

Basisdokumentation 2019

Ausgewählte Daten
zur Entwöhnungsbehandlung
im Fachverband Sucht e.V.

Vorstand (Stand November 2020)

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.

Dr. Thomas Klein

Stv. Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht e.V.

Ingrid Meumerzheim

Büroleiterin des Fachverbandes Sucht e. V.

Maryvonne Granowski

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 vierten Mal jeweils eine Sonderauswertung zum Pathologischen Glücksspiel sowie zum pathologischen PC-/Internet-Gebrauch veröffentlicht. Dazu werden die Basisdokumentationsdaten von Patient*innen mit der Hauptdiagno-

se „Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F68.8)¹ bzw. „Pathologisches Glücksspiel“ (F63.0) aus stationären Rehabilitationseinrichtungen für Alkohol/Medikamente sowie psychosomatischen Abteilungen von Fachkliniken mit der Doppelindikation Psychosomatik/Sucht untersucht und beschrieben.

Insgesamt gingen Daten von 19.390 Patient*innen in die aktuelle Basisdokumentation ein. Bei der Erhebung und Auswertung der Daten des Entlassjahrgangs 2019 wird der neue deutsche Kerndatensatz (KDS 3.0), der von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) herausgegeben wird, zugrunde gelegt. 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 wird in diesem Jahr als Online-Publikation herausgegeben.

Dr. Monika Vogelgesang
Vorsitzende des Vorstandes des FVS

Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer des FVS

Dr. Thomas Klein
Stv. Geschäftsführer des FVS

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

A Basisdokumentation nach Einrichtungsart

I	Basisdokumentation 2019 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit	6
II	Basisdokumentation 2019 – Fachkliniken für Drogenabhängigkeit	30
III	Basisdokumentation 2019 – Adaptionseinrichtungen	52
IV	Basisdokumentation 2019 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen	67
V	Basisdokumentation 2019 – Ganztagig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen	82

B Sonderauswertungen

VI	Basisdokumentation 2019 – Pathologisches Glücksspielen	104
VII	Basisdokumentation 2019 – Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch	123

C Basisdokumentation 2019 –

	Zentrale Ergebnisse im Überblick	128
--	--	-----

Teil A Basisdokumentation nach Einrichtungsart

I	Basisdokumentation 2019 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit	6
II	Basisdokumentation 2019 – Fachkliniken für Drogenabhängigkeit	30
III	Basisdokumentation 2019 – Adaptionseinrichtungen	52
IV	Basisdokumentation 2019 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen	67
V	Basisdokumentation 2019 – Ganztagig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen	82

Inhaltsverzeichnis

*Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Funke, W., Kemmann, D., Kersting, S.,
Medenwaldt, J., Premper, V., Reger, F., Teigeler, H., Wagner, A., Klein, T.,
Weissinger, V.*

Teilband I:

**Basisdokumentation 2019 –
Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit**

1.	Einleitung	7
2.	Basisdokumentation 2019 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	11
2.5	Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende	16
2.6	Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019	20
2.7	Psychische Komorbidität	20
2.8	Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019	23
2.9	Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentationen 2019 mit der Basisdokumentation 2018	27
3.	Ausblick	29
4.	Literatur	29
	Autorenverzeichnis	29
	Liste der Einrichtungen, deren Datensätze in die Auswertung eingingen	29

Teilband I:

Basisdokumentation 2019 – 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 25. Dokumentation in Folge mit ausgewählten Daten zur Entwöhnungsbehandlung in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige vor.

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

Bereits im Jahr 1993 hat der FVS einen Ausschuss „Statistik und Dokumentation“ eingerichtet, dem die Autoren¹ 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 Arbeitsgemein-

schaft 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 Patienten unseres vorliegenden Datenpools 2019 hat sich gegenüber dem Vorjahr geringfügig erhöht und umfasst 13.006 Patienten (intention-to-treat (ITT) – Stichprobe; alle in 2019 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. (FVS) 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 katamnestischer Befragungsergebnisse und liefert einen substantiellen Teil der stationären Daten für die Deutsche Suchthilfestatistik.

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.

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

2. Basisdokumentation 2019 des Fachverbandes des Sucht

2.1. Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung

Im vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Daten zur stationären medizinischen Rehabilitation suchtmittelabhängiger Patienten für das Jahr 2019 zusammengefasst. Die Daten stammen ausschließlich aus Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. Die Gesamtstichprobe der Basisdokumentation 2019 umfasst 13.006 Patienten aus insgesamt 30 stationären Therapieeinrichtungen.

Tabelle 1: EDV-Systeme

EDV-System	Häufigkeit	Prozent
EBIS (GSDA)	456	3,5%
IKIS (MEDIAN)	4.988	38,4%
PATFAK (Redline DATA)	5.591	43,0%
PaDo (Navacom)	1.971	15,2%
Zusammen	13.006	100,0%

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verwendeten EDV-Systeme: Für 5.591 (43,0%) Patienten wurden die Daten mit dem Programm PATFAK (Redline DATA) erhoben. Bei 4.988 (38,4%) Patientendaten kam das Erhebungsinstrument IKIS (MEDIAN) zur Anwendung. 1.971 Patientendaten (15,2%) wurden mit dem Programm PADO (navacom IT Solutions GmbH) und 456 (3,5%) 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 FVS als Teilstichproben in der Regel auch in den Gesamtstichproben anderer verbandsübergreifender Dokumentationsberichte enthalten sind.

Die Daten wurden durch Redline DATA, Ahrensboök, 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 Behandlungsbeginn, 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 2019 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 2019. In Abschnitt 2.9 werden abschließend ausgewählte Daten der Basisdokumentationen 2019 und 2018 des FVS miteinander verglichen.

2.2. Beschreibung der Patienten nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen

Die **Altersverteilung** der Patienten bei Behandlungsbeginn in Abhängigkeit vom jeweiligen **Geschlecht** ist in Abbildung 1 und Tabelle 2 dargestellt. Von den insgesamt 13.006 Patienten sind 3.721 (28,6%) weiblichen und 9.285 (71,4%) 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 55- bis 59-Jährigen mit 15,5%, der 45- bis 49-Jährigen mit 13,7% und der 35- bis 39-Jährigen mit 12,0%. 11,2% der Patienten waren zwischen 40 und 44 Jahre und 9,4% zwischen 30 und 34 Jahre alt. 60 – 64 Jahre waren 7,9% und älter als 65 Jahre 4,0% der Patienten. 29 Jahre oder jünger waren 9,4% der Patienten. Insgesamt wur-

Tabelle 2: Altersverteilung der Patienten

Altersverteilung in Jahren	Männer		Frauen		Gesamt	
bis 19 Jahre	70	0,8%	29	0,8%	99	0,8%
20 bis 24 Jahre	298	3,2%	120	3,2%	418	3,2%
25 bis 29 Jahre	537	5,8%	163	4,4%	700	5,4%
30 bis 34 Jahre	934	10,1%	292	7,8%	1.226	9,4%
35 bis 39 Jahre	1.139	12,3%	416	11,2%	1.555	12,0%
40 bis 44 Jahre	1.059	11,4%	393	10,6%	1.452	11,2%
45 bis 49 Jahre	1.253	13,5%	528	14,2%	1.781	13,7%
50 bis 54 Jahre	1.536	16,5%	682	18,3%	2.218	17,1%
55 bis 59 Jahre	1.407	15,2%	611	16,4%	2.018	15,5%
60 bis 64 Jahre	723	7,8%	302	8,1%	1.025	7,9%
65 Jahre und älter	329	3,5%	185	5,0%	514	4,0%
Zusammen	9.285	100,0%	3.721	100,0%	13.006	100,0%
Mittelwert ± Standardabweichung	45,8 ± 11,8 Jahre		47,1 ± 11,8 Jahre		46,2 ± 11,8 Jahre	

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

Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 46,2 Jahre ($\pm 11,8$ Jahre). Frauen waren durchschnittlich 47,1 Jahre ($\pm 11,8$ Jahre) alt, Männer hingegen hatten ein um 1,3 Jahre geringeres durchschnittliches Alter von 45,8 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 Zusammenleben)** der Patienten bei Behandlungsbeginn vermittelt Tabelle 3. Etwas mehr als die Hälfte der Patienten (53,2%) haben keinen Partner, wobei sich die Angaben von Männern und Frauen mit 55,5% vs. 47,4% deutlich unterscheiden.

Für 6,0% aller Patienten fehlen entsprechende Angaben.

Alleinlebend waren zudem 55,0% der Patienten, 29,9% lebten mit einem Partner zusammen, 14,6% mit Kindern, 6,4% mit Eltern, 2,9% mit sonstigen Bezugspersonen, 3,4% mit sonstigen Personen und bei 7,1% aller Patienten lagen keine Daten vor. 57,2% der männlichen im Vergleich zu nur 49,7% der weiblichen Patienten waren zu Behandlungsbeginn alleinlebend. Ebenso lebten 7,2% der Männer, aber nur 4,2% der Frauen bei den Eltern. Demgegenüber lebten nur 12,9% der Männer, aber 18,8% der Frauen mit Kindern und nur 28,9% der Männer im Vergleich zu 32,6% der Frauen mit einem Partner bzw. einer Partnerin.

Tabelle 4 zeigt die **Wohnsituation am Tag vor Behandlungsbeginn**. Die über-

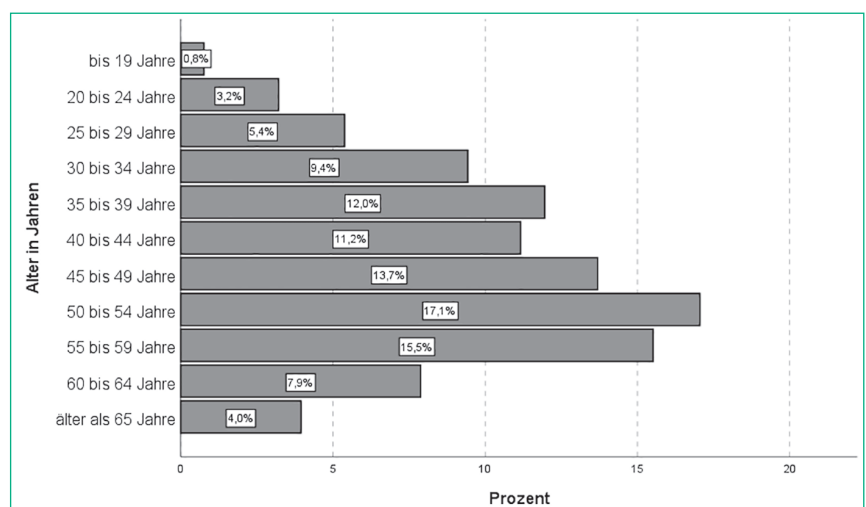


Abbildung 1: Altersverteilung der Patienten bei Behandlungsbeginn

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

Partnerschaft	Männer		Frauen		Gesamt	
in Partnerschaft lebend	3.872	44,5%	1.848	52,6%	5.720	46,8%
nicht in Partnerschaft lebend	4.833	55,5%	1.668	47,4%	6.501	53,2%
Zusammen	8.705	100,0%	3.516	100,0%	12.221	100,0%
keine Daten	580	6,2%	205	5,5%	785	6,0%
Zusammenleben	Männer		Frauen		Gesamt	
alleinlebend	4.934	57,2%	1.714	49,7%	6.648	55,0%
lebt zusammen mit						
Partner	2.492	28,9%	1.122	32,6%	3.614	29,9%
Kind(ern)	1.110	12,9%	648	18,8%	1.758	14,6%
Eltern(-teil)	623	7,2%	146	4,2%	769	6,4%
sonstiger/en Bezugsperson/en	266	3,1%	89	2,6%	355	2,9%
sonstiger/n Person/en	284	3,3%	125	3,6%	409	3,4%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze	8.631	100,0%	3.447	100,0%	12.078	100,0%
keine Daten	654	7,0%	274	7,4%	928	7,1%

Tabelle 4: Wohnsituation der Patienten am Tag vor Behandlungsbeginn

Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
selbständiges Wohnen	7.004	79,2%	3.001	84,8%	10.005	80,8%
bei anderen Personen	946	10,7%	263	7,4%	1.209	9,8%
ambulant betreutes Wohnen	93	1,1%	38	1,1%	131	1,1%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	291	3,3%	119	3,4%	410	3,3%
Wohnheim/Übergangswohnheim	98	1,1%	24	0,7%	122	1,0%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	72	0,8%	5	0,1%	77	0,6%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	63	0,7%	15	0,4%	78	0,6%
ohne Wohnung	264	3,0%	63	1,8%	327	2,6%
sonstiges	17	0,2%	9	0,3%	26	0,2%
Zusammen	8.848	100,0%	3.537	100,0%	12.385	100,0%
keine Daten	437	4,7%	184	4,9%	621	4,8%

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

höchster erreichter Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
derzeit in Schulausbildung	6	0,1%	5	0,1%	11	0,1%
ohne Schulabschluss	491	5,5%	115	3,2%	606	4,9%
Haupt-/Volksschulabschluss	3.449	38,9%	1.058	29,4%	4.507	36,1%
Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	3.114	35,1%	1.566	43,5%	4.680	37,5%

wiegende Mehrzahl der Patienten (80,8%) gab an, selbständig zu wohnen, wobei der Anteil bei den Männern mit 79,2% vs. 84,8% deutlich unter dem der Frauen liegt. Weitere Angaben der Patienten zu ihrer Wohnsituation waren: „bei anderen Personen“ mit 9,8% (10,7% vs. 7,4%), „ambulant betreutes Wohnen“ mit 1,1% (1,1% vs. 1,1%), „(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung“ mit 3,3% (3,3% vs. 3,4%), „Wohnheim/Übergangswohnheim“ mit 1,0% (1,1% vs. 0,7%), „JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung“ mit 0,6% (0,8% vs. 0,1%), „Notunterkunft, Übernachtungsstelle“ mit 0,6% (0,7% vs. 0,4%), „ohne Wohnung“ mit 2,6% (3,0% vs. 1,8%) und „sonstiges“ mit 0,2% (0,2% vs. 0,3%). Bei 4,8% 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 11 Patienten (0,1%), 4,9% blieben ohne Schulabschluss und 36,1% weisen einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss auf. 37,5% aller Patienten verfügten über einen Realschulabschluss bzw. haben eine Polytechnische Oberschule abgeschlossen, weitere 19,8% gaben an, die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife oder das Abitur zu besitzen. 1,6% der Patienten hatten einen anderen Schulabschluss. Für 4,1% aller Patienten lagen keine Angaben zur Schulausbildung vor.

Deutlich mehr weibliche als männliche Patienten verfügen über einen Realschulabschluss bzw. haben eine Polytechnische Oberschule abgeschlossen (43,5% vs. 35,1%) oder können eine Hochschul- bzw. Fachhochschulreife bzw. ein Abitur vorweisen (22,5% vs. 18,7%). Dahingegen verfügen mehr männliche als weibliche Patienten über einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss (38,9% vs. 29,4%) oder sind ohne Schulabschluss (5,5% vs. 3,2%).

5,6% der Patienten (5,4% Männer vs. 6,1% Frauen) haben bislang noch keine Berufsausbildung begonnen und weitere 0,9% (1,0% vs. 0,8%) befinden sich derzeit in einer Hochschul- oder Berufsausbildung. 13,5% (13,6% vs. 13,1%) der Patienten verfügen über keine abgeschlossene Hochschul- oder Berufsausbildung. Dagegen verfügen beinahe zwei Drittel der Patienten (65,1%, 65,1% vs. 65,0%) über einen betrieblichen Berufsabschluss. Weitere 3,9% (4,5% vs. 2,2%) sind

Meister bzw. Techniker, 8,7% (8,4% vs. 9,4%) haben einen akademischen Abschluss und 2,3% (1,9% vs. 3,3%) einen anderen Berufsabschluss. Bei 7,3% 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 0,7% der Patienten Auszubildende. 36,2% waren als Arbeiter, Angestellte oder Beamte tätig, 1,3% waren Selbstständige oder Freiberufler, 0,4% gaben an, sonstige Erwerbspersonen zu sein und 1,0% befanden sich in beruflicher Rehabilitation. 41,3% der Patienten waren arbeitslos, wobei 26,9% arbeitslos nach SGB II (Bezug von Arbeitslosengeld II) und 14,4% arbeitslos nach SGB III (Bezug von Arbeitslosengeld I) waren. Weitere 3,6% waren in Elternzeit bzw. im (längerfristigen) Krankenstand, 0,6% waren Schüler bzw. Studenten, 1,5% waren Hausfrauen bzw. Hausmänner, 10,4% waren Rentner und 3,0% wurden der Kategorie „sonstige Nichterwerbspersonen“ zugeordnet (1,5% mit Bezug von SGB XII-Leistungen und 1,5% ohne entsprechende Leistungen), bei 1,0% 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 0,5% bei Männern. Ebenso zeigen sich in der Kategorie „Rentner/Pensionär“ mit 13,0% ein deutlich höherer Frauenanteil gegenüber 9,3% bei männlichen Patienten. Demgegenüber sind die Kategorien „arbeitslos nach SGB III“ bzw. „arbeitslos nach SGB II“ bei Männern mit 15,1% bzw. 28,1% deutlich häufiger besetzt als bei Frauen mit 12,7% bzw. 23,9%.

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

höchster erreichter Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
(Fach-)Hochschulreife/ Abitur	1.662	18,7%	810	22,5%	2.472	19,8%
anderer Schulabschluss	155	1,7%	45	1,3%	200	1,6%
Zusammen	8.877	100,0%	3.599	100,0%	12.476	100,0%
keine Daten	408	4,4%	122	3,3%	530	4,1%
höchster beruflicher/ akademischer Ausbildungsabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
noch keine Ausbildung begonnen	465	5,4%	211	6,1%	676	5,6%
derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	85	1,0%	27	0,8%	112	0,9%
keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	1.172	13,6%	454	13,1%	1.626	13,5%
Betrieblicher Berufsabschluss	5.600	65,1%	2.248	65,0%	7.848	65,1%
Meister / Techniker	391	4,5%	76	2,2%	467	3,9%
akademischer Abschluss	725	8,4%	326	9,4%	1.051	8,7%
anderer Berufsabschluss	165	1,9%	114	3,3%	279	2,3%
Zusammen	8.603	100,0%	3.456	100,0%	12.059	100,0%
keine Daten	682	7,3%	265	7,1%	947	7,3%

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

Erwerbsituation am Tag vor Behandlungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
Auszubildender	67	0,7%	25	0,7%	92	0,7%
Arbeiter/Angestellter/ Beamter	3.347	36,4%	1.314	35,7%	4.661	36,2%
Selbstständiger/Freiberufler	126	1,4%	40	1,1%	166	1,3%
sonstige Erwerbspersonen	46	0,5%	8	0,2%	54	0,4%
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	88	1,0%	43	1,2%	131	1,0%
in Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	325	3,5%	136	3,7%	461	3,6%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	1.386	15,1%	468	12,7%	1.854	14,4%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	2.584	28,1%	880	23,9%	3.464	26,9%
Schüler/Student	43	0,5%	29	0,8%	72	0,6%
Hausfrau/Hausmann	50	0,5%	149	4,0%	199	1,5%
Rentner/Pensionär	854	9,3%	480	13,0%	1.334	10,4%
sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	135	1,5%	52	1,4%	187	1,5%
sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	140	1,5%	58	1,6%	198	1,5%
Zusammen	9.191	100,0%	3.682	100,0%	12.873	100,0%
keine Daten	94	1,0%	39	1,0%	133	1,0%

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 1,9% 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 47,7% der Patienten (47,3% bei Männern vs. 48,8% bei Frauen). 18,7% aller Patienten (18,7% vs. 18,7%) wurden über psychiatrische Krankenhäuser in die stationäre Rehabilitation vermittelt und weitere 8,3% (8,1% vs. 8,9%) über Allgemeinkrankenhäuser bzw. Einrichtungen der Akutbehandlung. Weitere Vermittlungsinstanzen waren: Leistungsträger bei 6,7% der Patienten (6,4% vs. 7,2%), sonstige Vermittler bei 3,6% (3,8% vs. 3,3%), andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-/Familien-/Erziehungsberatung, sozialpsychiatrischer Dienst) bei 3,1% (3,2% vs. 2,8%), ärztliche oder psychotherapeutische Praxis bei 2,6% (2,5% vs. 3,0%), Arbeitgeber, Betrieb oder Schule bei 1,4% (1,8% vs. 0,6%), stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption) bei 1,1% (1,1% vs. 1,1%) und soziales Umfeld bei 1,1% (1,2% vs. 0,7%). 5,6% der Patienten (5,9% vs. 4,9%) traten die medizinische Rehabilitationsmaßnahme ohne Vermittlung einer betreuenden Einrichtung an.

Tabelle 8 gibt einen Überblick über die **Leistungsträgerstruktur**. Für 3,2% aller Patienten fehlen Angaben über den Leistungsträger der stationären Rehabilitationsmaßnahme. Die nach Prozentzahlen stärksten Beleger waren die Rentenversicherung mit 83,7% der Patienten (84,7% Männer vs. 81,2% Frauen) und die gesetzliche Krankenversicherung mit 14,5% (13,4% vs. 17,2%). Weiterhin waren Leistungsträger der Kategorie „pauschal/institutionell finanziert“ mit 0,2% der Patienten (0,3% vs. 0,1%), „Selbstzahler“ mit 0,8% (0,8% vs. 1,0%), „Sozialhilfe“ mit 0,2% (0,3% vs. 0,2%) und „sonstige Leis-

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	539	5,9%	178	4,9%	717	5,6%
soziales Umfeld	108	1,2%	27	0,7%	135	1,1%
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	163	1,8%	22	0,6%	185	1,4%
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	226	2,5%	108	3,0%	334	2,6%
ambulante Suchthilfeeinrichtung	4.306	47,3%	1.785	48,8%	6.091	47,7%
allgemeines Krankenhaus und Einrichtungen der Akutbehandlung	734	8,1%	325	8,9%	1.059	8,3%
psychiatrisches Krankenhaus	1.706	18,7%	686	18,7%	2.392	18,7%
stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	104	1,1%	42	1,1%	146	1,1%
andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-/Familien-/Erziehungsberatung, sozialpsychiatrischer Dienst)	288	3,2%	103	2,8%	391	3,1%
Kosten-/Leistungsträger	587	6,4%	263	7,2%	850	6,7%
sonstige	342	3,8%	122	3,3%	464	3,6%
Zusammen	9.103	100,0%	3.661	100,0%	12.764	100,0%
keine Daten	182	2,0%	60	1,6%	242	1,9%

Tabelle 8: Leistungsträger

Leistungsträger	Männer		Frauen		Gesamt	
pauschal/institutionell finanziert	25	0,3%	3	0,1%	28	0,2%
Selbstzahler	71	0,8%	36	1,0%	107	0,8%
Rentenversicherung	7.633	84,7%	2.908	81,2%	10.541	83,7%
Krankenversicherung	1.209	13,4%	615	17,2%	1.824	14,5%
Sozialhilfe	23	0,3%	8	0,2%	31	0,2%
Jugendhilfe	2	0,0%	1	0,0%	3	0,0%
Arbeitsagenturen, Jobcenter	2	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
Pflegeversicherung	1	0,0%	1	0,0%	2	0,0%
sonstige	48	0,5%	9	0,3%	57	0,5%
Zusammen	9.014	100,0%	3.581	100,0%	12.595	100,0%
keine Daten	271	2,9%	140	3,8%	411	3,2%

tungsträger“ mit 0,5% (0,5% vs. 0,3%) an den Behandlungskosten beteiligt. Die Leistungsträger „Jugendhilfe“ und „Arbeitsagenturen, Jobcenter“ bzw. „Pflegeversicherung“ sind mit drei und jeweils zwei Patienten prozentual zu vernachlässigen.

2.4. Diagnosen und Vorbehandlungen

In Abbildung 2 und Tabelle 9 ist die **Hauptdiagnose** der untersuchten Stich-

probe 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 89,2% aller Patienten wurde als Hauptdiagnose „Störungen durch Alkohol (F10)“ kodiert, wobei zwischen den jeweiligen Anteilen von Männern und Frauen mit 88,8% vs. 90,3% nur ein geringer Unterschied besteht. Weitere

Tabelle 9: Hauptdiagnose (Suchtmitteldiagnose)

Hauptdiagnose		Männer		Frauen		Gesamt	
Störungen durch Alkohol	F10	8.241	88,8%	3.361	90,3%	11.602	89,2%
Störungen durch Opioide	F11	83	0,9%	44	1,2%	127	1,0%
Störungen durch Cannabinoide	F12	416	4,5%	93	2,5%	509	3,9%
Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	F13	59	0,6%	88	2,4%	147	1,1%
Störungen durch Kokain	F14	54	0,6%	1	0,0%	55	0,4%
Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein	F15	173	1,9%	67	1,8%	240	1,8%
Störungen durch Halluzinogene	F16	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
Störungen durch Tabak	F17	12	0,1%	7	0,2%	19	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	218	2,3%	53	1,4%	271	2,1%
Essstörungen	F50	2	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
Missbrauch von nicht abhängigkeitszeugenden Substanzen	F55	1	0,0%	1	0,0%	2	0,0%
sonstige bzw. unklare Diagnose		25	0,3%	4	0,1%	29	0,2%
Zusammen		9.285	100,0%	3.721	100,0%	13.006	100,0%

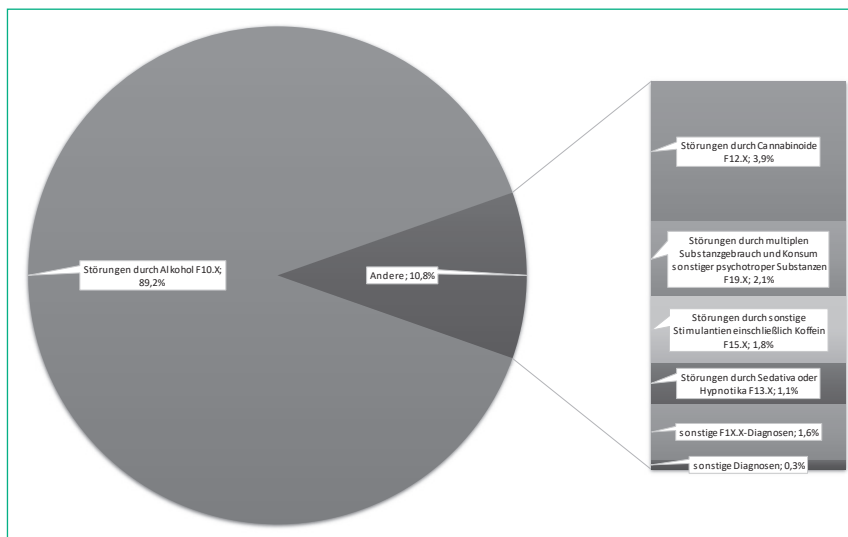


Abbildung 2: Hauptdiagnose

Hauptdiagnosen waren „Störungen durch Cannabinoide (F12)“ mit 3,9% aller Patienten (4,5% vs. 2,5%), mit 2,1% „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (F19)“ (2,3% vs. 1,4%), mit 1,8% „Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein (F15)“ (1,9% vs. 1,8%) und „Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F13)“ mit 1,1% (0,6% vs. 2,4%). Der Anteil sonstiger Suchtmitteldiagnosen betrug 1,6% (1,6% vs. 1,4%). Bei jeweils zwei Patienten wurde die Diagnose Essstörung (F50) bzw. Missbrauch von nicht abhängigkeitszeugenden Substanzen (F55) und bei 0,3% aller Patienten (0,3% vs. 0,1%) eine sonstige bzw. unklare Diagnose als Hauptdiagnose kodiert.

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

Neben der Hauptdiagnose wurde bei 4,3% (4,5% bei Männern vs. 3,7% bei Frauen) die Diagnose „Störungen durch Alkohol (F10)“ kodiert. Weitere Nebendiagnosen aus dem Suchtmittelspektrum waren: „Störungen durch Opioide (F11)“ mit 3,0% aller Patienten (3,2% vs. 2,7%), „Störungen durch Cannabinoide (F12)“ mit 14,5% (16,3% vs. 10,1%), „Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F13)“ mit 3,9% (3,3% vs. 5,3%), „Störungen durch Kokain (F14)“ mit 4,4% (5,2% vs. 2,7%), „Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein (F15)“ mit 8,2% (9,0% vs. 6,2%), „Störungen durch Hallu-

zinogene (F16)“ mit 0,8% (1,0% vs. 0,3%), „Störungen durch flüchtige Lösungsmittel (F18)“ mit 0,1% (0,1% vs. 0,0%), „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (F19)“ mit 5,7% (6,5% vs. 3,7%), „Essstörungen“ (F50) mit 4,8% (2,9% vs. 9,5%), „Missbrauch von nicht abhängigkeitszeugenden Substanzen“ (F55) mit 0,6% (0,4% vs. 1,0%) und „Pathologisches Glücksspiel (F63.0)“ mit 1,8% aller Patienten (2,3% vs. 0,6%), „Exzessive Mediennutzung (F63.8 / F68.8)“ mit 0,4% (0,5% vs. 0,1%). Bei weiteren 66,4% aller Patienten (67,0% vs. 65,1%) wurde als Nebendiagnose „Störungen durch Tabak (F17)“ kodiert.

Durchschnittlich wurden pro Patient 0,53 (0,55 vs. 0,46) weitere Suchtdiagnosen kodiert.

Der neue Deutsche Kerndatensatz bietet neben der Erfassung suchtmittelbezogener 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.

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 nichtabhängigkeitszeugenden Substanzen) und F63.0 (Pathologisches Spiel-

Tabelle 10: Verteilung weiterer Suchtdiagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)

Weitere Suchtdiagnosen		Männer		Frauen		Gesamt	
Störungen durch Alkohol	F10	422	4,5%	139	3,7%	561	4,3%
Störungen durch Opioide	F11	294	3,2%	102	2,7%	396	3,0%
Störungen durch Cannabinoide	F12	1.517	16,3%	375	10,1%	1.892	14,5%
Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	F13	306	3,3%	198	5,3%	504	3,9%
Störungen durch Kokain	F14	479	5,2%	99	2,7%	578	4,4%
Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein	F15	836	9,0%	230	6,2%	1.066	8,2%
Störungen durch Halluzinogene	F16	89	1,0%	10	0,3%	99	0,8%
Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	F18	8	0,1%	1	0,0%	9	0,1%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	F19	606	6,5%	137	3,7%	743	5,7%
Essstörungen	F50	271	2,9%	352	9,5%	623	4,8%
Missbrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen	F55	39	0,4%	37	1,0%	76	0,6%
Pathologisches Glücksspiel	F63.0	213	2,3%	21	0,6%	234	1,8%
Exzessive Mediennutzung	F63.8 / F68.8	50	0,5%	2	0,1%	52	0,4%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze		9.285	100,0%	3.721	100,0%	13.006	100,0%
Durchschnittliche Anzahl weiterer Suchtdiagnosen (ohne F17) pro Patient		0,55		0,46		0,53	
Störungen durch Tabak	F17	6.219	67,0%	2.422	65,1%	8.641	66,4%

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	91	1,0%	30	0,8%	121	0,9%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F2	173	1,9%	29	0,8%	202	1,6%
Affektive Störungen	F3	3.138	33,8%	1.822	49,0%	4.960	38,1%
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	1372	14,8%	1.061	28,5%	2.433	18,7%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	F5	81	0,9%	53	1,4%	134	1,0%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	797	8,6%	600	16,1%	1.397	10,7%
Intelligenzmindering	F7	35	0,4%	4	0,1%	39	0,3%
Entwicklungsstörungen	F8	53	0,6%	7	0,2%	60	0,5%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	336	3,6%	89	2,4%	425	3,3%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze	---	9.285	100,0%	3.721	100,0%	13.006	100,0%
durchschnittliche Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient		0,65		0,99		0,75	

len) nicht berücksichtigt. Bei den **weiteren psychischen Diagnosen** überwiegen „Affektive Störungen“ mit 38,1% (33,8% bei Männern vs. 49,0% bei Frauen). Zudem wurden „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“ mit 18,7% (14,8% vs. 28,5%) und „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ 10,7% (8,6% vs. 16,1%) diagnostiziert.

Durchschnittlich wurden pro Patient 0,75 (0,65 vs. 0,99) psychische Diagnosen codiert.

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 42,6% (41,5% vs. 45,5%),
- **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes** mit 40,8% (39,5% bei Männern vs. 44,2% bei Frauen),
- **Krankheiten des Kreislaufsystems** mit 33,8% (35,9% vs. 28,7%),
- **Krankheiten des Verdauungssystems** mit 32,7% (33,6% vs. 30,4%),
- **Krankheiten des Nervensystems** mit 15,3% (15,9% vs. 13,7%).

Tabelle 12: Verteilung der somatischen Diagnosen nach ICD-10 (Mehrfachnennungen sind möglich)

Somatische Diagnosen	ICD-10	Männer		Frauen		Gesamt	
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00 - B99	272	2,9%	85	2,3%	357	2,7%
Neubildungen und Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	C00 - D89	519	5,6%	253	6,8%	772	5,9%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00 - E90	3.854	41,5%	1692	45,5%	5.546	42,6%
Krankheiten des Nervensystems	G00 - G99	1.480	15,9%	508	13,7%	1.988	15,3%
Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00 - H95	426	4,6%	165	4,4%	591	4,5%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00 - I99	3.331	35,9%	1.068	28,7%	4.399	33,8%
Krankheiten des Atmungssystems	J00 - J99	861	9,3%	413	11,1%	1.274	9,8%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00 - K93	3.119	33,6%	1.130	30,4%	4.249	32,7%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00 - L99	366	3,9%	131	3,5%	497	3,8%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00 - M99	3.666	39,5%	1.643	44,2%	5.309	40,8%
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00 - N99	205	2,2%	112	3,0%	317	2,4%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andernorts klassifiziert sind	R00 - R99	373	4,0%	205	5,5%	578	4,4%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00 - T98	622	6,7%	219	5,9%	841	6,5%
sonstige somatische Diagnosen		475	5,1%	209	5,6%	684	5,3%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze		9.285	100,0%	3.721	100,0%	13.006	100,0%
durchschnittliche Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient		2,11		2,11		2,11	

Durchschnittlich wurden pro Patient 2,11 (2,11 vs. 2,11) 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 Kapitel 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 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“.

Da bei sechs Einrichtungen die Daten zur Abhängigkeitsdauer nicht valide erscheinen, beziehen sich die relativen Angaben in Abbildung 3 und Tabelle 13 auf die Datensätze von 24 der 30 datenliefernden Einrichtungen mit einer Stichprobengröße N = 9.503. Bei 1,8% der Patienten betrug die Abhängigkeitsdauer weniger als ein Jahr, 19,2% der Patienten waren ein

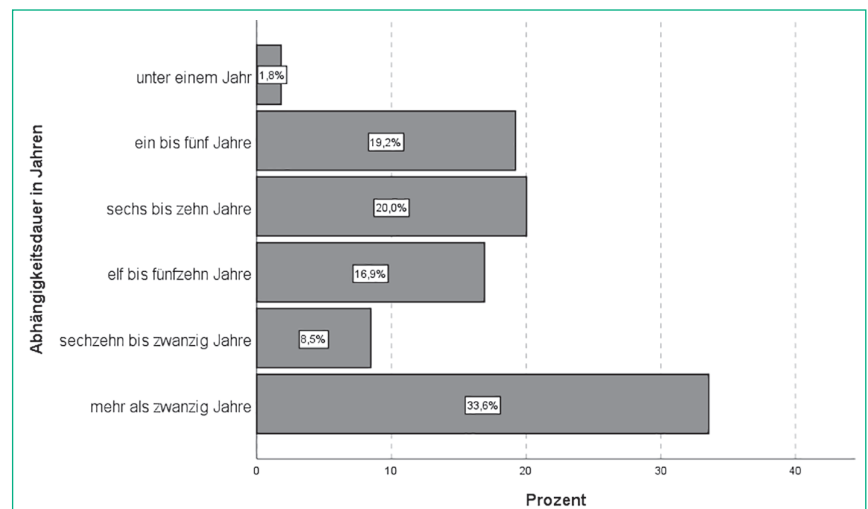


Abbildung 3: Dauer der Abhängigkeit in Jahren – Datenbasis 24 von 30 Einrichtungen (gesamt)

Tabelle 13: Dauer der Abhängigkeit in Jahren – Datenbasis 24 von 30 Einrichtungen

Abhängigkeitsdauer in Jahren	Männer		Frauen		Gesamt	
unter einem Jahr	117	1,7%	56	2,1%	173	1,8%
ein bis fünf Jahre	1.171	17,2%	654	24,1%	1.825	19,2%
sechs bis zehn Jahre	1.318	19,4%	585	21,6%	1.903	20,0%
elf bis fünfzehn Jahre	1.143	16,8%	464	17,1%	1.607	16,9%
sechzehn bis zwanzig Jahre	594	8,7%	211	7,8%	805	8,5%
mehr als zwanzig Jahre	2.447	36,0%	743	27,4%	3.190	33,6%
Zusammen	6.790	100,0%	2.713	100,0%	9.503	100,0%
Mittelwert ± Standardabweichung	16,2 ± 10,9 Jahre		13,8 ± 10,4 Jahre		15,5 ± 10,9 Jahre	
keine Daten	693	9,3%	219	7,5%	912	8,8%

Tabelle 14: Anzahl der „einfachen“ Entzugsbehandlungen

Anzahl der Entzugsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
keine Entzugsbehandlung	1.330	20,8%	663	26,2%	1.993	22,4%
eine Entzugsbehandlung	1.905	29,8%	687	27,2%	2.592	29,1%
zwei Entzugsbehandlungen	974	15,2%	399	15,8%	1.373	15,4%
drei Entzugsbehandlungen	578	9,0%	220	8,7%	798	8,9%
vier Entzugsbehandlungen	318	5,0%	106	4,2%	424	4,8%
fünf bis zehn Entzugsbehandlungen	769	12,0%	286	11,3%	1.055	11,8%
elf bis zwanzig Entzugsbehandlungen	308	4,8%	120	4,7%	428	4,8%
mehr als zwanzig Entzugsbehandlungen	206	3,2%	48	1,9%	254	2,8%
Zusammen	6.388	100,0%	2.529	100,0%	8.917	100,0%
Mittelwert ± Standardabweichung	4,0 ± 8,2		3,2 ± 6,0		3,8 ± 7,7	
keine Daten	2.897	31,2%	1.192	32,0%	4.089	31,4%

Tabelle 15: Anzahl der qualifizierten Entzugsbehandlungen

Anzahl der qualifizierten Entzugsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
keine qualifizierte Entzugsbehandlung	2.556	52,9%	1.224	60,0%	3.780	55,0%
eine qualifizierte Entzugsbehandlung	959	19,9%	363	17,8%	1.322	19,2%
zwei qualifizierte Entzugsbehandlungen	512	10,6%	169	8,3%	681	9,9%
drei qualifizierte Entzugsbehandlungen	257	5,3%	89	4,4%	346	5,0%
vier qualifizierte Entzugsbehandlungen	139	2,9%	38	1,9%	177	2,6%
Mehr als vier qualifizierte Entzugsbehandlungen	407	8,4%	156	7,7%	563	8,2%
Zusammen	4.830	100,0%	2.039	100,0%	6.869	100,0%
Mittelwert ± Standardabweichung	1,8 ± 5,0		1,5 ± 4,8		1,7 ± 4,9	
keine Daten	4.455	48,0%	1.682	45,2%	6.137	47,2%

bis fünf Jahre abhängig. Eine Abhängigkeitsdauer von sechs bis zehn Jahren wurde bei 20,0%, von elf bis fünfzehn Jahren bei 16,9%, von sechzehn bis zwanzig Jahren bei 8,5% und von über zwanzig Jahren bei 33,6% der Patienten angegeben. Für 8,8% aller Patienten fehlen Angaben über die Dauer der Abhängigkeit.

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug 15,5 Jahre (± 10,9 Jahre). Frauen haben eine durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 13,8 Jahren (± 10,4 Jahre), Männer hingegen eine deutlich höhere durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 16,2 Jahren (± 9,3 Jahre). Die Mittelwerte der Abhängigkeitsdauer-Verteilungen von männlichen und weiblichen Patienten unterscheiden sich hierbei statistisch signifikant ($p < 0,001$, z-test).

Mit dem Dokumentationsjahrgang 2018 konnten 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. Im Dokumentationsjahr 2019 weisen die Variablen zur Vorbehandlung wohl aufgrund eines Übertragungsfehlers eine schlechte Datenqualität mit hohen „Missing-Data“ Quoten aus.

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 31,4% aller Patienten keine Daten vor. 22,4% der Patienten hatten sich bisher keiner Entzugsbehandlung unterzogen. Weitere 29,1% der Patienten absolvierten eine, 15,4% zwei, 8,9% drei, 4,8% vier, und 11,8% fünf bis zehn Entzugsbehandlungen in der Vorgeschichte. Elf bis zwanzig Entzüge wurden bei 4,8% der Patienten und mehr als zwanzig Entzüge wurden für 2,4% der Patienten durchgeführt.

Die durchschnittliche Anzahl der bisherigen Entzugsbehandlungen beträgt 3,8 ($\pm 7,7$) Entzugsbehandlungen, wobei sich männliche und weibliche Patienten mit 4,0 ($\pm 8,2$) vs. 3,2 ($\pm 6,0$) moderat unterscheiden.

In Tabelle 15 sind die Daten zu den qualifizierten Entzugsbehandlungen dargestellt. Über die Hälfte der Patienten (55,0%, 52,9% vs. 60,0%) hatten im Vorfeld bislang keine qualifizierte Entzugsbehandlung erfahren. 19,2% (19,9% vs. 17,8%) der Patienten können bislang eine, 9,9% (10,6% vs. 8,3%) zwei, 5,0% (5,3% vs. 4,4%) drei, 2,6% (2,9% vs. 1,9%) vier und 8,2% (8,4% vs. 7,7%) mehr als vier qualifizierte Entzugsbehandlungen vorweisen. Bei über ein Fünftel aller Patienten (47,2%) lagen keine Daten vor.

Die durchschnittliche Anzahl der bisherigen qualifizierten Entzugsbehandlungen beträgt 1,7 ($\pm 4,9$) Entzugsbehandlungen, wobei sich männliche und weibliche Patienten mit 1,8 ($\pm 5,0$) vs. 1,5 ($\pm 4,8$) nur moderat unterscheiden.

Aufgrund der immer noch unsicheren Datenlage bei der Variablen stationäre Entwöhnungsbehandlung im Vorfeld, die sich nach einer Umstellungsphase innerhalb des Deutschen Kerndatensatzes ergeben hatte, beziehen sich die Daten für die Darstellung der stationären Entwöhnungen auf 14 der 30 datenliefernden Einrichtungen mit einer Stichprobengröße von $N = 4.452$.

68,1% der Patienten (67,7% Männer vs. 69,1% Frauen) beendeten im Jahr 2019 ihre erste **stationäre Entwöhnungsbehandlung**. Bereits eine vorherige Entwöhnungsbehandlung hatten 18,3% der Patienten (18,5% vs. 17,9%) absolviert, zwei Entwöhnungsbehandlungen in der Vorgeschichte wiesen 8,3% (8,2% vs. 8,7%) auf, drei Entwöhnungsbehandlungen 3,0% (3,1% vs. 2,6%) sowie mehr als drei Entwöhnungsbehandlungen 2,3% (2,5% vs. 1,7%). Für 6,3% aller Patienten fehlen Angaben über die bisher durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen.

Patienten ohne bisherige stationäre Therapieerfahrung hatten durchschnittlich 2,1 ($\pm 5,2$) „einfache“ Entzugsbehandlungen vor ihrer Aufnahme in die stationäre Therapie durchgeführt. Männer und Frauen unterscheiden sich hierbei mit durchschnittlich 2,3 ($\pm 5,9$) vs. 1,5 ($\pm 3,2$) „einfachen“ Entzugsbehandlungen deutlich. Die durchschnittliche Anzahl an „einfachen“ Entzugsbehandlungen liegt bei Patienten mit stationärer Therapieer-

Tabelle 16: Anzahl der stationären Entwöhnungsbehandlungen
(Datenbasis 14 von 30 Einrichtungen)

Anzahl der bisher durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
bisher noch keine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt	2.075	67,7%	957	69,1%	3.032	68,1%
bisher eine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt	567	18,5%	248	17,9%	815	18,3%
bisher zwei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt	251	8,2%	120	8,7%	371	8,3%
bisher drei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt	96	3,1%	36	2,6%	132	3,0%
bisher mehr als drei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt	78	2,5%	24	1,7%	102	2,3%
Zusammen	3.067	100,0%	1.385	100,0%	4.452	100,0%
keine Daten	202	6,2%	96	6,5%	298	6,3%
Entzugsbehandlungen ohne bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlung	N = 2.068		N = 952		N = 3.020	
(Mittelwert $\pm$ Standardabweichung)	2,3 $\pm$ 5,9		1,5 $\pm$ 3,2		2,1 $\pm$ 5,2	
Entzugsbehandlungen mit mind. einer stationären Entwöhnungsbehandlung	N = 978		N = 425		N = 1.403	
(Mittelwert $\pm$ Standardabweichung)	5,7 $\pm$ 10,9		4,5 $\pm$ 8,0		5,3 $\pm$ 10,1	
Abhängigkeitsdauer in Jahren bei Patienten ohne bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlung	N = 1.494		N = 615		N = 2.109	
(Mittelwert $\pm$ Standardabweichung)	15,5 $\pm$ 10,6		13,3 $\pm$ 10,0		14,9 $\pm$ 10,4	
Abhängigkeitsdauer in Jahren bei Patienten mit mind. einer stationären Entwöhnungsbehandlung	N = 668		N = 263		N = 913	
(Mittelwert $\pm$ Standardabweichung)	20,4 $\pm$ 11,5		17,7 $\pm$ 11,1		19,7 $\pm$ 11,4	

fahrung im Vorfeld demgegenüber mit durchschnittlich 5,3 ($\pm 10,1$) Entzügen deutlich höher. Hier zeigt sich ebenso mit 5,7 ($\pm 10,9$) vs. 4,5 ($\pm 8,0$) „einfachen“ Entzugsbehandlungen ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied.

14,9 ($\pm 10,4$) 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 Entwöhnungsbehandlung mit 15,5 ($\pm 10,6$) Jahren deutlich von den Frauen mit 13,3 ($\pm 10,0$) Jahren. Die durchschnittlichen Abhän-

gigkeitsdauern bei stationären Therapie-wiederholern liegen mit 19,7 ($\pm 11,4$) Jahren für alle und 20,4 ($\pm 11,5$) Jahre bei Männern vs. 17,7 ($\pm 11,1$) 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 Kerndatensatzes angegeben.

Tabelle 17: Art der Beendigung

Art der Beendigung	Männer		Frauen		Gesamt	
regulär nach Beratung/ Behandlungsplan	5.987	64,5%	2.427	65,3%	8.414	64,7%
vorzeitig auf ärztliche/ therapeutische Veranlassung	628	6,8%	234	6,3%	862	6,6%
vorzeitig mit ärztlichem/ therapeutischem Einverständnis	419	4,5%	188	5,1%	607	4,7%
vorzeitig ohne ärztliches/ therapeutisches Einver- ständnis/Abbruch durch Klienten	1.175	12,7%	462	12,4%	1.637	12,6%
disziplinarisch	216	2,3%	56	1,5%	272	2,1%
außerplanmäßige Verlegung/ außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	118	1,3%	50	1,3%	168	1,3%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	733	7,9%	302	8,1%	1.035	8,0%
verstorben	4	0,0%	0	0,0%	4	0,0%
Zusammen	9.280	100,0%	3.719	100,0%	12.999	100,0%
keine Daten	5	0,1%	2	0,1%	7	0,1%
planmäßige Entlassungen	7.767	83,7%	3.151	84,7%	10.918	84,0%

Die Kodierungen zur Entlassungsform ergeben eine Quote von 64,7% regulärer Entlassungen, wobei Frauen mit 65,3% eine geringfügig höhere Quote regulärer Entlassungen aufweisen als Männer mit 64,5%. Weitere Entlassungsformen sind: „vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung“ bzw. „vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis“ mit 6,6% bzw. 4,7% aller Patienten (6,8% vs. 6,3% bzw. 4,5% vs. 5,1%), „vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis“ mit 12,6% (12,7% vs. 12,4%), „disziplinarisch“ mit 2,1% (2,3% vs. 1,5%), „außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung“ mit 1,3% (1,3% vs. 1,3%), „planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform“ mit 8,0% (7,9% vs. 8,1%) und „verstorben“ mit vier Männern. Bei sieben 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 84,0% (10.918 Patienten) planmäßiger Entlassungen. Frauen wer-

den hierbei häufiger planmäßig entlassen als Männer (84,7% bei Frauen vs. 83,7% bei Männern).

Die Angaben zur **Behandlungsdauer** der Patienten sind Abbildung 4 und Tabelle

Tabelle 18: Behandlungsdauer

Behandlungsdauer	Männer		Frauen		Gesamt	
bis 28 Tage (4 Wochen)	877	9,4%	344	9,2%	1.221	9,4%
bis 42 Tage (6 Wochen)	527	5,7%	231	6,2%	758	5,8%
bis 56 Tage (8 Wochen)	1.199	12,9%	548	14,7%	1.747	13,4%
bis 84 Tage (12 Wochen)	2.028	21,8%	821	22,1%	2.849	21,9%
bis 112 Tage (16 Wochen)	3.331	35,9%	1.306	35,1%	4.637	35,7%
bis 140 Tage (20 Wochen)	863	9,3%	330	8,9%	1.193	9,2%
bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate)	384	4,1%	128	3,4%	512	3,9%
über 6 Monate	76	0,8%	13	0,3%	89	0,7%
Zusammen	9.285	100,0%	3.721	100,0%	13.006	100,0%
Behandlungsdauer in Tagen (Mittelwert ± Standardabweichung)	81,7 ± 37,2		80,2 ± 36,0		81,4 ± 36,9	
Behandlungsdauer in Tagen bei regulärer Entlassung (Mittelwert ± Standardabweichung)	93,4 ± 28,9		91,0 ± 27,6		92,8 ± 28,5	
Behandlungsdauer in Tagen bei planmäßiger Entlassung (Mittelwert ± Standardabweichung)	89,6 ± 32,5		87,2 ± 31,7		88,9 ± 32,3	

18 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 9,4% aller Patienten, eine Behandlungsdauer bis 42 Tage (6 Wochen) wiesen 5,8%, eine Therapiedauer bis 56 Tage (8 Wochen) 13,4% und eine Therapiedauer bis 84 Tage (12 Wochen) 21,9% auf. 35,7% aller Patienten verweilten bis 112 Tage (16 Wochen), weitere 9,2% wurden bis zu 140 Tage (20 Wochen) und 3,9% bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate) behandelt. Über 6 Monate blieben 0,7% aller Patienten in der jeweiligen Fachklinik.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller Patienten betrug 81,4 Tage (± 36,9 Tage), wobei weibliche Patienten mit 80,2 Tage (± 36,0 Tage) eine um 1,5 Tage kürzere durchschnittliche Behandlungsdauer hatten als ihre männlichen Mitpatienten mit 81,7 Tage (± 37,2 Tage).

In Tabelle 18 sind zusätzlich zu den statistischen Maßzahlen der Behandlungsdauer für alle behandelten Patienten auch die entsprechenden Angaben in Bezug

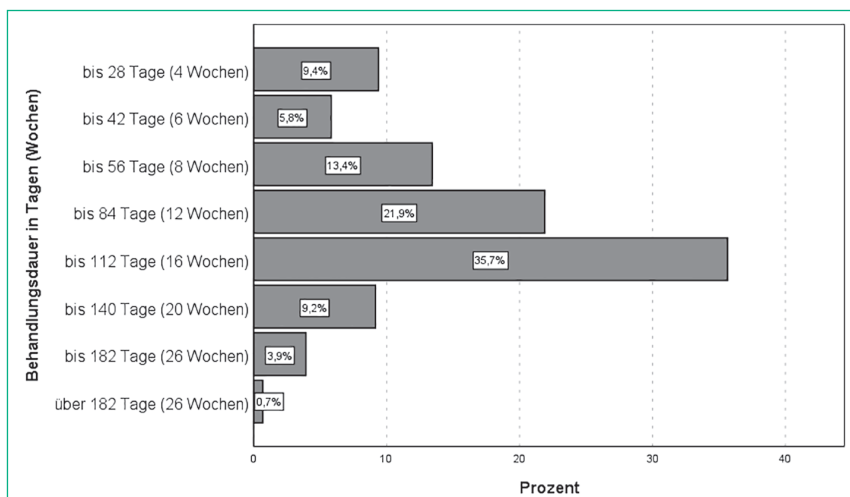


Abbildung 4: Behandlungsdauer

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 92,8 Tage ($\pm 28,5$ Tage), wobei sich die durchschnittlichen Behandlungsdauern von Männern und Frauen moderat um 2,4 Tage, mit $93,4 \pm 28,9$ Tagen vs. $91,0 \pm 27,6$ Tagen, unterscheiden. Die Betrachtung der planmäßig entlassenen Patienten ergibt eine deutlich geringere durchschnittliche Behandlungsdauer von 88,9 Tagen ($\pm 32,3$ Tage). Männer und Frauen unterscheiden sich in der durchschnittlichen Behandlungsdauer ebenfalls um 2,4 Tage mit $89,6 \pm 32,5$ Tage vs. $87,2 \pm 31,7$ Tage. Die Mittelwerte der Behandlungsdauerverteilungen von männlichen und weiblichen Patienten mit regulärer und planmäßiger Entlassung unterscheiden 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 0,7% der Patienten Auszubildende. 36,6% waren als Arbeiter, Angestellte oder Beamte tätig, 1,2% waren Selbständige oder Freiberufler, 0,4% gaben, an sonstige Erwerbspersonen zu sein und weitere 1,1% befanden sich in beruflicher Rehabilitation. 42,4% der Patienten waren arbeitslos, wobei 26,8% arbeitslos nach SGB II (Bezug von Arbeitslosengeld II) und 15,6% arbeitslos nach SGB III (Bezug von Arbeitslosengeld I) waren. Weitere 2,3% waren in Elternzeit bzw. im (längerfristi-

gen) Krankenstand, 0,5% waren Schüler bzw. Studenten, 1,5% waren Hausfrauen bzw. Hausmänner, 10,4% waren Rentner und 2,9% wurden der Kategorie „sonstige Nichterwerbspersonen“ zugeordnet (1,5% mit Bezug von SGB XII-Leistungen und 1,4% ohne entsprechende Leistungen), bei 1,6% aller Patienten wurde „keine Daten“ kodiert.

Tabelle 19: Erwerbsituation der Patienten am Tag nach Behandlungsende

Erwerbsituation am Tag nach Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
Auszubildender	66	0,7%	22	0,6%	88	0,7%
Arbeiter/Angestellter/Beamter	3.375	36,9%	1.310	35,8%	4.685	36,6%
Selbständiger/Freiberufler	117	1,3%	42	1,1%	159	1,2%
sonstige Erwerbspersonen	44	0,5%	4	0,1%	48	0,4%
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	102	1,1%	44	1,2%	146	1,1%
in Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	207	2,3%	83	2,3%	290	2,3%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	1.482	16,2%	510	13,9%	1.992	15,6%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	2.546	27,8%	891	24,4%	3.437	26,8%
Schüler/Student	43	0,5%	27	0,7%	70	0,5%
Hausfrau/Hausmann	48	0,5%	140	3,8%	188	1,5%
Rentner/Pensionär	853	9,3%	479	13,1%	1.332	10,4%
sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	138	1,5%	51	1,4%	189	1,5%
sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	121	1,3%	56	1,5%	177	1,4%
Zusammen	9.142	100,0%	3.659	100,0%	12.801	100,0%
keine Daten	143	1,5%	62	1,7%	205	1,6%

Der Vergleich der Geschlechter ergibt einen deutlichen Unterschied in der Kategorie „Hausfrau, Hausmann“ mit einem Anteil von 3,8% bei Frauen gegenüber nur 0,5% bei Männern. Ebenso zeigen sich in der Kategorie „Rentner/Pensionär“ mit 13,1% ein deutlich höherer Frauenanteil gegenüber 9,3% bei männlichen Patienten. Demgegenüber sind die Kategorien „arbeitslos nach SGB III“ bzw. „arbeitslos nach SGB II“ bei Männern mit 16,2% bzw. 27,8% deutlich häufiger besetzt als bei Frauen mit 13,9% bzw. 24,4%.

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten (81,0%) gab an, am Tag nach Behandlungsende selbständig (eigene oder gemietete Wohnung/Haus) zu wohnen, wobei der Anteil bei den Männern mit 79,4% vs. 85,1% deutlich unter dem der Frauen liegt. Weitere Angaben der Patienten zu ihrer Wohnsituation zum Behandlungsende waren: „bei anderen Personen“ mit 8,1% (8,9% vs. 6,3%), „ambulant betreutes Wohnen“ mit 1,9% (2,0% vs. 1,8%), „(Fach-) Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung“ mit 4,6% (5,0% vs. 3,6%), „Wohnheim/Übergangswohn-

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

Wohnsituation am Tag nach Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
selbständiges Wohnen	6.753	79,4%	2.869	85,1%	9.622	81,0%
bei anderen Personen	754	8,9%	213	6,3%	967	8,1%
ambulant betreutes Wohnen	171	2,0%	59	1,8%	230	1,9%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	424	5,0%	122	3,6%	546	4,6%
Wohnheim/Übergangswohnheim	122	1,4%	33	1,0%	155	1,3%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	11	0,1%	1	0,0%	12	0,1%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	39	0,5%	5	0,1%	44	0,4%
ohne Wohnung	154	1,8%	35	1,0%	189	1,6%
sonstiges	82	1,0%	33	1,0%	115	1,0%
Zusammen	8.510	100,0%	3.370	100,0%	11.880	100,0%
keine Daten	775	8,3%	351	9,4%	1.126	8,7%

Tabelle 21: Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende – Datenbasis 27 von 30 Einrichtungen

Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
arbeitsfähig	5.978	69,8%	2.114	61,3%	8.092	67,4%
arbeitsunfähig	1.881	22,0%	950	27,5%	2.831	23,6%
Hausfrau / Hausmann	2	0,0%	22	0,6%	24	0,2%
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben	126	1,5%	56	1,6%	182	1,5%
Beurteilung nicht erforderlich (Altersrentner)	575	6,7%	307	8,9%	882	7,3%
Zusammen	8.562	100,0%	3.449	100,0%	12.011	100,0%
keine Daten	172	2,0%	57	1,6%	229	1,9%

Tabelle 22: Leistungsfähigkeit bei Behandlungsende – Datenbasis 27 von 30 Einrichtungen

Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
6 Stunden und mehr	6.321	74,2%	2.354	68,4%	8.675	72,5%
3 bis unter 6 Stunden	165	1,9%	117	3,4%	282	2,4%
unter 3 Stunden	1.363	16,0%	613	17,8%	1.976	16,5%
keine Angabe erforderlich	671	7,9%	357	10,4%	1.028	8,6%
Zusammen	8.520	100,0%	3.441	100,0%	11.961	100,0%
keine Daten	215	2,5%	66	1,9%	281	2,3%

Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
6 Stunden und mehr	7.075	83,1%	2.630	76,5%	9.705	81,2%
3 bis unter 6 Stunden	199	2,3%	143	4,2%	342	2,9%
unter 3 Stunden	577	6,8%	321	9,3%	898	7,5%
keine Angabe erforderlich	659	7,7%	345	10,0%	1.004	8,4%
Zusammen	8.510	100,0%	3.439	100,0%	11.949	100,0%
keine Daten	225	2,6%	68	1,9%	293	2,4%

heim“ mit 1,3% (1,4% vs. 1,0%), „JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung“ mit 0,1% (0,1% vs. 0,0%), „Notunterkunft, Übernachtungsstelle“ mit 0,4% (0,5% vs. 0,1%), „ohne Wohnung“ mit 1,6% (1,8% vs. 1,0%) und „sonstiges“ mit 1,0% (1,0% vs. 1,0%). Bei 8,7% 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 27 der 30 Einrichtungen mit einer Stichprobengröße von N = 12.011.

Am Behandlungsende wurden 67,4% (69,8% Männer vs. 61,3% Frauen) arbeitsfähig entlassen und 23,6% (22,0% vs. 27,5%) als arbeitsunfähig. Bei 7,3% der Patienten (6,7% vs. 8,9%) war eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht erforderlich und bei weiteren 0,2% (0,0% vs. 0,6%) wurde die Kategorie Hausfrau/Hausmann kodiert. Die Kodierung „Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben“ wurde bei 1,5% der Patienten (1,5% vs. 1,6%) verwendet. Überdies waren bei 1,9% 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 27 der 30 Einrichtungen (Stichprobengröße bei Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bzw. allgemein bei Behandlungsende N = 11.961 bzw. N = 11.949).

Bezogen auf die **Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende** wurden 72,5% (74,2% Männer vs. 68,4% Frauen) mit einer Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“ entlassen. Weitere 2,4% (1,9% vs. 3,4%) hatten eine Leistungsfähigkeit von „3 bis unter 6 Stunden“ und 16,5% (16,0% vs. 17,8%) „unter 3 Stunden“. Bei 8,6% der Patienten (7,9% vs. 10,4%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 2,3% aller Patienten fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

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	5.078	93,9%	156	3,0%	18	0,9%	10	7,6%	5.262	41,2%
arbeitslos	275	5,1%	5.078	96,3%	56	2,8%	8	6,1%	5.417	42,4%
nicht erwerbstätig	32	0,6%	26	0,5%	1.890	96,2%	1	0,8%	1.949	15,3%
berufliche Rehabilitation	22	0,4%	11	0,2%	1	0,1%	112	85,5%	146	1,1%
Zusammen	5.407	100,0%	5.271	100,0%	1.965	100,0%	131	100,0%	12.774	100,0%

Die Betrachtung der **Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende** zeigt ein noch besseres Ergebnis mit einem Anteil von 81,2% (83,1% Männer vs. 76,5% Frauen) in der Kategorie Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“. Weitere 2,9% (2,3% vs. 4,2%) hatten eine Leistungsfähigkeit von „3 bis unter 6 Stunden“ und 7,5% (6,8% vs. 9,3%) „unter 3 Stunden“. Bei 8,4% der Patienten (7,7% vs. 10,0%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 2,4% aller Patienten fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

2.6. Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019

Im Folgenden werden ausgewählte Variablen der Basisdokumentation 2019 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 Stichproben. 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 41,2% der Patienten einen Arbeitsplatz, 42,4% waren arbeitslos, 15,3% nicht erwerbstätig und 1,1% befanden sich in beruflicher Rehabilitation. Von den 5.407 Patienten, bei denen zum Betreuungsbeginn in der Kategorie „Arbeitsplatz vorhanden“ kodiert wurde, hatten zum Ende der Betreuung 93,9% noch einen Arbeitsplatz, 5,1% waren arbeitslos, 0,6% nicht erwerbstätig und 0,4% in beruflicher Rehabilitation. 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“ (5.271 Patienten) hatten zum Ende der Betreuung 3,0% wieder einen Arbeitsplatz, 96,3% waren weiterhin arbeitslos, 0,5% 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 1.965 nicht erwerbstätigen Patienten hatten 0,9% zum Behandlungsende einen Arbeitsplatz, 2,8% waren arbeitslos und 96,2% waren weiterhin nicht erwerbstätig.

Für die Kategorie „berufliche Rehabilitation“ wurden zum Behandlungsende zehn (7,6%) Patienten mit „Arbeitsplatz vorhanden“ kodiert, acht (6,1%) als arbeitslos, ein Patient als nicht erwerbstätig und 112 (85,5%) 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 Ausprä-

gungen „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% arbeitsunfähig³. Von den 5.832 Patienten, die zum Betreuungsbeginn in der Kategorie „arbeitsunfähig“ kodiert wurden, waren zum Ende der Therapie 65,5% wieder arbeitsfähig und 34,5% waren weiterhin arbeitsunfähig. In der Kategorie „arbeitsfähig zu Betreuungsbeginn“ mit 4.609 Patienten, waren zum Ende der Betreuung 86,1% weiterhin arbeitsfähig und 13,9% 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.

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.

Tabelle 24: Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsbeginn und Behandlungsende – Datenbasis 27 von 30 Einrichtungen

Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende	Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsbeginn					
	arbeitsfähig		arbeitsunfähig		Gesamt	
arbeitsfähig	3.968	86,1%	3.821	65,5%	7.789	74,6%
arbeitsunfähig	641	13,9%	2.011	34,5%	2.652	25,4%
Zusammen	4.609	100,0%	5.832	100,0%	10.441	100,0%

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 (Essstörungen), F55 (Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen) und F63.0 (Pathologisches Spielen) nicht berücksichtigt.

