


Das Modell „prospektive Standardkatamnese“ in der ambulanten Rehabilitation Sucht

 konturen.de/fachbeitraege/das-modell-prospektive-standardkatamnese-in-der-ambulanten-rehabilitation-

Ausgewählte Ergebnisse und Effekte im Behandlungsverlauf

9. Oktober
2019

Detlef Weiler, Dr. Hans Wolfgang Linster, Wolfgang Langer



Detlef Weiler



Dr. Hans Wolfgang Linster



Wolfgang Langer

1 Einleitung

Die ambulante medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker wird in Deutschland schon seit vielen Jahren erfolgreich umgesetzt. Wirksamkeitsnachweise konnten verschiedentlich erbracht werden (Linster & Rückert, 1998, 2000; Walter-Hamann & Wessel, 2015; Lange et al., 2018). Die fachliche Einbindung der ambulanten medizinischen Rehabilitation in das umfassende Leistungsspektrum einer Suchtberatungsstelle hat sich dabei bewährt, weil dadurch eine Behandlungskontinuität sichergestellt wird, die für viele suchtkranke Menschen hilfreich ist.

Der Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv) ist in Baden-Württemberg der größte Träger sowohl der Suchtkrankenhilfe als auch von Integrationsfachdiensten für schwerbehinderte Menschen. Er hat im Jahre 2005 für alle eigenen ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen die Implementierung einer prospektiven Standardkatamnese in einer neuen Form beschlossen. Diese sieht vor, die Überprüfung des Behandlungserfolgs sowie die Untersuchung von längerfristigen Effekten anhand von Erhebungen zu drei Messzeitpunkten – Beginn und Ende der Behandlung sowie Katamnese – vorzunehmen. Mittlerweile liegen Ergebnisse aus sechs Entlassjahrgängen vor. In diesem Artikel sollen das Modell der prospektiven Standardkatamnese sowie Überlegungen zur Implementierung von Katamnesen vorgestellt werden. Anhand von ausgewählten Ergebnissen zum Erfolg der Implementierung und zu Effekten im Behandlungsverlauf werden mögliche Vorteile des Modells aufgezeigt.

2 Stichprobe, Untersuchungsdesign und Methoden

2.1 Stichprobe (Entlassjahrgänge 2007 – 2012)

Der Beginn der Datenerhebung war im Oktober 2005. Zielgruppe sind alle abrechenbaren Fälle der ambulanten medizinischen Suchtrehabilitation. Die Fälle aus dem Entlassjahrgang 2006 wurden aus der hier betrachteten Stichprobe herausgenommen, weil zu ihnen keine Daten aus dem (damals) neuen Kerndatensatz vorliegen (dieser wurde erst 2007 eingeführt). Die Stichprobe umfasst n=2.032 Fälle. Von n=111 Fällen liegen keine Einverständniserklärungen für die Erhebung mit Fragebögen vor, so dass insgesamt eine Stichprobe von n=1.921 dem Artikel zugrunde liegt. Untersucht wurden somit die Entlassjahrgänge 2007 bis 2012 von insgesamt 20 Einrichtungen.

Vergleichsweise hoch ist mit einem Drittel (33,9 Prozent) der Frauenanteil bei der ambulanten Entwöhnungsbehandlung. Diese Form der Behandlung ist speziell für Frauen aufgrund der Wohnortnähe und der Behandlungszeiten eine Alternative zur klassischen stationären Entwöhnungsbehandlung, bei der der Frauenanteil 28,7 Prozent (Bachmeier et al., 2018) beträgt. Beim Familienstand fällt auf, dass Männer eher ledig (29,5 vs 19,8 Prozent) und Frauen eher geschieden oder verwitwet sind (30,6 vs 16,7 Prozent). Erwartungsgemäß leben die Rehabilitanden in stabilen Wohnverhältnissen. Die Erwerbsquote ist mit 71,7 Prozent deutlich höher als bei stationären Entwöhnungsbehandlungen (41,4 Prozent, vgl. Bachmeier et al., 2018). Während Männer eher erwerbstätig sind, finden sich in der Gruppe der Frauen eher nicht erwerbstätige Personen (Schülerinnen, Studentinnen, Hausfrauen). Die Sicherheit des Arbeitsplatzes ist nach Selbstangaben nur bei 8,2 Prozent gefährdet. 67,9 Prozent besitzen zum Zeitpunkt der Aufnahme eine gültige Fahrerlaubnis, bei 25,3 Prozent wurde sie wegen Alkohol oder Drogen entzogen. Das Durchschnittsalter der gesamten Stichprobe beträgt M=46,7 Jahre.

