

# **Basisdokumentation 2017**

Ausgewählte Daten  
zur Entwöhnungsbehandlung  
im Fachverband Sucht e.V.

## **Vorstand (Stand Oktober 2018)**

Dr. Hubert C. Buschmann (Vorsitzender)

Chefarzt der MEDIAN Klinik Tönisstein, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Prof. Dr. Wilma Funke (stellvertretende Vorsitzende)

Leitende Psychologin der Kliniken Wied, Wied

Thomas Bold

MEDIAN Geschäftsbereichsleitung Mitte – MEDIAN Rehaklinik Aukammtal, Wiesbaden

Alfons Domma

salus kliniken GmbH, Hürth

Dr. Thomas Klein

Klinikleitung der Klinik Eschenburg, Eschenburg

Dr. Dietmar Kramer

Ärztliche Leitung der salus klinik Friedrichsdorf, Friedrichsdorf/Taunus

Peter Missel

Leitender Psychologe der MEDIAN Kliniken Daun, Daun

Dr. Monika Vogelgesang

Chefärztin der MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen

## **Geschäftsstelle**

Dr. Volker Weissinger

Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht e. V.

Ursula Reingen

Geschäftsstellenleiterin des Fachverbandes Sucht e. V.

Alexandra Sagel

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](mailto: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 den Ausschuss „Statistik und Dokumentation“ eingerichtet und veröffentlicht seit dem Jahr 1993 kontinuierlich Daten zur Basisdokumentation in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Die Dokumentation war lange Zeit auf Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige beschränkt. Mittlerweile umfasst die Basisdokumentation des FVS alle Bereiche der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker:

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

Neben den Basisdokumentationen der unterschiedlichen Einrichtungsarten werden in der vorliegenden Ausgabe zum dritten Mal jeweils eine Sonderauswertung zum pathologischen Glücksspiel sowie zum pathologischen PC-/Internet-Gebrauch veröffentlicht. Dazu werden die Basisdokumentationsdaten

*Dr. Hubert C. Buschmann*  
Vorsitzender des Vorstandes des FVS

von Patienten/innen mit der Hauptdiagnose „Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F68.8)<sup>1</sup> 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 19.886 Patienten/innen in die aktuelle Basisdokumentation ein. Bei der Erhebung und Auswertung der Daten des Entlassjahrgangs 2017 bestand eine große Herausforderung in der Umstellung auf den neuen deutschen Kerndatensatz (KDS 3.0), der von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) herausgegeben wurde. Es ist jedoch insgesamt wieder gelungen, eine aussagekräftige Basisdokumentation zu erstellen. Auf einzelne Probleme der Datenerhebung wird an entsprechender Stelle in den jeweiligen Kapiteln verwiesen. Der FVS wirkt im Fachausschuss Statistik der DHS mit. Darüber hinaus ist er Mitglied im Fachbeirat Suchthilfestatistik (ehemalige EBIS-AG) sowie in der Arbeitsgemeinschaft Deutsche Suchthilfestatistik (AG DSHS).

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

*Dr. Volker Weissinger*  
Geschäftsführer des FVS

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

## A Basisdokumentation nach Einrichtungsart

I	Basisdokumentation 2017 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit .....	6
II	Basisdokumentation 2017 – Fachkliniken für Drogenabhängigkeit .....	28
III	Basisdokumentation 2017 – Adaptionseinrichtungen .....	49
IV	Basisdokumentation 2017 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen .....	62
V	Basisdokumentation 2017 – Ganztäglich ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen .....	75

## B Sonderauswertungen

VI	Basisdokumentation 2017 – Pathologisches Glücksspielen .....	91
VII	Basisdokumentation 2017 – Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch .....	114

## C Basisdokumentation 2017 –

	Zentrale Ergebnisse im Überblick .....	119
--	--	-----

## Teil A Basisdokumentation nach Einrichtungsart

<b>I</b>	<b>Basisdokumentation 2017 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit .....</b>	<b>6</b>
<b>II</b>	<b>Basisdokumentation 2017 – Fachkliniken für Drogenabhängigkeit .....</b>	<b>28</b>
<b>III</b>	<b>Basisdokumentation 2017 – Adaptionseinrichtungen .....</b>	<b>49</b>
<b>IV</b>	<b>Basisdokumentation 2017 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen .....</b>	<b>62</b>
<b>V</b>	<b>Basisdokumentation 2017 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen .....</b>	<b>75</b>

## Inhaltsverzeichnis

*Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel H., Kemmann, D., Kersting, S., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Neumann, E., Premper, V., Sagel, A., Strie, M., Teigeler, H., Weissinger, V.*

### **Teilband I:**

#### **Basisdokumentation 2017 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit**

1. Einleitung .....	7
2. Basisdokumentation 2017 des Fachverbandes Sucht e.V. ....	7
2.1 Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung .....	7
2.2 Beschreibung der Patienten nach soziodemografischen und Eingangsmerkmalen .....	8
2.3 Angaben zur Therapievorbereitung und zur Aufnahme .....	11
2.4 Diagnosen und Vorbehandlungen .....	12
2.5 Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende .....	14
2.6 Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017 .....	18
2.7 Psychische Komorbidität .....	19
2.8 Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017 .....	21
2.9 Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2017 mit der Basisdokumentation 2016 .....	25
3. Ausblick .....	26
4. Literatur .....	26
Autorenverzeichnis .....	27
Liste der Einrichtungen, deren Datensätze in die Auswertung eingingen .....	27

## Teilband I:

# Basisdokumentation 2017 – 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 23. Dokumentation in Folge mit ausgewählten Daten zur Entwöhnungsbehandlung in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit vor.

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

- wissenschaftlich begründete Behandlungskonzepte,
- definierte Therapieziele, -pläne,
- qualifizierte Aufnahme- und Entlassungsdokumentationen,
- Patientenbefragungsbögen zur Zufriedenheit, Zielerwartung und Zielerreichung,
- 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, 2018) 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 fach- und datenpolitische Verantwortung bezüglich der Deutschen Suchthilfestatistik (ambulant und stationär im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit).