47,3% aller Patienten haben neben der Hauptdiagnose keine zusätzliche psychische Diagnose (F-Diagnose), wobei ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied mit 52,4% bei Männern vs. 34,6% bei Frauen vorhanden ist. D.h. 47,6% der Männer und 65,4% der Frauen haben neben der Hauptdiagnose mindestens eine Diagnose zur psychischen Komorbidität. 35,3% aller Patienten (33,4% vs. 39,9%) hatten eine, 13,2% (11,0% vs. 18,6%) zwei, 3,5% (2,6% vs. 5,7%) drei und 0,7% (0,6% vs. 1,3%) 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 nach den drei Diagnosegruppierungen**. 36,5% aller Patienten haben mindestens eine Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen, 6,1% aus dem Bereich der Angststörungen und 9,6% 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 4.749 Patienten aus Tabelle 26 mit mind. einer Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen liegt der Anteil bezogen auf alle Männer der Stichprobe bei 32,3% vs. 47,0% bezogen auf alle Frauen der Stichprobe. Für die 796 Patienten mit mind. einer Angststörung liegen die Anteile bei 5,4% vs. 8,0% und für die 1.243 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bei 7,4% vs. 15,0%.

Der Zusammenhang von **psychischer Komorbidität, Behandlungsdauer und**

Tabelle 25: Psychische Komorbidität: Allgemeine Übersicht

Psychische Komorbidität F0 bis F9 ohne F1, F50, F55, F63.0	Männer		Frauen		Gesamt	
Keine F-Diagnose	4.868	52,4%	1.287	34,6%	6.155	47,3%
Eine F-Diagnose	3.104	33,4%	1.485	39,9%	4.589	35,3%
Zwei F-Diagnosen	1.021	11,0%	691	18,6%	1.712	13,2%
Drei F-Diagnosen	244	2,6%	212	5,7%	456	3,5%
Vier F-Diagnosen	42	0,5%	40	1,1%	82	0,6%
Fünf F-Diagnosen	6	0,1%	4	0,1%	10	0,1%
Sechs F-Diagnosen	0	0,0%	2	0,1%	2	0,0%
Gesamt	9.285	100,0%	3.721	100,0%	13.006	100,0%

Tabelle 26: Psychische Komorbidität: Differenzierung der Diagnose

	Depression F32, F33, F34.1		Angststörung F40, F41		Persönlichkeits- störung F60, F61	
keine F-Diagnose	8.257	63,5%	12.210	93,9%	11.763	90,4%
mind. eine Diagnose	4.749	36,5%	796	6,1%	1.243	9,6%
Gesamt	13.006	100,0%	13.006	100,0%	13.006	100,0%

Tabelle 27: Psychische Komorbidität: Differenzierung der Diagnose nach Geschlecht

Mindestens eine Diagnose	Depression F32, F33, F34.1		Angststörung F40, F41		Persönlichkeits- störung F60, F61	
Anteil bei Männern	3.000	32,3%	497	5,4%	684	7,4%
Gesamt N Männer	9.285	100,0%	9.285	100,0%	9.285	100,0%
Anteil bei Frauen	1.749	47,0%	299	8,0%	559	15,0%
Gesamt N bei Frauen	3.721	100,0%	3.721	100,0%	3.721	100,0%

Tabelle 28: Psychische Komorbidität: Behandlungsdauer in Tagen

Behandlungsdauer in Tagen	Art der Therapiebeendigung		
	Alle Entlassungen N = 13.006	Reguläre Entlassungen N = 8.414	Planmäßige Entlassungen N = 10.918
keine F-Diagnose	79,2 Tage	90,7 Tage	87,2 Tage
eine F-Diagnose	81,7 Tage	93,1 Tage	89,1 Tage
zwei F-Diagnosen	85,1 Tage	97,4 Tage	92,7 Tage
drei F-Diagnosen	89,7 Tage	101,2 Tage	96,8 Tage
mehr als drei F-Diagnosen	84,6 Tage	92,1 Tage	89,4 Tage
Gesamt	81,3 Tage	92,8 Tage	88,9 Tage

Art der Therapiebeendigung ist in den Tabellen 28 und 29 dargestellt.

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 = 13.006 Patienten liegt die mittlere Behandlungsdauer

bei 81,3 Tagen, bei regulären Entlassungen mit N = 8.414 bei 92,8 Tagen und bei planmäßigen Entlassungen mit N = 10.918 bei 88,9 Tagen. Bei regulären Entlassungen zeigt sich für die Fälle ohne psychische Diagnose neben der Hauptdiagnose eine mittlere Behandlungsdauer von 90,7 Tagen. Die mittlere Behandlungsdauer steigt bei einer psychischen Diagnose mit 93,1 Tagen kontinuierlich

auf 101,2 Tage bei drei psychischen Diagnosen an, um bei mehr als drei psychischen Diagnosen wieder auf 92,1 Tage zu sinken. Für alle Entlassungen und bei planmäßigen Entlassungen zeigt sich ein ähnlicher kontinuierlicher Anstieg in der mittleren Behandlungsdauer mit 79,2 Tagen und 87,2 Tagen ohne psychische Diagnose, 81,7 Tagen und 89,1 Tagen bei einer psychischen Diagnose auf 89,7 Tagen und 96,8 Tagen bei drei psychischen Diagnosen sowie ein Abfall auf 84,6 Tage und 89,4 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, mit Ausnahme der Angststörungen bei allen Entlassungen, 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 84,2 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 98,9 Tagen ebenso die längste mittlere Behandlungsdauer, gefolgt von Patienten mit mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Angststörungen mit 94,6 Tagen. Bei Betrachtung der planmäßigen Entlassungen ergibt sich ein ähnliches Bild mit mittleren Behandlungsdauern von 94,3 Tagen bei Patienten mit mind. einer Persönlichkeitsstörung und 89,9 Tagen bei Patienten mit mind. einer Depressionsdiagnose.

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

Patienten ohne psychischer Komorbidität beenden prozentual häufiger die Therapie regulär im Vergleich zu Patienten mit psychischer Diagnose (66,0% vs. 63,5%). Dagegen beenden Patienten mit einer psychischen Diagnose mit 84,1%

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

Behandlungsdauer in Tagen	Art der Therapiebeendigung		
	Alle Entlassungen N = 13.006	Reguläre Entlassungen N = 8.414	Planmäßige Entlassungen N = 10.918
Depression			
keine Diagnose	79,9 Tage	92,2 Tage	88,3 Tage
mind. eine F-Diagnose	83,6 Tage	93,6 Tage	89,9 Tage
Angststörungen			
keine Diagnose	81,3 Tage	92,6 Tage	88,9 Tage
mind. eine F-Diagnose	81,3 Tage	94,6 Tage	89,5 Tage
Persönlichkeitsstörungen			
keine Diagnose	81,0 Tage	92,2 Tage	88,4 Tage
mind. eine F-Diagnose	84,2 Tage	98,9 Tage	94,3 Tage
Gesamt	81,3 Tage	92,8 Tage	88,9 Tage

Tabelle 30: Psychische Komorbidität: Art der Therapiebeendigung

Art der Therapiebeendigung	keine F-Diagnose N = 6.155	mind. eine F-Diagnose N = 6.851	Depression (≥ 1) N = 4.749	Angststörung (≥ 1) N = 796	Persönlichkeitsstörung (≥ 1) N = 1.243
regulär nach Beratung/Behandlungsplan	66,0%	63,5%	67,2%	63,7%	53,5%
vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung	5,5%	7,7%	6,7%	6,5%	11,0%
vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis	4,6%	4,7%	4,3%	5,3%	4,8%
vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch Klienten	13,0%	12,2%	10,7%	15,2%	15,2%
disziplinarisch	2,1%	2,1%	1,6%	0,9%	4,6%
außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1,0%	1,6%	1,5%	1,9%	1,4%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	7,7%	8,2%	7,9%	6,5%	9,4%
verstorben	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
planmäßige Entlassung	83,8%	84,1%	86,1%	82,0%	78,8%

häufiger die Therapie planmäßig im Vergleich zu Patienten ohne psychische Komorbidität 83,8%.

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 67,2% bzw. 86,1%, gefolgt von 63,7% bzw. 82,0% bei mind. einer Angstdiagnose und 53,5% bzw. 78,8% bei mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen.

Tabelle 31 stellt die **Arbeitsfähigkeit und die Leistungsfähigkeit bei Thera-**

Tabelle 31: Psychische Komorbidität: Arbeitsfähigkeit (nur Kategorien arbeitsfähig und arbeitsunfähig) – Datenbasis 27 von 30 Einrichtungen und Leistungsfähigkeit (nur Kategorien 6 Stunden und mehr, 3 bis unter 6 Stunden und unter 3 Stunden) bei Therapiebeendigung – Datenbasis 27 von 30 Einrichtungen

Psychische Komorbidität	keine F-Diagnose	mind. eine F-Diagnose	Depression (≥ 1)	Angststörung (≥ 1)	Persönlichkeitsstörung (≥ 1)
Arbeitsfähigkeit	N = 5.225	N = 5.698	N = 3.978	N = 672	N = 1.095
arbeitsfähig	81,8%	67,0%	65,6%	66,7%	67,2%
arbeitsunfähig	18,2%	33,0%	34,4%	33,3%	25,9%
Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende	N = 5.243	N = 5.690	N = 3.964	N = 678	N = 1.093
6 Stunden und mehr	85,7%	73,5%	73,4%	72,4%	71,6%
weniger als 6 Stunden	14,3%	26,5%	26,6%	27,6%	28,4%
Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende	N = 5.246	N = 5.699	N = 3.966	N = 682	N = 1.095
6 Stunden und mehr	93,3%	84,4%	84,4%	84,5%	84,3%
weniger als 6 Stunden	6,7%	15,6%	15,6%	15,5%	15,7%

Diagnose aus dem Umfeld der Persönlichkeitsstörungen mit 71,6%, gefolgt von Patienten mit mind. einer Angststörung mit 72,4% und Patienten mit mind. einer Depressionsdiagnose mit 73,4%. Bei der Leistungsfähigkeit allgemein haben Patienten mit mind. einer Persönlichkeitsstörung mit 84,3% die geringsten Quoten in der Kategorie „6 Stunden und mehr“ gefolgt von Patienten mit mind. einer Depressionsdiagnose mit 84,4% und Patienten mit mind. einer Angststörung mit 84,5%.

2.8. Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019

In Tabelle 32 und 33 ist eine altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019 des Fachverbandes Sucht e.V. dargestellt. Zur einfacheren Betrachtung sind dabei jeweils Item-bezogen die Datensätze um die unterschiedlichen „Missing-Data“ be-

pieende im Zusammenhang mit der der psychischen Komorbidität sowie den Diagnosegruppierungen dar.

Der höchste Anteil an arbeitsfähig entlassenen Patienten mit 81,8% zeigt sich bei Patienten ohne psychische Komorbidität. Patienten mit mind. einer psychischen Diagnose werden im weitaus geringeren Umfang mit 67,0% 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 67,2%, gefolgt von 66,7% bei mind. einer Angstdiagnose und 65,6% bei mind. einer Depressionsdiagnose.

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 85,7% bzw. 93,3% bei Patienten ohne psychische Komorbidität. Patienten mit mind. einer psychischen Diagnose weisen weitaus geringere Quoten mit 73,5% (Leistungsfähigkeit im letzten Beruf) und 84,4% (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

Tabelle 32: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Altersgruppen			
	bis unter 30 Jahre	30 bis unter 55 Jahre	55 Jahre und älter	Gesamt
Geschlecht	N = 1.217	N = 8.232	N = 3.557	N = 13.006
männlich	74,4%	71,9%	69,1%	71,4%
weiblich	25,6%	28,1%	30,9%	28,6%
Partnerbeziehung	N = 1.122	N = 7.732	N = 3.367	N = 12.221
in Partnerschaft lebend	31,9%	45,8%	54,0%	46,8%
nicht in Partnerschaft lebend	68,1%	54,2%	46,0%	53,2%
Schulabschluss	N = 1.130	N = 7.992	N = 3.445	N = 12.476
derzeit in Schulausbildung	0,6%	0,0%	0,1%	0,1%
ohne Schulabschluss	10,6%	4,8%	3,2%	4,9%
Haupt-/Volksschulabschluss	36,9%	36,8%	34,2%	36,1%
Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	33,0%	37,5%	39,0%	37,5%
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	16,7%	19,1%	22,4%	19,8%
anderer Schulabschluss	2,2%	1,7%	1,2%	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%

reingt. Als Stichprobe zur Berechnung wurden die Daten aller 30 Einrichtungen mit N = 13.006 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 74,4% in der Altersgruppe bis unter 30 Jahren, über 71,9% in der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre auf 69,1% 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 31,9% bei Patienten bis unter 30 Jahren über 45,8% bei den 30- bis unter 55-Jährigen auf 54,0% der Patienten mit einem Alter von 55 Jahren und älter.
- **Schulabschluss:** 10,6% 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 jedoch nur 4,8% und 3,2%. Nur 16,7% der Patienten in der Altersgruppe unter 30 Jahren haben die Fachhochschul- bzw. Hochschulreife bzw. das Abitur, gegenüber 19,1% in der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre und 22,4% in der Altersgruppe 55 Jahre und älter.
- **Erwerbstätigkeit am Tag vor dem Betreuungsbeginn:** In der Altersgruppe der 30- bis 55- Jährigen Patienten haben 43,8% der Patienten einen Arbeitsplatz, 46,5% sind arbeitslos und 8,6% nicht erwerbstätig. Demgegenüber haben nur 30,2% der bis 30-jährigen Patienten einen Arbeitsplatz, 55,6% sind arbeitslos und 13,2% nicht erwerbstätig. In der Altersgruppe der Patienten mit 55 Jahren und älter hingegen ist der relative Anteil der nicht Erwerbstätigen mit 32,0% sehr hoch. Weitere 42,7% haben einen Arbeitsplatz und 24,5% sind arbeitslos.

noch Tabelle 32: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019 (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 = 1.189	N = 8.116	N = 3.496	N = 12.801
Arbeitsplatz vorhanden	29,3%	42,6%	41,8%	41,2%
arbeitslos	57,6%	47,6%	25,1%	42,4%
nicht erwerbstätig	12,3%	8,4%	32,2%	15,3%
in beruflicher Rehabilitation	0,8%	1,3%	0,9%	1,1%
Vermittelt durch	N = 1.193	N = 8.078	N = 3.493	N = 12.764
Keine / Selbstmelder	4,7%	5,9%	5,2%	5,6%
soziales Umfeld	1,3%	1,0%	1,1%	1,1%
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	1,0%	1,4%	1,8%	1,4%
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	1,5%	2,3%	3,7%	2,6%
ambulante Suchthilfe-einrichtung	42,2%	47,8%	49,5%	47,7%
allgemeines Krankenhaus und Einrichtungen der Akutbehandlung	4,9%	8,3%	9,4%	8,3%
psychiatrisches Krankenhaus	20,3%	19,1%	17,5%	18,7%
stationäre Suchthilfe-einrichtung (Rehabilitation, Adaption)	1,0%	1,2%	1,0%	1,1%
andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-/Familien-/Erziehungsberatung, sozial-psychiatrischer Dienst)	2,7%	3,0%	3,3%	3,1%
Kosten-/Leistungsträger	13,7%	6,4%	4,9%	6,7%
sonstige	6,7%	3,6%	2,6%	3,6%
Leistungsträger	N = 1.173	N = 7.947	N = 3.475	N = 12.595
Rentenversicherung	72,7%	90,1%	72,7%	83,7%
Krankenversicherung	24,5%	8,6%	24,6%	14,5%
Selbstzahler	0,7%	0,5%	1,8%	0,8%
sonstige Leistungsträger	2,1%	0,8%	0,9%	1,0%

- **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 Suchthilfe-einrichtung mit Anteilen von 42,2% in der Altersgruppe bis unter 30 Jahre, 47,8% für Patienten mit einem Alter von 30 bis

unter 55 Jahre und 49,5% für Patienten ab 55 Jahren. Psychiatrische Krankenhäuser vermitteln 20,3%, 19,1% und 17,5% der Patienten, allgemeine Krankenhäuser bzw. Einrichtungen der Akutbehandlung 4,9%, 8,3% und 9,4%. Der relative Anteil an Patienten die über einen Leistungsträger in die Therapie vermittelt werden liegt in der Altersgruppe der unter 30-Jährigen bei 13,7% gegenüber 6,4% der 30- bis unter 55-Jährigen und 4,9% der Patienten mit 55 Jahren und älter.

- **Leistungsträger:** Die Verteilung der Leistungsträger unterscheidet sich

Tabelle 33: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019 (Fortsetzung) (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Altersgruppen			
	bis unter 30 Jahre	30 bis unter 55 Jahre	55 Jahre und älter	Gesamt
Hauptdiagnose	N = 1.217	N = 8.232	N = 3.557	N = 13.006
Störungen durch Alkohol F10.X	60,9%	89,9%	97,2%	89,2%
Störungen durch Cannabinoide F12.X	21,2%	3,0%	0,2%	3,9%
Störungen durch sonstige Stimulantien F15.X	8,2%	1,7%	0,0%	1,8%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen F19.X	5,6%	2,4%	0,1%	2,1%
sonstige F1X.X Diagnosen	3,9%	2,8%	2,1%	2,7%
sonstige Diagnosen	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%
Weitere Suchtdiagnosen	N = 1.217	N = 8.232	N = 3.557	N = 13.006
Durchschnittliche Anzahl weiterer Suchtdiagnosen pro Patient	1,24	0,57	0,17	0,53
Psychische Komorbidität	N = 1.217	N = 8.232	N = 3.557	N = 13.006
durchschnittliche Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient	0,79	0,77	0,69	0,75
Somatische Komorbidität	N = 1.217	N = 8.232	N = 3.557	N = 13.006
durchschnittliche Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient	0,84	1,96	2,89	2,11
Abhängigkeitsdauer in Jahren	N = 954	N = 6.003	N = 2.546	N = 9.503
Mittelwert ± Standardabweichung	7,0 ± 4,6	14,9 ± 9,4	20,1 ± 13,3	15,5 ± 10,9
Anzahl der Entzugsbehandlungen	N = 764	N = 5.697	N = 2.456	N = 8.917
Mittelwert ± Standardabweichung	2,6 ± 5,3	4,0 ± 8,0	3,6 ± 7,5	3,8 ± 7,7
Anzahl der stationären Entwöhnungsbehandlungen	N = 378	N = 2.841	N = 1.233	N = 4.452
Mindestens eine stationäre Entwöhnung	21,7%	33,4%	31,5%	31,9%
Behandlungsdauer in Tagen	N = 1.217	N = 8.232	N = 3.557	N = 13.006
Mittelwert ± Standardabweichung	85,8 ± 51,7	82,6 ± 36,4	76,6 ± 30,8	81,4 ± 36,9
Behandlungsdauer in Tagen bei regulärer Entlassung	N = 552	N = 5.213	N = 2.649	N = 8.414
Mittelwert ± Standardabweichung	111,1 ± 38,9	94,6 ± 27,7	85,2 ± 24,9	92,8 ± 28,5

deutlich bei Betrachtung der drei Altersgruppen mit Anteilen von 72,7%, 90,1% und 72,7% bei der Rentenversicherung, 24,5%, 8,6% und 24,6% bei der Krankenversicherung, 0,7%, 0,5% und 1,8% Selbstzahler und 2,1%, 0,8% und 0,9% 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 97,2% beinahe die alleinige Hauptdiagnose. Weitere psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (außer Störungen durch Alkohol) haben zusammengefasst einen Anteil von 2,4% in dieser Altersgruppe. Dagegen haben nur 60,9% der bis unter 30 Jahre alten Patienten die Hauptdiagnose Störung durch Alkohol. Weitere 21,2% der Patienten mit einem Alter bis unter 30 Jahre haben die Hauptdiagnose Störungen durch Cannabinoide, 8,2% Störungen durch sonstige Stimulantien, 5,6% Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen, und 3,9% sonstige psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Bei Patienten der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre haben 89,9% die Hauptdiagnose Störungen durch Alkohol, 3,0% Störungen durch Cannabinoide, 1,7% Störungen durch sonstige Stimulantien, 2,4% Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen und zusammengefasst 2,8% sonstige psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.
- **Weitere Suchtdiagnosen:** In der Gruppe der bis 30-jährigen Patienten hat durchschnittlich jeder Patient neben der Hauptdiagnose 1,24 weitere Nebendiagnosen aus dem Suchtspektrum. Für die 30 bis unter 55-jährigen Patienten liegt die durchschnittliche Anzahl an Nebendiagnosen aus dem Suchtspektrum bei 0,57 und für Patienten mit einem Alter von 55 Jahren und älter bei durchschnittlich 0,17.
- **Psychische Komorbidität:** Die psychische Komorbidität liegt bei den bis unter 30-Jährigen bei durchschnittlich 0,79 psychischen Diagnosen, bei den 30- bis unter 55-jährigen Patienten bei durchschnittlich 0,77 psychischen Diagnosen, gefolgt von 0,69 psychischen Diagnosen bei Patienten ab 55 Jahren.

noch Tabelle 33: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019 (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 = 898	N = 6.883	N = 3.137	N = 10.918
Mittelwert ± Standardabweichung	102,7 ± 38,9	90,4 ± 31,6	81,9 ± 27,1	88,9 ± 32,3
Art der Behandlungsbeendigung	N = 1.216	N = 8.229	N = 3.554	N = 12.999
Anteil mit regulärer Entlassung	45,4%	63,3%	74,5%	64,7%
Anteil mit planmäßiger Entlassung	73,8%	83,6%	88,3%	84,0%
Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende	N = 1.092	N = 7.613	N = 3.306	N = 12.011
arbeitsfähig	81,9%	73,3%	49,0%	67,4%
arbeitsunfähig	15,7%	23,4%	26,6%	23,6%
Beurteilung nicht erforderlich	0,7%	2,2%	21,4%	7,3%
sonstige (Hausfrau / Hausmann, Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen)	1,7%	1,1%	3,0%	1,7%
Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende	N = 1.122	N = 7.586	N = 3.253	N = 11.961
6 Stunden und mehr	83,8%	78,9%	53,8%	72,5%
weniger als 6 Stunden	10,8%	18,1%	23,6%	18,9%
keine Angabe erforderlich	5,4%	3,0%	22,6%	8,6%
Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende	N = 1.122	N = 7.572	N = 3.255	N = 11.849
6 Stunden und mehr	89,9%	88,2%	61,9%	81,2%
weniger als 6 Stunden	5,5%	8,8%	15,7%	10,4%
keine Angabe erforderlich	4,5%	2,9%	22,5%	8,4%

- **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 2,89 somatischen Diagnosen. Die durchschnittliche Anzahl somatischer Diagnosen verringert sich auf 1,96 bzw. 0,84 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 7,0 Jahre abhängig. Bei Patienten der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre zeigt sich eine um durch-

schnittlich 7,9 Jahre längere Abhängigkeitsdauer von 14,9 Jahren. Die längste Abhängigkeitsdauer zeigt sich bei Patienten im Alter von 55 Jahren und älter mit durchschnittlich 20,1 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 4,0 Entzugsbehandlungen. Durchschnittlich 3,6 Entzugsbehandlungen können Patienten im Alter von 55 Jahren und älter vorweisen, nur 2,6 Entzugsbehandlungen hingegen Patienten im Alter bis unter 30 Jahre.

- **Anzahl der stationären Entwöhnungen:** Über ein Drittel der Patienten der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre (33,4%) haben stationäre Therapieerfahrung. Bei Patienten der Altersgruppe 55 Jahre und älter liegt dieser Anteil bei 31,5%. Dahingegen haben nur 21,7% 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 85,8 Tagen. Bei Patienten mit einem Alter zwischen 30 und bis unter 55 Jahren ergibt sich eine um durchschnittlich 3,2 Tage kürzere Behandlungsdauer von 82,6 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 111,1 Tagen bzw. 102,7 Tagen, gefolgt von 94,6 bzw. 90,4 Tagen bei 30- bis unter 55-Jährigen Patienten und 85,2 Tagen bzw. 81,9 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 74,5% bzw. 88,3% häufiger regulär bzw. planmäßig die Behandlung. Für die Altersgruppen 30 bis unter 55 Jahre und bis unter 30 Jahre liegen die Quoten bei 63,3% bzw. 83,6% und 45,4% bzw. 73,8%.
- **Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende:** Patienten der Altersgruppen 55 Jahre und älter werden am häufigsten mit einem Anteil von 26,6% als arbeitsunfähig entlassen, gefolgt von den 30 bis 55 Jahre alten Patienten mit 23,4% im Vergleich zu nur 15,7% 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 81,9%, gefolgt von 73,3% bei den 30-bis unter 55-Jährigen und 49,0% 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 21,4% 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 83,8% gefolgt von 78,9% bei den 30-bis unter 55-Jährigen und 53,8% 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 22,6% im Vergleich zu 5,4% und 3,0% in den anderen beiden Alterskategorien gesehen werden.
- **Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende:** Die Daten zur Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende 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 2019 mit der Basisdokumentation 2018

Tabelle 34 und Tabelle 35 geben einen Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2019 des Fachverbandes Sucht e. V. mit der Basisdokumentation des Jahres 2018 (Fachverband Sucht e.V., 2019). Dabei sind jeweils Item-bezogen die Datensätze um die unterschiedlichen „Missing-Data“ bereinigt.

Ein Abgleich der Datensätze ergibt zusammenfassend folgende Ergebnisse (in Klammern jeweils die Angaben für 2018):

- 71,4% (71,6%) der Patienten sind männlichen, 28,6% (28,4%) weiblichen **Geschlechtes**; der Anteil der männlichen Patienten hat gegenüber dem Vorjahr um 0,2 Prozentpunkte abgenommen.
- Das durchschnittliche **Alter** der Patienten bei Behandlungsbeginn erhöhte sich um 0,3 Jahre von 45,9 Jahre 2018 auf 46,2 Jahre in 2019.
- Der Anteil von in **Partnerschaft** lebenden Patienten verringerte sich um 1,1 Prozentpunkte von 47,7% in 2018 auf 46,8% in 2019.
- Im Dokumentationsjahr 2019 fanden sich 5,0% der Patienten (4,9%) ohne **Schulabschluss**, 36,1% (36,1%) verfüg-

Tabelle 34: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2019 mit der Basisdokumentation 2018 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdokumentation 2019	Basisdokumentation 2018
Geschlecht	N = 13.006	N = 12.988
männlich	71,4%	71,6%
weiblich	28,6%	28,4%
Alter	N = 13.006	N = 12.988
Mittelwert ± Standardabweichung	46,2 ± 11,8 Jahre	45,9 ± 11,8 Jahre
Partnerbeziehung	N = 12.221	N = 11.934
in Partnerschaft lebend	46,8%	47,7%
nicht in Partnerschaft lebend	53,2%	52,3%
Schulabschluss	N = 12.476	N = 12.325
ohne Schulabschluss	5,0%	4,9%
Haupt-/Volksschulabschluss	36,1%	36,1%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	37,5%	38,3%
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	19,8%	19,1%
anderer Schulabschluss	1,6%	1,6%
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	N = 12.873	N = 12.831
Arbeitsplatz vorhanden	42,2%	41,1%
arbeitslos	41,3%	43,0%
nicht erwerbstätig	15,5%	15,4%
in beruflicher Rehabilitation	1,0%	0,6%
Erwerbssituation am Tag nach Behandlungsende	N = 12.801	N = 12.726
Arbeitsplatz vorhanden	41,2%	39,7%
arbeitslos	42,4%	44,5%
nicht erwerbstätig	15,3%	15,2%
in beruflicher Rehabilitation	1,1%	0,6%

Tabelle 35: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2019 mit der Basisdokumentation 2018 (Fortsetzung) (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdokumentation 2019	Basisdokumentation 2018
Vermittelt durch	N = 12.764	N = 12.770
ambulante Suchthilfeeinrichtung	47,7%	49,3%
allgemeines Krankenhaus und Einrichtungen der Akutbehandlung	8,3%	9,8%
psychiatrisches Krankenhaus	18,7%	16,5%
Leistungsträger	6,7%	6,6%
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	2,6%	2,3%
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	1,4%	1,3%
sonstige Vermittler	9,0%	9,3%
ohne Vermittlung	5,6%	4,9%

noch Tabelle 35: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2019 mit der Basisdokumentation 2018 (Fortsetzung) (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdokumentation 2019	Basisdokumentation 2018
Leistungsträger	N = 12.595	N = 12.977
Rentenversicherung	83,7%	83,4%
Krankenversicherung	14,5%	14,8%
sonstige Leistungsträger	1,8%	1,8%
Hauptdiagnose	N = 13.006	N = 12.988
Störungen durch Alkohol F10.XX	89,2%	88,9%
sonstige F1X.XX Diagnosen außer Alkohol	10,5%	10,7%
sonstige Diagnosen	0,3%	0,4%
Abhängigkeitsdauer in Jahren	N = 9.503	N = 11.445
Mittelwert ± Standardabweichung	15,5 ± 10,9	16,3 ± 11,4
Weitere Suchtdiagnosen	N = 13.006	N = 12.988
durchschnittliche Anzahl weiterer Suchtdiagnosen pro Patient	0,53	0,47
Psychische Komorbidität	N = 13.006	N = 12.988
Durchschnittliche Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient	0,75	0,71
Somatische Komorbidität	N = 13.006	N = 12.104
Durchschnittliche Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient	2,11	2,26
Anzahl der Entzugsbehandlungen	N = 8.917	N = 11.087
Mittelwert ± Standardabweichung	3,8 ± 7,7	3,2 ± 7,3
Anzahl der Entzugsbehandlungen ohne bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlung	N = 3.020	N = 8.338
Mittelwert ± Standardabweichung	2,1 ± 5,2	1,8 ± 3,5
Anzahl der Entzugsbehandlungen mit mind. einer stationären Entwöhnungsbehandlung	N = 1.403	N = 4.822
Mittelwert ± Standardabweichung	5,3 ± 10,1	6,3 ± 9,9
Anzahl der stationären Entwöhnungsbehandlungen	N = 4.452	N = 8.965
Mindestens eine stationäre Entwöhnungsbehandlung	31,9%	33,7%
Behandlungsdauer in Tagen	N = 13.006	N = 12.988
Mittelwert ± Standardabweichung	81,3 ± 36,9	81,2 ± 35,9
Behandlungsdauer in Tagen bei regulärer Entlassung	N = 8.414	N = 8.505
Mittelwert ± Standardabweichung	92,8 ± 28,5	92,4 ± 27,9
Behandlungsdauer in Tagen bei planmäßiger Entlassung	N = 10.918	N = 10.977
Mittelwert ± Standardabweichung	88,9 ± 32,3	88,4 ± 31,5
Art der Behandlungsbeendigung	N = 12.999	N = 12.979
Anteil mit regulärer Entlassung	64,7%	65,5%
Anteil mit planmäßiger Entlassung	84,0%	84,6%

ten über einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss, 37,5% (38,3%) über einen Realschulabschluss bzw. über den Abschluss der Polytechnischen Oberschule, 19,8% (19,1%) über die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife oder das Abitur und 1,6% (1,6%) über einen anderen Schulabschluss.

- **Erwerbssituation bei Therapiebeginn:** Die Quote arbeitsloser Patienten verringerte sich deutlich um 1,7 Prozentpunkte von 43,0% in 2018 auf 41,3% in 2019. Demgegenüber erhöhte sich die Quote der Patienten mit Arbeitsplatz um 1,1 Prozentpunkte von 41,1% in 2018 auf 42,2% in 2019. Die jeweiligen Anteile von nicht erwerbstätigen Patienten und Patienten in beruflicher Rehabilitation unterscheiden sich mit 15,4% und 0,6% in 2018 vs. 15,5% und 1,0% in 2019.

- **Erwerbssituation bei Therapieende:** Die Quote arbeitsloser Patienten bei Therapieende verringerte sich deutlich um 2,1 Prozentpunkte von 44,5% in 2018 auf 42,4% in 2019. Demgegenüber erhöhte sich die Quote der Patienten mit Arbeitsplatz um 1,5 Prozentpunkte von 39,7% in 2018 auf 41,2% in 2019. Die jeweiligen Anteile von nicht erwerbstätigen Patienten und Patienten in beruflicher Rehabilitation unterscheiden sich mit 15,2% und 0,6% in 2018 vs. 15,3% und 1,0% in 2019.

- In beiden Jahrgängen wurde die Mehrzahl der Patienten (47,7% in 2019 und 49,3% in 2018) durch eine ambulante Suchthilfeeinrichtung auf die medizinische Rehabilitationsmaßnahme vorbereitet. Krankenhäuser bzw. Krankenhausabteilungen **vermittelten** 27,0% (26,3%) der Patienten, Leistungsträger 6,7% (6,6%), niedergelassene Ärzte bzw. Psychotherapeuten 2,6% (2,3%), Arbeitgeber, Betriebe bzw. die Schulen 1,4% (1,3%) und sonstige Vermittler 9,0% (9,3%). Ohne Vermittlung kamen 5,6% (4,9%) in die Therapie.

- 83,7% (83,4%) der Patienten aus 2019 (2018) hatten die Rentenversicherung als **Leistungsträger**; für 14,5% (14,8%) kam der zuständige Leistungsträger aus dem Bereich der Krankenversicherungen und bei 1,8% (1,8%) gab es einen sonstigen Leistungsträger.

- 89,2% der Patienten aus dem Jahrgang 2019 (88,9% in 2018) hatten als **Hauptdiagnose** die ICD-10 Kodierung „Störungen durch Alkohol“; 10,5% (10,7%) hatten sonstige F1X.XX Diagnosen, 0,3% (0,4%) hatten eine sonstige Diagnose als Hauptdiagnose.

- Die durchschnittliche **Abhängigkeitsdauer** unterscheidet sich mit 15,5 Jahren für 2019 und 16,3 Jahren für 2018 um 0,8 Jahre.
- Beide Dokumentationsjahrgänge unterscheiden sich bei der durchschnittlichen Anzahl **weiterer Suchtdiagnosen, psychischen Diagnosen bzw. somatischer Diagnosen** pro Patient neben der Hauptdiagnose mit 0,53 vs. 0,47 weitere Suchtdiagnosen und mit 0,75 vs. 0,71 psychischer Diagnosen nur gering bzw. mit 2,11 vs. 2,26 somatischer Diagnosen moderat.
- Die durchschnittliche Anzahl von **Entzugsbehandlungen** unterscheidet sich in beiden Jahrgängen mit 3,8 vs. 3,2 Entzugsbehandlungen um 0,6 Entzüge. Bei stationär erstbehandelten Patienten unterscheiden die beiden Jahrgänge nur um 0,3 mit 2,1 vs. 1,8 Entzugsbehandlungen und bei Therapie-wiederholern deutlich um 1,0 mit 5,3 vs. 6,3 Entzugsbehandlungen.
- Der Anteil von Patienten mit mindestens einer **stationären Entwöhnungsbehandlung** (Therapiewiederholer) verringert sich von 33,7% in 2018 auf 31,9% in 2019 um 1,8%.
- Bei Betrachtung aller Patienten erhöhte sich die durchschnittliche **Behandlungsdauer** gering um 0,1 Tage von 81,2 Tage ($\pm 35,8$ Tage) im Dokumentationsjahr 2018 auf 81,3 Tage ($\pm 36,9$ Tage) für 2019. Werden nur die regulären Entlassungen betrachtet, so zeigt sich eine moderate Erhöhung der Behandlungsdauer um 0,4 Tage von 92,4 Tagen ($\pm 27,9$ Tage) auf 92,8 Tage ($\pm 28,5$ Tage). Bei Betrachtung der planmäßig beendeten Behandlungen (entspricht den Kategorien 1, 2, 3 und 7 der Entlasskategorien des Deutschen Kern-datensatzes) zeigt sich eine moderate Erhöhung der mittleren Behandlungsdauern um 0,5 Tage von 88,4 Tagen ($\pm 31,5$ Tage) für 2018 auf 88,9 Tage ($\pm 32,3$ Tage) für 2019.
- Der Anteil der Patienten mit regulärer **Behandlungsbeendigung** verringerte sich moderat um 0,8 Prozentpunkte von 65,5% in 2018 auf 64,7% in 2019. Bei Betrachtung der planmäßigen Behandlungsbeendigung zeigen sich mit Anteilen von 84,6% vs. 84,0% ebenso moderate Unterschiede in den beiden Dokumentationsjahrgängen.

3. Ausblick

Mit diesem 25. Bericht zur Basisdokumentation gibt der Fachverband Sucht e. V. einen Überblick über die in seinen

Mitgliedereinrichtungen 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.) (2019). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0 – Definition und Erläuterung zum Gebrauch. Vorläufige Endfassung, Stand: 01.01.2019. www.dhs.de
- Fachverband Sucht e. V. (2019). Basisdokumentation 2018. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 26, Bonn, S. 6 – 29
- 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 Ergebnis-

qualität 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
- Funke, Wilma, Prof. Dr., Leitende Psychologin, MEDIAN Kliniken Wied, Wied
- Kemmann, Dietmar, Ltd. Psychologe, Diakoniekrankenhaus Harz, Elbingerode
- Kersting, Stephan, Dipl.-Medienwirt, navacom IT Solution, Hürth
- Klein, Thomas, Dr., Stv. Geschäftsführer Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Medenwaldt, Jan, Redline-Data, Ahrens-bök
- Premper, Volker, Dr., Leitender Psychologe, MEDIAN Klinik Schweriner See, Lübstorf
- Reger Frank, Einrichtungsleiter, MEDIAN Therapiezentrum Bassenheim, Bassenheim
- Teigeler, Horst, Dipl.-Psych., Therapeutischer Leiter, MEDIAN Adaptionshaus Lübeck
- Wagner, Annette, Dipl.-Psych., MEDIAN Klinik Münchwies
- Weissinger, 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
MEDIAN Klinik Richelsdorf	36208 Wildeck-Richelsdorf
MEDIAN Klinik Wigbertshöhe	36251 Bad Hersfeld
Diakonie Krankenhaus Harz	38875 Elbingerode
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
Klinik Brilon-Wald	59929 Brilon
MEDIAN Rhein-Haardt-Klinik	67098 Bad Dürkheim
salus klinik Friedrichsdorf	61381 Friedrichsdorf
MEDIAN Klinik Münchwies	66540 Neunkirchen
MEDIAN Klinik Wilhelmsheim	71570 Oppenweiler
Fachklinik Zur alten Post	72270 Baiersbrunn-Schönmünz
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., Kemmann, D., Abu Khatir, M., Bachmeier, R., Carella, A., Erben, C., Domma, J., Fischer, M., Funke, W., Geyer, D., Graudenz, J., Klinge, P., Kramwinkel, J., Krekel, C., Mansbart, F.-J., Merker, G., Michaelsen, G., Steudel, M., Susemihl, I., Tuchtenhagen, F., Winkelnkemper, S., Klein, T., Weissinger, V.

Teilband II

**Basisdokumentation 2019 –
Fachkliniken für Drogenabhängigkeit**

1.	Einleitung	31
2.	Basisdokumentation 2019 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	34
2.4	Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende	40
2.5	Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019	43
2.6	Psychische Komorbidität	43
2.7	Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019	45
2.8	Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019 mit den Basisdokumentationen 2013 bis 2018	47
3.	Ausblick	50
4.	Literatur	51
	Autorenverzeichnis	51
	Liste der Einrichtungen, deren Datensätze in die Auswertung eingingen	51

Teilband II:

Basisdokumentation 2019 – 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 katamnästischer 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 zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2010) 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 hat sich die Grundgesamtheit an Patienten¹ des zur Auswertung herangezogenen Datenpools (intention-to-treat (ITT)-Stichprobe) aller in einem Jahr entlassene Patienten von 3.195 auf 3.715 vergrößert. Dies

Tabelle 1: EDV- und Dokumentationssysteme

EDV- und Dokumentationssystem	Häufigkeit	Prozent
EBIS (GSDA)	35	0,9%
IKIS (AHG)	794	21,4%
PATFAK (Redline DATA)	1501	40,4%
PaDo (Navacom)	1385	37,3%
Gesamt	3715	100,0%

ist auf Veränderungen hinsichtlich der Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen zurückzuführen. Im Vergleich zum Jahr davor gingen die Daten von 18 Einrichtungen in die Auswertung ein. Dies sind drei Kliniken mehr als zuvor.

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 2019 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 2019 zusammengefasst. Die Daten stammen ausschließlich aus Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e. V.. Die Gesamtstichprobe der Basisdokumentation 2019 umfasst 3.715 Patienten aus insgesamt 18 Therapieeinrichtungen im Bereich der stationären Drogenrehabilitation.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verwendeten EDV-Systeme: Für 1.501 (40,4%) Patienten wurden die Daten mit dem Programm PATFAK (Redline DATA) erhoben. Bei 1.385 (37,3%) Patientendatensätzen kam das Programm PADO (navacom IT Solutions GmbH) zur Anwendung. 794 Patientendatensätze (21,4%) wurden mit dem Erhebungsinstrument IKIS (MEDIAN) und 35 (0,9%) 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 den Kliniken Wied 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 den folgenden Abschnitten 2.2 bis 2.4

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.

sind die Daten der Basisdokumentation geschlechtsspezifisch dargestellt und die bedeutendsten Unterschiede erläutert. Im Abschnitt 2.5 werden ausgewählte Variablen der Basisdokumentation 2019 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 2019 dargestellt. Abschnitt 2.8 vergleicht ausgewählte Variablen der Basisdokumentation differenziert nach den vergebenen Hauptdiagnosen. Abschnitt 2.9 hingegen vergleicht ausgewählte Daten der Basisdokumentationen 2013 bis 2019 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. Da lediglich eine Person keine Angabe zu ihrem Geschlecht gemacht hat, wurde dieser Datensatz aus statistischen Gründen von der weiteren Auswertung ausgeschlossen, so dass sich die weiteren Analysen auf eine Gesamtstichprobe von N=3.714 bezieht. Von den insgesamt 3.714 Patienten waren 2.790 (75,1%) männlichen und 924 (24,9%) weiblichen Geschlechts. Zur Darstellung der Übersicht wurden die Patienten in Altersgruppen mit einer Spannweite von jeweils fünf Jahren gruppiert.

Mit 22,5% aller Patienten war die Altersklasse der 30- bis 34jährigen am stärksten besetzt, gefolgt von der Altersklasse der 25- bis 29jährigen mit 18,9%. Danach folgen die Altersklassen der 20- bis 24jährigen mit 17,9% sowie mit 15,9% die Altersklasse der 35- bis 39jährigen. Weitere 7,8% fielen in die Gruppe der 40- bis 44jährigen, 11,8% waren älter als 45 Jahre und 4,6% waren unter 20 Jahre alt. Das Durchschnittsalter aller Patienten betrug 32,6 Jahre ($\pm 9,7$ Jahre). Frauen waren bei der Aufnahme im Schnitt 33,1 Jahre ($\pm 10,7$ Jahre) alt, Männer waren mit durchschnittlich 32,4 Jahren ($\pm 9,4$ Jahre) etwas älter.

Partnerschaft und Zusammenleben

Einen Überblick über Partnerschaft und Zusammenleben bei Behandlungsbe-

Tabelle 2: Altersverteilung der Patienten

Altersverteilung	Männer		Frauen		Gesamt	
bis 19 Jahre	124	4,4%	48	5,2%	172	4,6%
20 bis 24 Jahre	496	17,8%	169	18,3%	665	17,9%
25 bis 29 Jahre	542	19,4%	161	17,4%	703	18,9%
30 bis 34 Jahre	618	22,2%	218	23,6%	836	22,5%
35 bis 39 Jahre	460	16,5%	130	14,1%	590	15,9%
40 bis 44 Jahre	243	8,7%	68	7,4%	311	8,4%
45 bis 49 Jahre	141	5,1%	32	3,5%	173	4,7%
50 bis 54 Jahre	89	3,2%	40	4,3%	129	3,5%
55 bis 59 Jahre	49	1,8%	41	4,4%	90	2,4%
60 Jahre und älter	28	1,0%	17	1,8%	45	1,2%
Zusammen	2790	100,0%	924	100,0%	3714	100,0%
Mittelwert $\pm$ Standardabweichung	32,4 $\pm$ 9,4		33,1 $\pm$ 10,7		32,6 $\pm$ 9,7	

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

Partnerschaft	Männer		Frauen		Gesamt	
in Partnerschaft lebend	830	32,0%	398	44,7%	1228	35,3%
nicht in Partnerschaft lebend	1763	68,0%	492	55,3%	2255	64,7%
Zusammen	2593	100,0%	890	100,0%	3483	100,0%
keine Daten	197	7,1%	34	3,8%	231	6,2%
Partnerbeziehung	Männer		Frauen		Gesamt	
Alleinlebend	1415	50,4%	387	43,1%	1802	48,6%
lebt zusammen mit ...:						
Partner	382	13,6%	175	19,5%	557	15,0%
Kind(ern)	175	6,2%	143	15,9%	318	8,6%
Eltern(teil)	573	20,4%	113	12,6%	686	18,5%
sonstiger/en Bezugsperson/en	113	4,0%	29	3,2%	142	3,8%
sonstiger/en Person/en	150	5,3%	51	5,7%	201	5,4%
Zusammen	2808	100,0%	898	100,0%	3706	100,0%
keine Daten	127	4,6%	25	2,7%	152	4,1%

ginn vermittelt Tabelle 3. Der größte Anteil der Patienten, nämlich 64,7%, lebte bei der Aufnahme nicht in Partnerschaft. Frauen waren mit 44,7% deutlich häufiger in einer Partnerschaft als Männer mit 32,0%. Für 231 Patienten (6,2%) lagen keine Daten vor.

Hinsichtlich des Zusammenlebens werden die Kategorien „alleinlebend“, und „lebt zusammen mit Partner“, „...mit Kind(ern)“, „...mit Eltern(teil)“ „...mit sonstiger/en Bezugsperson/en“ und „...mit sonstiger/en Person/en“ unterschieden. 48,6% aller Patienten waren zum Zeitpunkt der Aufnahme alleinlebend,

15,0% lebten mit Partner oder Partnerin zusammen. 8,6% wohnten gemeinsam mit den Kindern und 18,5% gemeinsam mit den Eltern in einem Haushalt. 3,8% wohnten mit einer sonstigen Bezugsperson zusammen und 5,4% mit sonstigen Personen. Für 41 Patienten (4,1%) der Patienten lagen keine Daten vor.

Betrachtet man die Lebenssituation nach Geschlechtern getrennt, zeigen sich z. T. deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen. So waren zum Zeitpunkt der Aufnahme 50,4% der Männer, aber nur 43,1% der weiblichen Patienten alleinlebend. Nur 6,2% der Männer aber

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	2314	93,1%	720	82,8%	3034	90,4%
ein Kind	95	3,8%	94	10,8%	189	5,6%
zwei Kinder	54	2,2%	40	4,6%	94	2,8%
drei Kinder	16	0,6%	12	1,4%	28	0,8%
vier und mehr Kinder	6	0,2%	4	0,5%	10	0,3%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze	2485	100,0%	870	100,0%	3355	100,0%
keine Daten	305	10,9%	54	5,8%	359	9,7%
Anzahl der eigenen minderjährigen Kinder in Fremdunterbringung	Männer		Frauen		Gesamt	
kein Kind	669	60,0%	293	63,1%	962	60,9%
ein Kind	280	25,1%	95	20,5%	375	23,7%
zwei Kinder	107	9,6%	45	9,7%	152	9,6%
drei Kinder	47	4,2%	21	4,5%	68	4,3%
vier und mehr Kinder	12	1,1%	10	2,2%	22	1,4%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze	1115	100,0%	464	100,0%	1579	100,0%
keine Daten	1675	60,0%	460	49,8%	2135	57,5%
Wohnverhältnis am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
selbstständiges Wohnen	1241	47,0%	516	63,9%	1757	51,0%
bei anderen Personen	759	28,8%	158	19,6%	917	26,6%
ambulant betreutes Wohnen	36	1,4%	13	1,6%	49	1,4%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	94	3,6%	30	3,7%	124	3,6%
Wohnheim/Übergangswohnheim	47	1,8%	19	2,4%	66	1,9%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	221	8,4%	26	3,2%	247	7,2%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	24	0,9%	3	0,4%	27	0,8%
ohne Wohnung	210	8,0%	40	5,0%	250	7,3%
Sonstiges	7	0,3%	2	0,2%	9	0,3%
Zusammen	2639	100,0%	807	100,0%	3446	100,0%
keine Daten	151	5,4%	117	12,7%	268	7,2%

15,9% der Frauen lebten mit ihren Kindern zusammen. Auch mit ihrem Partner lebten mehr Frauen (19,5%) als Männer (13,6%) im gemeinsamen Haushalt. Dagegen wohnten deutlich mehr Männer als Frauen mit ihren Eltern (20,4% vs. 12,6%) zusammen. Gering waren die Unterschiede bei den Patienten, die mit einer sonstigen Bezugsperson (4% bei den

Männern vs. 3,2% bei den Frauen) oder sonstigen Personen (5,3% bei den Männern vs. 5,7% bei den Frauen) zusammen lebten.

Betreuungssituation und Wohnverhältnisse zu Behandlungsbeginn

Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Anzahl der minderjährigen Kinder im ei-

genen Haushalt, der Anzahl der eigenen minderjährigen Kinder in Fremdunterbringung und der Wohnverhältnisse der Patienten am Tag vor Behandlungsbeginn.

90,4% aller Patienten hatten kein Kind, 5,6% hatten ein Kind, 2,8% zwei Kinder, 0,8% drei Kinder und 0,3% mehr als drei Kinder im eigenen Haushalt. Weibliche Patienten lebten durchweg häufiger mit einem oder mehreren Kindern im eigenen Haushalt als männliche. Für 359 Personen (9,7%) lagen keine Daten vor. Von 1.579 Patienten gaben 60,9% an, kein eigenes Kind in einer Fremdunterbringung zu haben. 23,7% gaben ein Kind an, 9,6% zwei Kinder, weitere 4,3% drei Kinder und noch 1,4% gaben an vier oder mehr fremduntergebrachte Kinder zu haben. Dabei hatte ein größerer Anteil der Männer (25,1% vs. 20,5%) ein einziges fremduntergebrachtes Kind, während der relative Anteil der Frauen in allen anderen Kategorien ein wenig höher lag. Für 2.135 Personen (57,5%) lagen keine Daten vor.

Bei der Betrachtung der Wohnsituation ergibt sich folgendes Bild: 51,0% aller Patienten wohnten selbstständig, 26,6% bei anderen Personen. 3,6% kamen aus einer Klinik, 1,9% aus einem Heim, 1,4% aus dem ambulant betreuten Wohnen und 7,2% aus einer Justizvollzugsanstalt in die Behandlung. 0,7% kamen aus einer Notunterkunft oder Übernachtungsstelle, 7,3% waren wohnungslos und für 0,3% war eine sonstige Wohnsituation angegeben. Für 7,2% aller Patienten konnten hinsichtlich der Wohnsituation keine konkreten Angaben gemacht werden. Der Anteil der selbstständig Wohnenden war bei den Frauen mit 63,9% deutlich höher als bei den Männern (47,0%). Die männlichen Patienten kamen häufiger aus einer JVA (8,4% vs. 3,2%). Von 268 Patienten (7,2%) konnten keine Daten erhoben werden.

Höchster Ausbildungsabschluss 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 haben 484 Patienten noch keine Ausbildung begonnen (13,4%). 1.208 Patienten haben keine abgeschlossene Hochschul- oder Berufsausbildung (33,5%). 2,2% der Patienten waren zum

Zeitpunkt der Behandlung in Hochschul- oder Berufsausbildung. 45,4% aller Patienten verfügen über einen betrieblichen Ausbildungsabschluss, 2,6% über einen akademischen Abschluss und 1,8% über einen anderen Abschluss. 1,1% haben einen Abschluss als Meister/Techniker erreicht. Für 105 Patienten (2,8%) lagen keine Daten vor.

Vergleicht man die Geschlechter hinsichtlich des Ausbildungsabschlusses, so haben häufiger Männer (34,7%) keinen Berufsausbildungs- oder Hochschulabschluss als Frauen (29,8%) und es waren bei den Männern 1,3% Meister oder Techniker, während diesen Abschluss nur 0,4% der Frauen haben. Frauen dagegen haben etwas häufiger einen akademischen Abschluss (3,1% vs. 2,4% bei Männern) und waren etwas häufiger in Hochschul- oder Berufsausbildung (3,6% vs. 1,7% bei Männern). Allerdings haben Frauen mit 15,5% als Männer mit 12,7% bisher noch gar keine Ausbildung begonnen.

Erwerbstätig als Arbeiter, Angestellter, Beamter, Selbstständiger oder Freiberufler waren 15% aller Patienten, weitere 1,5% befanden sich in Berufsausbildung, 0,9% gingen einer sonstigen Erwerbstätigkeit nach, 2,7% waren in Elternzeit und 0,1% befanden sich in einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme. 67% der Patienten waren arbeitslos, wobei 51,1% Arbeitslosengeld II und 15,9% Arbeitslosengeld I bezogen. Weitere 1,4% waren Schüler bzw. Studenten, 0,3% waren Hausfrauen oder Hausmänner, 2,9% waren Rentner bzw. Pensionäre und 6,0% fielen in die Kategorie „sonstige Nichterwerbspersonen“. Für 0,6% der Patienten lagen keine Daten vor. Im Geschlechtervergleich zeigte sich, dass Frauen etwas häufiger arbeitslos waren als Männer (69,3% zu 66,3%) und häufiger als diese ALG II bezogen (65,0% vs. 56,6%).

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 20 verschiedenen Items ausgewählt werden. Zur Wahrung der Übersichtlichkeit werden daher in der Tabelle nur die zehn häufigsten Vermittlungsinstanzen einzeln benannt, die übrigen werden in der Kategorie „sonstige“ zusammengefasst. Der weitaus größte Teil der Patienten

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	354	12,9%	92	10,1%	446	12,2%
Haupt-/Volksschulabschluss	1166	42,3%	287	31,4%	1453	39,6%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	837	30,4%	374	41,0%	1211	33,0%
(Fach-)Hochschulreife/ Abitur	342	12,4%	144	15,8%	486	13,3%
anderer Schulabschluss	52	1,9%	15	1,6%	67	1,8%
Zusammen	2754	100,0%	913	100,0%	3667	100,0%
keine Daten	36	1,3%	11	1,2%	47	1,3%
höchster Ausbildungsabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
noch keine Ausbildung begonnen	345	12,7%	139	15,5%	484	13,4%
Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	47	1,7%	32	3,6%	79	2,2%
Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	940	34,7%	268	29,8%	1208	33,5%
Betrieblicher Berufsabschluss	1229	45,3%	409	45,5%	1638	45,4%
Meister/Techniker	36	1,3%	4	0,4%	40	1,1%
Akademischer Abschluss	66	2,4%	28	3,1%	94	2,6%
Anderer Berufsabschluss	48	1,8%	18	2,0%	66	1,8%
Zusammen	2711	100,0%	898	100,0%	3609	100,0%
keine Daten	79	2,8%	26	2,8%	105	2,8%
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
Auszubildender	35	1,3%	19	2,1%	54	1,5%
Arbeiter/Angestellter/Beamte	429	15,5%	113	12,3%	542	14,7%
Selbstständiger/Freiberufler	10	0,4%	1	0,1%	11	0,3%
Sonstige Erwerbspersonen	31	1,1%	2	0,2%	33	0,9%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	3	0,1%	2	0,2%	5	0,1%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	70	2,5%	31	3,4%	101	2,7%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	447	16,1%	141	15,4%	588	15,9%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	1393	50,2%	495	53,9%	1888	51,1%
Schüler/Student	29	1,0%	21	2,3%	50	1,4%
Hausfrau/Hausmann	0	0,0%	11	1,2%	11	0,3%
Rentner/Pensionär	65	2,3%	43	4,7%	108	2,9%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	71	2,6%	10	1,1%	81	2,2%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	192	6,9%	29	3,2%	221	6,0%
Zusammen	2775	100,0%	918	100,0%	3693	100,0%
keine Daten	15	0,5%	6	0,6%	21	0,6%

Tabelle 6: 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 Angabe	29	1,1%	2	0,2%	31	0,8%
Ambulante Suchthilfe-einrichtung	1636	59,6%	586	64,7%	2222	60,8%
Psychiatrisches Krankenhaus	421	15,3%	123	13,6%	544	14,9%
Polizei / Justiz / Bewährungshilfe	181	6,6%	22	2,4%	203	5,6%
Einrichtung der Akutbehandlung	123	4,5%	38	4,2%	161	4,4%
Keine / Selbstmelder	72	2,6%	24	2,6%	96	2,6%
Allgemeines Krankenhaus	63	2,3%	24	2,6%	87	2,4%
Stationäre Suchthilfe-einrichtung (Rehabilitation, Adaption)	49	1,8%	14	1,5%	63	1,7%
Anderer Beratungsdienst (z.B. Ehe-/Familien-/ Erziehungsberatung, Sozialpsychiatrischer Dienst)	46	1,7%	16	1,8%	62	1,7%
Sonstige Einrichtung / Institution	42	1,5%	12	1,3%	54	1,5%
Sonstige	85	3,1%	45	5,0%	130	3,6%
Zusammen	2747	100,0%	906	100,0%	3653	100,0%
keine Angabe	43	1,5%	18	1,9%	61	1,6%

(60,8%) wurde über ambulante Suchthilfe-einrichtungen vermittelt. Dazu gehören Suchtberatungs- bzw. Suchtbehandlungsstellen oder Fachambulanzen. Insgesamt 14,9% kamen aus einem psychiatrischen Krankenhaus, 5,6% wurden über die Justiz/Polizei/Bewährungshilfe vermittelt und 4,4% aus einer Einrichtung der Akutbehandlung. Als Selbstmelder, also ohne vermittelnde Instanz, kamen 2,6%. Allgemeine Krankenhäuser vermittelten 2,4% der Patienten, weitere 1,7% kamen über Stationäre Suchthilfe-einrichtungen. Weitere 1,7% wurden durch andere Beratungsdienste und 1,6% durch andere Einrichtungen oder Institutionen vermittelt. 3,6% der Vermittler fielen in die Kategorie „sonstige“. Für 1,6% lagen keine Daten vor. Der mit 5,6% unerwartet geringe Anteil an Vermittlungen aus Justizvollzugsanstalten dürfte darauf zurückzuführen sein, dass erfahrungsgemäß die Mehrheit der Patienten aus Haftanstalten nicht durch die internen Sozialdienste, sondern durch externe Beratungsstellen vermittelt wird.

In der Anzahl der Vermittlungen durch den Sozialdienst der JVA und des Maßregelvollzugs zeigt sich ein auffälliger Geschlechterunterschied (6,6% bei den Männern vs. 2,4% bei den Frauen).

Kosten-/Leistungsträger

Tabelle 7 gibt einen Überblick über die Kosten-/Leistungsträgerstruktur. Die Kosten für die Behandlung wurden für 82,8%

Tabelle 7: Kosten-/Leistungsträger (Mehrfachnennungen möglich)

Kosten-/Leistungsträger	Männer		Frauen		Gesamt	
pauschal/institutionell finanziert	12	0,4%	1	0,1%	13	0,4%
Selbstzahler	12	0,4%	5	0,5%	17	0,5%
Rentenversicherung	2318	84,1%	728	79,1%	3046	82,8%
Krankenversicherung	354	12,8%	164	17,8%	518	14,1%
Sozialhilfe	13	0,5%	5	0,5%	18	0,5%
Jugendhilfe	2	0,1%	1	0,1%	3	0,1%
Arbeitsagenturen, Jobcenter	6	0,2%	1	0,1%	7	0,2%
sonstige	40	1,5%	15	1,6%	55	1,5%
Zusammen	2757	100,0%	920	100,0%	3677	100,0%

Tabelle 8: Auflagen durch Gerichtsbeschluss (Mehrfachnennungen möglich)

Auflagen	Männer		Frauen		Gesamt	
BtMG	233	62,8%	32	61,5%	265	62,6%
Psych.-KG / Landesunterbringungsgesetz	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Andere strafrechtliche Grundlage	138	37,2%	20	38,5%	158	37,4%
Zusammen	371	100,0%	52	100,0%	423	100,0%

aller Patienten von der Rentenversicherung übernommen, 14,1% hatten eine Krankenkasse als Kosten-/Leistungsträger. Bei 0,5% war die Sozialhilfe der Kostenträger und 0,5% waren Selbstzahler. In 0,4% der Fälle wurde die Behandlung pauschal/institutionell finanziert. Bei sieben Personen (0,2%) war die Arbeitsagentur/Jobcenter der Kostenträger und bei drei Patienten (0,1%) die Jugendhilfe.

Bei 1,5% wurden die Kosten der Behandlung von einer anderen Stelle getragen. Im Vergleich zwischen Männern und Frauen zeigte sich, dass bei Frauen häufiger die Krankenversicherung als Kostenträger auftrat (17,8% vs. 12,8%). Bei den Männern kam häufiger die Rentenversicherung für die Finanzierung auf (84,1% vs. 79,1%).

Auflagen durch Gerichtsbeschluss

Tabelle 8 gibt Aufschluss über die Verteilung der Personen mit einer gerichtlichen Auflage bei Behandlungsbeginn. So kamen 62,6% der Patienten mit einer gerichtlichen Auflage nach einem Beschluss nach BtMG in die Behandlung und 37,4% traten die Therapie auf einer anderen strafrechtlichen Grundlage an. Eine Behandlung nach Psych.-KG. bzw. Landesunterbringungsgesetz gab es nicht.

Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnosen der untersuchten Stichprobe sind in Tabelle 9 zusammen-

gestellt. Die Kategorienbildung orientiert sich an dem ICD-10 Kapitel V (F), wobei auf die vierte und fünfte Stelle der Kodierung, die das aktuelle klinische Erscheinungsbild beschreiben, verzichtet wurde.

Die größte Gruppe bildete mit 29,1% aller Patienten die Hauptdiagnose „Störungen durch Cannabinoide“ (Frauen: 23,6%; Männer: 31,0%) kodiert. Die zweitgrößte Gruppe bildet mit 24,7% aller Patienten die Hauptdiagnose „Störungen durch Stimulanzien“ (Frauen: 29,1%; Männer: 23,3%), 17,3% der Patienten erhielten die Hauptdiagnose „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen“ (Frauen: 18,2%; Männer 17,0%) und 11,0% die Hauptdiagnose „Störungen durch Alkohol“ (Frauen: 15,6%; Männer 9,4%). In diese Diagnosegruppe fallen 12,9% der männlichen sowie 10,7% der weiblichen Patienten. 8,4% betrug der Anteil der Patienten mit der Hauptdiagnose „Störungen durch Opiate“ (Frauen: 7,7%; Männer 8,6%). Danach folgen mit 5,1% „Störungen durch Kokain“ (Frauen: 2,5%; Männer 6,0%) und Pathologisches Glücksspiel (Frauen: 2,4%; Männer 3,7%). Seltener waren die Hauptdiagnosen „Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (insgesamt 0,6%), „Exzessive Mediennutzung (insgesamt 0,2%) und „Störungen durch Halluzinogene“ (insgesamt 0,1%). Eine sonstige bzw. unklare Diagnose erhielten 0,3% aller Patienten.