2.2 Untersuchungsdesign prospektive Katamnese

Das „Modell prospektive Katamnese“ sieht drei Messzeitpunkte vor: Beginn und Ende der Behandlung sowie 1-Jahreskatamnese. Im Unterschied zu retrospektiven Katamnesen wird in prospektiven Katamnesen „von Anfang an festgelegt, welche Merkmale zu Beginn, zum Abschluss und im Rahmen der Katamnese erhoben werden sollen“ (DHS, 2019, S. 111).

Die Datenerhebung erfolgt als schriftliche Befragung der Rehabilitanden und Therapeuten*. Neben Fragen aus dem Kerndatensatz Katamnese (KDS-2) wurden weitere Themenbereiche (z. B. Motivation, Selbstbewusstsein) aufgenommen. Insgesamt kommen fünf Fragebögen zum Einsatz, wobei die Fragen zu den verschiedenen Messzeitpunkten weitgehend identisch sind:

- + Fragebogen zu Beginn der Rehabilitation (Rehabilitand)
- + Fragebogen zu Beginn der Rehabilitation (Therapeut)

- + Fragebogen zum Ende der Rehabilitation (Rehabilitand)
- + Fragebogen zum Ende der Rehabilitation (Therapeut)

- + Fragebogen Kerndatensatz Katamnese (Rehabilitand)

In jeder Einrichtung wurde ein Dokumentationsbeauftragter geschult, dabei wurden folgende Inhalte vermittelt:

- Allgemeiner Ablauf
- Aufgabenverteilung und Zuständigkeiten der verschiedenen Mitarbeiter(Dokumentationsbeauftragte, Therapeutische Mitarbeiter, Verwaltungsfachkräfte)
- Zielgruppe
- Beginn der Datenerhebung
- Fragebögen
- Dokumente und Arbeitshilfen
- Fallbeispiele

Die Fragebögen zu Beginn der ambulanten Rehabilitation sollen innerhalb der ersten vier Wochen nach der ersten abrechenbaren Stunde von dem Rehabilitanden und dem Therapeuten ausgefüllt werden. Die Fragebögen zum Ende der ambulanten medizinischen Rehabilitation sollen (sowohl von dem Rehabilitanden als auch von dem Therapeuten) in einem Zeitraum von vier Wochen vor dem Behandlungsende (Finanzierungsende) ausgefüllt werden. Bricht der Rehabilitand die Behandlung vorzeitig ab, ist dafür Sorge zu tragen, dass der entsprechende Fragebogen beantwortet wird, um eine positive Selektion zu vermeiden.

Für 1-Jahreskatamnesen ist eine Schwankungsbreite des Erhebungszeitraums von minus einem Monat bis plus zwei Monaten vorgesehen. Für die katamnestiche Erhebung gilt, dass die Rehabilitanden elf Monate nach Finanzierungsende angeschrieben werden sollten. Bei diesem Anschreiben wird ein Fragebogen sowie ein Freiumschlag mit der Adresse der Beratungsstelle beigelegt (Porto zahlt Empfänger). Ist sechs Wochen nach Erstversendung noch keine Katamnese eingetroffen, wird ein erstes Erinnerungsschreiben versandt. Weitere sechs Wochen später wird bei noch nicht eingetretener Katamnese ein zweites Erinnerungsschreiben mit erneutem Fragebogen und Freiumschlag versandt. Durch die Vergabe einer Fallnummer ist eine anonymisierte Auswertung sichergestellt.

