	66,7%	51	28,0%	26,2%
Keine Angabe	0	0,0%	0,0%	69	37,9%	47,6%
Gesamt	170	100,0%	38,5%	182	100,0%	41,2%
Qualifizierter Entzug	Entgiftungen					
	Keiner			Mindestens einer		
	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl der Zeilen (%)
Keine	0	0,0%	0,0%	102	23,1%	100,0%
Mindestens eine	14	15,6%	7,2%	195	44,1%	100,0%
Keine Angabe	76	84,4%	52,4%	145	32,8%	100,0%
Gesamt	90	100,0%	20,4%	442	100,0%	100,0%

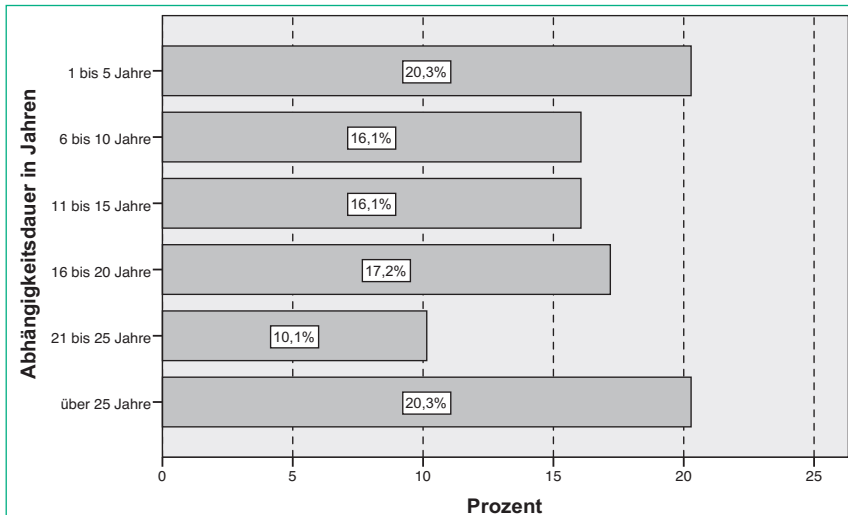


Abbildung 2: Abhängigkeitsdauer in Jahren

Tabelle 14: Abhängigkeitsdauer

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1 bis 5 Jahre	72	22,7%	0	0,0%	72	20,3%
6 bis 10 Jahre	54	17,0%	3	7,9%	57	16,1%
11 bis 15 Jahre	51	16,1%	6	15,8%	57	16,1%
16 bis 20 Jahre	49	15,5%	12	31,6%	61	17,2%
21 bis 25 Jahre	34	10,7%	2	5,3%	36	10,1%
Über 25 Jahre	57	18,0%	15	39,5%	72	20,3%
Gesamt	317	100,0%	38	100,0%	355	100,0%
Keine Angabe	86	21,3%	1	2,6%	87	19,7%
Mittelwert	15,7		22,7		16,5	
Standardabweichung	11,0		9,3		11,0	

ben Jahre höher als in der Gruppe der reinen ARS (22,7 vs. 15,7).

Da die Abhängigkeitsdauern in diesem Jahr zum ersten Mal für die ambulante Rehabilitation berichtet werden, ist kein Vergleich mit dem Vorjahr möglich.

2.5 Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende

Behandlungsdauer

Die Verteilung der Behandlungszeiten ist in Tabelle 15 und Abbildung 3 dargestellt. Zur Darstellung wurden folgende Gruppierungen gebildet: „bis 12 Wochen“, „13 bis 26 Wochen“, „27 bis 36 Wochen“, „37 bis 52 Wochen“, „53 bis 80 Wochen“ und „mehr als 80 Wochen“.

Eine Behandlungsdauer von „bis zu 12 Wochen“ hatten 15,2% aller Rehabilitanden. Diese kurze Behandlungsdauer ist wahrscheinlich überwiegend auf irregu-

Tabelle 15: Behandlungsdauer in Wochen

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 12 Wochen	56	13,9%	11	28,2%	67	15,2%
13 bis 26 Wochen	117	29,0%	11	28,2%	128	29,0%
27 bis 36 Wochen	94	23,3%	7	17,9%	101	22,9%
37 bis 52 Wochen	72	17,9%	6	15,4%	78	17,6%
53 bis 80 Wochen	57	14,1%	4	10,3%	61	13,8%
Mehr als 80 Wochen	7	1,7%	0	0,0%	7	1,6%
Gesamt	403	100,0%	39	100,0%	442	100,0%

läre Beendigungen, wie Behandlungsabbrüche, zurückzuführen (25,1% unplanmäßige Beendigungen, allein 21,9% Behandlungsabbrüche). Zwischen „13 bis 26 Wochen“ wurden 29,0% der Rehabilitanden behandelt. Bei 22,9% lag die Behandlungszeit bei „27 bis 36 Wochen“, bei 17,6% bei „37 bis 52 Wochen“. Eine Behandlungszeit von „53 bis 80 Wochen“ lag bei 13,8% der Fälle vor. Sieben Rehabilitanden wurden über 80 Wochen behandelt (1,6%). Die Behandlungsdauern unterscheiden sich über beide Behandlungsarten kaum vom Vorjahr.

Ein Vergleich der beiden Behandlungsarten zeigt bei den Rehabilitanden der ARS Schwerpunkte der Behandlungsdauer im Zeitraum von „13 bis 36 Wochen“ mit insgesamt 29,0% aller Fälle sowie im Behandlungszeitraum „27 bis 36 Wochen“ mit einem Anteil von 23,3%. Im Vergleich zum Vorjahr gibt es bei der reinen ARS kaum Unterschiede in den Verteilungen der Behandlungsdauern. Bei der ARS mit stationärer Beteiligung liegen die Schwerpunkte in den Kategorien „bis 12 Wochen“ und „13 bis 26 Wochen“ (jeweils 28,2%). Im Jahr 2017 lag der Schwerpunkt hier deutlich auf „13 bis 26 Wochen“ (41,2%).

In Tabelle 15a findet sich eine Darstellung der mittleren Behandlungsdauer sowohl für alle Rehabilitanden als auch für die Gruppe der planmäßig entlassenen Rehabilitanden, getrennt nach der Art der ambulanten Reha-Maßnahme sowie für die Gesamtstichprobe.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller Rehabilitanden beträgt 224,4 Tage (+/-135,7 Tage) bzw. 32,1 Wochen (+/-19,4 Wochen). Werden nur die planmäßig beendeten Behandlungsverläufe zur Berechnung herangezogen, ergibt sich eine durchschnittliche Behandlungs-

Tabelle 15a: Behandlungsdauer in Tagen nach Art der Beendigung

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“			Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung			Gesamt		
	Mittelwert	Standard-abw.	Gültige n	Mittelwert	Standard-abw.	Gültige n	Mittelwert	Standard-abw.	Gültige n
Planmäßig	259,4	130,0	303	237,3	121,3	28	257,5	129,3	331
Unplanmäßig	130,8	105,5	100	80,3	55,5	11	125,8	102,6	111
Gesamt	227,5	136,1	403	193,0	128,0	39	224,4	135,7	442

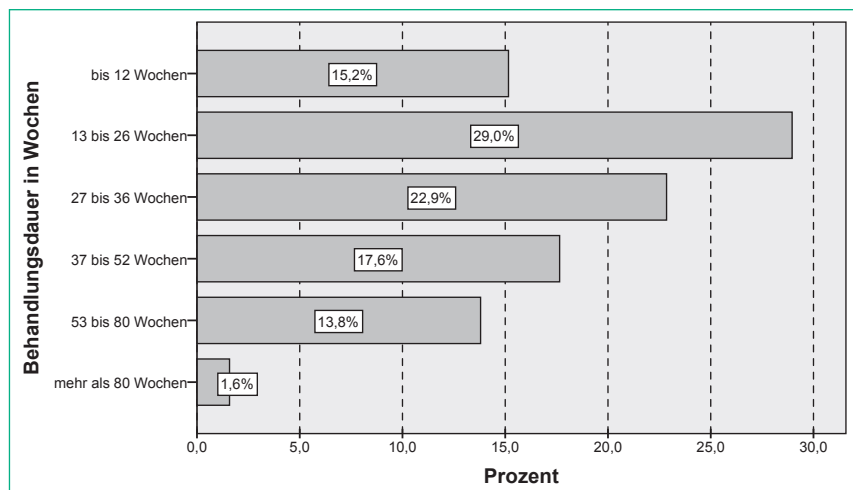


Abbildung 3: Behandlungsdauer in Wochen

Tabelle 16: Suchtmittelkonsum während der Behandlung

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kein Suchtmittelkonsum während der Behandlung	289	76,1%	28	73,7%	317	75,8%
Suchtmittelkonsum während der Behandlung	91	23,9%	10	26,3%	101	24,2%
Gesamt	380	100,0%	38	100,0%	418	100,0%
Keine Angabe	23	5,7%	1	2,6%	24	5,4%

Tabelle 16a: Anzahl der Rückfälle bei rückfälligen Patienten (n = 101)

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1	47	52,2%	3	30,0%	50	50,0%
2	17	18,9%	2	20,0%	19	19,0%
3	5	5,6%	0	0,0%	5	5,0%
4	3	3,3%	0	0,0%	3	3,0%
5 und mehr	6	6,7%	5	50,0%	11	11,0%
Unbekannt	12	13,3%	0	0,0%	12	12,0%
Gesamt	90	100,0%	10	100,0%	100	100,0%
0	1	1,1%	0	0,0%	1	1,0%

dauer von 257,5 Tagen (+/-129,3 Tage) bzw. 36,8 Wochen (+/-18,5 Wochen). Im Vergleich zum Vorjahr nimmt die durchschnittliche Behandlungsdauer für alle ambulanten Rehabilitanden um knapp 4 Tage ab, für Rehabilitanden mit planmäßiger Entlassung ist ein Rückgang um rund 20 Tage zu verzeichnen.

Die beiden Gruppen unterscheiden sich erwartungsgemäß hinsichtlich der Behandlungsdauern der planmäßig Entlassenen mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 259,4 Tagen (= 37,1 Wochen) bei den ARS Behandelten und den Behandlungen mit stationärer Beteiligung (237,3 Tage = 33,9 Wochen). Hinsichtlich der Behandlungsdauern bei unplanmäßiger Entlassung zeigten sich noch deutlichere Unterschiede: Bei den Rehabilitanden mit ausschließlich ARS ergaben sich wesentlich höhere durchschnittliche Behandlungsdauern (130,8 Tage = 18,7 Wochen) als bei den ARS mit stationärer Beteiligung (80,3 Tage = 11,5 Wochen). Hier muss allerdings auf die geringe Fallzahl (n=11) der Rehabilitationen der ARS mit stationärer Beteiligung hingewiesen werden. Zudem liegt dies sicherlich an der vorausgehenden stationären Rehabilitation, die kürzere ambulante Maßnahmen bedingt oder notwendig macht.

Während im Vergleich zum Vorjahr die Behandlungsdauer bezogen auf alle Rehabilitanden der rein ambulanten Rehabilitation gleichgeblieben ist, ist die Behandlungsdauer der ambulanten Rehabilitation mit stationärer Beteiligung um knapp 32 Tage gesunken.

Suchtmittelkonsum während der Behandlung

Zum Merkmal „Suchtmittelkonsum während der Behandlung“ lagen auch für den Entlassjahrgang 2018 nicht aus allen beteiligten Einrichtungen Angaben vor. Bezüglich der 418 Fälle mit Angaben zum Suchtmittelkonsum während der Behandlung wurde bei 75,8% der Rehabilitanden kein Suchtmittelkonsum festge-

stellt und ein Suchtmittelkonsum generell während der Behandlung bei 24,2% der Rehabilitanden. Im Vergleich zum Vorjahr steigerte sich die Anzahl der Rehabilitanden ohne Suchtmittelkonsum um 6,5%. Zwischen den Formen der ambulanten Behandlung zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede. Von den 101 rückfälligen Patienten hatte die Hälfte (50,0%) einen Rückfall. 19,0% zwei, 5,0% drei, 3,0% vier und 11% fünf oder mehr Rückfälle. Bei 12,0% war die genaue Anzahl nicht ermittelbar.

Art der Behandlungsbeendigung

Tabelle 17 gibt Auskunft über die Art der Behandlungsbeendigung gemäß dem Kodierschema des Deutschen Kerndatensatzes. 59,0% der Rehabilitanden beendeten die Behandlung regulär, 8,8% vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung und 3,2% vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis. 21,9% brachen die Maßnahme vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis ab und 1,8% wurden disziplinarisch aus der Rehabilitation entlassen. Eine außerplanmäßige Verlegung erfolgte in 0,9% der Fälle, ein planmäßiger Wechsel in eine andere Behandlungsform bei 3,8% der Rehabilitanden. Zwei Rehabilitanden (0,5%) verstarben während der ambulanten Rehabilitation.

Fasst man die Entlassungsformen „regulär“, „vorzeitig auf ärztliche Veranlassung“, „vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis“ und „planmäßiger Wechsel in eine andere Behandlungsform“ in der Kategorie „**planmäßige Behandlungsbeendigung**“ zusammen, ergeben sich 74,8% planmäßig beendete Behandlungsverläufe.

Im Vergleich der beiden ambulanten Behandlungsarten erreicht die Stichprobe der Rehabilitanden einer ARS bei den planmäßigen Entlassungen einen Anteil von 75,2%. Bei den Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung waren es 71,8%. Im Vergleich zum Vorjahr sind die planmäßigen Entlassungen über beiden Behandlungsarten um 3,8% angestiegen.

Während der Anteil der planmäßigen Entlassungen (75,2%) im Vergleich zum Vorjahr (70,9%) bei den ARS Rehabilitanden angestiegen ist, sank der Anteil bei den Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung von 76,5% in 2017 auf 71,8% in 2018.

Tabelle 17: Art der Behandlungsbeendigung

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Regulär nach Beratung / Behandlungsplan	241	59,8%	20	51,3%	261	59,0%
Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	36	8,9%	3	7,7%	39	8,8%
Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	13	3,2%	1	2,6%	14	3,2%
Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch Klient	88	21,8%	9	23,1%	97	21,9%
Disziplinarisch	8	2,0%	0	0,0%	8	1,8%
Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	3	0,7%	1	2,6%	4	0,9%
Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs- / Behandlungsform	13	3,2%	4	10,3%	17	3,8%
Verstorben	1	0,2%	1	2,6%	2	0,5%
Gesamt	403	100,0%	39	100,0%	442	100,0%
Planmäßig	303	75,2%	28	71,8%	331	74,9%
Unplanmäßig	100	24,8%	11	28,2%	111	25,1%

Tabelle 18: Erwerbssituation zu Behandlungsende

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	7	1,8%	2	5,1%	9	2,1%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	260	65,3%	25	64,1%	285	65,2%
Selbständiger / Freiberufler	17	4,3%	0	0,0%	17	3,9%
Sonstige Erwerbspersonen	2	0,5%	0	0,0%	2	0,5%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	2	0,5%	0	0,0%	2	0,5%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	2	0,5%	1	2,6%	3	0,7%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	21	5,3%	5	12,8%	26	5,9%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	24	6,0%	5	12,8%	29	6,6%
Schüler / Student	4	1,0%	0	0,0%	4	0,9%
Hausfrau / Hausmann	8	2,0%	0	0,0%	8	1,8%
Rentner / Pensionär	45	11,3%	1	2,6%	46	10,5%

noch Tabelle 18: Erwerbssituation zu Behandlungsende

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitskrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	1	0,3%	0	0,0%	1	0,2%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	5	1,3%	0	0,0%	5	1,1%
Gesamt	398	100,0%	39	100,0%	437	100,0%
Keine Angaben	5	1,2%	0	0,0%	5	1,1%
Erwerbstätig	290	72,9%	28	71,8%	318	72,8%
Arbeitslos	45	11,3%	10	25,6%	55	12,6%
Nicht erwerbstätig	63	15,8%	1	2,6%	64	14,6%

Berufliche Integration bei Entlassung

Angaben zur beruflichen Integration am Ende der ambulanten Reha-Maßnahme können Tabelle 18 entnommen werden. 72,9% der Rehabilitanden waren bei Behandlungsende erwerbstätig, 12,6% der Klientel war arbeitslos, 14,6% zählten zur Gruppe der Nichterwerbspersonen. Im Vergleich zum Vorjahr hat der Anteil der Erwerbstätigen zugenommen (+5,7%), der Anteil der Arbeitslosen ist in etwa gleichgeblieben (-0,3%) und der Anteil der nicht Erwerbstätigen hat abgenommen (-5,3%).

Bezüglich der beruflichen Integration bei Entlassung zeigen sich zwischen den verschiedenen Behandlungsarten Unterschiede im Vergleich zum Behandlungsbeginn: Bei der ARS gibt es eine Steigerung bei den Erwerbstätigen (+3,8%) sowie Abnahmen bei den Arbeitslosen (-3,4%) und den nicht Erwerbstätigen (-0,4%). Der Anteil der Erwerbstätigen bei der ARS mit stationärer Beteiligung hat um 7,7% zu- und der Anteil der arbeitslosen Rehabilitanden (-5,2%) und nicht Erwerbstätigen (-2,5%) jeweils abgenommen.

Im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich relevante Unterschiede in der ARS mit stationärer Beteiligung: Der Anteil der arbeitslosen Personen ist höher (+8%) als in 2017 und der Anteil der nicht Erwerbstätigen niedriger (-15,0%). Verwiesen sei in diesem Kontext auf die vergleichsweise geringen Fallzahlen.

In Tabelle 18a werden die Angaben zur beruflichen Integration der Patienten zum Beginn und zum Ende der Behandlung miteinander verglichen.

Von den 302 Rehabilitanden, die zum **Betreuungsbeginn** einen **Arbeits- oder Ausbildungsplatz** vorweisen konnten, hatten zum Ende der Maßnahme 94,4% noch einen Arbeitsplatz, 3,6% sind während der Behandlung arbeitslos geworden, 1,0% inzwischen nicht mehr erwerbstätig. Ein Grund für das Eintreten einer Arbeitslosigkeit während des Betreuungszeitraums könnte sein, dass die Wirksamkeit der Kündigung in die Zeit der Rehabilitation gefallen ist bzw. Kündigungen erst während der Rehabilitation erfolgten.

In der Kategorie „**arbeitslos zu Betreuungsbeginn**“ (71 Rehabilitanden) hatten

zum Ende der Betreuung 38,0% wieder einen Arbeitsplatz und 60,6% waren weiterhin arbeitslos. 1,4% waren nicht erwerbstätig. Die Verbesserung der Arbeitsplatzsituation zum Ende der Maßnahme der bei zu Beginn der Betreuung arbeitslosen Rehabilitanden könnte auch Ergebnis der Bemühungen der Einrichtungen sein, durch Unterstützung der beruflichen Reintegration und die Umsetzung von BORA-Konzepten die berufliche Situation der Rehabilitanden zu verbessern.

Von den 76 zum **Betreuungsbeginn** in die Kategorie „**nicht erwerbstätig**“ eingestuft Rehabilitanden hatten zum Betreuungsende 9,0% einen Arbeitsplatz, 89,6% waren weiterhin „nicht erwerbstätig“ und 1,5% arbeitslos.

Im Vergleich zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende ist der Anteil der Rehabilitanden mit einem Arbeitsplatz um 3,3% gestiegen.

3. Fazit und Ausblick

Angesichts der zunehmenden Bedeutung ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen stellen die Daten der ambulanten Basisdokumentation einen wichtigen Beitrag zur Überprüfung und Gewährleistung der Behandlungsqualität in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker dar. Erfreulicherweise bestätigte sich auch für den Entlassjahrgang 2018 die Tendenz der letzten Jahre in Bezug auf eine global verbesserte Datenqualität. Die Stichprobe vergrößerte sich erfreulicherweise um 99 Fälle auf n = 442.

Für die Basisdokumentation 2018 wurde die im Jahr 2016 eingeführte Veränderung in Bezug auf die Differenzierung zwischen den verschiedenen ambulanten Behandlungsarten der Rehabilitation (rein ambulante Rehabilitation Sucht, ambulante Weiterbehandlung und ambulanter Teil einer Kombinationsbehandlung)

Tabelle 18a: Berufliche Integration zu Beginn und Ende

Erwerbssituation zu Behandlungsende	Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn									
	Keine Angabe		Erwerbstätig		Arbeitslos		Nicht erwerbstätig		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine Angabe	2	100,0%	3	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	1,1%
Erwerbstätig	0	0,0%	285	94,4%	27	38,0%	6	9,0%	318	71,9%
Arbeitslos	0	0,0%	11	3,6%	43	60,6%	1	1,5%	55	12,4%
Nicht erwerbstätig	0	0,0%	3	1,0%	1	1,4%	60	89,6%	64	14,5%
Gesamt	2	100,0%	302	100,0%	71	100,0%	76	100,0%	442	100,0%

lung) fortgeführt. Die Subgruppen „ARS als ambulante Weiterbehandlung“, „ARS als ambulante Entlassphase“ und „ambulanter Teil einer Kombinationsbehandlung“ wurden zur Gruppe „ARS mit stationärer Beteiligung“ zusammengefasst. Es zeigen sich auch in 2018 Unterschiede für die Subgruppen. Aufgrund der stark unterschiedlichen Stichprobengrößen der verschiedenen ambulanten Behandlungsarten sind die Ergebnisse jedoch unter Vorbehalt zu betrachten. Die in den Zahlen und Tabellen beschriebenen Sachverhalte weisen auf den hohen Qualitätsstandard, die gute Prozessqualität und insgesamt auf eine qualitätsorientierte Durchführung der ambulanten Rehabilitationsbehandlung in den Mitgliedereinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. hin.

4. Literatur

- Basisdokumentation AHG und KDS/FVS Datensatz Sucht, Version 3.0, 06.01.2017.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2007). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – Definition und Erläuterung zum Gebrauch. Vorläufige Endfassung, Stand: 14.12.2007. www.dhs.de.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2017). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0 – Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Letzter Stand 01.01.2018.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2014) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. durchgesehene und ergänzte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2007). Basisdokumentation Sucht Version 1.0, Düsseldorf.
- Lange, N., Neeb, K., Bick-Dresen, S. et al. (2017). Basisdokumentation 2016 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen. Basisdokumentation 2016, Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 24, Teilband IV, S. 69-81. Bonn.
- Lange, N., Neeb, K., Parusel, F. et al. (2018). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2015 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige, SuchtAktuell, 25 (1), S. 87-94. Bonn.
- Missel, P., Bick, S., Bachmeier, R. et al. (2013). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige, SuchtAktuell, Jahrgang 20 (1), S. 26-34. Bonn.
- Neumann, E., Bick-Dresen, S. et al. (2018). Basisdokumentation 2017 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen. Basisdokumentation 2017, Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 25, Teilband IV, S. 62-74. Bonn.
- Neumann, E., Bick-Dresen, S. et al. (2019). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2016 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige, SuchtAktuell, 26 (1), S. 75-83, Bonn.
- Redline-Data (Hrsg.) (2003). PATFAK, Ahrens-bök.
- Autorenverzeichnis**
- Neumann, Elena, Dipl.-Psych., Teamleiterin, MEDIAN Gesundheitszentrum Köln, Köln
- Bick-Dresen, Stefanie, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Kliniken Daun, Daun
- Bingel-Schmitz, Dieter, Dipl.-Sozialarbeiter, Suchttherapeut, MEDIAN Kliniken Daun Rosenberg, Daun
- Apprederis, Agnes, Teamleiterin Suchtberatung/Pflegestützpunkt, MEDIAN Gesundheitsdienste, Koblenz
- Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Gruppe, Bad Füssing
- Brenner, Roland, Dipl.-Psych., Therapieverbund Sucht, Betzdorf
- Fölsing, Silvia, Diplom Sozialpädagogin, Ltg. Fachambulanz, salus klinik Friedrichsdorf, Friedrichsdorf
- Funke, Prof. Dr. Wilma, Dipl.-Psych., Ltd. Psychologin, MEDIAN Klinik Wied, Wied
- Klein, Dr. Thomas, Klinikleitung, Klinik Eschenburg, Eschenburg
- Köstler, Dr. Ursula, Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Kramer, Dr. Dietmar, Ltd. Arzt, salus klinik Friedrichsdorf, Friedrichsdorf
- Löhnert, Bärbel, Leitung, Klientenzentrierte Problembearbeitung, Dachau und München
- Majewski, Michael von, Dipl.-Psych., Ltd. Psychologe, MEDIAN Kliniken Poliklinik Schelfstadt; Schwerin
- Missel, Peter (†), Dipl.-Psych., Ltd. Psychologe, MEDIAN Kliniken Daun, Daun
- Schneider, Dr. Bernd, Dipl.-Psych., MEDIAN Kliniken Gesundheitsdienste, Koblenz
- Seydlitz, Dr. Ulrich, Chefarzt, Fachklinik Alte Ölmühle, Magdeburg
- Stamm, Andreas, Dipl.-Psych., Leitung, Die Tür Suchtberatung Trier e.V., Trier
- Steffen, Dr. David, Ltd. Arzt, Ianua G. P. S. mbH, Saarlouis
- Weissinger, Dr. Volker, Geschäftsführer, Fachverband Sucht e.V., Bonn

Liste der beteiligten Einrichtungen

Fachambulanz Sucht der MEDIAN Kliniken Daun, 54550 Daun/Eifel
 Fachambulanz der salus klinik Friedrichsdorf, 61381 Friedrichsdorf
 Ianua Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH, 66740 Saarlouis
 Klientenzentrierte Problembearbeitung München, 81379 München
 Klientenzentrierte Problembearbeitung Dachau, 85221 Dachau
 Klinik Eschenburg (Ambulanz), 35713 Eschenburg
 MEDIAN Gesundheitsdienste Koblenz (Ambulanz), 56068 Koblenz
 Trägerverbund Südpfalz, 76829 Landau
 MEDIAN Poliklinik Schelfstadt der Klinik Schweriner See (Ambulanz),
 19055 Schwerin
 Fachklinik Alte Ölmühle (Ambulanz), 39114 Magdeburg

Inhaltsverzeichnis

*Bick-Dresen, S., Deichler, M.-L., Bachmeier, R., Kliem, D., Laaß, T., Missel, P. (†),
Mix, S., Schneider, B., Seydlitz, U., Köstler, U., Weissinger, V.*

Teilband V

**Basisdokumentation 2018 –
Ganztagig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen**

1.	Einleitung.....	81
2.	Basisdokumentation 2018 des FVS – Einrichtungen der Ganztagig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker	81
2.1	Datenerhebung und Stichprobenbeschreibung	81
2.2	Beschreibung der Rehabilitanden nach soziodemographischen Merkmalen zu Beginn der Rehabilitation	81
2.3	Angaben zur Therapievorbereitung und Aufnahme	84
2.4	Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung	85
2.5	Angaben zum Behandlungsverlauf und zum Behandlungsende	88
2.6	Psychische Komorbidität	90
2.7	Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen	93
2.8	Vergleich der Ergebnisse zwischen 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 und 2018	96
3.	Diskussion und Ergebnisbewertung	100
4.	Ausblick	101
5.	Literatur	101
	Autorenverzeichnis.....	101
	Liste der an der Datenerhebung beteiligten Einrichtungen	101

Teilband V:

Basisdokumentation 2018 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen

1. Einleitung

In der vorliegenden Basisdokumentation Sucht des Jahres 2018 werden, wie in den Vorjahren, die wesentlichen Merkmale der Rehabilitanden¹ der Ganztägig ambulanten Rehabilitationen beschrieben, die in Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. behandelt wurden. Erfasst werden Daten zur Diagnose und soziodemographischen Situation der Rehabilitanden sowie zum Rehabilitationsverlauf und dessen Ergebnis. Von besonderem Interesse ist dabei neben der Beschreibung und Interpretation der Daten aus dem Jahr 2018 die längsschnittliche Betrachtung über mittlerweile neun Jahrgänge hinweg. In diesem Beitrag werden ausgewählte Variablen aus den Jahren 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 und 2018 miteinander verglichen.

Die Darstellungsstruktur des Beitrages folgt der bewährten Struktur der vorausgegangenen Jahre (vgl. Schneider et al., 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 sowie Bick-Dresen et al., 2017) und orientiert sich an der Darstellung der Basisdokumentation Sucht der anderen Indikationsbereiche in diesem Heft.

2. Basisdokumentation 2018 des FVS – Einrichtungen der Ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker

2.1. Datenerhebung und Stichprobenbeschreibung

Im Jahre 2018 konnten 341 Datensätze der Basisdokumentation Sucht (Basisdokumentation AHG und KDS-/FVS-Datensatz (Sucht), Version 3.0, 2017 bzw. Datenerhebung auf Basis des Kerndatensatzes

Sucht 3.0, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) aus insgesamt fünf Einrichtungen zusammengestellt werden (vgl. die Liste am Ende des Beitrages). Eingeflossen sind dabei die Daten aller in 2018 entlassenen Rehabilitanden dieser Einrichtungen. Die im Rahmen der Basisdokumentation Sucht erhobenen Daten entsprechen dem Deutschen Kerndatensatz (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2017) und werden in den Einrichtungen um dokumentationspezifische Angaben einzelner Einrichtungen oder Systeme ergänzt.

Dokumentationssysteme

	Anzahl	Prozent
IKIS (AHG)	170	49,9%
PATFAK (Redline DATA)	171	50,1%
Gesamt	341	100,0%

Zusammengeführt wurden die einrichtungsübergreifenden Daten im Auftrag des Fachverband Sucht e.V. durch Redline Data, Ahrensboök. Die Datensätze sind partiell unvollständig. Die fehlenden Daten sind jeweils am Ende jeder Tabelle unter „keine Angaben“ ausgewiesen. Die prozentualen Angaben der fehlenden Daten beziehen sich auf die Gesamtstichprobe.

Tabelle 2: Altersverteilung zu Behandlungsbeginn

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 19 Jahre	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
20 bis 29 Jahre	25	10,5%	9	8,8%	34	10,0%
30 bis 39 Jahre	64	26,8%	22	21,6%	86	25,2%
40 bis 49 Jahre	60	25,1%	32	31,4%	92	27,0%
50 bis 59 Jahre	67	28,0%	30	29,4%	97	28,4%
60 Jahre und älter	22	9,2%	9	8,8%	31	9,1%
Gesamt	239	100,0%	102	100,0%	341	100,0%
Mittelwert	44,1		45,1		44,4	
Standardabweichung	11,5		10,3		11,1	

¹ Zur einfacheren Lesbarkeit des Textes wird im Folgenden die männliche Form im geschlechtsübergreifenden Sinn verwendet. Geschlechtsspezifische Angaben sind ausdrücklich gekennzeichnet.

2.2. Beschreibung der Rehabilitanden nach soziodemographischen Merkmalen zu Beginn der Rehabilitation

Die Angaben zu den soziodemographischen Daten beschreiben die Alters- und Geschlechtsverteilung, die Partner- und Lebenssituation, den Schul- und Ausbildungsabschluss sowie die Erwerbsituation zu Behandlungsbeginn.

Geschlecht und Alter

Tabelle 1: Geschlechterverteilung

Geschlecht	Anzahl	Prozent
Männer	239	70,1%
Frauen	102	29,9%
Gesamt	341	100,0%

Die Geschlechterverteilung spiegelt das Bild der Vorjahre und die erwartete Verteilung bei einer Klientel mit überwiegender Alkoholabhängigkeit wieder: 70,1% der Rehabilitanden sind männlichen und 29,9% weiblichen Geschlechts (vgl. Tabelle 1).

Die Ergebnisse zur Altersverteilung (vgl. Tabelle 2) sind ebenfalls erwartungsgemäß. 55,4% der Rehabilitanden liegen in der Altersgruppe 40 bis 59 Jahren. 27,0%

der in 2018 entlassenen Rehabilitanden sind zwischen 40 und 49 Jahre und 28,4% liegen in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen. In die Kategorie „bis 19 Jahre“ fällt ein Rehabilitand und 60 Jahre und älter sind 9,1%. Das Durchschnittsalter der Stichprobe liegt bei 44,4 Jahren. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist mit 44,1 und 45,1 Jahren nur geringfügig. Die Verteilung aller Altersgruppen ist in Tabelle 2 vollständig ausgewiesen.

Partnerbeziehung

In Tabelle 3 ist die Partnerbeziehung der Rehabilitanden dargestellt, ergänzt werden diese Angaben durch die Tabellen 4 und 4a² mit Angaben zur Lebenssituation „alleinlebend“ oder „zusammenlebend“. Danach befinden sich 59,3% der Rehabilitanden in einer Partnerschaft, mit 62,0% deutlich mehr Männer als Frauen (53,0%). Von insgesamt 3,5% der Rehabilitanden liegen keine Angaben zur Partnerschaftssituation vor.

40,9% geben an, allein zu leben. Der Vergleich der Geschlechter zeigt hier mehr Männer (42,1%) als Frauen (38,0%). Der Großteil der Rehabilitanden, die mit anderen Personen zusammen wohnen, gibt an, mit einem Partner/einer Partnerin zusammen zu leben (65,2%). 37,6% leben mit Kindern zusammen, 8,6% mit sonstigen Personen, 7,4% mit einem oder beiden Elternteilen und 7,0% mit sonstigen Bezugspersonen.

Vergleicht man die Geschlechter, so leben mehr Männer mit einer Partnerin/einem Partner zusammen als Frauen (69,1% vs. 56,9%), während Frauen etwas häufiger mit Kindern zusammen leben (39,7% vs. 36,6%). Der Anteil der Rehabilitanden, die mit einer sonstigen Bezugsperson oder einem oder beiden Elternteilen zusammenleben, ist bei den Männern höher als bei den Frauen (8,9% vs. 3,2% und 9,4% vs. 3,2%).

Schul- und Berufsausbildung sowie Erwerbstätigkeit bei Behandlungsbeginn

Tabellen 5 stellen die Daten bezüglich der Schulbildung und dem Berufs- bzw. Ausbildungsabschluss zu Behandlungsbeginn dar.

² Die Angaben zur Lebenssituation „zusammenlebend mit“ bzw. „alleinlebend“ sind separate Items in der Basisdokumentation, deswegen kann es hier zu Mehrfachnennungen und zu unterschiedlich hohen Gesamt N kommen.

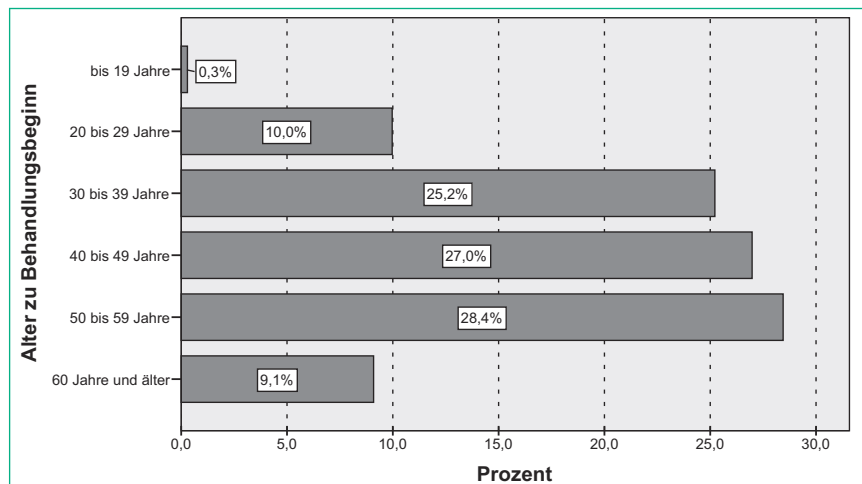


Abbildung 1: Altersverteilung der Rehabilitanden zu Behandlungsbeginn

Tabelle 3: Partnerbeziehung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nein	87	38,0%	47	47,0%	134	40,7%
Ja	142	62,0%	53	53,0%	195	59,3%
Gesamt	229	100,0%	100	100,0%	329	100,0%
Keine Angabe	10	4,2%	2	2,0%	12	3,5%

Tabelle 4: Lebenssituation alleinlebend

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nein	132	57,9%	62	62,0%	194	59,1%
Ja	96	42,1%	38	38,0%	134	40,9%
Gesamt	228	100,0%	100	100,0%	328	100,0%
Keine Angabe	11	4,6%	2	2,0%	13	3,8%

Tabelle 4a: Zusammenlebend mit

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Partner/in						
Ja	103	69,1%	41	56,9%	144	65,2%
Gesamt	149	100,0%	72	100,0%	221	100,0%
Keine Angabe	90	37,7%	30	29,4%	120	35,2%
Kind(ern)						
Ja	49	36,6%	27	39,7%	76	37,6%
Gesamt	134	100,0%	68	100,0%	202	100,0%
Keine Angabe	105	43,9%	34	33,3%	139	40,8%
Eltern(teil)						
Ja	12	9,4%	2	3,2%	14	7,4%
Gesamt	127	100,0%	62	100,0%	189	100,0%
Keine Angabe	112	46,9%	40	39,2%	152	44,6%
Sonstiger Bezugsperson						
Ja	11	8,9%	2	3,2%	13	7,0%
Gesamt	123	100,0%	63	100,0%	186	100,0%
Keine Angabe	116	48,5%	39	38,2%	155	45,5%
Sonstiger Person						
Ja	11	8,9%	5	7,9%	16	8,6%
Gesamt	123	100,0%	63	100,0%	186	100,0%
Keine Angabe	116	48,5%	39	38,2%	155	45,5%

Tabelle 5: Schul- und Ausbildungsabschluss

Höchster Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ohne Schulabschluss abgegangen	9	3,8%	4	4,0%	13	3,9%
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	64	27,1%	16	15,8%	80	23,7%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	96	40,7%	52	51,5%	148	43,9%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	66	28,0%	28	27,7%	94	27,9%
Anderer Schulabschluss	1	0,4%	1	1,0%	2	0,6%
Gesamt	236	100,0%	101	100,0%	337	100,0%
Keine Angaben	3	1,3%	1	1,0%	4	1,2%

Höchster Berufs-/ Ausbildungsabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Noch keine Ausbildung begonnen	15	6,3%	4	4,0%	19	5,6%
Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	2	0,8%	1	1,0%	3	0,9%
Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	23	9,7%	12	11,9%	35	10,4%
Betrieblicher Berufsabschluss	146	61,6%	67	66,3%	213	63,0%
Meister / Techniker	11	4,6%	2	2,0%	13	3,8%
Akademischer Abschluss	39	16,5%	14	13,9%	53	15,7%
Anderer Berufsabschluss	1	0,4%	1	1,0%	2	0,6%
Gesamt	237	100,0%	101	100,0%	338	100,0%
Keine Angaben	2	0,8%	1	1,0%	3	0,9%

Tabelle 6: Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	1	0,4%	1	1,0%	2	0,6%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	104	43,7%	39	38,2%	143	42,1%
Selbständiger / Freiberufler	4	1,7%	2	2,0%	6	1,8%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	23	9,7%	10	9,8%	33	9,7%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	31	13,0%	9	8,8%	40	11,8%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	58	24,4%	27	26,5%	85	25,0%
Schüler / Student	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Hausfrau / Hausmann	2	0,8%	4	3,9%	6	1,8%
Rentner / Pensionär	8	3,4%	5	4,9%	13	3,8%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	4	1,7%	3	2,9%	7	2,1%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	2	0,8%	2	2,0%	4	1,2%
Gesamt	238	100,0%	102	100,0%	340	100,0%
Keine Angaben	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%

Erwerbstätig	132	55,5%	52	51,0%	184	54,1%
Arbeitslos	89	37,4%	36	35,3%	125	36,8%
Nicht erwerbstätig	17	7,1%	14	13,7%	31	9,1%

Die Mehrheit der Rehabilitanden verfügt über einen Realschulabschluss bzw. den Abschluss der Polytechnischen Oberschule (43,9%). 23,7%, haben einen Hauptschul-/Volksschulabschluss; 27,9% erreichten die (Fach-)Hochschulreife bzw. das Abitur. Ohne Schulabschluss sind 3,9%. 0,6% der Rehabilitanden geben an, einen anderen Schulabschluss zu haben. In den am häufigsten besetzten Kategorien finden sich geringfügige Geschlechtsunterschiede. In der Kategorie „Hauptschule/Volksschule“ sind die Männer zu 11,3% häufiger vertreten. In der Kategorie „Realschule/Polytechnische Oberschule“ sind 10,8% mehr Frauen vertreten. Bei der (Fach-)Hochschulreife liegen die Männer mit 0,3% minimal vor den Frauen.