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

Die am häufigsten konsumierte Substanz stellt mit insgesamt 70,0% (Frauen: 56,6%, Männer: 74,4%) Cannabis, vor Alkohol mit 56,6% (Frauen: 56,2%, Männer: 56,7%) und Tabak mit 46,8% (Frauen: 38,4%, Männer: 49,6%) dar. Die vierthäufigste Substanz war Kokain mit 38,1% (Frauen: 30,3%, Männer: 40,7%), gefolgt von Amphetamin mit 37,2% (Frauen: 30,2%, Männer: 39,6%), Methamphetamin (Crystal) mit 21% (Frauen: 22,9%, Männer: 20,3%), MDMA und anderen verwandten Substanzen mit 16,8% (Frauen: 13,7%, Männer: 17,8%) und Heroin mit 13,5% (Frauen: 10,3%, Männer: 14,6%). 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

Tabelle 9: Hauptdiagnose (Suchtmitteldiagnose)

Hauptdiagnose		Männer		Frauen		Gesamt	
Störungen durch Alkohol	F10	263	9,4%	144	15,6%	407	11,0%
Störungen durch Opiate	F11	239	8,6%	71	7,7%	310	8,3%
Störungen durch Cannabinoide	F12	864	31,0%	218	23,6%	1082	29,1%
Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	F13	15	0,5%	6	0,6%	21	0,6%
Störungen durch Kokain	F14	167	6,0%	23	2,5%	190	5,1%
Störungen durch Stimulanzien	F15	649	23,3%	269	29,1%	918	24,7%
Störungen durch Halluzinogene	F16	2	0,1%	0	0,0%	2	0,1%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	F19	473	17,0%	168	18,2%	641	17,3%
Pathologisches Glücksspiel	F63	102	3,7%	22	2,4%	124	3,3%
Exzessive Mediennutzung	F63.8	7	0,3%	1	0,1%	8	0,2%
sonstige bzw. unklare Diagnose		9	0,3%	2	0,2%	11	0,3%
Zusammen		2790	100,0	924	100,0	3714	100,0

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

Hauptdiagnose	Männer		Frauen		Gesamt	
Alkohol	1583	56,7%	519	56,2%	2.102	56,6%
Heroin	406	14,6%	95	10,3%	501	13,5%
Methadon	54	1,9%	18	1,9%	72	1,9%
Buprenorphin	48	1,7%	11	1,2%	59	1,6%
Fentanyl	29	1,0%	4	0,4%	33	0,9%
Andere opiathaltige Mittel / Opiode	188	6,7%	49	5,3%	237	6,4%
Cannabis	2076	74,4%	523	56,6%	2.599	70,0%
Andere / synthetische Cannabinoide	105	3,8%	21	2,3%	126	3,4%
Barbiturate	2	0,1%	1	0,1%	3	0,1%
Benzodiazepine	204	7,3%	42	4,5%	246	6,6%
GHB / GBL	73	2,6%	22	2,4%	95	2,6%
Andere Sedative/Hypnotika	42	1,5%	12	1,3%	54	1,5%
Kokain	1135	40,7%	280	30,3%	1.415	38,1%
Crack	21	0,8%	3	0,3%	24	0,6%
Amphetamine	1104	39,6%	279	30,2%	1.383	37,2%
Methamphetamine (Crystal)	567	20,3%	212	22,9%	779	21,0%
MDMA und andere verwandte Substanzen (Ecstasy)	497	17,8%	127	13,7%	624	16,8%
Synthetische Cathinone	12	0,4%	2	0,2%	14	0,4%
Andere Stimulanzien	35	1,3%	14	1,5%	49	1,3%

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

Hauptdiagnose	Männer		Frauen		Gesamt	
LSD	255	9,1%	49	5,3%	304	8,2%
Mescaline	35	1,3%	5	0,5%	40	1,1%
Ketamin	84	3,0%	16	1,7%	100	2,7%
Andere Halluzinogene	151	5,4%	34	3,7%	185	5,0%
Tabak	1384	49,6%	355	38,4%	1.739	46,8%
Flüchtige Lösungsmittel	37	1,3%	11	1,2%	48	1,3%
Andere psychotrope Substanzen	58	2,1%	13	1,4%	71	1,9%
Neue psychoaktive Substanzen NPS (andere als oben angeführt)	10	0,4%	3	0,3%	13	0,4%
Gesamtzahl der konsumierten Substanzen	10195		2720		12915	
Anzahl konsumierte Substanzen pro Rehabilitand	3,7		2,9		3,5	
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze	2790	100,0%	924	100,0%	3714	100,0%

Tabelle 10a: Verteilung weiterer aktueller Suchtdiagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich; Summe der aller Diagnosen minus Hauptdiagnose; Prozentangaben beziehen sich auf Gesamtzahl der betrachteten Datensätze)

Weitere Suchtdiagnosen		Männer		Frauen		Gesamt	
Störungen durch Alkohol	F10	974	34,9%	239	25,9%	1.213	32,7%
Störungen durch Opiate	F11	227	8,1%	49	5,3%	276	7,4%
Störungen durch Cannabinoide	F12	1033	37,0%	265	28,7%	1.298	34,9%
Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	F13	230	8,2%	61	6,6%	291	7,8%
Störungen durch Kokain	F14	592	21,2%	122	13,2%	714	19,2%
Störungen durch Stimulanzien einschließlich Koffein	F15	922	33,0%	213	23,1%	1.135	30,6%
Störungen durch Halluzinogene	F16	145	5,2%	31	3,4%	176	4,7%
Störungen durch Tabak	F17	2075	74,4%	663	71,8%	2.738	73,7%
Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	F18	21	0,8%	5	0,5%	26	0,7%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsums sonstiger psychotroper Substanzen	F19	298	10,7%	60	6,5%	358	9,6%
Missbrauch von nicht abhängigkeitszeugenden Substanzen	F55	7	0,3%	7	0,8%	14	0,4%
Exzessive Mediennutzung	F63.8; F68.8	30	1,1%	0	0,0%	30	0,8%
Pathologisches Glücksspiel*	F63	3	0,1%	-3	-0,3%	0	0,0%
Gesamtzahl der Diagnosen		6557		1712		8.269	
Diagnosen pro Rehabilitand		2,35		1,85		2,23	
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze		2790	100,0%	924	100,0%	3.714	100,0%

zur Grundgesamtheit eine durchschnittliche Anzahl unterschiedlicher konsumierter Substanzen von 3,5 pro Patient (Frauen: 2,94, Männer: 3,65).

In Tabelle 10a ist die Verteilung weiterer aktueller Suchtdiagnosen dargestellt.

Die mit Abstand am häufigsten vorkommende weitere Suchtdiagnose stellt mit 73,7% die Diagnose „Störungen durch Tabak“ dar (Frauen: 71,8%, Männer: 74,4%). Dahinter folgen mit 34,9% „Störungen durch Cannabinoide“ (Frauen: 28,7%, Männer: 37,0%), mit 32,7% „Störungen durch Alkohol“ (Frauen: 25,9%, Männer: 34,9%) und mit 30,6% „Störungen durch Stimulanzien einschließlich Koffein“ (Frauen: 23,1%, Männer: 33,0%). „Störungen durch Kokain“ wurden bei 19,2% der Patienten diagnostiziert (Frauen: 13,2%, Männer: 21,2%). Die weiteren Suchtdiagnosen lagen alle unter 10%. Unter diesen war die Diagnose „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen“ mit 9,6% am häufigsten vertreten Frauen: 6,5%, Männer: 10,7%).

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 „Affektive Störungen“ mit 19,9% (26,4% bei Frauen vs. 17,7% bei Männern) und „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ mit 16,9% (14,4% vs. 24,4%). Es folgen „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ mit 11,0% (20,9% vs. 7,7%), „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ mit 7,4% (3,2% vs. 8,7%) und „Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen“ mit 7,1% (3,9% vs. 8,2%) diagnostiziert. Weitere

6,6% der Patienten wiesen „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren“ (12,0% vs. 4,8%) auf. Alle anderen psychischen Diagnosen traten in weniger als 1% der Fälle auf.

Betrachtet man die Anzahl aller vergebenen weiteren psychischen Diagnosen im Verhältnis zur Grundgesamtheit, entfallen auf jeden Rehabilitanden durchschnittlich 0,70 weitere psychische Diagnosen (Frauen 0,92 und Männer 0,63).

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 23,5% (22,2% bei Männern vs. 27,3% bei Frauen),
- **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes** mit 14,6% (14,4% vs. 15,0%),
- **Krankheiten des Kreislaufsystems** mit 10,7% (10,7% vs. 10,6%).

Im Durchschnitt entfallen auf jeden Rehabilitanden 1,03 weitere somatische Diagnosen (Männer 1,01 und Frauen 1,9).

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

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	6	0,2%	2	0,2%	8	0,2%
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	F2	229	8,2%	36	3,9%	265	7,1%
affektive Störungen	F3	495	17,7%	244	26,4%	739	19,9%
neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	215	7,7%	193	20,9%	408	11,0%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	F5	135	4,8%	111	12,0%	246	6,6%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	403	14,4%	225	24,4%	628	16,9%
Intelligenzminderung	F7	17	0,6%	2	0,2%	19	0,5%
Entwicklungsstörung	F8	26	0,9%	5	0,5%	31	0,8%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	244	8,7%	30	3,2%	274	7,4%
Gesamtzahl der Diagnosen		1770		848		2618	
Diagnosen pro Rehabilitand		0,63		0,92		0,70	
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze		2790		924		3714	

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	194	7,0%	50	5,4%	244	6,6%
HIV-Infektionsstatus:		B20-B24					
Getestet, negativ		946	33,9%	342	37,0%	1288	34,7%
Getestet, positiv		23	0,8%	1	0,1%	24	0,6%
Status unbekannt bzw. keine Angaben		93	3,3%	56	6,1%	149	4,0%
Neubildungen	C00 - D48	15	0,5%	7	0,8%	22	0,6%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50 - D89	35	1,3%	29	3,1%	64	1,7%
endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00 - E90	620	22,2%	252	27,3%	872	23,5%
Krankheiten des Nervensystems	G00 - G99	274	9,8%	72	7,8%	346	9,3%
Krankheiten des Auges, der Augenanhängegebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00 - H95	95	3,4%	25	2,7%	120	3,2%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00 - I99	299	10,7%	98	10,6%	397	10,7%

noch 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	
Krankheiten des Atmungssystems	J00 - J99	252	9,0%	87	9,4%	339	9,1%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00 - K93	180	6,5%	76	8,2%	256	6,9%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00 - L99	76	2,7%	23	2,5%	99	2,7%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00 - M99	403	14,4%	139	15,0%	542	14,6%
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00 - N99	29	1,0%	22	2,4%	51	1,4%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andersorts klassifiziert sind	R00 - R99	64	2,3%	32	3,5%	96	2,6%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00 - T98	91	3,3%	18	1,9%	109	2,9%
sonstige somatische Diagnosen		177	6,3%	81	8,8%	258	6,9%
Gesamtzahl der Diagnosen		2804		1011		3815	
Diagnosen pro Rehabilitand		1,01		1,09		1,03	
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze		2790	100,0%	924	100,0%	3714	100,0%

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

Abhängigkeitsdauer	Männer		Frauen		Gesamt	
unter einem Jahr	25	1,2%	13	2,7%	38	1,5%
ein bis fünf Jahre	276	13,6%	104	21,5%	380	15,2%
sechs bis zehn Jahre	489	24,2%	118	24,4%	607	24,2%
elf bis fünfzehn Jahre	419	20,7%	99	20,5%	518	20,7%
sechzehn bis zwanzig Jahre	443	21,9%	86	17,8%	529	21,1%
mehr als zwanzig Jahre	371	18,3%	63	13,0%	434	17,3%
Zusammen	2023	100,0%	483	100,0%	2506	100,0%
Mittelwert ± Standardabweichung	14,0 ± 7,9 Jahre		12,0 ± 7,9 Jahre		13,7 ± 7,9 Jahre	

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

Anzahl der Entzugsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
keine Entzugsbehandlungen	278	16,6%	151	26,3%	429	19,0%
eine Entzugsbehandlung	516	30,8%	144	25,0%	660	29,3%
zwei Entzugsbehandlungen	285	17,0%	105	18,3%	390	17,3%
drei Entzugsbehandlungen	158	9,4%	59	10,3%	217	9,6%
vier Entzugsbehandlungen	95	5,7%	35	6,1%	130	5,8%
fünf bis zehn Entzugsbehandlungen	212	12,6%	48	8,3%	260	11,5%

der Abhängigkeitsdauer in Tabelle 13 auf die Datensätze von 16 der 18 Einrichtungen mit einer Stichprobengröße von N = 2506.

Bei 1,5% der Patienten betrug die Abhängigkeitsdauer weniger als ein Jahr, weitere 15,2% der Patienten waren ein bis fünf Jahre abhängig. Eine Abhängigkeitsdauer von sechs bis zehn Jahren wurde bei 24,2%, von elf bis fünfzehn Jahren bei 20,7%, von sechzehn bis zwanzig Jahren bei 21,1% und von über zwanzig Jahren bei 17,3% der Patienten angegeben.

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug 13,7 Jahre ($\pm 7,9$ Jahre). Bei den Männern betrug die Dauer der Abhängigkeit 14,0 Jahre ($\pm 7,9$ Jahre), bei den Frauen 12,0 Jahre ($\pm 7,9$ Jahre).

Anzahl der Entzugsbehandlungen

Bezüglich der Anzahl der vorherigen Entzugsbehandlungen lagen für 39,3% aller Patienten keine Daten vor. 19,0% der restlichen Stichprobe hatten sich bisher keiner Entzugsbehandlung unterzogen. Weitere 29,3% der Patienten absolvierten eine, 17,3% zwei, 9,6% drei, 5,8% vier und 11,5% fünf bis zehn Entzugsbehandlungen in der Vorgeschichte. Elf bis zwanzig Entzüge wurden bei 5,2% der Patienten und mehr als zwanzig Entzüge wurden bei 2,2% der Patienten durchgeführt.

Die durchschnittliche Anzahl der bisherigen Entzugsbehandlungen beträgt 3,6 ($\pm 7,1$). Männliche und weibliche Patienten unterscheiden sich in der durchschnittlichen Anzahl der bisherigen Entzugsbehandlungen mit 3,9 ($\pm 7,7$) vs. 2,8 ($\pm 4,7$) Entzugsbehandlungen.

Anzahl der stationären Entwöhnungsbehandlungen

54,8% der Patienten (53,4% Männer vs. 59,1% Frauen) begannen die Indexbehandlung, ohne vorher eine andere stationäre Entwöhnungsmaßnahme absolviert zu haben. Eine vorherige Entwöhnungsbehandlung hatten 26,6% der Patienten (27,2% vs. 24,7%) absolviert, zwei Entwöhnungsbehandlungen in der Vorgeschichte wiesen 11,6% (11,6% vs. 11,8%) auf, drei Entwöhnungsbehandlungen 4,6% (4,9% vs. 3,7%) sowie mehr als drei Entwöhnungsbehandlungen 2,4% (2,9% vs. 0,7%). Für 28,2% 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 41,6% aller Patienten regulär entlassen (40,3% der Männer vs. 45,7% der Frauen). Vorzeitig auf ärztliche bzw. therapeutische Veranlassung wurden 14,4% (14,7% vs. 13,4%) entlassen, vorzeitig mit ärztlichem bzw. therapeutischem Einverständnis 3,2% (2,7% vs. 4,5%). 19,5% der Patienten (20,4% vs. 16,9%) beendeten die Behandlung ohne ärztliches bzw. therapeutisches Einverständnis, eine disziplinarische Entlassung wurde in 7,1% (7,5% vs. 6,0%) der Fälle vorgenommen. 12,1% aller Patienten (12,4% vs. 11,5%) beendeten die Behandlung mit einem planmäßigen Wechsel in eine andere Behandlungsform, für 2,0% (1,9% vs. 2,1%) wurde als Entlassart eine außerplanmäßige Verlegung bzw. ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung dokumentiert. 2 Patienten (0,1%) verstarben im Behandlungszeitraum.

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 71,3% aller Patienten gegeben. Bei den Männern betrug der Anteil planmäßiger Entlassungen 70,1%, bei den Frauen 75,1%.

Frauen schließen demnach die Behandlung im Vergleich zu Männern häufiger planmäßig, während Männer sie häufiger vorzeitig abbrechen oder irregulär entlassen werden.

Behandlungsdauer

Die Verteilung der Behandlungsdauern (Entwöhnungsbehandlung Phase 1 ohne Adaption) ist in Tabelle 17 dargestellt. In die Berechnungen gingen die Daten von 17 der 18 beteiligten Einrichtungen ein. Die Behandlungsdauer betrug für alle Patienten im Schnitt 105,6 Tage ($\pm 61,8$ Tage). Männer erreichten mit durchschnittlich 105,3 ($\pm 62,5$ Tage) annähernd

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

Anzahl der Entzugsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
elf bis zwanzig Entzugsbehandlungen	90	5,4%	27	4,7%	117	5,2%
mehr als zwanzig Entzugsbehandlungen	44	2,6%	6	1,0%	50	2,2%
Zusammen	1678	100,0%	575	100,0%	2253	100,0%
Mittelwert $\pm$ Standardabweichung	3,9 $\pm$ 7,7 Entzugsbehandlungen		2,8 $\pm$ 4,7 Entzugsbehandlungen		3,6 $\pm$ 7,1 Entzugsbehandlungen	
keine Daten	1112	39,9%	349	37,8%	1461	39,3%
Alle Datensätze	2790	100,0%	924	100,0%	3714	100,0%

Tabelle 15: Anzahl der stationären Entwöhnungsbehandlungen

Anzahl der bisher durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
bisher noch keine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt	1071	53,4%	390	59,1%	1461	54,8%
bisher eine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt	545	27,2%	163	24,7%	708	26,6%
bisher zwei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt	232	11,6%	78	11,8%	310	11,6%
bisher drei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt	99	4,9%	23	3,7%	122	4,6%
bisher mehr als drei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt	58	2,9%	6	0,9%	64	2,4%
Zusammen	2005	100,0%	660	100,0%	2665	100,0%
Mittelwert $\pm$ Standardabweichung	0,8 $\pm$ 1,1 Entwöhnungsbehandlungen		0,6 $\pm$ 0,9 Entwöhnungsbehandlungen		0,7 $\pm$ 1,1 Entwöhnungsbehandlungen	
keine Daten	785	28,1%	264	28,6%	1049	28,2%
Alle Datensätze	2790	100,0%	924	100,0%	3714	100,0%

Tabelle 16: Art der Beendigung

Art der Beendigung	Männer		Frauen		Gesamt	
regulär nach Beratung/ Behandlungsplan	1124	40,3%	422	45,7%	1546	41,6%
vorzeitig auf ärztlich/ therapeutische Veranlassung	410	14,7%	124	13,4%	534	14,4%
vorzeitig mit ärztlichem/ therapeutischem Einverständnis	76	2,7%	42	4,5%	118	3,2%
vorzeitig ohne ärztliches/ therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klienten	569	20,4%	156	16,9%	725	19,5%
disziplinarisch	210	7,5%	55	6,0%	265	7,1%
außerplanmäßige Verlegung/ außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	54	1,9%	19	2,1%	73	2,0%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	345	12,4%	106	11,5%	451	12,1%
verstorben	2	0,1%	0	0,0%	2	0,1%
Zusammen	2790	100,0%	924	100,0%	3714	100,0%
Planmäßiger Abschluss	1955	70,1%	694	75,1%	2649	71,3%

Tabelle 17: Behandlungsdauer (Daten aus 17 von 18 Einrichtungen)

Behandlungsdauer	Männer		Frauen		Gesamt	
bis 28 Tage (4 Wochen)	406	15,5%	112	12,6%	518	14,8%
bis 42 Tage (6 Wochen)	178	6,8%	53	6,0%	231	6,6%
bis 56 Tage (8 Wochen)	167	6,4%	74	8,3%	241	6,9%
bis 84 Tage (12 Wochen)	280	10,7%	91	10,2%	371	10,6%
bis 112 Tage (16 Wochen)	360	13,8%	156	17,6%	516	14,7%
bis 140 Tage (20 Wochen)	276	10,5%	106	11,9%	382	10,9%
bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate)	704	26,9%	223	25,1%	927	26,4%
über 6 Monate	247	9,4%	73	8,2%	320	9,1%
Zusammen	2618	100,0%	888	100,0%	3506	100,0%
Behandlungsdauer	105,3 ± 62,5 Tage		106,5 ± 59,6 Tage		105,6 ± 61,8 Tage	
Behandlungsdauer bei regulärer Entlassung	138,9 ± 46,3 Tage		134,2 ± 46,1 Tage		137,6 ± 46,2 Tage	
Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung	125,7 ± 56,0 Tage		119,6 ± 57,0 Tage		124,1 ± 56,3 Tage	

gleich lange Behandlungszeiten wie Frauen mit durchschnittlich 106,5 Tagen (± 59,6 Tage).

Legt man für die Berechnung nur die regulären Entlassungen zugrunde, ergibt sich eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 137,6 Tagen (± 46,2 Tage). Die durchschnittliche Behandlungsdauer regulär entlassener Männer und Frauen wiesen mit 138,9 Tagen (± 46,3 Tage) bzw. 134,2 (± 46,1 Tage) keinen bedeutsamen Unterschied auf.

Werden die planmäßigen Entlassungen als Grundlage herangezogen, ergeben sich die folgenden durchschnittlichen Behandlungsdauern: 124,1 (± 56,3 Tage) für alle Patienten, 125,7 (± 56,0 Tage) für Männer sowie 119,6 (± 57,0 Tage) für Frauen.

Der größte Teil der Patienten (26,4%) beendete die Behandlung nach 20 bis 26 Wochen, 14,8% wurden innerhalb der ersten vier Wochen, 6,6% bis zur sechsten Woche und weitere 6,9% bis zur achten Woche entlassen. 10,6% aller Patienten blieben zwischen acht und zwölf Wochen in der Einrichtung und bei 25,6% dauerte die Behandlung zwischen 13 und 20 Wochen. Eine Behandlungsdauer von mehr als sechs Monaten hatten 9,1% der Patienten.

Erwerbs- und Wohnsituation zum Betreuungsende

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

Zum Zeitpunkt der Entlassung besaßen 1,3% der Patienten einen Ausbildungsplatz, 14,1% waren Arbeiter, Angestellte oder Beamte. 0,3% waren als Selbständige oder Freiberufler tätig, 0,2% galten als sonstige Erwerbspersonen, 0,3% be-

fanden sich in beruflicher Rehabilitation und 1,0% waren in Elternzeit oder längerfristigem Krankenstand. 72,1% aller Patienten waren bei Behandlungsende arbeitslos, wobei 52,2% Arbeitslosengeld II und 19,9% Arbeitslosengeld I erhielten. Weitere 1,2% waren Schüler oder Studenten, 0,4% waren Hausfrau/Hausmann, 2,9% waren Rentner bzw. Pensionäre und 6,3% wurden als sonstige Nichterwerbspersonen kodiert. Für 1,0% aller Patienten lagen keine Daten vor.

Zur Wohnsituation zum Betreuungsende gaben 49,6% der Patienten an, selbstständig zu wohnen, 26,2% wohnten bei anderen Personen und 2,7% gingen in ambulant betreutes Wohnen, 11,6% wechselten in eine (Fach-)Klinik bzw. stationäre Rehabilitationseinrichtung. Weitere 2,7% zogen in ein Wohnheim oder Übergangswohnheim, 0,3% mussten eine Haftstrafe antreten bzw. fortsetzen. 0,3% gingen nach der Entlassung in eine Notunterkunft oder Übernachtungsstelle, 1,5% hatten eine sonstige Unterkunft und 5,1% waren ohne Wohnung. Für 22,6% fehlten entsprechende

Tabelle 18: Erwerbs- und Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende

Erwerbs-situation am Tag nach Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
Auszubildender	34	1,2%	13	1,4%	47	1,3%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	411	14,9%	108	11,8%	519	14,1%
Selbständiger / Freiberufler	10	0,4%	2	0,2%	12	0,3%
Sonstige Erwerbspersonen	6	0,2%	0	0,0%	6	0,2%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	8	0,3%	2	0,2%	10	0,3%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	17	0,6%	20	2,2%	37	1,0%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	556	20,1%	176	19,2%	732	19,9%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	1435	52,0%	484	52,9%	1919	52,2%
Schüler / Student	25	0,9%	18	2,0%	43	1,2%
Hausfrau / Hausmann	1	0,0%	12	1,3%	13	0,4%
Rentner / Pensionär	65	2,4%	42	4,6%	107	2,9%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	88	3,2%	16	1,7%	104	2,8%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	106	3,8%	22	2,4%	128	3,5%
Zusammen	2762	100,0%	915	100,0%	3677	100,0%
keine Daten	28	1,0%	9	1,0%	37	1,0%

Daten. Im Vergleich zwischen Männern und Frauen zeigt sich, dass Frauen nach einer Reha-Maßnahme häufiger selbstständig wohnen (59,1% vs. 46,8%), während Männer öfter angeben, bei anderen Personen zu wohnen (27,7% vs. 21,0%). Außerdem wechselten Männer mit 12,4% etwas häufiger nach Behandlungsende in eine Fachklinik oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme als Frauen mit 8,7%.

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 85,5% (86,0% Männer vs. 83,9% Frauen) als arbeitsfähig und 12,9% (12,5% vs. 14,2%) als arbeitsunfähig entlassen. Bei 0,6% der Patienten (0,4% vs. 1,3%) war eine Beurteilung nicht erforderlich. Die Kodierung „Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen“ wurde bei 0,4% der Patienten (0,5% vs. 0,2%) verwendet. Bei 0,6% aller Patienten waren keine Daten zur Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende kodiert (0,7% vs. 0,3%).

Bezogen auf die Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Betreuungsende wurden 93,3% (93,4% vs. 92,6%) mit einer Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“ entlassen. Bei weiteren 2,8% (2,7% vs. 3,2%) wurde eine Leistungsfähigkeit von „3 bis unter 6 Stunden“ und bei 7,8% der Patienten (6,5% vs. 12,4%) eine Leistungsfähigkeit von „unter 3 Stunden“ kodiert. Bei 2,6% der Patienten (2,3% vs. 3,7%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 1,1% (1,0% vs. 1,5%) fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Die Betrachtung der allgemeinen Leistungsfähigkeit bei Betreuungsende zeigt ein noch besseres Ergebnis mit einem Anteil von 93,3% (Männer: 93,4% vs. Frauen: 92,6%) in der Kategorie Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“. Bei 2,9% (2,9% vs. 2,9%) wurde eine Leistungsfähigkeit von „3 bis unter 6 Stunden“ und bei weiteren 2,9% (2,6% vs. 3,9%) eine Leistungsfähigkeit „unter 3 Stunden“ kodiert. Bei 1,0% der Patienten (1,1% vs. 0,7%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 1,0% (0,9% vs. 1,3%) fehlten die Angaben zur Leistungsfähigkeit.

noch Tabelle 18: Erwerbs- und Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende

Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
Selbstständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus)	1038	46,8%	386	59,1%	1424	49,6%
Bei anderen Personen	616	27,7%	137	21,0%	753	26,2%
Ambulant Betreutes Wohnen	64	2,9%	14	2,1%	78	2,7%
(Fach)-Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	275	12,4%	57	8,7%	332	11,6%
Wohnheim / Übergangswohnheim	57	2,6%	20	3,1%	77	2,7%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	8	0,4%	0	0,0%	8	0,3%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	9	0,4%	1	0,2%	10	0,3%
ohne Wohnung	117	5,3%	30	4,6%	147	5,1%
sonstiges	36	1,6%	8	1,2%	44	1,5%
Zusammen	2220	100,0%	653	100,0%	2873	100,0%
keine Daten	570	20,4%	271	29,3%	841	22,6%

Tabelle 19: Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit im letzten Beruf und Leistungsfähigkeit allgemein bei Betreuungsende (Daten aus 16 von 18 Einrichtungen)

Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
arbeitsfähig	1874	86,0%	507	83,9%	2381	85,5%
arbeitsunfähig	273	12,5%	86	14,2%	359	12,9%
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen	10	0,5%	1	0,2%	11	0,4%
Beurteilung nicht erforderlich	8	0,4%	8	1,3%	16	0,6%
unbekannt	15	0,7%	2	0,3%	17	0,6%
Zusammen	2180	100,0%	604	100,0%	2784	100,0%
keine Daten	570	20,4%	271	29,3%	841	22,6%

Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
6 Stunden und mehr	1909	88,5%	480	80,7%	2389	86,8%
3 bis unter 6 Stunden	59	2,7%	19	3,2%	78	2,8%
unter 3 Stunden	140	6,5%	74	12,4%	214	7,8%
keine Angabe erforderlich	50	2,3%	22	3,7%	72	2,6%
Zusammen	2158	100,0%	595	100,0%	2753	100,0%
keine Daten	22	1,0%	9	1,5%	31	1,1%

Leistungsfähigkeit allgemein bei Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
6 Stunden und mehr	2018	93,4%	552	92,6%	2570	93,3%
3 bis unter 6 Stunden	62	2,9%	17	2,9%	79	2,9%
unter 3 Stunden	57	2,6%	23	3,9%	80	2,9%
keine Angabe erforderlich	23	1,1%	4	0,7%	27	1,0%
Zusammen	2160	100,0%	596	100,0%	2756	100,0%
keine Daten	20	0,9%	8	1,3%	28	1,0%

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	698	81,9%	33	1,3%	8	1,7%	2	40,0%
arbeitslos	141	16,5%	2391	97,0%	112	23,9%	0	0,0%
nicht erwerbstätig	10	1,2%	36	1,5%	348	74,4%	0	0,0%
berufliche Rehabilitation	3	0,4%	4	0,2%	0	0,0%	3	60,0%
Zusammen	852	100,0%	2464	100,0%	468	100,0%	5	100,0%

2.5 Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019

Im Folgenden werden ausgewählte Variablen der Basisdokumentation 2019 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 19,5% der Patienten einen Arbeitsplatz, 69,8% waren arbeitslos, 10,4% waren nicht erwerbstätig und 0,3% in beruflicher Rehabilitation.

Von 852 Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt einen Arbeitsplatz hatten, standen bei Entlassung noch 81,9% in einem Arbeitsverhältnis. 16,5% waren arbeitslos, 1,2% galten als nicht erwerbstätig und 0,4% hatten eine berufliche Rehabilitation begonnen.

Arbeitslos waren bei Behandlungsbeginn 2464 Patienten. Hiervon hatten bei Entlassung 1,3% einen neuen Arbeitsplatz, 97,0% waren nach wie vor arbeitslos, 1,5% waren nicht erwerbstätig und 0,2% traten eine berufliche Rehabilitation an.

Von 263 bei Aufnahme nicht erwerbstätigen Patienten waren nach Abschluss der Behandlung 1,7% im Besitz eines Arbeitsplatzes, 23,9% waren arbeitslos gemeldet, keiner in beruflicher Rehabilitation und 74,4% waren weiterhin nicht erwerbstätig.

5 Patienten hatten die Behandlung aus einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme heraus begonnen, die von 60,0% nach der Entlassung fortgeführt wurde,

Tabelle 21: Arbeitsfähigkeit unmittelbar vor Betreuungsbeginn und bei Betreuungsende (nur vorhandene Fälle ohne Berücksichtigung fehlender Daten; Daten von 16 von 18 Einrichtungen)

Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende	Arbeitsfähigkeit unmittelbar vor Betreuungsbeginn					
	arbeitsfähig		arbeitsunfähig		Gesamt	
arbeitsfähig	1550	93,3%	790	77,2%	2340	87,2%
arbeitsunfähig	112	6,7%	233	22,8%	345	12,8%
Gesamt	1662	100,0%	1023	100,0%	2685	100,0%

während bei 40,0% ein Arbeitsplatz vorhanden war.

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. In die Be-

rechnung gingen die Daten von 16 der 18 Kliniken ein.

Bei Entlassung aus der Behandlung waren 87,2% arbeitsfähig und 12,8% waren arbeitsunfähig.

Von 1662 Patienten, die bei Behandlungsbeginn arbeitsfähig waren, waren dies auch 93,3% bei Behandlungsende und 6,7% waren arbeitsunfähig.

Von 1023 Patienten, die bei der Aufnahme als arbeitsunfähig beurteilt wurden, waren bei Entlassung 77,2% arbeitsfähig und 22,8% 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 22: Psychische Komorbidität – Anzahl an weiteren F-Diagnosen F0 bis F9

Psychische Komorbidität F0 bis F9	Männer		Frauen		Gesamt	
Keine F-Diagnose	1422	51,0%	366	39,6%	1788	48,1%
Eine F-Diagnose	880	31,5%	313	33,9%	1193	32,1%
Zwei F-Diagnosen	352	12,6%	159	17,2%	511	13,8%
Drei F-Diagnosen	110	3,9%	62	6,7%	172	4,6%
Vier F-Diagnosen	24	0,9%	20	2,2%	44	1,2%
Fünf F-Diagnosen	2	0,1%	2	0,2%	4	0,1%
Sechs F-Diagnosen	0	0,0%	2	0,2%	2	0,1%
Zusammen	2790	100,0%	924	100,0%	3714	100,0%

Tabelle 22 gibt eine Übersicht über die Verteilung psychischer Komorbidität in Abhängigkeit vom Geschlecht. Bei der Berechnung der psychischen Komorbidität wurden die Diagnosen F1x.xx (Störungen durch psychotrope Substanzen), F50 (Essstörungen), F55 (Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen) und F63.0 (Pathologisches Spielen) nicht berücksichtigt.

48,1% aller Patienten haben neben der Hauptdiagnose keine zusätzliche psychische Diagnose (F-Diagnose), wobei ein geschlechtsspezifischer Unterschied mit 51,0% bei Männern vs. 39,6% bei Frauen vorhanden ist. Dies bedeutet, dass 49,0% der Männer und 60,4% der Frauen neben der Hauptdiagnose mindestens eine Diagnose zur psychischen Komorbidität haben. 32,1% aller Patienten (Männer: 31,5% vs. Frauen: 33,9%) hatten eine, 13,8% (12,6% vs. 17,2%) zwei, 4,6% (3,9% vs. 6,7%) drei und 1,2% (0,9% vs. 2,2%) vier psychische Diagnosen. Fünf Diagnosen hatten 0,1% (0,1% vs. 0,2%) und sechs Diagnosen hatten 0,1% (0,0% vs. 0,2%).

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, 2,5% aus dem Bereich der Angststörungen und 13,0% 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 688 Patienten aus Tabelle 23 mit mindestens einer Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen liegt der Anteil bezogen auf alle Männer der Stichprobe bei 16,7% vs. 24,1% bezogen auf alle Frauen der Stichprobe. Für die 93 Patienten mit mindestens einer Angststörung liegen die Anteile bei 2,2% bei den Männern vs. 3,4% bei den Frauen und für die 484 Patienten mit

Tabelle 23: Psychische Komorbidität: Differenzierung der Diagnose

	Depression		Angststörung		Persönlichkeitsstörung	
	F32, F33, F34.1		F40, F41		F60, F61	
keine entsprechende F-Diagnose	3026	81,5%	3621	97,5%	3230	87,0%
mind. eine Diagnose	688	18,5%	93	2,5%	484	13,0%
Gesamt	3714	100,0%	3714	100,0%	3714	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	465	16,7%	62	2,2%	284	10,2%
Gesamt N Männer	2790	100,0%	2790	100,0%	2790	100,0%
Anteil bei Frauen	223	24,1%	31	3,4%	200	21,6%
Gesamt N bei Frauen	924	100,0%	924	100,0%	924	100,0%

Tabelle 25: Art der Therapiebeendigung und Behandlungsdauer in Tagen in Abhängigkeit von der Anzahl der F-Diagnosen (ohne Suchtdiagnosen; Daten aus 17 von 18 Einrichtungen)

Behandlungsdauer	Art der Therapiebeendigung		
in Tagen	Alle Entlassungen	Reguläre Entlassungen	Planmäßige Entlassungen
	N = 3506	N = 1488	N = 2514
keine F-Diagnose	105,3	136,0	122,6
eine F-Diagnose	105,1	137,1	123,8
zwei F-Diagnosen	110,2	143,0	130,5
drei F-Diagnosen	99,6	139,4	123,3
vier F-Diagnosen	108,4	149,9	124,7
fünf F-Diagnosen	50,0	56,0	32,5
sechs F-Diagnosen	133,0	133,0	133,0
Gesamt	105,6	137,6	124,1

mindestens einer Persönlichkeitsstörung bei 10,2% bei den Männern vs. 21,6% bei den Frauen.

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

Bei Betrachtung aller Entlassungen mit N = 3506 Patienten liegt die mittlere Behandlungsdauer bei 105,6 Tagen. Liegt neben der Hauptdiagnose keine weitere psychische Diagnose vor, so liegt die mittlere Behandlungsdauer bei 105,3 Tagen. Diese verändert sich bei Vorliegen einer psychischen Komorbidität mit 105,1 Tagen nicht. Bei zwei komorbiden psychischen Diagnosen steigt die mittlere Behandlungsdauer auf 110,2 Tage an. Da der Anteil der Fälle ab drei komorbi-

den Diagnose insgesamt unter fünf Prozent liegt, ist die stark schwankende durchschnittliche Behandlungsdauer (99,6 Tage bei drei psychischen Komorbiditäten, 108,4 Tage bei vier Komorbiditäten, 50,0 Tage bei fünf Komorbiditäten und 133,0 Tage bei sechs Komorbiditäten) vermutlich auf Verzerrungen durch einzelne vorzeitige Behandlungsabbrüche zurückzuführen. Schaut man auf die durchschnittlichen Behandlungstage der regulären Beender so ist zu erkennen, dass sich, mit Ausnahme der 4 Personen mit fünf komorbiden Diagnosen, die mittlere Behandlungsdauer aller Gruppen dem Gesamtmittel von 137,6 Tagen annähert (längste durchschnittliche Behandlungsdauer 149,9 Tage bei vier komorbiden Diagnosen, niedrigste durchschnittliche Behandlungsdauer 133,0

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 = 1788	N = 1113	N = 688	N = 93	N = 484
regulär nach Beratung/Behandlungsplan	41,8%	41,4%	48,8%	53,8%	35,5%
vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung	14,9%	13,9%	10,9%	14,0%	18,4%
vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis	3,4%	3,0%	3,3%	5,4%	2,7%
vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch Klienten	18,6%	20,4%	16,1%	12,9%	20,5%
disziplinarisch	6,7%	7,6%	6,5%	2,2%	9,7%
außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1,5%	2,4%	3,5%	2,2%	2,3%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	13,0%	11,3%	10,8%	9,7%	10,7%
verstorben	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%
planmäßige Entlassung	73,2%	69,6%	73,8%	82,8%	67,4%

Tabelle 27: Psychische Komorbidität: Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende (nur Kategorien arbeitsfähig und arbeitsunfähig) (Daten aus 16 von 18 Einrichtungen)

Psychische Komorbidität	keine F-Diagnose	mind. eine F-Diagnose	Depression (≥ 1)	Angststörung (≥ 1)	Persönlichkeitsstörung (≥ 1)
Arbeitsfähigkeit	N = 1366	N = 1375	N = 485	N = 42	N = 353
arbeitsfähig	90,7%	83,1%	79,0%	83,3%	85,6%
arbeitsunfähig	9,3%	16,9%	21,0%	16,7%	14,4%

Tage bei sechs komorbiden Diagnosen). Diese Tendenz verstärkt sich noch, wenn man nur die durchschnittliche Behandlungsdauer der planmäßig Entlassenen der Gruppen, ohne die Gruppe mit fünf komorbiden Diagnosen, vergleicht (längste durchschnittliche Behandlungsdauer 133,0 Tage bei sechs komorbiden Diagnosen, niedrigste durchschnittliche Behandlungsdauer 122,6 Tage bei keiner komorbiden Diagnosen).

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

Patienten mit mind. einer psychischen Diagnose beendeten prozentual fast genauso häufig die Therapie regulär wie Patienten ohne psychische Komorbidität (41,4% vs. 41,8%). Planmäßig beendeten die Behandlung prozentual etwas mehr Patienten ohne psychische Komorbidität,

als solche mit mindestens einer weiteren psychischen Diagnose (73,2% vs. 69,6%).

Betrachtet man die einzelnen Diagnosegruppierungen, so zeigen sich jedoch Unterschiede. Den höchsten Anteil planmäßiger Entlassungen finden sich beim Vorliegen mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Angststörungen mit 82,8%, gefolgt von 73,8% der Patienten mit einer Depressionsdiagnose und 67,4% bei mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Regulär beenden die Behandlung am häufigsten Patienten mit mind. einer Angstdiagnose (53,8%), gefolgt von Patienten mit mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Depressionen (48,8%). Lediglich 35,5% der Patienten mit mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen beendeten die Behandlung regulär. Im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen und den Patienten ohne weitere

re F-Diagnose brachen Patienten mit mind. einer Persönlichkeitsstörungsdiagnose häufiger die Behandlung ab (20,5%) und wurden häufiger vorzeitig auf ärztliche Veranlassung (18,4%) oder disziplinarisch (9,7%) entlassen.

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 90,7% zeigt sich bei Patienten ohne psychische Komorbidität. Patienten mit mind. einer psychischen Diagnose werden mit 83,1% geringer arbeitsfähig entlassen. Bei Betrachtung der einzelnen Diagnosegruppierungen ergibt sich, dass Patienten mit dem Vorliegen mind. einer Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit 85,6% am häufigsten als arbeitsfähig entlassen werden, gefolgt von 83,3% mit mind. einer Angststörung. Patienten mit einer Depressionsdiagnose werden zu 79,0% arbeitsfähig entlassen.

2.7 Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019

In den Tabelle 28 und 29 ist eine altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019 des Fachverbandes Sucht e. V. dargestellt. Zur einfacheren Betrachtung sind jeweils Items-bezogen die Datensätze um die unterschiedlichen „Missing-Data“ bereinigt. Als Stichprobe wurden die Daten aller 18 Einrichtungen mit N = 3714 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 74,8%, in der Altersgruppe der „26-40 Jahre“ nimmt er leicht zu (76,1) und liegt in der Altersgruppe der Patienten „über 40 Jahre“ mit 72,5% am niedrigsten.

Partnerbeziehung: 73,3% der Patienten bis 25 Jahre geben an, keine feste Partnerschaft zu haben, gegenüber 62,8% der 26 bis 40 Jährigen und 58,6% der über 40 Jährigen. In der Gruppe der über 40 Jährigen ist der relative Anteil mit ei-

ner festen Beziehung mit 41,4% damit am größten.

Schulabschluss: Insgesamt 15,3% der bis 25 Jährigen haben noch keinen Schulabschluss erreicht, wohingegen es bei den 26 bis 40 Jährigen noch 12,1% und bei den über 40 Jährigen 8,3% sind. Lediglich 10,5% der bis 25 Jährigen verfügen über die Fachhochschul- bzw. Hochschulreife bzw. Abitur, gegenüber 12,1% der 26 bis 40 Jährigen und 20,8% der über 40 Jährigen.

Ausbildungsabschluss: Insgesamt 73,3% der bis 25 Jährigen haben bisher noch keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen oder jemals begonnen, während dies bei den 26-40 Jährigen bei 41,7% und bei den über 40 Jährigen nur bei 25,0% der Fall war. 6,9% der bis 25 Jährigen befanden sich zu Behandlungsbeginn in einer Hochschul- oder Berufsausbildung, sowie 0,7% der 26-40 Jährigen und 0,2% der Patienten über 40 Jahre. Zusammengefasst hatten 19,8% der bis 25 Jährigen einen qualifizierten Berufsabschluss erreicht, verglichen mit 57,7% der 26-40 Jährigen und 74,9% der über 40 Jährigen.

Erwerbssituation am Tag vor dem Betreuungsbeginn: In der Altersgruppe der 26 bis 40 Jährigen ist die Arbeitslosigkeit mit 72,3 % am höchsten, 19,0 % haben einen Arbeitsplatz und 8,6 % sind nicht erwerbstätig. Demgegenüber sind bei den bis zu 25 Jährigen 62,7% arbeitslos, 17,8 % haben einen Arbeitsplatz, 19,2 % sind nicht erwerbstätig und 0,3% in beruflicher Rehabilitation. In der Altersgruppe der über 40 Jährigen sind 56,8% arbeitslos, 26,7% haben einen Arbeitsplatz, 16,4% sind nicht erwerbsfähig und 0,2% befinden sich in beruflicher Rehabilitation.

Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende: Insgesamt zeigt sich, dass der relative Anteil der arbeitslosen Patienten in jeder Altersgruppe zunimmt. So sind 69,1 % der bis 25 Jährigen, 77,5 % der 26 bis 40 Jährigen und 59,4 % der über 40 Jährigen am Tag nach Betreuungsende arbeitslos. Demgegenüber haben 13,8 % der bis zu 25 Jährigen, 15,4% der 26 bis 40 Jährigen und 26,0 % der über 40 Jährigen einen Arbeitsplatz. Nicht erwerbstätig sind 16,7 % der bis 25 Jährigen, 6,9 % der 26 bis 40 Jährigen und 14,4% der über 40 Jährigen. In beruflicher Rehabilitation befanden sich in diesen drei Altersgruppen 0,4 % bzw. 0,2 % bzw. 0,2 % der Patienten.

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 = 964	N = 2088	N = 662
männlich	74,8%	76,1%	72,5%
weiblich	25,2%	23,9%	27,5%
Partnerbeziehung	N = 894	N = 1958	N = 631
keine Partnerschaft	73,3%	62,8%	58,6%
in Partnerschaft	26,7%	37,2%	41,4%
Schulabschluss	N = 948	N = 2065	N = 654
Derzeit in Schulausbildung	0,3%	0,0%	0,0%
ohne Schulabschluss abgegangen	15,0%	12,1%	8,3%
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	38,8%	41,8%	33,8%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	34,0%	31,8%	35,5%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	10,5%	12,1%	20,8%
Anderer Schulabschluss	1,4%	2,1%	1,7%
Ausbildungsabschluss	N = 929	N = 2042	N = 638
noch keine Ausbildung begonnen	24,9%	11,2%	3,8%
Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	6,9%	0,7%	0,2%
Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	48,4%	30,5%	21,2%
Betrieblicher Berufsabschluss	18,4%	52,3%	62,7%
Meister / Techniker	0,5%	1,1%	2,0%
Akademischer Abschluss	0,1%	2,2%	7,7%
Anderer Berufsabschluss	0,8%	2,1%	2,5%
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	N = 956	N = 2077	N = 660
Arbeitsplatz vorhanden	17,8%	19,0%	26,7%
arbeitslos	62,7%	72,3%	56,8%
nicht erwerbstätig	19,2%	8,6%	16,4%
in beruflicher Rehabilitation	0,3%	0,0%	0,2%
Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende	N = 951	N = 2071	N = 655
Arbeitsplatz vorhanden	13,8%	15,4%	26,0%
arbeitslos	69,1%	77,5%	59,4%
nicht erwerbstätig	16,7%	6,9%	14,4%
in beruflicher Rehabilitation	0,4%	0,2%	0,2%

Vermittlung: Der häufigste Vermittler in allen drei Altersgruppen sind die ambulanten Suchthilfeeinrichtungen mit Anteilen von 53,7% in der Altersgruppen der bis 25 Jahren, 62,1% der Patienten mit einem Alter zwischen 26 bis 40 Jahren und 64,4% der über 40 Jährigen. Deutliche Unterschiede zeigen sich bezüglich der Vermittlung durch psychiatrische Krankenhäuser, die in der Gruppe der bis 25 Jährigen 23,2% der Fälle ausmachen, aber nur 12,3% bei den 26 bis 40

Jährigen und nur 10,4% bei den über 40 Jährigen. Vermittlungen durch Polizei, Justiz und die Bewährungshilfe geschehen am häufigsten in der Altersgruppe der 26 bis 40 Jährigen (6,5%), gefolgt von den über 40 Jährigen (5,2%) und den bis 25 Jährigen (3,6%).

Kosten- und Leistungsträger: Bei den Kostenträgern zeigen sich keine Unterschiede betrachtet auf die Rangfolge. So ist in allen drei Altersgruppen die Rentenver-

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 = 950	N = 2076	N = 657
Keine / Selbstmelder	0,0%	2,5%	3,5%
Allgemeines Krankenhaus	3,1%	2,2%	1,8%
Einrichtung der Akutbehandlung	5,3%	4,4%	2,9%
Psychiatrisches Krankenhaus	23,2%	12,3%	10,4%
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	53,7%	62,1%	64,4%
Polizei / Justiz / Bewährungshilfe	3,6%	6,5%	5,2%
Sonstige	11,3%	10,0%	11,9%
Kosten-/Leistungsträger (Mehrfachnennungen möglich)	N = 964	N = 2088	N = 662
Rentenversicherung	67,0%	86,3%	90,5%
Krankenversicherung	25,8%	10,5%	7,6%
sonstige Kosten-/Leistungsträger	7,2%	3,3%	2,0%
Hauptdiagnose	N = 964	N = 2087	N = 662
Störungen durch Opioide F11.XX	3,7%	7,1%	18,7%
Störungen durch Cannabinoide F12.XX	43,8%	27,9%	11,5%
Störungen durch Kokain F14.XX	2,0%	6,1%	6,6%
Störungen durch sonstige Stimulantien einschl. Koffein F15.XX	23,9%	29,0%	12,5%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen F19.XX	17,7%	18,5%	11,9%
sonstige F1X.XX Diagnosen	8,9%	11,4%	38,7%
Behandlungsdauer	N = 964	N = 2088	N = 662
	96,2 ± 66,4 Tage	104,7 ± 66,1 Tage	89,0 ± 56,2 Tage
Behandlungsdauer bei regulärer Entlassung	N = 312	N = 867	N = 2367
	140 ± 50,3 Tage	141,01 ± 50,9 Tage	105,7 ± 48,5 Tage
Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung	N = 609	N = 1519	N = 521
	120,5 ± 63,0 Tage	123,6 ± 61,3 Tage	97,7 ± 54,7 Tage
Art der Behandlungsbeendigung	N = 964	N = 2088	N = 662
Anteil mit regulärer Entlassung	32,4%	41,5%	55,4%
Anteil mit planmäßiger Entlassung	63,2%	72,7%	78,7%

sicherung mit 67,0% bei den bis 25 Jährigen, mit 86,3% bei den 26 bis 40 Jährigen und 90,5% bei den über 40 Jährigen am häufigsten vertreten. Die Krankenversicherung als Kostenträger für die stationäre Rehabilitation ist bei den bis 25 Jährigen mit 25,8% vertreten, niedri-

ger bei den beiden anderen Altersgruppen (10,5% bei den 26 bis 40 Jährigen und 7,6% bei den über 40 Jährigen). Vermutlich waren viele der bis 25 Jährigen noch nicht lange genug berufstätig, sodass die Krankenkasse zum Kostenträger wird.

Hauptdiagnose: Hier zeigen sich Unterschiede bezüglich der Verteilung. So wurden in der Gruppe der über 40 Jährigen mit 38,7% am häufigsten sonstige substanzgebundene Suchtdiagnosen („F1x.xx“), vor allem in Bezug auf Alkohol, vergeben, gefolgt vom „Störungen durch Opioide“ mit 18,4%. Wohingegen die häufigste Diagnose in der Altersgruppe der 26 bis 40 Jährigen mit 29,0% die Diagnose „Störungen durch Stimulantien“ ist, gefolgt von „Störungen durch Cannabinoide“ mit 27,9%. Die am häufigsten gestellte Hauptdiagnose in der Gruppe der bis 25 Jährigen ist mit 43,8% „Störungen durch Cannabinoide“ vor „Störungen durch Stimulantien“ mit 23,%. Die Diagnose „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch“ wurde bei 17,7% bei den bis 25 Jährigen, 18,5% bei den 26 bis 40 Jährigen und 11,9% 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 104,7 Tagen, bei regulärem Abschluss mit 141,0 Tagen und bei planmäßigem Abschluss mit 123,6 Tagen. Danach folgt die Gruppe der bis 25 Jährigen mit durchschnittlich 96,23 Behandlungstagen, 140,0 bei regulärem und 120,5 bei planmäßigem Abschluss. Mit durchschnittlich 89,0 Tagen, 105,7 Tagen bei regulärem und 97,7 Tagen bei planmäßigem Abschluss hatten die über 40 Jährigen durchweg die kürzeste Behandlungsdauer.

Art der Behandlungsbeendigung: Patienten der Altersgruppe über 40 Jahre beenden im Vergleich zu den beiden anderen Altersgruppen mit 55,4% bzw. 78,7% häufiger regulär bzw. planmäßig die Behandlung. Für die Altersgruppen bis 25 Jahre und 26 bis 40 Jahre liegen die Quoten bei 32,4% bzw. 63,2% und 41,5% bzw. 72,7%.

2.8 Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019 mit den Basisdokumentationen 2013 bis 2018

In Tabelle 30 und Tabelle 31 sind jeweils ausgewählte Ergebnisse der Basisdokumentation 2013 bis 2019 im Vergleich dargestellt. Dabei sind jeweils item-bezogen die Datensätze um die fehlenden Daten (missing data) bereinigt.

Tabelle 30: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2019 mit den Basisdokumentationen 2013 bis 2018 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdoku- mentation 2019	Basisdoku- mentation 2018	Basisdoku- mentation 2017	Basisdoku- mentation 2016	Basisdoku- mentation 2015	Basisdoku- mentation 2014	Basisdoku- mentation 2013
Geschlecht	N = 3714	N = 3195	N = 2941	N = 3411	N = 3519	N = 2691	N = 2197
männlich	75,1%	78,3%	81,2%	79,1%	78,8%	78,5%	79,2%
weiblich	24,9%	21,7%	18,8%	20,9%	21,2%	21,5%	20,8%
Alter	N = 3714	N = 3195	N = 2941	N = 3411	N = 3519	N = 2691	N = 2197
	32,6 ± 9,7	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	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 = 3483	N = 3143	N = 2823	N = 3364	N = 3412	N = 2634	N = 2184
alleinstehend	64,7%	65,2%	65,2%	58,9%	61,7%	59,1%	64,8%
zeitweilige Beziehung	35,3% (Neu: in Partnerschaft lebend)	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 = 3667	N = 3154	N = 2874	N = 3323	N = 3391	N = 2595	N = 2153
Derzeit in Schulausbildung	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,3%	0,1%
ohne Schulabschluss	12,2%	13,2%	12,9%	12,0%	13,6%	14,2%	13,4%
Sonderschulabschluss	Kategorie entfällt	Kategorie entfällt	Kategorie entfällt	2,2%	1,6%	2,1%	1,9%
Haupt-/Vollschulabschluss	39,6%	43,3%	42,2%	44,1%	47,1%	46,7%	47,4%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	33,0%	32,2%	33,8%	31,9%	28,6%	29,6%	28,5%
(Fach-)Hochschulreife/ Abitur	13,3%	10,2%	9,7%	9,7%	8,7%	6,5%	7,9%
anderer Schulabschluss	1,8%	1,0%	1,2%	0,1%	0,3%	0,6%	0,7%
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	N = 3693	N = 3148	N = 2817	N = 3323	N = 3348	N = 2604	N = 2169
Arbeitsplatz vorhanden	20,1%	16,8%	17,9%	16,3%	16,3%	15,0%	14,8%
arbeitslos	67,0%	70,8%	72,1%	68,6%	70,2%	71,2%	68,3%
nicht erwerbstätig	12,8%	12,0%	9,7%	14,6%	13,1%	13,2%	16,3%
in beruflicher Rehabilitation	0,1%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,6%	0,7%
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsende	N = 3677 (am Tag nach Betreuungs- ende)	N = 3130 (am Tag nach Betreuungs- ende)	N = 2753 (am Tag nach Betreuungs- ende)	N = 3275	N = 3302	N = 2563	N = 2118
Arbeitsplatz vorhanden	16,9%	13,4%	14,6%	13,6%	11,9%	11,5%	12,0%
arbeitslos	72,1%	77,5%	76,8%	77,1%	78,1%	78,8%	77,5%
nicht erwerbstätig	10,7%	8,7%	8,0%	8,9%	9,6%	8,7%	9,7%
in beruflicher Rehabilitation	0,3%	0,4%	0,6%	0,3%	0,4%	0,9%	0,7%

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

- Der Anteil der männlichen Patienten ist von 2013 bis 2017 auf 81,2% gestiegen, fiel dann aber bis 2019 auf den niedrigsten Stand von 75,1% im Vergleichszeitraum. Demzufolge hat sich der Anteil der weiblichen Patienten seit 2013 vom niedrigsten Stand 2017

mit 18,2% innerhalb von zwei Jahren auf einen Höchststand von 24,9% entwickelt.

- Das durchschnittliche Alter der Patienten bei Behandlungsbeginn ist seit 2014 von durchschnittlich 29,3 im Jahr 2014 auf 32,6 Jahre in 2019 gestiegen.

Tabelle 31: Fortsetzung: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2019 mit den Basisdokumentationen von 2013 bis 2018 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdoku- mentation 2019	Basisdoku- mentation 2018	Basisdoku- mentation 2017	Basisdoku- mentation 2016	Basisdoku- mentation 2015	Basisdoku- mentation 2014	Basisdoku- mentation 2013
vermittelt durch	N = 3653	N = 3159	N = 2856	N = 3363	N = 3425	N = 2631	N = 2047
Suchtberatung	60,8%	59,4%	59,7%	66,9%	68,3%	64,1%	68,5%
Krankenhaus	17,3%	21,1%	21,0%	14,2%	13,9%	12,6%	15,4%
Sozialdienst JVA	5,6 % (Neu: Polizei, Justiz, Bewährungshilfe)	7,5 % (Neu: Polizei, Justiz, Bewährungshilfe)	6,4 % (Neu: Polizei, Justiz, Bewährungshilfe)	5,9%	3,8%	5,7%	3,9%
Kosten-/Leistungsträger	1,7%	0,6%	1,6%	0,9%	0,6%	0,7%	1,7%
sonstige Vermittler	12,0%	9,0%	9,5%	8,4%	10,4%	11,2%	7,9%
ohne Vermittler	2,6%	2,4%	1,8%	3,7%	3,0%	5,7%	2,6%
Kosten-/Leistungsträger (Mehrfachnennungen möglich)	N = 3677	N = 3197	N = 2952	N = 3441	N = 3555	N = 2743	N = 2250
Rentenversicherung	82,8%	82,4%	80,1%	82,4%	81,5%	82,9%	84,6%
Krankenversicherung	14,1%	14,3%	16,8%	14,2%	15,3%	13,2%	11,2%
sonstige Kosten-/Leistungsträger	3,1%	3,3%	3,1%	3,4%	3,2%	3,9%	4,3%
Hauptdiagnose	N = 3714	N = 3174	N = 2941	N = 3411	N = 3519	N = 2691	N = 2197
Störungen durch Opioide F11.XX	8,3%	12,2%	12,4%	13,7%	16,1%	18,7%	21,8%
Störungen durch Cannabinoide F12.XX	29,1%	31,8%	29,0%	30,1%	35,3%	30,5%	26,8%
Störungen durch Kokain F14.XX	5,1%	7,0%	4,8%	5,1%	4,8%	4,6%	5,1%
Störungen durch sonstige Stimulantien einschl. Koffein F15.XX	24,7%	28,6%	29,7%	31,3%	25,0%	26,5%	21,3%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen F19.XX	17,3%	17,0%	19,3%	13,6%	14,0%	12,3%	19,5%
sonstige F1X.XX Diagnosen	15,4%	3,5%	3,9%	4,9%	4,7%	7,4%	5,6%
Behandlungsdauer	N = 3506	N = 3195	N = 2941	N = 3411	N = 3519	N = 2688	N = 2197
	105,6 ± 61,8 Tage	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 = 1546	N = 1235	N = 1053	N = 1154	N = 1211	N = 954	N = 729
	137,6 ± 46,2 Tage	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 = 2649	N = 2184	N = 1937	N = 2226	N = 2228	N = 1728	N = 1416
	124,1 ± 56,3 Tage	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 Behandlungs- beendigung	N = 3506	N = 3195	N = 2941	N = 3411	N = 3519	N = 2691	N = 2197
Anteil mit regulärer Entlassung	41,6%	38,7%	36,4%	33,8%	34,4%	35,5%	33,2%
Anteil mit planmäßiger Entlassung	71,3%	68,4%	67,0%	65,3%	63,3%	64,2%	64,5%

- 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 2019 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 und 2018). Die folgenden Vergleiche gelten wiederum 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 sonstige Beziehungen.
- Außer in den Jahren 2014 (0,3%) und 2017 (0,2%) befanden sich in jedem Jahrgang des Vergleichszeitraums 0,1% der Patienten zu Behandlungsbeginn in Schulausbildung. Der Anteil der Patienten ohne Schulabschluss schwankt zwischen 12% (2016) und 14,2% (2014). Zwischen 12,0% (2016) und 14,2% (2014) besaßen keinen Schulabschluss. Zwischen 1,6% (2015) und 2,2 (2016) verfügten über einen Sonderschulabschluss. Seit 2017 wird diese Kategorie nicht mehr erhoben. Der Rückgang der Patienten mit einem Hauptschulabschluss setzt sich von 47,4% (2013) auf 39,6% (2019) weiter fort. Während die Anzahl von Patienten, die eine Realschule bzw. Polytechnische Oberschule mit Erfolg besucht hatten, von 28,5% (2013) auf 33,8% (2017) leicht angestiegen ist und sich der Anteil derjenigen mit Hochschulreife bzw. dem Abitur seit 2014 von 6,5% auf 13,3% in 2019 sogar mehr als verdoppelt hat. Zwischen 0,1% (2016) und 1,8% (2019) besaßen einen anderen Schulabschluss.
- Die Quote der Patienten, die bei Therapiebeginn einen Arbeitsplatz hatten, stieg kontinuierlich von 14,8% im Jahr 2013 auf 20,1% im Jahr 2019. Die Quote der zu Behandlungsbeginn 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 Behandlungsbeginn in beruflicher Rehabilitation befand, sank von 0,7% in 2013 auf 0,3 in 2017.
- Der Anteil der Patienten, die zum Betreuungsende hin in einem Arbeitsverhältnis standen, stieg von 11,5% in 2014 auf 16,9% in 2019 stetig an. Die Zahl der arbeitslosen Patienten zum Entlasszeitpunkt geht im Vergleichszeitraum von 78,8% (2014) auf nun 67,0% (2019) zurück. Zwischen 8,0%% (2017) und 10,7% (2019) waren nicht erwerbstätig und zwischen 0,3% (2017, 2019) und 0,9% (2014) wurden bei Entlassung der Kategorie „berufliche Rehabilitation“ zugeordnet.
- Hinsichtlich der vermittelnden Instanz zeigt sich, dass die Mehrzahl der Patienten weiterhindurch eine Suchtberatungsstelle in die stationäre Behandlung vermittelt wurde, obwohl dieser Anteil von 68,5% im Jahr 2013 kontinuierlich auf 59,4% im Jahr 2018 gesunken ist und auch im Entlassjahrgang 2019 nur einen leicht höheren Wert von 60,8% aufwies. 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 zwischen 3,8% (2015) und 7,5% (2018, seit 2017 zusammengefasst als Vermittlungen durch Polizei, Justiz, Bewährungshilfe). Die Vermittlung durch Kosten- bzw. Leistungsträger macht zwischen 0,6% (2015, 2018) und 1,7% (2013, 2019) aus. Die Quote der sonstigen Vermittlungen schwankt im Vergleichszeitraum zwischen dem niedrigsten Wert von 7,9% im Jahr 2013 und dem höchsten Wert von 12,0% im Jahr 2019. 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, ist aber seitdem wieder auf 82,8% in 2019 gestiegen. Demgegenüber nahm der Anteil der Kostenübernahmen durch Krankenversicherungen von 11,2% in 2013 auf 16,8% in 2017 zu und liegt in 2019 bei 14,1%. Sonstige Kosten-/Leistungsträger stellen mit einem Anteil zwischen 3,1% (2017, 2019) und 4,3% (2013) die kleinste Gruppe dar.
- Bei den vergebenen Hauptdiagnosen setzt sich die kontinuierliche Abnahme der „Störungen durch Opioide“ von 21,8% (2013) auf 8,3% (2019) fort. Außer in den Jahren 2016 und 2017 stellen die „Störungen durch Cannabinoide“ im Vergleichszeitraum (Höchststand von 35,3% in 2015) die am häufigsten vergebene Hauptdiagnose dar. Zuletzt auch im Jahr 2019 mit 29,1% vor der Diagnose „Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein“ 24,7% in 2019 (Höchststand mit 31,3% in 2016). Die Vergabe der Diagnose „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen“ wurde in 2019 in 17,3% der Fälle als Hauptdiagnose vergeben (Höchststand 19,5% in 2013).
- Die Hauptdiagnose „Störungen durch Kokain“ wurde zwischen 4,6% (2014) und 7,0% (2018) der Fälle vergeben. Der Anteil der sonstigen F1x.xx-Diagnose als Hauptdiagnose ist im Vergleich zu allen Vorjahren sprunghaft von 3,5% in 2018 auf 15,3% in 2019 angestiegen.
Eine Erklärung könnte das gehäufte Auftreten von Alkoholerkrankungen gerade bei älteren Patienten aus der Gruppe der über 40 Jährigen sein.
- Die durchschnittliche Behandlungsdauer sank zunächst vom höchsten Stand von 109,9 Tagen in 2014 auf 104,7 Tage in 2015 und stieg dann wieder auf 110,1 Tage in 2018 an. Aktuell betrug sie dagegen in 2019 nur noch 105,6 Tage. Betrachtet man nur die regulären Entlassungen, so ist die Zahl der durchschnittlichen Behandlungstage nach dem Höchststand von 153,1 Tagen in 2014 auf 137,6 in 2019 um mehr als zwei Wochen gesunken. Ganz ähnlich verhält es sich bei den planmäßigen Entlassungen, wo die durchschnittlichen Behandlungstage in 2019 mit 124,1 Tagen deutlich unter dem Höchststand von 141,2 in 2014 liegen.
- Der Anteil der Patienten mit regulärer Entlassung hat sich im Vergleichszeitraum fast kontinuierlich von 33,2% im Jahr 2013 auf 41,6 in 2019 erhöht. Der Anteil planmäßiger Entlassungen ist ebenfalls von 63,3 in 2015 und 71,3% in 2019 angestiegen.