In Tabelle 1 werden die Rücklaufquoten für den Fragebogen zu Beginn und zum Ende der ambulanten medizinischen Rehabilitation (Rehabilitand) differenziert nach Geschlecht und Diagnose aufgelistet. Die Rücklaufquoten zu Beginn der Behandlung sind befriedigend. Die Rücklaufquoten am Ende der Behandlung verdeutlichen, dass es nicht immer gelungen ist, vorzeitige Beender zum Ausfüllen eines Fragebogens zu bewegen. Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Rücklaufquoten lassen sich nicht erkennen. Die Gruppe der Rehabilitanden mit Hauptdiagnose Opioider hat deutlich niedrigere Rücklaufquoten, was u. a. mit einer schlechteren Haltequote zu erklären ist.

	Vorhandene Bögen	Ausschöpfung in Prozent
Fragebogen zu Beginn – Rehabilitand	1.836 von 1.921	95,6
Männer	1.208 von 1.270	95,1
Frauen	628 von 651	96,5
F 10 (Alkohol)	1.693 von 1.765	95,9
F 11 (Opioide)	23 von 27	85,2
F 12 (Cannabinoide)	46 von 48	95,8
F 14 / F 15 (Kokain / Stimulanzien)	25 von 26	96,2
Fragebogen zum Ende – Rehabilitand	1.434 von 1.921	74,6
Männer	952 von 1.270	75,0
Frauen	482 von 651	74,0
F 10 (Alkohol)	1.331 von 1.765	75,4
F 11 (Opioide)	12 von 27	44,4
F 12 (Cannabinoide)	34 von 48	70,8
F 14 / F 15 (Kokain / Stimulantien)	20 von 26	76,9

Tabelle 1: Rücklaufquoten der Fragebögen für Rehabilitanden

2.3 Auswertungen

Bei den Auswertungen handelt es sich um deskriptive Darstellungen mit Angaben zu Häufigkeiten, Prozentsen sowie Mittelwerten und Standardabweichungen. Darüber hinaus wurden Chi-Quadrat-Tests und für Mittelwertvergleiche t-Tests durchgeführt. Die Berechnung der Effektstärken erfolgte beim t-Test mit Cohen´s d und beim Chi-Quadrat-Test mit Cramer-V. Als Programm für die Auswertung wurde SPSS Statistics Version 21 verwendet.

3 Ergebnisse

3.1 Unterscheiden sich Fälle mit bzw. ohne Einverständniserklärung?

Die Angaben aus Fragen des Deutschen Kerndatensatzes (KDS) wurden mit den Angaben aus den Klientenlisten der Implementierungsstudie „gematched“. So konnte untersucht werden, ob sich Fälle mit Einverständniserklärung (n=1.921) von Fällen ohne Einverständniserklärung (n=111) unterscheiden. Bei den meisten Variablen zeigten sich keine Unterschiede zwischen diesen beiden Populationen (z. B. Geschlecht, Hauptdiagnose, Nationalität, Auflagen, Partnerbeziehung, Migrationsstatus, höchster Schulabschluss, höchster Ausbildungsabschluss, Erwerbssituation, Wohnsituation, problematische Schulden, ambulante medizinische Rehabilitation in der Vorbehandlung). Bei folgenden Variablen konnten Unterschiede ermittelt werden:

- **Form der Entlassung:** Fälle ohne Einverständniserklärung beenden im Verlauf der Behandlung die Therapie eher vorzeitig. Die Abbruchquote durch den Rehabilitanden ist deutlich höher (30,9 vs 10 Prozent; $p=.000$; Cramer-V=.193).
- Es gibt deutliche Unterschiede bzgl. der Quoten von Rehabilitanden ohne Einverständniserklärung in den jeweiligen **Einrichtungen** (range 0 bis 26 Prozent, $p = .000$, Cramer-V = .286).
- Fälle ohne Einverständniserklärung haben im Vorfeld **mehr Erfahrungen mit der Suchtkrankenhilfe** (Jemals zuvor Suchthilfe beansprucht: 77,6 vs 62,7 Prozent, $p=002$; Cramer-V=.074). Dies zeigt sich z. B. bei den Angaben zu Vorerfahrungen mit stationären Entwöhnungsbehandlungen oder Entgiftungen.
- Folgerichtig finden sich bei den Fällen ohne Einverständniserklärung mehr **Wiederaufnahmen** (56,1 vs 45,8 Prozent, $p=.045$; Cramer-V=.049).
- **Familienstand:** Bei den Fällen ohne Einverständniserklärung finden sich eher ledige oder geschiedene Rehabilitanden ($p=.048$; Cramer-V=.073).

Zusammengefasst lässt sich unter Berücksichtigung der Effektstärken konstatieren, dass die Fälle ohne Einverständniserklärung mehr Erfahrungen im Hinblick auf suchtspezifische Vorbehandlungen haben und die Therapie eher vorzeitig abbrechen. Der größte Effekt ergibt sich allerdings bei den unterschiedlichen Quoten von Rehabilitanden ohne Einverständniserklärung in den jeweiligen Einrichtungen. Die Vermittlung der Notwendigkeit von Datenerhebungen durch die jeweiligen Therapeuten wird in den Einrichtungen offenbar unterschiedlich gestaltet. In Implementierungsstudien sollte diesem Aspekt besondere Beachtung geschenkt werden.

3.2 Behandlungsverlauf

Die Behandlungsdauer liegt im Durchschnitt bei 208 Tagen. Erwähnenswert ist die Dauer der Vorbereitungsphase vor Beginn der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Diese beträgt insgesamt knapp vier Monate ($M=3,9$) und ist durch keine Regelfinanzierung abgedeckt. Bei Rehabilitanden, die illegale Substanzen konsumieren, ist die Vorbereitungsphase im Schnitt ca. einen Monat länger als bei Alkoholkonsumenten. Die Ergebnisse zur Hauptdiagnose zeigen, dass die ambulante medizinische Rehabilitation in der Regel nur bei der Indikation Alkoholabhängigkeit (93,5 Prozent) durchgeführt wird. 85,9 Prozent beenden die Behandlung planmäßig, wobei Geschlechtsunterschiede nicht bedeutsam sind.

3.2.1 Suchtmittelkonsum

Die Entwicklung des Substanzkonsums wurde nach Hauptdiagnosen getrennt ausgewertet. Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich nur auf Rehabilitanden mit der Hauptdiagnose Alkohol (für die anderen Diagnosegruppen sind die Fallzahlen zu niedrig).

Mittels Selbstangaben zum Suchtmittelkonsum wurde zu Beginn und am Ende der Behandlung der Suchtmittelkonsum erfasst. Es wurden nur Fälle ausgewertet, bei denen zu Beginn und am Ende ein Fragebogen vorlag. Es fällt auf, dass bereits zu Beginn der

Behandlung 85,3 Prozent der Rehabilitanden abstinent von Alkohol leben (14,5 Prozent kein Konsum in den letzten zwölf Monaten, 70,8 Prozent kein Konsum in den letzten 30 Tagen). Im Verlauf der Behandlung kann die Alkoholabstinenz stabilisiert werden, so dass am Ende der Behandlung 89,7 Prozent abstinent von Alkohol leben (78,1 Prozent kein Alkoholkonsum während der Behandlung, 11,6 Prozent kein Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen). Etwa ein Fünftel der Rehabilitanden (21,9 Prozent) hatte während der Behandlung einen Rückfall mit Alkohol. Substanzen wie Opioide, Kokain, Crack, Amphetamine, Stimulantien, Ecstasy, Halluzinogene sowie flüchtige Lösungsmittel spielen bei Alkohol-Patienten keine Rolle. Bei 6,3 Prozent der Klientel wurde Cannabis in den letzten zwölf Monaten vor der Behandlung konsumiert. Während der Behandlung haben nur zwei Prozent der Rehabilitanden Cannabis konsumiert.