Im zweiten Teil von Tabelle 5 ist ein Überblick über die Berufs- bzw. Ausbildungsabschlüsse der Rehabilitanden des Jahres 2018 dargestellt. Die Mehrheit der Rehabilitanden hat mit 63,0% einen betrieblichen Berufsabschluss, 15,7% haben einen akademischen Abschluss. 10,4% der Rehabilitanden haben weder eine Hochschul- noch eine Berufsausbildung abgeschlossen, 3,8% sind Techniker oder Meister und 5,6% haben noch keine Ausbildung begonnen. Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich bei der betrieblichen Berufsausbildung mit 66,3% zu 61,6% zu Gunsten der Frauen. Bei der Kategorie Meister/Techniker liegen die Männer mit 4,6% zu 2,0% vor den Frauen, ebenso bei den akademischen Abschlüssen mit 16,5% zu 13,9% und in der Kategorie „keine Ausbildung begonnen“ mit 6,3% zu 4,0%. Dagegen sind Frauen stärker mit 11,9% zu 9,7% in der Kategorie „keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen“ vertreten.

Tabelle 6 beschreibt die Erwerbssituation der Rehabilitanden zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung. Daraus wird ersichtlich, dass 42,1% als Arbeiter, Angestellte oder Beamte berufstätig sind, hinzu kommen 1,8% selbständig Berufstätige und 0,6% Auszubildende. Mit 25,0% bilden die ALG-II-Empfänger die zweitgrößte Gruppe in diesem Merkmal; 11,8% erhalten ALG I. Somit stellt die Gruppe der Arbeitslosen einen bedeutenden Anteil der hier untersuchten Stichprobe (36,8%) dar. Die Geschlechtsunterschiede sind relativ gering: 2,1% mehr Frauen sind prozentual arbeitslos mit ALG II-Bezug, beim ALG I-Bezug sind es 4,2% mehr Männer. Frauen sind weniger häufig als Arbeiter/Ange-

stellter/Beamter tätig (5,5% weniger). In den Kategorien „Selbstständiger/Freiberufler“, „Rentner/Pensionär“, „Hausfrau/Hausmann“ sowie „Schüler/Student“ sind die Unterschiede nur sehr gering.

Die relativ geringen Geschlechtsunterschiede zeigen sich auch in den zusammenfassenden Kategorien „erwerbstätig“, „nicht erwerbstätig“ und „arbeitslos“. In der Kategorie „erwerbstätig“ sind mit 4,5% prozentual mehr Männer vertreten. Mit 6,6% sind in der Kategorie „nicht erwerbstätig“ prozentual mehr Frauen als Männer vertreten. Bei den Arbeitslosen liegen die Männer mit 2,1% über dem Anteil der Frauen.

2.3. Angaben zur Therapievorbereitung und Aufnahme

Zuweiser

Tabelle 7 zeigt, welche Institutionen an der Vorbereitung und Beantragung der Rehabilitationsmaßnahmen beteiligt sind. Mit dem neuen Deutschen Kerndatensatz haben sich hier die Kategorien teilweise verändert, was einen Vergleich mit den Vorjahren erschwert.

59,7% der Rehabilitanden finden den Weg über die ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen, Fachambulanzen etc.) in die Ganztägig ambulante Rehabilitation. 10,0% kamen über psychiatrische Krankenhäuser, 9,1% waren Selbstmelder, 8,8% über stationäre Suchthilfeeinrichtungen. Jeweils 2,4% finden über die Selbsthilfe, den Arbeitgeber oder ein Allgemeinkrankenhaus in die Ganztägig ambulante Rehabilitation.

Es fällt auf, dass niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten weiterhin nur mit je 0,3% bzw. 0,6% vertreten sind, d.h. dieser Zuweisungsweg wird weiterhin kaum genutzt.

Kosten- und Leistungsträger

Als Kosten- und Leistungsträger für die Ganztägig ambulante Rehabilitation tritt mit 88,3% zum weitaus größten Teil die Rentenversicherung in Erscheinung (siehe Tabelle 8). Der Anteil der Krankenkassen liegt bei 10,3%. 0,9% entfallen auf die Kategorien „pauschal finanziert“, „Arbeitsagentur/Jobcenter“ und „sonstige Kostenträger“ sowie 0,6% auf die „Jugendhilfe“ und „Selbstzahler“.

Tabelle 7: Vermittelnde Instanz

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine / Selbstmelder	20	8,4%	11	10,8%	31	9,1%
Soziales Umfeld	2	0,8%	1	1,0%	3	0,9%
Selbsthilfe	5	2,1%	3	2,9%	8	2,4%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	6	2,5%	2	2,0%	8	2,4%
Ärztliche Praxis	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Psychotherapeutische Praxis	1	0,4%	1	1,0%	2	0,6%
Allgemeines Krankenhaus	6	2,5%	2	2,0%	8	2,4%
Einrichtung der Akutbehandlung	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Psychiatrisches Krankenhaus	19	8,0%	15	14,7%	34	10,0%
Ambulante Suchthilfe-einrichtung	147	61,8%	56	54,9%	203	59,7%
Stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	25	10,5%	5	4,9%	30	8,8%
Soziotherapeutische Einrichtung	0	0,0%	1	1,0%	1	0,3%
Einrichtung der Jugendhilfe	0	0,0%	1	1,0%	1	0,3%
Jugendamt	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Agentur für Arbeit / Jobcenter	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Einrichtung im Präventionssektor	1	0,4%	1	1,0%	2	0,6%
Kosten-/Leistungsträger	1	0,4%	3	2,9%	4	1,2%
Sonstige Einrichtung / Institution	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Gesamt	238	100,0%	102	100,0%	340	100,0%
Keine Angabe	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%

Tabelle 8: Kostenträger

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Pauschal	3	1,3%	0	0,0%	3	0,9%
Selbstzahler	2	0,8%	0	0,0%	2	0,6%
Rentenversicherung	212	88,7%	89	87,3%	301	88,3%
Krankenversicherung	22	9,2%	13	12,7%	35	10,3%
Sozialhilfe	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Jugendhilfe	1	0,4%	1	1,0%	2	0,6%
Arbeitsagenturen, Jobcenter	3	1,3%	0	0,0%	3	0,9%
Pflegeversicherung	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Sonstiges	3	1,3%	0	0,0%	3	0,9%
Gesamt	246		103		349	

Tabelle 9: Hauptdiagnosen

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Alkohol (F10.2)	185	77,4%	84	82,4%	269	78,9%
Opioide (F11.2)	5	2,1%	1	1,0%	6	1,8%
Cannabinoiden (F12.2)	27	11,3%	5	4,9%	32	9,4%
Sedativa/Hypnotika (F13.2)	2	0,8%	1	1,0%	3	0,9%
Kokain (F14.2)	7	2,9%	2	2,0%	9	2,6%
Stimulanzien (F15.2)	11	4,6%	5	4,9%	16	4,7%
Polytoxikomanie oder Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen (F19.2)	2	0,8%	4	3,9%	6	1,8%
Gesamt	239	100,0%	102	100,0%	341	100,0%

2.4. Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung

Diagnosen

Die Darstellung der Diagnosen entsprechend der ICD-10 (Dilling, H., Mombour,

W., Schmidt, M. H., 2005) in der Basisdokumentation Sucht 2018 umfasst die Hauptdiagnosen aus F10-F19, F50, F55, F63.0, F63.8 oder F68.8 sowie weitere psychische und somatische Diagnosen.

Tabelle 9 weist die Hauptdiagnosen im Bereich der Abhängigkeit aus. Mit 78,9%

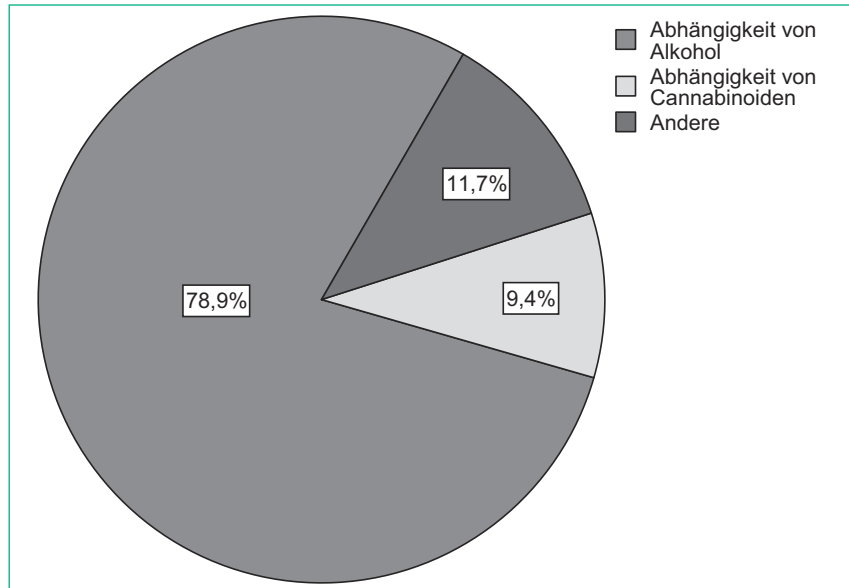


Abbildung 2: Hauptdiagnosen

Tabelle 10a: Psychische Diagnosen (ohne Hauptdiagnosen)

		Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F0	5	2,1%	0	0,0%	5	1,5%
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	F1*	4	1,7%	0	0,0%	4	1,2%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F2	1	0,4%	1	1,0%	2	0,6%
Affektive Störungen	F3	49	20,5%	32	31,4%	81	23,8%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	28	11,7%	18	17,6%	46	13,5%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	F5	2	0,8%	2	2,0%	4	1,2%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	20	8,4%	18	17,6%	38	11,1%
Intelligenzminderung	F7	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Entwicklungsstörungen	F8	2	0,8%	0	0,0%	2	0,6%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	7	2,9%	4	3,9%	11	3,2%
Gesamt		239		102		341	
Durchschnittliche Anzahl		0,5		0,8		0,6	
Standardabweichung		0,7		0,8		0,8	

* Anmerkung: Hierbei handelt es sich um F1X.5-Diagnosen (psychotische Störung), keine Diagnosen 'schädlicher Gebrauch' oder 'Abhängigkeitssyndrom'.

stellt die Diagnose der Alkoholabhängigkeit erwartungsgemäß die mit Abstand häufigste Diagnose dar. An zweiter Stelle folgt die Cannabisabhängigkeit (9,4%). Einen Anteil über 4,7% erzielt die Störung durch Stimulanzien, mit 2,6% ist Kokain vertreten, Opioide und Polytoxikomanie mit 1,8% sowie Sedativa mit 0,9%. Pathologisches Glücksspielen und pathologischer PC- und Internetgebrauch sind nicht vertreten.

Tabelle 10a weist die vorhandenen psychischen Diagnosen aus, die in der Basisdokumentation separat von der abhängigkeitsbezogenen Hauptdiagnose auf bis zu 6 Diagnoseplätzen angegeben werden können. Am häufigsten sind hier die affektiven Störungen (F3) mit 23,8%, „neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F4) mit 13,5% und mit 11,1% „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F6) vertreten.

Im Mittel haben die Rehabilitanden 0,6 psychische Diagnosen. Dabei sind die Frauen mit 0,8 psychischen Diagnosen etwas stärker belastet als die Männer mit 0,5 psychischen Diagnosen.

Tabelle 10b stellt die absoluten und prozentualen Häufigkeiten der diagnostizierten Erkrankungen aus weiteren Kapiteln der ICD-10 außerhalb der psychischen Störungen dar. Mit 27,0% werden die Diagnosen aus dem Kapitel M, Krankheiten des „Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“, am häufigsten genannt. Krankheiten des „Kreislaufsystems“ wurden bei 22,6% der Rehabilitanden diagnostiziert, gefolgt von „endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ mit 19,1%. „Krankheiten des Verdauungssystems“ treten bei 12,6% der Rehabilitanden auf und „Krankheiten des Nervensystems“ sind mit 7,0% vertreten. Im Durchschnitt haben die Rehabilitanden 1,3 somatische Diagnosen, wobei hier der Unterschied zwischen den Geschlechtern bei nur 0,2 zu Ungunsten der Männer liegt.

Das Auftreten der genannten Krankheitsbilder ist zum einen auf die Altersstruktur der Rehabilitanden mit einer deutlichen Häufung der 40- bis 60-Jährigen zurückzuführen. Zum anderen kann es sich bei den genannten Krankheitsbildern auch um suchtmittelassoziierte Folgeerkrankungen handeln. Dies unterstreicht, dass die psychische Erkrankung „Abhängigkeit“ weitreichende Implikationen auf die körperliche Gesundheit hat.

Tabelle 10b: Somatische Diagnosen

		Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00-B99	7	2,9%	2	2,0%	9	2,6%
Neubildungen	C00-D48	2	0,8%	1	1,0%	3	0,9%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50-D89	2	0,8%	0	0,0%	2	0,6%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00-E90	44	18,4%	21	20,6%	65	19,1%
Krankheiten des Nervensystems	G00-G99	18	7,5%	6	5,9%	24	7,0%
Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00-H95	6	2,5%	2	2,0%	8	2,3%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I99	60	25,1%	17	16,7%	77	22,6%
Krankheiten des Atmungssystems	J00-J99	13	5,4%	9	8,8%	22	6,5%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00-K93	34	14,2%	9	8,8%	43	12,6%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00-L99	4	1,7%	1	1,0%	5	1,5%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00-M99	67	28,0%	25	24,5%	92	27,0%
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00-N99	1	0,4%	2	2,0%	3	0,9%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andernorts klassifiziert sind	R00-R99	3	1,3%	3	1,9%	6	1,8%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00-T98	4	1,7%	1	1,0%	5	1,5%
Sonstige somatische Diagnosen	Sonstige	8	3,3%	3	1,9%	11	3,2%
Gesamt		239		102		341	
Keine		110	46,0%	44	43,1%	154	45,2%
Mindestens eine		129	54,0%	58	56,9%	187	54,8%
Gesamt		239	100,0%	102	100,0%	341	100,0%
Durchschnittliche Anzahl		1,4		1,2		1,3	
Standardabweichung		1,6		1,4		1,6	

Tabelle 10c zeigt die relative Häufigkeit sowie die durchschnittliche Anzahl weiterer Suchtmitteldiagnosen bei den Rehabilitanden im Jahr 2018. Bei insgesamt 71,6% wurde eine F1-Diagnose mit schädlichem Gebrauch oder einem Abhängigkeitssyndrom diagnostiziert, das sind im Mittel 1,1 Diagnosen, wobei Männer etwas stärker belastet sind als Frauen (1,2 vs. 1,0 bzw. 74,1% vs. 65,7%). Diese Werte sind vor allem auf F17 ‚Störung durch Tabak‘ zurückzuführen, die mit Abstand am häufigsten vertreten ist (62,8%). An zweiter Stelle steht die Störung durch Cannabinoide mit 15,8%, gefolgt von je 9,1% Störung durch Alkohol und multiplen Substanzkonsum.

Vorbehandlungen, Abhängigkeitsdauer

Mit dem neuen Kerndatensatz unterscheidet die Basisdokumentation nun zwischen Entgiftungen und qualifiziertem Entzug. Dadurch und vielleicht auch auf die noch ungewohnte Dokumentation sind wahrscheinlich die relativ hohen

Tabelle 10c: Weitere Suchtmitteldiagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

		Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Alkohol	F10	23	9,6%	8	7,8%	31	9,1%
Opioide	F11	4	1,7%	2	2,0%	6	1,8%
Cannabinoide	F12	41	17,2%	13	12,7%	54	15,8%
Sedativa/Hypnotika	F13	7	2,9%	3	2,9%	10	2,9%
Kokain	F14	17	7,1%	3	2,9%	20	5,9%
Stimulanzen	F15	18	7,5%	3	2,9%	21	6,2%
Halluzinogene	F16	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Tabak	F17	154	64,4%	60	58,8%	214	62,8%
Flüchtige Lösungsmittel	F18	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Multipler Substanzgebrauch	F19	24	10,0%	7	6,9%	31	9,1%
Gesamt		239		102		341	
Keine		62	25,9%	35	34,3%	97	28,4%
Mindestens eine		177	74,1%	67	65,7%	244	71,6%
Gesamt		239	100,0%	102	100,0%	341	100,0%
Durchschnittliche Anzahl		1,2		1,0		1,1	
Standardabweichung		1,1		0,9		1,0	

Tabelle 11a: Vorbehandlungen

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Entgiftungen						
Keine	39	29,5%	11	19,3%	50	26,5%
Eine	38	28,8%	22	38,6%	60	31,7%
2 - 3	31	23,5%	12	21,1%	43	22,8%
4 und mehr	24	18,2%	12	21,1%	36	19,0%
Gesamt	132	100,0%	57	100,0%	189	100,0%
Gesamt	239	100,0%	102	100,0%	341	100,0%
Keine Angabe	107	44,8%	45	44,1%	152	44,6%
Mittelwert	2,8		3,7		3,1	
Standardabw.	5,6		7,1		6,1	
qualifizierter Entzug						
Keine	52	43,3%	18	34,0%	70	40,5%
Eine	44	36,7%	20	37,7%	64	37,0%
2 - 3	21	17,5%	10	18,9%	31	17,9%
4 und mehr	3	2,5%	5	9,4%	8	4,6%
Gesamt	120	100,0%	53	100,0%	173	100,0%
Keine Angabe	119	49,8%	49	48,0%	168	49,3%
Mittelwert	1,0		1,4		1,1	
Standardabw.	2,1		1,9		2,0	
stat. Entwöhnung						
Keine	39	32,5%	16	36,4%	55	33,5%
Eine	54	45,0%	20	45,5%	74	45,1%
2 - 3	23	19,2%	8	18,2%	31	18,9%
4 und mehr	4	3,3%	0	0,0%	4	2,4%
Gesamt	120	100,0%	44	100,0%	164	100,0%
Keine Angabe	119	49,8%	58	56,9%	177	51,9%
Mittelwert	1,0		0,8		1,0	
Standardabw.	1,1		0,8		1,0	

fehlenden Angaben zurückzuführen. Bei immerhin 44,6% der Rehabilitanden liegt keine Angabe zu vorherigen Entgiftungen vor und bei 49,3% keine Angabe zum qualifizierten Entzug. Zu stationären Entwöhnungen in der Vorgeschichte fehlen die Angaben bei 51,9%.

Tabelle 11a zeigt, dass 26,5% der Rehabilitanden keine Entgiftungen und 40,5% keinen qualifizierten Entzug absolviert haben. 31,7% haben eine Entgiftung und 37,0% einen qualifizierten Entzug in der Vorgeschichte. Zwei bis drei Entgiftungen oder qualifizierte Entzugsbehandlungen sind bei 22,8% bzw. 17,9% der Rehabilitanden dokumentiert. Die Frage, ob sich die Entgiftungen bzw. Entzugsbehandlungen auf die beiden Variablen verteilen, lässt sich mit einem Blick auf Tabelle 11b ansatzweise erklären. Insgesamt 18 Rehabilitanden haben weder eine Entgiftung noch einen qualifizierten Entzug in der Vorgeschichte, während 60,0% der Rehabilitanden ohne eine Entgiftung mindestens einen qualifizierten Entzug sowie 60,0% der Rehabilitanden ohne qualifizierten Entzug mindestens eine Entgiftung durchlaufen haben.

Die Betrachtung der Geschlechter zeigt nur geringe Unterschiede. Frauen haben etwas häufiger eine oder mehrer Entgiftungen in der Vorgeschichte (80,7% zu 70,5%) oder einen oder mehrere qualifizierten Entzugsbehandlungen mit 66,0% zu 56,7%.

Tabelle 11b: Entgiftungen vs. qualifizierter Entzug

Qualifizierter Entzug	Entgiftungen								
	Keine			Eine			2 - 3		
	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl der Zeilen (%)
Keine	18	36,0%	25,7%	18	30,0%	25,7%	15	34,9%	21,4%
Eine	15	30,0%	23,4%	3	5,0%	4,7%	2	4,7%	3,1%
2-3	11	22,0%	35,5%	6	10,0%	19,4%	2	4,7%	6,5%
4 und mehr	4	8,0%	50,0%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
Keine Angabe	2	4,0%	1,2%	33	55,0%	19,6%	24	55,8%	14,3%
Gesamt	50	100,0%	14,7%	60	100,0%	17,6%	43	100,0%	12,6%
Qualifizierter Entzug	Entgiftungen								
	4 und mehr			Keine Angabe			Gesamt		
	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl der Zeilen (%)
Keine	9	25,0%	12,9%	10	6,6%	14,3%	70	20,5%	100,0%
Eine	4	11,1%	6,3%	40	26,3%	62,5%	64	18,8%	100,0%
2 - 3	3	8,3%	9,7%	9	5,9%	29,0%	31	9,1%	100,0%
4 und mehr	1	2,8%	12,5%	3	2,0%	37,5%	8	2,3%	100,0%
Keine Angabe	19	52,8%	11,3%	90	59,2%	53,6%	168	49,3%	100,0%
Gesamt	36	100,0%	10,6%	152	100,0%	44,6%	341	100,0%	100,0%

Eine stationäre Entwöhnung haben (siehe Tabelle 11a) insgesamt 45,1% und mehr als eine 21,3% der Rehabilitanden absolviert, 33,5% hingegen keine. Im Durchschnitt sind es 1,0 Entwöhnungen, wobei die Männer mit 1,0 Entwöhnungen vor den Frauen mit 0,8 Entwöhnungen liegen.

Wie bereits in den Artikeln der Vorjahre erläutert wurde, basiert die Angabe der Abhängigkeitsdauer auf der Einschätzung des Therapeuten bei Behandlungsbeginn. Die fehlenden Angaben bzw. die Angabe „unbekannt“ beschränkt sich für das Bezugsjahr auf 3,2%, sodass die vorhandenen Angaben ein genaueres Bild der Rehabilitanden liefern. 26,7% sind 1 bis 5 Jahre abhängig, 23,9% sind seit 6 bis 10 Jahren, 20,6% zwischen 16 und 20 Jahren, 13,3% zwischen 11 und 15 Jahren und 15,5% seit mehr als 20 Jahren. Im Durchschnitt sind die Rehabilitanden seit 13,0 Jahren abhängig.

Mit 13,7 Jahren sind Männer bereits deutlich länger abhängig, wenn sie die ganztägig ambulante Rehabilitation wahrnehmen, als Frauen mit 11,4 Jahren. Deutlicher wird dies bei der Betrachtung der Gruppe der mehr als 20 Jahre Abhängigen. Hier liegt der Anteil der Männer bei 18,2%, der der Frauen hingegen bei 9,1%. Gleichzeitig ist der Anteil der 1 bis 5 Jahre Abhängigen und 11 bis 15 Jahre Abhängigen bei den Frauen um 5,2% bzw. 5,5% höher als bei den Männern.

2.5. Angaben zum Behandlungsverlauf und zum Behandlungsende

Behandlungsdauer und Art der Beendigung

Tabelle 13 zeigt die Dauer der Behandlung in Wochen. Mit 30,2% bei acht bis zwölf Wochen und 19,1% bei zwölf bis 16 Wochen ist knapp die Hälfte der Rehabilitanden (49,3%) zwischen acht und 16 Wochen in Behandlung gewesen. Dahinter folgt mit 15,8% der Anteil der Rehabilitanden, die nur bis zu vier Wochen in Behandlung waren. Im Durchschnitt dauert die Ganztägig ambulante Rehabilitation im Jahr 2018 68,5 Tage bezogen auf alle Rehabilitanden. Wurde die Behandlung regulär beendet, dauerte sie im Durchschnitt 81,3 Tage, bei planmäßigen Behandlungsbeendigungen 72,5 Tage. Planmäßige Beendigungen fassen die Entlassformen „regulär“, „vorzeitig auf ärztliche Veranlassung“, „vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis“

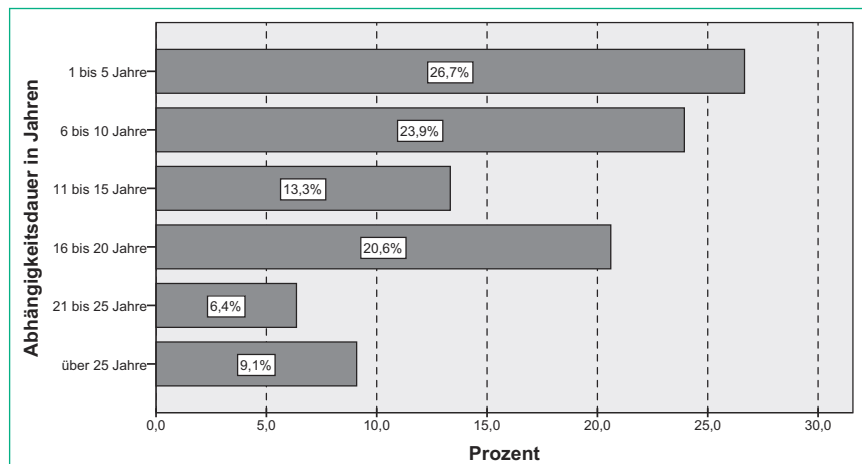


Abbildung 3: Abhängigkeitsdauer

Tabelle 12: Abhängigkeitsdauer

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1 bis 5 Jahre	58	25,1%	30	30,3%	88	26,7%
6 bis 10 Jahre	54	23,4%	25	25,3%	79	23,9%
11 bis 15 Jahre	27	11,7%	17	17,2%	44	13,3%
16 bis 20 Jahre	50	21,6%	18	18,2%	68	20,6%
21 bis 25 Jahre	18	7,8%	3	3,0%	21	6,4%
Über 25 Jahre	24	10,4%	6	6,1%	30	9,1%
Gesamt	231	100,0%	99	100,0%	330	100,0%
Keine Angabe	8	3,3%	3	2,9%	11	3,2%
Mittelwert	13,7		11,4		13,0	
Standardabweichung	9,3		8,2		9,1	

nis“ sowie „planmäßiger Wechsel“ zusammen.

Der relativ große Anteil der Fälle, die bereits nach bis zu vier Wochen die Rehabilitation beenden, kann sich zum einen aus „frühen Beendern“ sowie aus Rehabilitanden, die die Tagesrehabilitation als Anschlussbehandlung an eine stationäre Rehabilitation im Sinne der ganztägig ambulanten Entlassphase nutzen, zusammensetzen.

Die Interpretation der Verweildauer gestaltet sich schwierig, da bereits die Art der Leistungen bzw. Kostenzusagen stark differieren. So kann die tagesrehabilitative Behandlung Hauptbehand-

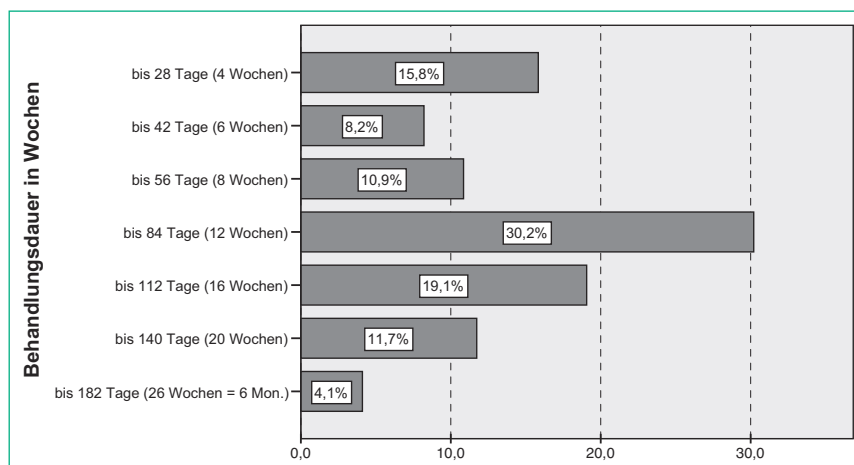
lung sein, während die stationäre Rehabilitation im Sinne der ganztägig ambulanten Entlassphase nutzen, zusammensetzen.

Tabelle 13: Dauer der Behandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 28 Tage (4 Wochen)	37	15,5%	17	16,7%	54	15,8%
Bis 42 Tage (6 Wochen)	21	8,8%	7	6,9%	28	8,2%
Bis 56 Tage (8 Wochen)	26	10,9%	11	10,8%	37	10,9%
Bis 84 Tage (12 Wochen)	71	29,7%	32	31,4%	103	30,2%
Bis 112 Tage (16 Wochen)	42	17,6%	23	22,5%	65	19,1%
Bis 140 Tage (20 Wochen)	31	13,0%	9	8,8%	40	11,7%
Bis 182 Tage (26 Wochen = 6 Mon.)	11	4,6%	3	2,9%	14	4,1%
Über 6 Monate	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gesamt	239	100,0%	102	100,0%	341	100,0%

Tabelle 13a: Dauer der Behandlung in Abhängigkeit von der Entlassart (in Tagen)

	Männer			Frauen			Gesamt		
	Mittelwert	Standard-abweichung	Gültige N	Mittelwert	Standard-abweichung	Gültige N	Mittelwert	Standard-abweichung	Gültige N
Regulär nach Beratung / Behandlungsplan	81,4	33,1	170	81,0	27,5	75	81,3	31,5	245
Planmäßig Beendigung	72,2	35,9	216	73,4	31,7	90	72,5	34,7	306
Unplanmäßig Beendigung	40,1	36,5	23	18,3	15,9	12	32,6	32,5	35
Gesamt	69,1	37,2	239	66,9	35,1	102	68,5	36,5	341


Abbildung 4: Behandlungsdauer in Wochen
Tabelle 14: Art der Beendigung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Regulär nach Beratung / Behandlungsplan	170	71,1%	75	73,5%	245	71,8%
Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	22	9,2%	6	5,9%	28	8,2%
Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	12	5,0%	4	3,9%	16	4,7%
Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klient	18	7,5%	11	10,8%	29	8,5%
Disziplinarisch	3	1,3%	0	0,0%	3	0,9%
Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	2	0,8%	1	1,0%	3	0,9%
Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs- / Behandlungsform	12	5,0%	5	4,9%	17	5,0%
Gesamt	239	100,0%	102	100,0%	341	100,0%
Planmäßig	216	90,4%	90	88,2%	306	89,7%
Unplanmäßig	23	9,6%	12	11,8%	35	10,3%

lung sein, jedoch auch Teil einer Kombinationsbehandlung oder als ambulante Entlassphase konzipiert sein. In den beiden letzten Fällen sind die Behandlungszeiten deutlich niedriger. Somit

ist davon auszugehen, dass die durchschnittliche Behandlungsdauer die tatsächliche Behandlungszeit der reintagesklinischen Behandlung unterschätzt.

Art der Behandlungsbeendigung

In Tabelle 14 sind die unterschiedlichen Entlassformen sowie die planmäßigen und unplanmäßigen Beendigungen dargestellt. 89,7% der Rehabilitanden beenden die Ganztägig ambulante Rehabilitation planmäßig, darunter sind 71,8% reguläre Beendigungen. 8,5% der Rehabilitanden brechen die Behandlung ab und nur 0,9% beenden die Behandlung disziplinarisch.

Dies deutet darauf hin, dass in der überwiegenden Zahl der Behandlungen eine Passung zwischen Behandlungssetting und Patient hergestellt werden kann und im Vorfeld von den vorbehandelnden Stellen und den Kosten- und Leistungsträgern die richtige Indikationsentscheidung getroffen wurde.

Suchtmittelkonsum während der Behandlung

Tabelle 15 stellt Daten zur Rückfälligkeit der Rehabilitanden während der Entwöhnungsbehandlung zusammen. Für 77,3% wird angegeben, dass es zu keinem Rückfall während der Behandlung kam, bei 22,7% ist ein Rückfall mit Suchtmitteln während der Behandlung festgehalten worden. Allerdings liegen von 9,7% der Rehabilitanden keine Informationen vor.

Betrachtet man die 70 rückfälligen Rehabilitanden, dann kam es bei 65,7% zu nur einem Rückfall während der Behandlung, bei 22,9% waren es zwei Rückfälle und in insgesamt 5 Fällen kam es zu mindestens drei Suchtmittelrückfällen. Bei 3 Rehabilitanden war die Anzahl der Rückfälle unbekannt.

Die tatsächlich vorhandenen Daten dürften eine hohe Verlässlichkeit hinsichtlich der Identifizierung möglicher Rückfälle aufweisen, da in der Ganztägig ambulanten Rehabilitation die Rehabilitanden sehr häufig einer Atemluftkontrolle unterzogen werden und zufallsmäßig Ethylglucuronid-(EtG-)Untersuchungen durchgeführt werden.

Berufliche Integration bei Entlassung

Die allgemeine Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden bei Betreuungsende geht aus Tabelle 16 hervor. 84,5% der Rehabilitanden sind mit 6 und mehr Stunden voll erwerbsfähig; 1,2% sind mit „3 bis unter 6 Stunden“ teilweise erwerbsfähig. 6,8% sind mit „unter 3 Stunden“ voll erwerbsgemindert. Bei 7,4% der Rehabilitanden waren keine Angaben erforderlich (z.B. Altersrentner).

Zum Behandlungsende sind nur wenige Veränderungen bei der Erwerbsituation (siehe Tabelle 17 und 17a) festzustellen. 52,9% der Rehabilitanden sind erwerbstätig, 37,9% arbeitslos und 9,1% nicht erwerbstätig. Insgesamt fällt die Zahl der Erwerbstätigen zu Beginn von 184 auf 180 Fälle zum Ende, die der nicht Erwerbstätigen bleibt stabil bei 31, während die Zahl der Arbeitslosen von 125 auf 129 leicht steigt.

Tabelle 17b zeigt die Verschiebungen in den Kategorien ‚erwerbstätig‘, ‚arbeitslos‘ und ‚nicht erwerbstätig‘. Insgesamt 90,8% der Rehabilitanden bleiben erwerbstätig, 8,7% werden arbeitslos, während bei den Arbeitslosen insgesamt 89,6% arbeitslos bleiben, aber 10,4% am Ende der Rehabilitation wieder einen Arbeitsplatz haben. Aus der Kategorie ‚nicht erwerbstätig‘ wechselt 1 Patient zu den Arbeitslosen. Insgesamt bleibt die berufliche Integration zu Behandlungsbeginn weitestgehend erhalten, nur in wenigen Fällen verändert sich im Laufe der Rehabilitation die berufliche Situation.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Rehabilitanden im Bereich der Tagesrehabilitation überwiegend erwerbstätig entlassen werden. Des Weiteren kann bei den Erwerbstätigen von einer Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit ausgegangen werden. Die nach der Rehabilitation anhaltend hohe Erwerbslosigkeit zeigt, dass auch nach der Rehabilitation weitere arbeitsintegrierende Maßnahmen notwendig sind. Es ist zu hoffen, dass die medizinische Rehabilitation die Voraussetzungen für eine erfolgversprechende Umsetzung solcher Maßnahmen geschaffen hat. Eine gelingende berufliche Integration wird umgekehrt auch zu einer Stabilisierung des Rehabilitationserfolges beitragen.

2.6. Psychische Komorbidität

In diesem Abschnitt wird in diesem Jahr der Versuch einer genaueren Betrachtung der psychischen Komorbidität, trotz

Tabelle 15: Suchtmittelkonsum während der Behandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kein Suchtmittelkonsum während der Behandlung	164	77,0%	74	77,9%	238	77,3%
Suchtmittelkonsum während der Behandlung	49	23,0%	21	22,1%	70	22,7%
Gesamt	213	100,0%	95	100,0%	308	100,0%
Keine Angabe	26	10,9%	7	6,9%	33	9,7%

Tabelle 15a: Anzahl der Suchtmittelrückfälle während der Behandlung (nur Rückfällige)

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1	31	63,3%	15	71,4%	46	65,7%
2	10	20,4%	6	28,6%	16	22,9%
3	4	8,2%	0	0,0%	4	5,7%
4	1	2,0%	0	0,0%	1	1,4%
unbekannt	3	6,1%	0	0,0%	3	4,3%
Gesamt	49	100,0%	21	100,0%	70	100,0%

Tabelle 16: Leistungsfähigkeit allgemein zu Behandlungsende

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
6 Stunden und mehr	202	86,0%	82	81,2%	284	84,5%
3 bis unter 6 Stunden	3	1,3%	1	1,0%	4	1,2%
Unter 3 Stunden	16	6,8%	7	6,9%	23	6,8%
Keine Angabe erforderlich	14	6,0%	11	10,9%	25	7,4%
Gesamt	235	100,0%	101	100,0%	336	100,0%
Keine Angabe	4	1,7%	1	1,0%	5	1,5%

Tabelle 17: Erwerbsituation zu Behandlungsende

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	0	0,0%	2	2,0%	2	0,6%
Arbeiter/Angestellter/Beamte	113	47,5%	39	38,2%	152	44,7%
Selbständiger / Freiberufler	4	1,7%	2	2,0%	6	1,8%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	15	6,3%	5	4,9%	20	5,9%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	35	14,7%	14	13,7%	49	14,4%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	53	22,3%	27	26,5%	80	23,5%
Schüler / Student	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Hausfrau / Hausmann	2	0,8%	4	3,9%	6	1,8%
Rentner / Pensionär	9	3,8%	5	4,9%	14	4,1%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	4	1,7%	3	2,9%	7	2,1%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	2	0,8%	1	1,0%	3	0,9%
Gesamt	238	100,0%	102	100,0%	340	100,0%
Keine Angaben	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Erwerbstätig	132	55,5%	48	47,1%	180	52,9%
Arbeitslos	88	37,0%	41	40,2%	129	37,9%
Nicht erwerbstätig	18	7,6%	13	12,7%	31	9,1%

Tabelle 17a: Vergleich der Erwerbssituation zu Beginn und Ende

	Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn		Erwerbssituation zu Behandlungsende	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	2	0,6%	2	0,6%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	143	42,1%	152	44,7%
Selbständiger / Freiberufler	6	1,8%	6	1,8%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	33	9,7%	20	5,9%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	40	11,8%	49	14,4%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	85	25,0%	80	23,5%
Schüler / Student	1	0,3%	1	0,3%
Hausfrau / Hausmann	6	1,8%	6	1,8%
Rentner / Pensionär	13	3,8%	14	4,1%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	7	2,1%	7	2,1%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	4	1,2%	3	0,9%
Gesamt	340	100,0%	340	100,0%
Keine Angaben	1	0,3%	1	0,3%
Erwerbstätig	184	54,1%	180	52,9%
Arbeitslos	125	36,8%	129	37,9%
Nicht erwerbstätig	31	9,1%	31	9,1%

der relativ kleinen Stichprobe von nur 341 Fällen, gewagt.

Insgesamt weisen 56,9% der Rehabilitanden keine psychische Komorbidität auf, während insgesamt 43,1% mindestens eine weitere psychische Diagnose³ neben der Hauptdiagnose aufweisen. Aus den in Tabelle 10a am häufigsten vertretenden Kapiteln F3, F4 und F6 sind in Tabelle 18 jeweils die depressive Störung, die Angststörung und die Persönlichkeitsstörung dargestellt.

Insgesamt 22,0% der Rehabilitanden weisen mindestens eine Diagnose der depressiven Störung auf. Das ist der Großteil der F3-Diagnosen aus Tabelle 10a (23,8%). Frauen sind dabei mit 30,4% stärker belastet als Männer (19,6%). Eine Angststörung (F40, F41) weisen insgesamt 6,5% der Rehabilitanden auf und eine Persönlichkeitsstörung (F60, F61) wurde bei 11,1% diagnostiziert. Da diese Fallzahlen relativ gering sind, wird in der Folge auf die weitere Unterteilung verzichtet.

Setzt man die psychische Komorbidität ins Verhältnis mit der Behandlungsdauer

³ Das schließt die Diagnosen F0, F2 bis F9 sowie F1X.5 ein – ausgenommen Suchtdiagnosen.