Die Grundgesamtheit an Patienten<sup>1</sup> unseres vorliegenden Datenpools 2017 hat sich gegenüber dem Vorjahr deutlich verringert und umfasst 13.622 Patienten (intention-to-treat (ITT) – Stichprobe; alle in 2017 entlassenen Patienten). Gründe für diesen im Umfang deutlich reduzierten Datenpool lassen sich wohl auf die komplexe Umstellungsphase auf den neuen Deutschen Kerndatensatz der Version 3.0 zurückführen – von den ursprünglich 37 Einrichtungen aus dem Dokumentationsjahr 2016 konnten in 2017 nur 31 Einrichtungen Daten liefern.

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 Fachverbandes Sucht<sup>2</sup> erfüllt haben.

Der Fachverband Sucht 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

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

<sup>2</sup> 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.

Bewertung katamnestischer Befragungsergebnisse und liefert einen substantiellen Teil der stationären Daten für die Deutsche Suchthilfestatistik.

## 2. Basisdokumentation 2017 des Fachverbandes Sucht

### 2.1. Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung

Im vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Daten zur stationären medizinischen Rehabilitation suchtmittelabhängiger Patienten für das Jahr 2017 zusammengefasst. Die Daten stammen ausschließlich aus Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e. V. Die Gesamtstichprobe der Basisdokumentation 2017 umfasst 13.622 Patienten aus insgesamt 31 stationären Therapieeinrichtungen.

Tabelle 1: EDV-Systeme

EDV-System	Häufigkeit	Prozent
EBIS (GSDA)	390	2,9%
IKIS (MEDIAN)	5.313	39,0%
PATFAK (Redline DATA)	5.703	41,9%
PaDo (Navacom)	2.216	16,3%
<b>Zusammen</b>	<b>13.622</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verwendeten EDV-Systeme: Für 5.703 (41,9%) Patienten wurden die Daten mit dem Programm PATFAK (Redline DATA) erhoben. Bei 5.313 (39,0%) Patientendatensätzen kam das Erhebungsinstrument IKIS (MEDIAN) zur Anwendung. 2.216 Patientendatensätze (16,3%) wurden mit dem Programm PADO (navacom IT Solutions GmbH) und 390 (2,9%) 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 Basisdokumen-

tationen des Fachverbandes Sucht als Teilstichproben in der Regel auch in den Gesamtstichproben anderer verbandsübergreifender Dokumentationsberichte enthalten sind.

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

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

Im Abschnitt 2.6 werden ausgewählte Variablen der Basisdokumentation 2017 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 2017. In Abschnitt 2.9 werden abschließend ausgewählte Daten der Basisdokumentationen 2017 und 2016 des Fachverbandes Sucht e.V. miteinander verglichen.

## 2.2. Beschreibung der Patienten nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen

Die **Altersverteilung** der Patienten bei Betreuungsbeginn in Abhängigkeit vom jeweiligen **Geschlecht** ist in Abbildung 1 und Tabelle 2 dargestellt. Von den insgesamt 13.622 Patienten sind 3.875 (28,4%) weiblichen und 9.747 (71,6%) männlichen Geschlechts. Zur Übersicht wurden die Patienten hierzu in Altersgruppen mit einer Spannweite von jeweils 5 Jahren gruppiert.

Mit einem Anteil von 19,6% der Patienten war die Altersklasse der 50- bis 54jährigen am häufigsten besetzt, gefolgt von den Altersklassen der 45- bis 49jährigen

Tabelle 2: Altersverteilung der Patienten

Altersverteilung	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 19 Jahre	58	0,6%	20	0,5%	78	0,6%
20 bis 24 Jahre	282	2,9%	70	1,8%	352	2,6%
25 bis 29 Jahre	509	5,2%	175	4,5%	684	5,0%
30 bis 34 Jahre	1.017	10,4%	300	7,7%	1.317	9,7%
35 bis 39 Jahre	1.132	11,6%	389	10,0%	1.521	11,2%
40 bis 44 Jahre	1.024	10,5%	403	10,4%	1.427	10,5%
45 bis 49 Jahre	1.471	15,1%	616	15,9%	2.087	15,3%
50 bis 54 Jahre	1.850	19,0%	823	21,2%	2.673	19,6%
55 bis 59 Jahre	1.431	14,7%	586	15,1%	2.017	14,8%
60 bis 64 Jahre	671	6,9%	292	7,5%	963	7,1%
65 Jahre und älter	302	3,1%	201	5,2%	503	3,7%
<b>Zusammen</b>	<b>9.747</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.875</b>	<b>100,0%</b>	<b>13.622</b>	<b>100,0%</b>
<b>Mittelwert ± Standardabweichung</b>	<b>45,9 ± 11,4 Jahre</b>		<b>47,7 ± 11,2 Jahre</b>		<b>46,4 ± 11,4 Jahre</b>	

mit 15,3%, der 55- bis 59jährigen mit 14,8% und der 35- bis 39jährigen mit 11,2%. 10,5% der Patienten waren zwischen 40 und 44 Jahre und 9,7% zwischen 30 und 34 Jahre alt. 60 Jahre und älter waren 10,8% der Patienten. 29 Jahre oder jünger waren 8,2% der Patienten. Insgesamt wurden nur 0,6% jugendliche Patienten unter 20 Jahren behandelt.

Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 46,4 Jahre (± 11,4 Jahre). Frauen waren durchschnittlich 47,7 Jahre (± 11,2 Jahre) alt, Männer hingegen hatten ein um 1,8 Jahre geringeres durchschnitt-

liches Alter von 45,9 Jahren (± 11,4 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 Betreuungsbeginn vermittelt Tabelle 3. Etwas mehr als die Hälfte der Patienten (51,4%) haben keinen Partner, wobei sich die Angaben von Männern und Frauen mit 53,3% vs. 46,4% deutlich unterscheiden. Für 9,0% aller Patienten fehlen entsprechende Angaben.