3. Ausblick

Mit diesem dreizehnten 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
- Fachverband Sucht e. V. (2019). Basisdokumentation 2018. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e. V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 25, Bonn
- Redline-Data (Hrsg.) (2003). PATFAK, Ahrens-bök

Autorenverzeichnis

- Abu Khatir, M., Leitender Arzt, salus kliniken Hürth, Hürth
- Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Gruppe, Bad Füssing
- Carella, Alessandra, Chefarztin, MEDIAN Klinik Römhild, Römhild
- Erben, Corinna, Psychol. Psychotherapeutin, Therapeutische Leitung, Tannenhof Berlin-Brandenburg e. V., Zentrum I, Berlin
- Domma-Reichart, 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
- Geyer, Dr. Dieter, Ärztlicher Direktor, Johannesbad Fachklinik Holthäuser Mühle, Schmallenberg
- Graudenz, Jürgen, Dipl.-Psych., Direktor, salus klinik Castrop-Rauxel, Castrop-Rauxel
- Kemmann, Dietmar, Ltd. Psychologe, Diakoniekrankenhaus Harz, Elbingerode
- Klein, Dr. Thomas, stellv. Geschäftsführer Fachverband Sucht e. V., Bonn
- Klinge, Pierre, Dipl.-Päd., Ltd. Sozialtherapeut, Klinik Neumühle, Hollstadt
- 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, Baiersbronn-Schönmünzach
- Merker, Dr. Georg, Leitender Arzt, Fachklinik Meckenheim, Meckenheim
- Michaelsen, Göran, Chefarzt, Soteria Klinik Leipzig, Leipzig
- Muhl, Christian, Dipl.-Psych., Direktor, salus klinik Friedberg, Friedberg
- 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 eingehen

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	57392 Schmallenberg-Holthausen
salus klinik Friedberg	61169 Friedberg
Therapiehof Sotterhausen	06542 Allstedt
MEDIAN Klinik Römhild	98630 Römhild
Saaletalklinik Neumühle	97618 Hollstadt
MEDIAN Klinik Mecklenburg	19217 Vitense-Parber
Fachklinik Zur alten Post (Drogen)	72270 Baiersbronn
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., Bick-Dresen, S., Bachmeier, R., Bingel-Schmitz, D., Burger, H., Dahms, M., Fabricius, B., Funke, W., Hackenberg, D., Häberlein, G., Kemmann, D., Klein, T., Kühl, V., Lang, T., Lehmann, S., Link, S., Nels-Lindemann, C., Peters, F., Schmidt, P., Senking, D., Tarllamishaj, A., Urban, K., Weissinger, V., Wulf, F.

Teilband III

Basisdokumentation 2019 – Adaptionseinrichtungen

1.	Einleitung	53
2.	Basisdokumentation 2019 des Fachverbandes Sucht e.V.: Adaption	53
2.1	Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung	53
2.2	Beschreibung der Patienten nach soziodemografischen und Eingangsmerkmalen	54
2.3	Angaben zu Therapievorbereitung und Aufnahme	56
2.4	Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung	57
2.5	Angaben zu Behandlungsverlauf und Behandlungsende	59
2.6	Psychische Komorbidität	62
3.	Zusammenfassung und Ausblick	64
4.	Literatur	65
	Autorenverzeichnis	65
	Liste der Einrichtungen, deren Datensätze in die Auswertung eingingen	66

Teilband III:

Basisdokumentation 2019 – 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 13. Dokumentation in Folge mit ausgewählten Daten zur Adoptionsbehandlung 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 und Therapiepläne,
- qualifizierte Aufnahme- und Entlassungsdokumentationen,
- Rehabilitandenbefragungsbögen 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)	360	31,4%
PATFAK (Redline DATA)	673	58,8%
PaDo (Navacom)	112	9,8%
Zusammen	1145	100,0%

2. Basisdokumentation 2019 des FVS: Adaption

2.1. Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung

Im vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Daten zur stationären medizinischen Rehabilitation suchtmittelabhängiger Rehabilitanden¹, die Adaptionsmaßnahmen in einer Mitgliedseinrichtung des Fachverbandes Sucht e.V. 2019 abgeschlossen haben, vorgestellt. Die Gesamtstichprobe umfasst 1145 Personen aus folgenden 19 Adaptionseinrichtungen: Adaptionseinrichtung der Soteria Klinik Leipzig, Adaptionshaus Berlin, Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH Suchtmedizinisches Zentrum Adaption in Elbingerode, Adaption der Fachklinik Alte Ölmühle in Magdeburg, Adaptionshaus Daun der MEDIAN Kliniken Daun, Johannesbad Adaption Dortmund, Adaption der salus klinik Friedberg, Adaption der salus klinik Friedrichsdorf, Therapiezentrum Speyer, Adaption Maria Stern in Bad Neustadt, Adaption der MEDIAN Klinik Römhild, Adaption- und Nachsorgezentrum Ausweg in Bonn, 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 Wigbertshöhe, Adaption der MEDIAN Klinik Am Waldsee in Rieden.

Es beteiligte sich dieselbe Anzahl von Adaptionseinrichtungen wie im Vorjahr. Die Stichprobe vergrößerte sich um 6,9% gegenüber dem Vorjahr.

Sieben der Adaptionseinrichtungen erfassen die Zahlen mit Erhebungsinstrument IKIS (MEDIAN), neun 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, MEDIAN Kliniken Daun – Am Rosenberg vorgenommen. Ein Rückschluss auf die Daten der einzelnen Mitgliedseinrichtungen bzw. auf einzelne Rehabilitanden 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 zwölf Jahren kaum nennenswerte Verschiebungen zu registrieren. Dies ist umso bemerkenswerter, als neue Einrichtungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten (z.B. mit Schwerpunkt auf der 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 1145 Rehabilitanden waren 223 (19,5%) Frauen und 922 (80,5%) Männer. Das Durchschnittsalter der Frauen und das der Männer sind fast gleich. Das Gesamtdurchschnittsalter betrug 37,9 Jahre. Es wurden jeweils nur 12 Personen (1,0%) mit einem Alter von 60 Jahren und älter bzw. 19 Jahren und jünger behandelt.

Seit vielen Jahren bilden die 20 bis 50 Jahre alten Rehabilitanden die Kerngruppe der Behandelten in den Adaptionseinrichtungen des FVS (82,4%).

Partnerbeziehung

Die Zahlen zur Partnersituation zeigen, dass Rehabilitanden mit einer Partnerschaft in der Minderheit sind. Nur etwas mehr als 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: Nicht ganz drei Viertel der Rehabilitanden leben alleine, Männer häufiger als Frauen. Umgekehrt leben 27,6% mit einem Partner zusammen, Frauen etwa zweimal so häufig wie Männer. Tabelle 4 zeigt die Daten im Detail. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Mehrfachnennungen möglich sind, wenn jemand nicht alleinlebend war.

Zur Wohnsituation vor Aufnahme befragt, gibt nur rund ein Viertel der Rehabilitanden eine eigene Wohnung an. Dabei ist die Wohnsituation oft so belastend und rückfallgefährdend, dass die Patienten Wohnung und Umfeld verlassen müssen. 17,2% der Rehabilitanden waren bei anderen Personen untergekommen

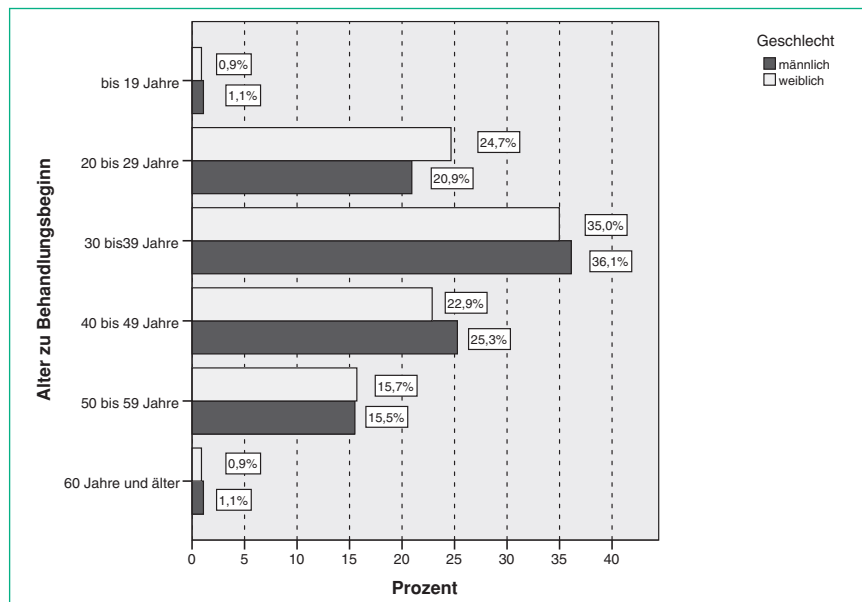


Abb. 1: Altersverteilung zu Behandlungsbeginn

Tabelle 2: Alter und Geschlecht

Altersgruppen	Männer		Frauen		Gesamt	
bis 19 Jahre	10	1,1%	2	0,9%	12	1,0%
20 bis 29 Jahre	193	20,9%	55	24,7%	248	21,7%
30 bis 39 Jahre	333	36,1%	78	35,0%	411	35,9%
40 bis 49 Jahre	233	25,3%	51	22,9%	284	24,8%
50 bis 59 Jahre	143	15,5%	35	15,7%	178	15,5%
60 Jahre und älter	10	1,1%	2	0,9%	12	1,0%
zusammen	922	100,0%	223	100,0%	1145	100,0%
Mittelwert +/- Standardabweichung	38,0 +/- 10,2 Jahre		37,4 +/- 10,2 Jahre		37,9 +/- 10,0 Jahre	

Tabelle 3: Partnerbeziehung

Partnerschaft	Männer		Frauen		Gesamt	
nein	668	75,5%	118	55,1%	786	71,5%
ja	217	24,5%	96	44,9%	313	28,5%
zusammen	885	100,0%	214	100,0%	1099	100,0%
keine Angabe	37	4,0%	9	4,0%	46	4,0%

Tabelle 4: Lebenssituation und Wohnsituation der Patienten zu Betreuungsbeginn

Lebenssituation zu Beginn*	Männer		Frauen		Gesamt	
alleinlebend	642	73,0%	135	63,1%	777	71,1%
lebt zusammen mit						
Partner	62	23,3%	32	43,2%	94	27,6%
Kind(ern)	23	8,9%	15	20,0%	38	11,4%
Eltern(teil)	73	27,9%	12	17,1%	85	25,6%
sonstiger Bezugsperson	25	10,0%	8	11,3%	33	10,2%
sonstiger Person	94	33,2%	16	20,5%	110	30,5%
keine Angabe	43	4,7%	9	4,0%	52	4,5%

noch Tabelle 4: Lebenssituation und Wohnsituation der Patienten zu Betreuungsbeginn

Wohnsituation zu Beginn	Männer		Frauen		Gesamt	
selbständiges Wohnen	221	24,4%	73	33,8%	294	26,2%
bei anderen Personen	121	13,4%	29	13,4%	150	13,4%
ambulant Betreutes Wohnen	9	1,0%	0	0,0%	9	0,8%
(Fach-)Klinik, stationäre Reha	514	56,8%	108	50,0%	622	55,4%
Wohnheim/Übergangsheim	8	0,9%	2	0,9%	10	0,9%
JVA, Maßregelvollzug	16	1,8%	0	0,0%	16	1,4%
Notunterkunft	14	1,5%	3	1,4%	17	1,5%
sonstiges	3	0,3%	1	0,5%	4	0,4%
zusammen	906	100,0%	216	100,0%	1122	100,0%
keine Angabe	16	1,7%	7	3,1%	23	2,0%

* 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
Derzeit in Schulausbildung	3	0,3%	0	0,0%	3	0,3%
ohne Schulabschluss abgegangen	78	8,6%	10	4,6%	88	7,8%
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	392	43,1	80	37,0%	472	42,0%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	309	34,0%	88	40,7%	397	35,3%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	118	13,0%	37	17,1%	155	13,8%
Anderer Schulabschluss	9	1,0%	1	0,5%	10	0,9%
Gesamt	909	100,0%	216	100,0%	1125	100,0%
keine Angaben	13	1,4%	7	3,1%	20	1,7%
höchster Ausbildungsabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
noch keine Ausbildung begonnen	103	11,4%	31	14,5%	134	12,0%
Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	7	0,8%	1	0,5%	8	0,7%
Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	241	26,6%	60	28,0%	301	26,9%
Betrieblicher Berufsabschluss	497	54,9%	105	49,1%	602	53,8%
Meister / Techniker	21	2,3%	1	0,5%	22	2,0%
Akademischer Abschluss	22	2,4%	8	3,7%	30	2,7%
Anderer Berufsabschluss	15	1,7%	8	3,7%	23	2,1%
Gesamt	906	100,0%	214	100,0%	1120	100,0%
keine Angaben	16	1,7%	9	4,0%	25	2,2%

oder sie lebten in einem Übergangsheim, in einer Notunterkunft oder in einer Justizvollzugsanstalt (überwiegende Wohnform in den letzten sechs Monaten).

55,4% 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 Erwerbssituation der Patienten bei Aufnahme

92,0% der Rehabilitanden haben einen Schulabschluss (77,3% einen Haupt- oder Realschulabschluss, 13,8% das (Fach-)Abitur, 0,9% einen anderen Schulabschluss). Ein fehlender Schulabschluss (8,1%) ist also kein vordringlicher Grund für die geringe Beschäftigungsquote der Adaptionpatienten. Auch die fehlende berufliche Bildung (39,6%) kann nicht alleine die hohe Arbeitslosenzahl unter den Rehabilitanden (vgl. Tabelle 6) erklären, denn 60,6% haben einen Berufsabschluss.

Tabelle 6 zeigt weiter, dass insgesamt 8,4% der Rehabilitanden erwerbstätig waren. In dieser Zahl sind 14 Personen (1,2%) 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. 85,6% 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.

Ununterbrochene Arbeitslosigkeit vor Behandlungsbeginn

Bis zur Aufnahme in die Adaption waren 32,6% der Rehabilitanden bis zu einem Jahr, 47,1% ein bis drei Jahre, 6,7% drei bis fünf Jahre, 6,9% fünf bis zehn Jahre und 2,1% mehr als zehn Jahre ununterbrochen arbeitslos. Bei 15,6% ist die Dauer unbekannt, meistens deshalb, weil die Betroffenen keine diesbezüglichen Angaben machen konnten.

Tabelle 6: Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	4	0,4%	3	1,4%	7	0,6%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	45	4,9%	16	7,2%	61	5,4%
Selbständiger / Freiberufler	3	0,3%	0	0,0%	3	0,3%
Sonstige Erwerbspersonen	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	11	1,2%	3	1,4%	14	1,2%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	6	0,7%	3	1,4%	9	0,8%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	225	24,6%	42	19,0%	267	23,5%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	569	62,3%	136	61,5%	705	62,1%
Schüler / Student	2	0,2%	0	0,0%	2	0,2%
Hausfrau / Hausmann	0	0,0%	2	0,9%	2	0,2%
Rentner / Pensionär	8	0,9%	1	0,5%	9	0,8%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	25	2,7%	9	4,1%	34	3,0%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	15	1,6%	6	2,7%	21	1,9%
Gesamt	914	100,0%	221	100,0%	1135	100,0%
keine Angaben	8	0,9%	2	0,9%	10	0,9%
erwerbstätig	70	7,7%	25	11,3%	95	8,4%
arbeitslos	794	86,9%	178	80,5%	972	85,6%
nicht erwerbstätig	50	5,5%	18	8,1%	68	6,0%

Summe der Arbeitslosigkeitszeiten in den letzten zehn Jahren

34,4% der Rehabilitanden kommen auf eine Summe der Arbeitslosigkeitszeiten von bis zu einem Jahr, 47,1% auf ein bis drei Jahre, 8,7% auf drei Jahre und mehr. Bei 18,4% 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

Zwei Drittel (66,5%) der Patienten sind problematisch verschuldet, d.h. sie ha-

ben 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 jeder Dritte der Rehabilitanden (35,2%) ist straffällig geworden, Männer zu 40,1%, Frauen zu 13,3%. An erster Stelle stehen dabei Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz und Beschäftigungskriminalität, gefolgt von Körperverletzung. 23,7% sind deswegen vorbestraft. 18,4% aller Rehabilitanden sind bereits inhaftiert gewesen, 6,1% unter einem Jahr, 9,7% ein bis fünf Jahre, 2,6% mehr als fünf Jahre. Bei 12,8% ist die Strafe zur Bewährung ausgesetzt; 5,4% haben gerichtliche Auflagen; 6,4% befinden sich in einem laufenden Verfahren. Solche Verfahren wirken sich oft sehr stark auf die Behandlung aus, weil

die Aufmerksamkeit der Rehabilitanden dadurch erheblich gebunden wird.

Suizidalität

23,2% der Rehabilitanden gaben suizidale Handlungen in der länger zurückliegenden Vergangenheit (mehr als 12 Monate) an, Frauen deutlich häufiger als Männer (20,3% vs. 35,9%). 5,5% 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 Rehabilitanden 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 Rehabilitand 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 Rehabilitanden auch die Adaptionseinrichtung, weil sie sich während der Behandlung für einen anderen Ort als zukünftigen Lebensmittelpunkt entscheiden.

Leistungsträger

In den meisten Fällen (90,3%) sind die Rentenversicherungen Leistungsträger der Adaptionsmaßnahme. Es folgen mit großem Abstand Sozialhilfeträger (4,4%), Krankenversicherungen (2,1%) und andere (1,3%). Bei 1,9% fehlen die Angaben.

Adaption als gerichtliche Auflage

Tabelle 7 zeigt, dass nur eine geringe Zahl der Patienten die Adaptionsbehandlung als gerichtliche Auflage antritt. 95,9% 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.

Tabelle 7: Adaptionsbehandlung als Auflage

Auflage durch Gerichtsbeschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
keine Auflage	860	96,0%	207	95,4%	1067	95,9%
§ 35 BtMG	3	0,3%	1	0,5%	4	0,4%
andere strafrechtliche Grundlage	14	1,6%	2	0,9%	16	1,4%
Psych-KG/Landesunterbringung	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Auflagen durch Renten-/Krankenversicherung	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Auflagen durch Arbeitsagentur/ Jobcenter	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Auflagen durch Straßenverkehrsbehörde/ Führerscheinstelle	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Auflagen durch Arbeitgeber	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
sonstige Institutionen	19	2,1%	7	3,2%	26	2,3%
zusammen	896	100,0%	217	100,0%	1113	100,0%
keine Daten	26	2,8%	6	0,2%	32	2,8%

Tabelle 8: Hauptdiagnose

Hauptdiagnose		Männer		Frauen		Gesamt	
Abhängigkeit von Alkohol	F10.2	515	55,9%	133	59,6%	648	56,8%
Abhängigkeit von Opioiden	F11.2	28	3,0%	8	3,6%	36	3,1%
Abhängigkeit von Cannabinoiden	F12.2	106	11,5%	23	10,3%	129	11,3%
Abhängigkeit von Sedativa, Hypnotika	F13.2	3	0,3%	1	0,4%	4	0,3%
Abhängigkeit von Kokain	F14.2	28	3,0%	3	1,3%	31	2,7%
Abhängigkeit von Stimulanzien	F15.2	101	10,8%	27	12,1%	128	11,2%
Abhängigkeit von flüchtigen Lösungsmitteln	F18.2	0	0,0%	1	0,4%	1	0,1%
Polytoxikomanie oder Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen	F19.2	113	12,3%	25	11,2%	138	12,1%
Patholog. Glücksspiel	F63.0	24	2,6%	2	0,9%	26	2,3%
Patholog. Mediennutzung	F63.8 u. F68.8	4	0,4%	0	0,0%	4	0,4%
zusammen		922	100,0%	223	100,0%	1145	100,0%

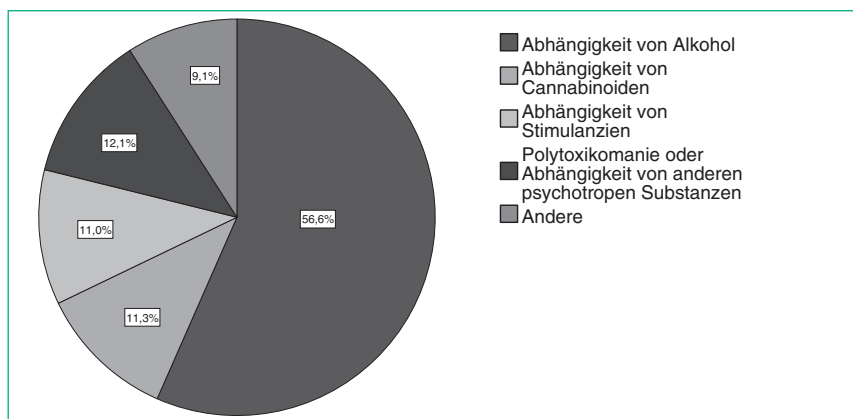


Abb. 2: Hauptdiagnose

2.4. Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung

Hauptdiagnose

Alkoholabhängigkeit ist bei den meisten Rehabilitanden (56,8%) die Erstdiagnose (siehe Tabelle 8). Es folgen die vorrangig Drogenabhängigen mit 40,5%. Rehabilitanden mit der Erstdiagnose Medikamentenabhängigkeit werden nur selten in einer Adaptionseinrichtung behandelt (0,3%). Die vorrangig pathologischen Spieler sind in der Adaption zwar nur eine kleine Gruppe (2,3%). 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 (0,4%). Bei keiner Diagnose zeigen sich nennenswerten Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

Weitere Diagnosen

Neben der Hauptdiagnose hat ein Großteil der Rehabilitanden weitere Abhängigkeitsdiagnosen. Auch wenn die Zahl der Nichtraucher unter den Adaptionspatienten erfreulicherweise wächst, wurde immer noch bei 81,6% der Rehabilitanden eine Tabakabhängigkeit diagnostiziert. Der größte Teil der vorrangig Drogenabhängigen hat auch eine Alkoholabhängigkeit und sehr viele vorrangig Alkoholabhängige haben auch eine Drogenproblematik. 34,9% haben zusätzlich zu ihrer Erstdiagnose eine sowie weitere 49,7% zwei und mehr Abhängigkeitsdiagnosen (inkl. Tabakabhängigkeit). Dabei unterscheiden sich Männer und Frauen nicht wesentlich.

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 778mal gestellt. Die durchschnittliche Anzahl der weiteren psychischen Diagnosen betrug bei Frauen 1,1, bei Männern 0,6. 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. 1067-mal wurde eine somatische Krank-

heit diagnostiziert. Bei 26,5% wurden zwei und mehr somatische Diagnosen gestellt. 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 0,3% der Patienten, für die Daten vorliegen. Somit stellt eine HIV-Infektion in der Adaption nur ein sehr vereinzelter Problem dar. Etwas anders sieht es bei der Hepatitis-C-Infektion aus: Immerhin bei 3,5% der Rehabilitanden ist der „Virusnachweis positiv, aktiv“.

Dauer der Abhängigkeit

Bei den meisten Adaptionpatienten besteht die Abhängigkeitserkrankung seit vielen Jahren, wie Tabelle 11 zu entnehmen ist. 61,5% der Rehabilitanden sind mehr als 10 Jahre abhängig. Männer sind im Durchschnitt 1,5 Jahre länger abhängig als Frauen. Für beide Geschlechter zusammen liegt die durchschnittliche Dauer bei 15,0 Jahren. Die Abhängigkeitsdauer ist in etwa vergleichbar mit Patienten der Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige (dort 15,5 Jahre, Bachmeier et al. in diesem Band). Ein deutlicher Unterschied ist jedoch, dass die Rehabilitanden in der Adaption im Durchschnitt 8,3 Jahre jünger sind (37,9 in der Adaption gegenüber 46,2 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 29,9% bislang keine Entzugsbehandlung und 50,5% keinen qualifizierten Entzug durchgeführt haben. 40,2% der Rehabilitanden haben vor der Adaption bereits zwei und mehr Entwöhnungsbehandlungen durchlaufen.

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

Anzahl psychischer Diagnosen F0 bis F9, ohne F1	Männer		Frauen		Gesamt	
keine	535	58,0%	83	37,2%	618	54,0%
eine	262	28,4%	83	37,2%	345	30,1%
zwei	100	10,8%	37	16,6%	137	12,0%
drei	18	2,0%	13	5,8%	31	2,7%
vier	3	0,3%	4	1,8%	7	0,6%
fünf	3	0,3%	1	0,4%	4	0,3%
sechs	1	0,1%	2	0,9%	3	0,3%
gesamt (Personen)	922	100,0%	223	100,0%	1145	100,0%
gesamt (Diagnosen)	544		229		778	
durchschnittliche Anzahl der Diagnosen pro Rehabilitand	0,6 +/- 0,8		1,1 +/- 1,1		0,7 +/- 0,9	

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

Anzahl somatischer Diagnosen	Männer		Frauen		Gesamt	
keine	472	54,8%	108	52,7%	580	54,4%
eine	169	19,6%	36	17,6%	205	19,2%
zwei	119	13,8%	34	16,6%	153	14,3%
drei	55	6,4%	14	6,8%	69	6,5%
vier	18	2,1%	3	1,5%	21	2,0%
fünf	15	1,7%	2	1,0%	17	1,6%
sechs	14	1,6%	8	3,9%	22	2,1%
gesamt (Personen)	862	100,0%	205	100,0%	1067	100,0%
gesamt (Diagnosen)	803		216		1019	
Durchschnittliche Anzahl der Diagnosen pro Rehabilitand	0,9 +/- 1,3		1,1 +/- 1,5		1,0 +/- 1,4	

* Da einzelne Einrichtungen zu diesem Item keine Daten geliefert haben, ist die Stichprobe hier um 78 Personen reduziert.

Tabelle 11: Abhängigkeitsdauer in Jahren

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1 bis 5 Jahre	122	14,4%	39	20,0%	161	15,4%
6 bis 10 Jahre	191	22,5%	49	25,1%	240	23,0%
11 bis 15 Jahre	153	18,0%	37	19,0%	190	18,2%
16 bis 20 Jahre	181	21,3%	32	16,4%	213	20,4%
21 bis 25 Jahre	93	11,0%	21	10,8%	114	10,9%
über 25 Jahre	108	12,7%	17	8,7%	125	12,0%
Gesamt	848	100,0%	195	100,0%	1043	100,0%
keine Angabe	74	8,0%	28	12,6%	102	8,9%
Mittelwert	15,2		13,7		15,0	
Standardabweichung	8,8		9,0		8,9	

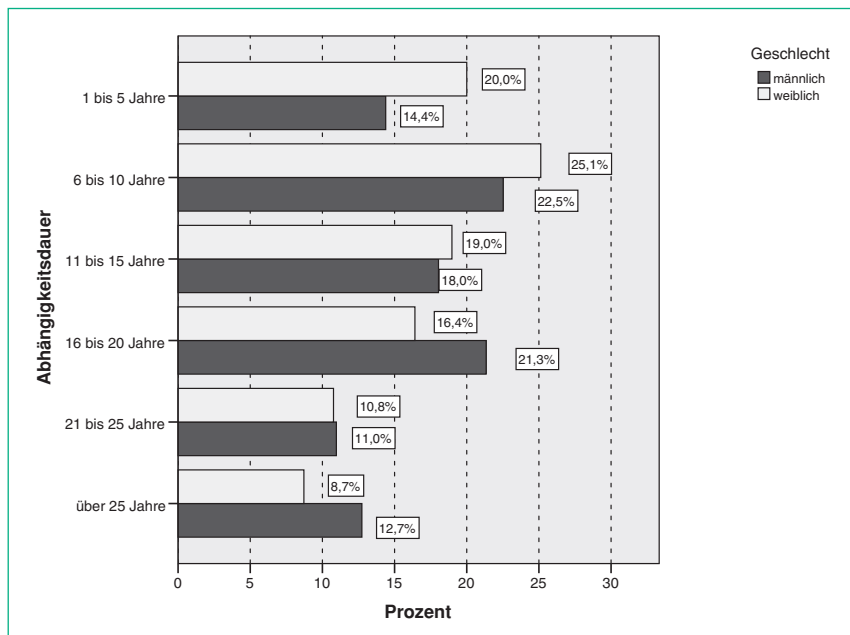


Abb. 3: Dauer der Abhängigkeit

Tabelle 12: Vorbehandlungen

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Entzug						
keine	224	30,3%	47	28,1%	271	29,9%
eine	162	21,9%	36	21,6%	198	21,8%
2 - 3	155	20,9%	28	16,8%	183	20,2%
4 - 5	79	10,7%	26	15,6%	105	11,6%
6 - 10	78	10,5%	12	7,2%	90	9,9%
11 - 20	26	3,5%	14	8,4%	40	4,4%
21 und mehr	16	2,2%	4	2,4%	20	2,2%
Gesamt	740	100,0%	167	100,0%	907	100,0%
keine Angabe	182	19,7%	56	25,1%	238	20,8%
Mittelwert	3,4		3,8		3,4	
Standardabweichung	6,1		5,8		6,0	
qualifizierter Entzug						
keine	323	51,4%	72	47,1%	395	50,5%
eine	114	18,1%	38	24,8%	152	19,4%
2 - 3	102	16,2%	31	20,3%	133	17,0%
4 - 5	29	4,6%	6	3,9%	35	4,5%
6 - 10	36	5,7%	3	2,0%	39	5,0%
11 - 20	15	2,4%	3	2,0%	18	2,3%
21 und mehr	10	1,6%	0	0,0%	10	1,3%
Gesamt	629	100,0%	153	100,0%	782	100,0%
keine Angabe	293	31,8%	70	31,4%	363	31,7%
Mittelwert	2,2		1,4		2,0	
Standardabweichung	6,0		2,8		5,5	

2.5. Angaben zu Behandlungsverlauf und Behandlungsende

Behandlungsdauer

Gemäß dem „Rahmenkonzept für die Adaptionphase“ der Deutschen Rentenversicherung (DRV) vom 27. März 2019 sollte eine Adaption bei Abhängigen von Alkohol und Medikamenten in der Regel 11 – 12 Wochen und bei Abhängigen von illegalen Drogen 16 Wochen 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 26 (= 2,3%) pathologischen Glücksspieler (F63.0) und die zwei (0,2%) pathologische PC-/Internetgebraucher (F68.8) nicht ins Gewicht fallen. Die oben genannte Vorgabe der DRV in der Differenzierung nach Diagnosen spiegelt sich im Berichtszeitraum wider. Die Diagnosegruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Aufenthaltsdauer allerdings nur um 13 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 1,0 Tagen. Die Behandlungsdauer über alle Rehabilitanden ist mit einer Differenz gegenüber dem Vorjahr von 0,8 Tagen (verkürzt) nahezu unverändert. Dies entspricht den geringen Schwankungen der letzten Jahre.

Entlassart

85,2% der Rehabilitanden beenden die Adaption planmäßig. Die unplanmäßigen Entlassungen sind überwiegend auf „disziplinarische Entlassungen“ (3,0%) durch die Adaptionseinrichtungen und Abbrüche durch die Patienten (11,0%) zurückzuführen. Tabelle 14 zeigt, dass es keine gravierenden Unterschiede in den Entlassformen zwischen Männern und Frauen gibt. Die geringen Unterschiede entsprechen den Schwankungen der letzten Jahre. So gab es bei den Frauen 2018 4,4% mehr planmäßige Entlassungen und 2019 3,7% weniger als bei den Männern. Während sich die Anzahl der

noch Tabelle 12: Vorbehandlungen

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
stationäre Entwöhnung						
eine	540	58,6%	145	65,0%	685	59,8%
2 - 3	327	35,5%	69	30,9%	396	34,6%
4 - 5	49	5,3%	7	3,1%	56	4,9%
6 und mehr	6	0,7%	2	0,9%	8	0,7%
Gesamt	922	100,0%	223	100,0%	1145	100,0%
keine Angabe	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Mittelwert	1,7		1,6		1,7	
Standardabweichung	1,0		1,2		1,1	

Tabelle 13: Behandlungsdauer nach Geschlecht und Hauptdiagnose

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 28 Tage (4 Wochen)	81	8,8%	20	9,0%	101	8,8%
bis 42 Tage (6 Wochen)	46	5,0%	11	4,9%	57	5,0%
bis 56 Tage (8 Wochen)	49	5,3%	12	5,4%	61	5,3%
bis 84 Tage (12 Wochen)	140	15,2%	33	14,8%	173	15,1%
bis 112 Tage (16 Wochen)	368	39,9%	86	38,6%	454	39,7%
bis 140 Tage (20 Wochen)	204	22,1%	50	22,4%	254	22,2%
bis 182 Tage (26 Wochen = 6 Mon.)	28	3,0%	11	4,9%	39	3,4%
über 6 Monate	6	0,7%	0	0,0%	6	0,5%
Gesamt	922	100,0%	223	100,0%	1145	100,0%
Behandlungsdauer in Tagen	85,2 ± 38,1		85,1 ± 35,3		85,2 ± 37,6	
Behandlungsdauer in Tagen bei regulärer Entlassung	100,8 ± 29,5		100,7 ± 21,2		100,8 ± 28,1	
Behandlungsdauer in Tagen bei planmäßiger Entlassung	91,6 ± 34,8		92,6 ± 29,7		91,8 ± 33,9	
	F11 - F19, F63 und F68		F10.2		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 28 Tage (4 Wochen)	35	7,0%	66	10,2%	101	8,8%
bis 42 Tage (6 Wochen)	23	4,6%	34	5,2%	57	5,0%
bis 56 Tage (8 Wochen)	24	4,8%	37	5,7%	61	5,3%
bis 84 Tage (12 Wochen)	67	13,5%	106	16,4%	173	15,1%
bis 112 Tage (16 Wochen)	158	31,8%	296	45,7%	454	39,7%
bis 140 Tage (20 Wochen)	161	32,4%	93	14,4%	254	22,2%
bis 182 Tage (26 Wochen = 6 Mon.)	24	4,8%	15	2,3%	39	3,4%
über 6 Monate	5	1,0%	1	,2%	6	,5%
Gesamt	497	100,0%	648	100,0%	1145	100,0%
Behandlungsdauer in Tagen	92,5 ± 42,1		79,5 ± 32,7		85,2 ± 37,6	
Behandlungsdauer in Tagen bei regulärer Entlassung	108,7 ± 35,0		94,6 ± 19,0		100,8 ± 28,1	
Behandlungsdauer in Tagen bei planmäßiger Entlassung	100,2 ± 38,9		85,5 ± 28,1		91,8 ± 33,9	

planmäßigen Entlassungen zwischen Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige und Fachkliniken für Drogenabhängige stark unterscheidet (2019 bei den Mitgliedseinrichtungen des FVS 81,4% vs. 71,3%, Fachverband Sucht e.V., 2020, Artikel von R. Bachmeier et al. und von D. Kemmann et al. in diesem Band), spielen die Erstdiagnosen in der Adaption hinsichtlich der Entlassart praktisch keine Rolle.

Berufliche Integration bei Behandlungsende

20,3% der Patienten haben am Entlassungstag einen Arbeits-, Ausbildungs-, Umschulungs- oder Schulplatz oder sind selbständig (vgl. Tabelle 15). 4,5% sind Rentner, Hausfrau/Hausmann, in Elternzeit, längerfristig krank oder sonstige Nichterwerbspersonen. 75,2% 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: 31,7% der Rehabilitanden 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

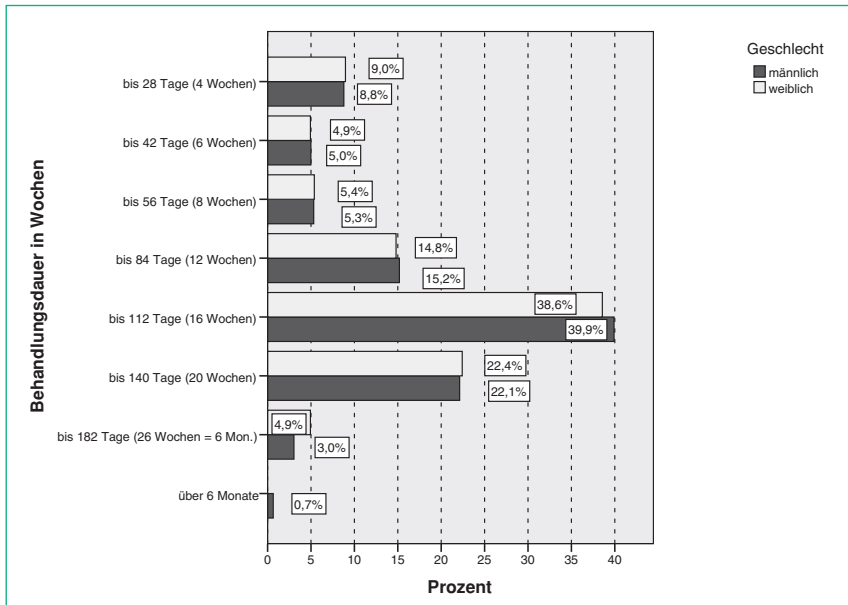


Abb. 4: Behandlungsdauer

Tabelle 15: Erwerbsituation zu Behandlungsende

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	15	1,6%	4	1,8%	19	1,7%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	163	17,9%	33	14,9%	196	17,3%
Selbständiger / Freiberufler	2	0,2%	0	0,0%	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	4	0,4%	1	0,5%	5	0,4%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	188	20,6%	42	19,0%	230	20,3%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	493	54,1%	129	58,4%	622	54,9%
Schüler / Student	6	0,7%	1	0,5%	7	0,6%
Hausfrau / Hausmann	0	0,0%	2	0,9%	2	0,2%
Rentner / Pensionär	6	0,7%	1	0,5%	7	0,6%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	18	2,0%	4	1,8%	22	1,9%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	12	1,3%	4	1,8%	16	1,4%
Gesamt	912	100,0%	221	100,0%	1133	100,0%
keine Angaben	10	1,1%	2	0,9%	12	1,0%

die Zahlen der Adaptionseinrichtungen auf eine erfolgreiche Integration in den ersten Arbeitsmarkt in vielen Fällen hin.

Zu den Vermittlungen in Arbeit und Ausbildung kommen 3,3% mit einem Ein-

Euro-Job und 3,2% 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.

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 75,2% der Rehabilitanden bei der Entlassung noch arbeitslos bzw. nicht erwerbstätig sind, wird versucht, sie zu einer beruflichen Beschäftigung ohne Entgelt zu motivieren. 8,8% machen nach der Entlassung ein Praktikum oder eine Hospitation und 1,8% 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

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

	Männer		Frauen		Gesamt*	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Arbeitsplatz Vollzeit	162	21,7%	14	8,1%	176	19,2%
Arbeitsplatz Teilzeit	34	4,6%	16	9,2%	50	5,4%
Ausbildung	28	3,8%	7	4,0%	35	3,8%
Minijob	21	2,8%	9	5,2%	30	3,3%
Umschulung	12	1,6%	6	3,5%	18	2,0%
Schule	10	1,3%	2	1,2%	12	1,3%
1 €-Job	17	2,3%	1	0,6%	18	2,0%
Qualifikationsmaßnahme	19	2,5%	10	5,8%	29	3,2%
Nicht erwerbstätig (Rentner, Hausfrau / Hausmann u.ä.)	16	2,1%	4	2,3%	20	2,2%
Arbeitslos	427	57,2%	104	60,1%	531	57,8%
Gesamt	746	100,0%	173	100,0%	919	100,0%
k.A.	176	19,1%	50	22,4%	226	19,7%

Tabelle 17: Wohnsituation bei Entlassung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
selbständiges Wohnen	412	46,7%	114	54,3%	526	48,1%
bei anderen Personen	157	17,8%	39	18,6%	196	17,9%
ambulant Betreutes Wohnen	208	23,6%	38	18,1%	246	22,5%
(Fach)-Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	12	1,4%	4	1,9%	16	1,5%
Wohnheim / Übergangswohnheim	23	2,6%	2	1,0%	25	2,3%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	6	0,7%	0	0,0%	6	0,5%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	15	1,7%	1	0,5%	16	1,5%
ohne Wohnung	34	3,9%	8	3,8%	42	3,8%
sonstiges	16	1,8%	4	1,9%	20	1,8%
Gesamt	883	100,0%	210	100,0%	1093	100,0%
keine Angaben	39	4,2%	13	5,8%	52	4,5%
Während der Adaption neue Wohnung organisiert und bezogen	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
nein	364	49,7%	98	58,0%	462	51,2%
ja	369	50,3%	71	42,0%	440	48,8%
Gesamt	733	100,0%	169	100,0%	902	100,0%
k.A.	189	20,5%	54	24,2%	243	21,2%

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 (22,5%) auch nach Entwöhnung und Adaption einer ambulant betreuten Wohnform bedürfen, um sich weiter zu stabilisieren. 2,3% der Patienten werden in stationäre Übergangseinrichtungen verlegt. Die untere Hälfte der Tabelle 17 weist aus, dass 51,2% 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: 42,0% der Männer und 62,8% der Frauen erhalten zusätzlich zur Abhängigkeitsdiagnose ein bis sechs weitere psychische Diagnosen. Die durchschnittliche Anzahl der weiteren psychischen Diagnosen betrug bei Frauen 1,1, bei Männern 0,6.

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

Tabelle 18: Psychische Komorbidität: Differenzierung der Diagnosen

	Depression F32, F33, F34.1		Angststörung F40, F41		Persönlichkeitsstörung F60, F61	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine F-Diagnose	871	76,1%	1096	95,7%	1020	89,1%
mindestens eine F-Diagnose	274	23,9%	49	4,3%	125	10,9%
Gesamt	1145	100,0%	1145	100,0%	1145	100,0%

Tabelle 19: Psychische Komorbidität differenziert nach Diagnose und Geschlecht

Mindestens eine Diagnose	Depression F32, F33, F34.1		Angststörung F40, F41		Persönlichkeitsstörung F60, F61	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Männer	190	20,6%	34	3,7%	81	8,8%
Gesamt N Männer	922	100,0%	922	100,0%	922	100,0%
Frauen	84	37,7%	15	6,7%	44	19,7%
Gesamt N Frauen	223	100,0%	223	100,0%	223	100,0%

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

Behandlungsdauer in Tagen	Gesamt		Regulär		Planmäßig	
	Mittelwert	Gültige N	Mittelwert	Gültige N	Mittelwert	Gültige N
keine F-Diagnose	85,9	618	101,6	423	92,9	531
eine F-Diagnose	83,5	345	97,9	226	90,1	291
zwei F-Diagnose	87,5	137	104,5	84	92,2	116
drei F-Diagnose	76,1	31	94,4	16	81,0	24
vier F-Diagnose	98,4	7	118,6	5	98,4	7
fünf F-Diagnose	84,3	4	108,3	3	108,3	3
sechs F-Diagnose	86,7	3	100,5	2	86,7	3
Gesamt	85,2	1145	100,8	759	91,8	975

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

	Gesamt		Regulär		Planmäßig	
	Mittelwert	Gültige N	Mittelwert	Gültige N	Mittelwert	Gültige N
Depression						
keine	85,5	871	101,7	577	92,3	739
mindestens eine	84,3	274	98,0	182	90,1	236
Angststörung						
keine	85,3	1096	101,0	727	91,9	934
mindestens eine	81,5	49	97,7	32	88,9	41
Persönlichkeitsstörung						
keine	85,3	1020	100,4	691	92,0	874
mindestens eine	84,2	125	104,7	68	90,0	101
Gesamt	85,2	1145	100,8	759	91,8	975

Differenziert man die psychische Komorbidität nach diesen drei Diagnosegruppierungen, zeigt sich, dass 23,9% aller Rehabilitanden mindestens eine Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen, 4,3% aus dem Bereich der Angststörungen und 10,9% aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen aufweisen.

In Tabelle 19 sind für die Rehabilitanden mit mindestens einer psychischen Diag-

nose die jeweiligen geschlechtsspezifischen Anteile dargestellt. Unter den Männern haben 20,6% eine Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen erhalten. Unter den Frauen sind es 37,7%. Bei den Rehabilitanden mit mindestens einer Diagnose aus dem Bereich der Angststörungen liegen die Anteile bei 3,7% vs. 6,7% und bei jenen mit mindestens einer Persönlichkeitsstörung bei 8,8% vs. 19,7%.

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 nicht nur in diesem Berichtszeitraum uneinheitlich. Schwankungen sind schon 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 fast durchgängig eine geringfügig kürzere Verweildauer, wenn eine Diagnose aus den drei betrachteten Diagnosegruppen vorliegt, gegenüber jenen Rehabilitanden ohne eine solche Diagnose. Eine Ausnahme zeigt sich lediglich bei den regulär entlassenen Rehabilitanden mit einer Persönlichkeitsstörung. Bei diesen dauert die Rehabilitation durchschnittlich 4,3 Tage länger als bei jenen ohne diese Diagnose. Vergleicht man diese Zusammenhänge mit den Vorjahren zeigt sich keine einheitliche Tendenz. Auch hier dürften die geringen Fallzahlen in den einzelnen Rubriken für die Schwankungen eine gewichtige Rolle spielen.

Tabelle 22 gibt einen Überblick über die Korrelationen zwischen psychischer Komorbidität allgemein und den drei vorgenannten Diagnosegruppen auf der einen Seite und der Art der Therapiebeendigung auf der anderen. Dabei sind – wie schon in Tabelle 14 – die planmäßigen Entlassungsformen der Übersichtlichkeit halber zusammengefasst worden. 85,2% Rehabilitanden wurden im Berichtszeitraum planmäßig entlassen. Davon weichen die Rehabilitanden mit (– 0,9%) und ohne (+ 0,7%) psychische Zusatzdiagnose nicht bedeutsam ab. Auch bei Rehabilitanden mit einer Depression und einer Angststörung zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede (+ 0,9% bzw. – 1,5%). Lediglich bei Rehabilitanden mit einer zusätzlichen Persönlichkeitsstörung fällt mit – 4,4% eine etwas niedrigere Quote planmäßiger Entlassungen auf. Da es sich aber um kleine Fallzahlen han-

Tabelle 22: Psychische Komorbidität: Art der Therapiebeendigung

Art der Beendigung	keine F-Diagnose		mind. eine F-Diagnose		Depression (≥ 1)		Angststörung (≥ 1)		Persönlichkeitsstörung (≥ 1)		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
planmäßig	531	85,9%	444	84,3%	236	86,1%	41	83,7%	101	80,8%	975	85,2%
Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klient	68	11,0%	58	11,0%	27	9,9%	6	12,2%	19	15,2%	126	11,0%
Disziplinarisch	16	2,6%	18	3,4%	7	2,6%	1	2,0%	2	1,6%	34	3,0%
Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	3	,5%	7	1,3%	4	1,5%	1	2,0%	3	2,4%	10	,9%
Gesamt	618	100,0%	527	100,0%	274	100,0%	49	100,0%	125	100,0%	1145	100,0%

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	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende												
arbeitsfähig	580	94,8%	460	90,2%	235	89,0%	40	90,9%	100	87,7%	1040	92,7%
arbeitsunfähig	29	4,7%	45	8,8%	27	10,2%	4	9,1%	13	11,4%	74	6,6%
Gesamt	612	100,0%	510	100,0%	264	100,0%	44	100,0%	114	100,0%	1122**	100,0%
Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende												
6 Stunden und mehr	541	87,5%	406	77,0%	206	75,2%	37	75,5%	95	76,0%	947	82,7%
3 bis unter 6 Stunden	15	2,4%	41	7,8%	20	7,3%	5	10,2%	6	4,8%	56	4,9%
unter 3 Stunden	54	8,7%	75	14,2%	47	17,2%	7	14,3%	23	18,4%	129	11,3%
Gesamt	618	100,0%	527	100,0%	274	100,0%	49	100,0%	125	100,0%	1145	100,0%
Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende												
6 Stunden und mehr	590	95,5%	453	86,0%	235	85,8%	41	83,7%	107	85,6%	1043	91,1%
3 bis unter 6 Stunden	15	2,4%	48	9,1%	23	8,4%	6	12,2%	9	7,2%	63	5,5%
unter 3 Stunden	8	1,3%	19	3,6%	13	4,7%	2	4,1%	6	4,8%	27	2,4%
Gesamt	618	100,0%	527	100,0%	274	100,0%	49	100,0%	125	100,0%	1145	100,0%

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

** Die Gesamtzahl ist bei dieser Statistik niedriger, da eine Einrichtung keine Daten zur Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende geliefert hat.

delt, 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. Anders als in den Vorjahren zeigt sich in diesem Berichtszeitraum, dass Rehabilitanden mit mindestens einer psychischen Zusatzdiagnose allgemein und jene mit einer Störung aus den eingehender be-

trachteten drei Diagnosegruppen in einem leicht höheren Maß arbeitsunfähig entlassen werden als Rehabilitanden ohne psychische Zusatzdiagnose. Bei Rehabilitanden mit einer Persönlichkeitsstörung ist die Differenz mit 7,1% am größten. Betrachtet man die **Leistungsfähigkeit im letzten Beruf**, zeigt sich ein deutlicherer Unterschied: Rehabilitanden ohne eine zusätzliche psychische Störung sind zu 4,8% häufiger vollschichtig leistungsfähig als der Durchschnitt aller Patienten und zu 10,5% bis 12,3% als jene mit einer psychischen Störung allgemein oder einer Störung aus den drei Di-

agnosegruppen. Hinsichtlich der **Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt** bei Entlassung zeigt sich dieselbe Tendenz.

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 Reha-

bilitanden. Die Zahlen machen die belastende Lebenssituation vor der Behandlung und das hohe Maß der Chronifizierung der Probleme bei den meisten Patienten deutlich: Nur 27,6% der Rehabilitanden haben einen Partner und nur 23,3% 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.

85,6% der Patienten waren bei Aufnahme arbeitslos mit ALG I- oder ALG II-Bezug. Weitere 6,0% waren „sonstige Nichterwerbspersonen“. Die Arbeitslosigkeit bestand bei 32,6% bis zu einem Jahr, bei 47,1% ein bis drei Jahre und bei weiteren 15,7% über drei Jahre durchgehend vor Behandlungsbeginn. gewesen. Die Arbeitslosigkeit ist sicher eines der zentralen Probleme der Rehabilitanden in der Adaption.

Schulden sind bei 66,5% der Rehabilitanden ein großes Problem. 35,2% sind bereits straffällig geworden. 23,2% haben in einem länger als einem Jahr zurückliegenden Zeitraum suizidale Handlungen begangen, weitere 5,5% im letzten Jahr vor der Aufnahme. 61,5% der Patienten ist mehr als 10 Jahre abhängig. 30,1% haben zwei und mehr stationäre Entwöhnungsbehandlungen durchlaufen sowie andere Vorbehandlungen in Anspruch genommen. 46,0% der Rehabilitanden leiden zusätzlich unter einer oder mehreren gravierenden psychischen Störungen und 45,6% 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 85,2% der Patienten die Adaptionsphase planmäßig beendeten und dass 31,7% in den ersten vier Monaten nach der Entlassung trotz vielfacher Vermittlungshemmnisse einen Arbeits-, Ausbildungs-, Umschulungs- oder Schulplatz erhalten haben. Bei den meisten Rehabilitanden konnten trotz der ausgeprägten und vielfältigen Schwierigkeiten und der starken Chronifizierung der Problematik in der Adaption deutliche Ver-

besserungen 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 Arbeitsmarktbarrieren. IAB-Discussion Paper 2/2011.
- Bachmeier, R. u.a. (2020). Basisdokumentation 2019 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit, in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Basisdokumentation 2019. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 27, 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
- Deutsche Rentenversicherung: Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Adaption in der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen vom 27. März 2019, Berlin
- 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. (2020). Basisdokumentation 2019 – Fachkliniken für Drogenabhängigkeit, in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Basisdokumentation 2019. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 27, 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

- Teigeler, H. u.a. (2019). Basisdokumentation 2018 – Adaptionseinrichtungen, in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Basisdokumentation 2018. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 26, Bonn, S. 51–64

Autorenverzeichnis:

- Horst Teigeler, Dipl.-Psych., Therapeutischer Leiter, AMEOS Adaptionshaus Lübeck
- Stefanie Bick-Dresen, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Kliniken Daun
- Rudolf Bachmeier, Dipl.-Phys., Qualitätsmanager, Johannesbad Gruppe, Bad Füssing
- Dieter Bingel-Schmitz, Dipl.-Soz.Arb., Leiter des Adaptionshauses der MEDIAN Kliniken Daun
- Heiko Burger, Dipl.-Psych., Therapeutische Leitung, Adaption Maria Stern, Bad Neustadt/Saale
- Marianne Dahms, Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH, Elbingerode
- Dr. Benno Fabricius, Dipl.-Soz.Päd./Arb., Leiter, Adaptionseinrichtung der Soteria Klinik Leipzig
- Prof. Dr. Wilma Funke, Ltd. Psychologin, MEDIAN Klinik Wied
- Daniel Hackenberg, Dipl.-Soz.Arb., Tannenhof Berlin-Brandenburg, Adaptionshaus Berlin
- Gabriele Häberlein, Dipl.-Psych., Adaption der MEDIAN Poliklinik Schelfstadt, Schwerin
- Dietmar Kemmann, Dipl.-Psych., Leiter Adaption, Diakonie-Krankenhaus Harz, Elbingerode
- Dr. Thomas Klein, Stv. Geschäftsführer, Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Vanessa Kühn, Soz.-Arb. M.Sc., Stv. Leiterin des MEDIAN Adaptionshaus Duisburg
- Tanja Lang, Dipl.-Psych., Leiterin Bonner Adaptions- und Nachsorgezentrum „Ausweg“
- Sabine Link, MEDIAN Klinik Römhild
- Sabrina Lehmann, Dipl.-Soz.Päd., Leiterin der Adaption der MEDIAN Klinik am Waldsee, Rieden
- 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
- Peter Schmidt, MEDIAN Klinik Wigbertshöhe
- Dietmar Senking, Ergotherapeut, MEDIAN Adaptionshaus Koblenz
- Anna Tarllamishaj, Soz.Arb. B.A., Leiterin Therapiezentrum Speyer
- 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 eingingen

Adaptionseinrichtung der Soteria Klinik Leipzig	04103 Leipzig
Tannenhof Berlin-Brandenburg Adaptionshaus Berlin	12353 Berlin
Adaption der MEDIAN Poliklinik Schelfstadt	19055 Schwerin,
Adaption der MEDIAN Klinik Wigbertshöhe	36251 Bad Hersfeld
Adaption des Diakonie-Krankenhauses Harz	38875 Elbingerode
Adaption der Fachklinik Alte Ölmühle	39114 Magdeburg
Johannesbad Adaption Dortmund	44265 Dortmund
Haus mit Aussicht Kadesch	44651 Herne
MEDIAN Adaptionshaus Duisburg	47051 Duisburg
Adaption der salus Klinik Hürth	50354 Hürth
Bonner Adaptions- und Nachsorgezentrum Ausweg	53113 Bonn
Adaptionshaus Daun der MEDIAN Kliniken Daun	54550 Daun/Eifel
MEDIAN Adaptionshaus Koblenz	56068 Koblenz
Adaption der MEDIAN Klinik am Waldsee	56745 Rieden
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

*Becker, A., Bick-Dresen, S., Schneider, B., Apprederis, A., Bachmeier, R.,
Bingel-Schmitz, D., Brenner, R., Fölsing, B., Friedrichs, G., Funke, W.,
Kramer, D., Löhnert, B., Majewski, M. von, Stamm, A., Steffen, D., Klein, T.,
Weissinger, V.*

Teilband IV

**Basisdokumentation 2019 –
Ambulante Rehabilitationseinrichtungen**

1.	Einleitung.....	68
2.	Basisdokumentation 2019 des Fachverbandes Sucht e.V. – Ambulante Rehabilitation Sucht	68
2.1	Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung.....	68
2.2	Beschreibung der Rehabilitanden nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen	69
2.3	Angaben zur Therapievorbereitung und Aufnahme	72
2.4	Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung	73
2.5	Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende	77
3.	Fazit und Ausblick.....	81
4.	Literatur	81
	Autorenverzeichnis	81
	Liste der beteiligten Einrichtungen	81

Teilband IV:

Basisdokumentation 2019 – 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 13. Mal Daten der Basisdokumentation (vgl. 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. Da die Basisdokumentation auch eine wichtige Grundlage für die katamnestic Untersuchung in der ambulanten Rehabilitation darstellt, veröffentlicht der Fachverband Sucht seit einigen Jahren Katamneseuntersuchungen für die Ambulante Rehabilitation Sucht. Aktuell liegt hier die Auswertung für den Entlassjahrgang 2017 vor und wurde bereits in Heft 01.20 der Zeitschrift „SuchtAktuell“ des Fachverbandes Sucht publiziert.

2. Basisdokumentation 2019 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 2019 dar. Insgesamt umfasste der von Redline Data

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 (AHG)	126	34,2%
PATFAK (Redline DATA)	213	57,9%
PaDo (Navacom)	29	7,9%
Gesamt	368	100,0%

übersandte Datensatz 450 Fälle aus 10 Einrichtungen. Die Behandlungsarten Nachsorge nach stationärer (42 Fälle) oder ambulanter Rehabilitation (2 Fälle) sowie ambulante Entlassformen (2 Fälle) wurden für die Auswertung rausgenommen. In vier weiteren Fällen war keine Hauptdiagnose angegeben. In 31 Fällen lag die Hauptdiagnose F 63.0 und in einem Fall F 68.8 vor. Da auch diese Fälle in der Vergangenheit nicht in die Auswertung der Basisdokumentation mit einbezogen wurden, wurden diese Fälle auch in der Auswertung für den Entlassjahrgang 2019 vernachlässigt. Die Gesamtstichprobe umfasst daher 368 Datensätze und nahm somit im Vergleich zu 2018 um 74 Fälle ab. 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 abwei-

chenden 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 = 368.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verwendeten Dokumentationssysteme: 213 (57,9%) wurden mit PATFAK (Redline DATA) erfasst. Weiterhin kam bei 126 (34,2%) der Rehabilitanden das Dokumentationssystem IKIS (MEDIAN) zur Anwendung. Bei 29 Rehabilitanden (7,9%) 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 368 Fällen zusammen, von denen

Tabelle 2: Behandlungsart ambulante Rehabilitation Gesamt

	Anzahl	Prozent
Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“	331	89,9%
Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung	37	10,1%
Gesamt	368	100,0%

Tabelle 2a: Behandlungsart ambulante Rehabilitation im Detail

	Anzahl	Prozent
Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“	331	89,9%
Poststationäre ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“	25	6,8%
Ambulanter Teil einer Kombinationsbehandlung	12	3,3%
Gesamt	368	100,0%

331 (89,9%) an einer ambulanten Rehabilitation Sucht nach der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (kurz ARS) und 37 (10,1%) an einer ARS mit stationärer Beteiligung teilgenommen haben. Im Einzelnen sind dies, wie Tabelle 2a veranschaulicht, 25 (6,8%) Rehabilitationsverläufe der ambulanten Weiterbehandlung im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme und 12 (3,3%) Datensätze, die den ambulanten Teil einer Kombinationsbehandlung widerspiegeln. Hier wird deutlich, dass der Anteil der ambulanten Weiterbehandlungen im Vergleich zu den Datensätzen des Jahres 2018 nahezu verdoppelt werden konnte (von 3,6% auf 6,8%). Gleichzeitig ist der Anteil an ambulanter Behandlung als Teil einer Kombinationsbehandlung rückläufig (2018: 5,2%). 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/Ahrensbock 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 2018 (vgl. Neumann, Bick-Dresen et al., 2019) 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 darstel-

len und somit für die Basisdokumentation der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen keine weiteren neuen Erkenntnisse bringt.

Für den ambulanten BADO-Jahrgang 2019 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 Sichtung 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. 66,0% des Klientels sind männlichen und 34,0% weiblichen Geschlechts. Damit ist die Geschlechterverteilung zum Vorjahr nahezu unverändert. Ähnlich dem Jahr 2018 liegt der Anteil der Frauen bei der ARS (32,9%) 10,3% unter den Behandlungsarten der ARS mit stationärer Beteiligung (43,2%).

Angaben zur Altersstruktur der Rehabilitanden können Tabelle 4 und Abbildung 1 entnommen werden. Die meisten Rehabilitanden (29,1%) gehörten zu der Alterskategorie der 50- bis 59-jährigen Rehabilitanden. Die Altersklasse der 40 - 49-Jährigen war mit 22,6% am zweitstärksten besetzt. Danach kommt die Gruppe der 30- bis 39-Jährigen mit 24,7%. Älter als 60 Jahre waren 14,9% der Rehabilitanden, zwischen 20 und 29 Jah-

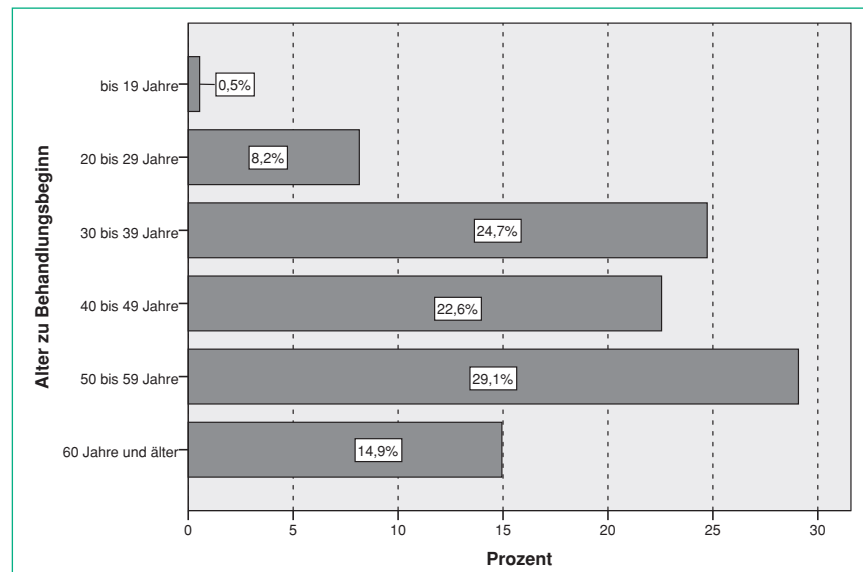


Abbildung 1: Altersverteilung der Rehabilitanden bei Behandlungsbeginn

Tabelle 3: Geschlecht

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Männlich	222	67,1%	21	56,8%	243	66,0%
Weiblich	109	32,9%	16	43,2%	125	34,0%
Gesamt	331	100,0%	37	100,0%	368	100,0%

ren 8,2%. Lediglich 0,5% der Klientel war jünger als 20 Jahre. Im Durchschnitt waren die Rehabilitanden 46,3 Jahre alt (Standardabweichung (SD): +/- 12,4 Jahre). Im Vergleich zum Jahr 2018 hat sich der Altersdurchschnitt kaum verändert.

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 30 bis 39 Jahre. Die Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung auf die Altersgruppen 30 bis 39 Jahre, 40 bis 49 Jahre sowie 50 bis 59 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 (2,3 Jahre) und hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 1 Jahr verändert (2018: 1,3 Jahre).

Partnersituation

Tabelle 5 gibt einen Überblick über das Vorliegen einer Partnerbeziehung bei Behandlungsbeginn. Die Mehrzahl der Rehabilitanden (65,8%) war in Partnerschaft, nur 34,2% ohne. Im Vergleich zu den Daten des Jahres 2018 befinden sich 4,6% mehr Rehabilitanden zu Beginn der Behandlung in einer Partnerschaft.

Auch hinsichtlich der beiden Behandlungsarten zeigen sich bei der Frage nach der Partnerschaft unterschiedliche Gewichtungen: 66,9% der Rehabilitanden der ambulanten Rehabilitation befanden sich zu Behandlungsbeginn in einer Partnerschaft. Hingegen befanden sich 55,9% und damit 11% weniger Rehabilitanden der ambulanten Reha mit stationärer Beteiligung zu Behandlungsbeginn in einer Partnerschaft. Im Vergleich zu 2018 hat die Verteilung bei den Rehabilitanden der ARS etwas zugenommen (66,9% in 2019 vs. 61,5% in 2018). Die Anzahl der Rehabilitanden mit Partnerschaft hat in der Gruppe der Rehabilitanden mit stationärer Beteiligung etwas abgenommen (55,9% im Vergleich zu 59,0% im Vorjahr).

Tabelle 5a gibt die Lebenssituation bei Behandlungsbeginn an. Die Mehrzahl der Rehabilitanden (66,9%) war zusammenlebend, nur 33,1% lebten allein.