Eine etwas größere Bedeutung beim Begleitkonsum spielen Barbiturate/Schmerzmittel und Beruhigungsmittel. Da es sich um Selbstangaben handelt, kann nicht geklärt werden, ob es sich dabei zum Teil um Substanzen handelt, die ärztlich verschrieben wurden. Gesondert dargestellt wird der Tabakkonsum. Ein Großteil der Alkohol-Rehabilitanden raucht zu Beginn der Behandlung (fast) täglich (60,8 Prozent). Im Verlaufe der Behandlung gelingt es kaum, das Rauchverhalten positiv zu beeinflussen. Der Anteil der täglichen Raucher (60,1 Prozent) ist nahezu auf dem gleichen Niveau (vgl. Tabelle 2).

	Beginn		Ende	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alkohol				
Kein Konsum	183	14,5	977	78,1
Ja, aber nicht in den letzten 30 Tagen	896	70,8	145	11,6
Konsum in den letzten 30 Tagen	186	14,7	129	10,3
Tabak				
Kein Konsum	353	30,4	422	34,9
Ja, aber nicht in den letzten 30 Tagen	57	4,9	19	1,6
Konsum in den letzten 30 Tagen	751	64,7	769	63,5
Cannabis				
Kein Konsum	969	93,7	1101	98,0
Ja, aber nicht in den letzten 30 Tagen	52	5,0	17	1,5
Konsum in den letzten 30 Tagen	13	1,3	5	0,5
Barbiturate / Schmerzmittel				
Kein Konsum	907	88,8	987	88,4
Ja, aber nicht in den letzten 30 Tagen	34	3,3	33	3,0
Konsum in den letzten 30 Tagen	80	7,9	96	8,6
Beruhigungsmittel				
Kein Konsum	911	89,2	1052	94,1
Ja, aber nicht in den letzten 30 Tagen	53	5,2	19	1,7
Konsum in den letzten 30 Tagen	57	5,6	47	4,2

Tabelle 2: Substanzkonsum zu Beginn und am Ende der Behandlung (Rehabilitanden mit Hauptdiagnose Alkohol; N = 1.309; Daten mit zwei Messzeitpunkten)

3.2.2 Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen

In allen Lebensbereichen ergibt sich im Verlauf der Behandlung eine Verbesserung der Zufriedenheit (vgl. Tabelle 3), die jeweils statistisch abgesichert ist (t-Test; $p=.000$). Bei Betrachtung der Effektstärken zeigen sich die größten Effekte bei der Zufriedenheit in Bezug auf Straftaten ($d=0,66$). Hier muss jedoch berücksichtigt werden, dass nur ein geringer Anteil der Rehabilitanden ($n=71$) dieses Item beantwortet hat, weil bei den meisten Rehabilitanden keine Straftaten oder sonstige Delikte vorliegen. Weiterhin verbessern sich bei den Rehabilitanden die Zufriedenheitswerte in Bezug auf den seelischen Zustand ($d=0,41$), die Alltagsbewältigung ($d=0,34$) und die Freizeitgestaltung ($d=0,32$). Die kleinsten Effekte ergeben sich beim Suchtmittelgebrauch ($d=0,15$), bei der Wohnsituation ($d=0,20$), bei der Familie ($d=0,22$) oder bei Freunden und Bekannten ($d=0,22$). Bei der Entwicklung der Zufriedenheit mit dem Suchtmittelkonsum muss

allerdings berücksichtigt werden, dass die Rehabilitanden bereits zu Behandlungsbeginn sehr gute Zufriedenheitswerte (M=1,86) haben, die vermutlich durch Effekte der Vorbereitungsphase zu erklären sind.