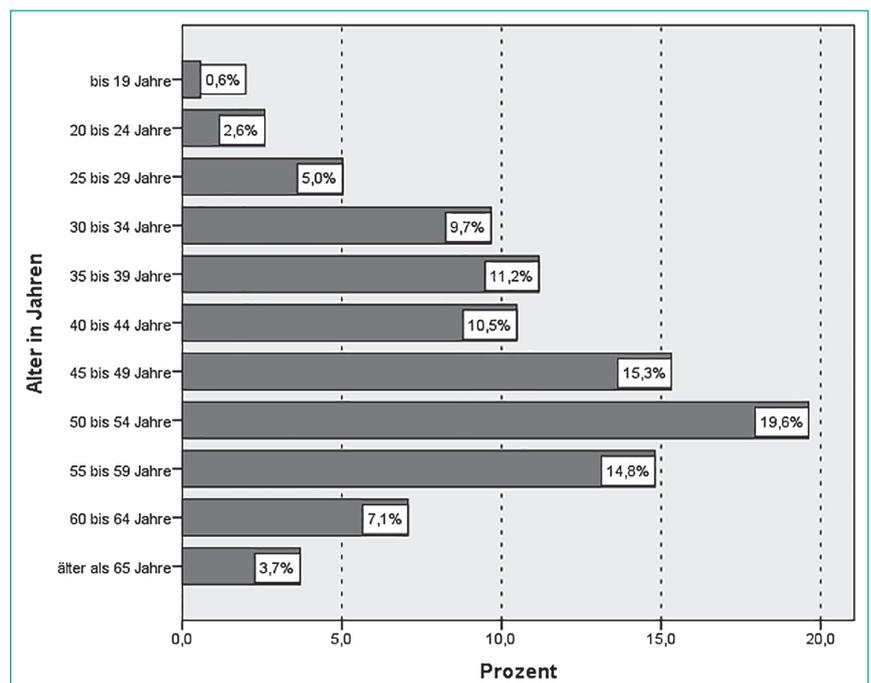


Abbildung 1: Altersverteilung der Patienten bei Behandlungsbeginn

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

Partnerschaft	Männer		Frauen		Gesamt	
in Partnerschaft lebend	4.174	46,7%	1.853	53,6%	6.027	48,6%
nicht in Partnerschaft lebend	4.768	53,3%	1.605	46,4%	6.373	51,4%
<b>Zusammen</b>	<b>8.942</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.458</b>	<b>100,0%</b>	<b>12.400</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	805	8,2%	417	10,8%	1.222	9,0%
Zusammenleben	Männer		Frauen		Gesamt	
alleinlebend	5.317	57,8%	1.789	49,4%	7.106	55,5%
lebt zusammen mit						
Partner	2.784	30,3%	1.275	35,2%	4.059	31,7%
Kind(ern)	1.050	11,4%	628	17,4%	1.678	13,1%
Eltern(-teil)	729	7,9%	139	3,8%	868	6,8%
sonstiger/en Bezugsperson/en	723	7,9%	102	2,8%	825	6,4%
sonstiger/n Person/en	798	8,7%	129	3,6%	927	7,2%
<b>Gesamtzahl der betrachteten Datensätze</b>	<b>9.194</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.619</b>	<b>100,0%</b>	<b>12.813</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	553	5,7%	256	6,6%	809	5,9%

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

Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
selbständiges Wohnen	6.378	79,8%	2.559	86,3%	8.937	81,5%
bei anderen Personen	783	9,8%	181	6,1%	964	8,8%
ambulant betreutes Wohnen	110	1,4%	38	1,3%	148	1,4%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	279	3,5%	112	3,8%	391	3,6%
Wohnheim/Übergangswohnheim	109	1,4%	20	0,7%	129	1,2%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	66	0,8%	2	0,1%	68	0,6%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	59	0,7%	7	0,2%	66	0,6%
ohne Wohnung	190	2,4%	37	1,2%	227	2,1%
sonstiges	23	0,3%	9	0,3%	32	0,3%
<b>Zusammen</b>	<b>7.997</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.965</b>	<b>100,0%</b>	<b>10.962</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	575	6,7%	169	5,4%	444	3,9%

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

höchster erreichter Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
derzeit in Schulausbildung	4	0,0%	1	0,0%	5	0,0%
ohne Schulabschluss	452	5,0%	134	3,7%	586	4,6%
Haupt-/Volksschulabschluss	3.641	39,9%	1.021	28,5%	4.662	36,7%
Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	3.150	34,5%	1.623	45,3%	4.773	37,6%

Alleinlebend waren zudem 55,5% der Patienten, 31,7% lebten mit einem Partner, 13,1% mit Kindern, 6,8% mit Eltern, 6,4% mit sonstigen Bezugspersonen, 7,2% mit sonstigen Personen und bei 5,9% aller Patienten lagen keine Daten vor. 57,8% der männlichen im Vergleich zu nur 49,4% der weiblichen Patienten waren zu Behandlungsbeginn alleinlebend. Ebenso lebten 7,9% der Männer, aber nur 3,8% der Frauen bei den Eltern, 7,9% der Männer gegenüber 3,8% der Frauen mit sonstigen Bezugspersonen und 8,7% der Männer vs. 3,6% der Frauen bei sonstigen Personen. Demgegenüber lebten nur 11,4% der Männer, aber 17,4% der Frauen mit Kindern und nur 30,3% der Männer im Vergleich zu 35,2% der Frauen mit einem Partner bzw. einer Partnerin.

Tabelle 4 zeigt die **Wohnsituation am Tag vor Behandlungsbeginn**. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten (81,5%) gab an, selbstständig zu wohnen, wobei der Anteil bei den Männern mit 79,8% vs. 86,3% deutlich unter dem der Frauen liegt. Weitere Angaben der Patienten zu ihrer Wohnsituation waren: „bei anderen Personen“ mit 8,8% (9,8% vs. 6,1%), „ambulant betreutes Wohnen“ mit 1,4% (1,4% vs. 1,3%), „(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung“ mit 3,6% (3,5% vs. 3,8%), „Wohnheim/Übergangswohnheim“ mit 1,2% (1,4% vs. 0,7%), „JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung“ mit 0,6% (0,8% vs. 0,1%), „Notunterkunft, Übernachtungsstelle“ mit 0,6% (0,7% vs. 0,2%), „ohne Wohnung“ mit 2,1% (2,4% vs. 1,2%) und „sonstiges“ mit 0,3% (0,3% vs. 0,3%). Bei 3,9% 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 5 Patienten (0,0%), 4,6% blieben ohne Schulabschluss und 36,7% weisen einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss auf. 37,6% aller Patienten verfügten über einen Realschulabschluss bzw. haben eine Polytechnische Oberschule abgeschlossen, weitere 19,1% gaben an, die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife oder das Abitur zu besitzen. 2,0% der Patienten hatten einen anderen Schulabschluss. Für 6,8% aller Patienten lagen keine Angaben zur Schulausbildung vor.