Mehr Rehabilitanden der ARS (67,5%) leben im Vergleich zu den Rehabilitanden

Tabelle 4: Altersverteilung der Rehabilitanden zu Behandlungsbeginn

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 19 Jahre	2	0,6%	0	0,0%	2	0,5%
20 bis 29 Jahre	27	8,2%	3	8,1%	30	8,2%
30 bis 39 Jahre	80	24,2%	11	29,7%	91	24,7%
40 bis 49 Jahre	73	22,1%	10	27,0%	83	22,6%
50 bis 59 Jahre	97	29,3%	10	27,0%	107	29,1%
60 Jahre und älter	52	15,7%	3	8,1%	55	14,9%
Gesamt	331	100,0%	37	100,0%	368	100,0%
Mittelwert	46,5		44,2		46,3	
Standardabw.	12,6		10,8		12,4	

Tabelle 5: Partnersituation

Partnerschaft	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nein	109	33,1%	15	44,1%	124	34,2%
Ja	220	66,9%	19	55,9%	239	65,8%
Gesamt	329	100,0%	34	100,0%	363	100,0%
Keine Angabe	2	0,6%	3	8,1%	5	1,4%

Tabelle 5a: Lebenssituation alleinlebend

Alleinlebend	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nein	220	67,5%	19	61,3%	239	66,9%
Ja	106	32,5%	12	38,7%	118	33,1%
Gesamt	326	100,0%	31	100,0%	357	100,0%
Keine Angabe	5	1,5%	6	16,2%	11	3,0%

Tabelle 5b: Zusammenlebend mit

Zusammenlebend mit	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Partner/in						
Nein	50	23,3%	2	14,3%	52	22,7%
Ja	165	76,7%	12	85,7%	177	77,3%
Gesamt	215	100,0%	14	100,0%	229	100,0%
Keine Angabe	116	35,0%	23	62,2%	139	37,8%
Kind(ern)						
Nein	114	57,0%	11	84,6%	125	58,7%
Ja	86	43,0%	2	15,4%	88	41,3%
Gesamt	200	100,0%	13	100,0%	213	100,0%
Keine Angabe	131	39,6%	24	64,9%	155	42,1%

noch Tabelle 5b: Zusammenlebens mit

Zusammenlebens mit	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Eltern(teil)						
Nein	171	87,2%	13	100,0%	184	88,0%
Ja	25	12,8%	0	0,0%	25	12,0%
Gesamt	196	100,0%	13	100,0%	209	100,0%
Keine Angabe	135	40,8%	24	64,9%	159	43,2%
Sonstiger/n Bezugspersonen						
Nein	181	94,8%	12	85,7%	193	94,1%
Ja	10	5,2%	2	14,3%	12	5,9%
Gesamt	191	100,0%	14	100,0%	205	100,0%
Keine Angabe	140	42,3%	23	62,2%	163	44,3%
Sonstiger/n Personen						
Nein	178	91,3%	12	85,7%	190	90,9%
Ja	17	8,7%	2	14,3%	19	9,1%
Gesamt	195	100,0%	14	100,0%	209	100,0%
Keine Angabe	136	41,1%	23	62,2%	159	43,2%

(Anmerkung: Diese Tabelle lässt sich auch auf die Angabe „Ja“ reduzieren. Zur Information lasse ich sie vorerst so umfangreich.)

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						
Derzeit in Schulausbildung	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Ohne Schulabschluss abgegangen	8	2,5%	0	0,0%	8	2,2%
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	121	37,8%	19	51,4%	140	39,2%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	103	32,2%	11	29,7%	114	31,9%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	86	26,9%	7	18,9%	93	26,1%
Anderer Schulabschluss	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Gesamt	320	100,0%	37	100,0%	357	100,0%
Keine Angaben	11	3,3%	0	0,0%	11	3,0%
Höchster Ausbildungsabschluss						
Noch keine Ausbildung begonnen	10	3,1%	0	0,0%	10	2,8%
Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	7	2,2%	0	0,0%	7	1,9%
Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	23	7,1%	8	22,2%	31	8,6%
Betrieblicher Berufsabschluss	212	65,6%	25	69,4%	237	66,0%
Meister / Techniker	19	5,9%	0	0,0%	19	5,3%
Akademischer Abschluss	49	15,2%	3	8,3%	52	14,5%
Anderer Berufsabschluss	3	0,9%	0	0,0%	3	0,8%
Gesamt	323	100,0%	36	100,0%	359	100,0%
Keine Angaben	8	2,4%	1	2,7%	9	2,4%

der ARS mit stationärer Beteiligung (61,3%) mit jemandem zusammen. Im Vergleich zum Vorjahr lebten damit 6,5% weniger Rehabilitanden mit jemandem zusammen.

77,3% der Rehabilitanden lebten mit einem Partner zusammen, 41,3% mit Kindern und 12,0% mit den Eltern oder einem Elternteil (vgl. Tabelle 5b). Mit sonstiger Bezugsperson lebten 5,9% und mit sonstiger Person 9,1%.

Bzgl. des Zusammenlebens mit einem Partner ergibt sich zwischen den Gruppen im Vergleich zum Vorjahres-Datensatz ein Unterschied von 9%. Bzgl. des Zusammenlebens mit Kindern (+ 27,6%) oder den Eltern oder einem Elternteil (+ 12,8%) 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 (+ 9,1%) oder sonstigen Person (+ 5,6%) zusammen.

Schulbildung und Erwerbstätigkeit bei Behandlungsbeginn

Die Angaben zu Schul- und Ausbildungsabschluss können der Tabelle 6 entnommen werden. 2,2% hatten keinen Schulabschluss. 39,2% der Klientel hatte ihre Schullaufbahn mit einem Haupt- oder Volksschulabschluss beendet. 31,9% wiesen einen Realschulabschluss oder einen Abschluss der Polytechnischen Oberschule auf. 26,1% hatten das Abitur oder Fachabitur und 0,3% einen anderen Schulabschluss als die bereits genannten. Für 3,0% lagen keine Daten vor.

Bei der Stichprobe ARS haben 37,8% einen Haupt-/Volksschulabschluss, bei der Stichprobe ARS mit stationärer Beteiligung sind es 51,4%. Hier ist eine deutliche Veränderung zum Vorjahres-Datensatz zu erkennen: im Jahr 2018 lagen die Stichproben der beiden Behandlungsarten nahezu auf einem Niveau (33,8% in der ARS und 33,3% in der ambulanten Reha mit stationärer Beteiligung). In Bezug auf den Realschulabschluss oder einen Abschluss der Polytechnischen Oberschule weisen Rehabilitanden der ARS mit 32,2% häufiger diesen Abschluss auf als in der Stichprobe der Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung (29,7%). Der Anteil der Fachabiturienten und Abiturienten mit Abschluss liegt in der Stichprobe der ARS mit 26,9% deutlich höher als in der Stichprobe der Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung (18,9%). Auch dies hat sich im Ver-

Tabelle 7: Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitskrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	4	1,2%	0	0,0%	4	1,1%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	202	61,2%	19	51,4%	221	60,2%
Selbständiger / Freiberufler	14	4,2%	1	2,7%	15	4,1%
Sonstige Erwerbspersonen	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	3	0,9%	0	0,0%	3	0,8%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	8	2,4%	1	2,7%	9	2,5%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	15	4,5%	3	8,1%	18	4,9%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	23	7,0%	13	35,1%	36	9,8%
Schüler / Student	3	0,9%	0	0,0%	3	0,8%
Hausfrau / Hausmann	9	2,7%	0	0,0%	9	2,5%
Rentner / Pensionär	42	12,7%	0	0,0%	42	11,4%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	2	0,6%	0	0,0%	2	0,5%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	4	1,2%	0	0,0%	4	1,1%
Gesamt	330	100,0%	37	100,0%	367	100,0%
Keine Angaben	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Erwerbstätig	232	70,3%	21	56,8%	253	68,9%
Arbeitslos	38	11,5%	16	43,2%	54	14,7%
Nicht erwerbstätig	60	18,2%	0	0,0%	60	16,3%

gleich zum Datensatz des Jahres 2018 deutlich verändert (2018: 28,4% Fachabiturienten/ Abiturienten in der ARS und 41,0% in der ambulanten Reha mit stationärer Beteiligung). 2,5% sind in der Gruppe der ARS ohne Schulabschluss abgegangen und 0,3% mit einem anderen Abschluss, in der Gruppe mit stationärer Beteiligung jeweils kein Klient.

Insgesamt hatten 2,8% noch keine Ausbildung begonnen und weitere 1,9% befanden sich gerade in Hochschul- oder Berufsausbildung. 8,6% hatten keinen Hochschul- oder Berufsausbildungsabschluss. 66,0% hatten einen betrieblichen Berufsabschluss und 5,3% einen Meister/Techniker. 14,5% verfügten über einen akademischen Abschluss und 0,8% über einen anderen Abschluss. Im Ge-

gensatz zu den Vorjahres-Daten lassen sich zwischen den Stichproben der ARS und der ARS mit stationärer Beteiligung nennenswerte Unterschiede erkennen: so haben 7,1% der Rehabilitanden der ARS keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen, bei den Rehabilitanden der ambulanten Reha mit stationärer Beteiligung lag dieser Wert bei 22,2%. 5,9% der ARS-Rehabilitanden verfügten über einen Meister/ Techniker, kein Patient der Behandlungsart Reha mit stationärer Beteiligung verfügte über diesen Abschluss. Auch bei den akademischen Abschlüssen sind deutliche Unterschiede erkennbar: 15,2% der ARS-Rehabilitanden wiesen einen solchen Abschluss auf, bei den ambulanten Rehabilitanden mit stationärer Beteiligung waren es 8,3%.

In Tabelle 7 ist die Erwerbssituation bei Aufnahme dargestellt. Unter dem Item „Erwerbstätigkeit bei Aufnahme“ haben wir unter der Kategorie „erwerbstätig“ (68,9%) „Auszubildender“ (1,1%), „Arbeiter/Angestellter/Beamter“ (60,2%), „Selbständiger/Freiberufler“ (4,1%), „sonstige Erwerbspersonen“ (0,3%), „in beruflicher Rehabilitation“ (0,8%) und „in Elternzeit/ im (längerfristigen) Krankenstand“ (2,5%) zusammengefasst. Arbeitslos nach SGB III (4,9%) und SGB II (9,8%) bildete die Kategorie „arbeitslos“ (14,7%). Schüler/Student (0,8%), Hausfrau/Hausmann (2,5%), Rentner/Pensionär (11,4%) und sonstige Nichterwerbspersonen (1,6%) wurden als „nicht erwerbstätig“ (16,3%) kategorisiert. Die Zusammenfassung der Kategorien erleichtert den Vergleich mit der Erwerbstätigkeit bei Entlassung. Für 2 Rehabilitanden (0,6%) liegen keine Daten vor.

Im letzten Jahr lag der Anteil der Erwerbstätigen bei 68,6% und damit leicht unter dem diesjährigen Wert.

In der Behandlungsart ARS weisen 70,3% der Rehabilitanden bei Aufnahme einen Arbeitsplatz auf. Bei den Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung sind es 56,8%. Deutlich mehr Personen sind in der Gruppe der ARS mit stationärer Beteiligung arbeitslos (43,2% vs. 11,5%) und deutlich weniger nicht erwerbstätig (0,0% vs. 18,2%).

Der Anteil der Erwerbstätigen in der ARS lag im Vorjahr bei 69,1%.

2.3 Angaben zur Therapievorbereitung und Aufnahme

Art der Vermittlung

In Tabelle 8 sind die Angaben zur vermittelnden Instanz zusammengefasst. Der höchste Anteil von Vermittlungen in die ambulante Rehabilitation Sucht erfolgte durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen (60,6%). 8,6% der Vermittlungen erfolgten durch ärztliche Praxen. 11,1% kamen von stationären Rehabilitationseinrichtungen. Weitere Vermittlungen erfolgten durch die Selbsthilfe (1,4%) und durch Allgemein- (0,6%) oder psychiatrische (1,7%) Krankenhäuser, das soziale Umfeld (1,4%) oder den Betrieb oder die Schule (1,1%). Weitere Vermittlungswege können der Tabelle 8 entnommen werden. Für 2,2% der Rehabilitanden liegen keine Angaben zur Vermittlung vor. 8,1% der Rehabilitanden sind Selbstmelder.

Tabelle 8: Vermittlung

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitskrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine / Selbstmelder	29	9,0%	0	0,0%	29	8,1%
Soziales Umfeld	5	1,5%	0	0,0%	5	1,4%
Selbsthilfe	5	1,5%	0	0,0%	5	1,4%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	4	1,2%	0	0,0%	4	1,1%
Ärztliche Praxis	31	9,6%	0	0,0%	31	8,6%
Allgemeines Krankenhaus	2	0,6%	0	0,0%	2	0,6%
Einrichtung der Akutbehandlung	4	1,2%	0	0,0%	4	1,1%
Psychiatrisches Krankenhaus	6	1,9%	0	0,0%	6	1,7%
Ambulante Suchthilfe-einrichtung	206	63,8%	12	32,4%	218	60,6%
Stationäre Suchthilfe-einrichtung (Rehabilitation, Adaption)	15	4,6%	25	67,6%	40	11,1%
Soziotherapeutische Einrichtung	2	0,6%	0	0,0%	2	0,6%
Anderer Beratungsdienst (z.B. Ehe-/Familien-/Erziehungsberatung, Sozialpsychiatrischer Dienst)	4	1,2%	0	0,0%	4	1,1%
Einrichtung der Jugendhilfe	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Jugendamt	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Wohnungslosenhilfe	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Polizei / Justiz / Bewährungshilfe	2	0,6%	0	0,0%	2	0,6%
Kosten-/Leistungsträger	2	0,6%	0	0,0%	2	0,6%
Sonstige Einrichtung / Institution	3	0,9%	0	0,0%	3	0,8%
Gesamt	323	100,0%	37	100,0%	360	100,0%
Keine Angabe	8	2,4%	0	0,0%	8	2,2%

Tabelle 9: Kosten- und Leistungsträger (Mehrfachantworten möglich)

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitskrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Pauschal	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Selbstzahler	10	3,0%	0	0,0%	10	2,7%
Rentenversicherung	265	80,1%	37	100,0%	302	82,1%
Krankenversicherung	54	16,3%	0	0,0%	54	14,7%
Sozialhilfe	2	0,6%	0	0,0%	2	0,5%
Gesamt	332		37		369	

Im Vergleich zum letzten Jahr ist der prozentuale Anteil der Selbstmelder (-0,7%) und der ärztlichen Praxen (-11,7%) ge-

sunken und die Vermittlungen von ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (+17,1%) 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 2019 war es möglich, mehrere Leistungsträger anzugeben, wodurch die Anzahl der Antworten den Umfang der beschriebenen Stichprobe um eine Nennung (n=369) übersteigt.

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 302 Fällen (82,1%) war die Rentenversicherung als Kostenträger beteiligt, die Krankenversicherung in 54 Fällen (14,7%).

Die Finanzierungen durch Krankenkassen (+1,4%) und Rentenversicherungen (-3,2%) 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 81,0% der Rehabilitanden war die Hauptdiagnose eine Alkoholabhängigkeit und bei 1,1% eine Abhängigkeit von Opioiden. Eine Abhängigkeit von Cannabinoiden stellte bei 7,9% der Rehabilitanden die Hauptdiagnose dar. Bei 0,8% stand eine Abhängigkeit von Sedativa/Hypnotika, bei 0,5% eine Kokainabhängigkeit, bei 2,4% eine Abhängigkeit von Stimulanzien und bei 5,4% eine Abhängigkeit durch multiplen Substanzgebrauch oder durch den Konsum sonstiger psychotroper Substanzen im Vordergrund. Überraschenderweise stellten auch in zwei Fällen der schädliche Gebrauch von Alkohol (0,5%) die Hauptdiagnose dar.

Weitere psychische und somatische Diagnosen

Für den Entlassjahrgang 2019 wurden die weiteren psychischen Diagnosen ausgewertet.

Tabelle 10: Hauptdiagnosen

		Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeits-erkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Schädlicher Gebrauch von Alkohol	F10.1	2	0,6%	0	0,0%	2	0,5%
Abhängigkeit von Alkohol	F10.2	266	80,4%	32	86,5%	298	81,0%
Abhängigkeit von Opioiden	F11.2	4	1,2%	0	0,0%	4	1,1%
Abhängigkeit von Cannabinoiden	F12.2	27	8,2%	2	5,4%	29	7,9%
Abhängigkeit von Sedativa/Hypnotika	F13.2	3	0,9%	0	0,0%	3	0,8%
Abhängigkeit von Kokain	F14.2	2	0,6%	0	0,0%	2	0,5%
Schädlicher Gebrauch von Stimulanzien	F15.1	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Abhängigkeit von Stimulanzien	F15.2	9	2,7%	0	0,0%	9	2,4%
Polytoxikomanie oder Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen	F19.2	17	5,1%	3	8,1%	20	5,4%
Gesamt		331	100,0%	37	100,0%	368	100,0%

Tabelle 11: Psychische Komorbidität

		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	3	0,9%	0	0,0%	3	0,8%
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%	0	0,0%	1	0,3%
Affektive Störungen	F3	100	30,2%	21	56,8%	121	32,9%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	48	14,5%	9	24,3%	57	15,5%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	F5	13	3,9%	0	0,0%	13	3,5%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	35	10,6%	4	10,8%	39	10,6%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	3	0,9%	0	0,0%	3	0,8%
Gesamt		331		37		368	
Durchschnittliche Anzahl		0,63		0,94		0,66	
Standardabweichung		0,85		0,66		0,83	

Bei 53% der ambulanten Rehabilitanden wurde keine weitere psychische Diagnose angegeben. Affektive Störungen bildeten mit 32,9% den größten Anteil bei der psychischen Komorbidität, gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (15,5%) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (10,6%).

31,3% erhielten eine und 12,2% zwei weitere psychische Diagnosen. 3,6% der Rehabilitanden wiesen drei oder mehr psychische Diagnosen als Komorbidität auf.

Tabelle 11a: Anzahl psychischer Diagnosen

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeits-erkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	186	56,2%	9	24,3%	195	53,0%
eine	94	28,4%	21	56,8%	115	31,3%
zwei	38	11,5%	7	18,9%	45	12,2%
drei	12	3,6%	0	0,0%	12	3,3%
vier	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Gesamt	331	100,0%	37	100,0%	368	100,0%

Tabelle 12: Verteilung der somatischen Diagnosen (reduzierte Stichprobe, N = 277), 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	0	0,0%	1	5,0%	1	0,4%
Neubildungen	C00-D48	5	1,9%	0	0,0%	5	1,8%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50-D89	1	0,4%	0	0,0%	1	0,4%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00-E90	27	10,5%	1	5,0%	28	10,1%
Krankheiten des Nervensystems	G00-G99	16	6,2%	0	0,0%	16	5,8%
Krankheiten des Auges, der Augen-anhangsgebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00-H95	4	1,6%	0	0,0%	4	1,4%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I99	28	10,9%	1	5,0%	29	10,5%
Krankheiten des Atmungssystems	J00-J99	10	3,9%	1	5,0%	11	4,0%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00-K93	13	5,1%	2	10,0%	15	5,4%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00-L99	4	1,6%	0	0,0%	4	1,4%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00-M99	19	7,4%	2	10,0%	21	7,6%
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00-N99	5	1,9%	0	0,0%	5	1,8%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andernorts klassifiziert sind	R00-R99	1	0,4%	0	0,0%	1	0,4%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00-T98	4	1,6%	0	0,0%	4	1,4%
Sonstige somatische Diagnosen	Sonstige	4	1,6%	2	10,0%	4	1,4%
Gesamt		257		20		277	
durchschnittliche Anzahl		0,61		0,55		0,61	
Standardabweichung		1,12		0,89		1,11	

Tabelle 12a: Anzahl somatischer Diagnosen (reduzierte Stichprobe, N = 277)

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeits-erkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	179	69,6%	13	65,0%	192	69,3%
eine	32	12,5%	4	20,0%	36	13,0%
zwei	24	9,3%	2	10,0%	26	9,4%
drei	14	5,4%	1	5,0%	15	5,4%
vier	5	1,9%	0	0,0%	5	1,8%
fünf	2	0,8%	0	0,0%	2	0,7%
sechs	1	0,4%	0	0,0%	1	0,4%
Gesamt	257	100,0%	20	100,0%	277	100,0%

Ebenfalls wurden die somatischen Diagnosen nach ICD-10 ausgewertet. Hier konnte eine Einrichtung mit insgesamt n = 91 nicht berücksichtigt werden. Tabelle 12 zeigt die vergebenen Diagnosen auf,

wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Bei 69,3% der verbleibenden 277 Patienten wurde keine somatische Diagnose gestellt. Krankheiten des Kreislaufsystems (10,5%), Krankheiten des Muskel-

Skelett-Systems und des Bindegewebes (7,6%) und Endokrine und Krankheiten des Nervensystems (5,8%) wurden am häufigsten festgestellt. Weiterhin spielen Erkrankungen des Verdauungssystems (5,4%) eine wichtige Rolle.

Bei 13% aller Rehabilitanden liegt eine somatische Diagnose vor. In 9,4% der Fälle wurden zwei, bei 5,4% drei, bei 1,8% vier, bei 0,7% fünf und bei 0,4% sechs somatische Diagnosen gestellt (vgl. Tabelle 12a). Durchschnittlich wurden pro Rehabilitand 0,61 (Standardabweichung 1,11), im Vorjahr 0,76 (Standardabweichung 1,49) somatische Diagnosen angegeben.

Anzahl der bisher durchgeführten Vorbehandlungen

Tabelle 13 gibt Aufschluss über die Anzahl der bisher durchgeführten Vorbehandlungen (Entgiftung, qualifizierter Entzug, stationäre Entwöhnungsbe-

Tabelle 13: Vorbehandlungen

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitskrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Entgiftungen						
Keine	138	53,5%	4	14,3%	142	49,7%
Eine	61	23,6%	13	46,4%	74	25,9%
2 - 3	35	13,6%	5	17,9%	40	14,0%
4 und mehr	24	9,3%	6	21,4%	30	10,5%
Gesamt	258	100,0%	28	100,0%	286	100,0%
Keine Angabe	73	22,1%	9	24,3%	82	22,3%
Durchschnittliche Anzahl	1,5		3,0		1,7	
Standardabweichung	4,0		5,0		4,2	
Qualifizierter Entzug						
Keine	49	24,5%	9	52,9%	58	26,7%
Eine	114	57,0%	7	41,2%	121	55,8%
2 - 3	30	15,0%	1	5,9%	31	14,3%
4 und mehr	7	3,5%	0	0,0%	7	3,2%
Gesamt	200	100,0%	17	100,0%	217	100,0%
Keine Angabe	131	39,6%	20	54,1%	151	41,0%
Durchschnittliche Anzahl	1,1		0,6		1,0	
Standardabweichung	1,0		0,8		1,0	
Stationäre Entwöhnungen						
Keine	140	59,6%	2	6,5%	142	53,4%
Eine	68	28,9%	18	58,1%	86	32,3%
2 - 3	25	10,6%	9	29,0%	34	12,8%
4 und mehr	2	0,9%	2	6,5%	4	1,5%
Gesamt	235	100,0%	31	100,0%	266	100,0%
Keine Angabe	96	29,0%	6	16,2%	102	27,7%
Durchschnittliche Anzahl	0,6		1,5		0,7	
Standardabweichung	0,9		1,0		0,9	

handlung), an denen die Rehabilitanden vor Antritt der aktuellen ambulanten Maßnahme teilgenommen haben.

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass 53,4% der Rehabilitanden vor der ambulanten

Maßnahme noch keine stationäre Entwöhnungsbehandlung absolviert hatten, 32,3% eine, 12,8% zwei bis drei, 1,5% vier und mehr. Bei 27,7% lag keine Angabe vor. Bei der rein ambulanten Form gab es deutlich häufiger keine stationäre Ent-

wöhnungsbehandlung im Vorfeld (59,6%) gegenüber der Behandlungsart mit stationärer Beteiligung (6,5%) und deutlich seltener eine Entwöhnungsbehandlung (-29,2%). Im Durchschnitt absolvierten die Rehabilitanden vor der ambulanten Maßnahme 0,7 stationäre Entwöhnungsbehandlungen (SD=+/-0,9).

49,7% der Rehabilitanden hatten vor der ambulanten Maßnahme keine Entgiftung absolviert (vgl. Tabelle 13), 25,9% eine, 14,0% zwei bis drei, 10,5% vier und mehr. Bei 22,3% lag keine Angabe vor. Bei der rein ambulanten Form gab es deutlich häufiger keine Entgiftung im Vorfeld (53,5%) als bei der Behandlungsart mit stationärer Beteiligung (14,3%) und deutlich seltener zwei bis drei Entgiftungen (-4,3%). Im Durchschnitt absolvierten die Rehabilitanden im Vorfeld 1,7 Entgiftungen (SD=+/-4,2). Die Anzahl durchschnittlich absolvierter Entgiftungen hat sich zum Vorjahr nicht verändert.

26,7% der Rehabilitanden hatten vor der ambulanten Maßnahme keinen qualifizierten Entzug absolviert, 55,8% einen, 14,3% zwei bis drei, 3,2% vier und mehr. Bei 41,0% lag hierzu keine Angabe vor. Bei der rein ambulanten Form gab es deutlich seltener keinen qualifizierten Entzug im Vorfeld (24,5%) gegenüber der Behandlungsart mit stationärer Beteiligung (52,9%) und häufiger einen qualifizierten Entzug (+15,8%). Im Durchschnitt gab es im Vorfeld 1,0 qualifizierte Entzüge (SD=+/-1,0). 28,5% der Rehabilitanden, die mindestens eine Entgiftung absolviert haben, haben auch schon mindestens einen qualifizierten Entzug absolviert (vgl. Tabelle 13a).

79,6% der Rehabilitanden ohne Entgiftung im Vorfeld haben bereits einen oder mehrere qualifizierten Entzüge absolviert und 48,3% der Rehabilitanden ohne qualifizierten Entzug haben bereits eine oder mehrere Entgiftungen absolviert.

Tabelle 13a: Qualifizierter Entzug vs. Entgiftung

		Entgiftungen											
		keine			mindestens eine			keine Angabe			Gesamt		
		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl der Zeilen (%)
Qualifizierter Entzug	keine	29	20,4%	50,0%	28	19,4%	48,3%	1	1,2%	1,7%	58	15,8%	100,0%
	mindestens eine	113	79,6%	71,1%	41	28,5%	25,8%	5	6,1%	3,1%	159	43,2%	100,0%
	keine Angaben	0	0,0%	0,0%	75	52,1%	49,7%	76	92,7%	50,3%	151	41,0%	100,0%
	Gesamt	142	100,0%	38,6%	144	100,0%	39,1%	82	100,0%	22,3%	368	100,0%	100,0%

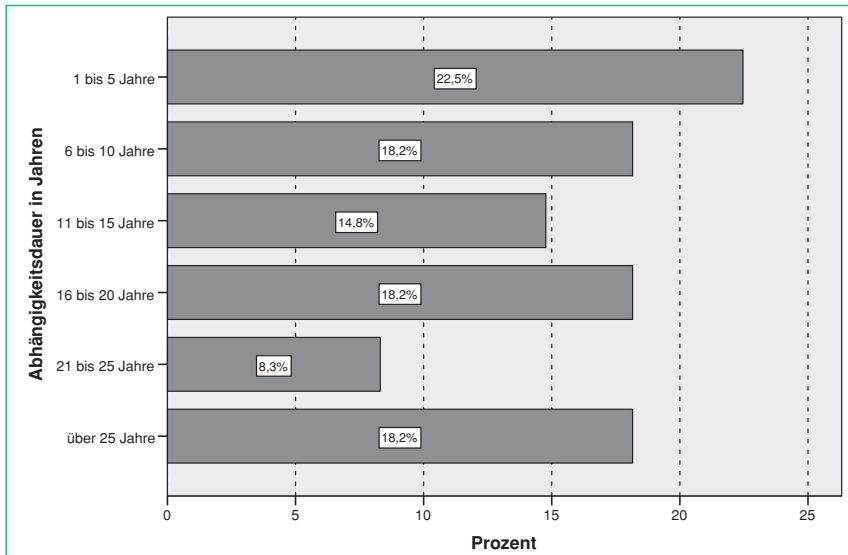


Abbildung 2: Abhängigkeitsdauer in Jahren

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	63	21,6%	10	29,4%	73	22,5%
6 bis 10 Jahre	51	17,5%	8	23,5%	59	18,2%
11 bis 15 Jahre	46	15,8%	2	5,9%	48	14,8%
16 bis 20 Jahre	51	17,5%	8	23,5%	59	18,2%
21 bis 25 Jahre	24	8,2%	3	8,8%	27	8,3%
Über 25 Jahre	56	19,2%	3	8,8%	59	18,2%
Gesamt	291	100,0%	34	100,0%	325	100,0%
Keine Angabe	40	12,1%	3	8,1%	43	11,7%
Mittelwert	16,1		12,3		15,7	
Standardabweichung	11,1		8,9		10,9	

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 (22,5%) lagen die Abhängigkeitsdauern im Zeitraum ein bis fünf Jahren. Jeweils 18,2% der Rehabilitanden gaben eine Abhängigkeitsdauer von 6 bis 10 Jahren, 16 bis 20 Jahren und über 25 Jahren an. Eine Abhängigkeitsdauer von 11 bis 15 Jahren wurde von 14,8% angegeben, 8,3% der Rehabilitanden gaben an, zwischen 21 und 25 Jahren abhängig zu sein. Im Mittel gaben die Rehabilitanden

eine Abhängigkeitsdauer von 15,7 Jahren (+/-10,9 Jahre) an.

In der Gruppe der reinen ARS verteilen sich die Angaben relativ gleichmäßig zwischen 21,6% (ein bis fünf Jahre) und 8,2% (einundzwanzig bis fünfundzwanzig Jahre). In der Gruppe der ARS mit stationärer Beteiligung gibt es hingegen deutliche Schwerpunkte auf die Bereiche ein bis fünf Jahre (29,4%) und sechs bis zehn und sechzehn bis zwanzig Jahre (jeweils 23,5%). Die mittlere Abhängigkeitsdauer ist hier 3,8 Jahre geringer als in der Gruppe der reinen ARS (Mittelwert ambulante Reha mit stationärer Beteiligung 12,3 vs. Mittelwert reine ARS 16,1).

Im Vergleich zum Vorjahr fallen insbesondere die Daten der Abhängigkeits-

dauer der ambulanten Reha mit stationärer Beteiligung auf. So geben 29,4% der Rehabilitanden dieser Behandlungsart eine Abhängigkeitsdauer von einem bis fünf Jahren an. Im Jahr 2018 waren dies noch 0,0%. Hingegen sind die Werte in den Kategorien 11 bis 15 Jahre und über 25 Jahre Abhängigkeitsdauer deutlich gesunken. 2018 gaben 15,8% der Rehabilitanden an zwischen 11 und 15 Jahren abhängig zu sein, 2019 liegt dieser Wert bei 5,9%. Ebenso ist eine starke Veränderung in der Kategorie „Abhängigkeitsdauer über 25 Jahren“ zu erkennen: dieser Wert lag im Vorjahr bei 39,5%, in diesem Jahr bei 8,8%. Obgleich an dieser Stelle natürlich auf die geringe Fallzahl mit n= 34 verwiesen werden muss, legen diese Zahlen die Vermutung nahe, dass sich Ratsuchende früher als bisher in das Suchthilfesystem begeben und hierbei insbesondere das Angebot der Kombinationsbehandlung und/oder ambulanten Weiterbehandlung verstärkt anzunehmen scheinen. Zur Verifizierung dieser These sollte dieser Trend in den nächsten Jahren aber weiter aufmerksam beobachtet werden.

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 14,4% aller Rehabilitanden. Diese kurze Behandlungsdauer ist wahrscheinlich überwiegend auf irreguläre Beendigungen, wie Behandlungsabbrüche, zurückzuführen. Zwischen „13 bis 26 Wochen“ wurden 26,4% der Rehabilitanden behandelt. Bei 22,0% lag die Behandlungszeit bei „27 bis 36 Wochen“, bei 18,8% bei „37 bis 52 Wochen“. Eine Behandlungsdauer von „53 bis 80 Wochen“ lag bei 16,8% der Fälle vor. Sechs 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 25,7% aller Fälle sowie im Behandlungszeitraum „27 bis 36 Wochen“ mit einem Anteil von 23,0%. 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“ (21,6%) und „13 bis 26 Wochen“ (32,4%). Auch diese Verteilung unterscheidet sich nicht zu den Daten des Vorjahres.

In Tabelle 15a findet sich eine Darstellung der mittleren Behandlungsdauer sowohl für alle Rehabilitanden als auch für die Gruppe der planmäßig² entlassenen Rehabilitanden, getrennt nach der Art der ambulanten Reha-Maßnahme sowie für die Gesamtstichprobe.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller Rehabilitanden beträgt 233,6 Tage (+/-140,6 Tage) bzw. 33,4 Wochen (+/-20,1 Wochen). Werden nur die planmäßig beendeten Behandlungsverläufe zur Berechnung herangezogen, ergibt sich eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 257,5 Tagen (+/-138,1 Tage) bzw. 36,8 Wochen (+/-19,7 Wochen). Im Vergleich zum Vorjahr nimmt die durchschnittliche Behandlungsdauer für alle ambulanten Rehabilitanden um 9,2 Tage zu, für Rehabilitanden mit planmäßiger Entlassung ist keine Veränderung zu verzeichnen.

Die beiden Gruppen unterscheiden sich erwartungsgemäß hinsichtlich der Behandlungsdauern der planmäßig Entlassenen mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 259,0 Tagen (= 37,0 Wochen) bei den ARS Behandelten und den Behandlungen mit stationärer Beteiligung (245,8 Tage = 35,1 Wochen). Hin-

2 Unter planmäßige Entlassung werden die Entlassungsformen „regulär“, „vorzeitig auf ärztliche Veranlassung“, „vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis“ und „planmäßiger Wechsel in eine andere Behandlungsform“ zusammengefasst.

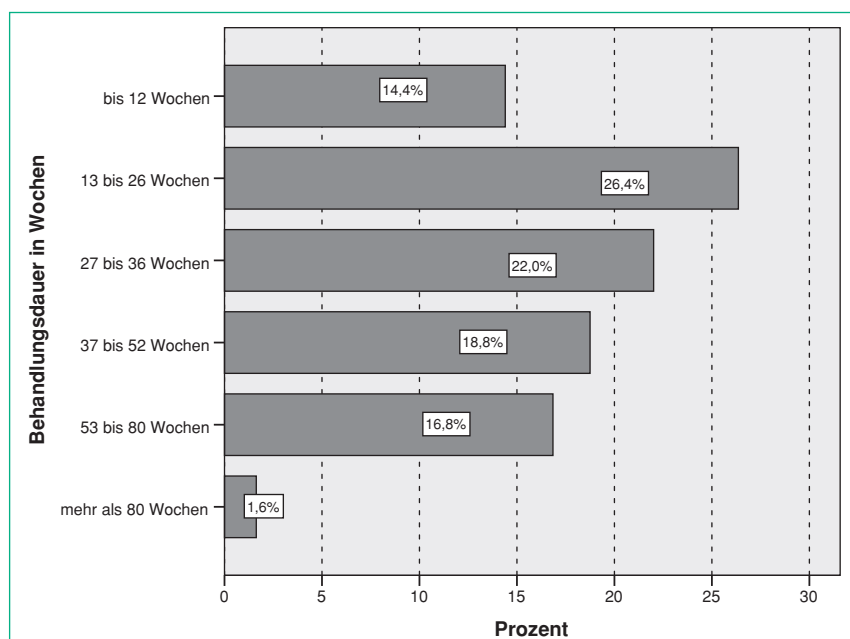


Abbildung 3: Behandlungsdauer in Wochen

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	45	13,6%	8	21,6%	53	14,4%
13 bis 26 Wochen	85	25,7%	12	32,4%	97	26,4%
27 bis 36 Wochen	76	23,0%	5	13,5%	81	22,0%
37 bis 52 Wochen	65	19,6%	4	10,8%	69	18,8%
53 bis 80 Wochen	57	17,2%	5	13,5%	62	16,8%
Mehr als 80 Wochen	3	0,9%	3	8,1%	6	1,6%
Gesamt	331	100,0%	37	100,0%	368	100,0%

sichtlich der Behandlungsdauern bei unplanmäßiger Entlassung zeigten sich noch deutlichere Unterschiede: Bei den Rehabilitanden mit ausschließlich ARS ergaben sich niedrigere durchschnittliche Behandlungsdauern (138,9 Tage = 19,8 Wochen) als bei den ARS-Rehabilitanden mit stationärer Beteiligung (195,0 Tage = 27,9 Wochen). Hier muss allerdings auf die geringe Fallzahl (n=6) der

Rehabilitationen der ARS mit stationärer Beteiligung hingewiesen werden. Während im Vergleich zum Vorjahr die Behandlungsdauer bezogen auf alle Rehabilitanden der rein ambulanten Rehabilitation nahezu gleichgeblieben ist (Vorjahr: 227,5 Tage; aktuell: 233,2 Tage), ist die Behandlungsdauer der ambulanten Rehabilitation mit stationärer Beteiligung um 44,6 Tage gestiegen.

Tabelle 15a: Behandlungsdauer in Tagen nach Art der Beendigung

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“			Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung			Gesamt		
	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N
planmäßig	259,0	126,5	260	245,8	214,6	31	257,5	138,1	291
unplanmäßig	138,9	104,2	71	195,0	174,9	6	143,3	110,7	77
Gesamt	233,2	131,5	331	237,6	207,3	37	233,6	140,6	368

Tabelle 16: Suchtmittelkonsum während der Behandlung

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitskrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kein Suchtmittelkonsum während der Behandlung	172	58,3%	14	43,8%	186	56,9%
Suchtmittelkonsum während der Behandlung	123	41,7%	18	56,3%	141	43,1%
Gesamt	295	100,0%	32	100,0%	327	100,0%
Keine Angabe	36	10,9%	5	13,5%	41	11,1%

Tabelle 16a: Anzahl der Rückfälle bei rückfälligen Patienten (N = 141)

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitskrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0	1	0,8%	0	0,0%	1	0,7%
1	45	36,6%	7	38,9%	52	36,9%
2	23	18,7%	2	11,1%	25	17,7%
3	15	12,2%	2	11,1%	17	12,1%
4	2	1,6%	2	11,1%	4	2,8%
5 und mehr	4	3,3%	5	27,8%	9	6,4%
Unbekannt	33	26,8%	0	0,0%	33	23,4%
Gesamt	123	100,0%	18	100,0%	141	100,0%

Tabelle 17: Art der Behandlungsbeendigung

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitskrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Regulär	193	58,3%	16	43,2%	209	56,8%
Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	35	10,6%	10	27,0%	45	12,2%
Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	19	5,7%	2	5,4%	21	5,7%
Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klient	56	16,9%	6	16,2%	62	16,8%
Disziplinarisch	3	0,9%	0	0,0%	3	0,8%
Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	10	3,0%	0	0,0%	10	2,7%
Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/ Behandlungsform	13	3,9%	3	8,1%	16	4,3%
Verstorben	2	0,6%	0	0,0%	2	0,5%
Gesamt	331	100,0%	37	100,0%	368	100,0%
Planmäßig	260	78,5%	31	83,8%	291	79,1%
Unplanmäßig	71	21,5%	6	16,2%	77	20,9%

Suchtmittelkonsum während der Behandlung

Tabelle 16 gibt Aufschluss über das Item „Suchtmittelkonsum während der Behandlung“. Bezüglich der 327 Fälle mit Angaben zum Suchtmittelkonsum während der Behandlung wurde bei 56,9% der Rehabilitanden kein Suchtmittelkonsum festgestellt und 1 Suchtmittelkonsum während der Behandlung bei 43,1% der Rehabilitanden. Im Vergleich zum Vorjahr sank die Anzahl der Rehabilitanden ohne Suchtmittelkonsum um 18,9%. Zwischen den Formen der ambulanten Behandlung zeigten sich – anders als im Vorjahr – Unterschiede. 58,3% der rein ambulanten Rehabilitanden durchliefen die Behandlung ohne Suchtmittelkonsum. Bei den Rehabilitanden mit stationärer Beteiligung waren dies 43,8%. 41,7% der ARS-Rehabilitanden gaben an, während der Behandlung Suchtmittel konsumiert zu haben, 56,3% der Rehabilitanden mit stationärer Beteiligung. Von den 141 rückfälligen Patienten hatten 36,9% 1 Rückfall, 17,7% 2 Rückfälle, 12,1% 3, 2,8% 4 und 6,4% 5 oder mehr Rückfälle. Bei 23,4% war die genaue Anzahl nicht ermittelbar (vgl. Tabelle 16a).

Art der Behandlungsbeendigung

Tabelle 17 gibt Auskunft über die Art der Behandlungsbeendigung gemäß dem Kodierschema des Deutschen Kerndatensatzes. 56,8% der Rehabilitanden beendeten die Behandlung regulär, 12,2% vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung und 5,7% vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis. 16,8% brachen die Maßnahme vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis ab und 0,8% wurden disziplinarisch aus der Rehabilitation entlassen. Eine außerplanmäßige Verlegung erfolgte in 2,7% der Fälle, ein planmäßiger Wechsel in eine andere Behandlungsform bei 4,3% 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 79,1% planmäßig beendete Behandlungsverläufe.

Im Vergleich der beiden ambulanten Behandlungsarten erreicht die Stichprobe der Rehabilitanden einer ARS bei den planmäßigen Entlassungen einen Anteil von 78,5%. Bei den Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung waren es 83,8%. Im Vergleich zum Vorjahr sind die planmäßigen Entlassungen über beiden Behandlungsarten um 4,2% angestiegen.

Bei beiden Behandlungsarten ist der Anteil der planmäßigen Entlassungen im Vergleich zum Vorjahr angestiegen (ARS: +3,3%; ambulante Reha mit stationärer Beteiligung: +12,0%).

Berufliche Integration bei Entlassung

Angaben zur beruflichen Integration am Ende der ambulanten Reha-Maßnahme können Tabelle 18 entnommen werden. 68,7% der Rehabilitanden waren bei Behandlungsende erwerbstätig. 14,7% der Klientel war arbeitslos, 16,6% zählten zur Gruppe der Nichterwerbspersonen. Im Vergleich zum Vorjahr ergeben sich in allen Kategorien Veränderungen: der Anteil der Erwerbstätigen ist von 72,8% im Jahr 2018 auf 68,7% gesunken, der Anteil arbeitsloser Rehabilitanden ist von 12,6% (2018) auf 14,7% angestiegen und der Anteil der nicht Erwerbstätigen hat sich von 14,6% (2018) auf 16,6% erhöht.

Bezüglich der beruflichen Integration bei Entlassung zeigen sich zwischen den verschiedenen Behandlungsarten Unterschiede im Vergleich zum Behandlungsbeginn: Bei der ARS gibt es einen Rückgang bei den Erwerbstätigen (-1,2%) sowie Steigerungen bei den Arbeitslosen (+0,9%) und den nicht Erwerbstätigen (+0,3%). Der Anteil der Erwerbstätigen bei der ARS mit stationärer Beteiligung hat um 8,1% zu- und der Anteil der arbeitslosen Rehabilitanden um den gleichen Wert (-8,1%) abgenommen. Der Anteil der nicht Erwerbstätigen ist gleichgeblieben (0,0%).

Tabelle 18: Erwerbssituation zu Behandlungsende

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	5	1,5%	0	0,0%	5	1,4%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	197	59,7%	23	62,2%	220	59,9%
Selbständiger / Freiberufler	13	3,9%	1	2,7%	14	3,8%
Sonstige Erwerbspersonen	3	0,9%	0	0,0%	3	0,8%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	4	1,2%	0	0,0%	4	1,1%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	6	1,8%	0	0,0%	6	1,6%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	17	5,2%	4	10,8%	21	5,7%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	24	7,3%	9	24,3%	33	9,0%
Schüler / Student	3	0,9%	0	0,0%	3	0,8%
Hausfrau / Hausmann	8	2,4%	0	0,0%	8	2,2%
Rentner / Pensionär	44	13,3%	0	0,0%	44	12,0%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	2	0,6%	0	0,0%	2	0,5%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	4	1,2%	0	0,0%	4	1,1%
Gesamt	330	100,0%	37	100,0%	367	100,0%
Keine Angaben	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Erwerbstätig	228	69,1%	24	64,9%	252	68,7%
Arbeitslos	41	12,5%	13	35,1%	54	14,7%
Nicht erwerbstätig	61	18,5%	0	0,0%	61	16,6%

Im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich relevante Unterschiede in der ARS mit stationärer Beteiligung: Der Anteil der arbeitslosen Personen ist höher (+9,5%) als in 2018 und der Anteil der nicht Erwerbstätigen niedriger (-2,6%). Verwiesen sei in diesem Kontext auf die vergleichsweise geringen Fallzahlen (bei den Erwerbstätigen n=24; bei den nicht Erwerbstätigen n=0).

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

Von den 253 Rehabilitanden, die zum **Betreuungsbeginn** einen **Arbeits- oder Ausbildungsplatz** vorweisen konnten, hatten der Maßnahme 93,3% noch einen Arbeitsplatz, 6,3% sind wäh-

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	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%
Erwerbstätig	0	0,0%	236	93,3%	14	25,9%	2	3,3%	252	68,5%
Arbeitslos	0	0,0%	16	6,3%	38	70,4%	0	0,0%	54	14,7%
Nicht erwerbstätig	0	0,0%	1	0,4%	2	3,7%	58	96,7%	61	16,6%
Gesamt	1	100,0%	253	100,0%	54	100,0%	60	100,0%	368	100,0%

rend der Behandlung arbeitslos geworden, 0,4% 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**“ (54 Rehabilitanden) hatten zum Ende der Betreuung 25,9% wieder einen Arbeitsplatz und 70,4% waren weiterhin arbeitslos. 3,7% 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 60 zum **Betreuungsbeginn** in die Kategorie „**nicht erwerbstätig**“ eingestuft Rehabilitanden hatten zum Betreuungsende 3,3% einen Arbeitsplatz, 96,7% waren weiterhin „nicht erwerbstätig“ und 0,0% arbeitslos.

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. Bedauerlicherweise konnte sich der Trend des letzten Entlassjahrganges (2018) in Bezug auf eine global verbesserte Datenqualität nicht weiter bestätigen. Die Stichprobe verkleinerte sich im Vergleich zum Vorjahr um 74 Fälle auf n = 368.

Für die Basisdokumentation 2019 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) fortgeführt. Die Subgruppen „ARS als ambulante Weiterbehandlung“, „ARS als ambulante Entlassphase“ und „ambulanter Teil einer Kombinationsbehandlung“ wurden zur Gruppe „ARS mit stationärer Beteili-

gung“ zusammengefasst. Es zeigen sich auch in 2019 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 Mitgliedseinrichtungen 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 01.01.2020.
- 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.
- Neumann, E., Bick-Dresen, S. et al. (2019). Basisdokumentation 2018 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen. Basisdokumentation 2018, Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 26, Teilband IV, S. 65-79. Bonn.
- Neumann, E., Bick-Dresen, S. et al. (2020). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitati-

on – FVS-Katamnese des Entlassjahrganges 2017 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige, SuchtAktuell, Heft 01.20, S. 89-98, Bonn.

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

Autorenverzeichnis

- Becker, Anna-Katharina, Sozialarbeiterin (B.A.)/ Sozialmanagerin (M.A.), MEDIAN Gesundheitsdienste Koblenz
- Apprederis, Agnes, Teamleiterin Suchtberatung/Pflegestützpunkt, MEDIAN Gesundheitsdienste, Koblenz
- Bachmeier, Rudolf, Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung Johannesbad Holding, Bad Füssing
- Bick-Dresen, Stefanie, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Kliniken Daun, Daun
- Bingel-Schmitz, Dieter, Dipl.-Sozialarbeiter, Suchttherapeut, MEDIAN Kliniken Daun Rosenberg, Daun
- Brenner, Roland, Dipl.-Psych., Therapieverbund Sucht, Betzdorf
- Fölsing, Silvia, Dipl. Sozialpädagogin, Leitung, Fachambulanz, salus klinik Friedrichsdorf, Friedrichsdorf
- Friedrichs, Dipl.-Med. Gitta, Chefärztin, Fachklinik Alte Ölmühle, Magdeburg
- Funke, Prof. Dr. Wilma, Dipl.-Psych., Ltd. Psychologin, MEDIAN Klinik Wied, Wied
- Klein, Dr. Thomas, Stv. Geschäftsführer, 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
- Premper, Dr. Volker, Ltd. Psychologe, MEDIAN Kliniken Poliklinik Schelfstadt; Schwerin
- Schneider, Dr. Bernd, Dipl.-Psych., Leitung, MEDIAN Gesundheitsdienste, Koblenz
- 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
 MEDIAN Gesundheitsdienste Koblenz (Ambulanz), 56068 Koblenz
 Trägerverbund Südpfalz, 76829 Landau
 MEDIAN Poliklinik Schelfstadt der Klinik Schweriner See (Ambulanz), 19055 Schwerin
 Medinet Fachklinik Alte Ölmühle (Ambulanz), 39114 Magdeburg
 Therapieverbund Sucht, 57518 Betzdorf

Inhaltsverzeichnis

Bick-Dresen, S., Deichler, M.-L., Bachmeier, R., Laaß, T., Majewski, M. von, Schneider, B., Sünderhauf, M., Friedrichs, G., Klein, T., Weissinger, V.

Teilband V

**Basisdokumentation 2019 –
Ganztagig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen**

1.	Einleitung.....	83
2.	Basisdokumentation 2019 des FVS – Einrichtungen der Ganztagig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker	83
2.1	Datenerhebung und Stichprobenbeschreibung	83
2.2	Beschreibung der Rehabilitanden nach soziodemographischen Merkmalen zu Beginn der Rehabilitation	83
2.3	Angaben zur Therapievorbereitung und Aufnahme	86
2.4	Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung	86
2.5	Angaben zum Behandlungsverlauf und zum Behandlungsende	90
2.6	Psychische Komorbidität	92
2.7	Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen	95
2.8	Vergleich der Ergebnisse zwischen 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 und 2019	97
3.	Diskussion und Ergebnisbewertung	101
4.	Ausblick	102
5.	Literatur	102
	Autorenverzeichnis.....	102
	Liste der an der Datenerhebung beteiligten Einrichtungen	102

Teilband V:

Basisdokumentation 2019 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen

1. Einleitung

In der vorliegenden Basisdokumentation Sucht des Jahres 2019 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 2019 die längsschnittliche Betrachtung über mittlerweile zehn Jahrgänge hinweg. In diesem Beitrag werden ausgewählte Variablen aus den Jahren 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 und 2019 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, 2018) und orientiert sich an der Darstellung der Basisdokumentation Sucht der anderen Indikationsbereiche in diesem Heft.

2. Basisdokumentation 2019 des FVS – Einrichtungen der Ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker

2.1. Datenerhebung und Stichprobenbeschreibung

Im Jahre 2019 konnten 319 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 vier Einrichtungen zusammengestellt werden (vgl. die Liste am Ende des Beitrages). Eingeflossen sind dabei die Daten aller in 2019 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 dokumentationsspezifische Angaben einzelner Einrichtungen oder Systeme ergänzt.

Dokumentationssysteme

	Anzahl	Prozent
IKIS (MEDIAN)	154	48,3%
PATFAK (Redline DATA)	165	51,7%
Gesamt	319	100,0%

Zusammengeführt wurden die einrichtungsübergreifenden Daten im Auftrag des Fachverband Sucht e.V. durch Redline Data, Ahrensbock. 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	23	10,0%	6	6,7%	29	9,1%
30 bis 39 Jahre	75	32,8%	23	25,6%	98	30,7%
40 bis 49 Jahre	60	26,2%	34	37,8%	94	29,5%
50 bis 59 Jahre	63	27,5%	19	21,1%	82	25,7%
60 Jahre und älter	7	3,1%	8	8,9%	15	4,7%
Gesamt	229	100,0%	90	100,0%	319	100,0%
Mittelwert	42,7		44,6		43,3	
Standardabweichung	10,5		11,1		10,7	

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	229	71,8%
Frauen	90	28,2%
Gesamt	319	100,0%

Die Geschlechterverteilung spiegelt das Bild der Vorjahre und die erwartete Verteilung bei einer Klientel mit überwiegender Alkoholabhängigkeit wieder: 71,8% der Rehabilitanden sind männlichen und 28,2% weiblichen Geschlechts (vgl. Tabelle 1).

Die Ergebnisse zur Altersverteilung (vgl. Tabelle 2) sind ebenfalls erwartungsgemäß. 55,2% der Rehabilitanden liegen in der Altersgruppe 40 bis 59 Jahren. 29,5% der in 2019 entlassenen Rehabilitanden

sind zwischen 40 und 49 Jahre und 25,7% liegen in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen. In die Kategorie „bis 19 Jahre“ fällt ein Rehabilitand und 60 Jahre und älter sind 4,7%. Das Durchschnittsalter der Stichprobe liegt bei 43,3 Jahren. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist mit 42,7 und 44,6 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 56,0% der Rehabilitanden in einer Partnerschaft, mit 58,0% deutlich mehr Männer als Frauen (51,1%). Von insgesamt 3,8% der Rehabilitanden liegen keine Angaben zur Partnerschaftssituation vor.

46,2% geben an, allein zu leben. Der Vergleich der Geschlechter zeigt hier mehr Männer (47,9%) als Frauen (42,0%). Der Großteil der Rehabilitanden, die mit anderen Personen zusammen wohnen, gibt an, mit einem Partner/einer Partnerin zusammen zu leben (63,7%). 42,6% leben mit Kindern zusammen, 7,3% mit einem oder beiden Elternteilen, 6,1% mit sonstigen Personen und 5,6% mit sonstigen Bezugspersonen.

Vergleicht man die Geschlechter, so leben mehr Männer mit einer Partnerin/einem Partner zusammen als Frauen (67,6% vs. 53,7%), während Frauen deutlich häufiger mit Kindern zusammen leben (59,6% vs. 35,9%). Der Anteil der Rehabilitanden, die mit einem oder beiden Elternteilen zusammenleben, ist bei den Männern höher als bei den Frauen (8,3% vs. 4,7%), während mehr Frauen mit einer sonstigen Bezugsperson oder sonstigen Person zusammenleben (7,1% vs. 5,0% und 7,1% vs. 5,8%).

Schul- und Berufsausbildung sowie Erwerbstätigkeit bei Behandlungsbeginn

Tabelle 5 stellt 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.

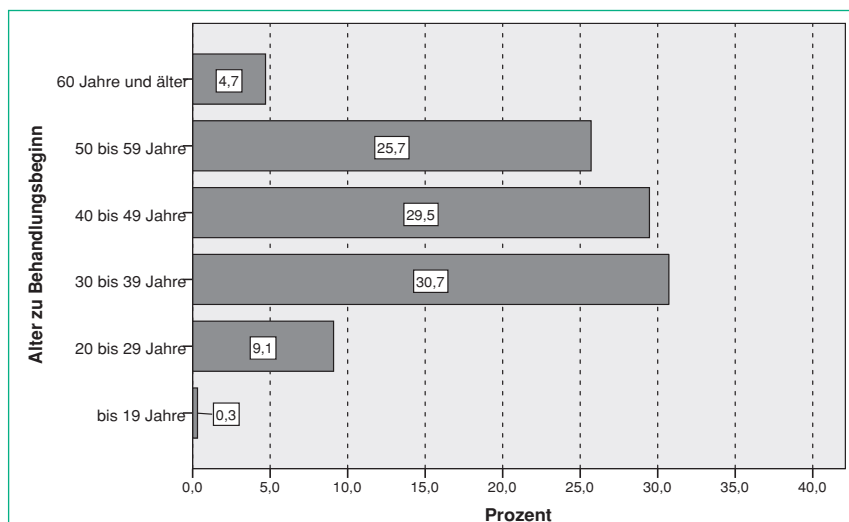


Abbildung 1: Altersverteilung der Rehabilitanden zu Behandlungsbeginn

Tabelle 3: Partnerbeziehung

Partnerschaft	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
nein	92	42,0%	43	48,9%	135	44,0%
ja	127	58,0%	45	51,1%	172	56,0%
Gesamt	219	100,0%	88	100,0%	307	100,0%
keine Angabe	10	4,4%	2	2,2%	12	3,8%

Tabelle 4: Alleinlebend

Alleinlebend	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
nein	113	52,1%	51	58,0%	164	53,8%
ja	104	47,9%	37	42,0%	141	46,2%
Gesamt	217	100,0%	88	100,0%	305	100,0%
keine Angabe	12	5,2%	2	2,2%	14	4,4%

Tabelle 4a: Zusammenlebend mit

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Partner/in						
ja	94	67,6%	29	53,7%	123	63,7%
Gesamt	139	100,0%	54	100,0%	193	100,0%
keine Angabe	90	39,3%	36	40,0%	126	39,5%
Kind(ern)						
ja	47	35,9%	31	59,6%	78	42,6%
Gesamt	131	100,0%	52	100,0%	183	100,0%
keine Angabe	98	42,8%	38	42,2%	136	42,6%
Eltern(teil)						
ja	10	8,3%	2	4,7%	12	7,3%
Gesamt	121	100,0%	43	100,0%	164	100,0%
keine Angabe	108	47,2%	47	52,2%	155	48,6%
sonstiger Bezugsperson						
ja	6	5,0%	3	7,1%	9	5,6%
Gesamt	120	100,0%	42	100,0%	162	100,0%
keine Angabe	109	47,6%	48	53,3%	157	49,2%
sonstiger Person						
ja	7	5,8%	3	7,1%	10	6,1%
Gesamt	121	100,0%	42	100,0%	163	100,0%
keine Angabe	108	47,2%	48	53,3%	156	48,9%

Tabelle 5: Schul- und Ausbildungsabschluss

Höchster Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ohne Schulabschluss abgegangen	9	4,0%	0	0,0%	9	2,8%
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	62	27,3%	22	24,7%	84	26,6%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	89	39,2%	37	41,6%	126	39,9%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	66	29,1%	30	33,7%	96	30,4%
anderer Schulabschluss	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Gesamt	227	100,0%	89	100,0%	316	100,0%
keine Angaben	2	0,9%	1	1,1%	3	0,9%
Höchster Ausbildungsabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
noch keine Ausbildung begonnen	9	4,0%	2	2,2%	11	3,5%
derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	2	0,9%	2	2,2%	4	1,3%
keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	31	13,8%	9	10,1%	40	12,7%
betrieblicher Berufsabschluss	143	63,6%	58	65,2%	201	64,0%
Meister / Techniker	5	2,2%	1	1,1%	6	1,9%
akademischer Abschluss	34	15,1%	15	16,9%	49	15,6%
anderer Berufsabschluss	1	0,4%	2	2,2%	3	1,0%
Gesamt	225	100,0%	89	100,0%	314	100,0%
keine Angaben	4	1,7%	1	1,1%	5	1,6%

Tabelle 6: Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	1	0,4%	1	1,1%	2	0,6%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	101	44,5%	31	34,4%	132	41,6%
Selbständiger / Freiberufler	4	1,8%	2	2,2%	6	1,9%
sonstige Erwerbspersonen	0	0,0%	1	1,1%	1	0,3%
in beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
in Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	20	8,8%	9	10,0%	29	9,1%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	31	13,7%	17	18,9%	48	15,1%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	57	25,1%	20	22,2%	77	24,3%
Hausfrau / Hausmann	3	1,3%	2	2,2%	5	1,6%
Rentner / Pensionär	5	2,2%	5	5,6%	10	3,2%
sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	4	1,8%	1	1,1%	5	1,6%
sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	0	0,0%	1	1,1%	1	0,3%
Gesamt	227	100,0%	90	100,0%	317	100,0%
keine Angabe	2	0,9%	0	0,0%	2	0,6%
erwerbstätig	127	55,9%	44	48,9%	171	53,9%
arbeitslos	88	38,8%	37	41,1%	125	39,4%
nicht erwerbstätig	12	5,3%	9	10,0%	21	6,6%
Gesamt	227	100,0%	90	100,0%	317	100,0%

Die meisten Rehabilitanden verfügen über einen Realschulabschluss bzw. den Abschluss der Polytechnischen Oberschule (39,9%). 26,6%, haben einen Hauptschul-/Volksschulabschluss; 30,4% erreichten die (Fach-)Hochschulreife bzw. das Abitur. Ohne Schulabschluss sind 2,8%. Ein Rehabilitand gibt an, einen anderen Schulabschluss zu haben. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern fallen in diesem Jahr gering aus. 2,6% mehr Männer haben die „Hauptschule/Volksschule“ abgeschlossen. In der Kategorie „Realschule/Polytechnische Oberschule“ sind 2,4% mehr Frauen und in der Kategorie „(Fach-)Hochschulreife“ 4,6% mehr Frauen.

Im zweiten Teil von Tabelle 5 ist ein Überblick über die Berufs- bzw. Ausbildungsabschlüsse der Rehabilitanden des Jahres 2019 dargestellt. Die Mehrheit der Rehabilitanden hat mit 64,0% einen betrieblichen Berufsabschluss, 15,6% haben einen akademischen Abschluss. 12,7% der Rehabilitanden haben weder eine Hochschul- noch eine Berufsausbildung abgeschlossen, 1,9% sind Techniker oder Meister und 3,5% haben noch keine Ausbildung begonnen. Bei der Betrachtung der Unterschiede zwischen den Geschlechtern fällt auf, dass die Frauen in diesem Jahr minimal mehr bei den Kategorien betrieblichen Berufsausbildung (65,2% zu 63,6%) und akademische Abschlüsse (16,9% zu 15,1%) vertreten sind. Zwar sind etwas mehr Meister/Techniker unter den Männern (2,2% zu 1,1%), aber auch etwas mehr Fälle der Kategorie „keine Ausbildung begonnen“ (4,0% zu 2,2%) und „keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen“ (13,8% zu 10,1%).

Tabelle 6 beschreibt die Erwerbssituation der Rehabilitanden zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung. Daraus wird ersichtlich, dass 41,6% als Arbeiter, Angestellte oder Beamte berufstätig sind, hinzu kommen 1,9% selbstständig Berufstätige und 0,6% Auszubildende. Mit 24,3% bilden die ALG-II-Empfänger die zweitgrößte Gruppe in diesem Merkmal; 15,1% erhalten ALG I. Somit stellt die Gruppe der Arbeitslosen einen bedeutenden Anteil der hier untersuchten Stichprobe (39,4%) dar. Die Geschlechtsunterschiede sind relativ gering: 2,9% mehr Männer sind prozentual arbeitslos mit ALG II-Bezug, beim ALG I-Bezug sind es 5,2% mehr Frauen. Frauen sind weniger häufig als Arbeiter/Angestellter/Beamter tätig (10,1% weniger).

Die relativ geringen Geschlechtsunterschiede zeigen sich auch in den zusammenfassenden Kategorien „erwerbstätig“, „nicht erwerbstätig“ und „arbeitslos“. In der Kategorie „erwerbstätig“ sind 7,0% mehr Männer vertreten. in der Kategorie „nicht erwerbstätig“ sind 4,7% mehr Frauen als Männer vertreten, bei den Arbeitslosen 2,3% mehr 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.

58,6% der Rehabilitanden finden den Weg über die ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen, Fachambulanzen etc.) in die Ganztägig ambulante Rehabilitation. 12,1% kamen über psychiatrische Krankenhäuser, 4,1% waren Selbstmelder, 9,2% kamen über stationäre Suchthilfeeinrichtungen. 2,9% finden über die Selbsthilfe in die Behandlung und 5,1% über andere Beratungsdienste (Ehe-/Familien-/Erziehungsberatung u. Ä.). Es fällt auf, dass niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten weiterhin nur mit je 0,6% bzw. 0,3% vertreten sind, d.h. dieser Zuweisungsweg wird weiterhin kaum genutzt.

Kosten- und Leistungsträger

Als Kosten- und Leistungsträger für die Ganztägig ambulante Rehabilitation tritt mit 90,0% zum weitaus größten Teil die Rentenversicherung in Erscheinung (siehe Tabelle 8). Der Anteil der Krankenkassen liegt bei 9,4%. 0,9% sind Selbstzahler, 0,3% entfallen auf die Kategorien „pauschal finanziert“ und Sozialhilfe, 0,6% auf „sonstige Kostenträger“.

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 2019 umfasst die Hauptdiagnosen aus F10-F19. Die Diag-

Tabelle 7: Vermittelnde Instanz

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine / Selbstmelder	9	4,0%	4	4,6%	13	4,1%
soziales Umfeld	3	1,3%	0	0,0%	3	1,0%
Selbsthilfe	7	3,1%	2	2,3%	9	2,9%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	4	1,8%	1	1,1%	5	1,6%
ärztliche Praxis	1	0,4%	1	1,1%	2	0,6%
psychotherapeutische Praxis	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
allgemeines Krankenhaus	4	1,8%	6	6,9%	10	3,2%
Einrichtung der Akutbehandlung	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
psychiatrisches Krankenhaus	23	10,1%	15	17,2%	38	12,1%
ambulante Suchthilfeeinrichtung	136	59,9%	48	55,2%	184	58,6%
stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	22	9,7%	7	8,0%	29	9,2%
soziotherapeutische Einrichtung	0	0,0%	1	1,1%	1	0,3%
anderer Beratungsdienst (z.B. Ehe-/Familien-/ Erziehungsberatung, Sozialpsychiatrischer Dienst)	14	6,2%	2	2,3%	16	5,1%
sonstige Einrichtung / Institution	2	0,9%	0	0,0%	2	0,6%
Gesamt	227	100,0%	87	100,0%	314	100,0%
keine Angabe	2	0,9%	3	3,3%	5	1,6%

Tabelle 8: Leistungsträger

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
pauschal	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Selbstzahler	3	1,3%	0	0,0%	3	0,9%
Rentenversicherung	208	90,8%	79	87,8%	287	90,0%
Krankenversicherung	18	7,9%	12	13,3%	30	9,4%
Sozialhilfe	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Jugendhilfe	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Arbeitsagenturen, Jobcenter	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Pflegeversicherung	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Sonstiges	2	0,9%	0	0,0%	2	0,6%
Gesamt	229	100,0%	90	100,0%	319	100,0%

Tabelle 9: Hauptdiagnosen

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Alkohol (F10.1)	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Alkohol (F10.2)	183	79,9%	77	85,6%	260	81,5%
Opiode (F11.2)	2	0,9%	1	1,1%	3	0,9%
Cannabinoiden (F12.1)	2	0,9%	0	0,0%	2	0,6%
Cannabinoiden (F12.2)	16	7,0%	4	4,4%	20	6,3%
Sedativa/Hypnotika (F13.2)	4	1,7%	2	2,2%	6	1,9%
Kokain (F14.2)	11	4,8%	1	1,1%	12	3,8%
Stimulanzien (F15.2)	7	3,1%	4	4,4%	11	3,4%
Polytoxikomanie oder Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen (F19.2)	3	1,3%	1	1,1%	4	1,3%
Gesamt	229	100,0%	90	100,0%	319	100,0%

nosen F63.0, F63.8 oder F68.8 waren in diesem Jahr nicht in den Hauptdiagnosen vertreten.