Tabelle 17b: Berufliche Integration der Rehabilitanden zu Beginn und Ende der Behandlung

Berufliche Integration zu Behandlungsende	Berufliche Integration zu Behandlungsbeginn							
	Erwerbstätig		Arbeitslos		Nicht erwerbstätig		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erwerbstätig	167	90,8%	13	10,4%	0	0,0%	180	52,9%
Arbeitslos	16	8,7%	112	89,6%	1	3,2%	129	37,9%
Nicht erwerbstätig	1	0,5%	0	0,0%	30	96,8%	31	9,1%
Gesamt	184	100,0%	125	100,0%	31	100,0%	340	100,0%

Tabelle 18: Psychische Komorbidität

		Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Psychische Diagnosen	Keine	150	62,8%	44	43,1%	194	56,9%
	Eine	64	26,8%	41	40,2%	105	30,8%
	Zwei	20	8,4%	13	12,7%	33	9,7%
	Drei	5	2,1%	4	3,9%	9	2,6%
	Gesamt	239	100,0%	102	100,0%	341	100,0%
Depression F32, F33, F34.1	Keine	192	80,3%	71	69,6%	263	77,1%
	Eine	46	19,2%	29	28,4%	75	22,0%
	Zwei	1	0,4%	2	2,0%	3	0,9%
	Gesamt	239	100,0%	102	100,0%	341	100,0%
	MW	0,2		0,3		0,2	
	Standardabw.	0,4		0,5		0,4	

noch Tabelle 18: Psychische Komorbidität

		Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Angststörung F40, F41	Keine	226	94,6%	93	91,2%	319	93,5%
	Eine	13	5,4%	9	8,8%	22	6,5%
	Gesamt	239	100,0%	102	100,0%	341	100,0%
Persönlichkeitsstörung F60, F61	Keine	219	91,6%	84	82,4%	303	88,9%
	Eine	20	8,4%	18	17,6%	38	11,1%
	Gesamt	239	100,0%	102	100,0%	341	100,0%

bei planmäßiger und bei allen Entlassungen, dann ist eine kürzere Behandlungsdauer bei den Rehabilitanden mit einer psychischen Komorbidität im Vergleich zu den Rehabilitanden ohne psychische Komorbidität feststellbar: Bei planmäßiger Beendigung dauert die Behandlung der Rehabilitanden mit einer psychischer Komorbidität im Mittel 69,4 Tage, über alle Entlassformen 63,5 Tage, während die Behandlung der Rehabilitanden ohne psychische Komorbidität bei planmäßiger Beendigung 76,5 Tage und über alle Entlassformen 73,8 Tage dauert. Das sind 7,1 bzw. 10,3 Tage Unterschied. Je mehr psychische Diagnosen, desto weiter sinkt die Behandlungsdauer. Allerdings nehmen zum einen die Fallzahlen bei steigender Zahl der Diagnosen ab, darüber hinaus ist bei der Bewertung zum anderen auch der Zusammenhang zur Behandlungsbeendigung zu beachten.

Tabelle 19: Behandlungsdauer in Tagen: psychische Komorbidität, depressive Störungen

Behandlungsdauer in Tagen	Art der Beendigung					
	planmäßig			Gesamt		
psychische Komorbidität	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N
Keine	76,5	37,5	178	73,8	38,7	194
Eine	69,4	31,5	92	63,5	34,2	105
Zwei	61,8	24,4	29	56,4	27,6	33
Drei	56,1	20,1	7	54,3	23,3	9
Gesamt	72,5	34,7	306	68,5	36,5	341
Depression F32, F33, F34.1	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N
Keine	75,8	36,3	236	71,4	38,3	263
Eine	61,1	26,4	68	58,5	27,7	75
Zwei	77,0	14,1	2	54,7	40,0	3
Gesamt	72,5	34,7	306	68,5	36,5	341

Tabelle 20: Art der Beendigung: psychische Komorbidität

Art der Beendigung	psychische Komorbidität									
	Keine		Eine		Zwei		Drei		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Regulär nach Beratung / Behandlungsplan	148	76,3%	72	68,6%	20	60,6%	5	55,6%	245	71,8%
Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	16	8,2%	6	5,7%	5	15,2%	1	11,1%	28	8,2%
Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	7	3,6%	7	6,7%	1	3,0%	1	11,1%	16	4,7%
Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch Klient	12	6,2%	12	11,4%	4	12,1%	1	11,1%	29	8,5%
Disziplinarisch	2	1,0%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	,9%
Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	2	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	11,1%	3	,9%
Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/Behandlungsform	7	3,6%	7	6,7%	3	9,1%	0	0,0%	17	5,0%
Gesamt	194	100,0%	105	100,0%	33	100,0%	9	100,0%	341	100,0%
Planmäßig	178	91,8%	92	87,6%	29	87,9%	7	77,8%	306	89,7%
Unplanmäßig	16	8,2%	13	12,4%	4	12,1%	2	22,2%	35	10,3%

Tabelle 21: Allgemeine Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende: psychische Komorbidität

Leistungsfähigkeit allgemein zu Behandlungsende	psychische Komorbidität									
	Keine		Eine		Zwei		Drei		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
6 Stunden und mehr	168	88,4%	91	87,5%	22	66,7%	3	33,3%	284	84,5%
3 bis unter 6 Stunden	2	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	2	22,2%	4	1,2%
Unter 3 Stunden	8	4,2%	6	5,8%	6	18,2%	3	33,3%	23	6,8%
Keine Angabe erforderlich	12	6,3%	7	6,7%	5	15,2%	1	11,1%	25	7,4%
Gesamt	190	100,0%	104	100,0%	33	100,0%	9	100,0%	336	100,0%

Bei der Betrachtung der Art der Behandlungsbeendigung (Tabelle 20) fällt auf, dass der Anteil der planmäßigen Beendigungen bei Rehabilitanden mit einer psychischen Komorbidität geringer ist als bei Rehabilitanden ohne diese (87,6% mit einer psychischen Diagnose vs. 91,8% ohne). Deutlicher wird der Unterschied bei der regulären Beendigung. Ist der Anteil der regulären Beender ohne psychische Diagnose mit 76,3% relativ hoch, so sinkt er mit jeder weiteren psychischen Diagnose von 68,6% mit einer, 60,6% mit zwei und 55,6% mit drei psychischen Diagnosen. Auch hier sind die kleiner werdenden Fallzahlen bei steigender Anzahl der psychischen Diagnosen zu beachten, die eine Interpretation erschweren.

Tabelle 21 zeigt die allgemeine Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende im Vergleich zur psychischen Komorbidität. Ab zwei psychischen Diagnosen sinkt der Anteil der „6 Stunden und mehr“ Leistungsfähigen (keine 88,4%, zwei 66,7%), während der Anteil der „unter 3 Stunden“ Leistungsfähigen steigt (keine 4,2%, zwei 18,2%). Zusammenfassend darf vorsichtig interpretiert werden, dass sich eine psychische Komorbidität auf die Bereitschaft, eine Ganztägig ambulante Rehabilitation regulär zu beenden, auswirkt, sich die Dauer der Behandlung verkürzt und die Komorbidität negativ auf die allgemeine Leistungsfähigkeit auswirkt. Diese Vermutung wird in den

kommenden Jahren für dieses Behandlungssetting erneut geprüft werden müssen.

2.7. Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen

Analog zum Beitrag zur stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger wird in diesem Jahr eine altersspezifische Betrachtung vorgenommen. Dazu wurden die gleichen Altersgruppen gewählt, um eine Vergleichbarkeit über die verschiedenen Behandlungssettings hinweg zu ermöglichen: bis unter 30 Jahre, 30 bis 55 Jahre und 55 Jahre und älter.

Tabelle 22: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen

Merkmal	Altersgruppen							
	bis unter 30 Jahre		30 bis 55 Jahre		55 Jahre und älter		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	N = 35		N = 238		N = 68		N = 341	
Männer	26	74,3%	164	68,9%	49	72,1%	239	70,1%
Frauen	9	25,7%	74	31,1%	19	27,9%	102	29,9%
Partnerschaft	N = 35		N = 228		N = 66		N = 329	
Nein	20	57,1%	93	40,8%	21	31,8%	134	40,7%
Ja	15	42,9%	135	59,2%	45	68,2%	195	59,3%
Schulabschluss	N = 35		N = 236		N = 66		N = 337	
Ohne Schulabschluss abgegangen	2	5,7%	8	3,4%	3	4,5%	13	3,9%
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	6	17,1%	65	27,5%	9	13,6%	80	23,7%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	16	45,7%	99	41,9%	33	50,0%	148	43,9%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	10	28,6%	63	26,7%	21	31,8%	94	27,9%
Anderer Schulabschluss	1	2,9%	1	0,4%	0	0,0%	2	0,6%
Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn	N = 35		N = 237		N = 68		N = 340	
Erwerbstätig	10	28,6%	131	55,3%	43	63,2%	184	54,1%
Arbeitslos	23	65,7%	88	37,1%	14	20,6%	125	36,8%
Nicht erwerbstätig	2	5,7%	18	7,6%	11	16,2%	31	9,1%

noch Tabelle 22: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen

Merkmal	Altersgruppen							
	bis unter 30 Jahre		30 bis 55 Jahre		55 Jahre und älter		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erwerbssituation zu Behandlungsende	N = 35		N = 237		N = 68		N = 340	
Erwerbstätig	11	31,4%	127	53,6%	42	61,8%	180	52,9%
Arbeitslos	22	62,9%	92	38,8%	15	22,1%	129	37,9%
Nicht erwerbstätig	2	5,7%	18	7,6%	11	16,2%	31	9,1%
Vermittlung durch	N = 35		N = 237		N = 68		N = 340	
Keine / Selbstmelder	1	2,9%	23	9,7%	7	10,3%	31	9,1%
Soziales Umfeld	0	0,0%	3	1,3%	0	0,0%	3	0,9%
Selbsthilfe	1	2,9%	4	1,7%	3	4,4%	8	2,4%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	0	0,0%	4	1,7%	4	5,9%	8	2,4%
Ärztliche Praxis	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%
Psychotherapeutische Praxis	1	2,9%	0	0,0%	1	1,5%	2	0,6%
Allgemeines Krankenhaus	0	0,0%	7	3,0%	1	1,5%	8	2,4%
Einrichtung der Akutbehandlung	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Psychiatrisches Krankenhaus	4	11,4%	27	11,4%	3	4,4%	34	10,0%
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	19	54,3%	144	60,8%	40	58,8%	203	59,7%
Stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	6	17,1%	19	8,0%	5	7,4%	30	8,8%
Soziotherapeutische Einrichtung	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%
Einrichtung der Jugendhilfe	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Jugendamt	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%
Agentur für Arbeit / Jobcenter	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Einrichtung im Präventionssektor	0	0,0%	0	0,0%	2	2,9%	2	0,6%
Kosten-/Leistungsträger	0	0,0%	3	1,3%	1	1,5%	4	1,2%
Sonstige Einrichtung / Institution	0	0,0%	0	0,0%	1	1,5%	1	0,3%

Tabelle 22 zeigt, dass die drei Altersgruppen unterschiedlich groß sind. Bei den unter 30-Jährigen sind insgesamt 35 Fälle zusammengefasst, 30 bis 55 Jahre stellt die größte Gruppe mit 238 Fällen und über 55 Jahre umfasst 68 Fälle. Diese deutlich unterschiedlichen Grundgesamtheiten (N) sind bei einer Interpretation der Ergebnisse zu beachten.

Bei der Betrachtung der Geschlechterverteilung in Tabelle 22, fällt auf, dass der Anteil der Frauen in der Altersgruppe „30 bis 55 Jahre“ mit 31,1% am größten ist. Bis 30 Jahre sind es 25,7% und 27,9% bei „55 Jahre und älter“. Je älter die Rehabilitanden, umso häufiger befinden sie sich in einer Partnerschaft. Sind es bei den unter 30-Jährigen 42,9%, steigt der Anteil zwischen „30 und 55 Jahre“ auf 59,2% und ab „55 Jahre und älter“ auf 68,2%. Bei den Schulabschlüssen zeigen sich bei der mittleren Altersgruppe ein größerer Anteil an Hauptschul- und Volksschulabschlüssen (27,5%) und ein geringerer An-

teil an Realschulabschlüssen (41,9%) und Hochschulreife (26,7%) im Vergleich zu den jüngeren und älteren Rehabilitanden. Die Altersgruppe der über 55-Jährigen weist dabei den größten Anteil an höheren Schulabschlüssen auf mit 50% Realschulabschlüssen und 31,8% Hochschulreife/Abitur.

In dieser Altersgruppe ist auch der Anteil der Erwerbstätigen zu Behandlungsbeginn am größten mit 63,2%, ebenso wie der Anteil der Nicht-Erwerbstätigen mit 16,2%, während die unter 30-Jährigen den größten Anteil an Arbeitslosen haben (65,7%), aber auch – erwartungsgemäß – den niedrigsten Anteil an Nicht-Erwerbstätigen (5,7%). Bei der Erwerbssituation zu Behandlungsende zeigt sich eine ähnliche Verteilung mit nur etwas variierenden Prozentangaben.

Der Anteil der Vermittlungen durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen ist in der Gruppe der 30 bis 55-Jährigen mit 60,8% am größten. Der Anteil der Selbstmelder

ist mit 10,3% in der Gruppe der „55 Jahre und älteren“ am größten. Stationäre Suchthilfeeinrichtungen sind am häufigsten bei den Jüngeren (unter 30 Jahre) vertreten (17,1%), während Arbeitgeber/Betrieb als Vermittler den größten Anteil in der Gruppe der über 55-Jährigen hat.

In Tabelle 23 zeigt sich in der Verteilung der Hauptdiagnosen, dass unter den über 55-Jährigen andere Diagnosen als eine Alkoholabhängigkeit keine Rolle spielen. Der Anteil der Cannabisabhängigen ist unter den unter 30-Jährigen am größten mit 34,3%, ebenso die Abhängigkeit von Stimulanzien mit 17,1%, von Kokain mit 8,6% und von Opioiden mit 5,7% sowie die Diagnose Politoxikomanie oder Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen mit 8,6%. Die Abhängigkeit von Sedativa/Hypnotika ist nur in der Gruppe der „30 bis 55“-Jährigen vertreten (1,3%). Hier ist mit 80,7% die die Alkoholabhängigkeit die wichtigste Diagnose.

Tabelle 23: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen

Merkmal	Altersgruppen							
	bis unter 30 Jahre		30 bis 55 Jahre		55 Jahre und älter		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hauptdiagnose	N = 35		N = 238		N = 68		N = 341	
Abhängigkeit von Alkohol	9	25,7%	192	80,7%	68	100,0%	269	78,9%
Abhängigkeit von Opioiden	2	5,7%	4	1,7%	0	0,0%	6	1,8%
Abhängigkeit von Cannabinoiden	12	34,3%	20	8,4%	0	0,0%	32	9,4%
Abhängigkeit von Sedativa/ Hypnotika	0	0,0%	3	1,3%	0	0,0%	3	,9%
Abhängigkeit von Kokain	3	8,6%	6	2,5%	0	0,0%	9	2,6%
Abhängigkeit von Stimulanzien	6	17,1%	10	4,2%	0	0,0%	16	4,7%
Polytoxikomanie oder Abhängig- keit von anderen psychotropen Substanzen	3	8,6%	3	1,3%	0	0,0%	6	1,8%
Psychische Komorbidität	N = 35		N = 238		N = 68		N = 341	
Durchschnittliche Anzahl weiterer F-Diagnosen	0,6 ± 0,9		0,6 ± 0,8		0,5 ± 0,6		0,6 ± 0,8	
somatische Komorbidität	N = 35		N = 238		N = 68		N = 341	
Durchschnittliche Anzahl somatischer Diagnosen	0,3 ± 0,7		1,2 ± 1,5		2,3 ± 1,8		1,3 ± 1,6	
Abhängigkeitsdauer in Jahren	N = 33		N = 233		N = 64		N = 330	
Mittelwert ± Standardabw.	6,8 ± 4,5		12,8 ± 8,3		17,1 ± 11,4		13,0 ± 9,1	
Behandlungsdauer in Tagen	N = 35		N = 238		N = 68		N = 341	
Planmäßige Beendigungen	82,4 ± 45,2		73,0 ± 35,2		66,0 ± 25,0		72,5 ± 34,7	
Alle Beendigungen	80,4 ± 46,5		68,2 ± 36,9		63,0 ± 27,2		68,5 ± 36,5	
Art der Beendigung	N = 35		N = 238		N = 68		N = 341	
Planmäßig	32	91,4%	210	88,2%	64	94,1%	306	89,7%
Unplanmäßig	3	8,6%	28	11,8%	4	5,9%	35	10,3%
Leistungsfähigkeit allgemein zu Behandlungsende	N = 35		N = 237		N = 64		N = 336	
6 Stunden und mehr	33	94,3%	204	86,1%	47	73,4%	284	84,5%
3 bis unter 6 Stunden	0	0,0%	4	1,7%	0	0,0%	4	1,2%
Unter 3 Stunden	1	2,9%	16	6,8%	6	9,4%	23	6,8%
Keine Angabe erforderlich	1	2,9%	13	5,5%	11	17,2%	25	7,4%

Die psychische Komorbidität entspricht mit 0,6 Diagnosen im Mittel den Altersgruppen der bis zu 30-Jährigen und der 30- bis 55-Jährigen. Nur die Rehabilitanden, die 55 Jahre und älter sind, haben 0,1 psychische Diagnosen weniger. Erwartungsgemäß steigt mit dem Alter die Anzahl der durchschnittlichen somatischen Diagnosen von 0,3, über 1,2 auf 2,3 an. Auch die Abhängigkeitsdauer steigt mit dem Lebensalter. Sind die jüngsten 6,8 Jahre abhängig, sind es bei der mittleren Altersgruppe bereits 12,8

Jahre und bei den über 55-Jährigen 17,1 Jahre.

Die Behandlungsdauer ist in der Altersgruppe der unter 30-Jährigen sowohl planmäßig wie auch über alle Entlassungen hinweg am längsten (82,4 Tage bzw. 80,4 Tage). Die meisten planmäßigen Beendigungen sind in der Gruppe der über 55-Jährigen zu finden mit 94,1%.

Die allgemeine Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende ist in der Gruppe der

unter 30-Jährigen am höchsten (94,3% „6 Stunden und mehr“) und nimmt mit steigendem Alter ab: zwischen 30 und 55 Jahren sind es noch 86,1% mit einer mindestens 6 Stunden umfassenden Leistungsfähigkeit, bei den über 55-Jährigen noch 73,4%. In dem Zuge wächst auch der Anteil der Fälle mit einer Leistungsfähigkeit „unter 3 Stunden“ oder derer, bei denen eine Beurteilung nicht mehr notwendig ist. Sind es bei den unter 30-Jährigen noch jeweils 2,9% (1 Fall), steigen beide Werte bei den 30-

bis 55-Jährigen auf 6,8% bzw. 5,5% sowie auf 9,4% bzw. 17,2% bei den über 55-Jährigen.

Insgesamt zeigen sich zu erwartende Ergebnisse: Ältere Rehabilitanden befinden sich häufiger in stabilen Lebenssituationen, d.h. in einer Partnerschaft und in einem Arbeitsverhältnis. Sie sind bereits länger abhängig und haben durchschnittlich mehr somatische Diagnosen. Der Anteil der Rehabilitanden, deren Leistungsfähigkeit unter 3 Stunden liegt, steigt mit dem Lebensalter. Die Behandlungsdauer sinkt und der Anteil der planmäßigen Beendigungen steigt.

Dagegen nimmt der Anteil anderer Suchtmitteldiagnosen, je jünger die Rehabilitanden sind, zu. Ist es bei den über 55-Jährigen zu 100% eine Abhängigkeit von Alkohol, so ist der Anteil der Alkoholabhängigkeits-Diagnosen bei den unter 30-Jährigen auf 25,7% gesunken. An erster Stelle steht bei dieser Altersgruppe die Cannabisabhängigkeit mit 34,3%.

Der Anteil der Arbeitslosen ist bei dieser Altersgruppe am größten mit 65,7%. Gleichzeitig ist die durchschnittliche Behandlungsdauer hier am höchsten (82,4 Tage bei planmäßiger Beendigung, 80,4 Tage über alle Entlassarten). Es fällt auf, dass die psychische Komorbidität nur wenig variiert. Nur bei den über 55-Jährigen ist sie mit 0,5 Diagnosen im Mittel um 0,1 niedriger als bei den anderen beiden Altersgruppen und niedriger als der Mittelwert über alle Rehabilitanden.

2.8. Vergleich der Ergebnisse zwischen 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 und 2018

In Tabelle 24 sind ausgewählte Ergebnisse der Basisdokumentation Sucht aus den Jahren 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 und 2018 gegenübergestellt. Die in der Publikation der Daten

2010 (Schneider et al., 2011) gewählte Tabellenstruktur wurde für die Daten der folgenden Jahre verändert. So sind für die Basisdokumentation 2011, 2012, 2013, 2014 und 2015 die fehlenden Werte separat ausgewiesen und einige Tabellen ergänzt worden. In der Tabelle 24 sind die Ergebnisse der Basisdokumentation 2010 an die veränderte Darstellungsform angepasst worden.

Die sich über die Jahre hinweg ergebenden Übereinstimmungen und Differenzen sind zunächst rein deskriptive Werte. Diese sind schwer interpretierbar, da es keine direkt erfassten Daten zu möglichen Hintergründen gibt. Methodisch ist in Einzelfällen auch auf die geringe Zellenbesetzung zu verweisen. Es kommt hinzu, dass erst in der aktuellen Basisdokumentation erfasst wurde, ob Rehabilitanden Behandlungswiederholer sind, einzelne Rehabilitanden also in unterschiedlichen Stichproben auftauchen.

Tabelle 24: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentationen 2010 – 2018 (um „missing-data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	BADO 2018	BADO 2017	BADO 2016	BADO 2015	BADO 2014	BADO 2013	BADO 2012	BADO 2011	BADO 2010
Geschlecht	N = 341	N = 414	N = 480	N = 434	N = 402	N = 376	N = 428	N = 443	N = 483
Männlich	70,1%	73,2%	65,0%	66,4%	61,7%	63,3%	65,2%	68,2%	67,9%
Weiblich	29,9%	26,8%	35,0%	33,6%	38,3%	36,7%	34,8%	31,8%	32,1%
Alter (in Jahren)	N = 341	N = 414	N = 480	N = 434	N = 402	N = 376	N = 428	N = 443	N = 483
Mittelwert ± Standardabweichung	44,4 ± 11,1	44,5 ± 10,8	45,4 ± 10,1	45,7 ± 10,4	46,4 ± 10,2	44,3 ± 9,7	45,4 ± 9,3	44,8 ± 9,0	44,8 ± 9,4
Partnerbeziehung	N = 329	N = 363	N = 436	N = 399	N = 379	N = 352	N = 395	N = 391	N = 393
Nein	40,7%	39,1%	38,8%	40,4%	39,1%	42,9%	39,7%	29,7%	32,3%
Ja	59,3%	60,1%	61,3%	59,6%	60,9%	57,1%	60,3%	70,3%	67,7%
Schulabschluss	N = 337	N = 379	N = 460	N = 425	N = 393	N = 367	N = 417	N = 401	N = 404
Ohne Schulabschluss	3,9%	2,4%	4,2%	1,7%	1,3%	2,2%	3,6%	3,7%	5,0%
Hauptschul- / Volksschulabschluss	23,7%	27,7%	26,3%	31,8%	32,6%	34,1%	32,9%	27,9%	35,9%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	43,9%	45,9%	44,1%	41,9%	39,9%	34,6%	40,5%	45,6%	36,1%
(Fach-) Hochschulreife / Abitur	27,9%	23,7%	24,1%	23,5%	26,0%	28,3%	22,3%	20,0%	20,5%
Anderer Schulabschluss	0,6%	0,3%	1,3%	1,1%	0,3%	0,8%	0,7%	2,7%	2,5%
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	N = 340	N = 391	N = 465	N = 422	N = 396	N = 369	N = 417	N = 411	N = 478
Erwerbstätig	54,1%	44,2%	49,9%	43,1%	45,2%	45,5%	48,2%	45,0%	45,4%
Erwerbslos	36,8%	43,7%	40,9%	46,9%	44,2%	46,6%	42,4%	43,6%	46,2%
Nicht erwerbstätig	9,1%	12,0%	9,2%	10,0%	10,6%	7,9%	9,4%	11,4%	8,4%

Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen – Teilband V

noch Tabelle 24: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentationen 2010 – 2018 (um „missing-data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	BADO 2018	BADO 2017	BADO 2016	BADO 2015	BADO 2014	BADO 2013	BADO 2012	BADO 2011	BADO 2010
Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende	N = 340	N = 386	N = 463	N = 423	N = 394	N = 367	N = 416	N = 411	N = 477
Erwerbstätig	52,9%	42,7%	50,1%	42,3%	43,9%	44,7%	48,1%	44,0%	44,7%
Erwerbslos	37,9%	47,9%	42,3%	48,9%	45,4%	47,9%	43,0%	45,3%	48,0%
Nicht erwerbstätig	9,1%	9,3%	7,6%	8,8%	10,7%	7,4%	8,9%	10,7%	7,3%
Vermittelnde Instanz	N = 340	N = 370	N = 424	N = 424	N = 400	N = 371	N = 417	N = 387	N = 477
Keine / Selbstmelder	9,1%	10,8%	2,2%	1,2%	1,8%	0,8%	1,0%	0,5%	3,8%
Familie	0,9%		-	-	-	-	1,0%	0,3%	-
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	2,4%	2,4%	1,3%	1,4%	3,0%	6,2%	4,1%	3,6%	1,5%
Abstinenz- / Selbsthilfegruppe	2,4%		-	-	-	-	-	0,3%	0,2%
Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	0,9%	1,0%	0,7%	1,2%	0,5%	1,4%	1,4%	1,0%	0,2%
Niederschwellige Einrichtung			2,5%	4,7%	1,2%	0,5%	-	-	0,6%
Suchtberatungs- / -Behandlungsstelle, Fachambulanz	59,7%	61,9%	77,8%	76,2%	78,3%	78,4%	77,5%	77,0%	77,4%
Institutsambulanz			0,2%	0,2%	0,5%	-	0,5%	1,3%	0,6%
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt			-	-	-	-	-	-	0,2%
Ambulantes Betreutes Wohnen			-	0,5%	-	-	-	0,3%	-
Krankenhaus, Krankenhausabteilung			11,9%	9,7%	10,3%	8,9%	10,6%	10,6%	9,6%
Stationäre Rehabilitationseinrichtung	8,8%	6,5%	1,7%	2,6%	1,0%	1,4%	1,2%	1,3%	2,9%
Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung			0,4%	0,5%	-	-	-	-	-
Sozialdienst JVA / Maßregelvollzug			0,4%	0,5%	0,8%	0,3%	-	0,3%	0,4%
Sozialpsychiatrischer Dienst			-	0,2%	-	-	-	-	-
Andere Beratungsdienste (z.B. Ehe, Familien-, Erziehungsberatungsstellen)			0,2%	-	-	-	-	0,3%	-
Einrichtungen der Jugendhilfe, Jugendamt			-	-	-	-	0,2%	-	-
Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)			-	0,2%	-	-	-	0,3%	-
Arbeitsagentur, Job-Center, Arbeitsgemeinschaft (ARGE)	0,3%	0,5%	0,2%	-	0,2%	0,3%	0,5%	0,3%	0,6%
Justizbehörden / Bewährungshilfe	0,6%	0,5%	-	-	0,2%				
Kosten-, Leistungsträger	1,2%	0,5%	0,4%	0,7%	1,2%	1,3%	2,2%	1,0%	1,3%
Sonstige	0,3%		-	0,2%	1,0%	0,5%	-	1,8%	0,6%
Kosten- und Leistungsträger	N = 349	N = 406	N = 480	N = 434	N = 402	N = 376	N = 428	N = 443	N = 483
Rentenversicherung	88,3%	89,1%	90,8%	89,4%	87,8%	92,3%	93,7%	89,8%	89,4%
Krankenversicherung	10,3%	6,3%	7,1%	9,9%	11,7%	6,1%	5,4%	7,0%	5,6%
Sonstige Kostenträger	1,4%	4,6%	3,5%	2,6%	8,1%	4,3%	0,9%	3,2%	5,0%

noch Tabelle 24: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentationen 2010 – 2018 (um „missing-data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	BADO 2018	BADO 2017	BADO 2016	BADO 2015	BADO 2014	BADO 2013	BADO 2012	BADO 2011	BADO 2010
Hauptdiagnose	N = 341	N = 414	N = 480	N = 434	N = 402	N = 376	N = 428	N = 443	N = 483
Störungen durch Alkohol F10.XX	78,9%	84,1%	85,7%	88,5%	90,8%	87,7%	92,1%	93,9%	94,4%
sonstige F1X.XX Diagnosen außer Alkohol	21,1%	15,5%	14,1%	11,5%	9,2%	12,3%	7,9%	6,1%	5,6%
Pathologisches Glücksspiel F63.0	0,0%	0,5%	0,2%	-	-	-	-	-	-
Sonstige Diagnosen	0,0%		-	-	-	-	-	-	-
Abhängigkeitsdauer (in Jahren)	N = 330	N = 392	N = 325	N = 301	N = 272	N = 232	N = 428	N = 269	N = 471
Mittelwert ± Standard- abweichung	13,0 ± 9,1	15,8 ± 10,3	16,7 ± 9,8	15,2 ± 9,8	14,2 ± 10,2	14,9 ± 9,4	14,2 ± 9,1	14,9 ± 8,8	9,3 ± 10,7
Anzahl der Entzugs- behandlungen	N = 282	N = 369	N = 449	N = 406	N = 378	N = 353	N = 428	N = 400	N = 455
Mittelwert	2,1	2,1	2,7	3,2	2,5	2,5	3	2,5	2,7
Anzahl qualifizierte Entzugsbehandlungen	N = 257	N = 366							
Mittelwert	0,8	0,5							
Psychische Komorbidität	N = 341	N = 358	N = 480	N = 434	N = 402	N = 376	N = 428	N = 443	N = 483
Durchschnittliche Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient	0,6	0,5	0,6	0,5	0,7	0,6	0,6	0,4	0,4
Somatische Komorbidität	N = 341	N = 358	N = 480	N = 434	N = 402	N = 376	N = 428	N = 443	N = 483
Durchschnittliche Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient	1,3	1,4	1,6	1,7	1,9	1,7	1,8	1,4	1,2
Behandlungsdauer (in Tagen)	N = 341	N = 414	N = 480	N = 434	N = 402	N = 376	N = 428	N = 443	N = 483
Mittelwert ± Standard- abweichung	68,5 ± 36,5	60,7 ± 33,3	66,6 ± 30,8	63,2 ± 32,7	67,6 ± 29,8	69,0 ± 34,8	67,0 ± 30,4	66,0 ± 31,6	74,9 ± 34,6
Behandlungsdauer bei regulärer Entlassung (in Tagen)	N = 245	N = 279	N = 342	N = 312	N = 312	N = 277	N = 317	N = 333	N = 355
Mittelwert ± Standard- abweichung	81,3 ± 31,5	72,0 ± 28,8	77,2 ± 24,8	74,2 ± 28,1	75,9 ± 24,8	80,1 ± 26,4	78,1 ± 24,2	76,0 ± 26,4	84,5 ± 30,1
Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung (in Tagen)	N = 306	N = 351	N = 423	N = 388	N = 374	N = 343	N = 385	N = 388	N = 426
Mittelwert ± Standard- abweichung	72,5 ± 34,7	66,4 ± 31,1	70,9 ± 28,9	67,3 ± 31,2	70,0 ± 28,5	73,0 ± 32,7	71,5 ± 28,0	70,3 ± 29,8	79,81 ± 31,82
Art der Behandlungs- beendigung	N = 341	N = 414	N = 480	N = 434	N = 402	N = 376	N = 428	N = 443	N = 483
Reguläre Entlassung	71,8%	67,4%	71,3%	71,9%	77,6%	73,7%	74,1%	75,2%	73,5%
Planmäßige Entlassung	89,7%	84,8%	88,1%	89,4%	93,0%	91,2%	90,0%	87,6%	88,2%

Die Anzahl der beteiligten Rehabilitanden schwankt im Laufe der Jahre. Während es 2010 noch 483 Rehabilitanden waren, fiel die Zahl bis auf 376 in 2013. 2014 bis 2016 ist ein leichter Anstieg auf bis 480 Rehabilitanden feststellbar. 2017 allerdings sank die Zahl erneut auf 414 Fälle und 2018 setzt sich der Trend mit nur 341 Fällen fort. Dies kann auch durch die sinkende Zahl der Einrichtungen in dem Datenpool erklärt werden (2016: 7 Einrichtungen, 2017: 6 Einrichtungen, 2018: 5 Einrichtungen). Es ist der Tatsache geschuldet, dass einige Einrichtungen geschlossen wurden und in einem Teil der Tageskliniken die Fallzahlen rückläufig sind.

Der Vergleich weiterer ausgewählter Daten über die unterschiedlichen Bereiche ergibt folgendes Bild:

In der Verteilung der Geschlechts- und Altersvariablen ergeben sich leichte Veränderungen. In allen neun Jahrgängen liegt der Männeranteil bei über 60% (2010: 67,9%; bis 2018: 70,1%) und der Frauenanteil entsprechend bei ca. einem Drittel. Allerdings ist der Anteil der Frauen von 32,1% in 2010 auf 38,3% in 2014 über die Jahre stetig leicht gestiegen und 2015 wieder auf 33,6% gefallen. 2018 ist der Trend mit 29,9% etwas rückläufig. Das Durchschnittsalter für die Gesamtstichprobe schwankt nur geringfügig zwischen 44,8 Jahren in 2010, 46,4 Jahren in 2014 und 44,4 Jahren in 2018.

Die Beschreibung der Partnerbeziehung ist mit dem neuen Deutschen Kerndatensatz auf eine Ja-/Nein-Frage reduziert. Es können also nur die Patienten mit und ohne Partnerbeziehung verglichen werden. 2013 betrug der Anteil der Rehabilitanden in einer festen Beziehung nur noch 57,1%, während dieser Anteil 2010 und 2011 noch bei 67,7% und 70,3% lag. In 2017 beantworten 60,1% der Rehabilitanden die Frage nach einer Partnerschaft mit Ja und 2018 sind 59,3%.

Uneinheitliche und weitgehend nur marginale Verschiebungen finden sich auch in dem Bereich der Schulabschlüsse. Hier lässt sich beobachten, dass der Anteil der Rehabilitanden mit „Hochschulreife /Abitur“ in 2013 erstmals auf 28,3% stieg. Dieser lag in den Vorjahren bei maximal 22,3% (2012). Nachdem der Anteil 2017 wieder auf 23,7% gesunken war, steigt er in 2018 wieder auf 27,9%. In der Kategorie „Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule“ ist der Anteil von 2012 auf 2013 von 40,5% auf 34,6% gesunken. In

2017 erreicht er den bisherigen Höchstwert von 45,9%. 2018 fällt er leicht auf 43,9%. Im Bereich der Schulabschlüsse scheint ein Trend aus den Vorjahren gestoppt zu sein. Der Prozentsatz der Rehabilitanden „ohne Schulabschluss“ liegt zwar insgesamt nur im einstelligen Prozentbereich, nahm aber nach dem relativ hohen Ausgangswert von 5,0% im Jahr 2010 ab. 2014 und 2015 waren es nur noch 1,3% und 1,7%, 2016 allerdings wieder 4,2%. 2017 fiel der Anteil auf 2,4%. 2018 stieg er wieder leicht an auf 3,9%.

Überwiegend konstant, zumindest aber ohne klar erkennbaren Trend, stellt sich die Erwerbssituation zu Beginn und am Ende der Betreuung über die Jahre dar. 2010 waren 45,4% der Rehabilitanden zu Beginn der Rehabilitation erwerbstätig. 2017 lag der Anteil bei 44,2%. 2018 steigt auf 54,1% Erwerbstätige. Vergleichbare Anteile finden sich auch für die Erwerbsituation am Tag nach Betreuungsende. 2010 waren es 44,7% erwerbstätig. Analog zu den Werten zu Betreuungsbeginn stiegen die Werte 2012 mit 48,1% und 2016 mit 50,1% an. 2017 sank auch hier der Anteil auf 42,7%, 2018 steigt er wieder leicht an auf 52,9%.

Die Angaben zu den vermittelnden Instanzen und den Leistungsträgern weisen eine hohe Konstanz auf. Über alle neun Jahre sind die Hauptvermittler die Beratungsstellen mit 77,4% (2010) bis 2016 mit 77,8%. 2017 und 2018 sinkt der Anteil leicht (61,9% bzw. 59,7%). Der Anteil der Krankenhäuser (mit 11,9% in 2016) als zweitwichtigste Stelle der Zuweiser kann durch die neue Unterteilung der Kategorien an dieser Stelle nur durch die Zusammenfassung der Kategorien „Allgemeines Krankenhaus“ und „Psychiatrisches Krankenhaus“ ungefähr wiedergegeben werden (2017: 2,4% und 0,5%, 2018: 2,4% und 10,0%). Eine auf niedrigem Ausgangsniveau prozentual geringe, aber stetige Zunahme in der Zuweisungskategorie „Arbeitgeber, Betrieb, Schule“ in den Jahren 2011, 2012 und 2013 lässt sich 2014, 2015 und 2016 nicht mehr ausmachen. So fällt der Anteil von 6,2% in 2013 wieder auf 1,3% in 2016 ab und steigt in 2018 leicht auf 2,4%.

Auf einem nach wie vor niedrigen Niveau bewegen sich die Zuweisungen aus dem Bereich der stationären Rehabilitationen. Diese liegen 2016 wieder bei geringen 1,7%, während 2015 mit 2,6% eine leichte Steigerung zu den Vorjahren auszumachen war. In 2017 und 2018 steigt der Wert auf 6,5% bzw. 8,8%. Entsprechend

dieser Zahlen wird die „ganztägig ambulante Entlassphase“ nach stationärer Entwöhnung nur selten, aber doch etwas häufiger, in Anspruch genommen.

Im Bereich der Kosten- und Leistungsträger ist eine hohe Konstanz erkennbar. Der Anteil der Rentenversicherungsträger liegt 2010 bei 89,4% und ist auch 2017 mit 89,1% und 2018 mit 88,3% relativ stabil.

Im Bereich der Hauptdiagnose dominiert weiterhin die Alkoholdiagnose mit 78,9%, auch wenn dieser Wert den bisher niedrigsten darstellt. In den Jahren 2010 bis 2013 war die Kategorie „Störungen durch Alkohol“ mit über 90% stark besetzt. 2013 sank der Anteil auf 87,7%, 2017 sogar auf 84,1%. Zugenommen hatten seit 2013 die Anteile in der Kategorie „Sonstige F1X:XX Diagnosen außer Alkohol“. Wie Tabelle 9 ausweist, war dieser Zuwachs v. a. dem Anstieg in der Diagnose F12 (Cannabis) geschuldet.

In den Angaben zu der Abhängigkeitsdauer sinkt der aktuelle Wert im Vergleich mit 2017 wieder. 2018 liegt die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer bei 13,0 Jahren, 2017 waren es 15,8 Jahre, 2016 16,7 Jahre. 2010 lag die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer noch bei 9,3 Jahren und war danach kontinuierlich gestiegen. Eine mögliche Erklärung für diesen Unterschied kann sich aus der kritisch zu wertenden Datenqualität dieses Items ergeben (siehe oben).

Die Anzahl der stattgefundenen Entzugsbehandlungen erfolgt in diesem Jahr erstmals über zwei Items, der Entgiftung und dem qualifiziertem Entzug. Beide zusammen ergeben das ganze Bild: 3,1 Entgiftungen und 1,1 qualifizierte Entzugsbehandlungen weisen die Rehabilitanden in 2018 auf. Die Vorjahre variierten leicht, wiesen aber keine eindeutige Tendenz aus. 2010 begann es mit 2,7 Entgiftungen, 2012 waren es 3,0 und 2016 wieder 2,7.