Deutlich mehr weibliche als männliche Patienten verfügen über einen Realschul-

abschluss bzw. haben eine Polytechnische Oberschule abgeschlossen (45,3% vs. 34,5%) oder können eine Hochschul- bzw. Fachhochschulreife bzw. ein Abitur vorweisen (20,7% vs. 18,5%). Dahingegen verfügen mehr männliche als weibliche Patienten über einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss (39,9% vs. 28,5%) oder sind ohne Schulabschluss (5,0% vs. 3,7%).

4,8% der Patienten (4,7% Männer vs. 5,2% Frauen) haben bislang noch keine Berufsausbildung begonnen und weitere 0,9% (1,1% vs. 0,5%) befinden sich derzeit in einer Hochschul- oder Berufsausbildung. 12,9% (13,0% vs. 12,6%) der Patienten verfügen über keine abgeschlossene Hochschul- oder Berufsausbildung. Dagegen verfügen beinahe zwei Drittel der Patienten (64,6%, 63,8% vs. 66,6%) über einen betrieblichen Berufsabschluss. Weitere 4,1% (4,8% vs. 2,2%) sind Meister bzw. Techniker, 8,2% (8,1% vs. 8,5%) haben einen akademischen Abschluss und 4,5% (4,6% vs. 4,4%) einen anderen Berufsabschluss. Bei 7,2% 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 Erwerbssituation wurde zwischen folgenden Kategorien unterschieden: „Auszubildender“, „Arbeiter/Angestellter/Beamter“, „Selbständiger/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. 36,9% waren als Arbeiter, Angestellte oder Beamte tätig, 1,5% waren Selbständige oder Freiberufler, 0,4% gaben, an sonstige Erwerbspersonen zu sein und 0,2% befanden sich in beruflicher Rehabilitation. 43,0% der Patienten waren arbeitslos, wobei 29,2% arbeitslos nach SGB II (Bezug von Arbeitslosengeld II) und 13,8% arbeitslos nach SGB III (Bezug von Arbeitslosengeld I) waren. Weitere 1,6% waren in Elternzeit bzw. im (längerfristigen) Krankenstand,

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

<b>höchster erreichter Schulabschluss</b>	<b>Männer</b>		<b>Frauen</b>		<b>Gesamt</b>	
(Fach-)Hochschulreife/ Abitur	1.684	18,5%	742	20,7%	2.426	19,1%
anderer Schulabschluss	188	2,1%	60	1,7%	248	2,0%
<b>Zusammen</b>	<b>9.119</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.581</b>	<b>100,0%</b>	<b>12.700</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	628	6,4%	294	7,6%	922	6,8%
<b>höchster beruflicher/ akademischer Ausbildungsabschluss</b>	<b>Männer</b>		<b>Frauen</b>		<b>Gesamt</b>	
noch keine Ausbildung begonnen	424	4,7%	185	5,2%	609	4,8%
derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	96	1,1%	17	0,5%	113	0,9%
keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	1.179	13,0%	447	12,6%	1.626	12,9%
Betrieblicher Berufsabschluss	5.794	63,8%	2.371	66,6%	8.165	64,6%
Meister / Techniker	434	4,8%	80	2,2%	514	4,1%
akademischer Abschluss	739	8,1%	303	8,5%	1.042	8,2%
anderer Berufsabschluss	414	4,6%	155	4,4%	569	4,5%
<b>Zusammen</b>	<b>9.080</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.558</b>	<b>100,0%</b>	<b>12.638</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	667	6,8%	317	8,2%	984	7,2%

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

<b>Erwerbssituation am Tag vor Behandlungsbeginn</b>	<b>Männer</b>		<b>Frauen</b>		<b>Gesamt</b>	
Auszubildender	67	0,7%	24	0,6%	91	0,7%
Arbeiter/Angestellter/ Beamter	3.419	36,6%	1.404	37,4%	4.823	36,9%
Selbständiger/Freiberufler	156	1,7%	43	1,1%	199	1,5%
sonstige Erwerbspersonen	37	0,4%	9	0,2%	46	0,4%
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	19	0,2%	5	0,1%	24	0,2%
in Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	151	1,6%	59	1,6%	210	1,6%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	1.330	14,2%	482	12,9%	1.812	13,8%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	2.885	30,9%	940	25,1%	3.825	29,2%
Schüler/Student	46	0,5%	14	0,4%	60	0,5%
Hausfrau/Hausmann	154	1,6%	190	5,1%	344	2,6%
Rentner/Pensionär	884	9,5%	499	13,3%	1.383	10,6%
sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	86	0,9%	34	0,9%	120	0,9%
sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	103	1,1%	46	1,2%	149	1,1%
<b>Zusammen</b>	<b>9.337</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.749</b>	<b>100,0%</b>	<b>13.086</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	410	4,2%	126	3,3%	536	3,9%

0,5% waren Schüler bzw. Studenten, 2,6% waren Hausfrauen bzw. Hausmänner, 10,6% waren Rentner und 2,0% wurden der Kategorie „sonstige Nichterwerbspersonen“ zugeordnet (0,9% mit Bezug von SGB XII-Leistungen und 1,1% ohne entsprechende Leistungen), bei 3,9% aller Patienten wurde „keine Daten“ kodiert.

Der Vergleich der Geschlechter ergibt einen deutlichen Unterschied in der Kategorie „Hausfrau, Hausmann“ mit einem Anteil von 5,1% bei Frauen gegenüber nur 1,6% bei Männern. Ebenso zeigen sich in der Kategorie „Rentner/Pensionär“ mit 13,3% ein deutlich höherer Frauenanteil gegenüber 9,5% bei männlichen Patienten. Demgegenüber sind die Kategorien „arbeitslos nach SGB III“ bzw. „arbeitslos nach SGB II“ bei Männern mit 14,2% bzw. 30,9% deutlich häufiger besetzt als bei Frauen mit 12,9 % bzw. 25,1%.