Tabelle 9 weist die Hauptdiagnosen im Bereich der Abhängigkeit aus. Mit 81,5% stellt die Diagnose der Alkoholabhängig-

keit erwartungsgemäß die mit Abstand häufigste Diagnose dar. Ein Rehabilitand hat die Diagnose ‚schädlicher Gebrauch‘ von Alkohol. An zweiter Stelle folgt die Cannabisabhängigkeit (6,3%), 0,6% haben einen schädlichen Gebrauch von Cannabis. Kokain ist mit 3,8% vertreten,

die Störung durch Stimulanzien erzielt einen Anteil von 3,4%, 1,9% entfallen auf Sedativa/Hypnotika, 1,3% auf Polytoxikomanie und 0,9% auf Opioide.

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. Eine Einrichtung musste mangels Daten zu psychischen oder somatischen Diagnosen hier ausgeschlossen werden, Tabelle 10a und b beziehen sich auf eine reduzierte Stichprobe. Am häufigsten sind hier die affektiven Störungen (F3) mit 22,7%, „neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F4) und „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F6) mit je 8,3% vertreten.

Im Mittel haben die Rehabilitanden 0,5 psychische Diagnosen. Dabei sind die Frauen mit 0,7 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 28,2% werden Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Kapitel E) am häufigsten genannt, dicht gefolgt von Diagnosen aus dem Kapitel M, Krankheiten des „Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ mit 27,1%. Krankheiten des „Kreislaufsystems“ wurden bei 21,7% der Rehabilitanden diagnostiziert, gefolgt von „Krankheiten des Verdauungssystems“ mit 12,6% und 8,3% „Krankheiten des Nervensystems“.

Im Durchschnitt haben die Rehabilitanden 1,5 somatische Diagnosen, wobei hier der Unterschied zwischen den Geschlechtern bei nur 0,1 zu Ungunsten der Frauen 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 10c zeigt die relative Häufigkeit sowie die durchschnittliche Anzahl weiterer Suchtmitteldiagnosen bei den Re-

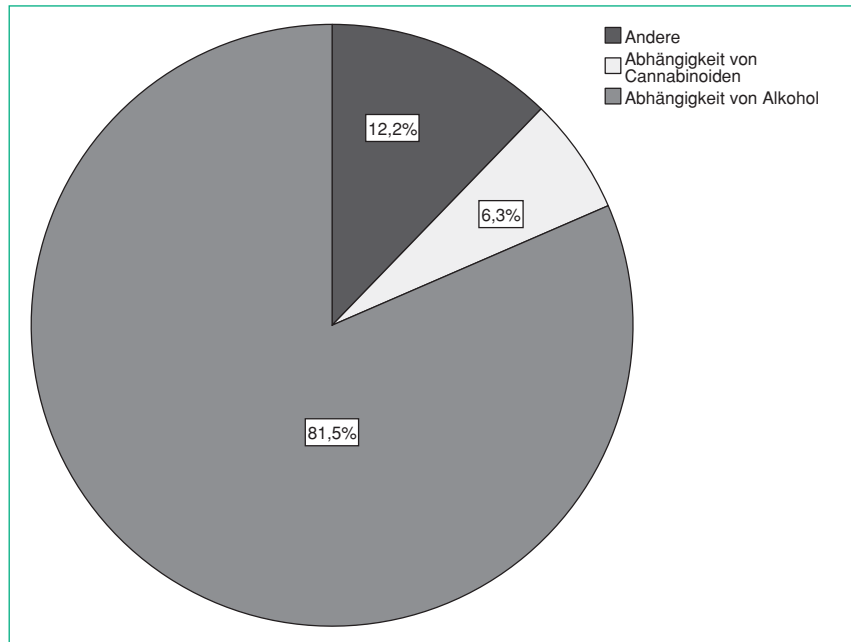


Abbildung 2: Hauptdiagnosen

Tabelle 10a: Psychische Diagnosen (ohne Hauptdiagnosen; reduzierte Stichprobe)

		Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F0	4	2,0%	0	0,0%	4	1,4%
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	F1*	9	4,5%	4	5,3%	13	4,7%
Schizophrene, schizotype und wahnhafte Störungen	F2	3	1,5%	0	0,0%	3	1,1%
Affektive Störungen	F3	41	20,4%	22	28,9%	63	22,7%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	13	6,5%	10	13,2%	23	8,3%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	F5	1	0,5%	6	7,9%	7	2,5%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	16	8,0%	7	9,2%	23	8,3%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	17	8,5%	4	5,3%	21	7,6%
Gesamt		201	100,0%	76	100,0%	277	100,0%
durchschnittliche Anzahl		0,5		0,7		0,5	
Standardabweichung		0,6		0,9		0,7	

* Anmerkung: keine Diagnosen ‚schädlicher Gebrauch‘ oder ‚Abhängigkeitssyndrom‘

Tabelle 10b: Somatische Diagnosen (reduzierte Stichprobe)

		Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00-B99	5	2,5%	1	1,3%	6	2,2%
Neubildungen	C00-D48	4	2,0%	2	2,6%	6	2,2%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50-D89	2	1,0%	2	2,6%	4	1,4%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00-E90	54	26,9%	24	31,6%	78	28,2%
Krankheiten des Nervensystems	G00-G99	15	7,5%	8	10,5%	23	8,3%
Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00-H95	10	5,0%	0	0,0%	10	3,6%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I99	50	24,9%	10	13,2%	60	21,7%
Krankheiten des Atmungssystems	J00-J99	7	3,5%	9	11,8%	16	5,8%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00-K93	27	13,4%	8	10,5%	35	12,6%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00-L99	3	1,5%	2	2,6%	5	1,8%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00-M99	52	25,9%	23	30,3%	75	27,1%
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00-N99	1	0,5%	3	3,9%	4	1,4%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andersorts klassifiziert sind	R00-R99	3	1,5%	3	3,9%	6	2,2%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00-T98	6	3,0%	3	3,9%	9	3,2%
Sonstige somatische Diagnosen		13	6,5%	5	6,7%	18	6,5%
Gesamt		201	100,0%	76	100,0%	277	100,0%
durchschnittliche Anzahl		1,5		1,6		1,5	
Standardabweichung		1,5		1,5		1,5	

habilitanden im Jahr 2019. Bei insgesamt 73,7% wurde eine F1-Diagnose mit schädlichem Gebrauch oder einem Abhängigkeitssyndrom diagnostiziert, das sind im Mittel 1,2 Diagnosen. Diese Werte sind vor allem auf F17 ‚Störung durch Tabak‘ zurückzuführen, die mit Abstand am häufigsten vertreten ist (87,7%). An zweiter Stelle steht die Störung durch Cannabinoide mit 25,1%, gefolgt von 14,5% multiplen Substanzgebrauch und 13,6% Störung durch Alkohol. Ohne die Tabakdiagnose weisen nur noch 39,8% der Rehabilitanden mindestens eine weitere Suchtmitteldiagnose auf.

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 fehlenden Angaben zurückzuführen. Bei immerhin 44,5% der Rehabilitanden liegt keine Angabe zu vorherigen Entgiftungen vor und bei 51,7% keine Angabe zum qualifizierten Entzug. Zu stationären Entwöhnungen in der Vorgeschichte fehlen die Angaben bei 51,4%.

Tabelle 10c: Weitere Suchtmitteldiagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

		Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Alkohol	F10	22	13,1%	10	14,9%	32	13,6%
Opioide	F11	7	4,2%	3	4,5%	10	4,3%
Cannabinoide	F12	48	28,6%	11	16,4%	59	25,1%
Sedativa/Hypnotika	F13	5	3,0%	4	6,0%	9	3,8%
Kokain	F14	16	9,5%	6	9,0%	22	9,4%
Stimulanzien	F15	14	8,3%	3	4,5%	17	7,2%
Halluzinogene	F16	0	0,0%	1	1,5%	1	0,4%
Tabak	F17	149	88,7%	57	85,1%	206	87,7%
Flüchtige Lösungsmittel	F18	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Multipler Substanzgebrauch	F19	24	14,3%	10	14,9%	34	14,5%
Gesamt		168	100,0%	67	100,0%	235	100,0%
keine weitere F1-Diagnose		61	26,6%	23	25,6%	84	26,3%
mindestens eine weitere F1-Diag.		168	73,4%	67	74,4%	235	73,7%
durchschnittliche Anzahl		1,2		1,2		1,2	
Standardabweichung		1,1		1,1		1,1	
ohne Tabak:							
keine weitere F1-Diagnose		136	59,4%	56	62,2%	192	60,2%
mindestens eine weitere F1-Diag.		93	40,6%	34	37,8%	127	39,8%
Gesamt		229	100,0%	90	100,0%	319	100,0%
durchschnittliche Anzahl		0,6		0,5		0,6	
Standardabweichung		0,9		0,9		0,9	

Tabelle 11a: Vorbehandlungen

Entgiftungen	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	31	25,2%	11	20,4%	42	23,7%
eine	38	30,9%	16	29,6%	54	30,5%
2 - 3	28	22,8%	14	25,9%	42	23,7%
4 - 5	9	7,3%	4	7,4%	13	7,3%
6 - 10	13	10,6%	4	7,4%	17	9,6%
11 - 20	0	0,0%	5	9,3%	5	2,8%
21 und mehr	4	3,3%	0	0,0%	4	2,3%
Gesamt	123	100,0%	54	100,0%	177	100,0%
keine Angabe	106	46,3%	36	40,0%	142	44,5%
Mittelwert	3,4		3,4		3,4	
Standardabw.	8,1		5,1		7,3	
Qualifizierter Entzug						
keine	31	27,9%	10	23,3%	41	26,6%
eine	40	36,0%	15	34,9%	55	35,7%
2 - 3	31	27,9%	14	32,6%	45	29,2%
4 - 5	3	2,7%	3	7,0%	6	3,9%
6 - 10	3	2,7%	0	0,0%	3	1,9%
11 - 20	2	1,8%	0	0,0%	2	1,3%
21 und mehr	1	0,9%	1	2,3%	2	1,3%
Gesamt	111	100,0%	43	100,0%	154	100,0%
keine Angabe	118	51,5%	47	52,2%	165	51,7%
Mittelwert	1,8		2,3		2,0	
Standardabw.	3,3		6,0		4,2	
Stationäre Entwöhnung						
keine	41	36,0%	16	39,0%	57	36,8%
eine	46	40,4%	17	41,5%	63	40,6%
2 - 3	25	21,9%	8	19,5%	33	21,3%
4 - 5	2	1,8%	0	0,0%	2	1,3%
Gesamt	114	100,0%	41	100,0%	155	100,0%
keine Angabe	115	50,2%	49	54,4%	164	51,4%
Mittelwert	1,0		0,8		0,9	
Standardabw.	1,0		0,8		0,9	

Tabelle 11a zeigt, dass 23,7% der Rehabilitanden keine Entgiftungen und 26,6% keinen qualifizierten Entzug absolviert haben. 30,5% haben eine Entgiftung und 35,7% einen qualifizierten Entzug in der Vorgeschichte. Zwei bis drei Entgiftungen oder qualifizierte Entzugsbehandlungen sind bei 23,7% bzw. 29,2% der Rehabilitanden dokumentiert. Die Frage, ob Rehabilitanden, die keine Entgiftungen absolviert haben statt dessen eine Entzugsbehandlungen durchlaufen haben und sich so die Fallzahlen auf diese beiden Variablen verteilen, lässt sich mit einem Blick auf Tabelle 11b ansatzweise erklären. Insgesamt 9 Rehabilitanden haben weder eine Entgiftung noch einen qualifizierten Entzug in der Vorgeschichte, während 32 (78,0%) der Rehabilitanden ohne eine Entgiftung mindestens einen qualifizierten Entzug sowie 31 (77,5%) der Rehabilitanden ohne qualifizierten Entzug mindestens eine Entgiftung durchlaufen haben.

Die Betrachtung der Geschlechter zeigt nur geringe Unterschiede. Frauen haben etwas häufiger eine oder mehrere Entgiftungen in der Vorgeschichte (79,6% zu 74,8%) oder eine oder mehrere qualifizierte Entzugsbehandlungen mit 76,7% zu 72,1%.

Eine stationäre Entwöhnung haben (siehe Tabelle 11a) insgesamt 40,6% und mehr als eine 22,6% der Rehabilitanden absolviert, 36,8% hingegen keine. Im Durchschnitt sind es 1,0 Entwöhnungen, wobei Männer 0,2 Entwöhnungen mehr als die Frauen aufweisen.

Tabelle 11b: Kreuztabelle Entgiftungen vs. Qualifizierter Entzug

Qualifizierter Entzug	Entgiftungen								
	keine			mindestens eine			Gesamt		
	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl der Zeilen (%)
keine	9	22,0%	22,5%	31	46,3%	77,5%	40	37,0%	100,0%
mindestens eine	32	78,0%	47,1%	36	53,7%	52,9%	68	63,0%	100,0%
Gesamt	41	100,0%	38,0%	67	100,0%	62,0%	108	100,0%	100,0%

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 9,4%, sodass die vorhandenen Angaben ein genaueres Bild liefern. 21,8% sind seit 6 bis 10 Jahren abhängig, 20,8% 1 bis 5 Jahre, 19,7% zwischen 16 und 20 Jahren, 17,6% zwischen 11 und 15 Jahren und 20,1% seit mehr als 20 Jahren. Im Durchschnitt sind die Rehabilitanden seit 14,5 Jahren abhängig. Mit 14,6 Jahren sind Männer geringfügig länger abhängig, wenn sie die Ganztägig ambulante Rehabilitation wahrnehmen, als Frauen mit 14,2 Jahren.

2.5. Angaben zum Behandlungsverlauf und zum Behandlungsende

Behandlungsdauer und Art der Beendigung

Tabelle 13 zeigt die Dauer der Behandlung in Wochen. Mit 33,9% bei acht bis zwölf Wochen und 21,0% bei zwölf bis 16 Wochen ist mehr die Hälfte der Rehabilitanden (54,9%) zwischen acht und 16 Wochen in Behandlung gewesen. Dahinter folgt mit 16,9% der Anteil der Rehabilitanden, die nur bis zu vier Wochen in Behandlung waren. Im Durchschnitt dauert die Ganztägig ambulante Rehabilitation im Jahr 2019 67,0 Tage bezogen auf alle Rehabilitanden. Wurde die Behandlung regulär beendet, dauerte sie im Durchschnitt 78,3 Tage, bei planmäßigen Behandlungsbeendigungen 70,5 Tage. Planmäßige Beendigungen fassen die Entlassformen „regulär“, „vorzeitig auf ärztliche Veranlassung“, „vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis“ 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 Hauptbehandlung sein, jedoch auch Teil einer Kombinati-

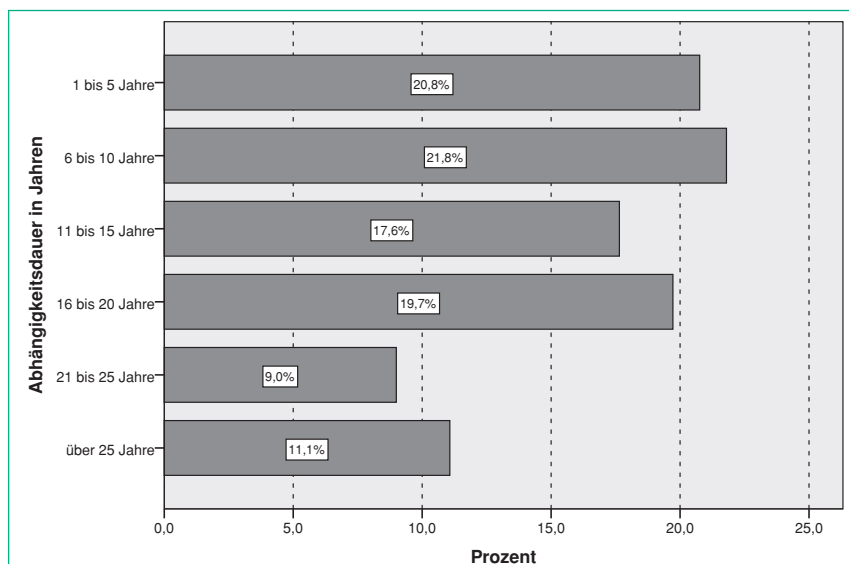


Abbildung 3: Abhängigkeitsdauer

Tabelle 12: Abhängigkeitsdauer

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1 bis 5 Jahre	39	18,5%	21	26,9%	60	20,8%
6 bis 10 Jahre	54	25,6%	9	11,5%	63	21,8%
11 bis 15 Jahre	33	15,6%	18	23,1%	51	17,6%
16 bis 20 Jahre	42	19,9%	15	19,2%	57	19,7%
21 bis 25 Jahre	18	8,5%	8	10,3%	26	9,0%
über 25 Jahre	25	11,8%	7	9,0%	32	11,1%
Gesamt	211	100,0%	78	100,0%	289	100,0%
keine Angaben	1	7,9%	12	13,3%	30	9,4%
Mittelwert	14,6		14,2		14,5	
Standardabweichung	8,9		10,2		9,3	

Tabelle 13: Dauer der Behandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 28 Tage (4 Wochen)	36	15,7%	18	20,0%	54	16,9%
bis 42 Tage (6 Wochen)	15	6,6%	6	6,7%	21	6,6%
bis 56 Tage (8 Wochen)	20	8,7%	10	11,1%	30	9,4%
bis 84 Tage (12 Wochen)	82	35,8%	26	28,9%	108	33,9%
bis 112 Tage (16 Wochen)	48	21,0%	19	21,1%	67	21,0%
bis 140 Tage (20 Wochen)	27	11,8%	7	7,8%	34	10,7%
bis 182 Tage (26 Wochen = 6 Mon.)	1	0,4%	4	4,4%	5	1,6%
über 6 Monate	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gesamt	229	100,0%	90	100,0%	319	100,0%

onsbehandlung 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 rein tagesklinischen Behandlung unterschätzt.

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

	Männer			Frauen			Gesamt		
	Mittelwert	Standard-abweichung	Gültige N	Mittelwert	Standard-abweichung	Gültige N	Mittelwert	Standard-abweichung	Gültige N
regulär nach Beratung / Behandlungsplan	76,9	29,7	164	82,4	32,0	58	78,3	30,3	222
planmäßig Beendigung	70,6	31,9	203	70,3	35,5	80	70,5	32,9	283
unplanmäßig Beendigung	44,8	26,3	26	25,3	28,6	10	39,4	28,0	36
Gesamt	67,7	32,3	229	65,3	37,5	90	67,0	33,8	319

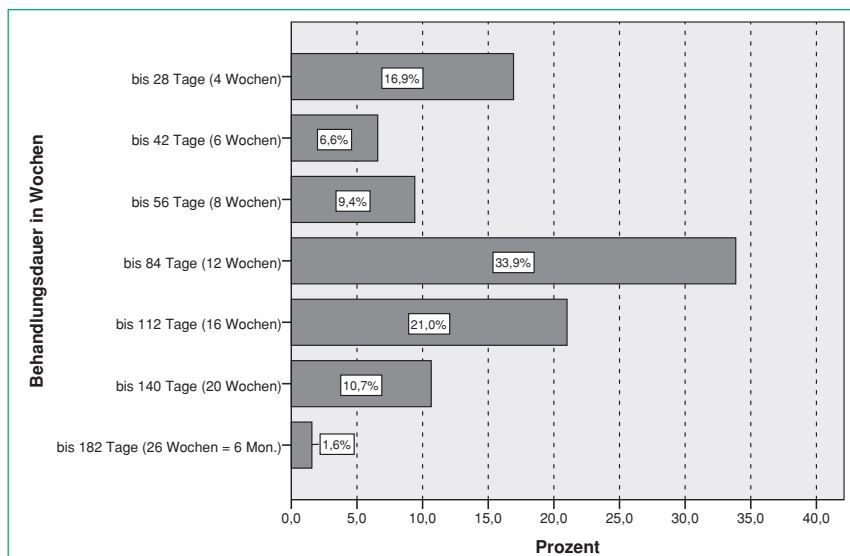


Abbildung 4: Dauer der Behandlung

Tabelle 14: Art der Beendigung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
regulär nach Beratung / Behandlungsplan	164	71,6%	58	64,4%	222	69,6%
vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	13	5,7%	15	16,7%	28	8,8%
vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	14	6,1%	0	0,0%	14	4,4%
Abbruch durch Klient	20	8,7%	10	11,1%	30	9,4%
disziplinarisch	2	0,9%	0	0,0%	2	0,6%
außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	4	1,7%	0	0,0%	4	1,3%
planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/ Behandlungsform	12	5,2%	7	7,8%	19	6,0%
verstorben	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gesamt	229	100,0%	90	100,0%	319	100,0%
planmäßig	203	88,6%	80	88,9%	283	88,7%
unplanmäßig	26	11,4%	10	11,1%	36	11,3%
Gesamt	229	100,0%	90	100,0%	319	100,0%

Art der Behandlungsbeendigung

In Tabelle 14 sind die unterschiedlichen Entlassformen sowie die planmäßigen und unplanmäßigen Beendigungen dargestellt. 88,7% der Rehabilitanden beenden die Ganztägig ambulante Rehabilitation planmäßig, darunter sind 69,6% reguläre Beendigungen. 9,4% der Rehabilitanden brechen die Behandlung ab und nur 0,6% 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 76,8% wird angegeben, dass es zu keinem Rückfall während der Behandlung kam, bei 23,2% ist ein Rückfall mit Suchtmitteln während der Behandlung festgehalten worden. Allerdings liegen von 5,7% der Rehabilitanden keine Informationen vor.

Betrachtet man die 65 rückfälligen Rehabilitanden, dann kam es bei 46,2% zu nur einem Rückfall während der Behandlung, bei 35,4% waren es zwei Rückfälle und in insgesamt 5 Fällen kam es zu mindestens drei Suchtmittelrückfällen, bei einem Rehabilitanden zu 4 Rückfällen. Bei 6 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. 84,9% der Rehabilitanden sind mit 6 und mehr Stunden voll erwerbsfähig; 4,2% sind mit „3 bis unter 6 Stunden“ und 7,7% mit „unter 3 Stunden“ teilweise erwerbsfähig. Bei 3,2% der Rehabilitanden waren keine Angaben erforderlich (z.B. Altersrentner).

Zum Behandlungsende sind nur wenige Veränderungen bei der Erwerbssituation (siehe Tabelle 17 und 6) festzustellen. 52,4% der Rehabilitanden sind erwerbstätig, 40,3% arbeitslos und 7,3% nicht erwerbstätig. Insgesamt fällt die Zahl der Erwerbstätigen zu Beginn von 171 auf 165 Fälle zum Ende, die der nicht Erwerbstätigen steigt geringfügig von 21 auf 23, ebenso die Zahl der Arbeitslosen von 125 auf 127.

Tabelle 17a zeigt die Verschiebungen in den Kategorien ‚erwerbstätig‘, ‚arbeitslos‘ und ‚nicht erwerbstätig‘. Insgesamt 89,5% der Rehabilitanden bleiben erwerbstätig, 9,4% werden arbeitslos, während bei den Arbeitslosen insgesamt 88,8% arbeitslos bleiben, aber 9,6% am Ende der Rehabilitation wieder einen Arbeitsplatz haben. Zwei Rehabilitanden wechseln aus der Kategorie Arbeitslos und Erwerbstätig in nicht erwerbstätig. 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 Hälfte der Rehabilitanden im Bereich der Tagesrehabilitation erwerbstätig entlassen werden. Des Weiteren kann 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

Auch in diesem Jahr wird der Versuch einer genaueren Betrachtung der psychischen Komorbidität, trotz der relativ kleinen Stichprobe von nur 319 Fällen, gewagt.

Tabelle 15: Suchtmittelkonsum während der Behandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
kein Suchtmittelkonsum während der Behandlung	163	79,9%	52	68,4%	215	76,8%
Suchtmittelkonsum während der Behandlung	41	20,1%	24	31,6%	65	23,2%
Gesamt	204	100,0%	76	100,0%	280	100,0%
keine Angabe	12	5,6%	5	6,2%	17	5,7%

Tabelle 15a: Anzahl der Suchtmittelrückfälle während der Behandlung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1	20	48,8%	10	41,7%	30	46,2%
2	17	41,5%	6	25,0%	23	35,4%
3	1	2,4%	4	16,7%	5	7,7%
4	1	2,4%	0	0,0%	1	1,5%
unbekannt	2	4,9%	4	16,7%	6	9,2%
Gesamt	41	100,0%	24	100,0%	65	100,0%

Tabelle 16: Leistungsfähigkeit allgemein zu Behandlungsende

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
6 Stunden und mehr	193	85,8%	72	82,8%	265	84,9%
3 bis unter 6 Stunden	10	4,4%	3	3,4%	13	4,2%
unter 3 Stunden	16	7,1%	8	9,2%	24	7,7%
keine Angabe erforderlich	6	2,7%	4	4,6%	10	3,2%
Gesamt	225	100,0%	87	100,0%	312	100,0%
keine Angabe	4	1,7%	3	3,3%	7	2,2%

Tabelle 17: Erwerbssituation zu Behandlungsende

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	1	0,4%	3	3,3%	4	1,3%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	101	44,9%	31	34,4%	132	41,9%
Selbständiger / Freiberufler	3	1,3%	2	2,2%	5	1,6%
Sonstige Erwerbspersonen	0	0,0%	1	1,1%	1	0,3%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	4	1,8%	0	0,0%	4	1,3%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	10	4,4%	9	10,0%	19	6,0%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	38	16,9%	16	17,8%	54	17,1%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	54	24,0%	19	21,1%	73	23,2%
Schüler / Student	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Hausfrau / Hausmann	2	0,9%	2	2,2%	4	1,3%
Rentner / Pensionär	6	2,7%	5	5,6%	11	3,5%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	5	2,2%	1	1,1%	6	1,9%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	0	0,0%	1	1,1%	1	0,3%
Gesamt	225	100,0%	90	100,0%	315	100,0%
keine Angaben	4	1,7%	0	0,0%	4	1,3%
erwerbstätig	119	52,9%	46	51,1%	165	52,4%
arbeitslos	92	40,9%	35	38,9%	127	40,3%
nicht erwerbstätig	14	6,2%	9	10,0%	23	7,3%
Gesamt	225	100,0%	90	100,0%	315	100,0%

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

Erwerbssituation zu Behandlungs-ende	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%	1	0,6%	1	0,8%	0	0,0%	4	1,3%
erwerbstätig	0	0,0%	153	89,5%	12	9,6%	0	0,0%	165	51,7%
arbeitslos	0	0,0%	16	9,4%	111	88,8%	0	0,0%	127	39,8%
nicht erwerbstätig	0	0,0%	1	0,6%	1	0,8%	21	100,0%	23	7,2%
Gesamt	2	100,0%	171	100,0%	125	100,0%	21	100,0%	319	100,0%

Tabelle 18: psychische Komorbidität (reduzierte Stichprobe)

		Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Psychische Diagnosen	keine	122	60,7%	38	50,0%	160	57,8%
	eine	63	31,3%	28	36,8%	91	32,9%
	zwei	16	8,0%	7	9,2%	23	8,3%
	drei	0	0,0%	2	2,6%	2	0,7%
	fünf	0	0,0%	1	1,3%	1	0,4%
	Gesamt	201	100,0%	76	100,0%	277	100,0%
	Mittelwert	0,5		0,7		0,5	
	Standard-abw.	6,0		0,9		0,7	
Depression F32, F33, F34.1	keine	163	81,1%	55	72,4%	218	78,7%
	eine	38	18,9%	21	27,6%	59	21,3%
	Gesamt	201	100,0%	76	100,0%	277	100,0%
	Mittelwert	0,2		0,3		0,2	
	Standard-abw.	0,4		0,5		0,4	
Angststörung F40, F41	keine	198	98,5%	74	97,4%	272	98,2%
	eine	3	1,5%	2	2,6%	5	1,8%
	Gesamt	201	100,0%	76	100,0%	277	100,0%
	Mittelwert	0,0		0,0		0,0	
	Standard-abw.	0,1		0,2		0,1	
Persönlichkeitsstörung F60, F61	Keine	188	93,5%	69	90,8%	257	92,8%
	Eine	13	6,5%	7	9,2%	20	7,2%
	Gesamt	201	100,0%	76	100,0%	277	100,0%
	Mittelwert	0,1		0,1		0,1	
	Standard-abw.	0,2		0,3		0,3	

Insgesamt weisen 57,8% der Rehabilitanden keine psychische Komorbidität auf, während insgesamt 42,2% mindestens eine weitere psychische Diagnose³ neben der Hauptdiagnose aufweisen. Aus den in Tabelle 10a am häufigsten vertre-

tenden Kapiteln F3, F4 und F6 sind in Tabelle 18 jeweils die depressive Störung, die Angststörung und die Persönlichkeitsstörung dargestellt.

21,3% der Rehabilitanden weisen eine Diagnose der depressiven Störung auf. Das ist der Großteil der F3-Diagnosen aus Tabelle 10a (22,7%). Frauen sind dabei

mit 27,6% stärker belastet als Männer (18,9%). Eine Angststörung (F40, F41) weisen insgesamt 1,8% der Rehabilitanden auf und eine Persönlichkeitsstörung (F60, F61) wurde bei 7,2% 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 bei planmäßiger und bei allen Entlassungen, dann ist in diesem Jahr eine kürzere Behandlungsdauer bei den Rehabilitanden ohne psychische Komorbidität feststellbar und Rehabilitanden mit einer psychischen Komorbidität haben eine um wenige Tage höhere Behandlungsdauer: Bei planmäßiger Beendigung dauert die Behandlung der Rehabilitanden mit einer psychischer Komorbidität im Mittel 70,2 Tage, über alle Entlassformen 67,3 Tage, während die Behandlung der Rehabilitanden ohne psychische Komorbidität bei planmäßiger Beendigung 68,5 Tage und über alle Entlassformen 65,1 Tage dauert. Das sind 1,7 bzw. 2,2 Tage Unterschied. Die Behandlungsdauer mit zwei psychischen Diagnosen steigt nur geringfügig weiter an auf 70,7 Tagen bei planmäßiger Beendigung und 68,3 Tagen gesamt. Drei und fünf psychische Diagnosen weisen nur zwei bzw. ein Rehabilitand auf, weswegen die Behandlungsdauer von 84,0 bzw. 55,0 Tagen wenig aussagefähig ist. Allerdings nehmen die Fallzahlen bei steigender Zahl der Diagnosen insgesamt ab.

Bei der Betrachtung der Art der Behandlungsbeendigung (Tabelle 20) fällt auf, dass der Anteil der planmäßigen Beendigungen bei Rehabilitanden mit und ohne psychischer Komorbidität annähernd gleich bleibt (keine 89,4%, eine 89,0%, zwei 91,3%). Ebenso bei den regulären Beendigungen mit 71,3% ohne psychische Komorbidität, 69,2% mit einer psychischen Diagnose und 69,6% mit zwei psychischen Diagnosen. Da sich in den

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

Kategorien 3 und 5 psychische Diagnosen jeweils nur zwei bzw. ein Rehabilitand befinden, wird auf diese Ergebnisse nicht näher eingegangen.

Tabelle 21 zeigt die allgemeine Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende im Vergleich zur psychischen Komorbidität. Bei bereits nur einer psychischen Diagnose sinkt der Anteil der über 6 Stunden Leistungsfähigen von 87,0% auf 82,2%, bei zwei psychischen Diagnosen sogar auf 65,2% und der Anteil der unter 3 Stunden Leistungsfähigen steigt auf 26,1%.

Zusammenfassend darf vorsichtig interpretiert werden, dass sich eine psychische Komorbidität auf die Bereitschaft, eine Ganztägig ambulante Rehabilitation regulär zu beenden, nur geringfügig auswirkt und die Dauer der Behandlung kaum beeinflusst. Für die allgemeine

Tabelle 19: Behandlungsdauer in Tagen: psychische Komorbidität (reduzierte Stichprobe)

Behandlungsdauer in Tagen	Art der Beendigung					
	planmäßig			Gesamt		
psychische Diagnosen	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N
keine	68,5	30,6	143	65,1	31,5	160
eine	70,2	28,8	81	67,3	30,7	91
zwei	70,7	35,4	21	68,3	34,7	23
drei	84,0	32,5	2	84,0	32,5	2
fünf	55,0		1	55,0		1
Gesamt	69,3	30,3	248	66,2	31,4	277
Depression F32, F33, F34.1						
keine	68,8	30,4	195	66,0	31,5	218
eine	71,1	30,0	53	67,1	31,3	59
Gesamt	69,3	30,3	248	66,2	31,4	277

Tabelle 20: Art der Beendigung: psychische Komorbidität (reduzierte Stichprobe)

Art der Beendigung	psychische Komorbidität											
	keine		eine		zwei		drei		fünf		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Regulär nach Beratung / Behandlungsplan	114	71,3%	63	69,2%	16	69,6%	1	50,0%	1	100,0%	195	70,4%
Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	12	7,5%	7	7,7%	2	8,7%	1	50,0%	0	0,0%	22	7,9%
Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	10	6,3%	4	4,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	14	5,1%
Abbruch durch Klient	16	10,0%	8	8,8%	2	8,7%	0	0,0%	0	0,0%	26	9,4%
Disziplinarisch	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1	,6%	2	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,1%
Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/Behandlungsform	7	4,4%	7	7,7%	3	13,0%	0	0,0%	0	0,0%	17	6,1%
Verstorben	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gesamt	160	100,0%	91	100,0%	23	100,0%	2	100,0%	1	100,0%	277	100,0%
planmäßig	143	89,4%	81	89,0%	21	91,3%	2	100,0%	1	100,0%	248	89,5%
unplanmäßig	17	10,6%	10	11,0%	2	8,7%	0	0,0%	0	0,0%	29	10,5%
Gesamt	160	100,0%	91	100,0%	23	100,0%	2	100,0%	1	100,0%	277	100,0%

Tabelle 21: Allgemeine Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende: psychische Komorbidität (reduzierte Stichprobe)

	psychische Komorbidität											
	keine		eine		zwei		drei		fünf		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
6 Stunden und mehr	134	87,0%	74	82,2%	15	65,2%	2	100,0%	1	100,0%	226	83,7%
3 bis unter 6 Stunden	5	3,2%	6	6,7%	2	8,7%	0	0,0%	0	0,0%	13	4,8%
unter 3 Stunden	8	5,2%	7	7,8%	6	26,1%	0	0,0%	0	0,0%	21	7,8%
keine Angabe erforderlich	7	4,5%	3	3,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	3,7%
Gesamt	154	100,0%	90	100,0%	23	100,0%	2	100,0%	1	100,0%	270	100,0%

Leistungsfähigkeit zeigt sich mit der Anzahl der psychischen Diagnosen ein Rückgang des Anteils der Rehabilitanden mit voller Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. 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 auch in diesem Jahr eine altersspezifische Betrachtung vorge-

nommen. 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 zeigt, dass die drei Altersgruppen unterschiedlich groß sind. Bei den

Tabelle 22: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen

Merkmal	Altersgruppen					
	bis unter 30 Jahre		30 bis 55 Jahre		55 Jahre und älter	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	N = 30		N = 239		N = 50	
männlich	24	80,0%	172	72,0%	33	66,0%
weiblich	6	20,0%	67	28,0%	17	34,0%
Partnerschaft	N = 27		N = 230		N = 50	
nein	16	59,3%	98	42,6%	21	42,0%
ja	11	40,7%	132	57,4%	29	58,0%
Schulabschluss	N = 29		N = 238		N = 49	
ohne Schulabschluss abgegangen	1	3,4%	8	3,4%	0	0,0%
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	9	31,0%	58	24,4%	17	34,7%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	11	37,9%	97	40,8%	18	36,7%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	7	24,1%	75	31,5%	14	28,6%
anderer Schulabschluss	1	3,4%	0	0,0%	0	0,0%
Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn	N = 30		N = 237		N = 50	
erwerbstätig	11	36,7%	134	56,5%	26	52,0%
arbeitslos	18	60,0%	92	38,8%	15	30,0%
nicht erwerbstätig	1	3,3%	11	4,6%	9	18,0%
Erwerbssituation zu Behandlungsende	N = 30		N = 235		N = 50	
erwerbstätig	15	50,0%	126	53,6%	24	48,0%
arbeitslos	14	46,7%	96	40,9%	17	34,0%
nicht erwerbstätig	1	3,3%	13	5,5%	9	18,0%
Vermittelnde Instanz	N = 30		N = 236		N = 48	
Keine / Selbstmelder	4	13,3%	8	3,4%	1	2,1%
soziales Umfeld	1	3,3%	2	0,8%	0	0,0%
Selbsthilfe	1	3,3%	8	3,4%	0	0,0%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	1	3,3%	2	0,8%	2	4,2%
ärztliche Praxis	1	3,3%	1	0,4%	0	0,0%
psychotherapeutische Praxis	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%
allgemeines Krankenhaus	0	0,0%	8	3,4%	2	4,2%
Einrichtung der Akutbehandlung	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%
psychiatrisches Krankenhaus	3	10,0%	31	13,1%	4	8,3%
ambulante Suchthilfeeinrichtung	18	60,0%	134	56,8%	32	66,7%
stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	0	0,0%	27	11,4%	2	4,2%
soziotherapeutische Einrichtung	0	0,0%	0	0,0%	1	2,1%
anderer Beratungsdienst (z.B. Ehe-/ Familien-/ Erziehungsberatung, Sozialpsychiat. Dienst)	1	3,3%	11	4,7%	4	8,3%
sonstige Einrichtung / Institution	0	0,0%	2	0,8%	0	0,0%

unter 30-Jährigen sind insgesamt 30 Fälle zusammengefasst, 30 bis 55 Jahre stellt die größte Gruppe mit 239 Fällen und über 55 Jahre umfasst 50 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 „55 Jahre und älter“ mit 34,0% am größten ist. Bis 30 Jahre sind es 20,0% und 28,0% bei „30

bis 55 Jahre“. In 2018 war der Frauenanteil bei den 30 bis 55 Jährigen am größten. Je älter die Rehabilitanden, umso häufiger befinden sie sich in einer Partnerschaft. Sind es bei den unter 30-Jährigen“ 40,7%, steigt der Anteil zwischen „30 und 55 Jahren“ auf 57,4% und ab „55 Jahre und älter“ auf 58,0%. Bei den Schulabschlüssen ist der Anteil an Hauptschul- und Volksschulabschlüssen (34,7%) in der Gruppe „55 Jahre und älter“ am größten und ein Anteil an Realschulabschlüssen (36,7%) am kleinsten. Die mittlere Altersgruppe weist

die meisten Realschulabschlüsse (40,8%) und Hochschulreife (31,5%) im Vergleich zu den jüngeren und älteren Rehabilitanden auf.

Die meisten Erwerbstätigen zu Behandlungsbeginn finden sich unter den 30 bis 55-Jährigen mit 56,5%, während der Anteil an Arbeitslosen bei den unter 30-Jährigen mit 60,0% am höchsten ausfällt. Erwartungsgemäß finden sich die meisten Erwerbslosen unten über 55-Jährigen (18,0%). Zu Behandlungsende ist der Anteil der Arbeitslosen in der Gruppe der

Tabelle 23: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen

Merkmale	Altersgruppen					
	bis unter 30 Jahre		30 bis 55 Jahre		55 Jahre und älter	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hauptdiagnose	N = 30		N = 239		N = 50	
Schädlicher Gebrauch von Alkohol	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%
Abhängigkeit von Alkohol	13	43,3%	200	83,7%	47	94,0%
Abhängigkeit von Opioiden	1	3,3%	2	0,8%	0	0,0%
Schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden	1	3,3%	0	0,0%	1	2,0%
Abhängigkeit von Cannabinoiden	7	23,3%	13	5,4%	0	0,0%
Abhängigkeit von Sedativa/Hypnotika	2	6,7%	2	0,8%	2	4,0%
Abhängigkeit von Kokain	1	3,3%	11	4,6%	0	0,0%
Abhängigkeit von Stimulanzien	3	10,0%	8	3,3%	0	0,0%
Polytoxikomanie oder Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen	2	6,7%	2	0,8%	0	0,0%
psychische Komorbidität	N = 22		N = 208		N = 47	
durchschnittliche Anzahl weiterer F-Diagnosen	0,5 ± 0,6		0,6 ± 0,8		0,4 ± 0,6	
somatische Komorbidität	N = 22		N = 208		N = 47	
durchschnittliche Anzahl weiterer F-Diagnosen	0,4 ± 0,7		1,5 ± 1,4		2,2 ± 1,8	
Abhängigkeitsdauer in Jahren	N = 25		N = 219		N = 45	
Mittelwert ± Standardabweichung	6,3 ± 3,7		14,6 ± 8,6		18,7 ± 11,5	
Behandlungsdauer in Tagen	N = 30		N = 239		N = 50	
planmäßige Beendigungen	86,2 ± 37,9		70,2 ± 33,7		64,5 ± 23,3	
alle Beendigungen	76,4 ± 39,1		66,8 ± 34,4		62,2 ± 26,1	
Art der Beendigung	N = 30		N = 239		N = 50	
planmäßig	22	73,3%	215	90,0%	46	92,0%
unplanmäßig	8	26,7%	24	10,0%	4	8,0%
Leistungsfähigkeit allgemein zu Behandlungsende	N = 29		N = 234		N = 49	
6 Stunden und mehr	27	93,1%	208	88,9%	30	61,2%
3 bis unter 6 Stunden	0	0,0%	7	3,0%	6	12,2%
unter 3 Stunden	1	3,4%	16	6,8%	7	14,3%
keine Angabe erforderlich	1	3,4%	3	1,3%	6	12,2%

unter 30-Jährigen zwar immer noch am größten, aber doch deutlich geringer (46,7%). Der Anteil der Erwerbstätigen sinkt insgesamt, während der der nicht Erwerbstätigen weitestgehend stabil bleibt. Hier zeigt sich ein relativ ähnliches Bild wie im Vorjahr. Allerdings waren im Vorjahr die meisten Erwerbstätigen unter den Älteren zu finden.

Der Anteil der Vermittlungen durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen ist in der Gruppe „55 Jahre und älter“ in diesem Jahr mit 66,7% am größten. Der Anteil der Selbstmelder ist mit 13,3% in der Gruppe „unter 30 Jahre“ am größten. Psychiatrische Krankenhäuser und stationäre Suchthilfeeinrichtungen sind am häufigsten in der mittleren Altersgruppe zu finden (13,1% und 11,4%), während Arbeitgeber/Betrieb als Vermittler mit 4,2% 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 kaum eine Rolle spielen: nur drei Rehabilitanden haben eine andere Hauptdiagnose. Die Diagnose Cannabisabhängigkeit (23,3%) ist unter den unter 30-Jährigen die häufigste Diagnose nach der Alkoholabhängigkeit (43,3%), danach folgt die Abhängigkeit von Stimulanzien mit 10,0%, die Diagnosen Politoxikomanie oder Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen sowie die Abhängigkeit von Sedative/Hypnotika mit 6,7%. Cannabis steht in der Gruppe der „30 bis 55“-Jährigen mit 5,4% an zweiter Stelle nach der Alkoholabhängigkeit (83,7%), gefolgt von Kokain mit 4,6%.

Die psychische Komorbidität mit 0,6 Diagnosen im Mittel ist in der Altersgruppe der 30- bis 55-Jährigen nur geringfügig

höher als in den anderen beiden Altersgruppen. Erwartungsgemäß steigt mit dem Alter die Anzahl der durchschnittlichen somatischen Diagnosen von 0,4, über 1,5 auf 2,2 an. Auch die Abhängigkeitsdauer steigt mit dem Lebensalter. Sind die jüngsten 6,3 Jahre abhängig, sind es bei der mittleren Altersgruppe bereits 14,6 Jahre und bei den über 55-Jährigen 18,7 Jahre.

Die Behandlungsdauer ist in der Altersgruppe der unter 30-Jährigen sowohl planmäßig wie auch über alle Entlassungen hinweg am längsten (86,2 Tage bzw. 76,4 Tage). Die meisten planmäßigen Beendigungen sind in der Gruppe der über 55-Jährigen zu finden mit 92,0%.

Die allgemeine Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende ist in der Gruppe der unter 30-Jährigen am höchsten (93,1% „6 Stunden und mehr“) und nimmt mit steigendem Alter ab: zwischen 30 und 55 Jahren sind es noch 88,9% mit einer mindestens 6 Stunden umfassenden Leistungsfähigkeit, bei den über 55-Jährigen noch 61,2%. 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 3,4% (1 Fall), steigen beide Werte bei den 30- bis 55-Jährigen auf 6,8% bzw. 1,3% sowie auf 14,3% bzw. 12,2% 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 94,0% eine Abhängigkeit von Alkohol, so ist der Anteil der Alkoholabhängigkeits-Diagnosen bei den unter 30-Jährigen auf 43,3% gesunken. An zweiter Stelle steht bei dieser Altersgruppe die Cannabisabhängigkeit mit 23,3%. Der Anteil der Arbeitslosen ist bei dieser Altersgruppe am größten mit 60,0%. Gleichzeitig ist die durchschnittliche Behandlungsdauer hier am höchsten (86,2 Tage bei planmäßiger Beendigung, 76,4 Tage über alle Entlassarten). Es fällt auf, dass die psychische Komorbidität nur wenig variiert. Bei den über 55-Jährigen ist sie mit 0,4 Diagnosen im Mittel am niedrigsten, bei der mittleren Altersgruppe mit 0,6 Diagnosen am höchsten.

2.8. Vergleich der Ergebnisse zwischen 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 und 2019

In Tabelle 24 sind ausgewählte Ergebnisse der Basisdokumentation Sucht aus den Jahren 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 und 2019 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.

Tabelle 24: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentationen 2010 – 2019 (um „missing-data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Bado 2019	Bado 2018	BADO 2017	BADO 2016	BADO 2015	BADO 2014	BADO 2013	BADO 2012	BADO 2011	BADO 2010
Geschlecht	N = 319	N = 341	N = 414	N = 480	N = 434	N = 402	N = 376	N = 428	N = 443	N = 483
männlich	71,8%	70,1%	73,2%	65,0%	66,4%	61,7%	63,3%	65,2%	68,2%	67,9%
weiblich	28,2%	29,9%	26,8%	35,0%	33,6%	38,3%	36,7%	34,8%	31,8%	32,1%
Alter (in Jahren)	N = 319	N = 341	N = 414	N = 480	N = 434	N = 402	N = 376	N = 428	N = 443	N = 483
Mittelwert ± Standardabweichung	43,3 ± 10,7	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 = 307	N = 329	N = 363	N = 436	N = 399	N = 379	N = 352	N = 395	N = 391	N = 393
nein	44,0%	40,7%	39,1%	38,8%	40,4%	39,1%	42,9%	39,7%	29,7%	32,3%
ja	56,0%	59,3%	60,1%	61,3%	59,6%	60,9%	57,1%	60,3%	70,3%	67,7%

Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen – Teilband V

noch Tabelle 24: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentationen 2010 – 2019 (um „missing-data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Bado 2019	Bado 2018	BADO 2017	BADO 2016	BADO 2015	BADO 2014	BADO 2013	BADO 2012	BADO 2011	BADO 2010
Schulabschluss	N = 316	N = 337	N = 379	N = 460	N = 425	N = 393	N = 367	N = 417	N = 401	N = 404
ohne Schulabschluss	2,8%	3,9%	2,4%	4,2%	1,7%	1,3%	2,2%	3,6%	3,7%	5,0%
Hauptschul- / Volksschul- abschluss	26,6%	23,7%	27,7%	26,3%	31,8%	32,6%	34,1%	32,9%	27,9%	35,9%
Realschulabschluss / Polytechni- sche Oberschule	39,9%	43,9%	45,9%	44,1%	41,9%	39,9%	34,6%	40,5%	45,6%	36,1%
(Fach-) Hochschulreife / Abitur	30,4%	27,9%	23,7%	24,1%	23,5%	26,0%	28,3%	22,3%	20,0%	20,5%
anderer Schulabschluss	0,3%	0,6%	0,3%	1,3%	1,1%	0,3%	0,8%	0,7%	2,7%	2,5%
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	N = 317	N = 340	N = 391	N = 465	N = 422	N = 396	N = 369	N = 417	N = 411	N = 478
erwerbstätig	53,9%	54,1%	44,2%	49,9%	43,1%	45,2%	45,5%	48,2%	45,0%	45,4%
erwerbslos	39,4%	36,8%	43,7%	40,9%	46,9%	44,2%	46,6%	42,4%	43,6%	46,2%
nicht erwerbstätig	6,6%	9,1%	12,0%	9,2%	10,0%	10,6%	7,9%	9,4%	11,4%	8,4%
Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende	N = 317	N = 340	N = 386	N = 463	N = 423	N = 394	N = 367	N = 416	N = 411	N = 477
erwerbstätig	52,4%	52,9%	42,7%	50,1%	42,3%	43,9%	44,7%	48,1%	44,0%	44,7%
erwerbslos	40,3%	37,9%	47,9%	42,3%	48,9%	45,4%	47,9%	43,0%	45,3%	48,0%
nicht erwerbstätig	7,3%	9,1%	9,3%	7,6%	8,8%	10,7%	7,4%	8,9%	10,7%	7,3%
Vermittelnde Instanz	N = 314	N = 340	N = 370	N = 424	N = 424	N = 400	N = 371	N = 417	N = 387	N = 477
Keine / Selbstmelder	4,1%	9,1%	10,8%	2,2%	1,2%	1,8%	0,8%	1,0%	0,5%	3,8%
Familie	1,0%	0,9%	-	-	-	-	-	1,0%	0,3%	-
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	1,6%	2,4%	2,4%	1,3%	1,4%	3,0%	6,2%	4,1%	3,6%	1,5%
Abstinenz- / Selbsthilfegruppe	2,9%	2,4%	-	-	-	-	-	-	0,3%	0,2%
ärztliche oder psychotherapeu- tische Praxis	0,9%	0,9%	1,0%	0,7%	1,2%	0,5%	1,4%	1,4%	1,0%	0,2%
allgemeines Krankenhaus	3,2%	2,4%	2,4%							
psychiatrisches Krankenhaus	12,1%	10,0%	0,5%							
niederschwellige Einrichtung				2,5%	4,7%	1,2%	0,5%	-	-	0,6%
Suchtberatungs- / -Behand- lungsstelle, Fachambulanz	58,6%	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 Beschäftigungs- projekt				-	-	-	-	-	-	0,2%
ambulantes Betreutes Wohnen				-	0,5%	-	-	-	0,3%	-
Krankenhaus, Krankenhaus- abteilung				11,9%	9,7%	10,3%	8,9%	10,6%	10,6%	9,6%
stationäre Rehabilitations- einrichtung	9,2%	8,8%	6,5%	1,7%	2,6%	1,0%	1,4%	1,2%	1,3%	2,9%
teilstationäre Rehabilitations- einrichtung				0,4%	0,5%	-	-	-	-	-
Sozialdienst JVA / Maßregel- vollzug				0,4%	0,5%	0,8%	0,3%	-	0,3%	0,4%
sozialpsychiatrischer Dienst				-	0,2%	-	-	-	-	-
andere Beratungsdienste (z.B. Ehe, Familien-, Erziehungsbera- tungsstellen)	5,1%			0,2%	-	-	-	-	0,3%	-
Einrichtungen der Jugendhilfe, Jugendamt				-	-	-	-	0,2%	-	-
soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)				-	0,2%	-	-	-	0,3%	-

Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen – Teilband V

noch Tabelle 24: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentationen 2010 – 2019 (um „missing-data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Bado 2019	Bado 2018	BADO 2017	BADO 2016	BADO 2015	BADO 2014	BADO 2013	BADO 2012	BADO 2011	BADO 2010
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	0,6%	0,3%		-	0,2%	1,0%	0,5%	-	1,8%	0,6%
Kosten- und Leistungsträger	N = 319	N = 349	N = 406	N = 480	N = 434	N = 402	N = 376	N = 428	N = 443	N = 483
Rentenversicherung	90,0%	88,3%	89,1%	90,8%	89,4%	87,8%	92,3%	93,7%	89,8%	89,4%
Krankenversicherung	9,4%	10,3%	6,3%	7,1%	9,9%	11,7%	6,1%	5,4%	7,0%	5,6%
sonstige Kostenträger	0,6%	1,4%	4,6%	3,5%	2,6%	8,1%	4,3%	0,9%	3,2%	5,0%
Hauptdiagnose	N = 319	N = 341	N = 414	N = 480	N = 434	N = 402	N = 376	N = 428	N = 443	N = 483
Störungen durch Alkohol F10.XX	81,8%	78,9%	84,1%	85,7%	88,5%	90,8%	87,7%	92,1%	93,9%	94,4%
sonstige F1X.XX Diagnosen außer Alkohol	18,2%	21,1%	15,5%	14,1%	11,5%	9,2%	12,3%	7,9%	6,1%	5,6%
Pathologisches Glücksspiel F63.0	0,0%	0,0%	0,5%	0,2%	-	-	-	-	-	-
sonstige Diagnosen	0,0%	0,0%		-	-	-	-	-	-	-
Abhängigkeitsdauer (in Jahren)	N = 289	N = 330	N = 392	N = 325	N = 301	N = 272	N = 232	N = 428	N = 269	N = 471
Mittelwert ± Standardabweichung	14,5 ± 9,3	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 Entzugsbehandlungen	N = 177	N = 282	N = 369	N = 449	N = 406	N = 378	N = 353	N = 428	N = 400	N = 455
Mittelwert	3,4	2,1	2,1	2,7	3,2	2,5	2,5	3	2,5	2,7
Anzahl qualifizierte Entzugsbehandlungen	N = 154	N = 257	N = 366							
Mittelwert	2	0,8	0,5							
Psychische Komorbidität	N = 277	N = 341	N = 358	N = 480	N = 434	N = 402	N = 376	N = 428	N = 443	N = 483
durchschnittliche Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,7	0,6	0,6	0,4	0,4
Somatische Komorbidität	N = 277	N = 341	N = 358	N = 480	N = 434	N = 402	N = 376	N = 428	N = 443	N = 483
durchschnittliche Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient	1,5	1,3	1,4	1,6	1,7	1,9	1,7	1,8	1,4	1,2
Behandlungsdauer (in Tagen)	N = 319	N = 341	N = 414	N = 480	N = 434	N = 402	N = 376	N = 428	N = 443	N = 483
Mittelwert ± Standardabweichung	67,0 ± 33,8	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 = 222	N = 245	N = 279	N = 342	N = 312	N = 312	N = 277	N = 317	N = 333	N = 355
Mittelwert ± Standardabweichung	78,3 ± 30,3	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 = 283	N = 306	N = 351	N = 423	N = 388	N = 374	N = 343	N = 385	N = 388	N = 426
Mittelwert ± Standardabweichung	70,5 ± 32,9	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	79,8 ± 31,8
Art der Behandlungsbeendigung	N = 319	N = 341	N = 414	N = 480	N = 434	N = 402	N = 376	N = 428	N = 443	N = 483
reguläre Entlassung	69,6%	71,8%	67,4%	71,3%	71,9%	77,6%	73,7%	74,1%	75,2%	73,5%
planmäßige Entlassung	88,7%	89,7%	84,8%	88,1%	89,4%	93,0%	91,2%	90,0%	87,6%	88,2%

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.

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 2019 setzt sich der Trend mit nur 319 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, 2019: 4 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 zehn Jahrgängen liegt der Männeranteil bei über 60% (2010: 67,9%; bis 2019: 71,8%) 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. Der rückläufige Trend aus 2018 (29,9%) setzt sich 2019 mit 28,2% fort. Das Durchschnittsalter für die Gesamtstichprobe schwankt nur geringfügig zwischen 44,8 Jahren in 2010, 46,4 Jahren in 2014, 44,4 Jahren in 2018 und 2019 mit 43,3 Jahren.

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 Partner-

schaft mit Ja, 2018 waren es 59,3% und 2019 56,0%.

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% und hat 2019 30,4% erreicht. In der Kategorie „Real-schulabschluss/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%, 2019 sinkt er weiter auf 39,9%. 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%, 2019 fällt er wieder leicht auf 2,8%.

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 es 45,4% der Rehabilitanden zu Beginn der Rehabilitation erwerbstätig. 2017 lag der Anteil bei 44,2%. 2018 steigt auf 54,1% Erwerbstätige und 2019 bleibt der Wert relativ stabil bei 53,9%. Vergleichbare Anteile finden sich auch für die Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende. 2010 waren 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% und hält sich 2019 bei 52,4%.

Die Angaben zu den vermittelnden Instanzen und den Leistungsträgern weisen eine hohe Konstanz auf. Über alle zehn 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%). 2019 sinkt der Anteil erneut auf 58,6%. 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 Zusam-

menfassung der Kategorien „Allgemeines Krankenhaus“ und „Psychiatrisches Krankenhaus“ ungefähr wiedergegeben werden (2017: 2,4% und 0,5%, 2018: 2,4% und 10,0%). In 2019 bleiben die Ergebnisse hier auf einem ähnlichen Niveau (3,2% und 12,1%). 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% und erreicht 2019 nur 1,6%.

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%. In 2019 erreicht dieser Zuweisungsweg einen neuen Höchststand mit 9,2%. Entsprechend dieser Zahlen wird die „ganztägig ambulante Entlassphase“ nach stationärer Entwöhnung zwar 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%, 2018 mit 88,3% und 2019 mit 90,0% relativ stabil.

Im Bereich der Hauptdiagnose dominiert weiterhin die Alkoholdiagnose mit 81,8%, 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 auf 84,1% und 2018 erstmals auf nur 78,9%. 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 sank der aktuelle Wert 2018 auf 13,0 Jahre und steigt 2019 auf 14,5 Jahre. 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).

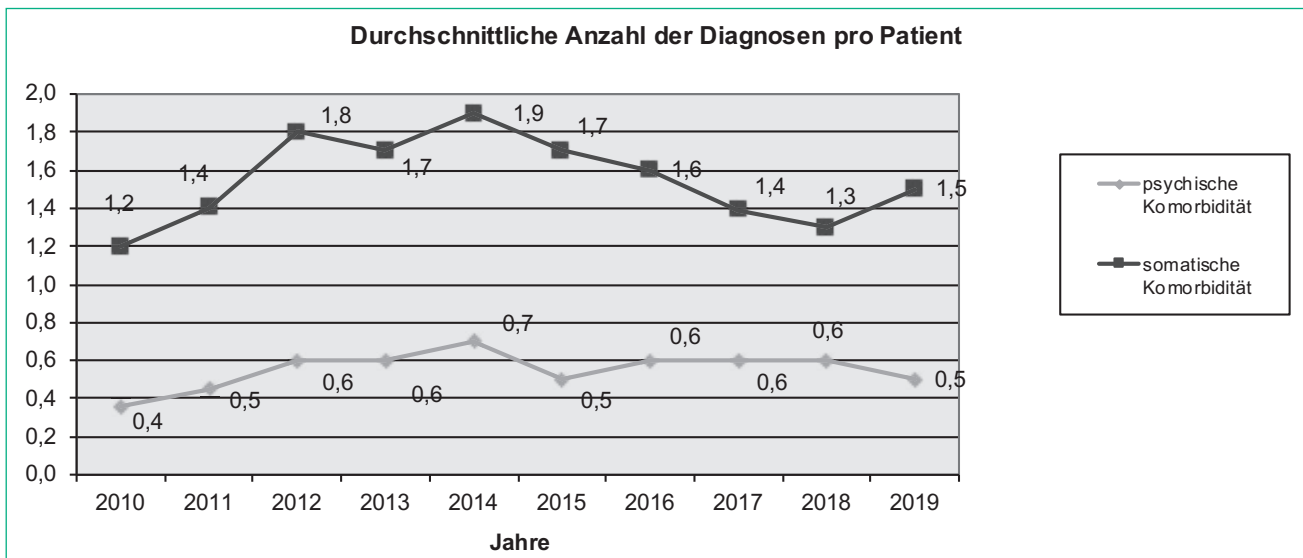


Abbildung 5: Entwicklung der psychischen und somatischen Komorbiditäten

Die Anzahl der stattgefundenen Entzugsbehandlungen erfolgt in diesem Jahr zum zweiten Mal über zwei Items, der Entgiftung und dem qualifiziertem Entzug. Beide zusammen ergeben das ganze Bild: 3,4 Entgiftungen und 2,0 qualifizierte Entzugsbehandlungen weisen die Rehabilitanden in 2019 auf. Im Vorjahr waren 3,1 Entgiftungen und 1,1 qualifizierte Entzugsbehandlungen. 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 zehn 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 und 2019 0,5 Diagnosen. Die durchschnittliche somatische Komorbidität stieg von 1,2 (2010) bis 2014 auf 1,9 Diagnosen pro Rehabilitand. Danach fiel der Wert wieder auf schließlich 1,3 in 2018 bzw. stieg 2019 auf 1,5 somatische Diagnosen.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer wird 2019 mit 67,0 Tagen angegeben. Damit sinkt sie im Vergleich zum Vorjahr um 1,5 Tage (2017 mit 60,7 Tagen, 2016 mit 66,6 Tagen, 2018 mit 68,5 Tagen). Im Jahr 2010 lag diese noch bei 74,9 Tagen 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 sowie 2019 78,3 Tage und 70,5 Tage.

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%. 2019 waren es nur 69,6% reguläre Beendigungen. Die entsprechenden Angaben zu den planmäßigen Entlassungen liegen beginnend mit 88,2% (2010) über 93,0% (2014), 89,7% (2018) und 88,7% in 2019 ebenfalls eng beieinander.

3. Diskussion und Ergebnisbewertung

Die Sichtung der Daten zur Ganztägig ambulanten Rehabilitation im Rahmen der Qualitätssicherung des Fachverbandes Sucht e.V. ermöglicht einen Einblick in die Rehabilitandenstruktur und den Behandlungsverlauf in dem vorgegebenen Behandlungssetting.

2019 hat sich der Datensatz gegenüber 2018, 2017 und 2016 weiter 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 2019 vorgelegten Daten beschreiben – wie in den Jahren davor – eine zu zwei Dritteln männliche Rehabilitandenstruktur. Der Anteil der Frauen ist gegenüber 2018 geringfügig gesunken. Das Durchschnittsalter liegt 2019 bei 43,3 Jahren und damit im Range der Vorjahre. Die Rehabilitanden werden zu 81,5% 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 6,3% eine zunehmende Bedeutung. Die psychischen und somatischen Komorbiditäten mit durchschnittlich 0,5 und 1,5 Diagnosen pro Rehabilitand zeigen unterschiedliche Tendenzen. In jedem Falle belegen sie die umfassende Behandlungsbedürftigkeit der beschriebenen Rehabilitandengruppe.

Die berufliche Ausgangssituation mit einer Arbeitslosenquote von 39,4% 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 67,0 Tage. 88,7% der Rehabilitanden werden planmäßig entlassen. Ihre durchschnittliche Verweildauer beträgt 70,5 Tage. Am Ende der Rehabilitation sind die Rehabilitanden überwiegend arbeits- und erwerbsfähig. So sind am Ende der Behandlung 84,9% 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, 2018 und 2019 zeigt überwiegend ähnliche Ergebnisse. Somit lassen sich die grundlegenden Aussagen zu den in einem tagesklinischen Setting behandelten 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 weiterhin 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, Ahrensbock.
- 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 ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2014. Aus-

gewählte 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 ambulante (teilstationäre) 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 ambulante (teilstationäre) 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 ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2017. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 75 – 89.

Bick-Dresen, S., Deichler, M.-L., Bachmeier, R., Kliem, D., Laaß, T., Missel, P. (†), Mix, S., Schneider, S., Seydlitz, u., Köstler, U., Weissinger, V. 2019. Teilband V, Basisdokumentation 2018 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2018. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 80 – 101.