Die ansteigende Tendenz über die ersten neun untersuchten Jahrgänge in den Angaben zur durchschnittlichen psychischen und somatischen Komorbidität (vgl. Abbildung) muss für die psychischen und somatischen Diagnosen unterschiedlich bewertet werden. Im Bereich der psychischen Störungen wuchs die durchschnittliche Anzahl der weiteren Diagnosen pro Rehabilitand von 0,4 (2010) auf 0,7 (2014). 2018 sind es 0,6 Diagnosen. Die durchschnittliche somatische Komorbidität stieg von 1,2 (2010)

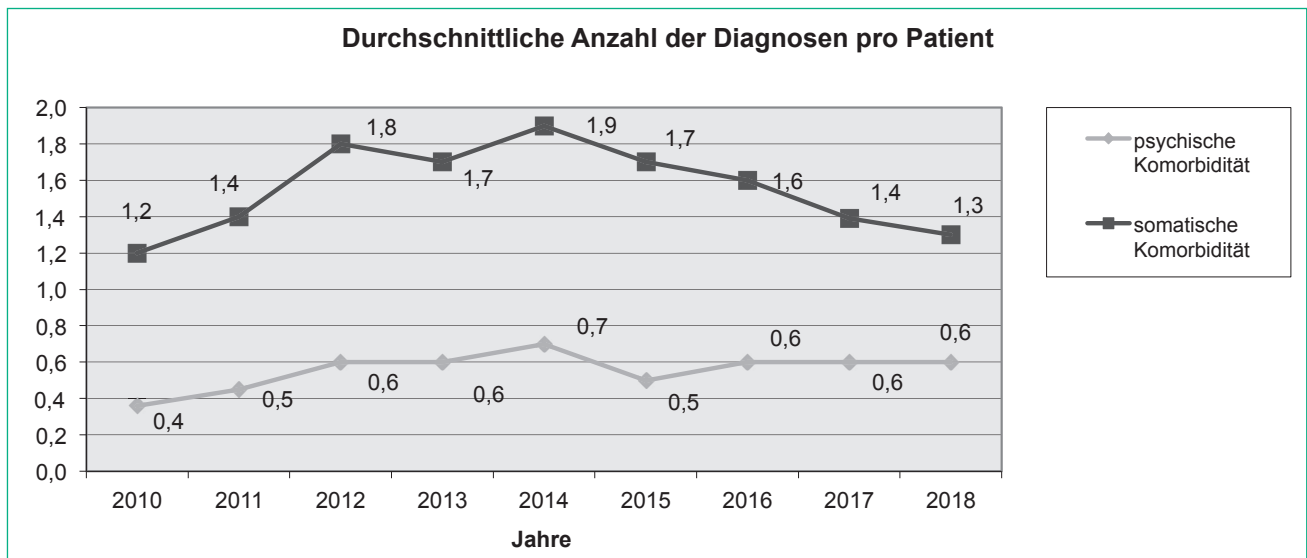


Abbildung 5: Entwicklung der psychischen und somatischen Komorbiditäten

bis 2014 auf 1,9 Diagnosen pro Rehabilitand. Danach fiel der Wert wieder auf schließlich 1,3 in 2018.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer wird 2018 mit 68,5 Tagen angegeben. Damit steigt sie im Vergleich zum Vorjahr um 7,8 Tage (2017 mit 60,7 Tagen, 2016 mit 66,6 Tagen). Im Jahr 2010 lag diese noch bei 74,9 Tage und bereits 2011 bei nur noch 66,0 Tagen. Uneinheitlich dazu verläuft der Trend bei Behandlungsdauern bei regulären und planmäßigen Entlassungen. Es bleibt abzuwarten, in welche Richtung diese sich weiterentwickeln. 2016 betrugen sie 77,2 (regulär) und 70,9 (planmäßig) Tage, 2017 72,0 und 66,4 Tage, 2018 81,3 und 72,5 Tage. Damit steigen die Werte wieder an.

Über alle Jahrgänge hinweg bleibt der Anteil der regulären sowie planmäßigen Entlassungen hoch. So werden 2010 73,5% aller Rehabilitanden regulär entlassen, 2014 sogar 77,6%, ab 2015 noch 71,9% und 2018 71,8%. Die entsprechenden Angaben zu den planmäßigen Entlassungen liegen beginnend mit 88,2% (2010) über 93,0% (2014) und in 2018 mit 89,7% ebenfalls eng beieinander.

3. Diskussion und Ergebnisbewertung

Die Sichtung der Daten zur Ganztagig ambulanten Rehabilitation im Rahmen der Qualitätssicherung des Fachverbandes Sucht e.V. ermöglicht einen Einblick in die Rehabilitandenstruktur und den Behandlungsverlauf in dem vorgegebenen Behandlungssetting.

2018 hat sich der Datensatz gegenüber 2017 und 2016 erneut verringert. Die Anzahl der untersuchten Rehabilitanden hängt mit den strukturellen Gegebenheiten des Behandlungssettings und der Anzahl der Einrichtungen zusammen. Die in die Datenerhebung eingebundenen Einrichtungen verfügen über 10 bis 30 Behandlungsplätze. Die Erstellung und Auswertung einer einrichtungsübergreifenden Basisdokumentation Sucht bedarf entsprechender finanzieller und personeller Ressourcen, die in kleinen Einrichtungen nur mit Mühe vorgehalten werden können. Daher ist die Etablierung und Aufrechterhaltung der Basisdokumentation in diesem Behandlungssetting an sich als Erfolg zu werten.

Die für 2018 vorgelegten Daten beschreiben – wie in den Jahren davor – eine zu zwei Dritteln männliche Rehabilitandenstruktur. Der Anteil der Frauen ist im Vergleich zu 2017 leicht gestiegen. Das Durchschnittsalter liegt 2018 bei 44,4 Jahren und damit im Range der Vorjahre. Die Rehabilitanden werden zu 84,1% in der Hauptdiagnose als alkoholabhängig beschrieben. Wie im Vergleich zu den vorangegangenen Jahrgängen ausgeführt, bleibt die Alkoholabhängigkeitsdiagnose mit Abstand die häufigste. Dennoch gewinnt die Cannabisabhängigkeit mit 9,4% eine zunehmende Bedeutung. Die psychischen und somatischen Komorbiditäten mit durchschnittlich 0,6 und 1,3 Diagnosen pro Rehabilitand zeigen unterschiedliche Tendenzen. In jedem Falle belegen sie die umfassende Behandlungsbedürftigkeit der beschriebenen Rehabilitandengruppe.

Die berufliche Ausgangssituation mit einer Arbeitslosenquote von 36,8% kann als kritisch angesehen werden und bleibt auch während der Rehabilitation weitgehend unverändert. Die medizinische Rehabilitation schafft in diesem Kontext die gesundheitlichen Voraussetzungen für einen beruflichen Wiedereinstieg.

Die Behandlungsdauer beträgt über alle Rehabilitanden hinweg unabhängig von der Entlassform 68,5 Tage. 89,7% der Rehabilitanden werden planmäßig entlassen. Ihre durchschnittliche Verweildauer beträgt 72,5 Tage. Am Ende der Rehabilitation sind die Rehabilitanden überwiegend arbeits- und erwerbsfähig. So sind am Ende der Behandlung 84,5% 6 und mehr Stunden leistungsfähig. Damit ist aus sozialmedizinischer Sicht die Voraussetzung für eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess geschaffen.

Geschlechtsdifferenzen zeigen sich v. a. in den weiteren psychischen Diagnosen. Hier sind Frauen analog zu den üblichen Prävalenzraten stärker betroffen. Gesellschaftstypische Geschlechtsverteilungen für die hier beschriebenen Altersgruppen finden sich auch in der Ausbildungs- und Erwerbsstruktur. In dem Behandlungsverlauf und dem Behandlungsergebnis sind in den hier untersuchten Variablen keine markanten Geschlechtsdifferenzen auszumachen.

Der Vergleich zu den Stichproben der Jahre 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 und 2018 zeigt überwiegend ähnliche Ergebnisse. Somit lassen sich die grundlegenden Aussagen zu den in einem tagesklinischen Setting behandel-

ten Rehabilitanden durch die aktuelle Erhebung weitgehend bestätigen.

4. Ausblick

Die einrichtungsübergreifende deskriptive Erfassung standardisierter Daten zu den Rehabilitanden und dem Rehabilitationsverlauf schafft eine der Voraussetzungen für eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der Rehabilitationskonzeption.

Darüber hinaus ist es erforderlich, die Datenqualität kontinuierlich zu verbessern (vgl. Schneider et. al., 2015). Hierbei sind aktuell entsprechende Veränderungen infolge der Einführung des Deutschen Kerndatensatzes 3.0 zu beachten.

Die Basisdokumentation bietet auch eine wichtige Grundlage für weitere Untersuchungen, wie Katamnese- bzw. Wirksamkeitsstudien sowie konzeptionelle Überlegungen zur Weiterentwicklung dieser Rehabilitationsform (vgl. Schneider et al., 2016). Darüber hinaus ist zu wünschen, dass weitere Untersuchungen zu unterschiedlichen Aspekten der Tagesrehabilitation durchgeführt werden und damit konzeptionelle Überlegungen und Postulate eine empirische Überprüfung erfahren.

5. Literatur

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2007). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – Definition und Erläuterung zum Gebrauch. Vorläufige Endfassung, Stand: 14.12.2007. www.dhs.de.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2017). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0 – Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Letzter Stand 01.01.2018.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2014). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. durchgesehene und ergänzte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2007). Basisdokumentation Sucht Version 1.0, Düsseldorf.
- Basisdokumentation AHG und KDS/FVS Datensatz Sucht, Version 3.0, 06.01.2017.
- Redline-Data (Hrsg.) (2003). PATFAK, Ahrens-bök.

- Schneider, B. & Knuth, S., 2010. Teilband V, Basisdokumentation 2009 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2009. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 53 – 59.
- Schneider, B. & Knuth, S., 2011. Teilband V, Basisdokumentation 2010 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2010. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 57 – 63.
- Schneider, B. & Knuth, S., 2012. Teilband V, Basisdokumentation 2011 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2011. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 59 – 70.
- Schneider, B. & Knuth, S., 2013. Teilband V, Basisdokumentation 2012 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2012. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 64 – 76.
- Schneider, B. & Mielke, D., 2014. Teilband V, Basisdokumentation 2013 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2013. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 70 – 82.
- Schneider, B. & Mielke, D., Bayer, S., Deichler, M.-L., Forschner, L., Herder, F., Laaß, T., Metko, J., Missel, P., Obendiek, J., Radde, N., Weissinger, V. 2015. Teilband V, Basisdokumentation 2014 – Ganztägig ambulanten (teilstationären) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2014. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 79 – 92.
- Schneider, B. & Mielke, D., Deichler, M.-L., Forschner, L., Herder, F., Kogan, I., Laaß, T., Metko, J., Missel, P., Mix, S., Obendiek, J., Radde, N., Weissinger, V. 2015. Teilband V, Basisdokumentation 2016 – Ganztägig ambulanten (teilstationären) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2015. Ausgewählte Daten zur

Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 81 – 95.

- Schneider, B. & Mielke, D., Deichler, M.-L., Delsa, M.-L., Forschner, L., Herder, F., Kliem, D., Kreutler, A., Laaß, T., Metko, J., Mix, S., Weissinger, V. 2017. Teilband V, Basisdokumentation 2016 – Ganztägig ambulanten (teilstationären) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2016. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 82 – 97.
- Bick-Dresen, S., Schneider, B., Bachmeier, R., Deichler, M.-L., Delsa, M.-L., Forschner, L., Kliem, D., Laaß, T., Missel, P., Mix, S., Sagel, A., Weissinger, V. 2018. Teilband V, Basisdokumentation 2017 – Ganztägig ambulanten (teilstationären) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2017. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 75 – 89.

Autorenverzeichnis

- Bick-Dresen, Stefanie, wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Kliniken Daun Am Rosenberg, Daun
- Deichler, Marie-Louise, Therap. Leitung, MEDIAN AGZ Stuttgart, Stuttgart
- Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement Johannesbad Gruppe Bad Füssing, Bad Füssing.
- Kliem, Detlef, ärztlicher Leiter, Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V., Die Tagesklinik, Berlin
- Laaß, Thomas, Bezugstherapeut, medinet AG Alte Ölmühle, Magdeburg
- Peter Missel (†), Leitender Psychologe, MEDIAN Kliniken Daun, Daun
- Mix, Sara, Suchttherapeutin, MEDIAN Poliklinik Schelfstadt, Schwerin
- Schneider, Dr. Bernd, Leiter, MEDIAN Gesundheitsdienste, Koblenz
- Seydlitz, Dr. Ulrich, Chefarzt, Fachklinik Alte Ölmühle, Magdeburg
- Köstler, Dr. Ursula, Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Weissinger, Dr. Volker, Geschäftsführer, Fachverband Sucht e.V., Bonn

Liste der an der Datenerhebung beteiligten Einrichtungen

- THBB Die Tagesklinik
 Alte Ölmühle - Tagesreha
 MEDIAN AGZ Stuttgart
 MEDIAN Gesundheitsdienste Koblenz (Tagesklinik)
 MEDIAN Poliklinik Schelfstadt (Tagesklinik)

B Sonderauswertungen

VI	Basisdokumentation 2018 – Pathologisches Glücksspielen	103
VII	Basisdokumentation 2018 – Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch	128

Inhaltsverzeichnis

Premper, V., Bick-Dresen, S., Wagner, A., Bachmeier, R., Dreckmann, I., Feindel, H., Funke, W., Kemmann, D., Kersting, S., Medenwaldt, J., Missel, P. (†), Neumann, E., Teigeler, H., Köstler, U., Weissinger, V.

Teilband VI

**Basisdokumentation 2018 –
Sonderauswertung Pathologisches Glücksspielen**

1. Einleitung.....	104
2. Basisdokumentation 2018 des Fachverbandes Sucht e.V.	104
2.1 Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung	104
2.2 Beschreibung der Rehabilitanden nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen	105
2.3 Angaben zur Glücksspielteilnahme	109
2.4 Angabe zur Therapievorbereitung und zur Aufnahme	110
2.5 Diagnosen und Vorbehandlungen	112
2.6 Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende	116
2.7 Psychische Komorbidität und Therapieverlauf	121
2.8 Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018	122
3. Ausblick	127
4. Literatur	127
Autorenverzeichnis	127

Teilband VI:

Basisdokumentation 2018 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamenten- abhängigkeit

Sonderauswertung: Pathologisches Glücksspielen

1. Einleitung

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) vertritt ca. 95 Mitgliedseinrichtungen mit über 6.800 stationären und vielen ambulanten Therapieplätzen.

Berichte zur Dokumentation von Daten zur Entwöhnungsbehandlung in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige haben bereits eine über 20-jährige Tradition (Ott, E. S. et al., 1997). Mit diesem Bericht legen wir zum dritten Mal eine Dokumentation mit ausgewählten Daten zur Behandlung von Patienten mit pathologischem Glücksspielen vor. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formuliert in der „International Classification of Diseases“, Version 10 (ICD-10) die Kriterien für das Vorliegen von pathologischem Spielen. Zentral ist dabei ein intensiver, kaum kontrollierbarer Drang zum Glücksspielen, der die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Die Patienten erleben sich dabei häufig als „abhängig“ vom Glücksspielen. Entscheidende Charakteristika sind der starke, gelegentlich übermächtige Wunsch zum Glücksspielen, die verminderte Kontrolle über Beginn, Ende und Umfang des Spielverhaltens sowie das Hinterherjagen („Chasing“) hinter Verlusten.

Es wurden im vorliegenden Bericht auch die Behandlungsfälle aus den psychosomatischen Abteilungen der Mitgliedseinrichtungen des FVS berücksichtigt.

Es gehört zu den verbindlichen Qualitätsmerkmalen des Fachverbandes Sucht, dass diese Mitgliedseinrichtungen u.a. Folgendes erfüllen:

- wissenschaftlich begründete Behandlungskonzepte,
- definierte Therapieziele, -pläne,
- qualifizierte Aufnahme- und Entlassungsdokumentationen,

- Patientenbefragungsbögen zur Zufriedenheit, Zielerwartung und Zielerreichung,
- katamnestiche Instrumente zur Evaluation von Behandlungsergebnissen,
- internes Qualitätsmanagement nach anerkannten Zertifizierungsverfahren,
- Teilnahme am externen Qualitätssicherungsprogramm der Leistungsträger.

Bereits im Jahr 1993 hat der FVS einen Ausschuss „Statistik und Dokumentation“ eingerichtet, dem die Autoren dieses Bandes angehören (vgl. Autorenliste). Seit 1994 ist der FVS auch Mitglied im Fachbeirat Suchthilfestatistik.

Für den vorliegenden Bericht wurde als Basis der Deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe, Version 3.0 (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2017) zugrunde gelegt, der vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) unter Beteiligung des FVS entwickelt wurde. Der Fachverband Sucht ist auch in der Arbeitsgemeinschaft Deutsche Suchthilfestatistik (AG DSHS) vertreten. Diese Arbeitsgemeinschaft trägt die fachliche Verantwortung bezüglich der Deutschen Suchthilfestatistik (gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit).

Es sei darauf verwiesen, dass nicht bei allen Merkmalen dieselbe Grundmenge an Patientendaten eingehen konnte. Dies liegt an den teilweise voneinander abweichenden Erhebungsformen der verschiedenen Dokumentationssysteme bzw. an eventuell unvollständigen Datensätzen innerhalb des jeweiligen Systems. Die Quote der fehlenden Daten ist im Text und den Tabellen ausgewiesen. Die Angaben zu den fehlenden Daten beziehen sich auf die Gesamtstichprobe oder auf eine bestimmte Teilstichprobe. Die jeweils relevante Bezugsgröße ist im Text und in den Tabellen ausgewiesen. In

die Auswertung gingen nur Datensätze aus Einrichtungen des Fachverbandes Sucht ein, die die Mindeststandards für Datensätze der Basisdokumentation des Fachverbandes Sucht¹ erfüllt haben.

Der FVS leistet mit dieser differenzierten Beschreibung der Klientel einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in der stationären Rehabilitation pathologischer Glücksspieler.

2. Basisdokumentation 2018 des Fachverbandes des Sucht

2.1. Datenerhebung und Stich- probenzusammensetzung

Im vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Daten zur stationären medizinischen Rehabilitation von Patienten mit der Erstdiagnose pathologisches Glücksspielen für das Jahr 2018 zusammengefasst. Die Daten stammen ausschließlich aus Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. Die Gesamtstichprobe der Basisdokumentation 2018 umfasst 1160 Patienten aus insgesamt 16 stationären Behandlungseinrichtungen. Von der Gesamtzahl der Patienten wurden 826 (71,2%) in Suchtkliniken oder Suchtabteilungen und 334 (28,8%) in Psychosomatik-Kliniken oder -Abteilungen behandelt. Da in den Psychosomatik-Kliniken oder -Abteilungen oftmals nur eine Teilmenge des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe verwendet wird, können einige Auswertungen nur für die Pa-

¹ Für die Items Geschlecht, Alter bei Aufnahme, Behandlungsdauer, Hauptdiagnose, Art der Einrichtung und Dokumentationssystem sind keine „Missing-Data“ zulässig. Für die Items Leistungsträger und Art der Therapiebeendigung sind maximal drei Prozent „Missing-Data“ zulässig.

Tabelle 1: Liste der Einrichtungen, deren Datensätze in die Auswertung eingingen

salus klinik Lindow	16835 Lindow
Fachklinik Fredeburg	57392 Schmallenberg-Bad Fredeburg
MEDIAN Klinik Wied	57629 Wied
MEDIAN Klinik Schweriner See	19069 Lübstorf
MEDIAN Klinik Wigbertshöhe	36251 Bad Hersfeld
MEDIAN Kliniken Daun Am Rosenberg	54550 Daun/Eifel
MEDIAN Kliniken Daun Thommener Höhe	54552 Darscheid
MEDIAN Rhein-Haardt-Klinik	67098 Bad Dürkheim
salus klinik Friedrichsdorf	61381 Friedrichsdorf
MEDIAN Klinik Münchwies	66540 Neunkirchen
MEDIAN Klinik Odenwald	64747 Breuberg-Sandbach
MEDIAN Klinik Wilhelmsheim	71570 Oppenweiler
salus klinik Hürth	50354 Hürth
Fachklinik Eußerthal	76857 Eußerthal/Pfalz
Fachklinik Furth im Wald	93437 Furth im Wald
MEDIAN Klinik Römhild	98630 Römhild

Tabelle 2: Alter der Patienten zu Behandlungsbeginn

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 19 Jahre	10	1,0%	0	0,0%	10	0,9%
20 bis 24 Jahre	108	10,9%	8	4,8%	116	10,0%
25 bis 29 Jahre	196	19,8%	13	7,7%	209	18,0%
30 bis 34 Jahre	161	16,2%	16	9,5%	177	15,3%
35 bis 39 Jahre	146	14,7%	18	10,7%	164	14,1%
40 bis 44 Jahre	92	9,3%	15	8,9%	107	9,2%
45 bis 49 Jahre	106	10,7%	24	14,3%	130	11,2%
50 bis 54 Jahre	83	8,4%	25	14,9%	108	9,3%
55 bis 59 Jahre	52	5,2%	19	11,3%	71	6,1%
60 bis 64 Jahre	20	2,0%	19	11,3%	39	3,4%
65 Jahre und älter	18	1,8%	11	6,5%	29	2,5%
Gesamt	992	100,0%	168	100,0%	1160	100,0%
Mittelwert	37,3		46,4		38,6	
Standardabweichung	11,5		13,1		12,2	

Tabelle 3: Alter der Patienten zu Behandlungsbeginn, Suchtbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 19 Jahre	9	1,2%	0	0,0%	9	1,1%
20 bis 24 Jahre	81	11,2%	6	5,7%	87	10,5%
25 bis 29 Jahre	124	17,2%	8	7,6%	132	16,0%
30 bis 34 Jahre	114	15,8%	10	9,5%	124	15,0%
35 bis 39 Jahre	112	15,5%	11	10,5%	123	14,9%
40 bis 44 Jahre	72	10,0%	12	11,4%	84	10,2%
45 bis 49 Jahre	80	11,1%	15	14,3%	95	11,5%
50 bis 54 Jahre	62	8,6%	17	16,2%	79	9,6%
55 bis 59 Jahre	40	5,5%	8	7,6%	48	5,8%
60 bis 64 Jahre	14	1,9%	11	10,5%	25	3,0%
65 Jahre und älter	13	1,8%	7	6,7%	20	2,4%
Gesamt	721	100,0%	105	100,0%	826	100,0%
Mittelwert	37,6		45,9		38,7	
Standardabweichung	11,6		13,4		12,1	

tienten aus Suchtklinken oder Suchtabteilungen berichtet werden.

Die Daten wurden durch Redline Data, Ahrensböck, gesammelt und zusammengeführt sowie auf Fehlerfreiheit geprüft. Ein Rückschluss auf die Daten aus einzelnen Mitgliedseinrichtungen bzw. auf einzelne Patienten ist nicht möglich.

In den folgenden Abschnitten 2.2 bis 2.5 sind die Daten der Basisdokumentation geschlechtsspezifisch dargestellt und die bedeutendsten Unterschiede erläutert. Im Abschnitt 2.6 werden ausgewählte Variablen der Basisdokumentation 2018 hinsichtlich Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende dargestellt. In Abschnitt 2.7 wird die psychische Komorbidität näher betrachtet und in Abschnitt 2.8 eine altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018 dargestellt

2.2. Beschreibung der Patienten nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen

Die **Altersverteilung** der Patienten bei Betreuungsbeginn in Abhängigkeit vom jeweiligen **Geschlecht** ist in Tabelle 2 dargestellt. Von den insgesamt 1160 Patienten sind 168 (14,5%) weiblichen und 922 (85,5%) männlichen Geschlechts. Zur Übersicht wurden die Patienten hierzu in Altersgruppen mit einer Spannweite von jeweils 5 Jahren gruppiert.

Mit 18,0% der Patienten war die Altersklasse der 25- bis 29-Jährigen am häufigsten besetzt, gefolgt von den Altersklassen der 30- bis 34-Jährigen mit 15,3%, der 35- bis 39-Jährigen mit 14,1% und der 45- bis 49-Jährigen mit 11,2%. Zwischen 20 und 24 Jahre alt waren 10,0% der Patienten, 9,2% waren zwischen 40 und 44 Jahre und 9,3% zwischen 50 und 54 Jahre alt. 60 Jahre und älter waren lediglich 5,9% der Patienten. Insgesamt wurden nur 0,9% jugendliche Patienten unter 20 Jahren behandelt.

Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 38,6 Jahre ($\pm 12,2$ Jahre). Frauen waren durchschnittlich 46,4 Jahre ($\pm 13,1$ Jahre) alt, Männer hingegen hatten ein um 9,1 Jahre geringeres durchschnittliches Alter von 37,3 Jahren ($\pm 11,5$ Jahre).

Bei Patienten, die ihre Behandlung in Suchtkliniken absolvierten, betrug das Durchschnittsalter bei Aufnahme 38,7 Jahre ($\pm 12,1$ Jahre). Frauen waren durchschnittlich 45,9 Jahre ($\pm 13,4$ Jahre) alt, Männer hingegen hatten auch

hier ein um 8,3 Jahre geringeres durchschnittliches Alter von 37,6 Jahren ($\pm 11,6$ Jahre).

Bei Patienten, die ihre Behandlung in Psychosomatikkliniken oder -abteilungen absolvierten, betrug das Durchschnittsalter bei Aufnahme 38,4 Jahre ($\pm 12,4$ Jahre). Frauen waren durchschnittlich 47,2 Jahre ($\pm 12,6$ Jahre) alt, Männer hingegen hatten ein um ca. 10,8 Jahre geringeres durchschnittliches Alter von 36,4 Jahren ($\pm 11,5$ Jahre).

Einen Überblick über die **Partnerbeziehung** bei Betreuungsbeginn vermittelt Tabelle 5. In einer Partnerschaft zu leben gaben 45,8% der Patienten an, 54,2% hatten keine Partnerschaft. Es zeigten sich bezüglich der Partnersituation leichte geschlechtsspezifische Unterschiede: Von den Männern gaben 45,5% an, in einer Partnerschaft zu leben vs. 47,4% der Frauen. Keine Partnerschaft hatten 54,5% der Männer und 52,6% der Frauen.

Die Tabellen 6, 7 und 8 zeigen die **Wohnsituation vor Betreuungsbeginn**. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten (55,8%) gab an, selbstständig zu wohnen, wobei der Anteil bei den Männern mit 53,7% vs. 68,6% deutlich unter dem der Frauen liegt. Weitere Angaben der Patienten zu ihrer Wohnsituation waren: „bei anderen Personen“ mit 26,7% (29,5% vs. 9,6%), „ambulant betreutes Wohnen“ mit 0,7% (0,7% vs. 0,6%), „(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung“ mit 0,3% (0,3% vs. 0,0%), „Wohnheim/Übergangswohnheim“ mit 12,6% (11,5% vs. 19,2%), „JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung“ mit 0,2% (0,2% vs. 0,0%), „Notunterkunft, Übernachtungsstelle“ mit 0,5% (0,6% vs. 0,0%), „sonstiges“ mit 0,5% (0,6% vs. 0,0%) und „ohne Wohnung“ mit 2,6% (2,7% vs. 1,9%). Bei 4,8% der Patienten waren keine Daten zur Wohnsituation kodiert.

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten in Suchtbehandlung (48,2%) gab an, selbstständig zu wohnen, wobei der Anteil bei den Männern mit 47,1% vs. 56,4% deutlich unter dem der Frauen liegt. Weitere Angaben der Patienten zu ihrer Wohnsituation waren: „bei anderen Personen“ mit 28,9% (31,8% vs. 8,5%), „ambulant betreutes Wohnen“ mit 0,8% (0,7% vs. 1,1%), „(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung“ mit 0,4% (0,4% vs. 0,0%), „Wohnheim/Übergangswohnheim“ mit 17,6% (15,6% vs. 31,9%), „JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung“ mit 0,3% (0,3% vs. 0,0%), „Not-

Tabelle 4: Alter der Patienten zu Behandlungsbeginn, Psychosomatikbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 19 Jahre	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
20 bis 24 Jahre	27	10,0%	2	3,2%	29	8,7%
25 bis 29 Jahre	72	26,6%	5	7,9%	77	23,1%
30 bis 34 Jahre	47	17,3%	6	9,5%	53	15,9%
35 bis 39 Jahre	34	12,5%	7	11,1%	41	12,3%
40 bis 44 Jahre	20	7,4%	3	4,8%	23	6,9%
45 bis 49 Jahre	26	9,6%	9	14,3%	35	10,5%
50 bis 54 Jahre	21	7,7%	8	12,7%	29	8,7%
55 bis 59 Jahre	12	4,4%	11	17,5%	23	6,9%
60 bis 64 Jahre	6	2,2%	8	12,7%	14	4,2%
65 Jahre und älter	5	1,8%	4	6,3%	9	2,7%
Gesamt	271	100,0%	63	100,0%	334	100,0%
Mittelwert	36,4		47,2		38,4	
Standardabweichung	11,5		12,6		12,4	

Tabelle 5: Partnerschaft zu Behandlungsbeginn

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nein	509	54,5%	81	52,6%	590	54,2%
Ja	425	45,5%	73	47,4%	498	45,8%
Gesamt	934	100,0%	154	100,0%	1088	100,0%
Keine Angaben	58	5,9%	14	8,3%	72	6,2%

Tabelle 6: Wohnsituation zu Behandlungsbeginn, Gesamt

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Selbstständiges Wohnen (eigene / gemietete Wohnung/Haus)	509	53,7%	107	68,6%	616	55,8%
Bei anderen Personen	280	29,5%	15	9,6%	295	26,7%
Ambulant Betreutes Wohnen	7	0,7%	1	0,6%	8	0,7%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	3	0,3%	0	0,0%	3	0,3%
Wohnheim / Übergangswohnheim	109	11,5%	30	19,2%	139	12,6%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	2	0,2%	0	0,0%	2	0,2%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	6	0,6%	0	0,0%	6	0,5%
Ohne Wohnung	26	2,7%	3	1,9%	29	2,6%
Sonstiges	6	0,6%	0	0,0%	6	0,5%
Gesamt	948	100,0%	156	100,0%	1104	100,0%
Keine Angaben	44	4,4%	12	7,1%	56	4,8%

unterkunft, Übernachtungsstelle“ mit 0,8% (0,9% vs. 0,0%), „sonstiges“ mit 0,4% (0,4% vs. 0,0%) und „ohne Wohnung“ mit

2,7% (2,8% vs. 2,1%). Bei 6,3% der Patienten aus Suchtbehandlung waren keine Daten zur Wohnsituation kodiert.

Tabelle 7: Wohnsituation zu Behandlungsbeginn, Suchtbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Selbständiges Wohnen (eigene / gemietete Wohnung/Haus)	30	47,1%	53	56,4%	373	48,2%
Bei anderen Personen	216	31,8%	8	8,5%	224	28,9%
Ambulant Betreutes Wohnen	5	0,7%	1	1,1%	6	0,8%
(Fach)-Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	3	0,4%	0	0,0%	3	0,4%
Wohnheim / Übergangswohnheim	106	15,6%	30	31,9%	136	17,6%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	2	0,3%	0	0,0%	2	0,3%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	6	0,9%	0	0,0%	6	0,8%
Ohne Wohnung	19	2,8%	2	2,1%	21	2,7%
Sonstiges	3	0,4%	0	0,0%	3	0,4%
Gesamt	680	100,0%	94	100,0%	774	100,0%
Keine Angaben	41	5,7%	11	10,5%	52	6,3%

Tabelle 8: Wohnsituation zu Behandlungsbeginn, Psychosomatikbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Selbständiges Wohnen (eigene / gemietete Wohnung/Haus)	189	70,5%	54	87,1%	243	73,6%
Bei anderen Personen	64	23,9%	7	11,3%	71	21,5%
Ambulant Betreutes Wohnen	2	0,7%	0	0,0%	2	0,6%
Wohnheim / Übergangswohnheim	3	1,1%	0	0,0%	3	0,9%
Ohne Wohnung	7	2,6%	1	1,6%	8	2,4%
Sonstiges	3	1,1%	0	0,0%	3	0,9%
Gesamt	268	100,0%	62	100,0%	330	100,0%
Keine Angaben	3	1,1%	1	1,6%	4	1,2%

Tabelle 9: Migrationshintergrund, Suchtbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kein Migrationshintergrund	257	61,2%	30	66,7%	287	61,7%
Selbst migriert	99	23,6%	13	28,9%	112	24,1%
Als Kind von Migranten geboren	64	15,2%	2	4,4%	66	14,2%
Gesamt	420	100,0%	45	100,0%	465	100,0%
Keine Angaben	301	41,7%	60	57,1%	361	43,7%

Etwa drei Viertel der Patienten in Psychosomatikbehandlung (73,6%) gaben an, selbständig zu wohnen, wobei der Anteil bei den Männern mit 70,5% vs. 87,1% deutlich unter dem der Frauen liegt. Weitere Angaben der Patienten zu ihrer

Wohnsituation waren: „bei anderen Personen“ mit 21,5% (23,9% vs. 11,3%), „ambulant betreutes Wohnen“ mit 0,6% (0,7% vs. 0,0%), „Wohnheim/Übergangswohnheim“ mit 0,9% (1,1% vs. 0,0%), „ohne Wohnung“ mit 2,4% (2,6% vs.

1,6%) und „sonstiges“ mit 0,9% (1,1% vs. 0,0%). Bei 1,2% der Patienten waren keine Daten zur Wohnsituation kodiert.

Tabelle 9 gibt Aufschluss über den Migrationsstatus der Patienten in Suchtbehandlung. Von 43,7% der Patienten (41,7% vs. 57,1%) Patienten liegen hierzu keine Angaben vor. Von denen, bei denen dieses Item kodiert war, waren 112 (24,1%) selbst migriert, wobei der Anteil bei den Männern mit 23,6% vs. 28,9% etwas unter dem der Frauen liegt. Als Kinder von Migranten geboren sind 14,2% (15,2% vs. 4,4%). Keinen Migrationshintergrund zu haben gaben 61,7% (61,2% vs. 66,7%) der Patienten an.

Tabelle 10 gibt Aufschluss über den **höchsten erreichten Schulabschluss**. Ohne Schulabschluss abgegangen sind 7,2% der Patienten (m: 6,8%, w: 9,6%), 39,3% wiesen einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss auf (m: 39,6%, w: 37,8%). 36,8% aller Patienten (m: 36,4%, w: 39,1%) verfügten über einen Realschulabschluss bzw. haben eine Polytechnische Oberschule abgeschlossen, weitere 14,7% (m: 15,2%, w: 11,5%) gaben an, die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife zu besitzen. 2,0% (m: 2,0%, w: 1,9%) der Patienten hatten einen anderen Schulabschluss. Für 5,9% aller Patienten lagen keine Angaben zur Schulausbildung vor.

Tabelle 11 gibt Aufschluss über den höchsten erreichten Schulabschluss der Patienten in Suchtbehandlung. Ohne Schulabschluss abgegangen sind 9,0% der Patienten (m: 8,2%, w: 14,7%), 39,6% wiesen einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss auf (m: 40,3%, w: 34,7%). 36,5% der Patienten (m: 36,0%, w: 40,0%) verfügten über einen Realschulabschluss bzw. haben eine Polytechnische Oberschule abgeschlossen, weitere 13,3% (m: 13,8%, w: 9,5%) gaben an, die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife zu besitzen. 1,7% (m: 1,8%, w: 1,1%) der Patienten hatten einen anderen Schulabschluss. Für 7,0% aller Patienten lagen keine Angaben zur Schulausbildung vor.

Tabelle 12 gibt Aufschluss über den höchsten erreichten Schulabschluss der Patienten aus Psychosomatikbehandlung. Ohne Schulabschluss abgegangen sind 3,1% der Patienten (m: 3,4%, w: 1,6%), 38,7% wiesen einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss auf (m: 37,8%, w: 42,6%). 37,5% der Patienten (m: 37,4%, w: 37,7%) verfügten über einen Realschulabschluss bzw. haben eine Polytechnische Oberschule abgeschlossen, weitere 18,0% (m:

18,7%, w: 14,8%) gaben an, die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife zu besitzen. 2,8% (m: 2,7%, w: 3,3%) der Patienten hatten einen anderen Schulabschluss. Für 3,3% aller Patienten lagen keine Angaben zur Schulausbildung vor.

Tabelle 13 gibt Aufschluss über den **höchsten Ausbildungsabschluss** der Patienten aus Suchtbehandlung. Noch keine Ausbildung begonnen haben 11,6% der Patienten, 2,0% sind derzeit in Ausbildung und keine berufliche oder akademische Ausbildung abgeschlossen haben 19,1%. Eine betriebliche Berufsausbildung wiesen 59,6% der Patienten auf. 2,2% der Patienten verfügten über einen Abschluss als Meister/in/Techniker/in bzw. an einer Berufs- oder Fachakademie, weitere 3,6% gaben an, einen akademischen Abschluss zu besitzen. 1,9% der Patienten hatten einen anderen Ausbildungsabschluss. Für 10,2% aller Patienten lagen keine Angaben zur Schulausbildung vor.

In Tabelle 11 ist die **Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn für die Gesamtheit der Patienten** dargestellt. Zur Betrachtung der Erwerbssituation wurde zwischen folgenden Kategorien unterschieden: „Auszubildender“, „Arbeiter/Angestellter/Beamter“, „Selbständiger/Freiberufler“, „sonstige Erwerbspersonen“, „in Elternzeit, im langfristigen Krankenstand“, „in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)“, „arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)“, „arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)“, „Schüler/Student“, „Hausfrau/Hausmann“, „Rentner/Pensionär“, „sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen“, „sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen“.