### 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 8,6% 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 53,3% der Patienten (53,4% bei Männern vs. 52,9% bei Frauen). 15,2% aller Patienten (15,1% vs. 15,5%) wurden über psychiatrische Krankenhäuser in die stationäre Rehabilitation vermittelt und weitere 10,8% (10,6% vs. 11,1%) über Allgemeinkrankenhäuser bzw. Einrichtungen der Akutbehandlung. Weitere Vermittlungsinstanzen waren: Leistungsträger bei 6,5% der Patienten (6,1% vs. 7,5%), sonstige Vermittler bei 3,1% (3,2% vs. 3,0%), ärztliche oder psychotherapeutische Praxis bei 2,0% (1,9% vs. 2,3%), Arbeitgeber, Betrieb oder Schule bei 1,8% (2,2% vs. 0,7%), andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-/Familien-/Erziehungsberatung, sozialpsychiatrischer Dienst) bei 1,7% (1,6% vs. 2,0%), stationäre

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	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
keine / Selbstmelder	342	3,8%	87	2,5%	429	3,4%
soziales Umfeld	72	0,8%	35	1,0%	107	0,9%
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	201	2,2%	25	0,7%	226	1,8%
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	166	1,9%	79	2,3%	245	2,0%
ambulante Suchthilfeeinrichtung	4.784	53,4%	1845	52,9%	6.629	53,3%
allgemeines Krankenhaus und Einrichtungen der Akutbehandlung	952	10,6%	386	11,1%	1.338	10,8%
psychiatrisches Krankenhaus	1.350	15,1%	540	15,5%	1.890	15,2%
stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	116	1,3%	51	1,5%	167	1,3%
andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-/Familien-/Erziehungsberatung, sozialpsychiatrischer Dienst)	146	1,6%	70	2,0%	216	1,7%
Kosten-/Leistungsträger	545	6,1%	263	7,5%	808	6,5%
sonstige	286	3,2%	104	3,0%	390	3,1%
<b>Zusammen</b>	<b>8.960</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.485</b>	<b>100,0%</b>	<b>12.445</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	787	8,1%	390	10,1%	1177	8,6%

Tabelle 8: Leistungsträger

Leistungsträger	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
pauschal/institutionell finanziert	14	0,1%	3	0,1%	17	0,1%
Selbstzahler	137	1,4%	45	1,2%	182	1,3%
Rentenversicherung	8.306	85,4%	3.204	82,8%	11.510	84,7%
Krankenversicherung	1.189	12,2%	607	15,7%	1.796	13,2%
Sozialhilfe	25	0,3%	8	0,2%	33	0,2%
Jugendhilfe	2	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
Arbeitsagenturen, Jobcenter	6	0,1%	0	0,0%	6	0,0%
Pflegeversicherung	2	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
sonstige	83	0,9%	6	0,2%	89	0,7%
<b>Zusammen</b>	<b>9.728</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.869</b>	<b>100,0%</b>	<b>13.597</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	19	0,2%	6	0,2%	25	0,2%

re Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption) bei 1,3% (1,3% vs. 1,5%) und soziales Umfeld bei 0,9% (0,8% vs. 1,0%). 3,4% der Patienten (3,8% vs. 2,5%) traten die medizinische Rehabilitationsmaßnahme ohne Vermittlung einer betreuenden Einrichtung an.

Tabelle 8 gibt einen Überblick über die **Leistungsträgerstruktur**. Für 0,2% aller Patienten fehlen Angaben über den Leistungsträger der stationären Rehabilitati-

onsmaßnahme. Die nach Prozentzahlen stärksten Beleger waren die Rentenversicherung mit 84,7% der Patienten (85,4% Männer vs. 82,8% Frauen) und die gesetzliche Krankenversicherung mit 13,2% (12,2% vs. 15,7%). Weiterhin waren Leistungsträger der Kategorie „pauschal/institutionell finanziert“ mit 0,1% der Patienten (0,1% vs. 0,1%), „Selbstzahler“ mit 1,3% (1,4% vs. 1,2%), „Sozialhilfe“ mit 0,2% (0,3% vs. 0,2%) und „sonstige Leistungsträger“ mit 0,7% (0,9% vs. 0,2%) an

den Behandlungskosten beteiligt. Die Leistungsträger „Jugendhilfe“, „Arbeitsagenturen, Jobcenter“ und „Pflegeversicherung“ waren mit zwei, sechs und zwei Patienten prozentual zu vernachlässigen.

### 2.4. Diagnosen und Vorbehandlungen

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

Bei 90,1% aller Patienten wurde als Hauptdiagnose „Störungen durch Alkohol (F10)“ kodiert, wobei zwischen den

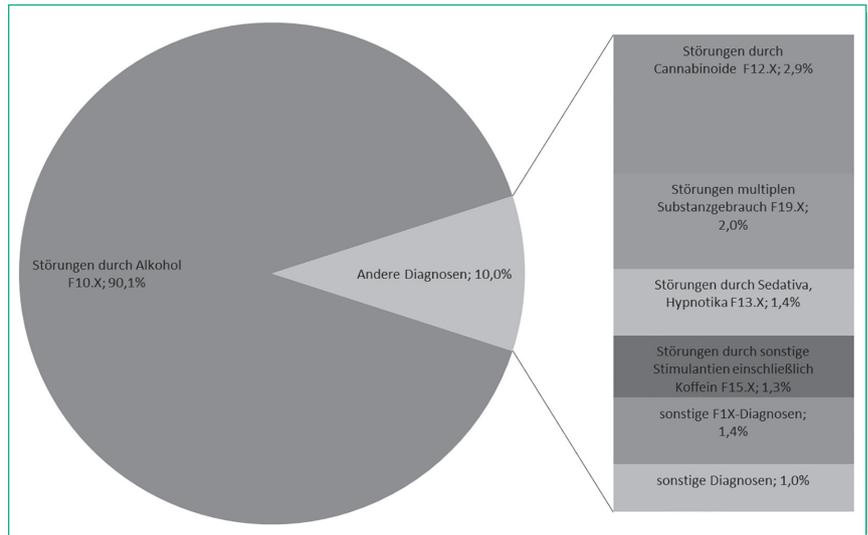


Abbildung 2: Hauptdiagnose

Tabelle 9: Hauptdiagnose (Suchtmitteldiagnose)