	Mittelwerte		p (t-Test)	d
	Beginn	Ende		
Partnerbeziehung (n=1.171)	2,61	2,24	.000	0,27
Familie (n=1.291)	2,36	2,14	.000	0,22
Eigene Kinder (n=902)	2,00	1,76	.000	0,24
Bekannte, Freunde (n=1.328)	2,31	2,11	.000	0,22
Freizeitgestaltung (n=1.342)	2,44	2,11	.000	0,32
Arbeitssituation (n=1.247)	2,78	2,38	.000	0,28
Körperl. Gesundheit (n=1.345)	2,39	2,12	.000	0,24
Seelischer Zustand (n=1.349)	2,59	2,10	.000	0,41
Finanzielle Situation (n=1.330)	2,90	2,55	.000	0,30
Wohnsituation (n=1.329)	2,12	1,93	.000	0,20
Straftaten, Delikte (n=71)	2,58	1,48	.000	0,66
Suchtmittelgebrauch (n=1.153)	1,86	1,66	.000	0,15
Alltagsbewältigung (n=1.307)	2,28	1,93	.000	0,34

1 = sehr zufrieden, 2 = zufrieden, 3 = eher zufrieden,
4 = eher unzufrieden, 5 = unzufrieden, 6 = sehr unzufrieden

Tabelle 3: Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen zu Beginn und am Ende der Behandlung

3.2.3 Veränderungen im intrapsychischen Bereich

Neben den Fragen des Kerndatensatzes Katamnese (KDS-2) wurden weitere Fragen (nachfolgend kursiv) in die Fragebögen integriert. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen (vgl. auch Tabelle 4):

Abstinenzmotivation

Ich möchte dauerhaft abstinent leben: Die Abstinenzmotivation ist bereits zu Beginn der Behandlung auf einem sehr hohen Niveau und kann im Verlauf der Behandlung weiter stabilisiert werden.

Akzeptanz der Suchtkrankheit

Ich kann meine Suchtkrankheit akzeptieren: Insgesamt lässt sich konstatieren, dass es im Rahmen der therapeutischen Arbeit gelingt, bei den Rehabilitanden die Akzeptanz der Suchtkrankheit zu verstärken. Den deutlichsten Effekt gibt es bei Cannabisabhängigen (d=0,55).

Problembewusstsein

Ich habe erkannt, dass mein Suchtmittelkonsum in vielen Bereichen meines Lebens zu Problemen geführt hat: Das Problembewusstsein ist bereits zu Beginn der Behandlung

sehr ausgeprägt und bleibt auch während der Behandlung weitgehend konstant. Den stärksten Effekt gibt es wiederum bei der Gruppe der Cannabisabhängigen ($d=0,30$).

Therapiemotivation

Frage zu Beginn: Ich bin bereit, mich aktiv in die Therapie einzubringen.

Frage am Ende: Ich habe mich aktiv in die Therapie eingebracht.

Die Therapiemotivation, die zu Beginn der Behandlung auf hohem Niveau ist, nimmt im Behandlungsverlauf ab. Während zu Behandlungsbeginn die Therapiemotivation eher überschätzt wurde, gibt es vermutlich zum Behandlungsende eine realistischere Einschätzung.

Selbstbewusstsein

Ich halte mich für einen selbstbewussten Menschen: Das Selbstbewusstsein kann im Verlauf der Behandlung gestärkt werden. Zu Behandlungsbeginn gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen Männern und Frauen dergestalt, dass Frauen weniger Selbstbewusstsein haben. Im Behandlungsverlauf kann aber das Selbstbewusstsein bei den Frauen mehr gestärkt werden als bei den Männern ($d=0,40$ versus $d=0,19$).