Bezüglich der Erwerbstätigkeit am Tag vor Aufnahme waren 1,5% der Patienten in beiden Behandlungsformen Auszubildende. 48,9% waren als Arbeiter, Angestellte oder Beamte tätig, 0,2% waren Selbständige oder Freiberufler, 0,3% gaben an sonstige Erwerbspersonen zu sein, und 0,4% befanden sich in Elternzeit oder im (längerfristigen) Krankenstand. In beruflicher Rehabilitation waren 0,2% der Patienten. 38,7% der Patienten waren arbeitslos, wobei 20,7% arbeitslos nach SGB II (Bezug von Arbeitslosengeld II) und 10,0% arbeitslos nach SGB III (Bezug von Arbeitslosengeld I) waren. Weitere 0,4% waren Schüler bzw. Studenten, 0,2% waren Hausfrauen bzw. Hausmänner, 6,8% waren Rentner

Tabelle 10: Höchster Schulabschluss, Gesamt

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ohne Schulabschluss abgegangen	64	6,8%	15	9,6%	79	7,2%
Hauptschul-/Volksschulabschluss	370	39,6%	59	37,8%	429	39,3%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	340	36,4%	61	39,1%	401	36,8%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	142	15,2%	18	11,5%	160	14,7%
Anderer Schulabschluss	19	2,0%	3	1,9%	22	2,0%
Gesamt	935	100,0%	156	100,0%	1091	100,0%
Keine Angaben	57	5,7%	12	7,1%	69	5,9%

Tabelle 11: Höchster Schulabschluss, Suchtbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ohne Schulabschluss abgegangen	55	8,2%	14	14,7%	69	9,0%
Hauptschul-/Volksschulabschluss	271	40,3%	33	34,7%	304	39,6%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	242	36,0%	38	40,0%	280	36,5%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	93	13,8%	9	9,5%	102	13,3%
Anderer Schulabschluss	12	1,8%	1	1,1%	13	1,7%
Gesamt	673	100,0%	95	100,0%	768	100,0%
Keine Angaben	48	6,7%	10	9,5%	58	7,0%

Tabelle 12: Höchster Schulabschluss, Psychosomatikbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ohne Schulabschluss abgegangen	9	3,4%	1	1,6%	10	3,1%
Hauptschul-/Volksschulabschluss	99	37,8%	26	42,6%	125	38,7%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	98	37,4%	23	37,7%	121	37,5%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	49	18,7%	9	14,8%	58	18,0%
Anderer Schulabschluss	7	2,7%	2	3,3%	9	2,8%
Gesamt	262	100,0%	61	100,0%	323	100,0%
Keine Angaben	9	3,3%	2	3,2%	11	3,3%

Tabelle 13: Höchster Ausbildungsabschluss, Suchtbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Noch keine Ausbildung begonnen	77	11,8%	9	9,9%	86	11,6%
Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	15	2,3%	0	0,0%	15	2,0%
Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	118	18,1%	24	26,4%	142	19,1%
Betrieblicher Berufsabschluss	388	59,6%	54	59,3%	442	59,6%
Meister / Techniker	15	2,3%	1	1,1%	16	2,2%
Akademischer Abschluss	26	4,0%	1	1,1%	27	3,6%
Anderer Berufsabschluss	12	1,8%	2	2,2%	14	1,9%
Gesamt	651	100,0%	91	100,0%	742	100,0%
Keine Angaben	70	9,7%	14	13,3%	84	10,2%

Tabelle 14: Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn, Gesamt

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	16	1,6%	1	0,6%	17	1,5%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	484	49,7%	72	43,6%	556	48,9%
Selbständiger / Freiberufler	1	0,1%	1	0,6%	2	0,2%
Sonstige Erwerbspersonen	3	0,3%	0	0,0%	3	0,3%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	2	0,2%	0	0,0%	2	0,2%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	3	0,3%	2	1,2%	5	0,4%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	180	18,5%	25	15,2%	205	18,0%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	203	20,9%	33	20,0%	236	20,7%
Schüler / Student	5	0,5%	0	0,0%	5	0,4%
Hausfrau / Hausmann	2	0,2%	0	0,0%	2	0,2%
Rentner / Pensionär	55	5,7%	22	13,3%	77	6,8%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	6	0,6%	7	4,2%	23	2,0%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	3	0,3%	2	1,2%	5	0,4%
Gesamt	973	100,0%	165	100,0%	1138	100,0%
Keine Angaben	19	1,9%	3	1,8%	22	1,9%
erwerbstätig	509	52,3%	76	46,1%	585	51,4%
arbeitslos	383	39,4%	58	35,2%	441	38,7%
nicht erwerbstätig	81	8,3%	31	18,8%	112	9,8%

Tabelle 15: Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn, Suchtbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	9	1,3%	0	0,0%	9	1,1%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	331	46,9%	44	42,3%	375	46,3%
Selbständiger / Freiberufler	0	0,0%	1	1,0%	1	0,1%
Sonstige Erwerbspersonen	2	0,3%	0	0,0%	2	0,2%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	2	0,3%	0	0,0%	2	0,2%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	3	0,4%	2	1,9%	5	0,6%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	136	19,3%	16	15,4%	152	18,8%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	158	22,4%	23	22,1%	181	22,3%
Schüler / Student	5	0,7%	0	0,0%	5	0,6%
Hausfrau / Hausmann	2	0,3%	0	0,0%	2	0,2%
Rentner / Pensionär	50	7,1%	14	13,5%	64	7,9%

und 0,4% wurden der Kategorie „sonstige Nichterwerbspersonen“ zugeordnet, bei 1,9% aller Patienten wurde „keine Daten“ kodiert.

Der Vergleich der Patienten aus Suchtbehandlung (S) mit denen aus Psychosomatikbehandlung (P) ergibt einen erkennbaren Unterschied in der Kategorie „Arbeiter, Angestellten, Beamter“ mit einem Anteil von 46,3% (S) gegenüber 55,2% (P) sowie der Kategorie „arbeitslos“ mit 41,1% (S) gegenüber 33,0% (P). In der Kategorie „Rentner/Pensionär“ zeigt sich mit 7,9% ein erkennbar höherer Anteil bei den Suchtpatienten gegenüber 4,0% bei den Psychosomatikpatienten.

Tabelle 17 gibt die Schuldensituation der Patienten aus Suchtbehandlung wider. Keine Schulden zu haben gaben 27,5% der Patienten an. Bis zu 10.000 Euro Schulden hatten 26,5%, 10.000 Euro bis 25.000 Euro Schulden hatten 18,7% und 25.000 Euro bis 50.000 Euro hatten 17,0% der Patienten. Mehr als 50.000 Euro Schulden zu haben gaben 10,2% der Behandelten an. Für 4,1% der Patienten lagen keine Angaben vor.

2.3. Angaben zur Glücksspielteilnahme

In Tabelle 18 wird die Anzahl der Spieletage in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme der Patienten aus Suchtbehandlung differenziert nach den einzelnen Glücksspielformen wiedergegeben. Dabei wird danach unterschieden, ob die Glücksspiele terrestrisch oder online ausgeübt wurden. Mehrfachnennungen waren bei diesem Item möglich. Bei diesem Item ist jedoch ein hoher Anteil fehlender Werte zu verzeichnen, es wurden 436 Mal Angaben hierzu gemacht. Dabei wurde 237 Mal angegeben, dass 1 bis zu 10 Tage das jeweilige Glücksspiel ausgeübt wurde, 117 Mal 11 bis zu 20 Tage und 82 Mal 21 bis zu 30 Tage. Es zeigte sich, dass das Glücksspiel an Geldspielautomaten in Spielhallen oder in der Gastronomie die mit Abstand am häufigsten praktizierte Glücksspielform war. Danach folgen Sportwetten und das Spielen an Geldspielautomaten über das Internet. Im Vergleich der Geschlechter fällt als erkennbarer Unterschied auf, dass bei den Frauen das Spielen an Geldspielautomaten in Spielhallen oder im Internet fast die ausschließlich praktizierte Glücksspielform in den letzten 30 Tage vor Aufnahme war.

Die Angaben zum **Alter beim ersten Spielen** der Patienten aus Suchtbehandlung sind Tabelle 19 zu entnehmen. Insgesamt 716 Patienten machten hierzu Angaben. Mit 326 gaben die Patienten am häufigsten an, eine Glücksspielform erstmals im Alter von 18 bis 25 Jahren praktiziert zu haben; gefolgt von 134 Mal im Alter von 14 bis 17 Jahren und 127 Mal im Alter von 26 bis 35 Jahren. Eine Glücksspielform erstmals im Alter von über 35 Jahren praktiziert zu haben, gaben 97 Patienten an. Erstmals Glücksspiele ausgeübt zu haben in einem Alter von weniger als 14 Jahren gaben 32 Patienten an. Findet die erste Glücksspielteilnahme im minderjährigen Alter statt, so geschieht dies am häufigsten an Geldspielautomaten in Spielhallen und in der Gastronomie.

Im Vergleich der Geschlechter fällt als erkennbarer Unterschied auf, dass bei Frauen die Nennungen für Erstkontakt mit einer Glücksspielform fast nie im minderjährigen Alter lagen, wohingegen bei den Männern ein erheblicher Anteil das erstmalige Praktizieren einer Glücksspielform im minderjährigen Alter angibt.

Die Angaben zum **Alter bei Störungsbeginn** sind der Tabelle 20 zu entnehmen. Hierzu wurden für 431 Patienten aus dem Indikationsbereich Sucht Angaben kodiert. Das mittlere Alter bei Störungsbeginn lag bei 29,1 Jahren ($\pm 11,8$), wobei die männlichen Patienten bei Störungsbeginn mit 28,0 ($\pm 11,1$) deutlich jünger waren als die weiblichen mit 40,0 ($\pm 13,6$).

2.4. Angaben zur Therapievorbereitung und zur Aufnahme

Die Angaben zur **vermittelnden Instanz** sind Tabelle 21 zu entnehmen. Hierzu liegen Angaben von 818 Patienten aus dem Indikationsbereich Sucht vor. Im Kerndatensatz kann zur Kodierung der vermittelnden Instanz aus einer Liste von 20 verschiedenen Vermittlern ausgewählt werden. Deshalb werden in Tabelle 21 sieben nur selten vorkommende Vermittler zur Kategorie „sonstige“ zusammengefasst.

Die häufigste Vermittlungsform bezüglich der untersuchten Stichprobe war die Vermittlung durch eine ambulante Suchthilfeeinrichtung mit 65,2% der Patienten, wobei sich die jeweiligen Anteile bei Männern und Frauen 64,7% vs. 68,3% kaum unterscheiden. Durch Selbsthilfegruppen wurden 3,7% der Patienten (3,5% vs. 4,8%) auf ihre Behandlung vorbereitet. Psychiatrische Krankenhäuser

noch Tabelle 15: Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn, Suchtbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	5	0,7%	2	1,9%	7	0,9%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	3	0,4%	2	1,9%	5	0,6%
Gesamt	706	100,0%	104	100,0%	810	100,0%
Keine Angaben	15	2,1%	1	1,0%	16	1,9%
erwerbstätig	347	49,2%	47	45,2%	394	48,6%
arbeitslos	294	41,6%	39	37,5%	333	41,1%
nicht erwerbstätig	65	9,2%	18	17,3%	83	10,2%

Tabelle 16: Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn, Psychosomatikbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	7	2,6%	1	1,6%	8	2,4%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	153	57,3%	28	45,9%	181	55,2%
Selbstständiger / Freiberufler	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Sonstige Erwerbspersonen	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	44	16,5%	9	14,8%	53	16,2%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	45	16,9%	10	16,4%	55	16,8%
Rentner / Pensionär	5	1,9%	8	13,1%	13	4,0%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	11	4,1%	5	8,2%	16	4,9%
Gesamt	267	100,0%	61	100,0%	328	100,0%
Keine Angaben	4	1,5%	2	3,2%	6	1,8%
erwerbstätig	162	60,7%	29	47,5%	191	58,2%
arbeitslos	89	33,3%	19	31,1%	108	32,9%
nicht erwerbstätig	16	6,0%	13	21,3%	29	8,8%

Tabelle 17: Problematische Schulden, Suchtbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine	185	26,7%	33	33,3%	218	27,5%
bis 10.000 Euro	182	26,3%	28	28,3%	210	26,5%
bis 25.000 Euro	131	18,9%	17	17,2%	148	18,7%
bis 50.000 Euro	123	17,7%	12	12,1%	135	17,0%
Mehr	72	10,4%	9	9,1%	81	10,2%
Gesamt	693	100,0%	99	100,0%	792	100,0%
Keine Angaben	28	3,9%	6	5,7%	34	4,1%

Tabelle 18: Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn, Suchtbehandlung

Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn	Männer			Frauen			Gesamt		
	1-10	11-20	21-30	1-10	11-20	21-30	1-10	11-20	21-30
Terrestrisch									
Geldspielautomaten in Spielhallen	101	53	30	11	11	8	112	64	38
Geldspielautomaten in Gastronomie	44	20	16	1	1	1	45	21	17
kleines Spiel in der Spielbank	5	3	4	1	0	0	6	3	4
großes Spiel in der Spielbank	6	2	1	1	0	0	7	2	1
Sportwetten	18	10	7	0	0	0	18	10	7
Pferdewetten	1	0	1	0	0	0	1	0	1
Lotterien	6	0	2	2	0	0	8	0	2
Andere	2	0	0	0	0	0	2	0	0
Online/Internet									
Automatenspiel (Geld-/Glücksspielautomaten)	15	3	2	1	1	2	16	4	4
Casinospiele (großes Spiel in der Spielbank ohne Poker)	5	4	2	0	0	0	5	4	2
Poker	5	5	1	0	0	0	5	5	1
Sportwetten	9	3	3	0	0	0	9	3	3
Pferdewetten	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lotterien	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Andere	1	1	2	1	0	0	2	1	2
Gesamt							237	117	82

bzw. Krankenhausabteilungen bereiten 8,3% der Patienten (8,4% vs. 7,7%) auf ihre Behandlung vor. Weitere Vermittlungsinstanzen waren: ärztliche Praxis mit 3,1% (3,5% vs. 0,0%), Leistungsträger mit 2,2% der Patienten (1,7% vs. 5,8%), sonstige Institutionen 2,1% (2,1% vs. 1,9%), Arbeitgeber, Betrieb oder Schule mit 0,9% (0,8% vs. 1,0%), stationäre Suchthilfeeinrichtungen mit 1,6% (1,7% vs. 1,0%), Justizbehörden/Bewährungshilfe mit 0,7% (0,8% vs. 0,0%), Einrichtung der Akutbehandlung mit 0,5% (0,6% vs. 0,0%) sowie allgemeine Krankenhäuser mit 2,2% (2,0% vs. 3,8%) und andere Beratungsdienste mit 3,4% (3,4% vs. 3,8%). 4,2% der Patienten (4,5% vs. 1,9%) traten die medizinische Rehabilitationsmaßnahme ohne Vermittlung einer betreuenden Einrichtung an.

Tabelle 22 gibt einen Überblick über die **Leistungsträgerstruktur**. Der mit Abstand häufigste Leistungsträger waren die Träger der Rentenversicherung mit 87,5% der Patienten (87,6% Männer vs. 86,9% Frauen) und die gesetzliche Krankenversicherung mit 10,6% (10,2% vs. 13,1%). Weitere Leistungsträger wurden nach den Kategorien „pauschal/institutionell finanziert“ mit 1,6% der Patienten

Tabelle 19: Alter bei erstem Spielen, Suchtbehandlung

Alter bei erstem Spielen	Männer					Frauen					Gesamt				
	1-13	14-17	18-25	26-35	>35	1-13	14-17	18-25	26-35	>35	1-13	14-17	18-25	26-35	>35
Terrestrisch															
Geldspielautomaten in Spielhallen	11	51	139	48	34	0	6	5	5	25	11	57	144	53	59
Geldspielautoamten in Gastronomie	7	29	50	25	10	0	0	1	0	3	7	29	51	25	13
Kleines Spiel in der Spielbank	2	4	11	5	1	0	0	0	1	2	2	4	11	6	3
Großes Spiel in der Spielbank	0	5	14	7	1	0	0	1	0	0	0	5	15	7	1
Sportwetten	3	14	29	7	5	0	0	0	0	0	3	14	29	7	5
Pferdewetten	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0
Lotterien	0	2	6	3	1	0	0	0	1	1	0	2	6	4	2
Andere	0	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	0
Online/Internet															
Automatenspiel (Geld-/Glücksspielautomaten)	3	4	14	10	4	0	0	3	1	1	3	4	17	11	5
Casinospiel (großes Spiel ohne Poker)	1	2	7	6	3	0	0	0	0	0	1	2	7	6	3
Poker	1	6	16	2	3	0	0	0	0	0	1	6	16	2	3
Sportwetten	2	7	14	3	2	0	0	0	0	0	2	7	14	3	2
Pferdewetten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lotterien	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1
Andere	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0
Gesamt: 716											32	134	326	127	97

(1,9% vs. 0,0%), „Selbstzahler“ mit 0,2% (0,2% vs. 0,0%), und „Sozialhilfe“ mit 0,1% (0,1% vs. 0,0%) benannt.

Tabelle 22a gibt einen Überblick über die Leistungsträgerstruktur der Patienten aus Suchtbehandlung. Der mit Abstand häufigste Leistungsträger waren die Träger der Rentenversicherung mit 85,0% der Patienten (85,3% Männer vs. 82,9% Frauen) und die gesetzliche Krankenversicherung mit 13,0% (12,3% vs. 17,1%). Weitere Leistungsträger wurden nach den Kategorien „pauschal/institutionell finanziert“ mit 1,8% der Patienten (2,1% vs. 0,0%), „Selbstzahler“ mit 0,1% (0,1% vs. 0,0%), und „Sozialhilfe“ mit 0,1% (0,1% vs. 0,0%) benannt.

Tabelle 24 gibt einen Überblick über die Leistungsträgerstruktur der Patienten aus der Psychosomatikbehandlung. Die Träger der Rentenversicherung war hier mit 93,7% der Patienten (93,7% Männer vs. 93,7% Frauen) noch deutlicher als bei den Pat. aus Suchtbehandlung die häufigsten Träger der Maßnahme. Dem gegenüber hatte die gesetzliche Krankenversicherung mit 4,8% (4,4% vs. 6,3%) einen geringeren Anteil. Weitere Leistungsträger wurden nach den Kategorien „pauschal/institutionell finanziert“ mit 1,2% der Patienten (1,5% vs. 0,0%) und „Selbstzahler“ mit 0,3% (0,4% vs. 0,0%) benannt.

2.5. Diagnosen und Vorbehandlungen

In Tabelle 25 sind die Hauptformen des praktizierten Glücksspiels dargestellt (nur Glücksspieler in Suchtbehandlung), die primär zur Stellung der Diagnose „pathologisches Glücksspielen“ geführt haben.

Bei 54,4% der Patienten führte primär das Spielen an Geldspielautomaten in Spielhallen zur Stellung der Diagnose „pathologisches Glücksspielen“, wobei zwischen den jeweiligen Anteilen von Männern und Frauen mit 54,0% vs. 57,4% nur ein geringer Unterschied besteht. Weitere Glücksspielformen waren: Geldspielautomaten in der Gastronomie mit 28,1% aller Patienten (27,5% vs. 32,4%), Spielbank, kleines Spiel mit 0,9% aller Patienten (0,6% vs. 2,9%), Spielbank, großes Spiel 1,2% (1,2% vs. 1,5%), Sportwetten mit 3,5% (3,7 vs. 1,5%) sowie andere terristrische Glücksspielformen mit 0,5% (0,4% vs. 1,5%). Online Automatenspiele führten bei 2,9% (3,3% vs. 0,0%) der Patienten zur Stellung der Diagnose „patho-

Tabelle 20: Alter bei Störungsbeginn (in Jahren), Suchtbehandlung

	Männer	Frauen	Gesamt
N	392	39	431
Mittelwert	28,0	40,0	29,1
Standardabweichung	11,1	13,0	11,8

Tabelle 21: Vermittelnde Instanz, Suchtbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine / Selbstmelder	32	4,5%	2	1,9%	34	4,2%
Soziales Umfeld	8	1,1%	0	0,0%	8	1,0%
Selbsthilfe	25	3,5%	5	4,8%	30	3,7%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	6	0,8%	1	1,0%	7	0,9%
Ärztliche Praxis	25	3,5%	0	0,0%	25	3,1%
Psychotherapeutische Praxis	3	0,4%	0	0,0%	3	0,4%
Allgemeines Krankenhaus	14	2,0%	4	3,8%	18	2,2%
Einrichtung der Akutbehandlung	4	0,6%	0	0,0%	4	0,5%
Psychiatrisches Krankenhaus	60	8,4%	8	7,7%	68	8,3%
Ambulante Suchthilfe-einrichtung	462	64,7%	71	68,3%	533	65,2%
Stationäre Suchthilfe-einrichtung (Rehabilitation, Adaption)	12	1,7%	1	1,0%	13	1,6%
Soziotherapeutische Einrichtung	2	0,3%	0	0,0%	2	0,2%
Anderer Beratungsdienst (z.B. Ehe-/Familien-/ Erziehungsberatung, Sozialpsychiatrischer Dienst)	24	3,4%	4	3,8%	28	3,4%
Schuldnerberatung	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Wohnungslosenhilfe	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Agentur für Arbeit / Jobcenter	2	0,3%	0	0,0%	2	0,2%
Polizei / Justiz / Bewährungshilfe	6	0,8%	0	0,0%	6	0,7%
Kosten-/Leistungsträger	12	1,7%	6	5,8%	18	2,2%
Sonstige Einrichtung / Institution	15	2,1%	2	1,9%	17	2,1%
Gesamt	714	100,0%	104	100,0%	818	100,0%
Keine Angaben	7	1,0%	1	1,0%	8	1,0%

Tabelle 22: Leistungsträger, Gesamt

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Pauschal	19	1,9%	0	0,0%	19	1,6%
Selbstzahler	2	0,2%	0	0,0%	2	0,2%
Rentenversicherung	869	87,6%	146	86,9%	1015	87,5%
Krankenversicherung	101	10,2%	22	13,1%	123	10,6%
Sozialhilfe	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Gesamt	992	100,0%	105	100,0%	826	100,0%

Tabelle 23: Leistungsträger, Suchtbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Pauschal	15	2,1%	0	0,0%	15	1,8%
Selbstzahler	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Rentenversicherung	615	85,3%	87	82,9%	702	85,0%
Krankenversicherung	89	12,3%	18	17,1%	107	13,0%
Sozialhilfe	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Gesamt	721	100,0%	105	100,0%	826	100,0%

Tabelle 24: Leistungsträger, Psychosomatikbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Pauschal	4	1,5%	0	0,0%	4	1,2%
Selbstzahler	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Rentenversicherung	254	93,7%	59	93,7%	313	93,7%
Krankenversicherung	12	4,4%	4	6,3%	16	4,8%
Gesamt	271	100,0%	63	100,0%	334	100,0%

Tabelle 25: Hauptspielform, Suchtbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Terrestrisch - Geldspielautomaten in Spielhallen	275	54,0%	39	57,4%	314	54,4%
Terrestrisch - Geldspielautomaten in der Gastronomie	140	27,5%	22	32,4%	162	28,1%
Terrestrisch - Kleines Spiel in der Spielbank	3	0,6%	2	2,9%	5	0,9%
Terrestrisch - Großes Spiel in der Spielbank	6	1,2%	1	1,5%	7	1,2%
Terrestrisch - Sportwetten	19	3,7%	1	1,5%	20	3,5%
Terrestrisch - Lotterien	2	0,4%	0	0,0%	2	0,3%
Terrestrisch - Andere	2	0,4%	1	1,5%	3	0,5%
Online/Internet - Automatenspiel (Geld-/Glücksspielautomaten)	17	3,3%	0	0,0%	17	2,9%
Online/Internet - Casinospiele (großes Spiel in der Spielbank, mit Ausnahme von Poker)	6	1,2%	1	1,5%	7	1,2%
Online/Internet - Poker	10	2,0%	0	0,0%	10	1,7%
Online/Internet - Sportwetten	16	3,1%	0	0,0%	16	2,8%
Online/Internet - Pferdewetten	1	0,2%	0	0,0%	1	0,2%
Online/Internet - Lotterien	5	1,0%	0	0,0%	5	0,9%
Online/Internet - Andere	4	0,8%	0	0,0%	4	0,7%
Polyvalentes Spielmuster	3	0,6%	1	1,5%	4	0,7%
Gesamt	509	100,0%	68	100,0%	577	100,0%
Keine Angaben	212	29,4%	37	35,2%	249	30,1%

logisches Glücksspielen“, Online-Poker bei 1,7% (2,0% vs. 0,0%), Online Sportwetten bei 2,8%, (3,1% vs. 0,0%) und andere Online Glücksspiele bei 3,0% (3,2% vs. 1,5%). Ein polyvalentes Spielmuster wurde für 0,7% (0,6% vs. 1,5%) kodiert.

Die Verteilung weiterer Suchtmitteldiagnosen neben der Hauptdiagnose ist für die Patienten aus Suchtbehandlung in Tabelle 24 dargestellt. Die Kategorienbildung orientiert sich an der ICD-10-Klassifikation des Kapitels V (F), wobei auf die vierte und fünfte Stelle der Kodierung, die das aktuelle klinische Erscheinungsbild beschreiben, verzichtet wurde.

Neben der Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen wurde bei 26,0% der Patienten (27,0% der Männer vs. 19,0% der Frauen) die Diagnose „Störungen durch Alkohol (F10)“ kodiert. Weitere Nebendiagnosen aus dem Suchtmittelspektrum waren: „Störungen durch Opiode (F11)“ mit 0,5% aller Patienten (0,4% vs. 1,0%), Störungen durch Cannabinoide (F12)“ mit 15,1% (16,4% vs. 6,7%), „Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F13)“ mit 0,6% (0,6% vs. 1,0%), „Störungen durch Kokain (F14)“ mit 5,4% (5,8% vs. 2,9%), „Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein (F15)“ mit 5,8% (5,8% vs. 5,7%), „Störungen durch Halluzinogene (F16)“ mit 0,4% (0,4% vs. 0,0%), „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (F19)“ mit 5,9% (6,2% vs. 3,8%). Bei 69,0% aller Patienten (68,8% vs. 70,5%) wurde als Nebendiagnose „Störungen durch Tabak (F17)“ kodiert.

Der Deutsche Kerndatensatz bietet neben der Erfassung suchtmittelbezogener Diagnosen auch die Möglichkeit, weitere psychische und andere wichtige Diagnosen zu kodieren. In den beiden folgenden Tabellen 27 und 28 ist die Verteilung der weiteren psychischen Diagnosen unterschieden nach Pat. aus Sucht- und Psychosomatikbehandlung dargestellt.

Die Kategorienbildung in Tabelle 27 orientiert sich an der ICD-10-Klassifikation des Kapitels V (F). Bei den **weiteren psychischen Diagnosen** bei Patienten aus Suchtbehandlung überwiegen „Affektive Störungen“ mit 35,6% (33,1% bei Männern vs. 52,4% bei Frauen). Zudem wurden „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“ mit 16,3% (14,4% vs. 29,5%) und „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ 12,1% (11,5% vs. 16,2%) diagnostiziert.

Durchschnittlich wurden pro Patient 0,8 (0,8 vs. 1,2) weitere psychische Diagnosen kodiert.

Bei den **weiteren psychischen Diagnosen** bei den Patienten aus Psychosomatikbehandlung überwiegen (Tab. 28) „Affektive Störungen“ mit 38,7% (33,0% bei Männern vs. 66,7% bei Frauen). Zudem wurden „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“ mit 9,7% (10,7% vs. 4,8%), „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ 6,5% (5,8% vs. 9,5%) und Entwicklungsstörungen 0,8% (1,0% vs. 0,0) diagnostiziert. Durchschnittlich wurden pro Patient 0,6 (0,5 vs. 0,9) weitere psychische Diagnosen kodiert.

Im Vergleich der Patienten aus Sucht- und Psychosomatikbehandlung fällt auf, dass bei ersteren häufiger Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen diagnos-

Tabelle 26: Verteilung weiterer Suchtdiagnosen, Suchtbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
F10-Diagnose	195	27,0%	20	19,0%	215	26,0%
F11-Diagnose	3	0,4%	1	1,0%	4	0,5%
F12-Diagnose	118	16,4%	7	6,7%	125	15,1%
F13-Diagnose	4	0,6%	1	1,0%	5	0,6%
F14-Diagnose	42	5,8%	3	2,9%	45	5,4%
F15-Diagnose	42	5,8%	6	5,7%	48	5,8%
F16-Diagnose	3	0,4%	0	0,0%	3	0,4%
F18-Diagnose	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
F19-Diagnose	45	6,2%	4	3,8%	49	5,9%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze	721	100,0%	105	100,0%	826	100,0%
Mittelwert	0,3		0,2		0,3	
Standardabweichung	0,7		0,6		0,7	
F17-Diagnose	496	68,8%	74	70,5%	570	69,0%

Tabelle 27: Verteilung der weiteren psychische Diagnosen, Suchtbehandlung

		Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F0	6	0,8%	0	0,0%	6	0,7%
Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen	F2	35	4,9%	3	2,9%	38	4,6%
Affektive Störungen	F3	239	33,1%	55	52,4%	294	35,6%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	104	14,4%	31	29,5%	135	16,3%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	F5	35	4,9%	7	6,7%	42	5,1%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	83	11,5%	17	16,2%	100	12,1%
Intelligenzminderung	F7	1	0,1%	1	1,0%	2	0,2%
Entwicklungsstörungen	F8	2	0,3%	0	0,0%	2	0,2%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	39	5,4%	3	2,9%	42	5,1%
Gesamt	721	100,0%	105	100,0%	826	100,0%	100,0%
Mittelwert		0,8		1,2		0,8	
Standardabweichung		0,8		1,2		0,9	

Tabelle 28: Verteilung der weiteren psychischen Diagnosen, Psychosomatikbehandlung

		Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F0	0	0,0%	1	4,8%	1	0,8%
Affektive Störungen	F3	34	33,0%	14	66,7%	48	38,7%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	11	10,7%	1	4,8%	12	9,7%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	F5	1	1,0%	1	4,8%	2	1,6%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	6	5,8%	2	9,5%	8	6,5%
Entwicklungsstörungen	F8	1	1,0%	0	0,0%	1	0,8%
Gesamt der Datensätze		103	100,0%	21	100,0%	124	100,0%
Mittelwert		0,5		0,9		0,6	
Standardabweichung		0,6		0,6		0,7	

Tabelle 29: Dauer der Abhängigkeit in Jahren, Suchtbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Unter einem Jahr	8	1,5%	7	9,9%	15	2,5%
1 bis 5 Jahre	142	26,6%	14	19,7%	156	25,8%
6 bis 10 Jahre	161	30,1%	14	19,7%	175	28,9%
11 bis 15 Jahre	79	14,8%	11	15,5%	90	14,9%
16 bis 20 Jahre	56	10,5%	8	11,3%	64	10,6%
Mehr als 20 Jahre	88	16,5%	17	23,9%	105	17,4%
Gesamt	534	100,0%	71	100,0%	605	100,0%
Keine Angaben	187	25,9%	34	32,4%	221	26,8%
Mittelwert	11,9		14,6		12,2	
Standardabweichung	9,0		12,9		9,6	

Tabelle 30: Dauer der Abhängigkeit in Jahren, Psychosomatikbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Unter einem Jahr	4	3,9%	0	0,0%	4	3,2%
1 bis 5 Jahre	28	27,2%	8	38,1%	36	29,0%
6 bis 10 Jahre	35	34,0%	9	42,9%	44	35,5%
11 bis 15 Jahre	12	11,7%	2	9,5%	14	11,3%
16 bis 20 Jahre	7	6,8%	1	4,8%	8	6,5%
Mehr als 20 Jahre	17	16,5%	1	4,8%	18	14,5%
Gesamt	103	100,0%	21	100,0%	124	100,0%
Mittelwert	11,0		8,3		10,6	
Standardabweichung	9,5		6,1		9,0	

Tabelle 31: Anzahl der Entzugsbehandlungen, qualifizierten Entgiftungen und stationären Entwöhnungsbehandlungen, Suchtbehandlung

Entgiftungen	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	543	83,0%	82	83,7%	625	83,1%
eine	59	9,0%	5	5,1%	64	8,5%
zwei	18	2,8%	3	3,1%	21	2,8%
drei	5	0,8%	3	3,1%	8	1,1%
vier	5	0,8%	2	2,0%	7	0,9%
fünf bis zehn	19	2,9%	1	1,0%	20	2,7%
mehr als zehn	5	0,8%	2	2,0%	7	0,9%
Gesamt	654	100,0%	98	100,0%	752	100,0%
Keine Angaben	67	9,3%	7	6,7%	74	9,0%
qualifizierter Entzug						
keine	624	96,1%	92	94,8%	716	96,0%
eine	15	2,3%	4	4,1%	19	2,5%
zwei	7	1,1%	0	0,0%	7	0,9%
drei	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%
vier	2	0,3%	0	0,0%	2	0,3%
fünf bis zehn	0	0,0%	1	1,0%	1	0,1%
Gesamt	649	100,0%	97	100,0%	746	100,0%
Keine Angaben	72	10,0%	8	7,6%	80	9,7%

tiziert wurden, gegenüber affektiven Störungen bei den letzteren.

Die Tabelle 29 und 30 geben Auskunft über die „Dauer der Abhängigkeit“ der behandelten Patienten in Jahren. Die Angaben über die Abhängigkeitsdauer basieren auf Selbstauskünften der Patienten, anamnestischen Daten und der entsprechenden Bewertung durch den zuständigen Behandler.

Zur Darstellung der Abhängigkeitsdauer wurden folgende Kategorien gewählt: „unter einem Jahr“, „ein bis fünf Jahre“, „sechs bis zehn Jahre“, „elf bis fünfzehn Jahre“, „sechzehn bis zwanzig Jahre“ und „mehr als zwanzig Jahre“.

Bei 2,5% der Patienten aus Suchtbehandlung betrug die Abhängigkeitsdauer weniger als ein Jahr, 25,8% der Patienten waren ein bis fünf Jahre abhängig. Eine Abhängigkeitsdauer von sechs bis zehn Jahren wurde bei 28,9%, von elf bis fünfzehn Jahren bei 14,9%, von sechzehn bis zwanzig Jahren bei 10,6% und von über zwanzig Jahren bei 17,4 % der Patienten angegeben.

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug 12,2 Jahre ($\pm 9,6$ Jahre). Frauen haben eine durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 14,6 Jahren ($\pm 12,9$ Jahre), Männer hingegen eine etwas geringere durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 11,9 Jahren ($\pm 9,0$ Jahre).

In Tabelle 30 wird die „Dauer der Abhängigkeit“ der Patienten, die in einem psychosomatischen Setting behandelt wurden, wiedergegeben. Bei 3,2% der Patienten betrug die Abhängigkeitsdauer weniger als ein Jahr, 29,0% der Patienten waren ein bis fünf Jahre abhängig. Eine Abhängigkeitsdauer von sechs bis zehn Jahren wurde bei 35,5%, von elf bis fünfzehn Jahren bei 11,3%, von sechzehn bis zwanzig Jahren bei 6,5% und von über zwanzig Jahren bei 14,5 % der Patienten angegeben.

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug hier 10,6 Jahre ($\pm 9,0$ Jahre). Frauen haben eine durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 8,3 Jahren ($\pm 6,1$ Jahre), Männer hingegen eine leicht höhere durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 11,0 Jahren ($\pm 9,5$ Jahre). Bei den Patienten, die in einem psychosomatischen Setting behandelt wurden, ist somit insgesamt eine etwas kürzere Abhängigkeitsdauer dokumentiert, als bei denen, die in einem suchttherapeutischen Setting behandelt wurden.

Zur Beschreibung der stationären Vorbehandlungen werden die **Entzugsbehandlungen**, die **qualifizierten Entzugsbehandlungen** und die **stationären Entwöhnungsbehandlungen** (Tabelle 31) der Patienten aus Suchtkliniken (n = 826) wiedergegeben. Für Patienten, die im Bereich Psychosomatik (n = 334) behandelt wurden, werden diese Angaben nicht erhoben.

Bezüglich der Anzahl der bisherigen **Entzugsbehandlungen** lagen für 9,0% der Patienten keine Daten vor. 83,1% der Patienten (m/w: 83,0% vs. 83,7%) hatten sich bisher keiner Entzugsbehandlung unterzogen. Weitere 8,5% der Patienten (m/w: 9,0% vs. 5,1%) absolvierten zuvor eine, 2,8% (m/w: 2,8% vs. 3,1%) zwei, 1,1% (m/w: 0,8% vs. 3,1%) drei, 0,9% (m/w: 0,8% vs. 2,0%) vier, und 2,7% (m/w: 2,9% vs. 1,0%) fünf bis zehn Entzugsbehandlungen. Mehr als zehn Entzüge wurden von 0,9% (m/w: 0,8% vs. 2,0%) der Patienten durchgeführt.

Bezüglich der Anzahl der bisherigen **qualifizierten Entzugsbehandlungen** lagen für 9,7% der Patienten keine Daten vor. 96,0% der Patienten (m/w: 96,1% vs. 94,8%) hatten sich bisher keiner qualifizierten Entzugsbehandlung unterzogen. Weitere 2,5% der Patienten (m/w: 2,3% vs. 4,1%) absolvierten eine, 0,9% (m/w: 1,1% vs. 0,0%) zwei, 0,1% (m/w: 0,2% vs. 0,0%) drei, 0,3% (m/w: 0,3% vs. 0,0%) vier qualifizierte Entzugsbehandlungen. Mehr als vier qualifizierte Entzugsbehandlungen absolvierten 0,1% (m/w: 0,0% vs. 1,0%) Patienten.

83,2% der Patienten (83,5% Männer vs. 81,2% Frauen) beendeten im Jahr 2018 ihre erste **stationäre Entwöhnungsbehandlung**. Bereits eine vorherige Entwöhnungsbehandlung hatten 11,7% der Patienten (11,2% vs. 14,9%) absolviert, zwei Entwöhnungsbehandlungen in der Vorgeschichte wiesen 3,4% (3,4% vs. 3,0%) auf, drei oder mehr Entwöhnungsbehandlungen 1,8% (1,9% vs. 1,0%). Für 6,5% der Patienten fehlen Angaben über die bisher durchgeführten stationären Entwöhnungsbehandlungen.

2.6. Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende

Einen ersten wichtigen Hinweis auf den Erfolg einer Entwöhnungsbehandlung gibt die **Art der Behandlungsbeendigung**. In Tabelle 34 sind die Entlassungsformen nach dem Kodierschema

noch Tabelle 31: Anzahl der Entzugsbehandlungen, qualifizierten Entgiftungen und stationären Entwöhnungsbehandlungen, Suchtbehandlung

Entgiftungen	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
stationäre Entwöhnungsbehandlung						
keine	560	83,5%	82	81,2%	642	83,2%
eine	75	11,2%	15	14,9%	90	11,7%
zwei	23	3,4%	3	3,0%	26	3,4%
drei oder mehr	13	1,9%	1	1,0%	14	1,8%
Gesamt	671	100,0%	101	100,0%	772	100,0%
Keine Angaben	50	6,9%	4	3,8%	54	6,5%

Tabelle 32: Art der Beendigung, Gesamt

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Regulär nach Beratung / Behandlungsplan	651	65,6%	123	73,2%	774	66,7%
Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	67	6,8%	5	3,0%	72	6,2%
Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	76	7,7%	13	7,7%	89	7,7%
Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klient	86	8,7%	11	6,5%	97	8,4%
Disziplinarisch	23	2,3%	2	1,2%	25	2,2%
Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	11	1,1%	1	0,6%	12	1,0%
Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/ Behandlungsform	78	7,9%	13	7,7%	91	7,8%
Gesamt	992	100,0%	168	100,0%	1160	100,0%
planmäßig	872	87,9%	154	91,7%	1026	88,4%
unplanmäßig	120	12,1%	14	8,3%	134	11,6%

des Deutschen Kerndatensatzes angegeben.

Die Kodierungen zur Entlassungsform ergeben eine Quote von 66,7% regulärer Entlassungen, wobei Frauen mit 73,2% eine moderat höhere Quote regulärer Entlassungen aufweisen als Männer mit 65,6%. Weitere Entlassungsformen sind: „vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung“ bzw. „vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis“ mit 6,2% bzw. 7,7% aller Patienten (3,0% (w) vs. 6,8% (m) bzw. 7,7% vs. 7,7%), „vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis“ mit 8,4% (6,5% (w) vs. 8,7% (m)), „disziplinarisch“ mit 2,2% (1,2% (w) vs. 2,3% (m)), außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in an-

dere Einrichtung“ mit 1,0% (0,6% (w) vs. 1,1% (m)), „planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform“ mit 7,8% (7,7% (w) vs. 7,9% (m)).

Die Entlassungsformen 1 (regulär nach Beratung/Behandlungsplan), 2 (vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung), 3 (vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis) und 7 (planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform) bilden zusammen die Entlassungsform „planmäßige Entlassung“. Aus Tabelle 34 berechnet sich mit dieser Definition eine Quote von 88,4% (= 1026 Patienten) planmäßiger Entlassungen. Frauen werden hierbei etwas häufiger planmäßig entlassen als Männer (91,7% bei Frauen vs. 87,9% bei Männern).