Hauptdiagnose		Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Störungen durch Alkohol	F10	8.814	90,4%	3.456	89,2%	12.270	90,1%
Störungen durch Opiode	F11	68	0,7%	47	1,2%	115	0,8%
Störungen durch Cannabinoide	F12	301	3,1%	94	2,4%	395	2,9%
Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	F13	64	0,7%	126	3,3%	190	1,4%
Störungen durch Kokain	F14	58	0,6%	8	0,2%	66	0,5%
Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein	F15	114	1,2%	61	1,6%	175	1,3%
Störungen durch Tabak	F17	4	0,0%	1	0,0%	5	0,0%
Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	F18	3	0,0%	0	0,0%	3	0,0%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	F19	220	2,3%	46	1,2%	266	2,0%
Essstörungen	F50	0	0,0%	3	0,1%	3	0,0%
sonstige bzw. unklare Diagnose		101	1,0%	33	0,9%	134	1,0%
<b>Zusammen</b>		<b>9.747</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.875</b>	<b>100,0%</b>	<b>13.622</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 10: Verteilung der weiteren psychischen Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich) – Datenbasis 27 von 31 Einrichtungen

Weitere psychische Diagnosen (ohne F1, F50, F55, F63.0)		Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F0	86	1,1%	24	0,8%	110	1,0%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F2	133	1,6%	25	0,8%	158	1,4%
Affektive Störungen	F3	3.155	38,7%	1.720	55,5%	4.875	43,3%
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	1.125	13,8%	843	27,2%	1.968	17,5%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	F5	22	0,3%	5	0,2%	27	0,2%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	773	9,5%	509	16,4%	1.282	11,4%
Intelligenzminderung	F7	38	0,5%	9	0,3%	47	0,4%
Entwicklungsstörungen	F8	46	0,6%	4	0,1%	50	0,4%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	199	2,4%	53	1,7%	252	2,2%
<b>Gesamtzahl der betrachteten Datensätze</b>	---	<b>8.159</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.097</b>	<b>100,0%</b>	<b>11.256</b>	<b>100,0%</b>
<b>durchschnittliche Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient</b>		<b>0,68</b>		<b>1,03</b>		<b>0,78</b>	

Tabelle 11: Verteilung der somatischen Diagnosen nach ICD-10 (Mehrfachnennungen sind möglich) – Datenbasis 28 von 31 Einrichtungen

Somatische Diagnosen	ICD-10	Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00 - B99	243	2,9%	53	1,7%	296	2,6%
Neubildungen und Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	C00 - D89	457	5,5%	181	5,8%	638	5,6%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00 - E90	3.020	36,5%	1.160	37,0%	4.180	36,6%
Krankheiten des Nervensystems	G00 - G99	1.656	20,0%	528	16,8%	2.184	19,1%
Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00 - H95	408	4,9%	95	3,0%	503	4,4%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00 - I99	2.931	35,4%	878	28,0%	3.809	33,4%
Krankheiten des Atmungssystems	J00 - J99	742	9,0%	292	9,3%	1.034	9,1%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00 - K93	2.940	35,5%	910	29,0%	3.850	33,8%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00 - L99	365	4,4%	115	3,7%	480	4,2%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00 - M99	3.355	40,6%	1.167	37,2%	4.522	39,6%
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00 - N99	141	1,7%	70	2,2%	211	1,8%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andernorts klassifiziert sind	R00 - R99	302	3,7%	116	3,7%	418	3,7%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00 - T98	646	7,8%	147	4,7%	793	7,0%
sonstige somatische Diagnosen		303	3,7%	132	4,2%	435	3,8%
<b>Gesamtzahl der betrachteten Datensätze</b>		<b>8.272</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.134</b>	<b>100,0%</b>	<b>11.406</b>	<b>100,0%</b>
<b>durchschnittliche Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient</b>		<b>2,12</b>		<b>1,86</b>		<b>2,05</b>	

jeweiligen Anteilen von Männern und Frauen mit 90,4% vs. 89,2% nur ein geringer Unterschied besteht. Weitere Hauptdiagnosen waren „Störungen durch Cannabinoide (F12)“ mit 2,9% aller Patienten (3,1% vs. 2,4%), „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (F19)“ mit 2,0% (2,3% vs. 1,2%), „Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F13)“ mit 1,4% (0,7% vs. 3,3%) und „Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein (F15)“ mit 1,3% (1,2% vs. 1,6%). Der Anteil sonstiger Suchtmitteldiagnosen betrug 1,4% (1,3% vs. 1,4%). Bei drei Patientinnen wurde die Diagnose Essstörung (F50) und bei 1,0% aller Patienten (1,0 vs. 0,9%) eine sonstige bzw. unklare Diagnose als Hauptdiagnose kodiert.

Auf eine Darstellung weiterer Suchtmitteldiagnosen neben der Hauptdiagnose wird in diesem Dokumentationsjahrgang aufgrund der nicht validen Datenlage im Zusammenhang mit der Umstellung auf den neuen Deutschen Kerndatensatz verzichtet.

Der neue Deutsche Kerndatensatz bietet neben der Erfassung suchtmittelbezogener Diagnosen auch die Möglichkeit, bis

zu sechs weitere psychische und andere wichtige Diagnosen (keine F-Diagnosen) zu kodieren. In den beiden folgenden Tabellen 10 und 11 ist die Verteilung der weiteren psychischen und somatischen Diagnosen dargestellt. Da vier Einrichtungen keine psychischen und drei keine somatischen Diagnosen liefern konnten, beziehen sich die relativen Angaben in Tabelle 10 auf die Datensätze von 27 der 31 und in Tabelle 11 auf 28 der 31 datenliefernden Einrichtungen Stichprobengrößen von N = 11.256 und N = 11.406.