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.
- Laaß, Thomas, Bezugstherapeut, medinet AG Alte Ölmühle, Magdeburg
- Majewski, Michael von, Ltd. Psychologe, MEDIAN Klinik Schweriner See, Lübstorf
- Schneider, Dr. Bernd, Leiter, MEDIAN Gesundheitsdienste, Koblenz
- Sünderhauf, Marcelina, therapeutische Leiterin, Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V., Die Tagesklinik, Berlin
- Friedrichs, Gitta, Chefarztin, Fachklinik Alte Ölmühle, Magdeburg
- Klein, Dr. Thomas, Stv. Geschäftsführer Fachverband Sucht e.V.
- Weissinger, Dr. Volker, Geschäftsführer, Fachverband Sucht e.V., Bonn

Liste der an der Datenerhebung beteiligten Einrichtungen

- THBB Die Tagesklinik
 Alte Ölmühle - Tagesreha
 MEDIAN Ambulantes Gesundheitszentrum (AGZ) Stuttgart
 MEDIAN Poliklinik Schelfstadt (Tagesklinik)

B Sonderauswertungen

VI	Basisdokumentation 2018 – Pathologisches Glücksspielen	104
VII	Basisdokumentation 2018 – Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch	123

Inhaltsverzeichnis

*Bick-Dresen, S., Wagner, A., Bachmeier, R., Funke, W., Kemmann, D.,
Kersting, S., Medenwaldt, J., Premper, V., Reger, F., Teigeler, H., Klein, T.,
Weissinger, V.*

Teilband VI

**Basisdokumentation 2019 –
Sonderauswertung Pathologisches Glücksspielen**

1.	Einleitung.....	105
2.	Basisdokumentation 2019 des Fachverbandes Sucht e.V.	105
2.1	Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung	105
2.2	Beschreibung der Rehabilitanden nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen	106
2.3	Angaben zur Glücksspielteilnahme	109
2.4	Angabe zur Therapievorbereitung und zur Aufnahme	111
2.5	Diagnosen und Vorbehandlungen	112
2.6	Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende	115
2.7	Psychische Komorbidität und Therapieverlauf	118
2.8	Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019	119
3.	Ausblick	122
4.	Literatur	122
	Autorenverzeichnis	122

Teilband VI:

Basisdokumentation 2019 – 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 fünften 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.

In diesem Jahr konnten die Falldaten aus den psychosomatischen Abteilungen der Mitgliedseinrichtungen des FVS aufgrund der Komplexität der Zusammenführung der beiden sehr unterschiedlichen Basisdokumentationen nicht berücksichtigt werden.

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,
- katamnestische 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 teilweise unvollständigen Datensätzen. 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 2019 des Fachverbandes Sucht

2.1. Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung

Im vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Daten aus der stationären medizinischen Sucht-Rehabilitation von Patienten mit der Erstdiagnose pathologisches Glücksspielen für das Jahr 2019 zusammengefasst. Die Daten stammen ausschließlich aus Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e. V. Die Gesamtstichprobe der Basisdokumentation 2019 umfasst 694 Patienten aus insgesamt 17 stationären Behandlungseinrichtungen. Dieses Jahr gehen nur Datensätze aus Abhängigkeitsabteilungen in die Auswertung ein. Die Datensätze können partiell unvollständig sein. Die fehlenden Daten sind jeweils am Ende jeder Tabelle unter „keine Angaben“ ausgewiesen. Die prozentualen Angaben der fehlenden Daten beziehen sich auf die Gesamtstichprobe.

Die Daten wurden durch Redline Data, Ahrensboök, gesammelt und zusammengeführt sowie auf Fehlerfreiheit geprüft. Ein Rückschluss auf die Daten aus einzel-

¹ Für die Items Geschlecht, Alter bei Aufnahme, Behandlungsdauer, Hauptdiagnose, Art der Beendigung und Art der Einrichtung sind keine „Missing Data“ erlaubt.

Tabelle 1: Liste der Einrichtungen, deren Daten in die Auswertungen eingegangen sind

Fontane-Klinik	15741 Mittenwalde OT Motzen
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
Fachklinik Fredeburg	57392 Schmallenberg - Bad Fredeburg
MEDIAN Klinik Wied	57629 Wied
salus klinik Friedrichsdorf	61381 Friedrichsdorf
MEDIAN Klinik Münchwies	66540 Neunkirchen
MEDIAN Rhein-Haardt-Klinik	67098 Bad Dürkheim
MEDIAN Klinik Wilhelmsheim	71570 Oppenweiler
Fachklinik Zur alten Post	72270 Baiersborn-schönmünzsch
Fachklinik Eußerthal	76857 Eußerthal/Pfalz
Fachklinik Furth im Wald	93437 Furth im Wald
MEDIAN Klinik Römhild	98630 Römhild

Mit 19,6% der Patienten war die Altersklasse der 30- bis 34-Jährigen am häufigsten besetzt, gefolgt von den Altersklassen der 25- bis 29-Jährigen mit 16,0%, der 35- bis 39-Jährigen mit 14,3% und der 40- bis 44-Jährigen mit 11,4%. Zwischen 50 und 54 Jahre alt waren 9,7% der Patienten, 9,4% waren zwischen 45 und 49 Jahre und 7,8% zwischen 20 und 24 Jahre alt. 6,1% waren zwischen 55 und 59 Jahren alt und 60 Jahre und älter waren lediglich 5,5% der Patienten. Insgesamt sind nur 0,4% jugendliche Patienten unter 20 Jahren behandelt worden. Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 38,9 Jahre ($\pm 11,8$ Jahre). Frauen waren durchschnittlich 45,0 Jahre ($\pm 12,1$ Jahre) alt, Männer hingegen hatten ein um 7,0 Jahre geringeres durch-

Tabelle 2: EDV-Systeme

	Anzahl	Prozent
IKIS (AHG)	413	59,5%
PATFAK (Redline DATA)	111	16,0%
PaDo (Navacom)	170	24,5%
Gesamt	694	100,0%

nen Mitgliedseinrichtungen bzw. auf einzelne Patienten ist nicht möglich.

Die Verteilung der verschiedenen EDV-System ist in Tabelle 2 dargestellt.

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 2019 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 2019 dargestellt.

2.2. Beschreibung der Rehabilitanden nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen

Die Altersverteilung der Patienten bei Betreuungsbeginn in Abhängigkeit vom jeweiligen Geschlecht ist in Tabelle 3 dargestellt. Von den insgesamt 694 Patienten waren 92 (13,3%) weiblichen und 602 (86,7%) männlichen Geschlechts. In der Tabelle werden die Patienten in Altersgruppen mit einer Spannweite von jeweils 5 Jahren gruppiert.

Tabelle 3: Alter der Patienten zu Behandlungsbeginn

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 19 Jahre	3	0,5%	0	0,0%	3	0,4%
20 bis 24 Jahre	50	8,3%	4	4,3%	54	7,8%
25 bis 29 Jahre	106	17,6%	5	5,4%	111	16,0%
30 bis 34 Jahre	120	19,9%	16	17,4%	136	19,6%
35 bis 39 Jahre	86	14,3%	13	14,1%	99	14,3%
40 bis 44 Jahre	75	12,5%	4	4,3%	79	11,4%
45 bis 49 Jahre	55	9,1%	10	10,9%	65	9,4%
50 bis 54 Jahre	47	7,8%	20	21,7%	67	9,7%
55 bis 59 Jahre	28	4,7%	14	15,2%	42	6,1%
60 bis 64 Jahre	22	3,7%	2	2,2%	24	3,5%
65 Jahre und älter	10	1,7%	4	4,3%	14	2,0%
Gesamt	602	100,0%	92	100,0%	694	100,0%
Mittelwert	38,0		45,0		38,9	
Standardabweichung	11,5		12,1		11,8	

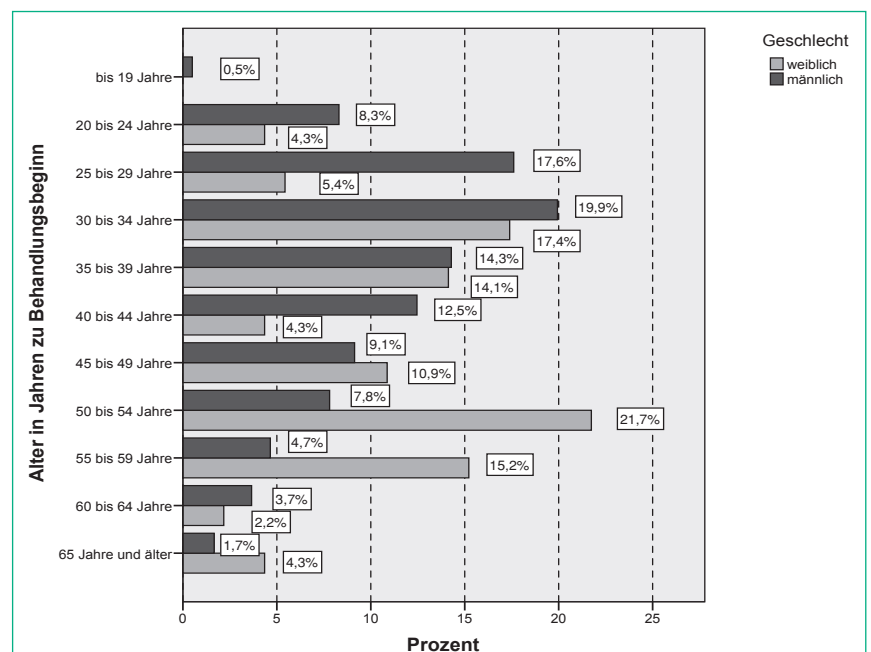


Abbildung 1: Altersverteilung

Tabelle 4: Partnerbeziehung und Lebenssituation

Partnerschaft	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nein	326	57,2%	36	40,9%	362	55,0%
Ja	244	42,8%	52	59,1%	296	45,0%
Gesamt	570	100,0%	88	100,0%	658	100,0%
Keine Angaben	32	5,3%	4	4,3%	36	5,2%
Alleinlebend	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nein	281	51,3%	36	46,2%	317	50,6%
Ja	267	48,7%	42	53,8%	309	49,4%
Gesamt	548	100,0%	78	100,0%	626	100,0%
Keine Angaben	54	9,0%	14	15,2%	68	9,8%

Tabelle 5: Wohnsituation zu Behandlungsbeginn

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus)	374	66,9%	66	83,5%	440	69,0%
bei anderen Personen	136	24,3%	7	8,9%	143	22,4%
ambulant Betreutes Wohnen	13	2,3%	3	3,8%	16	2,5%
(Fach)-Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	1	0,2%	0	0,0%	1	0,2%
Wohnheim / Übergangswohnheim	6	1,1%	1	1,3%	7	1,1%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	6	1,1%	0	0,0%	6	0,9%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	5	0,9%	1	1,3%	6	0,9%
ohne Wohnung	16	2,9%	1	1,3%	17	2,7%
sonstiges	2	0,4%	0	0,0%	2	0,3%
Gesamt	559	100,0%	79	100,0%	638	100,0%
keine Angaben	43	7,1%	13	14,1%	56	8,1%

Tabelle 6: Migrationshintergrund

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
kein Migrationshintergrund	236	65,4%	29	69,0%	265	65,8%
selbst migriert	73	20,2%	6	14,3%	79	19,6%
als Kind von Migranten geboren	50	13,9%	7	16,7%	57	14,1%
Migration ausschließlich in 3. Generation	2	0,6%	0	0,0%	2	0,5%
Gesamt	361	100,0%	42	100,0%	403	100,0%
keine Angaben	241	40,0%	50	54,3%	291	41,9%

schnittliches Alter von 38,0 Jahren ($\pm 11,5$ Jahre).

Bei der Betrachtung der Geschlechter ist ein deutlicher Unterschied der Altersverteilung zu erkennen: Männer sind stärker in den jüngeren Altersgruppen vertreten mit 19,9% bei den 30- bis

34-Jährigen und 17,6% bei den 25- bis 29-Jährigen, während bei den Frauen die Gruppe der 50- bis 54-Jährigen mit 21,7% sowie der 55 bis 59-Jährigen mit 15,2% deutlich heraussticht und der Anteil unter den 25- bis 29-Jährigen nur bei 5,4% liegt.

Einen Überblick über die **Partnerbeziehung** bei Betreuungsbeginn vermittelt Tabelle 4. In einer Partnerschaft zu leben, gaben 45,0% der Patienten an, 55,0% hatten keine Partnerschaft. Von insgesamt 5,2% der Rehabilitanden lagen dazu keine Angaben vor. Es zeigen sich bezüglich der Partnersituation geschlechtsspezifische Unterschiede: Von den Männern gaben 42,8% an, in einer Partnerschaft zu leben, vs. 59,1% der Frauen. Keine Partnerschaft hatten 57,2% der Männer und 40,9% der Frauen.

Allein lebte laut Tabelle 4 rund die Hälfte der Patienten (49,4%), wobei auch hier die Unterschiede zwischen den Geschlechtern auffallen: 53,8% der Frauen und 48,7% der Männer gaben an, allein zu leben.

Die Frage, mit wem die Rehabilitanden zusammengelebt hatten, kann aufgrund des zu hohen Anteils fehlender Daten (zwischen 51,6% und 61,5%) nicht ausgewertet werden.

Tabelle 5 zeigt die **Wohnsituation vor Betreuungsbeginn**. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten (69,0%) gab an, selbstständig zu wohnen, wobei der Anteil bei den Männern mit 66,9% vs. 83,5% deutlich unter dem der Frauen lag. Weitere Angaben der Patienten zu ihrer Wohnsituation waren: „bei anderen Personen“ mit 22,4% (24,3% vs. 8,9%), „ambulant betreutes Wohnen“ mit 2,5% (2,3% vs. 3,8%), „(Fach)-Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung“ mit 0,2% (0,2% vs. 0,0%), „Wohnheim/Übergangswohnheim“ mit 1,1% (1,1% vs. 1,3%), „JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung“ mit 0,9% (1,1% vs. 0,0%), „Notunterkunft, Übernachtungsstelle“ mit 0,9% (0,9% vs. 1,3%), „sonstiges“ mit 0,3% (0,4% vs. 0,0%) und „ohne Wohnung“ mit 2,7% (2,9% vs. 1,3%). Bei 8,1% der Patienten waren keine Daten zur Wohnsituation kodiert.

Tabelle 6 gibt Aufschluss über den Migrationsstatus der Rehabilitanden. 79 (19,6%) Rehabilitanden waren selbst migriert, wobei der Anteil bei den Männern mit 20,2% vs. 14,3% über dem der Frauen liegt. Als Kinder von Migranten geboren wurden 14,1% (13,9% vs. 16,7%). Keinen Migrationshintergrund hatten 65,8% (65,4% vs. 69,0%) der Patienten. Eine Migration in dritter Generation gaben 2 männliche Rehabilitanden an (0,5%). Von 41,9% der Patienten (40,0% vs. 54,3%) lagen keine Angaben zum Migrationsstatus vor.

Tabelle 7 zeigt den **höchsten erreichten Schul- und Ausbildungsabschluss**. Ein Patient gab an, sich momentan in Schulausbildung zu befinden. Ohne Schulabschluss abgegangen waren 7,0% der Patienten (6,5% der Männer vs. 10,2% der Frauen), 43,5% hatten die Schule mit einem Haupt- bzw. Volksschulabschluss beendet (44,7% vs. 35,2%). 31,5% aller Patienten (30,9% vs. 35,2%) verfügten über einen Realschulabschluss bzw. hatten eine Polytechnische Oberschule abgeschlossen, weitere 16,6% (16,2% vs. 19,3%) gaben an, die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife zu besitzen. 1,3% (1,5% vs. 0,0%) der Patienten hatten einen anderen Schulabschluss. Für 2,9% aller Patienten lagen keine Angaben zur Schulausbildung vor. Es fällt ein etwas höherer Anteil der höheren Schulabschlüsse unter den Frauen auf.

Die Ausbildungsabschlüsse verteilen sich folgendermaßen: Der Großteil der Rehabilitanden (59,3%) hatte eine betriebliche Ausbildung abgeschlossen, wobei Männer und Frauen eine annähernd gleiche Verteilung (59,7% vs. 56,0%) aufwiesen. Meister oder Techniker waren 2,1%, hier waren es ausschließlich Männer (2,4%), einen akademischen Abschluss hatten 4,0%, mit 9,3% zu 3,3% mehr Frauen als Männer, und 1,3% aller Rehabilitanden hatten einen anderen Berufsabschluss. 10,7% der Rehabilitanden hatten noch keine Ausbildung begonnen (10,7% vs. 10,7%), 1,5% waren derzeit in Ausbildung/Studium (1,7% vs. 0,0%) und 21,2% hatten keine berufliche oder akademische Ausbildung abgeschlossen (21,0% vs. 22,7%). Von 10,8% lagen keine Angaben vor.

In Tabelle 8 ist die **Erwerbssituation am Tag vor Behandlungsbeginn** dargestellt. Ein Großteil der Rehabilitanden war zu Beginn der Behandlung arbeitslos (42,4%). 21,6% mit Bezug von ALG I und 20,8% mit Bezug von ALG II. Insgesamt 40,2% waren als Arbeiter, Angestellte oder Beamte tätig. Unter die insgesamt 46,4% Erwerbstätigen fielen außerdem 0,4% Auszubildende, 0,7% Selbstständige/Freiberufler, 0,9% sonstige Erwerbspersonen, 0,3% der Rehabilitanden waren in beruflicher Rehabilitation und 3,9% in Elternzeit oder längerfristigem Krankenstand. Die Gruppe der nicht Erwerbstätigen (insgesamt 11,2%) setzte sich aus 6,5% Rentner/Pensionären, 2,3% sonstigen Nichterwerbspersonen mit und ohne Leistungsbezug, 1,3% Hausfrauen/-männer

Tabelle 7: Höchster Schul- und Ausbildungsabschluss

Höchster Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
derzeit in Schulausbildung	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%
ohne Schulabschluss abgegangen	38	6,5%	9	10,2%	47	7,0%
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	262	44,7%	31	35,2%	293	43,5%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	181	30,9%	31	35,2%	212	31,5%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	95	16,2%	17	19,3%	112	16,6%
anderer Schulabschluss	9	1,5%	0	0,0%	9	1,3%
Gesamt	586	100,0%	88	100,0%	674	100,0%
keine Angaben	16	2,7%	4	4,3%	20	2,9%
Höchster Ausbildungsabschluss						
noch keine Ausbildung begonnen	58	10,7%	8	10,7%	66	10,7%
derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	9	1,7%	0	0,0%	9	1,5%
keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	114	21,0%	17	22,7%	131	21,2%
betrieblicher Berufsabschluss	325	59,7%	42	56,0%	367	59,3%
Meister / Techniker	13	2,4%	0	0,0%	13	2,1%
akademischer Abschluss	18	3,3%	7	9,3%	25	4,0%
anderer Berufsabschluss	7	1,3%	1	1,3%	8	1,3%
Gesamt	544	100,0%	75	100,0%	619	100,0%
keine Angaben	58	9,6%	17	18,5%	75	10,8%

Tabelle 8: Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	3	0,5%	0	0,0%	3	0,4%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	241	40,3%	36	39,6%	277	40,2%
Selbstständiger / Freiberufler	5	0,8%	0	0,0%	5	0,7%
sonstige Erwerbspersonen	5	0,8%	1	1,1%	6	0,9%
in beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	2	0,3%	0	0,0%	2	0,3%
in Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	24	4,0%	3	3,3%	27	3,9%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	133	22,2%	16	17,6%	149	21,6%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	128	21,4%	15	16,5%	143	20,8%
Schüler / Student	6	1,0%	1	1,1%	7	1,0%
Hausfrau / Hausmann	3	0,5%	6	6,6%	9	1,3%
Rentner / Pensionär	33	5,5%	12	13,2%	45	6,5%
sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	13	2,2%	1	1,1%	14	2,0%
sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	2	0,3%	0	0,0%	2	0,3%
Gesamt	598	100,0%	91	100,0%	689	100,0%
keine Angaben	4	0,7%	1	1,1%	5	0,7%
erwerbstätig	280	46,8%	40	44,0%	320	46,4%
arbeitslos	261	43,6%	31	34,1%	292	42,4%
nicht erwerbstätig	57	9,5%	20	22,0%	77	11,2%

Tabelle 9: Problematische Schulden

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	125	23,1%	27	34,2%	152	24,5%
bis 10.000 Euro	151	27,9%	14	17,7%	165	26,6%
bis 25.000 Euro	114	21,0%	21	26,6%	135	21,7%
bis 50.000 Euro	83	15,3%	12	15,2%	95	15,3%
mehr	69	12,7%	5	6,3%	74	11,9%
Gesamt	542	100,0%	79	100,0%	621	100,0%
keine Angaben	60	10,0%	13	14,1%	73	10,5%

Tabelle 10: Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn

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	61	70	58	11	12	4	72	82	62
Geldspielautomaten Gastronomie	30	10	14	6	1	2	36	11	16
kleines Spiel Spielbank	2	3	1	1	0	0	3	3	1
großes Spiel Spielbank	3	2	1	1	0	0	4	2	1
Sportwetten	12	13	14	0	2	0	12	15	14
Pferdewetten	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Lotterien	6	2	0	1	0	0	7	2	0
andere	1	1	1	0	1	0	1	2	1
Online/Internet									
Automatenspiel (Geld-/Glücksspielautomaten)	12	5	3	1	0	2	13	5	5
Casinospiele (großes Spiel in der Spielbank ohne Poker)	1	4	3	1	0	0	2	4	3
Poker	6	3	1	0	0	1	6	3	2
Sportwetten	10	9	10	0	0	0	10	9	10
Pferdewetten	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lotterien	0	0	1	0	0	0	0	0	1
andere	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Gesamt							166	140	117

und 1,0% Schüler/Studenten zusammen. Für insgesamt 0,7% fehlten die Angaben zur Erwerbssituation.

Vergleicht man die Geschlechter so waren deutlich mehr Frauen als Männer nicht erwerbstätig (22,0% vs. 9,5%), was auf den höheren Anteil von Renterinnen (13,2% vs. 5,5%) und Hausfrauen (6,6% vs. 0,5%) gegenüber den Männern zurückzuführen war. Deutlich weniger Frauen als Männer waren arbeitslos (34,1% vs. 43,6%), während der Unterschied bei den Erwerbstätigen nur bei 2,8% lag: 46,8% der Männer und 44,0% der Frauen waren erwerbstätig.

Tabelle 9 gibt die **Schuldensituation der Patienten** wider. Keine Schulden zu haben, gaben 24,5% der Patienten an. Bis zu 10.000 Euro Schulden hatten 26,6%, 10.000 Euro bis 25.000 Euro Schulden hatten 21,7% und 25.000 Euro bis 50.000 Euro hatten 15,3% der Patienten. Mehr als 50.000 Euro Schulden zu haben gaben 11,9% der Behandelten an. Für 10,5% der Patienten lagen keine Angaben vor. Frauen gaben häufiger an, keine Schulden zu haben (34,2% vs. 23,1%) und hatten weniger häufig mehr als 50.000 Euro Schulden (6,3% vs. 12,7%).

2.3. Angaben zur Glücksspielteilnahme

In Tabelle 10 wird die **Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme** differenziert nach den einzelnen Glücksspielformen wiedergegeben. Dabei wird danach unterschieden, ob die Glücksspiele terrestrisch oder online ausgeübt wurden. Es waren Mehrfachnennungen bei diesem Item möglich. Allerdings liegen von 116 Rehabilitanden keine Daten zum Spielverhalten vor Behandlungsbeginn vor. Die Angaben umfassen Werte zwischen 0 (in letzten 30 Tagen kein Glücksspiel dieser Glücksspielform ausgeübt) und 30 (an allen Tagen diese Glücksspielform ausgeübt). In die Tabelle sind nur Angaben zwischen 1 und 30 eingegangen, da der Wert 0 nur angibt, dass die entsprechende Glücksspielform in den letzten 30 Tagen nicht ausgeübt wurde.

Insgesamt wurde 166 Mal angegeben, dass die jeweilige Glücksspielform zwischen einem Tag und bis zu 10 Tagen ausgeübt wurde, 140 Mal 11 bis zu 20 Tage und 117 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 folgten Sportwetten terrestrisch und online sowie 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 Gaststätten 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 11 zu entnehmen. Von 425 Rehabilitanden liegen hierzu Angaben vor. Die meisten Angaben fielen auf die Altersspanne zwischen 18 und 25 Jahren, insgesamt 299, gefolgt von 155 Mal in der Altersspanne zwischen 14 und 17 Jahren und 100 Mal in der Altersspanne zwischen 26 bis 35 Jahren. Älter als 35 Jahre wurde 76 Mal genannt und jünger als 13 Jahre 22 Mal.

Fand die erste Glücksspielteilnahme im minderjährigen Alter statt, so geschah dies am häufigsten an Geldspielautomaten in Spielhallen und in der Gastronomie (74 Mal und 38 Mal).

Im Vergleich der Geschlechter fällt als erkennbarer Unterschied auf, dass bei Frauen die Nennungen für den Erstkon-

Tabelle 11: Alter bei erstem Spielen

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	10	64	148	40	21	0	0	13	8	17	10	64	161	48	38
Geldspielautomaten Gastronomie	7	31	34	7	9	0	0	4	1	7	7	31	38	8	16
kleines Spiel Spielbank	1	5	6	3	1	0	0	0	1	0	1	5	6	4	1
großes Spiel Spielbank	1	5	7	8	1	0	0	0	0	1	1	5	7	8	2
Sportwetten	3	20	30	8	2	0	0	1	0	1	3	20	31	8	3
Pferdewetten	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0
Lotterien	0	5	7	2	0	0	0	0	0	1	0	5	7	2	1
andere	0	3	3	1	0	0	0	0	1	0	0	3	3	2	0
Online/Internet															
Automatenspiel (Geld-/Glücksspielautomaten)	0	6	8	6	4	0	0	1	1	1	0	6	9	7	5
Casinospiele (großes Spiel in der Spielbank ohne Poker)	0	3	8	4	2	0	0	0	0	1	0	3	8	4	3
Poker	0	3	9	4	1	0	0	0	0	0	0	3	9	4	1
Sportwetten	0	10	18	3	3	0	0	0	0	0	0	10	18	3	3
Pferdewetten	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lotterien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
andere	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Gesamt	22	155	280	88	46	0	0	18	12	29	22	155	299	100	76

takt mit einer Glücksspielform nie im minderjährigen Alter lag und die meisten erst im Alter von über 35 Jahren mit dem Glücksspiel begannen (29). Wohingegen bei den Männern ein erheblicher Anteil das erstmalige Praktizieren einer Glücksspielform im minderjährigen Alter angab (177), die Meisten begannen allerdings in einem Alter zwischen 18 und 25 Jahren (280).

Die Angaben zum **Alter bei Störungsbeginn** sind der Tabelle 12 zu entnehmen. Hierzu liegen Angaben von 439 Rehabilitanden vor. Das mittlere Alter bei Störungsbeginn lag bei 29,8 Jahren ($\pm 13,9$), wobei die männlichen Patienten bei Störungsbeginn mit 28,9 ($\pm 13,6$) deutlich jünger waren als die weiblichen mit 38,0 ($\pm 13,9$).

Separat kann in der Basisdokumentation die **Hauptspielform** angegeben werden. In Tabelle 13 ist, wie zu erwarten, erkennbar, dass das Spielen an Geldspielautomaten in Spielhallen die mit Abstand am häufigsten genannte Hauptspielform war, 67,8% der Rehabilitanden gaben diese Spielform an, Geldspielautomaten in der Gastronomie lagen bei 8,3%, 5,8% nannten Sportwetten und 5,4% Online-Sportwetten. 2,5% entfielen auf Automatenspiele im Internet sowie auf ein

Tabelle 12: Alter bei Störungsbeginn

	Männer	Frauen	Gesamt
Anzahl	394	45	439
Mittelwert	28,9	38,0	29,8
Standardabweichung	13,6	13,9	13,9

Tabelle 13: Hauptspielform

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Terrestrisch						
Geldspielautomaten in Spielhallen	271	67,4%	32	71,1%	303	67,8%
Geldspielautomaten in der Gastronomie	32	8,0%	5	11,1%	37	8,3%
Kleines Spiel in der Spielbank	5	1,2%	1	2,2%	6	1,3%
Großes Spiel in der Spielbank	9	2,2%	0	0,0%	9	2,0%
Sportwetten	25	6,2%	1	2,2%	26	5,8%
Pferdewetten	1	0,2%	0	0,0%	1	0,2%
andere	0	0,0%	1	2,2%	1	0,2%
Online/Internet						
Automatenspiel (Geld-/Glücksspielautomaten)	8	2,0%	3	6,7%	11	2,5%
Casinospiele (großes Spiel in der Spielbank, mit Ausnahme von Poker)	7	1,7%	1	2,2%	8	1,8%

noch Tabelle 13: Hauptspielform

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Sportwetten	24	6,0%	0	0,0%	24	5,4%
andere	7	1,7%	0	0,0%	7	1,6%
polyvalentes Spielmuster	10	2,5%	1	2,2%	11	2,5%
Gesamt	402	100,0%	45	100,0%	447	100,0%
keine Angaben	200	33,2%	47	51,1%	247	35,6%

Tabelle 14: Vermittelnde Instanz

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine/Selbstmelder	25	4,2%	2	2,2%	27	3,9%
soziales Umfeld	5	0,8%	1	1,1%	6	0,9%
Selbsthilfe	3	0,5%	0	0,0%	3	0,4%
Arbeitgeber/Betrieb/ Schule	4	0,7%	0	0,0%	4	0,6%
ärztliche Praxis	12	2,0%	3	3,3%	15	2,2%
psychotherapeutische Praxis	4	0,7%	2	2,2%	6	0,9%
allgemeines Krankenhaus	11	1,8%	1	1,1%	12	1,7%
Einrichtung der Akut- behandlung	2	0,3%	1	1,1%	3	0,4%
psychiatrisches Krankenhaus	39	6,6%	6	6,5%	45	6,6%
ambulante Suchthilfe- einrichtung	414	69,6%	58	63,0%	472	68,7%
stationäre Suchthilfeein- richtung (Rehabilitation, Adaption)	6	1,0%	1	1,1%	7	1,0%
soziotherapeutische Einrichtung	3	0,5%	1	1,1%	4	0,6%
anderer Beratungsdienst (z.B. Ehe-/Familien-/ Erzie- hungsberatung, Sozial- psychiatrischer Dienst)	18	3,0%	2	2,2%	20	2,9%
Agentur für Arbeit/ Jobcenter	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%
Polizei/Justiz/Bewährungs- hilfe	6	1,0%	1	1,1%	7	1,0%
Kosten-/Leistungsträger	36	6,1%	12	13,0%	48	7,0%
sonstige Einrichtung/ Institution	6	1,0%	1	1,1%	7	1,0%
Gesamt	595	100,0%	92	100,0%	687	100,0%
keine Angaben	7	1,2%	0	0,0%	7	1,0%

Tabelle 15: Leistungsträger (Mehrfachnennungen sind möglich)

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
pauschal	2	0,3%	0	0,0%	2	0,3%
Selbstzahler	3	0,5%	1	1,1%	4	0,6%
Rentenversicherung	515	85,5%	74	80,4%	589	84,9%
Krankenversicherung	72	12,0%	17	18,5%	89	12,8%
Sozialhilfe	2	0,3%	0	0,0%	2	0,3%
Sonstiges	11	1,9%	0	0,0%	11	1,5%
Gesamt	602	100,0%	92	100,0%	694	100,0%

polyvalentes Spielmuster. Mit 2,0% war das große Spiel in der Spielbank vertreten, 1,8% spielten Online-Casinospiele, 1,6% andere Online-Glücksspiele, 1,3% kleines Spiel in der Spielbank, 0,7% Online-Poker und je 0,2% Pferdewetten und andere Glücksspiele.

Beim Vergleich der Geschlechter fällt auf, dass bei Frauen der Anteil an Geldspielautomatenspielen größer ausfiel als bei den Männern: 71,1% in Spielhallen, 11,1% in der Gastronomie und 6,7% im Internet. Je nur eine Nennung fiel auf kleines Spiel in der Spielbank, Sportwetten, Online-Casinospiele und andere. Online-Poker oder -Sportwetten sowie Pferdewetten und großes Spiel in der Spielbank wurden nicht genannt, während das Spektrum bei den männlichen Glücksspielern breiter war. Allerdings fehlten von 27,6% der Rehabilitanden die Angaben.

2.4. Angaben zur Therapievorbereitung und zur Aufnahme

Tabelle 14 fasst die **vermittelnden Instanzen** zusammen, wobei einzelne Instanzen ohne Nennung nicht mit aufgeführt werden. Von insgesamt sieben Fällen lagen keine Angaben vor.

Die häufigste Vermittlungsform in der untersuchten Stichprobe war die Vermittlung durch eine ambulante Suchthilfeeinrichtung mit 68,7% der Patienten, die jeweiligen Anteile bei Männern und Frauen betrugen 69,6% vs. 63,0%. Durch Leistungsträger wurden 7,0% vermittelt (6,1% vs. 13,0%), dicht gefolgt von 6,6% durch psychiatrische Krankenhäuser (6,6% vs. 6,5%). 3,9% waren Selbstmelder (4,2% vs. 2,2%), 2,9% kamen über andere Beratungsdienste (3,0% vs. 2,2%) und 2,2% über ärztliche Praxen (2,0% vs. 3,3%). Allgemeine Krankenhäuser waren mit 1,7% vertreten (1,8% vs. 1,1%). Alle anderen Instanzen lagen bei maximal einem Prozent.

Tabelle 15 gibt einen Überblick über die **Leistungsträgerstruktur**. Mit Abstand am häufigsten wurden die Rentenversicherungen genannt mit 84,9% (85,5% Männer vs. 80,4% Frauen). An zweiter Stelle folgte die gesetzliche Krankenversicherung mit 12,8% (12,0% vs. 18,5%). Als weitere Leistungsträger wurden genannt: Sonstige mit 1,5% (1,9% vs. 0,0%), 0,6% „Selbstzahler“ (0,5% vs. 1,1%), je 0,3% „Sozialhilfe“ (0,3% vs. 0,0%) und pauschal finanziert (0,3% vs. 0,0%).

2.5. Diagnosen und Vorbehandlungen

Die Verteilung weiterer Suchtmitteldiagnosen neben der Hauptdiagnose ist in Tabelle 16 dargestellt. Die Kategorienbildung orientiert sich an der ICD-10-Klassifikation des Kapitels V (F1 Störungen durch psychotrope Substanzen), wobei auf die vierte und fünfte Stelle der Kodierung, die das aktuelle klinische Erscheinungsbild beschreiben, verzichtet wurde.

Neben der Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen wurde bei 29,1% der Patienten (30,1% der Männer vs. 22,8% der Frauen) die Diagnose „Störungen durch Alkohol (F10)“ kodiert. Weitere Nebendiagnosen aus dem Suchtmittelspektrum waren: „Störungen durch Opiode (F11)“ mit 2,4% aller Patienten (2,8% vs. 0,0%), Störungen durch Cannabinoide (F12)“ mit 15,6% (16,4% vs. 9,8%), „Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F13)“ mit 0,9% (1,0% vs. 0,0%), „Störungen durch Kokain (F14)“ mit 4,8% (5,1% vs. 2,2%), „Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein (F15)“ mit 8,2% (8,5% vs. 6,5%), „Störungen durch Halluzinogene (F16)“ mit 0,3% (0,3% vs. 0,0%), „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (F19)“ mit 8,4% (8,1% vs. 9,8%). Im Mittel

Tabelle 16: Weitere Suchtmitteldiagnosen

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
F10-Diagnose	181	30,1%	21	22,8%	202	29,1%
F11-Diagnose	17	2,8%	0	0,0%	17	2,4%
F12-Diagnose	99	16,4%	9	9,8%	108	15,6%
F13-Diagnose	6	1,0%	0	0,0%	6	0,9%
F14-Diagnose	31	5,1%	2	2,2%	33	4,8%
F15-Diagnose	51	8,5%	6	6,5%	57	8,2%
F16-Diagnose	2	0,3%	0	0,0%	2	0,3%
F18-Diagnose	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
F19-Diagnose	49	8,1%	9	9,8%	58	8,4%
Gesamtzahl der betrachteten Fälle	602	100,0%	92	100,0%	694	100,0%
Mittelwert	0,7		0,5		0,7	
Standardabweichung	1,0		0,9		1,0	
F17-Diagnose	412	68,4%	63	68,5%	475	68,4%

sind das 0,7 Suchtdiagnosen ($\pm 1,0$) – ohne die Diagnose F17.

Bei 68,4% aller Patienten (68,4% vs. 68,5%) 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 der folgenden Tabelle 17 ist die Verteilung der weiteren psychischen Diagnosen dargestellt.

Die Kategorienbildung in Tabelle 17 orientiert sich an der ICD-10-Klassifikation des Kapitels V (F). Bei den **weiteren psychischen Diagnosen** überwiegen „Af-

Tabelle 17: Weitere psychische Diagnosen

		Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F0	2	0,3%	0	0,0%	2	0,3%
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	F1*	2	0,3%	0	0,0%	2	0,3%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F2	42	7,0%	6	6,5%	48	6,9%
Affektive Störungen	F3	214	35,5%	47	51,1%	261	37,6%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	96	15,9%	29	31,5%	125	18,0%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	F5	17	2,8%	7	7,6%	24	3,5%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	75	12,5%	25	27,2%	101	14,6%
Intelligenzminderung	F7	1	0,2%	3	3,3%	4	0,6%
Entwicklungsstörungen	F8	2	0,3%	1	1,1%	3	0,4%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	16	2,7%	0	0,0%	16	2,3%
Gesamtzahl der betrachteten Fälle		602	100,0%	92	100,0%	694	100,0%
Mittelwert		0,8		1,4		0,9	
Standardabweichung		0,9		1,0		0,9	

* kein schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit

Tabelle 18: Somatische Diagnosen

		Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00-B99	15	2,5%	4	4,3%	19	2,7%
Neubildungen	C00-D48	15	2,5%	2	2,2%	17	2,4%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50-D89	3	0,5%	3	3,3%	6	0,9%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00-E90	206	34,2%	49	53,3%	255	36,7%
Krankheiten des Nervensystems	G00-G99	52	8,6%	13	14,1%	65	9,4%
Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00-H95	22	3,7%	7	7,6%	29	4,2%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I99	108	17,9%	20	21,7%	128	18,4%
Krankheiten des Atmungssystems	J00-J99	43	7,2%	10	10,9%	53	7,6%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00-K93	60	10,1%	16	17,4%	76	10,9%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00-L99	22	3,7%	5	5,4%	27	3,9%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00-M99	167	27,7%	39	42,4%	206	29,7%
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00-N99	7	1,2%	2	2,2%	9	1,3%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andersorts klassifiziert sind	R00-R99	14	2,3%	3	3,3%	17	2,4%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00-T98	35	5,8%	4	4,4%	39	5,6%
Sonstige somatische Diagnosen		27	4,5%	3	3,3%	30	4,3%
Gesamtzahl der betrachteten Fälle		602	100,0%	92	100,0%	694	100,0%
Mittelwert		1,6		2,5		1,8	
Standardabweichung		1,6		1,8		1,7	

fektive Störungen“ mit 37,6% (35,5% bei Männern vs. 51,1% bei Frauen). Zudem wurden „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“ mit 18,0% (15,9% vs. 31,5%) und „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ 14,6% (12,5% vs. 27,2%) diagnostiziert.

Durchschnittlich wurden pro Patient 0,9 weitere psychische Diagnosen kodiert, wobei Frauen mit 1,4 Diagnosen im Mittel deutlich stärker belastet waren als Männer mit 0,8 Diagnosen.

Bei den **somatischen Diagnosen** (in Tabelle 18) waren vor allem „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ vertreten mit 36,7% (34,2% bei den Männern vs. 53,3% bei den Frauen), gefolgt von 29,7% „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ (27,7% vs. 42,4%) und 18,4% „Krankheiten des Kreislaufsystems“ (17,9% vs. 21,7%). Durchschnittlich wiesen die Patienten 1,8 somatische Diagnosen auf, wobei bei Frauen mit 2,5 Diagnosen im Durch-

Tabelle 19: Abhängigkeitsdauer

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
unter einem Jahr	30	6,2%	2	2,9%	32	5,8%
1 bis 5 Jahre	105	21,6%	17	24,6%	122	22,0%
6 bis 10 Jahre	146	30,1%	17	24,6%	163	29,4%
11 bis 15 Jahre	77	15,9%	22	31,9%	99	17,9%
16 bis 20 Jahre	59	12,2%	2	2,9%	61	11,0%
mehr als 20 Jahre	68	14,0%	9	13,0%	77	13,9%
Gesamt	485	100,0%	69	100,0%	554	100,0%
keine Angaben	117	19,4%	23	25,0%	140	20,2%
Mittelwert	11,9		12,1		11,9	
Standardabweichung	9,5		10,2		9,6	

schnitt und höheren prozentualen Anteilen bei den genannten Diagnosegruppen deutlich häufiger somatisch erkrankt waren als Männer mit 1,6 Diagnosen, was mit dem höheren Lebensalter der Frauen zusammenhängen kann.

Tabelle 19 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 entsprechen-

den 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 5,8% der Patienten betrug die Abhängigkeitsdauer weniger als ein Jahr, 22,0% der Patienten waren ein bis fünf Jahre glücksspielabhängig. Eine Abhängigkeitsdauer von sechs bis zehn Jahren wurde bei 29,4%, von elf bis fünfzehn Jahren bei 17,9%, von sechzehn bis zwanzig Jahren bei 11,0% und von über zwanzig Jahren bei 13,9 % der Patienten angegeben. Von insgesamt 20,2% der Rehabilitanden fehlt die Angabe zur Abhängigkeitsdauer.

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug 11,9 Jahre ($\pm 9,6$ Jahre). Frauen hatten eine durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 12,1 Jahren ($\pm 10,2$ Jahre), Männer hingegen eine etwas geringere durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 11,9 Jahren ($\pm 9,5$ Jahre).

In Abbildung 2 sind die Unterschiede der Geschlechter in den einzelnen Kategorien gut erkennbar. Bei den Frauen ist die Abhängigkeitsdauer von elf bis fünfzehn Jahren mit 31,9% am stärksten vertreten, dicht gefolgt von je 24,6% mit ein bis fünf Jahre und sechs bis zehn Jahren Abhängigkeit. Bei den Männern ist die Abhängigkeitsdauer von sechs bis 10 Jahren mit 30,1% am stärksten vertreten, 21,6% sind ein bis fünf Jahre abhängig, 15,9% elf bis fünfzehn Jahre.

Zur Beschreibung der stationären Vorbehandlungen werden in diesem Jahr die **Entgiftungen und die qualifizierten Entzugsbehandlungen** in zwei Tabellen dargestellt. In Tabelle 20 werden die Zahlen, wie in den Vorjahren, für alle Rehabilitanden dargestellt, um den Vergleich mit den Vorjahren zu ermöglichen, inklusive der **stationären Entwöhnungsbehandlungen**. In Tabelle 20a sind nur die Rehabilitanden einbezogen worden, die eine aktuelle F1-Diagnose aufweisen (N = 302) ausgenommen die Tabak-Diagnose F17.

Die Anzahl der bisherigen **Entgiftungen** unterteilt sich für die Gesamtstichprobe folgendermaßen: 55,2% geben an, sich bisher keiner Entgiftung unterzogen zu haben, 26,2% hatten bisher eine Entgiftungsbehandlung absolviert, 9,7% hatten zwei bis drei Entgiftungen, 8,9% vier mehr. Von insgesamt 64,3% fehlten die Angaben.

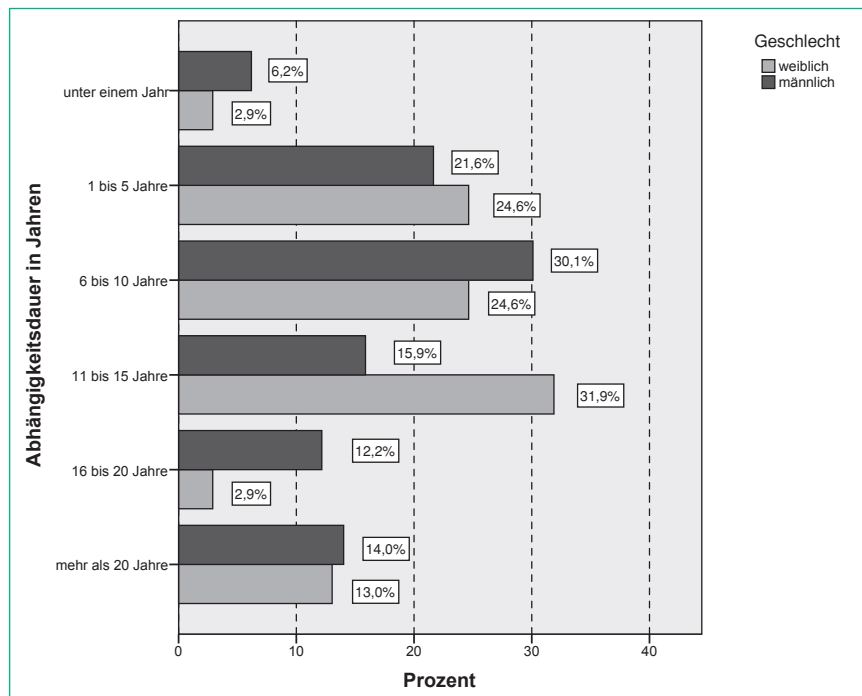


Abbildung 2: Abhängigkeitsdauer

Tabelle 20: Vorbehandlungen (Gesamtstichprobe)

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Entgiftungen						
keine	111	52,4%	26	72,2%	137	55,2%
eine	58	27,4%	7	19,4%	65	26,2%
2 - 3	22	10,4%	2	5,6%	24	9,7%
4 und mehr	21	9,9%	1	2,8%	22	8,9%
Gesamt	212	100,0%	36	100,0%	248	100,0%
keine Angaben	390	64,8%	56	60,9%	446	64,3%
Qualifizierter Entzug						
keine	148	75,9%	30	78,9%	178	76,4%
eine	27	13,8%	6	15,8%	33	14,2%
2 - 3	15	7,7%	1	2,6%	16	6,9%
4 und mehr	5	2,6%	1	2,6%	6	2,6%
Gesamt	195	100,0%	38	100,0%	233	100,0%
keine Angaben	407	67,6%	54	58,7%	461	66,4%
Stat. Rehabilitation						
keine	151	54,3%	31	60,8%	182	55,3%
eine	82	29,5%	13	25,5%	95	28,9%
zwei	34	12,2%	6	11,8%	40	12,2%
drei oder mehr	11	4,0%	1	2,0%	12	3,6%
Gesamt	278	100,0%	51	100,0%	329	100,0%
keine Angaben	324	53,8%	41	44,6%	365	52,6%

76,4% hatten bisher an keiner **qualifizierten Entzugsbehandlung** teilgenommen, 14,2% an einer, 6,9% an zwei bis drei, 2,6% an vier und mehr. Von 66,4% lagen keine Angaben vor.

Eine **stationäre Entwöhnungsbehandlung** hatten 28,9% absolviert, 12,2% bereits zwei und 3,6% drei oder mehr. Allerdings beendeten 55,3% der Rehabilitanden 2019 ihre erste stationäre Entwöhn-

Tabelle 20a: Vorbehandlungen (Teilstichprobe: nur Patienten mit einer F1-Diagnose, ausgenommen Tabak, N = 302)

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Entgiftungen						
keine	55	39,0%	16	66,7%	71	43,0%
eine	44	31,2%	5	20,8%	49	29,7%
2 - 3	21	14,9%	2	8,3%	23	13,9%
4 und mehr	21	14,9%	1	4,2%	22	13,3%
Gesamt	141	100,0%	24	100,0%	165	100,0%
keine Angabe	129	47,8%	8	25,0%	137	45,4%
Qualifizierter Entzug						
keine	94	70,7%	19	82,6%	113	72,4%
eine	19	14,3%	3	13,0%	22	14,1%
2 - 3	15	11,3%	1	4,3%	16	10,3%
4 und mehr	5	3,8%	0	0,0%	5	3,2%
Gesamt	133	100,0%	23	100,0%	156	100,0%
keine Angabe	137	50,7%	9	28,1%	146	48,3%

nungsbehandlung. Von 52,6% lagen dazu keine Informationen vor.

Beim Vergleich der Geschlechter fiel auf, dass der Anteil keine der genannten Behandlung bei den Frauen höher liegt als bei den Männern: 72,2% vs. 52,4% bei den Entgiftungen, 78,9% vs. 75,9% beim qualifizierten Entzug und 60,8% vs. 54,3% bei der stationären Entwöhnungsbehandlung.

Die Anzahl der bisherigen **Entgiftungen** unterteilt sich für die Teilstichprobe folgendermaßen: 43,0% geben an, sich bisher keiner Entgiftung unterzogen zu haben, 29,7% hatten bisher eine Entgiftungsbehandlung absolviert, 13,9% hatten zwei bis drei Entgiftungen, 13,3% vier und mehr. Von insgesamt 45,4% fehlten die Angaben.

72,4% hatten bisher an keiner **qualifizierten Entzugsbehandlung** teilgenommen, 14,1% an einer, 10,3% an zwei bis drei, 3,2% an vier und mehr. Von 48,3% lagen keine Angaben vor.

Vergleicht man beide Auswertungen, so ist zwar in Tabelle 20a der Anteil „keiner Angaben“ deutlich geringer als in Tabelle 20, aber trotzdem mit 45,4% bei den Entgiftungen und 48,3% der qualifizierten Entzugsbehandlungen weiterhin sehr hoch. Auch der Anteil derer, die bisher keine Entgiftung bzw. keine qualifizierte Entzugsbehandlung absolviert haben, ist geringer, aber mit 43,0% und 72,4% immer noch sehr hoch.

2.6. Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende

Einen ersten wichtigen Hinweis auf den Erfolg einer Entwöhnungsbehandlung gibt die **Art der Behandlungsbeendigung**. In Tabelle 21 sind die Entlassungsformen nach dem Kodierschema des Deutschen Kerndatensatzes angegeben.

Tabelle 21: Art der Beendigung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
regulär	323	53,7%	64	69,6%	387	55,8%
vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	49	8,1%	5	5,4%	54	7,8%
vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	58	9,6%	5	5,4%	63	9,1%
vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch Klient	76	12,6%	5	5,4%	81	11,7%
disziplinarisch	12	2,0%	1	1,1%	13	1,9%
außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	9	1,5%	0	0,0%	9	1,3%
planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/ Behandlungsform	75	12,5%	12	13,0%	87	12,5%
Gesamt	602	100,0%	92	100,0%	694	100,0%
planmäßig	505	83,9%	86	93,5%	591	85,2%
unplanmäßig	97	16,1%	6	6,5%	103	14,8%

Die Kodierungen zur Entlassungsform ergaben eine Quote von 55,8% regulärer Entlassungen, wobei Frauen mit 69,6% eine höhere Quote regulärer Entlassungen aufwiesen als Männer mit 53,7%. Weitere Entlassungsformen waren: „vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung“ bzw. „vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis“ mit 7,8% bzw. 9,1% aller Patienten (5,4% der Frauen vs. 8,1% der Männer bzw. 5,4% vs. 9,6%), „vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis“ mit 11,7% (5,4% vs. 12,6%), „disziplinarisch“ mit 1,9% (1,1% vs. 2,0%), außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung“ mit 1,3% (0,0% vs. 1,5%), „planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform“ mit 12,5% (13,0% vs. 12,5%).

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 21 berechnet sich mit dieser Definition eine Quote von 85,2% (= 591 Patienten) planmäßiger Entlassungen. Frauen wurden hierbei häufiger planmäßig entlassen als Männer (93,5% bei Frauen vs. 83,9% bei Männern).

Die Angaben zur **Behandlungsdauer** der Patienten sind Tabelle 22 und Abbildung 3 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 8,5% aller Patienten, eine Behandlungsdauer bis 42 Tage (6 Wochen) wiesen 8,4%, eine Therapiedauer bis 56 Tage (8 Wochen) 10,7% und eine Therapiedauer bis 84 Tage (12 Wochen) 33,0% auf. 27,5% aller Patienten verweilten bis 112 Tage (16 Wochen), weitere 8,4% wurden bis zu 140 Tage (20 Wochen) und 2,9% bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate) behandelt. Über 6 Monate blieben fünf Patienten (0,7%) in einer Fachklinik.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller Patienten betrug gesamt 72,8 Tage ($\pm 33,3$ Tage), bei planmäßiger Beendigung 77,5 Tage ($\pm 31,1$ Tage). Weibliche Patienten hatten eine geringfügig längere durchschnittliche Behandlungsdauer als ihre männlichen Mitpatienten (durchschnittliche Behandlungsdauer von Frauen: 76,8 Tage ($\pm 34,4$ Tage) vs. durchschnittliche Behandlungsdauer von Männern: 72,1 Tage ($\pm 33,1$ Tage) (siehe Tabelle 23).

Die **Arbeitsfähigkeit der Rehabilitanden bei Behandlungsende** (Tabelle 24) stellte sich folgendermaßen dar: 71,7% (74,7% Männer vs. 50,0% Frauen) wurden arbeitsfähig entlassen, 21,2% (18,6% vs. 40,0%) arbeitsunfähig, bei 5,7% der Patienten (5,3% vs. 8,6%) war eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht erforderlich und bei weiteren 0,3% (0,4% vs. 0,0%) war die Arbeitsfähigkeit unbekannt. Die Kodierung „Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen“ wurde bei 1,0% der Patienten (1,0% vs. 1,4%) verwendet. In einer Einrichtung kam es zu einem Fehler bei der Kodierung der Daten, weswe-

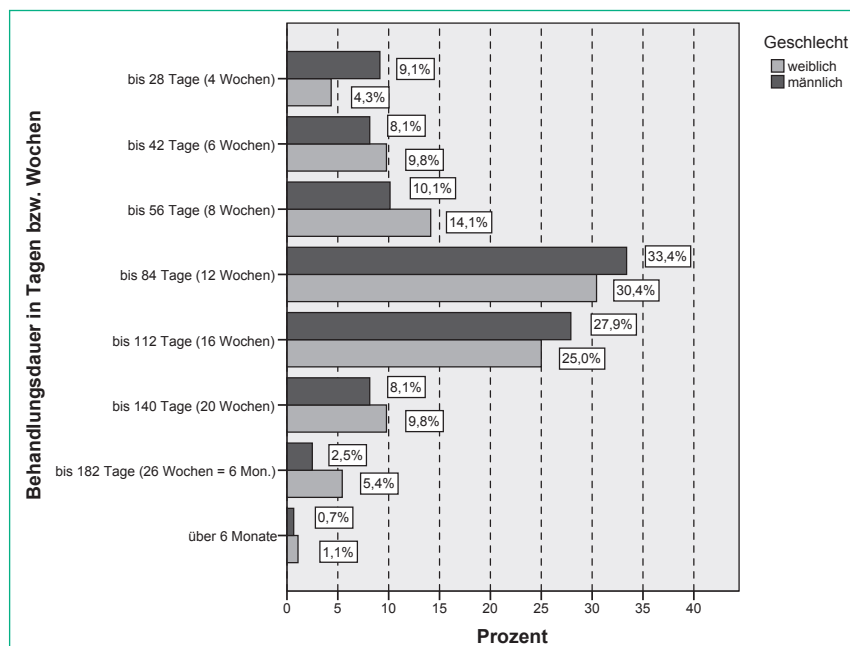


Abbildung 3: Behandlungsdauer

Tabelle 22: Behandlungsdauer in Wochen

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 28 Tage (4 Wochen)	55	9,1%	4	4,3%	59	8,5%
bis 42 Tage (6 Wochen)	49	8,1%	9	9,8%	58	8,4%
bis 56 Tage (8 Wochen)	61	10,1%	13	14,1%	74	10,7%
bis 84 Tage (12 Wochen)	201	33,4%	28	30,4%	229	33,0%
bis 112 Tage (16 Wochen)	168	27,9%	23	25,0%	191	27,5%
bis 140 Tage (20 Wochen)	49	8,1%	9	9,8%	58	8,4%
bis 182 Tage (26 Wochen = 6 Mon.)	15	2,5%	5	5,4%	20	2,9%
über 6 Monate	4	0,7%	1	1,1%	5	0,7%
Gesamt	602	100,0%	92	100,0%	694	100,0%

gen diese Angaben leider nicht einbezogen werden konnten und für diese Auswertung die Stichprobe um diese Einrichtung reduziert wurde (N = 576).

Tabelle 25 gibt eine Übersicht über die **Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden beim Behandlungsende** bezogen auf die Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bzw. die allgemeine Leistungsfähigkeit.

Auch hier kam es zu einem Problem mit den Daten aus einer Einrichtung, weswegen auch hier mit der reduzierten Stichprobe gearbeitet wurde.

Bezogen auf die **Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende** wurden 74,9% (77,9% Männer vs. 52,9% Frauen) mit einer Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“ entlassen. Weitere

Tabelle 23: Behandlungsdauer in Tagen (Mittelwert)

	Männer			Frauen			Gesamt		
	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N
planmäßig	77,2	30,9	505	79,4	32,5	86	77,5	31,1	591
unplanmäßig	45,8	32,2	97	39,8	42,6	6	45,4	32,7	103
Gesamt	72,1	33,1	602	76,8	34,4	92	72,8	33,3	694

Tabelle 24: Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende (reduzierte Stichprobe)

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen	5	1,0%	1	1,4%	6	1,0%
arbeitsfähig	378	74,7%	35	50,0%	413	71,7%
arbeitsunfähig	94	18,6%	28	40,0%	122	21,2%
unbekannt	2	0,4%	0	0,0%	2	0,3%
Beurteilung nicht erforderlich	27	5,3%	6	8,6%	33	5,7%
Gesamt	506	100,0%	70	100,0%	576	100,0%

Tabelle 25: Leistungsfähigkeit bei Behandlungsende (reduzierte Stichprobe)

Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
6 Stunden und mehr	388	77,9%	36	52,9%	424	74,9%
3 bis unter 6 Stunden	10	2,0%	1	1,5%	11	1,9%
unter 3 Stunden	74	14,9%	22	32,4%	96	17,0%
keine Angabe erforderlich	26	5,2%	9	13,2%	35	6,2%
Gesamt	498	100,0%	68	100,0%	566	100,0%
keine Angaben	8	1,6%	2	2,9%	10	1,7%
Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende						
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
6 Stunden und mehr	417	83,9%	43	63,2%	460	81,4%
3 bis unter 6 Stunden	14	2,8%	2	2,9%	16	2,8%
unter 3 Stunden	41	8,2%	13	19,1%	54	9,6%
keine Angabe erforderlich	25	5,0%	10	14,7%	35	6,2%
Gesamt	497	100,0%	68	100,0%	565	100,0%
keine Angaben	9	1,8%	2	2,9%	11	1,9%

Tabelle 26: Erwerbssituation zu Behandlungsende

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	3	0,5%	0	0,0%	3	0,4%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	237	39,8%	35	38,0%	272	39,5%
Selbständiger / Freiberufler	3	0,5%	0	0,0%	3	0,4%
sonstige Erwerbspersonen	4	0,7%	1	1,1%	5	0,7%
in beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	2	0,3%	0	0,0%	2	0,3%
in Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	18	3,0%	3	3,3%	21	3,1%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	148	24,8%	21	22,8%	169	24,6%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	123	20,6%	9	9,8%	132	19,2%
Schüler / Student	5	0,8%	1	1,1%	6	0,9%
Hausfrau / Hausmann	3	0,5%	7	7,6%	10	1,5%
Rentner / Pensionär	37	6,2%	13	14,1%	50	7,3%

1,9% (2,0% vs. 1,5%) hatten eine Leistungsfähigkeit von „3 bis 6 Stunden“ und 17,0% (14,9% vs. 32,4%) „unter 3 Stunden“. Bei 6,2% der Patienten (5,2% vs. 13,2%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 1,7% der Patienten fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Die Betrachtung der **Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende** zeigt ein noch besseres Ergebnis mit einem Anteil von 81,4% (83,9% Männer vs. 63,2% Frauen) in der Kategorie Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“. Weitere 2,8% (2,8% vs. 2,9%) hatten eine Leistungsfähigkeit von „3 bis 6 Stunden“ und 9,6% (8,2% vs. 19,1%) „unter 3 Stunden“. Bei 6,2% der Patienten (5,0% vs. 14,7%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 1,9% der Patienten fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Insgesamt verließen mehr Frauen die Rehabilitation mit einer Leistungsfähigkeit unter drei Stunden (32,4% und 19,1%) bzw. der Angabe, dass eine Beurteilung bei ihnen nicht erforderlich ist (13,2% und 14,7%).

Die **berufliche Integration zum Ende der Behandlung**, in Tabelle 26 zusammengefasst, zeigt ein nur wenig verändertes Bild im Vergleich zum Behandlungsbeginn: Insgesamt 44,5% der Rehabilitanden waren weiterhin erwerbstätig, das sind 1,9% weniger als zu Beginn. 39,5% waren als Arbeiter, Angestellte oder Beamte tätig, 3,1% waren in Elternzeit oder längerfristigem Krankenstand, 0,7% waren sonstige Erwerbstätige, je 0,4% Auszubildende und Selbstständige sowie 0,3% in beruflicher Rehabilitation. 43,8% waren bei Behandlungsende arbeitslos und 11,8% nicht erwerbstätig. Mehr Männer als Frauen bezogen ALG II (20,6% vs. 9,8%) und mehr Frauen waren Renterinnen oder Hausfrauen als Männer (14,1% vs. 6,2% bzw. 7,6% vs. 0,5%). Dementsprechend lag der Anteil der Männer bei den Arbeitslosen höher (45,5% vs. 32,6%), während der Anteil der Frauen bei den nicht Erwerbstätigen höher war (25,0% vs. 9,7%).

Stellt man die Zahlen zur Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn und -ende direkt gegenüber, wie in Tabelle 27, dann ist deutlich ersichtlich, dass die Situation weitestgehend stabil blieb: 94,3% der zu Beginn Erwerbstätigen waren dies auch noch zu Behandlungsende, 4,7% wurden arbeitslos und 0,9% wechselten in die Kategorie „nicht erwerbstätig“. 97,9% der zu Beginn Arbeitslosen waren auch zu

Behandlungsende noch arbeitslos, 1,4% wurden wieder erwerbstätig, 2 Rehabilitanden wechselten in die Kategorie „nicht erwerbstätig“. Und 97,4% der zu Beginn nicht Erwerbstätigen waren dies auch noch zu Behandlungsende.

2.7. Psychische Komorbidität und Therapieverlauf

In den folgenden Tabellen 28 und 29 sind die Zusammenhänge zwischen psychischer Komorbidität und den Variablen „Art der Therapiebeendigung“, „Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende“ und „Leistungsfähigkeit bei Behandlungsende“ dargestellt.

Patienten ohne psychische Komorbidität beendeten die Therapie nur geringfügig häufiger regulär als Patienten mit mindestens einer psychischen Diagnose (57,1% vs. 54,9%). Mit 8,1% zu 7,6% beendeten die Patienten ohne psychische Komorbidität die Behandlung häufiger „vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung“. Die Entlassformen „vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis“ und „vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis“ waren in beiden Gruppen etwa gleich häufig vertreten (9,2% ohne vs. 9,0% mit und 11,4% ohne vs. 11,9% mit) ebenso wie die disziplinarische Entlassung mit 1,8% zu 1,9%. Der „außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung“ war etwas häufiger bei den Patienten mit psychischer Komorbidität zu finden (1,7%) als bei denen ohne (0,7%), ebenso wie der „planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform“ (13,1% vs. 11,7%). Insgesamt waren die Unterschiede relativ gering, d.h. die psychische Komorbidität wirkte sich kaum auf die Art der Behandlungsbeendigung aus.

Der Einfluss der psychischen Komorbidität auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende ist in Tabelle 29 dargestellt.

Patienten ohne psychische Komorbidität wurden mit 82,3% zu einem höheren Anteil arbeitsfähig entlassen als Patienten mit mindestens einer psychischen Diagnose mit 65,2%. Demgegenüber waren nur 10,5% der Patienten ohne psychische Komorbidität arbeitsunfähig, aber 27,8% derjenigen mit mindestens einer psychischen Diagnose.