Tabelle 33: Art der Beendigung, Suchtbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Regulär nach Beratung / Behandlungsplan	446	61,9%	71	67,6%	517	62,6%
Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	54	7,5%	2	1,9%	56	6,8%
Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	49	6,8%	9	8,6%	58	7,0%
Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klient	76	10,5%	9	8,6%	85	10,3%
Disziplinarisch	18	2,5%	2	1,9%	20	2,4%
Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	9	1,2%	0	0,0%	9	1,1%
Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/ Behandlungsform	69	9,6%	12	11,4%	81	9,8%
Gesamt	721	100,0%	105	100,0%	826	100,0%
planmäßig	618	85,7%	94	89,5%	712	86,2%
unplanmäßig	103	14,3%	11	10,5%	114	13,8%

Tabelle 34: Art der Beendigung, Psychosomatikbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Regulär nach Beratung / Behandlungsplan	205	75,6%	52	82,5%	257	76,9%
Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	13	4,8%	3	4,8%	16	4,8%
Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	27	10,0%	4	6,3%	31	9,3%
Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klient	10	3,7%	2	3,2%	12	3,6%
Disziplinarisch	5	1,8%	0	0,0%	5	1,5%
Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	2	0,7%	1	1,6%	3	0,9%
Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/ Behandlungsform	9	3,3%	1	1,6%	10	3,0%
Gesamt	271	100,0%	63	100,0%	334	100,0%
planmäßig	254	93,7%	60	95,2%	314	94,0%
unplanmäßig	17	6,3%	3	4,8%	20	6,0%

Der Vergleich der Patienten aus der Suchtbehandlung (S) mit denen aus der Psychosomatikbehandlung (P) (Tabellen 33 und 34) weist einen deutlichen Unterschied der Quote regulärer Entlassungen

aus von 62,6% (S) vs. 76,9% (P). Bei den weiteren Entlassungsformen zeigen sich zum Teil ebenfalls erkennbare Unterschiede: „vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung“ 6,8% (S) vs.

4,8% (P), „vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis“ 7,0% (S) vs. 9,3% (P), „vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis“ 10,3% (S) vs. 3,6% (P), „disziplinarisch“ 2,4% (S) vs. 1,5% (P), außerplanmäßige Verlegung/ außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung“ 1,1% (S) vs. 0,9% (P), und „planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform“ (9,8% (S) vs. 3,0% (P). Eine „planmäßige Entlassung“ wurde somit häufiger bei Patienten in Psychosomatikbehandlung (94,0%) als bei denen in Suchtbehandlung (86,2%) realisiert.

Die Angaben zur **Behandlungsdauer** der Patienten sind Tabelle 35 zu entnehmen. Zur Darstellung der Behandlungsdauer wurden folgende Kategorien gebildet: „bis 28 Tage (4 Wochen)“, „bis 42 Tage (6 Wochen)“, „bis 56 Tage (8 Wochen)“, „bis 84 Tage (12 Wochen)“, „bis 112 Tage (16 Wochen)“, „bis 140 Tage (20 Wochen)“, „bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate)“ und „über 6 Monate“.

Eine Behandlungsdauer bis 28 Tage (4 Wochen) hatten 8,7% aller Patienten, eine Behandlungsdauer bis 42 Tage (6 Wochen) wiesen 13,6%, eine Therapie-dauer bis 56 Tage (8 Wochen) 11,7% und eine Therapiedauer bis 84 Tage (12 Wochen) 34,1% auf. 23,3% aller Patienten verweilten bis 112 Tage (16 Wochen), weitere 6,8% wurden bis zu 140 Tage (20 Wochen) und 1,7% bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate) behandelt. Über 6 Monate blieb ein Patient (0,1%) in einer Fachklinik.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller Patienten betrug 65,4 Tage ($\pm 31,0$ Tage). Weibliche Patienten haben eine geringfügig kürzere durchschnittliche Behandlungsdauer als ihre männlichen Mitpatienten (durchschnittliche Behandlungsdauer von Frauen: 64,9 Tage ($\pm 28,3$ Tage) vs. durchschnittliche Behandlungsdauer von Männern: 65,5 Tage ($\pm 31,5$ Tage).

Der Vergleich der Patienten aus der Suchtbehandlung mit denen aus der Psychosomatikbehandlung weist erwartbar deutliche Unterschiede in der durchschnittlichen Behandlungsdauer aus: 68,3 Tage ($\pm 33,6$ Tage) zu 58,1 Tage ($\pm 22,0$ Tage). Weibliche Patienten haben in der Psychosomatikbehandlung eine geringfügig längere durchschnittliche Behandlungsdauer als ihre männlichen Mitpatienten 59,7 $\pm 23,7$ Tage vs. 57,7 $\pm 21,6$ Tage. In der Suchtbehandlung haben weibliche Patienten eine nahezu gleich-

lange durchschnittliche Behandlungsdauer 68,0 ± 30,5 Tage vs. 68,4 ± 34,0 Tage bei den männlichen Patienten.

In Tabelle 38 ist die **Arbeitsfähigkeit der Patienten bei Behandlungsende** dargestellt.

Am Behandlungsende wurden 71,4% (74,1% Männer vs. 55,4% Frauen) arbeitsfähig entlassen und 22,7% (21,0% vs. 32,7%) als arbeitsunfähig. Bei 3,9% der Patienten (2,9% vs. 9,5%) war eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht erforderlich und bei weiteren 0,1% (0,1% vs. 0,0%) wurde die Kategorie Kinder-Reha kodiert. Die Kodierung „Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen“ wurde war bei 1,7% der Patienten (1,6% vs. 2,4%) verwendet; bei 3,9% der Patienten war eine Angabe zur Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende nicht erforderlich.

In Tabelle 39 ist die **Arbeitsfähigkeit der Patienten aus Suchtbehandlung bei Behandlungsende** dargestellt

Am Behandlungsende wurden 73,0% (74,5% Männer vs. 62,9% Frauen) arbeitsfähig entlassen und 20,0% (19,6% vs. 22,9%) als arbeitsunfähig. Bei 4,5% der Patienten (3,5% vs. 11,4%) war eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht erforderlich. Bei 4,5% der Patienten war eine Angabe zur Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende nicht erforderlich. Die Kodierung „unbekannt“ wurde war bei 0,4% der Patienten (0,4% vs. 0,0%) verwendet.

In Tabelle 40 ist die **Arbeitsfähigkeit der Patienten aus Psychosomatikbehandlung bei Behandlungsende** dargestellt

Am Behandlungsende wurden 67,4% (73,1% Männer vs. 42,9% Frauen) arbeitsfähig entlassen und 29,3% (24,7% vs. 49,2%) als arbeitsunfähig. Bei 2,4% der Patienten (1,5% vs. 6,3%) war eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht erforderlich und bei weiteren 0,3% (0,4% vs. 0,0%) wurde die Kategorie Kinder-Reha kodiert. Bei 2,4% der Patienten war eine Angabe zur Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende nicht erforderlich.

Im Vergleich der Patienten aus Suchtbehandlung mit denen aus Psychosomatikbehandlung fällt auf, dass der Anteil der Patienten, die arbeitsunfähig entlassen wurden, bei den Psychosomatikpatienten deutlich höher liegt, dies gilt mit 49,2% (P) vs. 22,9% (S) besonders für die Frauen.

Tabelle 41 gibt eine Übersicht über die **Leistungsfähigkeit aller Patienten beim**

Tabelle 35: Behandlungsdauer, Gesamt

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 28 Tage (4 Wochen)	91	9,2%	10	6,0%	101	8,7%
Bis 42 Tage (6 Wochen)	133	13,4%	25	14,9%	158	13,6%
Bis 56 Tage (8 Wochen)	115	11,6%	21	12,5%	136	11,7%
Bis 84 Tage (12 Wochen)	330	33,3%	65	38,7%	395	34,1%
Bis 112 Tage (16 Wochen)	236	23,8%	34	20,2%	270	23,3%
Bis 140 Tage (20 Wochen)	67	6,8%	12	7,1%	79	6,8%
Bis 182 Tage (26 Wochen = 6 Mon.)	19	1,9%	1	0,6%	20	1,7%
Über 6 Monate	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Gesamt	992	100,0%	168	100,0%	1160	100,0%
Mittelwert	65,5		64,9		65,4	
Standardabweichung	31,5		28,3		31,0	

Tabelle 36: Behandlungsdauer, Suchtbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 28 Tage (4 Wochen)	73	10,1%	7	6,7%	80	9,7%
Bis 42 Tage (6 Wochen)	93	12,9%	16	15,2%	109	13,2%
Bis 56 Tage (8 Wochen)	78	10,8%	10	9,5%	88	10,7%
Bis 84 Tage (12 Wochen)	199	27,6%	36	34,3%	235	28,5%
Bis 112 Tage (16 Wochen)	196	27,2%	25	23,8%	221	26,8%
Bis 140 Tage (20 Wochen)	62	8,6%	10	9,5%	72	8,7%
Bis 182 Tage (26 Wochen = 6 Mon.)	19	2,6%	1	1,0%	20	2,4%
Über 6 Monate	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Gesamt	721	100,0%	105	100,0%	826	100,0%
Mittelwert	68,4		68,0		68,3	
Standardabweichung	34,0		30,5		33,6	

Tabelle 37: Behandlungsdauer, Psychosomatikbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 28 Tage (4 Wochen)	18	6,6%	3	4,8%	21	6,3%
Bis 42 Tage (6 Wochen)	40	14,8%	9	14,3%	49	14,7%
Bis 56 Tage (8 Wochen)	37	13,7%	11	17,5%	48	14,4%
Bis 84 Tage (12 Wochen)	131	48,3%	29	46,0%	160	47,9%
Bis 112 Tage (16 Wochen)	40	14,8%	9	14,3%	49	14,7%
Bis 140 Tage (20 Wochen)	5	1,8%	2	3,2%	7	2,1%
Bis 182 Tage (26 Wochen = 6 Mon.)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Über 6 Monate	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gesamt	271	100,0%	63	100,0%	334	100,0%
Mittelwert	57,7		59,7		58,1	
Standardabweichung	21,6		23,7		22,0	

Tabelle 38: Arbeitsfähigkeit zu Behandlungsende, Gesamt

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen	16	1,6%	4	2,4%	20	1,7%
arbeitsfähig	735	74,1%	93	55,4%	828	71,4%
arbeitsunfähig	208	21,0%	55	32,7%	263	22,7%
Kinder-Reha	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
unbekannt	3	0,3%	0	0,0%	3	0,3%
Beurteilung nicht erforderlich	29	2,9%	16	9,5%	45	3,9%
Gesamt	992	100,0%	168	100,0%	1160	100,0%

Tabelle 39: Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende, Suchtbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen	15	2,1%	3	2,9%	18	2,2%
arbeitsfähig	537	74,5%	66	62,9%	603	73,0%
arbeitsunfähig	141	19,6%	24	22,9%	165	20,0%
unbekannt	3	0,4%	0	0,0%	3	0,4%
Beurteilung nicht erforderlich	25	3,5%	12	11,4%	37	4,5%
Gesamt	721	100,0%	105	100,0%	826	100,0%

Tabelle 40: Arbeitsfähigkeit zu Behandlungsende, Psychosomatikbehandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen	1	0,4%	1	1,6%	2	0,6%
arbeitsfähig	198	73,1%	27	42,9%	225	67,4%
arbeitsunfähig	67	24,7%	31	49,2%	98	29,3%
Kinder-Reha	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Beurteilung nicht erforderlich	4	1,5%	4	6,3%	8	2,4%
Gesamt	271	100,0%	63	100,0%	334	100,0%

Tabelle 41: Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende, Gesamt

Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende im letzten Beruf	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
6 Stunden und mehr	789	81,9%	108	67,5%	897	79,9%
3 bis unter 6 Stunden	11	1,1%	2	1,3%	13	1,2%
unter 3 Stunden	131	13,6%	36	22,5%	167	14,9%
keine Angabe erforderlich	32	3,3%	14	8,8%	46	4,1%
Gesamt	963	100,0%	160	100,0%	1123	100,0%
Keine Angaben	29	2,9%	8	4,8%	37	3,2%
Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende allgemein						
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
6 Stunden und mehr	868	89,5%	123	77,4%	991	87,8%
3 bis unter 6 Stunden	14	1,4%	2	1,3%	16	1,4%
unter 3 Stunden	56	5,8%	18	11,3%	74	6,6%
keine Angabe erforderlich	32	3,3%	16	10,1%	48	4,3%
Gesamt	970	100,0%	159	100,0%	1129	100,0%
Keine Angaben	22	2,2%	9	5,4%	31	2,7%

Behandlungsende bezogen auf die Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bzw. die allgemeine Leistungsfähigkeit.

Bezogen auf die **Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende** wurden 79,9% (81,9% Männer vs. 67,4% Frauen) mit einer Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“ entlassen. Weitere 1,2% (1,1% vs. 1,3%) hatten eine Leistungsfähigkeit von „3 bis 6 Stunden“ und 14,9% (13,6% vs. 22,5%) „unter 3 Stunden“. Bei 4,1% der Patienten (3,3% vs. 8,8%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 3,2% der Patienten fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Die Betrachtung der **Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende** zeigt ein noch besseres Ergebnis mit einem Anteil von 87,8% (89,5% Männer vs. 77,4% Frauen) in der Kategorie Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“. Weitere 1,4% (1,4% vs. 1,3%) hatten eine Leistungsfähigkeit von „3 bis 6 Stunden“ und 6,6% (5,8% vs. 11,3%) „unter 3 Stunden“. Bei 4,3% der Patienten (3,3% vs. 10,1%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 2,7% der Patienten fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Tabelle 42 gibt eine Übersicht über die **Leistungsfähigkeit der Patienten aus Suchtbehandlung beim Behandlungsende** bezogen auf die Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bzw. die allgemeine Leistungsfähigkeit.

Bezogen auf die **Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende** wurden 80,4% (81,1% Männer vs. 75,3% Frauen) mit einer Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“ entlassen. Weitere 1,5% (1,6% vs. 1,0%) hatten eine Leistungsfähigkeit von „3 bis 6 Stunden“ und 13,4% (13,3% vs. 14,4%) „unter 3 Stunden“. Bei 4,7% der Patienten (4,0% vs. 9,3%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 4,4% der Patienten fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Die Betrachtung der **Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende** zeigt ein noch besseres Ergebnis mit einem Anteil von 86,3% (86,7% Männer vs. 83,3% Frauen) in der Kategorie Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“. Weitere 1,9% (2,0% vs. 1,0%) hatten eine Leistungsfähigkeit von „3 bis 6 Stunden“ und 6,9% (7,1% vs. 5,2%) „unter 3 Stunden“. Bei 4,9% der Patienten (4,1% vs. 10,4%) war keine Angabe zur Leis-

tungsfähigkeit erforderlich und bei 3,6% der Patienten fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Tabelle 43 gibt eine Übersicht über die **Leistungsfähigkeit der Patienten aus Psychosomatikbehandlung beim Behandlungsende** bezogen auf die Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bzw. die allgemeine Leistungsfähigkeit.

Bezogen auf die **Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende** wurden 78,7% (84,1% Männer vs. 55,6% Frauen) mit einer Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“ entlassen. Weitere 0,3% (0,0% vs. 1,6%) hatten eine Leistungsfähigkeit von „3 bis 6 Stunden“ und 18,3% (14,4% vs. 34,9%) „unter 3 Stunden“. Bei 2,7% der Patienten (1,5% vs. 7,9%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 0,3% der Patienten fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Die Betrachtung der **Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende** zeigt ein noch besseres Ergebnis mit einem Anteil von 91,3% (96,7% Männer vs. 68,3% Frauen) in der Kategorie Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“. Weitere 0,3% (0,0% vs. 1,6%) hatten eine Leistungsfähigkeit von „3 bis 6 Stunden“ und 5,7% (2,2% vs. 20,6%) „unter 3 Stunden“. Bei 2,7% der Patienten (1,1% vs. 9,5%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 0,3% der Patienten fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Im Vergleich der Patienten aus Suchtbehandlung mit denen aus Psychosomatikbehandlung fällt auf, dass der Anteil der Patienten, die nur noch eine Leistungsfähigkeit von unter drei Stunden im letzten Beruf haben, bei den Psychosomatikpatienten deutlich höher liegt, dies gilt mit 34,9% (P) vs. 14,4% (S) besonders für die Frauen.

Im Folgenden werden die berufliche Integration und die Arbeitsfähigkeit bezüglich der zwei Messzeitpunkte Beginn und Ende der Betreuung zueinander in Beziehung gesetzt. Die Angaben stammen aus Suchteinrichtungen, im Bereich Psychosomatik wurden diese Daten in den meisten Kliniken nicht zu zwei Messzeitpunkten erhoben. Zur einfacheren Darstellung bleibt jeweils die Kategorie „keine Daten“ in den betrachteten Variablen unberücksichtigt.

In Tabelle 44 werden die **Angaben zur beruflichen Integration zu Beginn und**

Tabelle 42: Leistungsfähigkeit bei Behandlungsende, Suchtbehandlung

Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende im letzten Beruf	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
6 Stunden und mehr	562	81,1%	73	75,3%	635	80,4%
3 bis unter 6 Stunden	11	1,6%	1	1,0%	12	1,5%
unter 3 Stunden	92	13,3%	14	14,4%	106	13,4%
keine Angabe erforderlich	28	4,0%	9	9,3%	37	4,7%
Gesamt	693	100,0%	97	100,0%	790	100,0%
Keine Angaben	28	3,9%	8	7,6%	36	4,4%
Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende allgemein						
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
6 Stunden und mehr	607	86,7%	80	83,3%	687	86,3%
3 bis unter 6 Stunden	14	2,0%	1	1,0%	15	1,9%
unter 3 Stunden	50	7,1%	5	5,2%	55	6,9%
keine Angabe erforderlich	29	4,1%	10	10,4%	39	4,9%
Gesamt	700	100,0%	96	100,0%	796	100,0%
Keine Angaben	21	2,9%	9	8,6%	30	3,6%

Tabelle 43: Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende, Psychosomatikbehandlung

Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende im letzten Beruf	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
6 Stunden und mehr	227	84,1%	35	55,6%	262	78,7%
3 bis unter 6 Stunden	0	0,0%	1	1,6%	1	0,3%
unter 3 Stunden	39	14,4%	22	34,9%	61	18,3%
keine Angabe erforderlich	4	1,5%	5	7,9%	9	2,7%
Gesamt	270	100,0%	63	100,0%	333	100,0%
Keine Angaben	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende allgemein						
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
6 Stunden und mehr	261	96,7%	43	68,3%	304	91,3%
3 bis unter 6 Stunden	0	0,0%	1	1,6%	1	0,3%
unter 3 Stunden	6	2,2%	13	20,6%	19	5,7%
keine Angabe erforderlich	3	1,1%	6	9,5%	9	2,7%
Gesamt	270	100,0%	63	100,0%	333	100,0%
Keine Angaben	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%

Tabelle 44: Berufliche Integration zu Behandlungsbeginn und -ende, Suchtbehandlung

Erwerbs-situation zu Behandlungs-ende	Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn							
	erwerbstätig		arbeitslos		nicht erwerbstätig		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
erwerbstätig	364	95,0%	8	2,4%	0	0,0%	372	46,9%
arbeitslos	19	5,0%	321	97,6%	1	1,2%	341	42,9%
nicht erwerbstätig	0	0,0%	0	0,0%	81	98,8%	81	10,2%
Gesamt	383	100,0%	329	100,0%	82	100,0%	794	100,0%

zum Ende der Betreuung der Patienten aus Suchtbehandlung miteinander verglichen.

Zum Ende der Betreuung hatten 46,9% der Patienten einen Arbeitsplatz, 42,9% waren arbeitslos, 10,2% waren nicht erwerbstätig. Von den 364 Patienten, bei denen zum Betreuungsbeginn in der Kategorie „Arbeitsplatz vorhanden“ kodiert wurde, hatten zum Ende der Betreuung noch 95,0% einen Arbeitsplatz, 5,0% waren arbeitslos, 0,0% nicht mehr erwerbstätig. Ein Grund für das Eintreten einer Arbeitslosigkeit während der Betreuung könnte sein, dass die Wirksamkeit der Kündigung in die Zeit der Rehabilitation gefallen ist bzw. dass dem Patienten erst während der Rehabilitation gekündigt wurde.

In der Kategorie „arbeitslos zu Betreuungsbeginn“ (321 Patienten) hatten zum Ende der Betreuung 2,4% wieder einen Arbeitsplatz, 97,6% waren weiterhin arbeitslos, 0,0% nicht mehr erwerbstätig. Die Verbesserung der Arbeitsplatzsituati-

on für einzelne Patienten zum Ende der Betreuung der bei zu Beginn der Betreuung arbeitslosen Patienten könnte Ergebnis der Bemühungen der Kliniken sein, durch Angebote zur beruflichen Reintegration der Patienten (wie z.B. mit Bewerbungstraining, Arbeitsplatzproben etc.) deren berufliche Situation zu verbessern.

Von den zum Betreuungsbeginn 81 nicht erwerbstätigen Patienten hatten 0,0% zum Behandlungsende einen Arbeitsplatz, 1,2% wurden als arbeitslos eingestuft und 98,8% waren weiterhin nicht erwerbstätig.

Tabelle 45 vergleicht die **Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Patienten** aus Suchtbehandlung für den Zeitpunkt kurz vor der Aufnahme bzw. zur Entlassung für die beiden Ausprägungen „arbeitsfähig“ und „arbeitsunfähig“. (Die Kategorien „Hausfrau/Hausmann“ und „Beurteilung nicht erforderlich“ werden in dieser Darstellung nicht berücksichtigt.)

Tabelle 45: Arbeitsfähigkeit zu Behandlungsbeginn und -ende, Suchtbehandlung

Arbeitsfähigkeit zu Behandlungsende	Arbeitsfähigkeit zu Behandlungsbeginn					
	arbeitsfähig		arbeitsunfähig		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
arbeitsfähig	434	92,1%	160	57,8%	597	78,6%
arbeitsunfähig	37	7,9%	117	42,2%	163	21,4%
Gesamt	471	100,0%	277	100,0%	760	100,0%

Tabelle 46: Psychische Komorbidität und Art der Beendigung, Suchtbehandlung

Art der Beendigung	keine weitere F-Diagnose		mindestens eine weitere F-Diagnose		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Regulär nach Beratung / Behandlungsplan	213	61,7%	304	63,2%	517	62,6%
Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	17	4,9%	39	8,1%	56	6,8%
Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	25	7,2%	33	6,9%	58	7,0%
Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch Klient	50	14,5%	35	7,3%	85	10,3%
Disziplinarisch	5	1,4%	15	3,1%	20	2,4%
Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1	0,3%	8	1,7%	9	1,1%
Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/ Behandlungsform	34	9,9%	47	9,8%	81	9,8%
Gesamt	345	100,0%	481	100,0%	826	100,0%

Bei Behandlungsende waren 78,6% der Patienten arbeitsfähig² und 21,4% arbeitsunfähig. Von den 277 Patienten, die zum Betreuungsbeginn in der Kategorie „arbeitsunfähig“ kodiert wurden, waren zum Ende der Therapie 57,8% wieder arbeitsfähig und 42,2% weiterhin arbeitsunfähig. In der Kategorie „arbeitsfähig zu Betreuungsbeginn“ mit 471 Patienten, waren zum Ende der Betreuung 92,1% weiterhin arbeitsfähig und 7,9% arbeitsunfähig.

2.7. Psychische Komorbidität und Therapieverlauf

In den folgenden Tabellen 46 und 47 sind die Zusammenhänge zwischen psychischer Komorbidität und den Variablen „Art der Therapiebeendigung“ und „Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende“ dargestellt. Die Angaben beziehen sich auf die Patienten aus der Suchtbehandlung.

Patienten ohne psychische Komorbidität beenden die Therapie in etwa gleich häufiger regulär wie Patienten mit mindestens einer psychischen Diagnose (61,7% vs. 63,2%). Die Entlassungsform „vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung“ mit 4,9% vs. 8,1% ist häufiger bei Patienten mit mindestens einer psychischen Diagnose zu finden. Die Entlassungsform „vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis“ ist mit 7,2% vs. 6,9% der Patienten in beiden Kategorien etwa gleich häufig vertreten. Die Entlassungsform „vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis“ hingegen ist mit 14,5% vs. 7,3%, häufiger bei Patienten ohne psychische Komorbidität zu finden. „Disziplinarisch“ entlassen wurden mit 3,1% vs. 1,4% häufiger Patienten mit mindestens einer psychischen Diagnose. Auch bei außerplanmäßiger Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung“ war 1,7% vs. 0,3% diese Patientengruppe häufiger vertreten. Ein „planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform“ wurde mit 9,9% vs. 9,8% bei beiden Patientengruppen ca. gleich häufig veranlasst (vgl. Tab. 44).

² Da sich die dargestellten Daten in Tabelle 43 nur auf die Ausprägungen „arbeitsfähig“ und „arbeitsunfähig“ beziehen und nur Datensätze ausgewertet wurden, bei denen Daten zu beiden Messzeitpunkten Betreuungsbeginn und Betreuungsende vorhanden waren, ergeben sich teilweise abweichende Werte im Vergleich zur Tabelle 39: Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende.

Tabelle 47 stellt die **Arbeitsfähigkeit und die Leistungsfähigkeit bei Therapieende** im Zusammenhang mit der der **psychischen Komorbidität** dar.

Patienten ohne psychische Komorbidität werden mit 84,4% zu einem höheren Anteil arbeitsfähig entlassen als Patienten mit mindestens einer psychischen Diagnose, die zu 68,1% als arbeitsfähig entlassen werden.

Ebenso wie bei der Arbeitsfähigkeit bei Therapieende zeigen sich auch bei der Leistungsfähigkeit bei Therapieende in der Kategorie „6 Stunden und mehr“ sowohl bezogen auf den letzten Beruf als auch allgemein mit 91,6% bzw. 93,4% bei Patienten ohne psychische Komorbidität höhere Quoten. Patienten mit mindestens einer psychischen Diagnose mit 75,5% (Leistungsfähigkeit im letzten Beruf) und 83,2% (Leistungsfähigkeit allgemein) weisen erkennbar geringere Quoten in der Kategorie „6 Stunden und mehr“ auf.

2.8. Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018

In Tabelle 48 ist eine altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018 des Fachverbandes Sucht e.V. für alle Patienten mit der Erstdiagnose Pathologisches Glücksspielen dargestellt. Zur einfacheren Betrachtung sind dabei jeweils Item-bezogen die Datensätze um die unterschiedlichen „Missing Data“ bereinigt. Für die altersspezifische Betrachtung wurden die drei Patienten-Altersgruppen „bis unter 30 Jahre“, „30 bis unter 55 Jahre“ und „55 Jahre und älter“ gebildet. In der folgenden Tabelle werden die Variablen der Basisdokumentation jeweils für die drei Altersgruppen und für die Gesamtzahl angegeben.

- **Geschlecht:** Der relative Anteil männlicher Patienten nimmt mit zunehmenden Alter ab, mit 93,7% in der Altersgruppe bis unter 30 Jahren, über 85,7% in der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre auf 64,7% in der Altersgruppe der Patienten mit 55 Jahren und älter.
- **Art der Behandlungsbeendigung:** Patienten der Altersgruppe 55 Jahre und älter beenden im Vergleich zu den beiden anderen Altersgruppen mit 69,1% bzw. 89,2% häufiger regulär bzw. planmäßig die Behandlung. Für die Altersgruppen 30 bis unter 55 Jahre

Tabelle 47: Psychische Komorbidität und Arbeits- sowie Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende, Suchtbehandlung

Arbeitsfähigkeit zu Behandlungsende	keine weitere F-Diagnose		mindestens eine weitere F-Diagnose		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen	5	2,0%	13	2,3%	18	2,2%
arbeitsfähig	211	84,4%	392	68,1%	603	73,0%
arbeitsunfähig	26	10,4%	139	24,1%	165	20,0%
unbekannt	1	0,4%	2	0,3%	3	0,4%
Beurteilung nicht erforderlich	7	2,8%	30	5,2%	37	4,5%
Gesamt	250	100,0%	576	100,0%	826	100,0%
Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende im letzten Beruf						
6 Stunden und mehr	219	91,6%	416	75,5%	635	80,4%
weniger als 6 Stunden	15	6,3%	103	18,7%	118	14,9%
Beurteilung nicht erforderlich	5	2,1%	32	5,8%	37	4,7%
Gesamt	239	100,0%	551	100,0%	790	100,0%
Keine Angaben	11	4,4%	25	4,3%	36	4,4%
Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende allgemein						
6 Stunden und mehr	227	93,4%	460	83,2%	687	86,3%
weniger als 6 Stunden	10	4,1%	60	10,8%	70	8,8%
Beurteilung nicht erforderlich	6	2,5%	33	6,0%	39	4,9%
Gesamt	243	100,0%	553	100,0%	796	100,0%
Keine Angaben	7	2,8%	23	4,0%	30	3,6%

und bis unter 30 Jahre liegen die Quoten bei 67,8% bzw. 88,8% und 63,6% bzw. 87,5%.

- **Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende:** Die höchste Quote arbeitsfähig entlassener Patienten zeigt sich in der Gruppe der bis unter 30-jährigen Patienten mit 80,6% gefolgt von 72,2% bei den 30- bis unter 55-Jährigen und 42,4% bei den Patienten mit einem Alter von 55 oder höher. Der große Unterschied in den Quoten der arbeitsfähig entlassenen Patienten zwischen den Altersgruppen 55 Jahre und älter und 30 bis 55 Jahre kann auf den hohen Anteil der Kategorie „Beurteilung nicht erforderlich“ mit 22,3% in der höchsten Alterskategorie zurückgeführt werden.
- **Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende:** Wie bei der Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende zeigen sich auch bei der Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende die höchsten Quoten in der

Kategorie „6 Stunden und mehr“ bei den bis 30-jährigen Patienten mit 90,2% gefolgt von 81,0% bei den 30- bis unter 55-Jährigen und 47,7% bei Patienten mit 55 Jahren und älter. Die geringe Quote in der höchsten Alterskategorie muss hierbei jedoch wiederum in Verbindung mit der hohen Besetzung der Kategorie „keine Angabe erforderlich“ mit 24,2% im Vergleich zu 1,9% und 0,6% in den anderen beiden Alterskategorien gesehen werden.

- **Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende:** In gleicher Weise wie bei der Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende zeigen sich auch bei der Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende die höchsten Quoten in der Kategorie „6 Stunden und mehr“ bei den bis 30-jährigen Patienten mit 96,7% gefolgt von 89,7% bei den 30- bis unter 55-Jährigen und 54,3% bei Patienten mit 55 Jahren und älter. Die geringe Quote in der höchsten Alterskategorie muss auch hier wie-

Tabelle 48: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

	bis unter 30 Jahre		30 bis 55 Jahre		55 Jahre und älter		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	N = 335		N = 686		N = 139		N = 1160	
Männer	314	93,7%	588	85,7%	90	64,7%	992	85,5%
Frauen	21	6,3%	98	14,3%	49	35,3%	168	14,5%
Art der Beendigung	N = 335		N = 686		N = 139		N = 1160	
regulär	213	63,6%	465	67,8%	96	69,1%	774	66,7%
Abbruch durch Patient	29	8,7%	54	7,9%	14	10,1%	97	8,4%
planmäßig	293	87,5%	609	88,8%	124	89,2%	1026	88,4%
Arbeitsfähigkeit zu Behandlungsende	N = 335		N = 686		N = 139		N = 1160	
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen	7	2,1%	5	0,7%	8	5,8%	20	1,7%
arbeitsfähig	270	80,6%	499	72,7%	59	42,4%	828	71,4%
arbeitsunfähig	56	16,7%	166	24,2%	41	29,5%	263	22,7%
Kinder-Reha	1	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%
unbekannt	1	0,3%	2	0,3%	0	0,0%	3	0,3%
Beurteilung nicht erforderlich	0	0,0%	14	2,0%	31	22,3%	45	3,9%
Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende im letzten Beruf	N = 328		N = 667		N = 128		N = 1123	
6 Stunden und mehr	296	90,2%	540	81,0%	61	47,7%	897	79,9%
3 bis unter 6 Stunden	1	0,3%	10	1,5%	2	1,6%	13	1,2%
unter 3 Stunden	29	8,8%	104	15,6%	34	26,6%	167	14,9%
keine Angabe erforderlich	2	0,6%	13	1,9%	31	24,2%	46	4,1%
Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende allgemein	N = 332		N = 670		N = 127		N = 1129	
6 Stunden und mehr	321	96,7%	601	89,7%	69	54,3%	991	87,8%
3 bis unter 6 Stunden	3	0,9%	10	1,5%	3	2,4%	16	1,4%
unter 3 Stunden	7	2,1%	46	6,9%	21	16,5%	74	6,6%
keine Angabe erforderlich	1	0,3%	13	1,9%	34	26,8%	48	4,3%

Tabelle 49: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen, Suchtbehandlung

	bis unter 30 Jahre		30 bis 55 Jahre		55 Jahre und älter		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	N = 228		N = 505		N = 93		N = 826	
Männer	214	93,9%	440	87,1%	67	72,0%	721	87,3%
Frauen	14	6,1%	65	12,9%	26	28,0%	105	12,7%
Partnerbeziehung	N = 212		N = 463		N = 86		N = 761	
Nein	131	61,8%	249	53,8%	44	51,2%	424	55,7%
Ja	81	38,2%	214	46,2%	42	48,8%	337	44,3%
Schulabschluss	N = 211		N = 470		N = 87		N = 768	
Ohne Schulabschluss abgegangen	16	7,6%	43	9,1%	10	11,5%	69	9,0%
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	65	30,8%	196	41,7%	43	49,4%	304	39,6%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	101	47,9%	155	33,0%	24	27,6%	280	36,5%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	26	12,3%	69	14,7%	7	8,0%	102	13,3%
Anderer Schulabschluss	3	1,4%	7	1,5%	3	3,4%	13	1,7%

noch Tabelle 49: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen, Suchtbehandlung

	bis unter 30 Jahre		30 bis 55 Jahre		55 Jahre und älter		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn	N = 222		N = 499		N = 89		N = 810	
erwerbstätig	104	46,8%	259	51,9%	31	34,8%	394	48,6%
arbeitslos	110	49,5%	203	40,7%	20	22,5%	333	41,1%
nicht erwerbstätig	8	3,6%	37	7,4%	38	42,7%	83	10,2%
Vermittelnde Instanz	N = 224		N = 502		N = 92		N = 818	
Keine / Selbstmelder	10	4,5%	17	3,4%	7	7,6%	34	4,2%
Soziales Umfeld	3	1,3%	5	1,0%	0	0,0%	8	1,0%
Selbsthilfe	10	4,5%	19	3,8%	1	1,1%	30	3,7%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	2	0,9%	5	1,0%	0	0,0%	7	0,9%
Ärztliche Praxis	11	4,9%	9	1,8%	5	5,4%	25	3,1%
Psychotherapeutische Praxis	0	0,0%	2	0,4%	1	1,1%	3	0,4%
Allgemeines Krankenhaus	2	0,9%	13	2,6%	3	3,3%	18	2,2%
Einrichtung der Akutbehandlung	0	0,0%	4	0,8%	0	0,0%	4	0,5%
Psychiatrisches Krankenhaus	22	9,8%	41	8,2%	5	5,4%	68	8,3%
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	136	60,7%	334	66,5%	63	68,5%	533	65,2%
Stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	3	1,3%	8	1,6%	2	2,2%	13	1,6%
Soziotherapeutische Einrichtung	0	0,0%	2	0,4%	0	0,0%	2	0,2%
Anderer Beratungsdienst (z.B. Ehe-/ Familien-/ Erziehungsberatung, Sozialpsychiatrischer Dienst)	8	3,6%	17	3,4%	3	3,3%	28	3,4%
Schuldnerberatung	0	0,0%	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%
Wohnungslosenhilfe	0	0,0%	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%
Agentur für Arbeit / Jobcenter	0	0,0%	2	0,4%	0	0,0%	2	0,2%
Polizei / Justiz / Bewährungshilfe	3	1,3%	3	0,6%	0	0,0%	6	0,7%
Kosten-/Leistungsträger	8	3,6%	9	1,8%	1	1,1%	18	2,2%
Sonstige Einrichtung / Institution	6	2,7%	10	2,0%	1	1,1%	17	2,1%

derum in Verbindung mit der hohen Besetzung der Kategorie „keine Angabe erforderlich“ mit 26,8% im Vergleich zu 1,3% und 0,6% in den anderen beiden Alterskategorien gesehen werden.

In den Tabellen 49 und 50 ist eine altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018 des Fachverbandes Sucht e.V. für Patienten die in einem suchtspezifischen Setting mit der Erstdiagnose Pathologisches Glücksspielen dargestellt. Zur einfacheren Betrachtung sind dabei wiederum jeweils Item-bezogen die Datensätze um die unterschiedlichen „Missing Data“ bereinigt. Für die altersspezifische Betrachtung wurden die drei Patienten-Altersgruppen „bis unter 30 Jahre“, „30 bis unter 55 Jahre“ und „55 Jahre und älter“ gebildet. In der folgenden Tabelle werden die Variablen der Basisdokumentation jeweils für die drei Altersgruppen und für die Gesamtzahl angegeben.

- **Geschlecht:** Der relative Anteil männlicher Patienten nimmt mit zunehmenden Alter ab, mit 93,9% in der Altersgruppe bis unter 30 Jahren, über 87,1% in der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre auf 72,0% in der Altersgruppe der Patienten mit 55 Jahren und älter.
- **Partnerbeziehung:** 38,2% der unter 30-jährigen Patienten geben an in einer Partnerschaft zu leben gegenüber 46,2% der 30- bis unter 55-Jährigen und 48,8% der Patienten mit einem Alter von 55 Jahren und älter.
- **Schulabschluss:** 7,6% der Patienten in der Altersgruppe bis unter 30 Jahren sind ohne Schulabschluss. In den Altersgruppen 30 bis unter 55 Jahren und 55 Jahre und älter beträgt dieser Anteil 9,1% bzw. 11,5%. Mit einem Hauptschul-/Volksschulabschluss abgegangen sind 30,8% der Patienten in der Altersgruppe bis unter 30 Jahren. In den Altersgruppen 30 bis unter 55 Jahren

und 55 Jahre und älter beträgt dieser Anteil 41,7% bzw. 49,4%. Mit einem Realschulabschluss abgegangen sind 47,9% der Patienten in der Altersgruppe bis unter 30 Jahren. In den Altersgruppen 30 bis unter 55 Jahren und 55 Jahre und älter beträgt dieser Anteil 33,0% bzw. 27,6%. Die Fachhochschul- bzw. Hochschulreife haben 12,3% der Patienten in der Altersgruppe unter 30 Jahren gegenüber 14,7% in der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre und 8,0% in der Altersgruppe 55 Jahre und älter. In der Tendenz haben jüngere Patienten insgesamt höhere Schulabschlüsse erreicht als die älteren.

- **Erwerbstätigkeit am Tag vor dem Betreuungsbeginn:** In der Altersgruppe der 30- bis 55-jährigen Patienten haben 51,9% einen Arbeitsplatz, 40,7% sind arbeitslos und 7,4% sind nicht erwerbstätig. Demgegenüber haben 46,8% der bis 30-jährigen Patienten ei-

Tabelle 50: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen, Suchtbehandlung

	bis unter 30 Jahre		30 bis 55 Jahre		55 Jahre und älter		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Leistungsträger	N = 228		N = 505		N = 93		N = 826	
pauschal	13	5,7%	2	0,4%	0	0,0%	15	1,8%
Selbstzahler	0	0,0%	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%
Rentenversicherung	186	81,6%	461	91,3%	55	59,1%	702	85,0%
Krankenversicherung	28	12,3%	41	8,1%	38	40,9%	107	13,0%
Sozialhilfe	1	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%
Art der Beendigung	N = 228		N = 505		N = 93		N = 826	
regulär	128	56,1%	330	65,3%	59	63,4%	517	62,6%
Abbruch durch Patient	27	11,8%	45	8,9%	13	14,0%	85	10,3%
planmäßig	194	85,1%	439	86,9%	79	84,9%	712	86,2%
Arbeitsfähigkeit zu Behandlungsende	N = 228		N = 505		N = 93		N = 826	
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen	7	3,1%	5	1,0%	6	6,5%	18	2,2%
arbeitsfähig	194	85,1%	374	74,1%	35	37,6%	603	73,0%
arbeitsunfähig	26	11,4%	110	21,8%	29	31,2%	165	20,0%
unbekannt	1	0,4%	2	0,4%	0	0,0%	3	0,4%
Beurteilung nicht erforderlich	0	0,0%	14	2,8%	23	24,7%	37	4,5%
Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende im letzten Beruf	N = 221		N = 486		N = 83		N = 790	
6 Stunden und mehr	205	92,8%	398	81,9%	32	38,6%	635	80,4%
weniger als 6 Stunden	15	6,8%	76	15,6%	27	32,5%	118	14,9%
Beurteilung nicht erforderlich	1	0,5%	12	2,5%	24	28,9%	37	4,7%
Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende allgemein	N = 225		N = 489		N = 82		N = 796	
6 Stunden und mehr	215	95,6%	433	88,5%	39	47,6%	687	86,3%
weniger als 6 Stunden	10	4,4%	43	8,8%	17	20,7%	70	8,8%
Beurteilung nicht erforderlich	0	0,0%	13	2,7%	26	31,7%	39	4,9%

nen Arbeitsplatz, 49,5% sind arbeitslos und 3,6% nicht erwerbstätig. In der Altersgruppe der Patienten mit 55 Jahren und älter hingegen ist der relative Anteil der Nicht-Erwerbstätigen mit 42,7% sehr hoch, weitere 34,8% haben einen Arbeitsplatz und 22,5% sind arbeitslos.