	Mittelwerte		p (t-Test)	d
	Beginn	Ende		
Abstinenzmotivation (n=1.312)	1,15	1,13	.101	0,04
Akzeptanz Suchtkrankheit (n=1.286)	1,46	1,29	.000	0,22
Problembewusstsein (n=1.357)	1,19	1,15	.004	0,08
Therapiemotivation (n=1.348)	1,15	1,33	.000	0,32
Selbstbewusstsein (n=1.337)	1,86	1,67	.000	0,27

1 = stimmt genau, 2 = stimmt eher, 3 = stimmt kaum, 4 = stimmt nicht

Tabelle 4: Intrapsychische Variablen zu Beginn und am Ende der Behandlung

4 Zusammenfassung, Diskussion und Schlussfolgerungen für die Praxis

4.1 Erfolgsfaktoren für die Implementierung

In klassischen Katamnesestudien wird häufig die Situation der Rehabilitanden zum Katamnesezeitpunkt ohne Bezug zur Situation zu Behandlungsbeginn erhoben. Das hier vorgestellte „Modell prospektive Katamnese“ sieht drei Erhebungszeitpunkte vor, so dass Effekte im Behandlungsverlauf erfasst und die Angaben zum Katamnesezeitpunkt mit den vorherigen verglichen werden können. (Inwieweit die Veränderungswerte stabil sind, soll in anderen Artikeln untersucht werden.) Da der Rehabilitand den Fragebogen bereits im Rahmen der Behandlung ausfüllt, können bei etwaigen Rückfragen die Therapeuten behilflich sein. Dadurch wird die compliance erhöht. Im Grunde handelt es sich hier um eine Art Katamnese-schulung, die auch von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen

(DHS, 2019) als Strategie zur Verbesserung der Teilnahme und des Rücklaufs empfohlen wird. Bei der Implementierung von Katamnesen ist es wichtig, die Therapeuten in der Vermittlung des Sinns von Datenerhebungen zu schulen. Darin liegt ein bedeutsamer Erfolgsfaktor. Es konnte gezeigt werden, dass die Bereitschaft der Rehabilitanden zur Teilnahme an Studien nicht so sehr von Variablen der Rehabilitanden abhängt, sondern vielmehr von der Überzeugungskraft der Therapeuten und ihrer Fähigkeit, die Notwendigkeit von Studien zu vermitteln. Zusammenfassend empfiehlt sich bei der Implementierung von Katamnesen ein prospektiver Ansatz mit mehreren Messzeitpunkten sowie eine umfassende Schulung der durchführenden Personen.

4.2 Effekte im Behandlungsverlauf

Vor Beginn der ambulanten medizinischen Rehabilitation gibt es in der Beratungsstelle in der Regel eine Vorbereitungsphase ohne Regelfinanzierung zur Förderung der Abstinenzmotivation und der Veränderungs- und Behandlungsbereitschaft. In dieser Phase (ca. vier Monate) werden mit hoher Wahrscheinlichkeit erste therapeutische Effekte erzielt. So leben zu Beginn der ambulanten Rehabilitation bereits einige Rehabilitanden eine gewisse Zeit abstinente von Alkohol (und Drogen), und die Zufriedenheit ist in vielen Lebensbereichen auf einem hohen Niveau. Die Alkoholabstinenz kann während der Behandlung stabilisiert werden, während es beim Tabakkonsum kaum Veränderungen gibt. Es sollte überlegt werden, ob zusätzlich je nach Indikation Tabakentwöhnungskurse auch im Rahmen der ambulanten Rehabilitation angeboten werden. Während der Behandlung zeigen sich bzgl. der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen aus Sicht der Rehabilitanden im psychischen Bereich die größten positiven Effekte. Im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation gelingt es zudem, die Akzeptanz der Suchtkrankheit zu stärken und das Selbstbewusstsein speziell bei den Frauen zu verbessern. Die Effekte im Behandlungsverlauf ergänzen in einem positiven Sinne die Ergebnisse von Katamnesen und helfen bei deren Interpretation.