Bei der Arbeitsfähigkeit zu Behandlungsende zeigte sich bei der Leistungsfähigkeit zu Behandlungsende in der Katego-

noch Tabelle 26: Erwerbssituation zu Behandlungsende

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%
Gesamt	596	100,0%	92	100,0%	688	100,0%
keine Angaben	6	1,0%	0	0,0%	6	0,9%
erwerbstätig	267	44,8%	39	42,4%	306	44,5%
arbeitslos	271	45,5%	30	32,6%	301	43,8%
nicht erwerbstätig	58	9,7%	23	25,0%	81	11,8%

Tabelle 27: Berufliche Integration zu Behandlungsbeginn und -ende

Erwerbs-situation zu Behandlungs-ende	Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn							
	erwerbstätig		arbeitslos		nicht erwerbstätig		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
erwerbstätig	299	94,3%	4	1,4%	2	2,6%	305	44,5%
arbeitslos	15	4,7%	286	97,9%	0	0,0%	301	43,9%
nicht erwerbstätig	3	0,9%	2	0,7%	74	97,4%	79	11,5%
Gesamt	317	100,0%	292	100,0%	76	100,0%	685	100,0%

Tabelle 28: Psychische Komorbidität und Art der Beendigung

	keine weitere F-Diagnose		mindestens eine weitere F-Diagnose		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
regulär	156	57,1%	231	54,9%	387	55,8%
vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	22	8,1%	32	7,6%	54	7,8%
vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	25	9,2%	38	9,0%	63	9,1%
vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klient	31	11,4%	50	11,9%	81	11,7%
disziplinarisch	5	1,8%	8	1,9%	13	1,9%
außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	2	0,7%	7	1,7%	9	1,3%
planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/ Behandlungsform	32	11,7%	55	13,1%	87	12,5%
Gesamt	273	100,0%	421	100,0%	694	100,0%
planmäßig	235	86,1%	356	84,6%	591	85,2%
unplanmäßig	38	13,9%	65	15,4%	103	14,8%

rie „6 Stunden und mehr“ sowohl bezogen auf den letzten Beruf als auch allgemein nachfolgendes Ergebnis: Mit 82,9% bzw. 88,9% wurden die Patienten ohne psychische Komorbidität deutlich häufig-

ger voll leistungsfähig entlassen als Patienten mit mindestens einer psychischen Diagnose mit (69,9% Leistungsfähigkeit im letzten Beruf und 76,7% Leistungsfähigkeit allgemein).

Tabelle 29: Psychische Komorbidität sowie Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit im letzten Beruf und allgemein bei Behandlungsende

	keine weitere F-Diagnose		mindestens eine weitere F-Diagnose		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende						
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen	4	1,8%	2	0,6%	6	1,0%
arbeitsfähig	181	82,3%	232	65,2%	413	71,7%
arbeitsunfähig	23	10,5%	99	27,8%	122	21,2%
unbekannt	1	0,5%	1	0,3%	2	0,3%
Beurteilung nicht erforderlich	11	5,0%	22	6,2%	33	5,7%
Gesamt	220	100,0%	356	100,0%	576	100,0%
Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende						
6 Stunden und mehr	180	82,9%	244	69,9%	424	74,9%
3 bis unter 6 Stunden	4	1,8%	7	2,0%	11	1,9%
unter 3 Stunden	19	8,8%	77	22,1%	96	17,0%
keine Angabe erforderlich	14	6,5%	21	6,0%	35	6,2%
Gesamt	217	100,0%	349	100,0%	566	100,0%
Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende						
6 Stunden und mehr	193	88,9%	267	76,7%	460	81,4%
3 bis unter 6 Stunden	4	1,8%	12	3,4%	16	2,8%
unter 3 Stunden	7	3,2%	47	13,5%	54	9,6%
keine Angabe erforderlich	13	6,0%	22	6,3%	35	6,2%
Gesamt	217	100,0%	348	100,0%	565	100,0%

2.8. Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019

In Tabelle 30 und 31 ist eine altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2019 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 nahm mit zunehmenden Alter ab: 94,6% in der Altersgruppe

bis unter 30 Jahren, 85,9% in der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre und 75,0% in der Altersgruppe der männlichen Patienten mit 55 Jahren und älter. Dementsprechend stieg der Anteil der Frauen in den höheren Altersgruppen kontinuierlich an (< 30 Jahre: 5,4%, 30-55 Jahre: 14,1% und > 55 Jahre: 25,0%).

- **Partnerbeziehung:** Hier blieb der Anteil derer, die sich in Partnerschaft befinden, über alle Altersgruppen relativ stabil. 42,7% der unter 30-Jährigen Patienten gaben an in einer Partnerschaft zu leben, gegenüber 45,9% der 30- bis unter 55-Jährigen und 44,7% der Patienten mit einem Alter von 55 Jahren und älter.
- **Schul- und Ausbildungsabschluss:** Der Anteil derjenigen, die ohne Schulabschluss abgingen, war in der Altersgruppe 55 Jahre und älter mit 8,9% am größten. Die mittlere Altersgruppe hatte am häufigsten einen Hauptschulabschluss (46,6%), Realschulabschlüsse

waren bei den Jüngsten, unter 30 Jahren, mit 40,2% am häufigsten vertreten. 30,4% der über 55-Jährigen und 28,3% der 30 bis 55-Jährigen verfügten über einen mittleren Schulabschluss. Das Abitur bzw. Fachabitur fand sich mit 20,1% am häufigsten bei den unter 30-Jährigen.

Noch keine Ausbildung begonnen hatten 16,7% der unter 30-Jährigen. Damit bildeten sie die größte Gruppe in dieser Kategorie, ebenso in der Kategorie „derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung“ mit 4,7% vs. 0,5% bzw. 0,0%. In der Kategorie „keine Hochschul- oder Berufsausbildung begonnen“ stellten die Altersgruppen „unter 30 Jahren“ und „30 bis 55 Jahre“ mit 22,7% bzw. 22,2% gegenüber den Älteren mit 12,5% den größeren Anteil. Die betriebliche Berufsausbildung, der Meister/Techniker und der akademische Abschluss waren am häufigsten bei den über 55-Jährigen zu finden (65,3%, 2,8% und 8,3%).

- **Erwerbstätigkeit am Tag vor dem Betreuungsbeginn:** Die meisten Erwerbstätigen fanden sich in der mittleren Altersgruppe (50,2%), die Arbeitslosigkeit war am stärksten bei den unter 30-Jährigen vertreten (48,2%) und – erwartungsgemäß – die meisten nicht Erwerbstätigen waren unter den über 55-Jährigen zu finden (38,0%).
- **Vermittlung:** Die häufigsten Vermittler in allen drei Altersgruppen waren ambulante Suchthilfeeinrichtungen mit Anteilen von 70,5% in der Altersgruppe bis unter 30 Jahre, 69,2% für Patienten mit einem Alter von 30 bis unter 55 Jahre und 62,5% für Patienten mit 55 Jahren und älter. Die meisten Selbstmelder fanden sich unter den unter 30-Jährigen mit 5,4% ebenso wie die Vermittler „Arbeitgeber/Betrieb/Schule“ und „soziales Umfeld mit je 1,8% und „Kosten-/Leistungsträger“ mit 8,4%. Die Vermittler „Selbsthilfe“, „ärztliche Praxis“, „psychotherapeutische Praxis“ sowie „allgemeines Krankenhaus“ und „psychiatrisches Krankenhaus“ fanden sich am häufigsten bei den über 55-Jährigen (2,5%, 6,3%, 1,3%, 5,0% und 8,8%).
- **Leistungsträger:** Die Verteilung der Leistungsträger unterscheidet sich deutlich bei Betrachtung der drei Altersgruppen: Die Rentenversicherung war bei der mittleren Altersgruppe am häufigsten mit 90,2% vertreten, bei den unter 30-Jährigen waren es 83,1% und 57,5% bei den über 55-Jährigen. Die ge-

Tabelle 30: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen

	bis unter 30 Jahre		30 bis 55 Jahre		55 Jahre und älter		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	N = 168		N = 446		N = 80		N = 694	
Männer	159	94,6%	383	85,9%	60	75,0%	602	86,7%
Frauen	9	5,4%	63	14,1%	20	25,0%	92	13,3%
Partnerschaft	N = 157		N = 425		N = 76		N = 658	
Nein	90	57,3%	230	54,1%	42	55,3%	362	55,0%
Ja	67	42,7%	195	45,9%	34	44,7%	296	45,0%
Schulabschluss	N = 164		N = 431		N = 79		N = 674	
derzeit in Schulausbildung	0	0,0%	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%
ohne Schulabschluss abgegangen	6	3,7%	34	7,9%	7	8,9%	47	7,0%
Hauptschul-/Volksschulabschluss	57	34,8%	201	46,6%	35	44,3%	293	43,5%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	66	40,2%	122	28,3%	24	30,4%	212	31,5%
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	33	20,1%	66	15,3%	13	16,5%	112	16,6%
anderer Schulabschluss	2	1,2%	7	1,6%	0	0,0%	9	1,3%
Ausbildungsabschluss	N = 150		N = 397		N = 72		N = 619	
noch keine Ausbildung begonnen	25	16,7%	34	8,6%	7	9,7%	66	10,7%
derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	7	4,7%	2	0,5%	0	0,0%	9	1,5%
keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	34	22,7%	88	22,2%	9	12,5%	131	21,2%
betrieblicher Berufsabschluss	79	52,7%	241	60,7%	47	65,3%	367	59,3%
Meister/Techniker	1	0,7%	10	2,5%	2	2,8%	13	2,1%
akademischer Abschluss	2	1,3%	17	4,3%	6	8,3%	25	4,0%
anderer Berufsabschluss	2	1,3%	5	1,3%	1	1,4%	8	1,3%
Erwerbssituation bei Behandlungsbeginn	N = 168		N = 442		N = 79		N = 689	
erwerbstätig	77	45,8%	222	50,2%	21	26,6%	320	46,4%
arbeitslos	81	48,2%	183	41,4%	28	35,4%	292	42,4%
nicht erwerbstätig	10	6,0%	37	8,4%	30	38,0%	77	11,2%
Vermittelnde Instanz	N = 166		N = 441		N = 80		N = 687	
keine/Selbstmelder	9	5,4%	17	3,9%	1	1,3%	27	3,9%
soziales Umfeld	3	1,8%	3	0,7%	0	0,0%	6	0,9%
Selbsthilfe	0	0,0%	1	0,2%	2	2,5%	3	0,4%
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	3	1,8%	1	0,2%	0	0,0%	4	0,6%
ärztliche Praxis	1	0,6%	9	2,0%	5	6,3%	15	2,2%
psychotherapeutische Praxis	1	0,6%	4	0,9%	1	1,3%	6	0,9%
allgemeines Krankenhaus	1	0,6%	7	1,6%	4	5,0%	12	1,7%
Einrichtung der Akutbehandlung	0	0,0%	3	0,7%	0	0,0%	3	0,4%
psychiatrisches Krankenhaus	9	5,4%	29	6,6%	7	8,8%	45	6,6%
ambulante Suchthilfeeinrichtung	117	70,5%	305	69,2%	50	62,5%	472	68,7%
stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	2	1,2%	4	0,9%	1	1,3%	7	1,0%
soziotherapeutische Einrichtung	0	0,0%	3	0,7%	1	1,3%	4	0,6%
anderer Beratungsdienst (z.B. Ehe-/ Familien-/ Erziehungsberatung, Sozialpsychiatrischer Dienst)	3	1,8%	15	3,4%	2	2,5%	20	2,9%
Agentur für Arbeit/Jobcenter	0	0,0%	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%
Polizei/Justiz / Bewährungshilfe	2	1,2%	4	0,9%	1	1,3%	7	1,0%
Kosten-/Leistungsträger	14	8,4%	30	6,8%	4	5,0%	48	7,0%
sonstige Einrichtung/Institution	1	0,6%	5	1,1%	1	1,3%	7	1,0%

Tabelle 31: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen

	bis unter 30 Jahre		30 bis 55 Jahre		55 Jahre und älter		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Leistungsträger	N = 166		N = 441		N = 80		N = 687	
pauschal/ institutionell finanziert (z.B. ÖGD)	0	0,0%	0	0,0%	2	2,5%	2	0,3%
Selbstzahler	1	0,6%	3	0,7%	0	0,0%	4	0,6%
Rentenversicherung	138	83,1%	398	90,2%	46	57,5%	582	84,7%
Krankenversicherung	19	11,4%	37	8,4%	33	41,3%	89	13,0%
Sozialhilfe	0	0,0%	2	0,5%	0	0,0%	2	0,3%
Pflegeversicherung	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%
Sonstiges	9	5,4%	1	0,2%	0	0,0%	10	1,5%
Art der Beendigung	N = 168		N = 446		N = 80		N = 694	
regulär	90	53,6%	248	55,6%	49	61,3%	387	55,8%
Abbruch durch Patient	21	12,5%	48	10,8%	12	15,0%	81	11,7%
disziplinarisch	2	1,2%	9	2,0%	2	2,5%	13	1,9%
außerplanmäßige Verlegung/ außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	2	1,2%	7	1,6%	0	0,0%	9	1,3%
planmäßig	143	85,1%	382	85,7%	66	82,5%	591	85,2%
unplanmäßig	25	14,9%	64	14,3%	14	17,5%	103	14,8%
Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende	N = 131		N = 371		N = 74		N = 576	
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen	2	1,5%	2	,5%	2	2,7%	6	1,0%
arbeitsfähig	110	84,0%	271	73,0%	32	43,2%	413	71,7%
arbeitsunfähig	19	14,5%	86	23,2%	17	23,0%	122	21,2%
unbekannt	0	0,0%	2	0,5%	0	0,0%	2	0,3%
Beurteilung nicht erforderlich	0	0,0%	10	2,7%	23	31,1%	33	5,7%
Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende	N = 129		N = 367		N = 70		N = 566	
6 Stunden und mehr	112	86,8%	286	77,9%	26	37,1%	424	74,9%
3 bis unter 6 Stunden	3	2,3%	5	1,4%	3	4,3%	11	1,9%
unter 3 Stunden	12	9,3%	63	17,2%	21	30,0%	96	17,0%
keine Angabe erforderlich	2	1,6%	13	3,5%	20	28,6%	35	6,2%
Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende	N = 129		N = 367		N = 69		N = 565	
6 Stunden und mehr	115	89,1%	312	85,0%	33	47,8%	460	81,4%
3 bis unter 6 Stunden	3	2,3%	10	2,7%	3	4,3%	16	2,8%
unter 3 Stunden	7	5,4%	33	9,0%	14	20,3%	54	9,6%
keine Angabe erforderlich	4	3,1%	12	3,3%	19	27,5%	35	6,2%

setzlichen Krankenversicherungen waren am stärksten bei den über 55-Jährigen mit 41,3% vertreten, 11,4% waren es bei den unter 30-Jährigen und 8,4% bei den 30 bis 55-Jährigen. Andere Kostenträger hatten nur geringe Anteile.

- **Art der Behandlungsbeendigung:** Patienten der Altersgruppe 55 Jahre und älter beendeten im Vergleich zu den beiden anderen Altersgruppen mit 61,3% etwas häufiger regulär die Behandlung. Der Anteil der planmäßigen

Beendigungen insgesamt hingegen lag in dieser Altersgruppe mit 82,5% niedriger als bei unter 30-Jährigen mit 85,1% bzw. den 30 bis 55-Jährigen mit 85,7%. Die meisten Abbrüche durch den Patienten fanden sich in der Altersgruppe der über 55-Jährigen mit 15,0%, gefolgt von 12,5% bei den unter 30-Jährigen, die 30 bis 55-Jährigen kamen auf einen Anteil von 10,8%. Der Anteil der disziplinarischen Entlassungen war in der Altersgruppe „unter 30

Jahren“ am niedrigsten (1,2%) und in der Altersgruppe „über 55 Jahre“ am höchsten (2,5%).

- **Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende:** Die höchste Quote arbeitsfähiger entlassener Patienten zeigte sich in der Gruppe der bis unter 30-Jährigen Patienten mit 84,0% gefolgt von 73,0% bei den 30- bis unter 55-Jährigen und 43,2% bei den Patienten mit einem Alter von 55 oder höher. Der große Unterschied in den Quoten der arbeitsfähigen

hig entlassenen Patienten in der Altersgruppe „55 Jahre und älter“ im Vergleich zu den anderen Altersgruppen kann auf den hohen Anteil in der Kategorie „Beurteilung nicht erforderlich“ mit 31,1% 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 86,8% gefolgt von 77,9% bei den 30-bis unter 55-Jährigen und 37,1% 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 28,6% im Vergleich zu 3,5% und 1,6% in den anderen beiden Alterskategorien gesehen werden.
- **Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende:** In gleicher Weise wie bei der Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende zeigten 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 89,1% gefolgt von 85,0% bei den 30- bis unter 55-Jährigen und 47,8% bei Patienten mit 55 Jahren und älter. Auch hier spielten die relativ hohen Anteile in den Kategorien „unter 3 Stunden“ und „keine Angabe erforderlich“ mit 20,3% und 27,5% bei Patienten mit 55 Jahren und älter im Vergleich zu 9,0% und 3,3% bei den 30-55-Jährigen sowie 5,4% und 3,1% bei den bis zu 30-Jährigen eine große Rolle.

3. Ausblick

Mit diesem fünften 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. In diesem Jahr wurde auf die Daten aus den psychosomatischen Abteilungen der Mitgliedseinrichtungen verzichtet. Zukünftig sollten diese wieder mit einbezogen werden, auch wenn dies für die Auswertung der sehr unterschiedlichen Basisdokumentation eine besondere Herausforderung darstellt. Die Datenqualität konnte gegenüber dem Vorjahresbericht verbessert werden. Der Fachverband Sucht e.V. beabsichtigt, diese Berichte auch künftig jährlich vorzulegen.

4. Literatur

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2019) Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0 Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch, Stand 01.01.2019, 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. (2019). Basisdokumentation 2018. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 26, Bonn.
- 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., Jahreiss, 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:

- Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement Johannesbad Gruppe, Bad Füssing
- Bick-Dresen, Stefanie, wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Kliniken Daun, Daun
- Funke, Wilma, Prof. Dr., Ltd. Psychologin, Kliniken Wied, Wied
- Kemmann, Dietmar, Ltd. Psychologe, Diakoniekrankenhaus Harz, Elbingerode
- Kersting, Stephan, Dipl.-Medienwirt, navacom IT Solution, Hürth
- Klein, Thomas, Dr., Stv. Geschäftsführer, Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Medenwaldt, Jan, Redline-Data, Ahrensböck
- Premper, Volker, Dr., Dipl.-Psych. Leitender Psychologe, MEDIAN Klinik Schweriner See, Lübstorf
- Reger, Frank, Leitung MEDIAN Therapiezentrum Bassenheim
- Teigeler, Horst, Dipl.-Psych., Therapeutischer Leiter, MEDIAN 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., Bachmeier, R., Funke, W., Kemmann, D., Kersting, S., Klein, T., Medenwaldt, J., Reger, F., Teigeler, H., Vogelgesang, M., Weissinger, V.

Teilband VII

**Basisdokumentation 2019 –
Sonderauswertung Pathologischer PC- / Internet-Gebrauch**

1. Einleitung.....	124
2. Basisdokumentation 2019 des Fachverbandes Sucht e.V. – Sonderauswertung Pathologischer PC- / Internet-Gebrauch	124
3. Diskussion und Ausblick.....	127
4. Literatur	127
Autorenverzeichnis.....	127
Liste der Einrichtungen, deren Daten in die Auswertung eingegangen sind	127

Teilband VII:

Basisdokumentation 2019 – Sonderauswertung Pathologischer PC- / Internet- Gebrauch

1. Einleitung

Mit dieser Sonderauswertung legt der Fachverband Sucht e.V. (FVS) zum fünften Mal Daten aus den Basisdokumentationen der Mitgliedseinrichtungen zur Patientengruppe der pathologischen PC-/Internet-Gebraucher vor.

Nach wie vor wird die Auswertung durch die fehlende eindeutige Verortung des Krankheitsbildes in der ICD-10 (1) und den damit verbundenen Konsequenzen limitiert. 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 konnte.

Die DRV Bund sowie die meisten anderen Rentenversicherungsträger vertreten bislang die Position, dass ein pathologischer PC-/Internet-Gebrauch in einer psychosomatischen Abteilung einer Klinik behandelt werden sollte, die neben einem spezialisierten Konzept für dieses Krankheitsbild sowohl eine psychosomatische als auch eine Entwöhnungsabteilung vorhält. Entsprechend hat der FVS diesbezüglich seine Zuständigkeit auch auf die psychosomatischen Abteilungen seiner Mitgliedseinrichtungen ausgeweitet.

Die Datenerhebung in den Entwöhnungsabteilungen basiert auf dem Deutschen Kerndatensatz (4) zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe Version 3.0 (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2018), der vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) unter Beteiligung des FVS entwickelt wurde. In den psychosomatischen Abteilungen wird die Basisdokumentation Psychosomatik des früheren AHG-Wissenschaftsrates zugrunde gelegt. Diese beiden Basisdokumentationssysteme weichen deutlich voneinander ab, so dass sich die folgende Darstellung nur auf übereinstimmend operationalisierte Variablen in den beiden Dokumentationssystemen bezieht.

Die Vergleichbarkeit mit Vorjahresauswertungen wird eingeschränkt, da in die Auswertung der Basisdokumentationen 2019 nur Daten einer psychosomatischen Klinik einbezogen werden konnten.

2. Basisdokumentation 2019 des Fachverbandes Sucht – Sonderauswertung Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch

Der Beitrag beschreibt die Patientengruppe mit Erstdiagnose pathologischer PC-/Internet-Gebrauch, die 2019 in 12

Mitgliedseinrichtungen im Indikationsgebiet Entwöhnung (siehe Tab. 11) des Fachverbandes Sucht stationär behandelt wurden. Die Daten aus dem psychosomatischen Bereich stammen nur von einer Einrichtung.

In die Auswertung gehen Daten von 143 Patienten ein, von denen 42,7% im Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme behandelt wurden, bei 57,3% der Patienten wurde die Behandlung als Entwöhnungsmaßnahme durchgeführt.

Aufgrund der unterschiedlichen Dokumentationssysteme in den beiden Reha-Fachabteilungen und den sich ergebenden Problemen bei der Datenzusammenführung hat sich die Grundgesamtheit der Patienten, über die berichtet werden kann, im Vergleich zum Vorjahr um 27,8% vermindert.

In die Auswertung 2019 konnten die Datensätze von 143 Patienten mit Erstdiagnose pathologischer PC-/ Internet-Gebrauch einbezogen werden, wobei Männer mit einem Anteil von 95,1% deutlich häufiger behandelt wurden als Frauen mit nur 4,9%. Aufgrund des sehr geringen Frauenanteils (n = 7) kann aus den Ergebnissen nicht auf die Grundgesamtheit der betroffenen Frauen geschlossen werden. Im Folgenden werden deshalb nur die Ergebnisse der Gesamtgruppe beschrieben, geschlechtsgetrennte Er-

Tabelle 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten

Altersverteilung	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
bis 20 Jahre	22	16,2%	1	14,3%	23	16,1%
21 bis 30 Jahre	75	55,1%	2	28,6%	77	53,8%
31 bis 40 Jahre	26	19,1%	3	42,9%	29	20,3%
41 bis 50 Jahre	8	5,9%	0	0,0%	8	5,6%
über 50 Jahre	5	3,7%	1	14,3%	6	4,2%
Gesamtzahl der Datensätze	136	100%	7	100%	143	100%
Altersmittelwert	MW	SD	MW	SD	MW	SD
	28,3	8,8	35,2	12,1	28,7	9,1

Tabelle 2: Überwiegende Wohnsituation der Patienten am Tag vor Betreuungsbeginn

	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
selbständiges Wohnen	63	47,0%	5	83,3%	68	48,6%
bei anderen Personen	59	44,0%	1	16,7%	60	42,9%
ambulant betreutes Wohnen	3	2,2%	0	0,0%	3	2,1%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	1	0,7%	0	0,0%	1	0,7%
Wohnheim/Übergangswohnheim	4	3,0%	0	0,0%	4	2,9%
ohne Wohnung	1	0,7%	0	0,0%	1	0,7%
sonstiges	3	2,2%	0	0,0%	3	2,1%
Gesamtzahl der Datensätze	134	100%	6	100%	140	100%
Keine Daten	2	1,4%	1	14,3%	3	2,1%

Tabelle 3: Höchster Schulabschluss

höchster erreichter Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
ohne Schulabschluss	1	0,8%	0	0,0%	1	0,7%
Haupt-/Volksschulabschluss	32	24,2%	0	0,0%	32	23,0%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	33	25,0%	3	42,9%	36	25,9%
(Fach-)Hochschulreife/ Abitur	47	35,6%	1	14,2%	48	34,6%
anderer Schulabschluss	19	14,4%	3	42,9%	22	15,8%
Gesamtzahl der Datensätze	132	100,0%	7	100,0%	139	100,0%
Keine Daten	4	2,9%	0	0,0%	4	2,8%

Tabelle 4: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn der Patienten

Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Auszubildender	10	8,1%	0	0,0%	10	7,7%
Arbeiter/ Angestellter/Beamter	29	23,6%	3	42,9%	32	24,6%
Selbständiger/Freiberufler	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%
in Elternzeit, im längerfristigen Krankenstand	10	8,1%	0	0,0%	10	7,7%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	27	22,0%	1	14,3%	28	21,5%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	22	17,9%	0	0,0%	22	16,9%
Schüler/Student	6	4,9%	1	14,3%	7	5,4%
Hausfrau/Hausmann	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%
Rentner/Pensionär	10	8,1%	1	14,3%	11	8,5%
sonstige Nichterwerbspersonen	7	5,7%	1	14,3%	8	6,1%
Gesamtzahl der Datensätze	123	100%	7	100%	130	100%
Keine Daten	13	9,6%	0	0,0%	13	9,1%

gebnisse zeigen sich für alle Untersuchungsvariablen in den Tabellen. Die Geschlechtsangabe ‚divers‘ wurde bei keinem Patienten kodiert, deshalb wird auf

die dritte Geschlechtsangabe in den Tabellen verzichtet. Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 28,7 Jahre (SD = 9,1), damit waren

69,9% der Patienten jünger oder gleich 30 Jahre. Mit 53,8% war die Altersgruppe der 21- bis 30-Jährigen in der Untersuchungsgruppe am häufigsten besetzt, gefolgt von der Altersgruppe der 31- bis 40-jährigen Patienten (20,3%) und den bis 20-Jährigen (16,1%). Da das Aufnahmealter in der Mehrzahl der teilnehmenden Einrichtungen bei mindestens 18 Jahren liegt, ist die Gruppe der ≤ 20 -Jährigen mit 16,1% in der Untersuchungsgruppe auch in diesem Jahr mit hoher Wahrscheinlichkeit unterrepräsentiert. In der Altersgruppe 41 bis 50 Jahre lag der Anteil bei 5,6%, in der Gruppe über 50 Jahre bei 4,2%.

48,6% der behandelten Patienten wohnen bei Behandlungsbeginn selbständig, 42,9% lebten bei anderen Personen. Weiterhin wurden in der Gesamtstichprobe bei der Frage nach der Wohnsituation unmittelbar vor Aufnahme ‚ambulant betreutes Wohnen‘ mit 2,1%, (Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung mit 0,7% und ‚Wohnheim/ Übergangswohnheim‘ mit 2,9% angegeben. Ein Patient (0,7%) war bei Behandlungsbeginn wohnungslos, drei weitere Patienten (2,1%) wurden der Kategorie ‚sonstige Wohnsituation‘ zugeordnet. Von drei Patienten (2,1%) lagen keine Angaben zur Wohnungssituation bei Behandlungsbeginn vor.

Ein Patient (0,7%) gab bei Behandlungsbeginn an keinen Schulabschluss zu haben, 23,0% wiesen einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss auf. 25,9% der Patienten hatten die Realschule bzw. eine Polytechnische Oberschule abgeschlossen, 34,6% gaben an, die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife zu besitzen. Bei 22 Patienten (15,8%) wurde ‚anderer Schulabschluss‘ kodiert. Von vier Patienten (2,8%) lagen keine Angaben zur Schulausbildung vor.

Am Tag vor Behandlungsbeginn waren 7,7% der Patienten Auszubildende, 24,6% als Arbeiter/Angestellter oder Beamte beschäftigt und 0,8% als Selbständige bzw. Freiberufler tätig. 7,7% befanden sich in Elternzeit oder in längerfristigem Krankenstand. Zum Aufnahmezeitpunkt arbeitslos gemeldet waren 38,4% der behandelten Patienten (arbeitslos nach SGB III: 21,5%; nach SGB II: 16,9%), 5,4% befanden sich in schulischer oder universitärer Ausbildung. 11 Patienten (8,5%) gaben an, Rente zu beziehen, 6,1% wurden als ‚sonstige Nichterwerbsperson‘ und ein Patient (0,8%) wurde als Hausmann kategorisiert.

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Leistungsträgerstruktur. Bei 70,3% der Patienten war der Kostenträger eine Rentenversicherung, gefolgt von den gesetzlichen Krankenkassen mit 26,8%. 2,9% der Patienten waren über andere Kostenträger in der stationären Behandlung. Von 5 Patienten (3,5%) lagen keine bzw. widersprüchliche Angaben zum Kostenträger vor.

Die mittlere Behandlungsdauer lag bei 59,5 Tagen (SD = 36,7). Bei Patienten, die eine Sucht-Rehabilitation durchführten, betrug die Behandlungsdauer im Mittel 58,0 Tage (SD = 41,8), Patienten mit einer Bewilligung für eine psychosomatische Rehabilitation blieben durchschnittlich 61,5 Tage (SD = 28,6) in Behandlung. Besonders in der Suchtrehabilitation weisen die Standardabweichungen auf eine hohe Varianz der Behandlungsdauern hin.

71,4% der Patienten wurden regulär entlassen, 7,1% vorzeitig auf ärztliche Veranlassung und 5,0% vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis. Ohne ärztliches Einverständnis beendeten 10,7% die Behandlung, 0,7% wurden disziplinarisch entlassen, 1 Patient (0,7%) wurde verlegt und 4,3% 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 87,8% der Patienten planmäßig entlassen.

Die Angaben zur Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende (Tabelle 8) beziehen sich auf eine Auswertungss Stichprobe von 134 Patienten. Von 9 Patienten (6,3%) lagen entweder keine Daten vor oder mussten aufgrund von Kodierproblemen von der Auswertung ausgeschlossen werden. 68,7% der Patienten waren bei Entlassung arbeitsfähig und 20,1% arbeitsunfähig. Bei je einem Patienten (0,7%) wurde Hausfrau/Hausmann bzw. Kinder-Reha kodiert. Bei 13 Patienten (9,7%) konnte die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilt werden, da die ‚Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen‘ wurde.

69,2% der Patienten wurden mit einer Leistungsfähigkeit von ‚6 Stunden und mehr‘ für den letzten Beruf entlassen. Weitere 0,7% hatten eine Leistungsfähigkeit von ‚3 bis 6 Stunden‘ und 18,9% ‚unter 3 Stunden‘. Bei 11,2% der Patienten

Tabelle 5: Kostenträger

Kostenträger	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
gesetzliche Krankenkasse	36	27,5%	1	14,3%	37	26,8%
Rentenversicherungsträger	91	69,5%	6	85,7%	97	70,3%
anderer Kostenträger	4	3,0%	0	0,0%	4	2,9%
Gesamtzahl der Datensätze	131	100%	7	100%	138	100%
Keine Daten	5	6,1%	0	0,0%	5	3,5%

Tabelle 6: Behandlungsdauer

Behandlungsdauer in Tagen	Männer			Frauen			Gesamt		
	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD
Sucht-Rehabilitation	79	59,1	41,9	3	29,7	35,5	82	58,0	41,8
Psychosomatische Rehabilitation	57	61,3	28,1	4	64,5	40,5	61	61,5	28,6
Behandlungsdauer gesamt	136	60,0	36,6	7	49,6	39,8	143	59,5	36,7

Tabelle 7: Art der Beendigung

Entlassungsart	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Regulär nach Beratung/ Behandlungsplan	95	71,4%	5	71,4%	100	71,4%
Vorzeitig auf ärztliche/ therapeutische Veranlassung	9	6,8%	1	14,3%	10	7,1%
Vorzeitig mit ärztlichem/ therapeutischem Einverständnis	6	4,5%	1	14,3%	7	5,0%
Vorzeitig ohne ärztliches/ therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klient	15	11,3%	0	0,0%	15	10,7%
disziplinarisch	1	0,8%	0	0,0%	1	0,7%
Außerplanmäßige Verlegung/ außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1	0,8%	0	0,0%	1	0,7%
Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/Behandlungsform	6	4,4%	0	0,0%	6	4,3%
Gesamtzahl der Datensätze	133	100%	7	100%	140	100%
Keine Daten	3	2,2%	0	0,0%	3	2,1%

Tabelle 8: Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende

Arbeitsfähigkeit	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen	12	9,4%	1	16,7%	13	9,7%
arbeitsfähig	89	69,5%	3	50,0%	92	68,7%
arbeitsunfähig	26	20,3%	1	16,7%	27	20,1%
Hausfrau/Hausmann	0	0,0%	1	16,7%	1	0,7%
Kinder-Reha	1	0,8%	0	0,0%	1	0,7%
Gesamtzahl der Datensätze	128	100%	6	100%	134	100%
Keine Daten	8	5,9%	1	14,3%	9	6,3%

Tabelle 9: Leistungsfähigkeit für den letzten Beruf bei Behandlungsende

Leistungsfähigkeit	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
6 Stunden und mehr	95	69,9%	4	57,1%	99	69,2%
3 bis unter 6 Stunden	1	0,7%	0	0,0%	1	0,7%
unter 3 Stunden	26	19,1%	1	14,3%	27	18,9%
keine Angabe	14	10,3%	2	26,6%	16	11,2%
Gesamtzahl der Datensätze	136	100%	7	100%	143	100%

Tabelle 10: Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende

Leistungsfähigkeit	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
6 Stunden und mehr	110	80,9%	5	71,4%	115	80,4%
3 bis unter 6 Stunden	1	0,7%	0	0,0%	1	0,7%
unter 3 Stunden	13	9,6%	0	0,0%	13	9,1%
keine Angabe	12	8,8%	2	28,6%	14	9,8%
Gesamtzahl der Datensätze	136	100%	7	100%	143	100%

war keine Beurteilung der Leistungsfähigkeit erforderlich bzw. fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Die Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wurde bei 80,4% der Patienten mit ‚6 Stunden und mehr‘ beurteilt. Ein Patient (0,7%) hatte eine Leistungsfähigkeit von ‚3 bis 6 Stunden‘ und 9,1% hatten eine Leistungsfähigkeit ‚unter 3 Stunden‘. Bei 9,8% der Patienten war keine Beurteilung zur Leistungsfähigkeit erforderlich bzw. fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

3. Diskussion und Ausblick

Mit diesem Bericht legt der Fachverband Sucht e. V. im fünften Jahr in Folge einen Überblick über die 2019 in seinen Mitgliedseinrichtungen durchgeführten Behandlungen von Pathologischen PC-/Internet-Gebrauchern vor. Die Auswertung unterliegt auch in diesem Jahr den eingangs beschriebenen Beschränkungen: noch keine eindeutige Verortung des Krankheitsbildes im ICD-10 und damit verbunden keine einheitliche Zuordnung bei den Leistungsträgern zum psychosomatischen – oder suchttherapeutischen Behandlungssetting.

Die Grundlage für den vorliegenden Bericht bildeten deshalb Daten aus dem Entwöhnungsbereich, basierend auf dem neuen Deutschen Kerndatensatz 3.0 zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Deutsche Hauptstelle für

Suchtfrage, 2017) und Daten, die in einer psychosomatischen Fachklinik (Basisdokumentation Psychosomatik der AHG) erhoben wurden. Da die beiden Basisdokumentationssysteme deutlich voneinander abweichen, musste die Darstellung auf übereinstimmend operationalisierte Variablen in den beiden Dokumentationssystemen beschränkt werden, störungsspezifische Auswertungen oder Auswertungen zur Komorbidität konnten beispielsweise nicht durchgeführt werden.

Auch für die Zukunft ist geplant die Sonderauswertung Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch durchzuführen.

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.
- (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

Autorenverzeichnis:

Wagner, Annette, Dipl.-Psych., Leiterin IT, MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar
 Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement Johannesbad Gruppe, Bad Füssing
 Bick-Dresen, Stefanie, wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Kliniken Daun, Daun
 Funke, Prof. Dr. Wilma, Leitende Psychologin, MEDIAN Klinik Wied, Wied
 Kemmann, Dietmar, Leitender Psychologe, Diakoniekrankenhaus Harz, Elbingerode
 Kersting, Stephan, Dipl.-Medienwirt, navacom IT Solution, Hürth
 Klein, Thomas, stellvert. Geschäftsführer Fachverband Sucht e.V., Bonn
 Medenwaldt, Jan, Redline-Data, Ahrensboök
 Reger, Frank, Einrichtungsleiter, MEDIAN Therapiezentrum Bassenheim und Werth
 Teigeler, Horst, Therapeutischer Leiter, AMEOS Adaptionshaus Lübeck, Lübeck
 Vogelgesang, Monika, Dr., Chefärztin, MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar
 Weissinger, Volker, Dr., Geschäftsführer Fachverband Sucht e. V., Bonn

Liste der Einrichtungen, deren Daten in die Auswertung eingegangen sind

Fontane Klinik	15741 Mittenwalde
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 Münchwies	66540 Neunkirchen
Fachklinik Eußerthal	76857 Eußerthal/Pfalz
Johannesbad Fachklinik Furth im Wald	93437 Furth im Wald

Teil C Ergebnisse im Überblick

Basisdokumentation 2019 – Zentrale Ergebnisse im Überblick

Inhaltsverzeichnis

*Weissinger, V., Klein, T., Granowski, M., Bachmeier, R., Bick-Dresen, S.,
Funke, W., Kemmann, D., Kersting, S., Medenwaldt, J., Teigeler, H., Wagner, A.*

C Basisdokumentation 2019 – Zentrale Ergebnisse im Überblick

1.	Auswertungen nach Einrichtungsart	129
1.1	Fachkliniken für Alkohol/Medikamente	129
1.2	Fachkliniken für Drogen	130
1.3	Adaptionseinrichtungen	131
1.4	Ambulante Rehabilitationseinrichtungen	131
1.5	Ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen	132
2.	Sonderauswertungen	133
2.1	Pathologisches Glücksspiel	133
2.2	Pathologischer PC- / Internet-Gebrauch	133
3.	Fazit	134
4.	Literatur	135
	Autorenverzeichnis	135

Teil C

Basisdokumentation 2019 – 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. Daher lassen sich über alle Versorgungsbereiche der medizinischen Rehabilitation hinweg auch Veränderungen der Klientel, der Konsummuster oder der sozialen und beruflichen Teilhabe betrachten und Sonderauswertungen durchführen (z.B. Bachmeier et al. 2020).

Die 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 ganztätig 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. Seit dem letzten Jahr wird in Teil B 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 19.390 Patientendaten (Entlassjahrgang 2018: 19.356) in die Auswertung des FVS ein. Anliegen des FVS ist es, mit der differen-

zierten Beschreibung einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Entwöhnungsbehandlung zu leisten. Des Weiteren gehen diese Daten auch in die nationale Deutsche Suchthilfestatistik ein. Nachfolgend sind einige wesentliche Daten aus den vorangegangenen Kapiteln der aktuellen Basisdokumentation des Entlassjahrgangs 2019 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 2019 sind klinikübergreifende Daten von 13.006

Patienten¹, die in 30 Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige behandelt worden sind, eingegangen. Nachfolgend wird eine Übersicht zu einigen ausgewählten Daten der Basisdokumentation gegeben (vgl. Tab. 1 „Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige“).

Im Entlassjahrgang 2019 waren 71,4 % der Patienten männlichen und 28,6 % weiblichen Geschlechts. Bei 89,2 % der Patienten lag die Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit vor. In einer Partnerschaft lebten zu Behandlungsbeginn 46,8 %, die überwiegende Mehrzahl von insgesamt 81,0 % wohnte selbstständig. Das Durchschnittsalter lag bei 46,2 Jahren. 14,6 % der Patienten lebten in einem Haushalt mit Kindern unter 18 Jahren. Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer vor Antritt der stationären Entwöhn-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Form in geschlechtsübergreifender Form verwendet.

Tabelle 1: Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige

n = 13.006	Entlassjahrgang 2019
Anteil Männer	71,4 %
Anteil Frauen	28,6 %
Durchschnittliches Alter (bei Aufnahme)	46,2 Jahre
In Partnerschaft lebend	46,8 %
Anteil Arbeitsloser (bei Entlassung)	42,4 %
Vermittlung durch ambulante Suchthilfeinrichtung	47,7 %
Dauer der Abhängigkeit Ø	15,5 Jahre
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	0,75
Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient Ø	2,11
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	
– Entgiftungen Ø	3,8
– qualifizierter Entzug Ø	1,7
Behandlungsdauer	
– alle:	81,4 Tage
– reguläre Entlassung	92,8 Tage
– planmäßige Entlassung	88,9 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	84,0 %
Anteil Arbeitsfähiger zum Behandlungsende	67,4 %
Anteil allgemein Leistungsfähiger (≥ 6 Std.) zum Behandlungsende	81,2 %

nungsbehandlung betrug 15,5 Jahre. Jeder Patient hatte im Durchschnitt bereits 3,8 Entgiftungen absolviert, jedoch nur 1,7 qualifizierte Entzugsbehandlungen.

Durchschnittlich wiesen die Patienten neben ihrer Abhängigkeitserkrankung 0,75 weitere psychische Diagnosen und 2,11 somatische Diagnosen auf.

Hauptvermittler in die stationäre Entwöhnungsbehandlung waren mit 47,7 % ambulante Suchthilfeeinrichtungen. Über den niedergelassenen Arzt bzw. Psychotherapeuten wurden lediglich 2,6 % der Patienten in die stationäre Entwöhnungsbehandlung vermittelt.

Der Anteil arbeitsloser Patienten betrug zum Therapieende 42,4 %. 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. 64,7 % der Rehabilitanden beendeten die stationäre Behandlung regulär und 84,0 % 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 92,8 Tagen, bei planmäßiger Entlassung bei 88,9 Tagen. Arbeitsfähig waren zum Betreuungsende 67,4 % der Patienten. Von denjenigen Patienten, die zum Betreuungsbeginn arbeitsunfähig waren (n = 5.832), konnten 65,5 % wieder als arbeitsfähig entlassen werden. Zudem waren zum Ende der Behandlung 81,2 % der Patienten mindestens sechs Stunden am Tag allgemein leistungsfähig.

Die Auswertung zeigt weiterhin, dass die Früherkennung und -intervention im akutmedizinischen und psychotherapeutischen Bereich (niedergelassener Arzt, Psychotherapeut, 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 zum Jahresende neu erscheinende 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 Baustein 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 3.715 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 2019 waren 75,1 % der Patienten männlichen und 24,9 % weiblichen Geschlechts. In einer festen

Beziehung lebten 35,3 % der Rehabilitanden. 51,0 % der Patienten wohnten selbstständig, 26,6 lebten bei anderen Personen. Hauptvermittler in die stationäre Entwöhnungsbehandlung waren mit 60,8 % ambulante Suchthilfeeinrichtungen. Zum Behandlungsende waren 72,1 % der Patienten arbeitslos. Vor dem Hintergrund, dass eine Vielzahl der Patienten zudem über keinen Schulabschluss (12,2 %) bzw. keine abgeschlossene Hochschul-/Berufsausbildung (33,5 %) verfügt, stellt die Eröffnung schulischer/beruflicher Qualifikationen und beruflicher Wiedereingliederungsmöglichkeiten eine wesentliche Aufgabe für diese Patientengruppe dar.

71,3 % der Rehabilitanden beendeten die Behandlung planmäßig. Dieses Ergebnis ist angesichts des vergleichsweise geringen Alters von durchschnittlich 32,6 Jahren und der erheblichen und vielfältigen Belastungen der Klientel positiv zu werten. Die Abhängigkeitsdauer vor Antritt der Behandlung lag durchschnittlich bei 13,7 Jahren. Im Vorfeld der stationären Entwöhnungsbehandlung hatten die Patienten durchschnittlich 3,6 Entzugs- und 0,7 Entwöhnungsbehandlungen absolviert. Die vorrangigen Hauptdiagnosen bezogen auf Suchtmittel waren Störungen durch Cannabinoide (29,1 %), durch Stimulantien (24,7 %), durch multiplen Substanzgebrauch und den Konsum sonstiger psychotroper Substanzen

Tabelle 2: Fachkliniken für Drogenabhängige

n = 3.715	Entlassjahrgang 2019
Anteil Männer	75,1 %
Anteil Frauen	24,9 %
Durchschnittliches Alter (bei Aufnahme)	32,6 Jahre
In Partnerschaft lebend	35,3 %
Anteil Arbeitsloser (bei Entlassung)	72,1 %
Vermittlung durch ambulante Suchthilfeeinrichtung	60,8 %
Dauer der Abhängigkeit Ø	13,7 Jahre
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	3,6
Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen im Vorfeld Ø	0,7
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	0,70
Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient Ø	1,03
Behandlungsdauer	
– Alle	105,6 Tage
– reguläre Entlassung	137,6 Tage
– planmäßige Entlassung	124,1 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	71,3 %
Anteil Arbeitsfähiger zum Behandlungsende	87,2 %
Anteil allgemein Leistungsfähiger (≥ 6 Std.) zum Behandlungsende	93,3 %

(17,3 %) und durch Opiode (8,3 %). Darüber hinaus wurden bei den Patienten im Durchschnitt 0,70 weitere psychische Diagnosen sowie 1,03 somatische Diagnosen kodiert. Die Behandlungsdauer betrug bei regulärer Entlassung im Durchschnitt 137,6 Tage und bei planmäßiger Entlassung 124,1 Tage.

Zum Behandlungsende waren 87,2 % der Patienten arbeitsfähig. Zudem waren 93,3 % 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 Qualifizierungsmaßnahmen 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 1.145 Daten von Patienten aus 19 Adaptionseinrichtungen ein. Nachfolgend sind einige ausgewählte Daten dargestellt (vgl. Tab. 3 „Adaptionseinrichtungen“).

Im Entlassjahrgang 2019 waren 80,5 % der Patienten männlichen und 19,5 % weiblichen Geschlechts. Bei 56,8 % der Patienten liegt als Hauptdiagnose eine Alkoholabhängigkeit vor, bei 40,5 % eine Abhängigkeit von illegalen Drogen. Lediglich 28,5 % der Patienten gaben bei Aufnahme in die Einrichtung eine Partnerschaft an und nur 26,2 % lebten vor Behandlungsbeginn in einer eigenen Wohnung. 20,0 % der Frauen, aber lediglich 8,9 % der Männer lebten zuvor in einem Haushalt mit mindestens einem Kind zusammen. Das durchschnittliche Alter der Patienten bei Aufnahme in die Einrichtung lag bei 37,9 Jahren. Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug 15,0 Jahre. Im Durchschnitt hatte jeder Patient vor der Adaptionseinrichtung 3,4 Entgiftungen und 2,0 qualifizierte Entzüge absolviert.

Die Hauptvermittler in die Adaption (Phase II der Entwöhnungsbehandlung)

Tabelle 3: Adaptionseinrichtungen

n = 1.145	Entlassjahrgang 2019
Anteil Männer	80,5 %
Anteil Frauen	19,5 %
Durchschnittliches Alter (bei Aufnahme)	37,9 Jahre
In Partnerschaft lebend	28,5 %
Anteil Arbeitsloser (bei Entlassung)	75,2 %
Dauer der Abhängigkeit Ø	15,0 Jahre
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	
– Entgiftung	3,4
– qualifizierter Entzug	2,0
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	0,7
Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient Ø	1,10
Behandlungsdauer	
– alle	85,2 Tage
– reguläre Entlassung	100,8 Tage
– planmäßige Entlassung	91,8 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	85,2 %
Anteil Arbeitsfähiger zum Betreuungsende	92,7 %
Anteil allgemein leistungsfähiger (≥ 6 Std.) zum Betreuungsende	91,1 %

waren die Fachkliniken, die die Phase I der stationären Entwöhnungsbehandlung durchgeführt hatten.

Eine problematische Verschuldung wiesen 66,5 % der Patienten auf. Bei der Entlassung waren 75,2 % der Rehabilitanden arbeitslos. Betrachtet man den weiteren Zeitraum von bis zu vier Monaten nach der Entlassung, verfügten 19,2 % der ehemaligen Rehabilitanden über einen Vollzeitarbeitsplatz, 5,4 % über einen Teilzeitarbeitsplatz, 3,3 % über einen Mini-Job und 2,0 % über einen Ein-Euro-Job. Des Weiteren befanden sich 3,8 % in schulischer oder beruflicher Ausbildung und 3,2 % in einer Qualifizierungs- bzw. beruflichen Rehabilitationsmaßnahme. 57,8 % der ehemaligen Patienten waren vier Monate nach Entlassung weiterhin arbeitslos und 2,2 % nicht erwerbstätig.

85,2 % der Patienten beendeten die Behandlung planmäßig. Die Behandlungsdauer betrug bei regulärer Entlassung 100,8 Tage und bei planmäßiger Entlassung 91,8 Tage. An Ende der Behandlung waren 92,7 % der Patienten arbeitsfähig und 91,1 % 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 medizini-

sche 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 insgesamt 368 Patientenfällen aus zehn ambulanten Einrichtungen ein. Von den 368 Fällen beruhen 331 Fälle (= 89,9 %) auf einer rein ambulanten Rehabilitationsbehandlung gemäß der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001. Die übrigen 37 Fälle weisen eine stationäre Beteiligung auf und werden in der nachfolgenden Übersicht ausgewählter Daten nicht berücksichtigt (vgl. Tab. 4 „Ambulante Rehabilitations-einrichtungen“).

Im Entlassjahrgang 2019 waren 67,1 % der Patienten männlichen und 32,9 % weiblichen Geschlechts. Damit ist der Anteil der Frauen bei der ambulanten Rehabilitation unwesentlich höher als in den stationären und teilstationären Behandlungsformen. 80,4 % der Rehabilitanden wiesen eine Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnose auf, gefolgt von Cannabinoiden auf 8,2% und Polytoxikomanie mit 5,1 %. Mit 66,9 % ist der Anteil der Patienten, die in einer Partnerschaft lebten, deutlich höher als im vollstationären Be-

Tabelle 4: Ambulante Rehabilitationseinrichtungen

n = 331	Entlassjahrgang 2019
Anteil Männer	67,1 %
Anteil Frauen	32,9 %
Durchschnittliches Alter (bei Behandlungsbeginn)	46,5 Jahre
In Partnerschaft lebend	66,9 %
Anteil Arbeitsloser (bei Behandlungsende)	12,5 %
Vermittlung durch	
– ambulante Suchthilfeeinrichtung	63,8 %
– ärztliche/psychotherapeutische Praxis	9,6 %
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	
– Entgiftungen Ø	1,5
– qualifizierter Entzug Ø	1,1
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	0,63
Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient Ø	0,61
Behandlungsdauer	
– alle	233,2 Tage
– planmäßige Beendigung	259,0 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	78,5 %

reich (46,8 %) und ebenfalls höher als im Bereich der ganztägig ambulanten Behandlungen (56,0 %). Ein wichtiger Vermittler in die ambulante Rehabilitation waren – neben ambulanten Suchthilfeeinrichtungen mit 63,8 % – auch ärztliche/psychotherapeutische Praxen mit 9,6 %. Auffällig ist, dass in der ambulanten Rehabilitation ein deutlich höherer Anteil der Vermittlung über ärztliche und psychotherapeutische Praxen erfolgte als im stationären (2,6 %) oder im ganztägig ambulanten (0,6 %) Bereich. Jeder Rehabilitand hatte im Durchschnitt bereits 1,5 Entgiftungen absolviert, jedoch nur 1,1 qualifizierte Entzugsbehandlungen.

Der Anteil der arbeitslosen Patienten betrug bei Behandlungsende 12,5 %. Damit ist der Anteil Arbeitsloser zum Behandlungsende bei Rehabilitanden im ambulanten Setting deutlich niedriger als bei stationären (42,4 %) und bei ganztägig ambulanten (40,3 %) Behandlungsformen. 78,5 % der ambulant behandelten Patienten ohne stationären Anteil beendeten die Behandlung planmäßig. Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt bei allen rein ambulant behandelten Patienten 233,2 Tage und bei ambulanten Patienten, die die Behandlung planmäßig beendeten, 259,0 Tage.

Ausschließlich ambulant behandelte Patienten wiesen neben ihrer Suchtdiagnose im Durchschnitt 0,63 weitere psychische Diagnosen sowie 0,61 somatische Diagnosen auf. Damit liegt die durchschnittliche Anzahl der weiteren somatischen Diagnosen bei Patienten im rein

ambulanten Setting unterhalb der durchschnittlichen Anzahl bei Patienten, die ganztägig ambulant behandelt worden sind (1,5 somatische Diagnosen). Besonders deutlich ist der Unterschied zu Patienten zum vollstationären Setting (2,11 somatische Diagnosen).

Die Daten aus dem Entlassjahrgang 2019 zeigen deutliche Unterschiede zwischen den Rehabilitanden der ambulanten Einrichtungen und denen der stationären sowie der ganztägig ambulanten Behandlungsformen.

Tabelle 5: Ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen

n = 319	Entlassjahrgang 2019
Anteil Männer	71,8 %
Anteil Frauen	28,2 %
Durchschnittliches Alter (bei Behandlungsbeginn)	43,3 Jahre
In Partnerschaft lebend	56,0 %
Vermittlung durch ambulante Suchthilfeeinrichtung	58,6 %
Anteil Arbeitsloser (bei Behandlungsende)	40,3 %
Dauer der Abhängigkeit Ø	14,5 Jahre
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	
– Entgiftungen Ø	3,4
– qualifizierter Entzug Ø	2,0
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	0,5
Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient Ø	1,5
Behandlungsdauer	
– alle	67,0 Tage
– reguläre Beendigung	78,3 Tage
– planmäßige Beendigung	70,5 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	88,7 %
Anteil allgemein Leistungsfähiger (≥ 6 Std.) zum Betreuungsende	84,9 %

1.5 Ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen

In die einrichtungsübergreifende Auswertung gingen Daten von insgesamt 319 Patientenfällen aus fünf ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen ein. Nachfolgend wird eine Übersicht zu einigen ausgewählten Daten dargestellt (vgl. Tab. 5 „Ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen“).

Im Entlassjahrgang 2019 waren 71,8 % der Patienten männlichen und 28,2 % weiblichen Geschlechts. Damit entspricht der Frauenanteil demjenigen im stationären (28,5 %), und liegt etwas niedriger als im ambulanten (32,9 %) Behandlungssetting. Hauptdiagnose war mit 81,5 % die Alkoholabhängigkeit. Hauptvermittler waren mit 58,6 % ambulante Suchthilfeeinrichtungen. Die Abhängigkeitsdauer vor Behandlungsbeginn betrug im Durchschnitt 14,5 Jahre. Ohne Berücksichtigung der Suchtdiagnosen liegt die durchschnittliche Anzahl der dokumentierten psychischen Diagnosen bei 0,5 und der somatischen Diagnosen bei 1,5 pro Patient. Jeder Rehabilitand hatte im Durchschnitt bereits 3,4 Entgiftungen absolviert, jedoch nur 2,0 qualifizierte Entzugsbehandlungen. Das durchschnittliche Alter lag bei 43,3 Jahren. 56,0 % der Rehabilitanden lebten in einer Partnerschaft, hier zeigt sich ein deutlich höherer Anteil als im stationären (46,8 %), jedoch ein geringerer als im ambulanten Bereich (66,9 %).

40,3 % der Patienten waren am Ende der Behandlung arbeitslos. Dieser Wert liegt deutlich oberhalb des Arbeitslosenanteils der ambulanten Behandlungsform (12,5 %), aber unterhalb des Anteils arbeitsloser Patienten aus Fachkliniken für Alkohol-/Medikamente (42,4%). 88,7 % der Rehabilitanden beendeten die Behandlung planmäßig. Die Behandlungsdauer betrug bei regulärer Beendigung der Behandlung im Durchschnitt 78,3 Tage und bei planmäßig entlassenen Patienten im Durchschnitt 70,5 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 694 Patientenfällen mit dieser Hauptdiagnose, die in insgesamt 17 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 2019 waren mit 86,7 % eindeutig mehr Patienten männlichen als weiblichen Geschlechts (13,3 %). Das durchschnittliche Alter lag bei 38,9 Jahren. Damit ist dieses deutlich unter dem der Patienten in Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige (46,2 Jahre). 45,0 % der Patienten gaben an, in einer Partnerschaft zu leben. Die Vermittlung über ambulante Suchthilfeeinrichtungen erfolgte in 68,7 % der Fälle für Patienten. Das Alter zum Störungsbeginn lag im Durchschnitt bei 29,8 Jahren. Die durchschnittliche Anzahl weiterer Suchtdiagnosen pro Patient lag bei 0,8, im Vordergrund stehen hierbei Alkohol (29,1 %), Cannabinoide (15,6 %) und multipler Substanzgebrauch (8,4 %). Die durchschnittliche Anzahl der psychischen Diagnosen liegt mit 0,9 etwas über den Patienten in Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige (0,75).

Tabelle 6: Patienten mit pathologischem Glücksspiel

n = 694	Entlassjahrgang 2019
Anteil Männer	86,7 %
Anteil Frauen	13,3 %
Durchschnittliches Alter (bei Behandlungsbeginn)	38,9 Jahre
In Partnerschaft lebend	45,0 %
Anteil Arbeitsloser (bei Behandlungsende)	43,8 %
Vermittlung durch ambulante Suchthilfeeinrichtung	68,7 %
Dauer der Abhängigkeit	11,9 Jahre
Anzahl weiterer Suchtdiagnosen pro Patient Ø	0,8
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	0,9
Behandlungsdauer	
– alle	72,8 Tage
– planmäßige Beendigung	77,5 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	85,2 %
Anteil Arbeitsfähiger zum Behandlungsende	71,7 %
Anteil Leistungsfähiger (≥ 6 Std.) allgemein zum Behandlungsende	81,4 %

43,8 % der Patienten waren bei Behandlungsende arbeitslos, der Anteil der Arbeitsfähigen lag dagegen bei 71,7 % und der Anteil der allgemein Leistungsfähigen mit mindestens sechs Stunden am Tag betrug sogar 81,4 %. Mit 85,2 % beendete ein Großteil der Rehabilitanden die Maßnahme planmäßig. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 72,8 Tage.

2.2 Pathologischer PC-/Internetgebrauch

Mit der Basisdokumentation 2019 erfolgt zum fünften Mal eine Sonderauswertung für Patienten mit pathologischem PC-/Internetgebrauch. Die Auswertung erfolgte auf Grundlage der Daten von 143 Patientenfällen mit der Hauptdiagnose des pathologischen PC-/Internetgebrauchs, die in insgesamt 12 Fachklini-

ken 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 gegeben (vgl. Tab. 7 „Patienten mit pathologischem PC-/Internetgebrauch“).

Die Patienten des Entlassjahrgangs 2019 waren mit 95,1 % überwiegend männlichen Geschlechts. Auffällig ist das niedrige Durchschnittsalter der Patienten, das mit 28,7 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 70,3 % die Rentenversicherung, jedoch lag der Anteil der Kostenübernahmen

Tabelle 7: Patienten mit pathologischem PC-/Internetgebrauch

n = 143	Entlassjahrgang 2019
Anteil Männer	95,1 %
Anteil Frauen	4,9 %
Durchschnittliches Alter (bei Behandlungsbeginn)	28,7 Jahre
Anteil Arbeitsloser (Tag vor Behandlungsbeginn)	38,4 %
Behandlungsdauer	
– alle	59,5 Tage
– Sucht-Rehabilitation (57,3 % d. Pat.)	58,0 Tage
– psychosomatische Rehabilitation (42,7 % d. Pat.)	61,5 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	87,8 %
Anteil Arbeitsfähiger zum Behandlungsende	69,2 %
Anteil Leistungsfähiger (≥ 6 Std.) allgemein zum Betreuungsende	80,4 %

über die gesetzlichen Krankenkassen mit 26,8 % vergleichsweise hoch.

Am Tag vor Behandlungsbeginn waren 38,4 % der Patienten arbeitslos. Zum Behandlungsende konnten jedoch 68,7 % der Patienten arbeitsfähig entlassen werden. Der Anteil der mit mindestens sechs Stunden am Tag allgemein Leistungsfähigen lag bei 80,4 %. Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt für alle Patienten 59,5 Tage und wies zwischen Patienten in der Suchtrehabilitation mit durchschnittlich 58,0 Tagen und Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation mit durchschnittlich 61,5 Tagen keine allzu großen Unterschiede auf. Mit 87,8 % beendete der überwiegende Teil der Rehabilitanden die Maßnahme planmäßig.

3. Fazit

Die Daten der Basisdokumentation 2019 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 2019 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 = 13.006), gefolgt von Fachkliniken für Drogenabhängige (n = 3.715), Adaptionseinrichtungen (n = 1.145), ganztägig ambulanten Einrichtungen (n = 319) und ambulanten Einrichtungen (n = 368, davon 331 ambulante Rehabilitation ohne stationären Anteil). 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. Rehabilitanden 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 ist deren Funktion als niedrigschwellige 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 eindrücklich auf, dass auch Patienten 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 Inanspruchnahme 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.

4. Literatur

Bachmeier, R., Klein, T., Weissinger, V.: Veränderungen der Klientel und der Konsummuster im Zeitverlauf – Sonderauswertung zu den FVS-Basisdokumentationen der Entlassjahrgänge 2008 bis 2018 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige und Drogenabhängige, SuchtAktuell, Jahrgang 27/02.20, 5-13

Autorenverzeichnis

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

Bick-Dresen, Stefanie, wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Kliniken Daun, Daun

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

Granowski, Maryvonne, Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn

Kemmann, Dietmar, Leitender Psychologe, Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH, Elbingerode

Kersting, Stephan, Geschäftsführer navacom IT Solutions, Hürth

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

Medenwaldt, Jens, Redline DATA GmbH, Ahrensböck

Teigeler, Horst, Leitender Psychologe, MEDIAN Adaptionshaus Lübeck, Lübeck

Wagner, Annette, MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar

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

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>



Veranstaltungen des Fachverbandes Sucht e.V. zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker



Walramstraße 3 • 53175 Bonn
sucht@sucht.de • www.sucht.de

SEMINARE 2021

Gustav-Stresemann-Institut, Bonn

02/2021	Mein Arbeitsplatz in einer Suchteinrichtung	03. – 04.05.2021
03/2021	Umgang mit schwierigen Situationen in der Suchtbehandlung im Bereich Ergo-, Arbeits-, Ernährungs- und Sport-/Bewegungstherapie	17. – 18.05.2021
04/2021	Was geht noch – wenn nichts mehr geht? Lösungsorientierte Behandlung von suchtkranken Menschen	06. – 07.09.2021
05/2021	Was wirkt? – Praxis der Gruppenpsychotherapie bei Suchterkrankungen	13. – 14.09.2021
06/2021	Diagnostische und psychotherapeutische Ansätze bei Pathologischem PC-/Internet-Gebrauch (Gaming Disorder)	20. – 21.09.2021
07/2021	Motivierende Gesprächsführung – Förderung von Verhaltensänderungen bei problematischem Konsum/Abhängigkeitserkrankungen	27. – 28.09.2021
08/2021	Rückfallprophylaxe und Rückfallmanagement	08. – 09.11.2021
09/2021	Nichts geht mehr?! – Geht doch! – Soziotherapie für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige – CMA	15. – 16.11.2021
11/2021	Die Behandlung von pathologischen Glücksspielern – Neue Therapieansätze und -strategien	29. – 30.11.2021

ARBEITSTAGUNGEN 2021

Bonn

01/2021	Aktuelle Entwicklungen in der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung – Bereich Suchtrehabilitation	22. – 23.04.2021
10/2021	Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker	18. – 19.11.2021

KONGRESS 2021

Münsterlandhalle, Münster

Gemeinsamer Suchtkongress 2021 „Zusammenhalten und zusammen gestalten“ <i>Bundesweite Tagung des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. und des Fachverbandes Sucht e.V. – FVS</i>	23. – 25.06.2021
---	-------------------------

WEITERE PLANUNG SEMINARE 2021

Aufgrund der derzeit noch unklaren weiteren Entwicklung der Corona-Pandemie und den positiven Rückmeldungen über das neue Format von Online-Seminaren planen wir für 2021 sowohl Präsenz- als auch Online-Seminare.

Dabei werden wir uns im 1. Quartal 2021 noch ausschließlich auf Online-Seminare konzentrieren und im weiteren Verlauf des Jahres beide Formate, Präsenz und Online, anbieten.

Die über die oben aufgeführten bereits fixierten Präsenztermine hinausgehenden Angebote werden wir ebenfalls auf unserer Website veröffentlichen und jeweils gesondert über Mail dazu einladen.

Geplante weitere Online-Seminarthemen sind:

- Datenschutz in der medizinischen Rehabilitation - Notwendigkeiten und Fallstricke
- Diagnostik: Haupt – und Nebendiagnosen adäquat erheben und erfassen
- Basisdokumentation und Katamnesen - Strategien erfolgreicher Datenerhebung
- Pathologisches Kaufen – Diagnostische und therapeutische Ansätze
- Umgang mit dem Thema Rauchen – Prävention und Strategien der Behandlung im klinischen Kontext
- Praxis der Gruppentherapie

Sollten weitere Themenwünsche an uns herangetragen werden, versuchen wir sehr gerne, diese zu realisieren und anzubieten!

Weiterführende Informationen zu den Veranstaltungen 2021 sowie entsprechende Anmeldeformulare finden Sie ab Jahresende 2020 auf der Homepage des FVS <https://www.sucht.de> unter der Rubrik *Fachpublikum/Veranstaltungen*.