- **Vermittlung:** Die häufigsten Vermittler in allen drei Altersgruppen sind ambulante Suchthilfeeinrichtungen mit Anteilen von 60,7% in der Altersgruppe bis unter 30 Jahre, 66,5% für Patienten mit einem Alter von 30 bis unter 55 Jahre und 68,5% für Patienten mit 55 Jahren und älter. Psychiatrische Krankenhäuser vermitteln 9,8%, 8,2% und 5,4% der Patienten. Der Anteil an Patienten, die über einen Leistungsträger in die Therapie vermittelt werden, liegt in der Altersgruppe der unter 30-Jährigen bei 3,6% gegenüber 1,8% der 30- bis unter 55-Jährigen und 1,1% der Patienten mit 55 Jahren und älter.

- **Leistungsträger:** Die Verteilung der Leistungsträger unterscheidet sich deutlich bei Betrachtung der drei Altersgruppen mit Anteilen von 81,6% unter 30 Jahre, 91,3% 30-55 Jahre und 59,1% 55 Jahre und älter bei der Rentenversicherung sowie 12,3%, 8,1% und 40,0% bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Andere Kostenträger haben nur geringe Anteile.
- **Art der Behandlungsbeendigung:** Patienten der Altersgruppe 55 Jahre und älter beenden im Vergleich zu den beiden anderen Altersgruppen mit 63,4% bzw. 84,9% in etwa gleich regulär bzw. planmäßig die Behandlung. Für die Altersgruppen 30 bis unter 55 Jahre und bis unter 30 Jahre liegen die Quoten bei 65,3% bzw. 86,9% und 56,1% bzw. 85,1%.
- **Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende:** Die höchste Quote arbeitsfähig entlassener Patienten zeigt sich in der

Gruppe der bis unter 30-jährigen Patienten mit 85,1% gefolgt von 74,1% bei den 30- bis unter 55-Jährigen und 37,6% bei den Patienten mit einem Alter von 55 oder höher. Der große Unterschied in den Quoten der arbeitsfähig entlassenen Patienten zwischen den Altersgruppen 55 Jahre und älter und 30 bis 55 Jahre kann auf den hohen Anteil der Kategorie „Beurteilung nicht erforderlich“ mit 24,7% in der höchsten Alterskategorie zurückgeführt werden.

- **Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende:** Wie bei der Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende zeigen sich auch bei der Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende die höchsten Quoten in der Kategorie „6 Stunden und mehr“ bei den bis 30-jährigen Patienten mit 92,8% gefolgt von 81,9% bei den 30- bis unter 55-Jährigen und 38,6% bei

Patienten mit 55 Jahren und älter. Die geringe Quote in der höchsten Alterskategorie muss hierbei jedoch wiederum in Verbindung mit der hohen Besetzung der Kategorie „keine Angabe erforderlich“ mit 28,9% im Vergleich zu 2,5% und 0,5% in den anderen beiden Alterskategorien gesehen werden.

- **Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende:** In gleicher Weise wie bei der Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende zeigen sich auch bei der Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende die höchsten Quoten in der Kategorie „6 Stunden und mehr“ bei den bis 30-jährigen Patienten mit 95,6% gefolgt von 88,5% bei den 30- bis unter 55-Jährigen und 47,6% bei Patienten mit 55 Jahren und älter. Die geringe Quote in der höchsten Alterskategorie muss auch hier wiederum in Verbindung mit der hohen Besetzung der Kategorie „keine Angabe erforderlich“ mit 31,7% im Vergleich

zu 2,7% und 0,0% in den anderen beiden Alterskategorien gesehen werden.

In Tabelle 51 ist eine altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2018 des Fachverbandes Sucht e.V. für alle Patienten mit der Erstdiagnose Pathologisches Glücksspielen aus Psychosomatikbehandlung dargestellt. Zur einfacheren Betrachtung sind dabei jeweils wiederum Item-bezogen die Datensätze um die unterschiedlichen „Missing Data“ bereinigt. Für die altersspezifische Betrachtung wurden die drei Patienten-Altersgruppen „bis unter 30 Jahre“, „30 bis unter 55 Jahre“ und „55 Jahre und älter“ gebildet. In der folgenden Tabelle werden die Variablen der Basisdokumentation jeweils für die drei Altersgruppen und für die Gesamtzahl angegeben.

- **Geschlecht:** Der relative Anteil männlicher Patienten nimmt mit zunehmenden Alter ab, mit 93,5% in der Alters-

gruppe bis unter 30 Jahren, über 81,8% in der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre auf 50,0% in der Altersgruppe der Patienten mit 55 Jahren und älter.

- **Art der Behandlungsbeendigung:** Patienten der Altersgruppe 55 Jahre und älter beenden im Vergleich zu den beiden anderen Altersgruppen mit 80,4% bzw. 97,8% etwas häufiger regulär bzw. planmäßig die Behandlung. Für die Altersgruppen 30 bis unter 55 Jahre und bis unter 30 Jahre liegen die Quoten bei 74,6% bzw. 93,9% und 79,4% bzw. 92,5%.
- **Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende:** Die höchste Quote arbeitsfähiger entlassener Patienten zeigt sich in der Gruppe der bis unter 30-jährigen Patienten mit 71,0% gefolgt von 69,1% bei den 30- bis unter 55-Jährigen und 52,2% bei den Patienten mit einem Alter von 55 oder höher. Der große Unterschied in den Quoten der arbeitsfähig entlassenen Patienten zwischen

Tabelle 51: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen, Psychosomatikbehandlung

	bis unter 30 Jahre		30 bis 55 Jahre		55 Jahre und älter		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	N = 107		N = 181		N = 46		N = 334	
Männer	100	93,5%	148	81,8%	23	50,0%	271	81,1%
Frauen	7	6,5%	33	18,2%	23	50,0%	63	18,9%
Art der Beendigung	N = 107		N = 181		N = 46		N = 334	
regulär	85	79,4%	135	74,6%	37	80,4%	257	76,9%
Abbruch durch Patient	2	1,9%	9	5,0%	1	2,2%	12	3,6%
planmäßig	99	92,5%	170	93,9%	45	97,8%	314	94,0%
Arbeitsfähigkeit zu Behandlungsende								
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen	0	0,0%	0	0,0%	2	4,3%	2	0,6%
arbeitsfähig	76	71,0%	125	69,1%	24	52,2%	225	67,4%
arbeitsunfähig	30	28,0%	56	30,9%	12	26,1%	98	29,3%
Kinder-Reha	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%
Beurteilung nicht erforderlich	0	0,0%	0	0,0%	8	17,4%	8	2,4%
Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende im letzten Beruf	N = 107		N = 181		N = 45		N = 333	
6 Stunden und mehr	91	85,0%	142	78,5%	29	64,4%	262	78,7%
3 bis unter 6 Stunden	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%	1	0,3%
unter 3 Stunden	15	14,0%	37	20,4%	9	20,0%	61	18,3%
keine Angabe erforderlich	1	0,9%	1	0,6%	7	15,6%	9	2,7%
Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende allgemein	N = 107		N = 181		N = 45		N = 333	
6 Stunden und mehr	106	99,1%	168	92,8%	30	66,7%	304	91,3%
3 bis unter 6 Stunden	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%	1	0,3%
unter 3 Stunden	0	0,0%	12	6,6%	7	15,6%	19	5,7%
keine Angabe erforderlich	1	0,9%	0	0,0%	8	17,8%	9	2,7%

den Altersgruppen 55 Jahre und älter und 30 bis 55 Jahre kann auf den hohen Anteil der Kategorie „Beurteilung nicht erforderlich“ mit 17,4% in der höchsten Alterskategorie zurückgeführt werden.

- **Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende:** Wie bei der Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende zeigen sich auch bei der Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende die höchsten Quoten in der Kategorie „6 Stunden und mehr“ bei den bis 30-jährigen Patienten mit 85,0% gefolgt von 78,5% bei den 30- bis unter 55-Jährigen und 64,4% bei Patienten mit 55 Jahren und älter. Die geringe Quote in der höchsten Alterskategorie muss hierbei jedoch wiederum in Verbindung mit der hohen Besetzung der Kategorie „keine Angabe erforderlich“ mit 15,6% im Vergleich zu 0,6% und 0,9% in den anderen beiden Alterskategorien gesehen werden.
- **Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende:** In gleicher Weise wie bei der Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende zeigen sich auch bei der Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende die höchsten Quoten in der Kategorie „6 Stunden und mehr“ bei den bis 30-jährigen Patienten mit 99,1% gefolgt von 92,8% bei den 30- bis unter 55-Jährigen und 66,7% bei Patienten mit 55 Jahren und älter. Die geringe Quote in der höchsten Alterskategorie muss auch hier wiederum in Verbindung mit der hohen Besetzung der Kategorie „keine Angabe erforderlich“ mit 17,8% im Vergleich zu 0,0% und 0,9% in den anderen beiden Alterskategorien gesehen werden.

3. Ausblick

Mit diesem vierten Bericht zur Basisdokumentation bei pathologischem Glücksspielen gibt der Fachverband Sucht e.V. einen Überblick über die in seinen Mitgliedseinrichtungen durchgeführten entsprechenden Behandlungen und die behandelte Klientel. Die Datenqualität konnte gegenüber dem Vorjahresbericht deutlich verbessert werden. Der Fachverband Sucht e.V. beabsichtigt, diese Berichte auch künftig jährlich vorzulegen.

4. Literatur:

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2017) Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0 Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch Stand 10.5.2017 www.dhs.de
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2014) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Fachverband Sucht e.V. (2015). Basisdokumentation 2014. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 22, Bonn, S. 5 - 30
- Ott, E. S., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Fischer, M., Herder, F., Jahrreiss, R., Missel, P., Quinten, C., Rösch, W., Schleede, S., Schneider, B., Zemlin, U. (1997). Neuentwicklung einer Basisdokumentation für den Bereich stationärer Rehabilitation Suchtkranker (Bado Sucht 97). In: Fachausschuß Sucht des Wissenschaftsrates (Hrsg.). Qualitätsstandards – Prozeß- und Ergebnisqualität in der Behandlung Suchtkranker. Verhaltensmedizin Heute – Fortschritte in der Rehabilitation, Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, Heft 7, S. 15 - 24

Autorenverzeichnis:

- Premper, Volker, Dr., Dipl.-Psych. Leitender Psychologe, MEDIAN Klinik Schweriner See, Lübstorf
- Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Qualitätsmanagement Johannesbad Gruppe, Bad Füssing
- Bick-Dresen, Stefanie, wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Kliniken Daun, Daun
- Dreckmann, Imke, Dipl.-Psych., Leiterin MEDIAN Therapiezentrum Bassenheim, Bassenheim
- Feindel, Holger, Oberarzt MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar
- Funke, Wilma, Prof. Dr., Ltd. Psychologin, MEDIAN Klinik Wied, Wied
- Kemmann, Dietmar, Ltd. Psychologe, Diakoniekrankenhaus Harz, Elbingerode
- Kersting, Stephan, Dipl.-Medienwirt, navacom IT Solution, Hürth
- Köstler, Ursula, Dr., Referentin, Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Medenwaldt, Jan, Redline-Data, Ahrensböck
- Neumann, Elena, Dipl.-Psych., Teamleiterin, MEDIAN Gesundheitszentrum Köln, Köln
- Teigeler, Horst, Dipl.-Psych., Therapeutischer Leiter, AMEOS Adaptionshaus Lübeck
- Wagner, Annette, Dipl.-Psych., MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar
- Weissinger, Volker, Dr., Geschäftsführer Fachverband Sucht e.V., Bonn

Inhaltsverzeichnis

*Wagner, A., Bick-Dresen, S., Feindel, H., Bachmeier, R., Dreckmann, I., Funke, W.,
Kemmann, D., Kersting, S., Medenwaldt, J., Missel, P. (†), Neumann, E.,
Premper, V., Teigeler, H., Vogelgesang, M., Köstler, U., Weissinger, V.*

Teilband VII

**Basisdokumentation 2018 –
Sonderauswertung Pathologischer PC- / Internet-Gebrauch**

1. Einleitung.....	129
2. Basisdokumentation 2018 des Fachverbandes Sucht e.V. – Sonderauswertung Pathologischer PC- / Internet-Gebrauch	129
3. Diskussion und Ausblick.....	132
4. Literatur	132
Autorenverzeichnis.....	132
Liste der Einrichtungen, deren Daten in die Auswertung eingegangen sind	132

Teilband VII:

Basisdokumentation 2018 – Sonderauswertung Pathologischer PC- / Internet- Gebrauch

1. Einleitung

Mit dieser Sonderauswertung legt der Fachverband Sucht e.V. (FVS) Daten aus den Basisdokumentationen der Mitgliedseinrichtungen zur Patientengruppe der pathologischen PC-/Internet-Gebraucher vor.

Die Limitierungen der Auswertung aus den Vorjahren bleiben auch aktuell bestehen: Nach wie vor gibt es keine einheitliche Verortung des Krankheitsbildes im ICD-10 (1). Auch innerhalb des FVS ist davon auszugehen, dass das Krankheitsbild unter unterschiedlichen ICD-Kodierungen verschlüsselt wird.

Festgelegt hat sich die Deutsche Rentenversicherung Bund (2) (3), dass das Krankheitsbild unter ICD-10 F63.8 oder F68.8 verschlüsselt werden kann. Allerdings werden unter ICD-10 F63.8 (Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle) (1) in der stationären Rehabilitation auch Pathologisches Kaufverhalten sowie intermittierend explosives Verhalten verschlüsselt, die ICD-10-Kategorie F68.8 beschreibt ‚Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen‘, womit auch hier andere Erkrankungen als der Pathologische PC-/Internet-Gebrauch verschlüsselt werden können. In die nachfolgende Auswertung eingeflossen sind Datensätze aus Mitgliedseinrichtungen, bei denen die eindeutige Zuordnung zum Pathologischen PC-/Internet-Gebrauch gewährleistet werden kann.

Die Position der DRV Bund sowie der meisten anderen Rentenversicherungsträger ist, dass ein pathologischer PC-/Internet-Gebrauch in einer psychosomatischen Abteilung einer Klinik behandelt werden soll, die neben einem spezialisierten Konzept für dieses Krankheitsbild sowohl eine psychosomatische als auch eine Entwöhnungsabteilung vorhält. Entsprechend hat der FVS seine Zuständigkeit auch auf die psychosomatischen Abteilungen dieser Mitgliedseinrichtungen ausgeweitet.

In die Auswertung sind also zu einem großen Teil Daten psychosomatischer Abteilungen eingeflossen, die gemäß der Basisdokumentation Psychosomatik des früheren AHG-Wissenschaftsrates erhoben wurden, ferner Daten von Patienten, die aufgrund einer komorbid bestehenden stoffgebundenen Erkrankung in den Entwöhnungsabteilungen der beteiligten Kliniken behandelt wurden. Als Basis der Datenerhebung in Entwöhnungsabteilungen wurde der Deutsche Kerndatensatz (4) zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe Version 3.0 (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2018) zugrunde gelegt, der vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) unter Beteiligung des FVS entwickelt wurde.

Da die beiden Basisdokumentationssysteme deutlich voneinander abweichen, beschränkt sich die folgende Darstellung auf übereinstimmende Variablen in den beiden Dokumentationssystemen.

2. Basisdokumentation 2018 des Fachverbandes Sucht – Sonderauswertung Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch

Der Beitrag beschreibt die Patientengruppe mit Erstdiagnose pathologischer PC-/

Internet-Gebrauch, die 2018 in 12 Mitgliedseinrichtungen (siehe Tab. 11) des Fachverbandes Sucht stationär behandelt wurden. Die Mehrzahl der Patienten (58,1%) wurde im Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme behandelt, bei 41,9% der Patienten wurde die Behandlung als Entwöhnungsmaßnahme durchgeführt. Aufgrund der unterschiedlichen Dokumentationssysteme in den beiden Rehababteilungen hat sich die Anzahl der Kliniken, die Daten liefern konnten, um 4 reduziert. Die Grundgesamtheit der Patienten, über die berichtet werden kann, ist 2018 im Vergleich zum Vorjahr um 22% vermindert.

In den in die Auswertung aufgenommenen Kliniken wurden 2018 insgesamt 198 Patienten mit Erstdiagnose pathologischer PC-/Internet-Gebrauch behandelt, wobei Männer mit einem Anteil von 90,4% deutlich häufiger behandelt wurden als Frauen mit nur 9,6%. Aufgrund des sehr geringen Frauenanteils (n = 19) sollte aus den Ergebnissen nicht auf die Grundgesamtheit der betroffenen Frauen geschlossen werden. Im Folgenden werden deshalb in der Regel die Ergebnisse der Gesamtgruppe beschrieben, geschlechtsgetrennte Ergebnisse zeigen sich für alle Untersuchungsvariablen in den Tabellen.

Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 30,1 Jahre (SD = 10,8), damit waren 68,2% der Patienten jünger oder gleich

Tabelle 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten

Altersverteilung	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
bis 20 Jahre	26	14,5%	0	0,0%	26	13,1%
21 bis 30 Jahre	100	55,9%	9	47,4%	109	55,1%
31 bis 40 Jahre	28	15,6%	1	5,3%	29	14,6%
41 bis 50 Jahre	15	8,4%	3	15,8%	18	9,1%
über 50 Jahre	10	5,6%	6	31,6%	16	8,1%
Gesamtzahl der Datensätze	179	100,0%	19	100,0%	198	100,0%
Altersmittelwert	MW	SD	MW	SD	MW	SD
	29,0	9,8	40,5	14,8	30,1	10,8

30 Jahre. Mit 55,1% war die Altersgruppe der 21- bis 30-Jährigen in der Untersuchungsgruppe am häufigsten besetzt, gefolgt von der Altersgruppe der 31- bis 40-jährigen Patienten (14,6%) und den bis 20-Jährigen (13,1%). Da das Aufnahmealter in der Mehrzahl der teilnehmenden Einrichtungen bei mindestens 18 Jahren liegt, ist die Gruppe der $\leq$ 20-Jährigen mit 13,1% in der Untersuchungsgruppe auch in diesem Jahr mit hoher Wahrscheinlichkeit unterrepräsentiert. Je älter die Patienten waren, desto seltener wurde die Diagnose vergeben. In der Altersgruppe 41 bis 50 Jahre lag der Anteil bei 9,1%, in der Gruppe über 50 Jahre bei 8,1%.

Fast die Hälfte der Frauen (47,4%) waren älter als 40 Jahre, gegenüber 14% bei den Männern, was sich auch im deutlich höheren mittleren Alter von 40,5 Jahren bei den Frauen gegenüber 29,0 Jahren bei den Männern niederschlägt.

41,0% der behandelten Patienten wohnte bei Behandlungsbeginn selbständig, 42,6% lebten bei anderen Personen. Der Anteil der Männer, die bei anderen Personen wohnte, lag mit 46,6% deutlich über dem Anteil der Frauen mit 5,3%, was vermutlich auf den höheren Altersmittelwert der Frauen in der Stichprobe zurückzuführen ist. Weiterhin wurden in der Gesamtstichprobe bei der Frage nach der Wohnsituation unmittelbar vor Aufnahme ‚ambulant betreutes Wohnen‘ mit 3,6% und ‚Wohnheim/ Übergangswohnheim‘ mit 11,3% angegeben. Zwei Patienten (1,0%) waren bei Behandlungsbeginn wohnungslos, ein weiterer Patient (0,5%) fiel in die Kategorie ‚sonstige Wohnsituation‘. Von drei Patienten lagen keine Angaben zur Wohnungssituation bei Behandlungsbeginn vor.

Ein Patient war bei Behandlungsbeginn in Schulausbildung (0,5%), zwei Patienten (1,1%) gaben an, keinen Schulabschluss zu haben, 15,9% wiesen einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss auf. 29,6% der Patienten hatten die Realschule bzw. eine Polytechnische Oberschule abgeschlossen, 35,4% gaben an, die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife zu besitzen. Bei 33 Patienten (17,5%) wurde ‚anderer Schulabschluss‘ kodiert. Von neun Patienten lagen keine Angaben zur Schulausbildung vor.

Am Tag vor Behandlungsbeginn waren 9,2% der Patienten Auszubildende, 18,5% als Arbeiter/Angestellter oder Beamte beschäftigt, 0,5% als Selbständige

Tabelle 2: Überwiegende Wohnsituation der Patienten am Tag vor Betreuungsbeginn

	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
selbständiges Wohnen	69	39,2%	11	57,8%	80	41,0%
bei anderen Personen	82	46,6%	1	5,3%	83	42,6%
ambulant betreutes Wohnen	7	4,0%	0	0,0%	7	3,6%
Wohnheim/Übergangswohnheim	15	8,5%	7	36,8%	22	11,3%
ohne Wohnung	2	1,1%	0	0,0%	2	1,0%
sonstiges	1	0,6%	0	0,0%	1	0,5%
Gesamtzahl der Datensätze	176	100,0%	19	100,0%	195	100,0%
Keine Daten	3	1,7%	0	0,0%	3	1,5%

Tabelle 3: Höchster Schulabschluss

höchster erreichter Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Derzeit in Schulausbildung	1	0,6%	0	0,0%	1	0,5%
ohne Schulabschluss	2	1,2%	0	0,0%	2	1,1%
Haupt-/Volksschulabschluss	27	15,9%	3	15,8%	30	15,9%
Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	49	28,8%	7	36,9%	56	29,6%
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	59	34,7%	8	42,1%	67	35,4%
anderer Schulabschluss	32	18,8%	1	5,3%	33	17,5%
Gesamtzahl der Datensätze	170	100,0%	19	100,0%	189	100,0%
Keine Daten	9	5,0%	0	0,0%	9	4,5%

Tabelle 4: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn der Patienten

Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Auszubildender	18	10,2%	0	0,0%	18	9,2%
Arbeiter/ Angestellter/Beamter	30	17,0%	6	31,6%	36	18,5%
Selbständiger/Freiberufler	1	0,6%	0	0,0%	1	0,5%
sonstige Erwerbspersonen (z.B. Wehrdienst, Elternzeit, mit-helfende Familienangehörige)	0	0,0%	2	10,5%	2	1,0%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	28	15,9%	5	26,3%	33	16,9%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	61	34,7%	2	10,5%	63	32,3%
Schüler/Student	19	10,8%	2	10,5%	21	10,8%
Hausfrau/Hausmann	1	0,6%	0	0,0%	1	0,5%
Rentner/Pensionär	6	3,4%	1	5,3%	7	3,6%
sonstige Nichterwerbspersonen	12	6,8%	1	5,3%	13	6,7%
Gesamtzahl der Datensätze	176	100,0%	19	100,0%	195	100,0%
Keine Daten	3	1,7%	0	0,0%	3	1,5%

Tabelle 5: Kostenträger

Kostenträger	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
gesetzliche Krankenkasse	46	25,7%	5	26,3%	51	25,8%
Rentenversicherungsträger	128	71,5%	13	68,4%	141	71,2%
anderer Kostenträger	5	2,8%	1	5,3%	6	3,0%
Gesamtzahl der Datensätze	179	100,0%	19	100,0%	198	100,0%

Tabelle 6: Behandlungsdauer

Behandlungsdauer in Tagen	Männer			Frauen			Gesamt		
	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD
Sucht-Rehabilitation	72	75,4	39,4	11	55,0	20,0	83	72,7	38,0
Psychosomatische Rehabilitation	107	65,6	29,8	8	64,5	21,7	115	65,5	28,8
Gesamtzahl der Datensätze	179	70,8	33,2	19	59,2	21,9	198	69,7	32,4

Tabelle 7: Art der Beendigung

Entlassungsart	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Regulär nach Beratung/ Behandlungsplan	149	83,2%	13	68,4%	162	81,8%
Vorzeitig auf ärztliche/ therapeutische Veranlassung	7	3,9%	1	5,3%	8	4,0%
Vorzeitig mit ärztlichem/ therapeutischem Einverständnis	8	4,5%	2	10,5%	10	5,1%
Vorzeitig ohne ärztliches/ therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klient	9	5,0%	2	10,5%	11	5,6%
disziplinarisch	2	1,1%	1	5,3%	3	1,5%
Außerplanmäßige Verlegung/ außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1	0,6%	0	0,0%	1	0,5%
Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/Behandlungsform	3	1,7%	0	0,0%	3	1,5%
Gesamtzahl der Datensätze	179	100,0%	19	100,0%	198	100,0%
Keine Daten	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Tabelle 8: Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende

Arbeitsfähigkeit	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen	9	5,1%	3	16,7%	12	6,2%
arbeitsfähig	140	79,1%	10	55,6%	150	76,9%
arbeitsunfähig	28	15,8%	5	27,8%	33	16,9%
Gesamtzahl der Datensätze	177	100,0%	18	100,0%	195	100,0%
Keine Daten	2	1,1%	1	5,3%	3	1,5%

bzw. Freiberufler und 1,0% als sonstige Erwerbspersonen tätig. Fast die Hälfte der behandelten Patienten (49,2%) war zum Aufnahmezeitpunkt arbeitslos (ar-

beitslos nach SGB III: 16,9% oder nach SGB II: 32,3%), 10,8% befanden sich in schulischer oder universitärer Ausbildung. 7 Patienten (3,6%) gaben an, Rente

zu beziehen, 6,6% wurden als ‚sonstige Nichterwerbsperson‘ kategorisiert und ein Patient (0,5%) war Hausmann.

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Leistungsträgerstruktur. Bei 71,2% der Patienten war der Kostenträger eine Rentenversicherung, gefolgt von den gesetzlichen Krankenkassen mit 25,8%. 3,0% der Patienten waren über andere Kostenträger in der stationärer Behandlung.

Die mittlere Behandlungsdauer lag bei 69,7 Tagen (SD = 32,4). Bei Patienten, die eine Sucht-Rehabilitation durchführten, betrug die Behandlungsdauer im Mittel 72,7 Tage (SD = 38,0), Patienten mit einer Bewilligung für eine psychosomatische Rehabilitation blieben durchschnittlich 65,5 Tage (SD = 28,8) in Behandlung.

81,8% der Patienten wurden regulär entlassen, 4,0% vorzeitig auf ärztliche Veranlassung und 5,1% vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis. Ohne ärztliches Einverständnis beendeten 5,6% die Behandlung, 1,5% wurden disziplinarisch entlassen, 1 Patient (0,5%) wurde verlegt und 1,5% der Patienten wechselten die Behandlungsform.

Die Entlassformen regulär, vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung, vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis und Wechsel in andere Behandlungsform bilden zusammen die Entlassform „planmäßige Entlassung“. Somit wurden 92,4% der Patienten planmäßig entlassen.

Die Angaben in Tabelle 8 beziehen sich auf eine Auswertungss Stichprobe von 195 Patienten, 3 Fälle mussten aufgrund von Kodierproblemen von der Auswertung ausgeschlossen werden. 76,9% der Patienten waren bei Entlassung arbeitsfähig und 16,9% arbeitsunfähig. Bei 12 Patienten (6,2%) konnte die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilt werden, da die ‚Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen‘ wurde.

81,8% der Patienten wurden mit einer Leistungsfähigkeit von ‚6 Stunden und mehr‘ für den letzten Beruf entlassen. Weitere 0,5% hatten eine Leistungsfähigkeit von ‚3 bis 6 Stunden‘ und 14,2% ‚unter 3 Stunden‘. Bei 14,5% der Patienten war keine Beurteilung der Leistungsfähigkeit erforderlich bzw. fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Die Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wurde bei 91,9% der Patienten mit ‚6 Stunden und mehr‘ beurteilt. Zwei Patienten (1,0%) hatten eine Leistungsfähigkeit von ‚3 bis 6 Stunden‘

und 5,6% eine Leistungsfähigkeit ‚unter 3 Stunden‘. Bei 1,5% der Patienten war keine Beurteilung zur Leistungsfähigkeit erforderlich bzw. fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

3. Diskussion und Ausblick

Im vierten Jahr in Folge konnte der Datensatz für die Indikation Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch ausgewertet werden. Als vergleichbar noch junges Störungsbild gibt es für den Pathologischen PC-/Internetgebrauch bislang noch keine einheitliche Verortung des Krankheitsbildes im ICD-10, ebenso besteht von Seiten der Leistungsträger keine einheitliche Zuordnung zum psychosomatischen – oder suchttherapeutischen Behandlungssetting. Die Grundlage für den vorliegenden Bericht bildeten deshalb Daten, die in psychosomatischen Fachkliniken erhoben wurden (Basisdokumentation Psychosomatik der AHG) und Daten aus dem Suchtbereich, basierend auf dem neuen Deutschen Kerndatensatz 3.0 zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage, 2017). Da die beiden Basisdokumentationssysteme deutlich voneinander abweichen, musste die Darstellung auf übereinstimmende Variablen in den beiden Dokumentationssystemen beschränkt werden, störungsspezifische Auswertungen oder Auswertungen zur Komorbidität beispielsweise konnten nicht durchgeführt werden.

Auch für die folgenden Jahre ist geplant, die Sonderauswertung Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch weiter regelmäßig durchzuführen und im Rahmen der Reihe Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung zusammen mit anderen ausgewählten Daten der Basisdokumentation zu veröffentlichen.

4. Literatur

- (1) Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2014) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- (2) Köhler, J. (2015). ICD 11: Position der Deutschen Rentenversicherung. Sucht 61 (5), S.324f. Huber, Bern.
- (3) Köhler, J. (2013). Sozialmedizinische Beurteilung von Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund. SuchtAktuell 3.13, S. 37-39. FVS, Bonn.

Tabelle 9: Leistungsfähigkeit für den letzten Beruf bei Behandlungsende

Leistungsfähigkeit	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
6 Stunden und mehr	149	83,2%	13	68,4%	162	81,8%
3 bis unter 6 Stunden	1	0,6%	0	0,0%	1	0,5%
unter 3 Stunden	23	12,8%	5	26,3%	28	14,2%
keine Angabe	6	3,4%	1	5,3%	7	14,5%
Gesamtzahl der Datensätze	179	100,0%	19	100,0%	198	100,0%

Tabelle 10: Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende

Leistungsfähigkeit	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
6 Stunden und mehr	167	93,3%	15	78,9%	182	91,9%
3 bis unter 6 Stunden	2	1,1%	0	0%	2	1,0%
unter 3 Stunden	8	4,5%	3	15,8%	11	5,6%
keine Angabe	2	1,1%	1	5,3%	3	1,5%
Gesamtzahl der Datensätze	179	100,0%	19	100,0%	198	100,0%

- (4) Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2017) Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0 Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch Stand 10.5.2017 www.dhs.de
- (5) Rumpf, H.J.; Meyer, C.; Kreuzer, A. & John, U. (2011): Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA), Kurzbericht. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Kurzbericht/Kurzbericht_Praevalenz_der_Internetabhaengigkeit_PINTA.pdf. Zugriff am 05.10.2017

Autorenverzeichnis:

Wagner, Annette, Dipl.-Psych., Leiterin IT MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar
Feindel, Holger, Oberarzt MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar
Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement Johannesbad Gruppe, Bad Füssing
Bick-Dresen, wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Kliniken Daun

Dreckmann, Imke, Leiterin, MEDIAN Therapiezentrum Bassenheim, Bassenheim
Funke, Prof. Dr. Wilma, Leitende Psychologin, MEDIAN Klinik Wied, Wied
Kemmann, Dietmar, Ltd. Psychologe, Diakoniekrankenhaus Harz, Elbingerode
Kersting, Stephan, Dipl.-Medienwirt, navacom IT Solution, Hürth
Köstler, Ursula, Dr., Referentin, Fachverband Sucht e.V., Bonn
Medenwaldt, Jan, Redline-Data, Ahrensboök
Missel, Peter (†), Dipl.-Psych., Leitender Psychologe MEDIAN Kliniken Daun, Daun
Neumann, Elena, Teamleiterin, MEDIAN Gesundheitszentrum Köln, Köln
Premper, Volker, Dr., Leitender Psychologe, MEDIAN Klinik Schweriner See, Lübstorf
Teigeler, Horst, Therapeutischer Leiter, AMEOS Adaptionshaus Lübeck, Lübeck
Vogelgesang, Monika, Dr., Chefarztin, MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar
Weissinger, Volker, Dr., Geschäftsführer Fachverband Sucht e. V., Bonn

Liste der Einrichtungen, deren Daten in die Auswertung eingegangen sind

salus klinik Lindow	16835 Lindow
MEDIAN Klinik Schweriner See	19069 Lübstorf
MEDIAN Klinik Wigbertshöhe	36251 Bad Hersfeld
salus klinik Hürth	50354 Hürth
MEDIAN Kliniken Daun Rosenberg	54550 Daun/Eifel
MEDIAN Kliniken Daun Thommener Höhe	54552 Darscheid
Johannesbad Fachklinik Fredeburg	57392 Schmallenberg
salus klinik Friedrichsdorf (Reha)	61381 Friedrichsdorf
MEDIAN Klinik Odenwald	64747 Breuberg-Sandbach
MEDIAN Klinik Münchwies	66540 Neunkirchen
Fachklinik Eußerthal	76857 Eußerthal/Pfalz
Johannesbad Fachklinik Furth im Wald	93437 Furth im Wald

Teil C Ergebnisse im Überblick

Basisdokumentation 2018 – Zentrale Ergebnisse im Überblick

Inhaltsverzeichnis

Weissinger, V., Köstler, U., Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel, H., Funke, W., Kemmann, D., Kersting, S., Medenwaldt, J., Missel, P. (†), Neumann, E., Premper, V., Teigeler, H., Wagner, A.

C Basisdokumentation 2018 – Zentrale Ergebnisse im Überblick

1. Auswertungen nach Einrichtungsart	134
1.1 Fachkliniken für Alkohol/Medikamente	134
1.2 Fachkliniken für Drogen	135
1.3 Adaptionseinrichtungen	136
1.4 Ambulante Rehabilitationseinrichtungen	136
1.5 Ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen	137
2. Sonderauswertungen	138
2.1 Pathologisches Glücksspiel	138
2.2 Pathologischer PC- / Internet-Gebrauch	138
3. Fazit	139
Autorenverzeichnis	140

Teil C

Basisdokumentation 2018 – Zentrale Ergebnisse im Überblick

Einführung

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) legt besonderen Wert darauf, dass die auf Basis wissenschaftlich begründeter Behandlungskonzepte durchgeführten Rehabilitationsleistungen zum einen entsprechend dokumentiert werden und zum anderen darüber hinaus die Wirksamkeit der Behandlung untersucht wird. Bereits seit dem Jahr 1993 publiziert der FVS kontinuierlich Daten zur Basisdokumentation in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Diese Daten zur Basisdokumentation waren zunächst auf Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige beschränkt, seit dem Entlassjahrgang 2006 wurden dann erstmals auch Daten für den Bereich der stationären Drogenrehabilitation, der Adaption und der ambulanten Rehabilitation publiziert. Ab dem Jahr 2010 wurden zudem auch Daten aus ganztägig ambulanten Einrichtungen in den Berichtsband aufgenommen. In 2015 ist dann das Sonderkapitel zum „Pathologischen Glücksspiel“ hinzugekommen (s. Teil B), welches Patienten mit dieser Hauptdiagnose aus der stationären Suchtrehabilitation und aus psychosomatischen Fachabteilungen umfasst. In Teil B wird zudem das Sonderkapitel zum „Pathologischen PC-/Internetgebrauch“ publiziert, welches Daten aus der stationären Suchtrehabilitation und aus psychosomatischen Fachabteilungen zu diesem Störungsbild enthält.

Damit sind alle Behandlungsbereiche der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker in der Basisdokumentation des FVS vertreten. Insgesamt gehen 19.356 Patientendaten (Entlassjahrgang 2017: 19.886) in die Auswertung des FVS ein. Anliegen des FVS ist es, mit der differenzierten Beschreibung einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Entwöhnungsbehandlung zu leisten. Des Weiteren gehen diese Daten auch in die Nationale Suchthilfestatistik ein. Nachfolgend sind einige wesentliche Daten aus den vorangegangenen Kapiteln der aktuellen Ba-

sisdokumentation des Entlassjahrgangs 2018 zusammengestellt. Jeweils zugrunde gelegt werden hierbei die um fehlende Daten (missing data) bereinigten Datensätze. Hinsichtlich detaillierter Auswertungen wird auf die Teilbände I – V in Teil A und auf die Teilbände VI und VII in Teil B in diesem Heft verwiesen.

1. Auswertungen nach Einrichtungstyp

1.1 Fachkliniken Alkohol/ Medikamente

In die Basisdokumentation 2018 sind klinikübergreifende Daten von 12.988 Patienten¹, die in 31 Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige behandelt worden sind, eingegangen. Nachfolgend wird eine Übersicht zu einigen ausgewählten Daten der Basisdoku-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Form in geschlechtsübergreifender Form verwendet.

mentation gegeben (vgl. Tab. 1 „Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige“).

Im Entlassjahrgang 2018 waren 71,6 % der Patienten männlichen und 28,4 % weiblichen Geschlechts. Bei 88,9 % der Patienten lag die Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit vor. In einer Partnerschaft lebten zu Behandlungsbeginn 47,7 %, die überwiegende Mehrzahl von insgesamt 80,8 % wohnte selbständig. Das Durchschnittsalter lag bei 45,9 Jahren. 13,2 % der Patienten leben in einem Haushalt mit Kindern unter 18 Jahren. Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer vor Antritt der stationären Entwöhnungsbehandlung betrug 16,3 Jahre. Jeder Patient hatte im Durchschnitt bereits 3,2 Entgiftungen absolviert, jedoch nur 0,9 qualifizierte Entzugsbehandlungen.

Durchschnittlich wiesen die Patienten neben ihrer Abhängigkeitserkrankung 0,7 weitere psychische Diagnosen und 2,2 somatische Diagnosen auf.

Tabelle 1: Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige

n = 12.988	Entlassjahrgang 2018
Anteil Männer	71,6 %
Anteil Frauen	28,4 %
Durchschnittliches Alter (bei Aufnahme)	45,9 Jahre
In Partnerschaft lebend	47,7 %
Anteil Arbeitsloser (bei Entlassung)	44,5 %
Vermittlung durch ambulante Suchthilfeinrichtung	49,3 %
Dauer der Abhängigkeit Ø	16,3 Jahre
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	0,7
Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient Ø	2,2
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	
– Entgiftungen Ø	3,2
– qualifizierter Entzug Ø	0,9
Behandlungsdauer	
– alle:	81,2 Tage
– reguläre Entlassung	92,4 Tage
– planmäßige Entlassung	88,4 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	84,6 %
Anteil Arbeitsfähiger zum Behandlungsende	67,9 %
Anteil allgemein Leistungsfähiger (≥ 6 Std.) zum Behandlungsende	81,5 %

Hauptvermittler in die stationäre Entwöhnungsbehandlung waren mit 49,3 % ambulante Suchthilfeeinrichtungen. Über den niedergelassenen Arzt bzw. Psychotherapeuten wurden lediglich 2,3 % der Patienten in die stationäre Entwöhnungsbehandlung vermittelt.