Die Kategorienbildung in Tabelle 10 orientiert sich an der ICD-10-Klassifikation des Kapitels V (F). Bei Berechnung der weiteren psychischen Diagnosen wurden die Diagnosen F1 (Störungen durch psychotrope Substanzen), F50 (Essstörungen), F55 (Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen) und F63.0 (Pathologisches Spielen) nicht berücksichtigt. Bei den **weiteren psychischen Diagnosen** überwiegen „Affektive Störungen“ mit 43,3% (38,7% bei Männern vs. 55,5% bei Frauen). Zudem wurden „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“ mit 17,5% (13,8% vs. 27,2%) und „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ 11,4% (9,5% vs. 16,4%) diagnostiziert.

Durchschnittlich wurden pro Patient 0,78 (0,68 vs. 1,03) psychische Diagnosen kodiert.

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

- **Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes** mit 39,6% (40,6% bei Männern vs. 37,2% bei Frauen),
- **Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten** mit 36,6% (36,5% vs. 37,0%),
- **Krankheiten des Verdauungssystems** mit 33,8% (35,5% vs. 29,0%),
- **Krankheiten des Kreislaufsystems** mit 33,4% (35,4% vs. 28,0%),
- **Krankheiten des Nervensystems** mit 19,1% (20,0% vs. 16,8%).

Durchschnittlich wurden pro Patient 2,05 (2,12 vs. 1,86) somatische Diagnosen kodiert.

Abbildung 3 und Tabelle 12 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 nicht in allen datenliefernden Dokumentationssystemen die Dauer der Suchtmittelabhängigkeit valide erhoben wird, beschränkt sich die Darstellung der Abhängigkeitsdauer in Abbildung 3 und Tabelle 12 auf die Datensätze von 27 der 31 Einrichtungen mit einer Stichprobengröße von N = 10.418.

Bei 0,4% der Patienten betrug die Abhängigkeitsdauer weniger als ein Jahr, 18,0% der Patienten waren ein bis fünf Jahre abhängig. Eine Abhängigkeitsdauer von sechs bis zehn Jahren wurde bei 19,6%, von elf bis fünfzehn Jahren bei 15,7%, von sechzehn bis zwanzig Jahren bei 8,8% und von über zwanzig Jahren bei 37,5% der Patienten angegeben. Für 14,3% aller Patienten fehlen Angaben über die Dauer der Abhängigkeit.

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug 16,6 Jahre ( $\pm 11,1$  Jahre). Frauen haben eine durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 15,0 Jahren ( $\pm 11,1$  Jahre), Männer hingegen eine deutlich

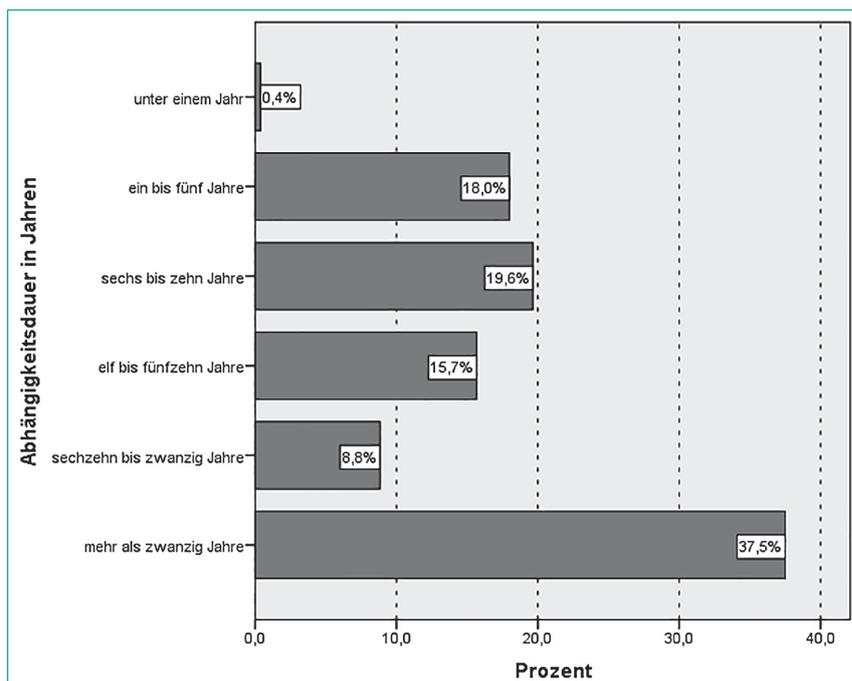


Abbildung 3: Dauer der Abhängigkeit in Jahren (Stichprobe 27 von 31 Einrichtungen)

Tabelle 12: Dauer der Abhängigkeit in Jahren – Datenbasis 27 von 31 Einrichtungen

Abhängigkeitsdauer in Jahren	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
unter einem Jahr	28	0,4%	12	0,4%	40	0,4%
ein bis fünf Jahre	1.112	15,4%	761	23,8%	1.873	18,0%
sechs bis zehn Jahre	1.358	18,8%	688	21,5%	2.046	19,6%
elf bis fünfzehn Jahre	1.139	15,8%	493	15,4%	16.32	15,7%
sechzehn bis zwanzig Jahre	684	9,5%	236	7,4%	920	8,8%
mehr als zwanzig Jahre	2.896	40,1%	1.011	31,6%	3.907	37,5%
<b>Zusammen</b>	<b>7.217</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.201</b>	<b>100,0%</b>	<b>10.418</b>	<b>100,0%</b>
<b>Mittelwert <math>\pm</math> Standardabweichung</b>	<b>17,3 <math>\pm</math> 11,0 Jahre</b>		<b>15,0 <math>\pm</math> 11,1 Jahre</b>		<b>16,6 <math>\pm</math> 11,1 Jahre</b>	
keine Daten	1.351	15,8%	383	10,7%	1.734	14,3%

höhere durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 17,3 Jahren ( $\pm 11,0$  Jahre). Die Mittelwerte der Abhängigkeitsdauer-Verteilungen von männlichen und weiblichen Patienten unterscheiden sich hierbei statistisch signifikant ( $p < 0,001$ , z-test).