4.3 Schlussfolgerungen

Die ambulante medizinische Rehabilitation wird hauptsächlich bei der Indikation Alkoholabhängigkeit durchgeführt. Erste Ergebnisse bei Konsumenten von illegalen Drogen im Behandlungsverlauf zeigen, dass diese Behandlungsform auch für diese Indikation durchaus eine erfolgreiche Option darstellt. Die Organisation, Durchführung und Auswertung von prospektiven Katamnesen im ambulanten Setting ist sehr aufwändig. Katamneseerhebungen sollten sich daher auf eine definierte und begrenzte Population (z. B. ambulante medizinische Rehabilitation) beziehen. Prinzipiell sind selbstverständlich auch für weitere Klientengruppen ambulanter Suchthilfeinrichtungen Katamnesestudien wünschenswert. Diese sollten aber nicht als Standardkatamnese, sondern eher im Rahmen von finanzierten Forschungsprojekten durchgeführt werden.

**Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit die männliche Sprachform verwendet. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts.*

Kontakt:

Detlef Weiler

Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH
Referat Qualitätsmanagement und Forschung

Renchtalstraße 14

77871 Renchen

Tel. 07843/949-203

detlef.weiler@bw-lv.de

Angaben zu den Autoren:

Detlef Weiler ist Diplom-Psychologe und arbeitet beim Baden-Württembergischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation (bwlv) im Referat Qualitätsmanagement und Forschung. Zuvor war er als wissenschaftlicher Mitarbeiter in verschiedenen Institutionen tätig (z. B. Institut für Therapieforschung in München, Universitätskrankenhaus Hamburg Eppendorf).

Dr. Hans Wolfgang Linster war wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie am Psychologischen Institut der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Jetzt ist er im Ruhestand und dort weiterhin als Lehrbeauftragter tätig.

Wolfgang Langer, Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut, ist Leiter der Suchtberatungsstellen Rastatt und Baden-Baden. Seit 1987 ist er als Therapeut und Berater im Bereich Suchtbehandlung tätig.

Literatur:

- Bachmeier, R. / Bick-Dresen, S. / Dreckmann, I. / Feindel, H. / Kemmann, D. / Kersting, S. / Kreutler, A. / Lange, N. / Medenwaldt, J. / Mielke, D. / Missel, P. / Premper, V. / Regenbrecht, G. / Sagel, A. / Schneider, B. / Strie, M. / Teigeler, H. / Weissinger, V. (2018). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2015 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 1, 49-65.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (2010). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Stand: 05.10.2010. www.dhs.de
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (2019). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0. Stand: 01.01.2019. www.dhs.de
- Lange, N. / Neeb, K. / Parusel, F. / Missel, P. / Bachmeier, R. / Brenner, R. / Fölsing, S. / Funke, W. / Herder, F. / Kersting, S. / Klein, T. / Kramer, D. / Löhnert, B. / Malz, D. / Medenwaldt, J. / Bick-Dresen, S. / Sagel, A. / Schneider, B. / Steffen, D. / Verstege, R. / Weissinger, V. (2018). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2015 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 1, 87-94.

- Linster, H.W. & Rückert, D. (1998). Ambulante Behandlung von Abhängigkeitskranken. Ein Beitrag zur Untersuchung der Effektivität ambulanter Entwöhnungsbehandlung von Alkoholikern/innen. *Sucht Aktuell*, 3+4, 25-30.
- Linster, H.W. & Rückert, D. (2000). Wirksamkeit ambulanter Entwöhnungsbehandlung abhängigkeitskranker Patientinnen und Patienten. In DHS (Hrsg.). *Individuelle Hilfen für Suchtkranke. Früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren*, Band 42, 187- 210. Freiburg: Lambertus.
- Walter- Hamann, R. & Wessel, t (2015). Einführung von Katamnesen in der Ambulanten Rehabilitation Sucht – Ausgewählte Ergebnisse der ersten Entlass-Jahrgänge 2011 und 2012. In: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2015*. Pabst, Lengerich: S. 199-213.