Der Anteil arbeitsloser Patienten betrug zum Therapieende 44,5 %. Dies zeigt, dass eine wesentliche Aufgabe der Entwöhnungsbehandlung weiterhin in der engen Verknüpfung medizinischer und beruflicher Rehabilitationsziele und sich nahtlos anschließender Unterstützungsangebote zur beruflichen (Re-)Integration besteht. 65,5 % der Rehabilitanden beendeten die stationäre Behandlung regulär und 84,6 % planmäßig (d. h. regulär, vorzeitig auf ärztliche Veranlassung, vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis oder durch einen Wechsel zu ambulanter/teilstationärer/stationärer Reha). Dies ist ein Zeichen für die hohe Effektivität der Behandlung, welche auch durch entsprechende Nachuntersuchungen zur Ergebnisqualität belegt wird. Die Dauer der Behandlung bei regulärer Beendigung lag bei 92,4 Tagen, bei planmäßiger Entlassung bei 88,4 Tagen. Arbeitsfähig waren zum Betreuungsende 67,9 % der Patienten. Von denjenigen Patienten, die zum Betreuungsbeginn arbeitsunfähig waren (n = 6.583), konnten 65,4 % wieder als arbeitsfähig entlassen werden. Zudem waren zum Ende der Behandlung 81,5 % der Patienten mindestens sechs Stunden am Tag allgemein leistungsfähig.

Die Auswertung zeigt weiterhin, dass die Früherkennung und -intervention im akutmedizinischen Bereich (niedergelassener Arzt, Krankenhaus) wie auch in Betrieben/Verwaltungen/Behörden und die frühzeitige Vermittlung suchtkranker Patienten in suchtspezifische Beratungs- und Behandlungseinrichtungen nach wie vor eine zentrale Zukunftsaufgabe darstellt. Hierzu sei auch auf die aktuell in Überarbeitung befindliche AWMF S3-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung“ verwiesen. Durch ein frühzeitiges Eingreifen könnten unter anderem die Anzahl der Entzugsbehandlungen und die nach wie vor bestehenden sehr langen Zeitverläufe von „Suchtkarrieren“ reduziert werden. Die bundesweite Umsetzung des Nahtlosverfahrens aus dem qualifizierten Entzug in die Entwöhnungsbehandlung stellt in diesem Zusammenhang einen wichtigen Bau-

stein dar, um den Zugang zur Entwöhnungsbehandlung zu verbessern. Auch die Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit und der kommunalen Spitzenverbände zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitssuchender abhängigkeitskranker Menschen vom 1. Juli 2018 enthalten entsprechende Verfahrensabläufe, um einen frühzeitigen Zugang zur Entwöhnungsbehandlung zu unterstützen.

1.2 Fachkliniken für Drogen

In die klinikübergreifende Auswertung der Fachkliniken zur Drogenrehabilitation gingen 3.195 Patientendaten aus insgesamt 18 Einrichtungen ein. Nachfolgend wird eine Übersicht zu einigen ausgewählten Daten der Basisdokumentation gegeben (vgl. Tab. 2 „Fachkliniken für Drogenabhängige“).

Im Entlassjahrgang 2018 waren 78,3 % der Patienten männlichen und 21,7 % weiblichen Geschlechts. In einer festen Beziehung lebten 34,8 % der Rehabilitanden. 37,7 % der Patienten wohnten selbstständig, 31,6 lebten bei anderen Personen. Hauptvermittler in die stationäre Entwöhnungsbehandlung waren mit 59,4 % ambulante Suchthilfeeinrichtungen. Zum Behandlungsende waren 77,5 % der Patienten arbeitslos. Vor dem Hintergrund, dass eine Vielzahl der Patienten zudem über keinen Schulabschluss

(13,2 %) bzw. keine abgeschlossene Hochschul-/Berufsausbildung (51,2 %) verfügt, stellt die Eröffnung schulischer/beruflicher Qualifikationen und beruflicher Wiedereingliederungsmöglichkeiten eine wesentliche Aufgabe für diese Patientengruppe dar.

68,4 % der Rehabilitanden beendeten die Behandlung planmäßig. Dieses Ergebnis ist angesichts des vergleichsweise geringen Alters von durchschnittlich 31,3 Jahren und der erheblichen und vielfältigen Belastungen der Klientel positiv zu werten. Die Abhängigkeitsdauer vor Eintritt der Behandlung lag durchschnittlich bei 13,6 Jahren. Im Vorfeld der stationären Entwöhnungsbehandlung hatten die Patienten durchschnittlich 2,9 Entzugs- und 0,6 Entwöhnungsbehandlungen absolviert. Die vorrangigen Hauptdiagnosen bezogen auf Suchtmittel waren Störungen durch Cannabinoide (31,6 %), durch Stimulantien (28,4 %), durch multiplen Substanzgebrauch und den Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (16,8 %) und durch Opiode (12,1 %). Darüber hinaus wurden bei den Patienten im Durchschnitt 0,87 weitere psychische Diagnosen sowie 1,14 somatische Diagnosen kodiert. Die Behandlungsdauer betrug bei regulärer Entlassung im Durchschnitt 151,7 Tage und bei planmäßiger Entlassung 136,2 Tage.

Zum Behandlungsende waren 88,2 % der Patienten arbeitsfähig. Zudem waren

Tabelle 2: Fachkliniken für Drogenabhängige

n = 3.195	Entlassjahrgang 2018
Anteil Männer	78,3 %
Anteil Frauen	21,7 %
Durchschnittliches Alter (bei Aufnahme)	31,3 Jahre
In Partnerschaft lebend	34,8 %
Anteil Arbeitsloser (bei Entlassung)	77,5 %
Vermittlung durch ambulante Suchthilfeeinrichtung	59,4 %
Dauer der Abhängigkeit Ø	13,6 Jahre
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	2,9
Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen im Vorfeld Ø	0,6
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	0,87
Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient Ø	1,14
Behandlungsdauer	
– Alle	110,1 Tage
– reguläre Entlassung	151,7 Tage
– planmäßige Entlassung	136,2 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	68,4 %
Anteil Arbeitsfähiger zum Behandlungsende	88,2 %
Anteil allgemein Leistungsfähiger (≥ 6 Std.) zum Behandlungsende	92,2 %

92,2 % der Patienten bei Betreuungsende mindestens sechs Stunden am Tag allgemein leistungsfähig.

Die Daten zeigen erhebliche Probleme drogenabhängiger Patienten in Bezug auf die Teilhabe am sozialen Leben sowie am Arbeitsleben. Zudem wird der vergleichsweise hohe Anteil an Patienten deutlich, bei dem Maßnahmen zur Erreichung eines Schulabschlusses bzw. einer Berufsausbildung erforderlich sind. Insbesondere vor dem Hintergrund des deutlich jüngeren Altersdurchschnitts im Vergleich zu Patienten in Fachkliniken für Alkohol/Medikamente stellt dies eine bedeutsame Herausforderung an weiterführende Leistungen zur sozialen Stabilisierung und der beruflichen Integration dieser Klientel dar.

1.3 Adaptionseinrichtungen

In die Auswertung gingen 1.071 Daten von Patienten aus 19 Adaptionseinrichtungen ein. Nachfolgend sind einige ausgewählte Daten dargestellt (vgl. Tab. 3 „Adaptionseinrichtungen“).

Im Entlassjahrgang 2018 waren 78,5 % der Patienten männlichen und 21,5 % weiblichen Geschlechts. Bei 56,4 % der Patienten liegt als Hauptdiagnose eine Alkoholabhängigkeit vor, bei 39,4 % eine Abhängigkeit von illegalen Drogen. Lediglich 26,0 % der Patienten gaben bei Aufnahme in die Einrichtung eine Partnerschaft an und nur 24,0 % lebten vor Behandlungsbeginn in einer eigenen Wohnung. 12,2 % der Frauen, aber lediglich 4,8 % der Männer lebten zuvor in einem Haushalt mit mindestens einem Kind zusammen. Das durchschnittliche Alter der Patienten bei Aufnahme in die Einrichtung lag bei 37,7 Jahren. Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug 15,9 Jahre. Im Durchschnitt hatte jeder Patient vor der Adaptionsbehandlung 4,0 Entgiftungen und 1,2 qualifizier- te Entzüge absolviert.

Die Hauptvermittler in die Adaption (Phase II der Entwöhnungsbehandlung) waren die Fachkliniken, die die Phase I der stationären Entwöhnungsbehandlung durchgeführt hatten.

Eine problematische Verschuldung wiesen 59,5 % der Patienten auf. Bei der Entlassung waren 75,8 % der Rehabilitanden arbeitslos. Betrachtet man den weiteren Zeitraum von bis zu vier Monaten nach der Entlassung, verfügten 22,6 % der ehemaligen Rehabilitanden über einen Vollzeitarbeitsplatz, 4,3 % über einen

Tabelle 3: Adaptionseinrichtungen

n = 1.071	Entlassjahrgang 2018
Anteil Männer	78,5 %
Anteil Frauen	21,5 %
Durchschnittliches Alter (bei Aufnahme)	37,7 Jahre
In Partnerschaft lebend	26,0 %
Anteil Arbeitsloser (bei Entlassung)	75,8 %
Dauer der Abhängigkeit Ø	15,9 Jahre
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	
– Entgiftung	4,0
– qualifizierter Entzug	1,2
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	0,73
Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient Ø	1,12
Behandlungsdauer	
– alle	84,4 Tage
– reguläre Entlassung	99,8 Tage
– planmäßige Entlassung	92,1 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	84,0 %
Anteil Arbeitsfähiger zum Betreuungsende	93,7 %
Anteil allgemein Leistungsfähiger (≥ 6 Std.) zum Betreuungsende	90,8 %

Teilzeitarbeitsplatz, 2,2 % über einen Mini-Job und 1,4 % über einen Ein-Euro-Job. Des Weiteren befanden sich 2,8 % in schulischer oder beruflicher Ausbildung und 1,8 % in einer Qualifizierungs- bzw. beruflichen Rehabilitationsmaßnahme. 61,9 % der ehemaligen Patienten waren vier Monate nach Entlassung weiterhin arbeitslos und 2,1 % nicht erwerbstätig.

84,0 % der Patienten beendeten die Behandlung planmäßig. Die Behandlungsdauer betrug bei regulärer Entlassung 99,8 Tage und bei planmäßiger Entlassung 92,1 Tage. An Ende der Behandlung waren 93,7 % der Patienten arbeitsfähig und 90,8 % mindestens sechs Stunden am Tag allgemein leistungsfähig.

Die Daten der Basisdokumentation (s. Teilband III) zeigen, dass es sich bei den Patienten in der Adaption um eine spezifische Klientel handelt, welche eine Vielzahl von gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Problemen aufweist. Daher ist auch im Anschluss an die medizinische Rehabilitation bei einem Teil der Klientel zur vollständigen sozialen und beruflichen (Re-)Integration eine weiterführende Betreuung und Unterstützung erforderlich.

1.4 Ambulante Rehabilitations-einrichtungen

In die einrichtungsübergreifende Auswertung der ambulanten Rehabilitations-einrichtungen gingen Daten von ins-

gesamt 442 Patientenfällen aus zehn ambulanten Einrichtungen ein. Von den 442 Fällen beruhen 403 Fälle (= 91,2 %) auf eine rein ambulante Rehabilitationsbehandlung gemäß der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001. Die übrigen 39 Fälle weisen eine stationäre Beteiligung auf und werden in der nachfolgenden Übersicht ausgewählter Daten nicht berücksichtigt (vgl. Tab. 4 „Ambulante Rehabilitations-einrichtungen“).

Im Entlassjahrgang 2018 waren 69,7 % der Patienten männlichen und 30,3 % weiblichen Geschlechts. Damit ist der Anteil der Frauen bei der ambulanten Rehabilitation unwesentlich höher als in den stationären und teilstationären Behandlungsformen. 82,9 % der Rehabilitanden wiesen eine Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnose auf, andere Diagnosen spielten somit nur eine vergleichsweise geringe Rolle. Mit 61,5 % ist der Anteil der Patienten, die in einer Partnerschaft lebten, deutlich höher als im vollstationären Bereich (47,7 %) und ebenfalls höher als im Bereich der ganztägig ambulanten Behandlungen (59,3 %). Ein wichtiger Vermittler in die ambulante Rehabilitation waren – neben ambulanten Suchthilfeeinrichtungen mit 44,3 % – auch ärztliche/psychotherapeutische Praxen mit 22,0 %. Auffällig ist, dass in der ambulanten Rehabilitation ein deutlich höherer Anteil der Vermittlung über ärztliche und psychotherapeutische Pra-

Tabelle 4: Ambulante Rehabilitationseinrichtungen

n = 403	Entlassjahrgang 2018
Anteil Männer	69,7 %
Anteil Frauen	30,3 %
Durchschnittliches Alter (bei Behandlungsbeginn)	46,9 Jahre
In Partnerschaft lebend	61,5 %
Anteil Arbeitsloser (bei Behandlungsende)	11,3 %
Vermittlung durch	
– ambulante Suchthilfeeinrichtung	44,3 %
– ärztliche/psychotherapeutische Praxis	22,0 %
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	
– Entgiftungen Ø	1,6
– qualifizierter Entzug Ø	1,1
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	0,3
Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient Ø	0,7
Behandlungsdauer	
– alle	227,5 Tage
– planmäßige Beendigung	259,4 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	75,2 %

xen erfolgte als im stationären (2,3 %) oder im ganztägig ambulanten (0,9 %) Bereich. Jeder Rehabilitand hatte im Durchschnitt bereits 1,6 Entgiftungen absolviert, jedoch nur 1,1 qualifizierte Entzugsbehandlungen.

Der Anteil der arbeitslosen Patienten betrug bei Behandlungsende 11,3 %. Damit ist der Anteil Arbeitsloser zum Behandlungsende bei Rehabilitanden im ambulanten Setting deutlich niedriger als bei stationären (44,5 %) und bei ganztägig ambulanten (37,9 %) Behandlungsformen. 75,2 % der ambulant behandelten Patienten ohne stationären Anteil beendeten die Behandlung planmäßig. Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt bei allen rein ambulant behandelten Patienten 227,5 Tage und bei ambulanten Patienten, die die Behandlung planmäßig beendeten, 259,4 Tage.

Ausschließlich ambulant behandelte Patienten wiesen neben ihrer Suchtdiagnose im Durchschnitt 0,3 weitere psychische Diagnosen sowie 0,7 somatische Diagnosen auf. Damit liegt die durchschnittliche Anzahl der weiteren psychischen und der somatischen Diagnosen bei Patienten im rein ambulanten Setting unterhalb der durchschnittlichen Anzahl der Diagnosen bei Patienten, die ganztägig ambulant behandelt worden sind (0,6 psychische und 1,3 somatische Diagnosen). Besonders deutlich ist der Unterschied zu Patienten aus dem vollstationären Setting (0,7 psychische und 2,2 somatische Diagnosen).

Die Daten aus dem Entlassjahrgang 2018 zeigen deutliche Unterschiede zwischen den Rehabilitanden der ambulanten Einrichtungen und denen der stationären sowie der ganztägig ambulanten Behandlungsformen.

1.5 Ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen

In die einrichtungsübergreifende Auswertung gingen Daten von insgesamt 341 Patientenfällen aus fünf ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtun-

gen ein. Nachfolgend wird eine Übersicht zu einigen ausgewählten Daten dargestellt (vgl. Tab. 5 „Ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen“).

Im Entlassjahrgang 2018 waren 70,1 % der Patienten männlichen und 29,9 % weiblichen Geschlechts. Damit lag der Frauenanteil etwas niedriger als im ambulanten (30,3 %), jedoch höher als im stationären (28,4 %) Behandlungssetting. Hauptdiagnose war mit 84,1 % die Alkoholabhängigkeit. Hauptvermittler waren mit 59,7 % ambulante Suchthilfeeinrichtungen. Die Abhängigkeitsdauer vor Behandlungsbeginn betrug im Durchschnitt 13,0 Jahre. Ohne Berücksichtigung der Suchtdiagnosen liegt die durchschnittliche Anzahl der dokumentierten psychischen Diagnosen bei 0,6 und der somatischen Diagnosen bei 1,3 pro Patient. Jeder Rehabilitand hatte im Durchschnitt bereits 3,1 Entgiftungen absolviert, jedoch nur 1,1 qualifizierte Entzugsbehandlungen. Das durchschnittliche Alter lag bei 44,4 Jahren. 59,3 % der Rehabilitanden lebten in einer Partnerschaft, hier zeigt sich ein deutlich höherer Anteil als im stationären (47,7 %), jedoch ein geringerer als im ambulanten Bereich (61,5 %).

37,9 % der Patienten waren am Ende der Behandlung arbeitslos. Dieser Wert liegt deutlich oberhalb des Arbeitslosenanteils der ambulanten Behandlungsform (11,3 %), aber unterhalb des Anteils arbeitsloser Patienten aus Fachkliniken für

Tabelle 5: Ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen

n = 341	Entlassjahrgang 2018
Anteil Männer	70,1 %
Anteil Frauen	29,9 %
Durchschnittliches Alter (bei Behandlungsbeginn)	44,4 Jahre
In Partnerschaft lebend	59,3 %
Vermittlung durch ambulante Suchthilfeeinrichtung	59,7 %
Anteil Arbeitsloser (bei Behandlungsende)	37,9 %
Dauer der Abhängigkeit Ø	13,0 Jahre
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	
– Entgiftungen Ø	3,1
– qualifizierter Entzug Ø	1,1
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	0,6
Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient Ø	1,3
Behandlungsdauer	
– alle	68,5 Tage
– reguläre Beendigung	81,3 Tage
– planmäßige Beendigung	72,5 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	89,7 %
Anteil allgemein Leistungsfähiger (≥ 6 Std.) zum Betreuungsende	84,5 %

Alkohol/Medikamente (44,5%). 89,7 % der Rehabilitanden beendeten die Behandlung planmäßig. Die Behandlungsdauer betrug bei regulärer Beendigung der Behandlung im Durchschnitt 81,3 Tage und bei planmäßig entlassenen Patienten im Durchschnitt 72,5 Tage.

2. Sonderauswertungen

2.1 Pathologisches Glücksspiel

Mit dieser Ausgabe wird bereits zum vierten Mal eine Sonderauswertung zu Patienten mit pathologischem Glücksspiel in die Basisdokumentation aufgenommen. Ausgewertet wurden die Daten von 1.160 Patientenfällen mit dieser Hauptdiagnose, die in insgesamt 16 Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige oder entsprechenden psychosomatischen Abteilungen stationärer Rehabilitationseinrichtungen behandelt worden sind. Die Zuordnung der Patienten zu den einzelnen Fachabteilungen erfolgt abhängig von den weiteren Diagnosen, beispielsweise werden pathologische Glücksspieler mit einer weiteren stoffgebundenen Abhängigkeitsdiagnose derzeit vorrangig in Suchtabteilungen behandelt. Nachfolgend wird eine Übersicht zu einigen ausgewählten Daten der Sonderauswertung zur Basisdokumentation gegeben (vgl. Tab. 6 „Patienten mit pathologischem Glücksspiel“).

Im Entlassjahrgang 2018 waren mit 85 % eindeutig mehr Patienten männlichen als weiblichen Geschlechts (15 %). Das durchschnittliche Alter lag bei 38,7 Jahren im Suchtbereich und bei 38,4 Jahren in der Psychosomatik. Damit ist dieses deutlich unter dem der Patienten in Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige. 45,8 % der Patienten gaben an, in einer Partnerschaft zu leben. Die Vermittlung über ambulante Suchthilfeeinrichtungen erfolgte in 65,2 % der Fälle für Patienten in der Sucht-Rehabilitation. Dieser Anteil liegt somit höher als bei den alkoholabhängigen Patienten im stationären Bereich. Die durchschnittliche Anzahl weiterer Suchtdiagnosen pro Patient lag bei 0,3, im Vordergrund stehen hierbei Alkohol und Canabinoide. Die durchschnittliche Anzahl der psychischen Diagnosen entspricht mit 0,8 in der Sucht-Rehabilitation in etwa den Patienten in Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige.

42,9 % der Patienten waren bei Behandlungsende arbeitslos, der Anteil der Ar-

Tabelle 6: Patienten mit pathologischem Glücksspiel

n = 1.160	Entlassjahrgang 2018
Anteil Männer	85 %
Anteil Frauen	15%
Durchschnittliches Alter (bei Behandlungsbeginn)	
– Sucht-Rehabilitation	38,7 Jahre
– psychosomatische Rehabilitation	38,4 Jahre
In Partnerschaft lebend	45,8 %
Anteil Arbeitsloser (bei Behandlungsende)	
– Sucht-Rehabilitation	42,9 %
Vermittlung durch ambulante Suchthilfeeinrichtung	
– Sucht-Rehabilitation	65,2 %
Dauer der Abhängigkeit	
– Sucht-Rehabilitation	12,2 Jahre
– psychosomatische Rehabilitation	10,6 Jahre
Anzahl weiterer Suchtdiagnosen pro Patient Ø	
– Sucht-Rehabilitation	0,3
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	
– Sucht-Rehabilitation	0,8
– psychosomatische Rehabilitation	0,6
Behandlungsdauer	
– alle	65,4 Tage
– Sucht-Rehabilitation	68,3 Tage
– psychosomatische Rehabilitation	58,1 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	88,4 %
Anteil Arbeitsfähiger zum Behandlungsende	71,4 %
Anteil Leistungsfähiger (≥ 6 Std.) allgemein zum Behandlungsende	79,9 %

beitsfähigen lag dagegen bei 71,4 % und der Anteil der allgemein Leistungsfähigen mit mindestens sechs Stunden am Tag betrug sogar 79,9 %. Mit 88,4 % beendete ein Großteil der Rehabilitanden die Maßnahme planmäßig. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 65,4 Tage, in der Sucht-Rehabilitation war sie mit durchschnittlich 68,3 Tagen länger als in der psychosomatischen Rehabilitation mit 58,1 Tagen.

2.2 Pathologischer PC-/Internetgebrauch

Mit der Basisdokumentation 2018 erfolgt erneut eine Sonderauswertung für Patienten mit pathologischem PC-/Internetgebrauch. Die Auswertung erfolgte auf Grundlage der Daten von 198 Patientenfällen mit der Hauptdiagnose des pathologischen PC-/Internetgebrauchs, die in insgesamt 12 Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige oder in entsprechenden psychosomatischen Abteilungen stationärer Rehabilitationseinrichtungen behandelt worden sind. Nachfolgend wird eine Übersicht zu einigen ausgewählten Daten der Sonderauswertung zur Basisdokumentation gege-

ben (vgl. Tab. 7 „Patienten mit pathologischem PC-/Internetgebrauch“).

Die Patienten des Entlassjahrgangs 2018 waren mit 90,4 % überwiegend männlichen Geschlechts. Auffällig ist das niedrige Durchschnittsalter der Patienten, das mit 30,1 Jahren deutlich unter dem in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige, aber auch unter dem der pathologischen Glücksspieler lag. Hauptleistungsträger der Rehabilitation war auch bei dieser Patientengruppe mit 71,2 % die Rentenversicherung, jedoch lag der Anteil der Kostenübernahmen über die gesetzlichen Krankenkassen mit 25,8 % vergleichsweise hoch.

Am Tag vor Behandlungsbeginn waren 49,2 % der Patienten arbeitslos. Zum Behandlungsende konnten jedoch 76,9 % der Patienten arbeitsfähig entlassen werden. Der Anteil der mit mindestens sechs Stunden am Tag allgemein Leistungsfähigen lag bei 91,9 %. Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt für alle Patienten 69,7 Tage und wies zwischen Patienten in der Suchtrehabilitation mit durchschnittlich 72,7 Tagen und Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation mit durchschnittlich 65,5 Tagen kei-

Tabelle 7: Patienten mit pathologischem PC-/Internetgebrauch

n = 198	Entlassjahrgang 2018
Anteil Männer	90,4 %
Anteil Frauen	9,6 %
Durchschnittliches Alter (bei Behandlungsbeginn)	30,1 Jahre
Anteil Arbeitsloser (Tag vor Behandlungsbeginn)	49,2 %
Behandlungsdauer	
– alle	69,7 Tage
– Sucht-Rehabilitation (35 % d. Pat.)	72,7 Tage
– psychosomatische Rehabilitation (65 % d. Pat.)	65,5 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	92,4 %
Anteil Arbeitsfähiger zum Behandlungsende	76,9 %
Anteil Leistungsfähiger (≥ 6 Std.) allgemein zum Betreuungsende	91,9 %

ne allzu großen Unterschiede auf. Mit 92,4 % beendete der überwiegende Teil der Rehabilitanden die Maßnahme planmäßig.

3. Fazit

Die Daten der Basisdokumentation 2018 belegen die zum Teil beträchtlichen Unterschiede der Patienten hinsichtlich der soziodemografischen wie auch weiterer Merkmale in den unterschiedlichen Behandlungssettings. Dies ist jedoch Ausdruck dafür, dass im Bereich der Suchtrehabilitation ein spezialisiertes und differenziertes Behandlungssystem existiert und bei der Patientensteuerung der Leistungsträger entsprechende Zuweisungskriterien in die geeigneten Behandlungsformen berücksichtigt werden. Damit wird die Voraussetzung geschaffen, die differenzierten Bedarfe der einzelnen Patienten im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung umfassend zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der Basisdokumentation 2018 des Fachverbandes Sucht e.V. (Teil A) belegen zudem erneut, dass einfache Vergleiche zwischen den Ergebnissen der verschiedenen Behandlungssettings ohne Berücksichtigung dieser unterschiedlichen Behandlungsbedarfe nicht zielführend sind.

Unter Berücksichtigung dieser grundsätzlichen Aspekte lässt sich Folgendes zu den Auswertungen in Teil A feststellen:

- Der überwiegende Teil der Daten stammt aus Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige (n = 12.988), gefolgt von Fachkliniken für Drogenabhängige (n = 3.195), Adaptionseinrichtungen (n = 1.071), ganztägig ambulanten Einrichtungen (n = 341) und ambulanten Einrichtungen (n = 403, Anmerkung: Es wurden ausschließlich

Daten der ambulanten Rehabilitation ohne stationären Anteil berücksichtigt). Somit ist im stationären Bereich von einer höheren Repräsentativität der Zahlen – bezogen auf die Gesamtzahl der behandelten Patienten in Deutschland – als im ambulanten Bereich auszugehen.

- Die Patienten in Fachkliniken für Drogenabhängige sind im Durchschnitt deutlich jünger als diejenigen in anderen Behandlungssettings. Fachkliniken für Drogenabhängige sowie Adaptionseinrichtungen weisen den geringsten Anteil an Frauen auf. Den höchsten Frauenanteil haben ambulante Rehabilitationseinrichtungen zu verzeichnen.
- Einen besonders hohen Anteil arbeitsloser Menschen weisen Adaptionseinrichtungen und Fachkliniken für Drogenabhängige auf. Doch auch in Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige und in ganztägig ambulanten Einrichtungen ist knapp jeder zweite Patient bei Behandlungsbeendigung arbeitslos. Vor diesem Hintergrund sowie dem Ziel, einen vorhandenen Arbeitsplatz möglichst zu erhalten, sei auf die Umsetzung der BORA-Empfehlungen sowie die erforderliche und nahtlose Kooperation mit den Jobcentern und den Agenturen für Arbeit und entsprechenden Bildungsträgern während bzw. im direkten Anschluss an die Suchtrehabilitation verwiesen.
- Die Patienten in der ambulanten Rehabilitation unterscheiden sich hinsichtlich der sozialen und beruflichen Integration deutlich von Patienten aus dem stationären Behandlungssetting. Die ambulant behandelten Klienten weisen einen sehr viel geringeren Anteil Arbeitsloser auf und leben häufiger in einer Partnerschaft als Patienten anderer Behandlungssettings. Rehabilitan-

den im ganztägig ambulanten Behandlungssetting leben ebenfalls vergleichsweise häufig in einer Partnerschaft, weisen jedoch eine deutlich höhere Arbeitslosenquote auf, diese liegt allerdings noch unter derjenigen von Patienten aus Fachkliniken für Alkohol-Medikamentenabhängige.

- Eine zentrale Rolle hinsichtlich der Vermittlung nehmen bei stationären sowie bei ganztägig ambulanten Einrichtungen die ambulanten Suchthilfeeinrichtungen ein. Daher sind deren Funktion als niedrighschwellige Anlaufstelle und ihre Vermittlungsrolle auch von entscheidender Bedeutung für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Zudem spielen ambulante Suchthilfeeinrichtungen im Bereich der ambulanten Fortführung der Suchtrehabilitation und der Nachsorge eine bedeutende Rolle. Die Vermittlung in Adaptionseinrichtungen erfolgt in den meisten Fällen direkt über die Fachkliniken. Klienten in ambulanten Einrichtungen wurden dorthin auch zu einem gewissen Anteil über ärztliche oder psychotherapeutische Praxen vermittelt.
- Allgemein weisen die Patienten der Suchtrehabilitation eine lange Dauer der Abhängigkeit auf. Die längste Abhängigkeitsdauer ist bei Patienten aus Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige zu verzeichnen gefolgt von Patienten aus Adaptions- und ganztägig ambulanten Einrichtungen.
- Die planmäßige Behandlungsbeendigung ist in allen Behandlungssettings die Regel, in den Fachkliniken für Drogenabhängige jedoch aufgrund der Spezifität der Patienten vergleichsweise geringer. Die Klienten, die eine rein ambulante Rehabilitation durchführen, weisen ebenfalls eine etwas geringere Quote planmäßiger Behandlungsbeendigungen auf. Dies ist unter anderem möglicherweise auch auf die insgesamt langen Behandlungsdauern zurückzuführen.

Die Sonderauswertungen (Teil B) zum pathologischen Glücksspiel und zum pathologischen PC-/Internetgebrauch zeigen, dass vorrangig Männer mit einem vergleichsweise geringen Durchschnittsalter in diesen Indikationsbereichen behandelt werden. Besonders deutlich wird dies bei den pathologischen PC-/Internetgebern. Der hohe Anteil planmäßiger Beender und allgemein Leistungsfähiger mit mindestens sechs Stunden am Tag zum Betreuungsende zeigt eindrucksvoll auf, dass auch Patien-

ten mit dieser Indikation erfolgreich behandelt werden können.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass in den meisten Fällen die Rentenversicherung zuständiger Leistungsträger für die erbrachten Rehabilitationsleistungen im Indikationsbereich „Abhängigkeitserkrankungen“ ist. Die Ergebnisse der Basisdokumentation belegen nicht nur, dass über alle Behandlungssettings hinweg in der Mehrzahl der Fälle eine planmäßige Behandlungsbeendigung erfolgt, sondern auch ein wesentliches Ziel der Rentenversicherung, nämlich die Rehabilitanden als arbeitsfähig zu entlassen, in der überwiegenden Zahl der Fälle bei Beendigung der Behandlung erreicht wird. Auch die Leistungsfähigkeit allgemein sowie im letzten Beruf ist bei der deutlichen Mehrheit der Patienten zum Behandlungsende wiederhergestellt. Eine wichtige Zukunftsaufgabe besteht auch vor dem Hintergrund der langen Abhängigkeitsdauer bis zur Inanspruch-

nahme einer fachgerechten Behandlung vor allem darin, die Schnittstellen des frühzeitigen Zugangs zur Entwöhnungsbehandlung, zur postrehabilitativen Weiterbehandlung und Nachsorge wie auch zu Selbsthilfegruppen und insbesondere auch zu den für die soziale und berufliche Teilhabe zuständigen Stellen durch ein gezieltes Fallmanagement zu fördern. Zudem kann die Entwicklung qualitätsgesicherter Online-Portale dazu beitragen, den bedarfsgerechten Zugang zu fachgerechter Beratung und Behandlung bei substanzgebundenen und -ungebundenen Störungen zu fördern.

Autorenverzeichnis

Weissinger, Dr. Volker, Geschäftsführer Fachverband Sucht e.V., Bonn
Köstler, Dr. Ursula, Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn
Bachmeier, Rudolf, Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Gruppe, Bad Füssing

Bick-Dresen, Stefanie, wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Kliniken Daun, Daun
Dreckmann, Imke, Leiterin MEDIAN Therapiezentrum Bassenheim, Bassenheim
Feindel, Holger, Oberarzt, MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar
Funke, Prof. Wilma, Leitende Psychologin, MEDIAN Klinik Wied, Wied
Kemmann, Dietmar, Leitender Psychologe, Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH, Elbingeroode
Kersting, Stephan, Geschäftsführer navacom IT Solutions, Hürth
Medenwaldt, Jens, Redline DATA GmbH, Ahrensböck
Missel, Peter (†), Leitender Psychologe, MEDIAN Kliniken Daun, Daun
Neumann, Elena, MEDIAN Gesundheitszentrum Köln, Köln
Premper, Dr. Volker, Leitender Psychologe, MEDIAN Klinik Schweriner See, Lübstorf
Teigeler, Horst, Leitender Psychologe, AMEOS Adaptionshaus Lübeck, Lübeck
Wagner, Annette, MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar

Fachverband Sucht e.V.

„Hilfe für Suchtkranke – Verzeichnis der Einrichtungen“

Neuaufgabe 2019

Die Broschüre „Hilfe für Suchtkranke – Verzeichnis der Einrichtungen“ (18. Auflage, 2019) gibt einen detaillierten Überblick über die Behandlungsangebote in den Mitgliedseinrichtungen des FVS.

Die Broschüre wendet sich insbesondere an Multiplikatoren, welche in der Beratung und Vermittlung im Bereich der Suchtkrankenhilfe tätig sind. Der FVS vertritt ca. 6.800 stationäre und viele (ganztägig) ambulante Behandlungsplätze im Bereich der Entwöhnungsbehandlung in Deutschland.

Neben der Beschreibung der jeweiligen Behandlungseinrichtungen finden Sie auch Informationen zu den spezifischen Behandlungsangeboten und den belegenden Leistungsträgern.

Entsprechende jeweils aktualisierte Angaben finden sich auch im Internet unter www.sucht.de unter der Rubrik „Behandlungseinrichtungen“.

Die Broschüre kann bestellt werden (gegen Erstattung der Portokosten):

Fachverband Sucht e. V.
Walramstraße 3 · 53175 Bonn · Tel. 0228 261555 · Fax 0228 215885 · sucht@sucht.de
<https://www.sucht.de/hilfe-fuer-suchtkranke-bestellformular.html>





Der gemeinsame Suchtkongress will neue Impulse setzen und Energie verleihen. Fachkollegen, Wissenschaftler, Leistungsträger, politisch Verantwortliche wie auch Vertreter/innen der Selbsthilfe können sich über neue Entwicklungen informieren und austauschen, neue Kontakte knüpfen, sich weiterbilden und Spaß haben:

Das Kongressmotto drückt es schon aus: Die Chancen und Herausforderungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland sind verbandsübergreifend die gleichen. Verbände, Einrichtungen und Mitarbeitende der Suchthilfe rücken und stehen zusammen – zum Wohle unserer Patienten und Rehabilitanden! Beim ersten gemeinsamen Suchtkongress bündeln wir Knowhow, Kontaktmöglichkeiten und Initiative. Diskutieren und gestalten Sie mit und freuen Sie sich auf ein breit angelegtes Programm – bestehend aus Plenumsbeiträgen und Foren mit Themen wie:

- Entwicklungen stoffgebundener Konsummuster und suchtnaher Verhaltensweisen
- Kinder und Jugendliche: Suchtentwicklung, Prävention, Intervention und Angebote in der Suchtrehabilitation
- Entwicklungen in der Suchtbehandlung
- Frühzeitiger Zugang zur Behandlung
- Förderung der beruflichen Teilhabe
- Angebote für chronisch mehrfach beeinträchtigte Suchtkranke: Entwicklungen und Herausforderungen infolge des BTHG
- Psychotherapeutische Methoden und Interventionen: Standard und Innovationen
- Aktuelle Leitlinienentwicklung und ihre Relevanz für die Suchthilfe und -behandlung
- Internet- und mobile-basierte Diagnostik und Intervention
- Qualität und Finanzierung der (Sucht-)Behandlung aus Sicht der Wissenschaft, Behandler und Leistungsträger
- Gewinnung und Bindung von Fachkräften

Um den erfahrungsbedingten Ansatz der Veranstaltung zu betonen, werden zudem im Vorfeld der Kongresseröffnung bereits verschiedene Workshops angeboten. Diese richten sich insbesondere an therapeutisch und in der Beratung tätige Mitarbeiter*innen in ambulanten Beratungsstellen sowie Fachpersonal in der Suchtrehabilitation.

Auf dieser Website www.dersuchtkongress.de finden Sie alles rund um den Kongress. Die Inhalte und Informationen werden zeitnah aktualisiert.

Anmeldung: www.dersuchtkongress.de
Veranstaltungsort: Messe und Congress Centrum
Halle Münsterland GmbH
Albersloher Weg 32, 48155 Münster

**Fachverband
Sucht e.V.**

**BUNDESVERBAND
FÜR STATIONÄRE
SUCHTKRANKENHILFE**
eingetragener Verein

buss

Veranstaltungen des Fachverbandes Sucht e.V. zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Fachverband Sucht e.V.



Walramstraße 3 • 53175 Bonn
Tel. 0228 261555 • Fax 0228 215885
sucht@sucht.de • www.sucht.de

SEMINARE 2020

Gustav-Stresemann-Institut, Bonn

02/2020	Mein Arbeitsplatz in einer Suchteinrichtung <i>Referent/in: Andrea Schwerdt, Dr. Hans-Peter Steingass</i>	04. – 05.05.2020
03/2020	Umgang mit schwierigen Situationen in der Suchtbehandlung im Bereich Ergo-, Ernährungs- und Sport-/Bewegungstherapie <i>Referent: Jannes Hecht</i>	11. – 12.05.2020
04/2020	Was geht noch – wenn nichts mehr geht? – Lösungsorientierte Behandlung von suchtkranken Menschen <i>Referentinnen: Gudrun Urland, Natalie Jatzlau</i>	07. – 08.09.2020
05/2020	Was wirkt? – Praxis der Gruppenpsychotherapie bei Suchterkrankungen <i>Referent: Dr. Clemens Veltrup</i>	14. – 15.09.2020
06/2020	Diagnostische und psychotherapeutische Ansätze bei Pathologischem PC-/Internet-(Gaming Disorder) <i>Referent: Holger Feindel</i>	21. – 22.09.2020
07/2020	Motivierende Gesprächsführung – Förderung von Verhaltensänderungen bei problematischem Konsum/Abhängigkeitserkrankungen <i>Referent: Dr. Volker Premper</i>	28. – 29.09.2020
08/2020	Rückfallprophylaxe und Rückfallmanagement <i>Referent: Dr. Ahmad Khatib</i>	02. – 03.11.2020
09/2020	Nichts geht mehr?! – Geht doch! – Soziotherapie für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige – CMA <i>Referent: Dr. Hans-Peter Steingass</i>	16. – 17.11.2020
11/2020	Die Behandlung von pathologischen Glücksspielern – Neue Therapieansätze und -strategien <i>Referent/in: Dieter Bingel-Schmitz, Sarah Leipner</i>	30.11. – 01.12.2020

ARBEITSTAGUNGEN 2020

01/2020	Aktuelle Entwicklungen in der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung – Bereich Suchtrehabilitation <i>Referent/in: Anke Mitschele, Ulrich Theissen</i> (für Geschäftsführer*innen, Verwaltungsleiter*innen und leitendes Personal in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke)	Hotel Hilton, Bonn 23. – 24.04.2020
10/2020	Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker <i>Referent*innen: Norbert Gödecker-Geenen, Thomas Keck, Alexandra Pyttlik, Dr. Ariane Schulte</i> (für Geschäftsführer*innen, Verwaltungsleiter*innen und leitendes Personal in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke)	AMERON Hotel Königshof, Bonn 19. – 20.11.2020

KONGRESS 2020

Münsterlandhalle, Münster

Zusammenhalten und zusammen gestalten GEMEINSAMER SUCHTKONGRESS – Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe – buss / Fachverbandes Sucht e.V. – FVS	17. – 19.06.2020
--	------------------

Weiterführende Informationen zu den Veranstaltungen sowie entsprechende Anmeldeformulare finden Sie auf der Homepage des FVS <https://www.sucht.de> unter der Rubrik Fachpublikum/Veranstaltungen.