Aufgrund der unsicheren und nicht validen Datenlage der Variablen der Anzahl der Vorbehandlungen im Zusammenhang mit der Umstellung auf den neuen Deutschen Kerndatensatz muss in diesem Dokumentationsjahrgang auf die Beschreibung der **Entzugsbehandlungen** und der **stationären Entwöhnungsbehandlungen** verzichtet werden.

## 2.5. Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende

Ein wichtiges Kriterium für den Erfolg einer Entwöhnungsbehandlung ist die **Art der Behandlungsbeendigung**. In Tabelle 13 sind die Entlassungsformen nach dem Kodierschema des Deutschen Kerndatensatzes angegeben.

Die Kodierungen zur Entlassungsform ergeben eine Quote von 67,0% regulärer Entlassungen, wobei Frauen mit 68,7% eine moderat höhere Quote regulärer Entlassungen aufweisen als Männer mit 66,3%. Weitere Entlassungsformen sind:

Tabelle 13: Art der Beendigung

Art der Beendigung	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
regulär nach Beratung/ Behandlungsplan	6.364	66,3%	2.614	68,7%	8.978	67,0%
vorzeitig auf ärztliche/ therapeutische Veranlassung	528	5,5%	212	5,6%	740	5,5%
vorzeitig mit ärztlichem/ therapeutischem Einverständnis	450	4,7%	179	4,7%	629	4,7%
vorzeitig ohne ärztliches/ therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klienten	1.038	10,8%	401	10,5%	1.439	10,7%
disziplinarisch	234	2,4%	56	1,5%	290	2,2%
außerplanmäßige Verlegung/ außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	83	0,9%	43	1,1%	126	0,9%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	899	9,4%	300	7,9%	1.199	8,9%
verstorben	1	0,0%	1	0,0%	2	0,0%
<b>Zusammen</b>	<b>9.597</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.806</b>	<b>100,0%</b>	<b>13.403</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	150	1,5%	69	1,8%	219	1,6%
<b>planmäßige Entlassungen</b>	<b>8.241</b>	<b>85,9%</b>	<b>3.305</b>	<b>86,8%</b>	<b>11.546</b>	<b>86,1%</b>

„vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung“ bzw. „vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis“ mit 5,5% bzw. 4,7% aller Patienten (5,5% vs. 5,6% bzw. 4,7% vs. 4,7%), „vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis“ mit 10,7% (10,8% vs. 10,5%), „disziplinarisch“ mit 2,2% (2,4% vs. 1,5%), außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung“ mit 0,9% (0,9% vs. 1,1%), „planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform“ mit 8,9% (9,4% vs. 7,9%) und „verstorben“ mit jeweils einem Mann und einer Frau. Bei 1,6% aller 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 13 berechnet sich mit dieser Definition eine Quote von 86,1% (11.546 Patienten) planmäßiger Entlassungen. Frauen werden hierbei geringfügig häufiger planmäßig entlassen als Männer (86,8% bei Frauen vs. 85,9% bei Männern).

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

14 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

Tabelle 14: Behandlungsdauer

Behandlungsdauer	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 28 Tage (4 Wochen)	773	7,9%	275	7,1%	1.048	7,7%
bis 42 Tage (6 Wochen)	496	5,1%	240	6,2%	736	5,4%
bis 56 Tage (8 Wochen)	1.265	13,0%	549	14,2%	1.814	13,3%
bis 84 Tage (12 Wochen)	2.193	22,5%	901	23,3%	3.094	22,7%
bis 112 Tage (16 Wochen)	3.730	38,3%	1.452	37,5%	5.182	38,0%
bis 140 Tage (20 Wochen)	953	9,8%	353	9,1%	1.306	9,6%
bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate)	294	3,0%	95	2,5%	389	2,9%
über 6 Monate	43	0,4%	10	,3%	53	0,4%
<b>Zusammen</b>	<b>9.747</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.875</b>	<b>100,0%</b>	<b>13.622</b>	<b>100,0%</b>
<b>Behandlungsdauer in Tagen (Mittelwert ± Standardabweichung)</b>	<b>82,2 ± 34,2</b>		<b>81,3 ± 33,4</b>		<b>82,0 ± 34,0</b>	
<b>Behandlungsdauer in Tagen bei regulärer Entlassung (Mittelwert ± Standardabweichung)</b>	<b>91,7 ± 26,7</b>		<b>90,0 ± 26,7</b>		<b>91,2 ± 26,7</b>	
<b>Behandlungsdauer in Tagen bei planmäßiger Entlassung (Mittelwert ± Standardabweichung)</b>	<b>88,5 ± 29,8</b>		<b>86,8 ± 30,0</b>		<b>88,0 ± 29,8</b>	

Wochen)“, „bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate)“ und „über 6 Monate“.

Eine Behandlungsdauer bis 28 Tage (4 Wochen) hatten 7,7% aller Patienten, eine Behandlungsdauer bis 42 Tage (6 Wochen) wiesen 5,4%, eine Therapiedauer bis 56 Tage (8 Wochen) 13,3% und eine Therapiedauer bis 84 Tage (12 Wochen) 22,7% auf. 38,0% aller Patienten verweilten bis 112 Tage (16 Wochen), weitere 9,6% wurden bis zu 140 Tage (20 Wochen) und 2,9% bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate) behandelt. Über 6 Monate blieben 0,4% aller Patienten in der jeweiligen Fachklinik.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller Patienten betrug 82,0 Tage (± 34,0 Tage), wobei weibliche Patienten mit 81,3 Tage (± 33,4 Tage) eine um 0,9 Tagen kürzere durchschnittliche Behandlungsdauer hatten als ihre männlichen Mitpatienten mit 82,2 Tage (± 34,2 Tage).

In Tabelle 14 sind zusätzlich zu den statistischen Maßzahlen der Behandlungsdauer für alle behandelten Patienten auch die entsprechenden Angaben in Bezug auf reguläre und planmäßige Entlassungen (siehe Tabelle 13 und Erläuterungen zur Art der Entlassungsform/Betreuungsbeendigung) ausgewiesen. Bei Betrachtung der regulär entlassenen Patienten betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer 91,2 Tage (± 26,7 Tage), wo-

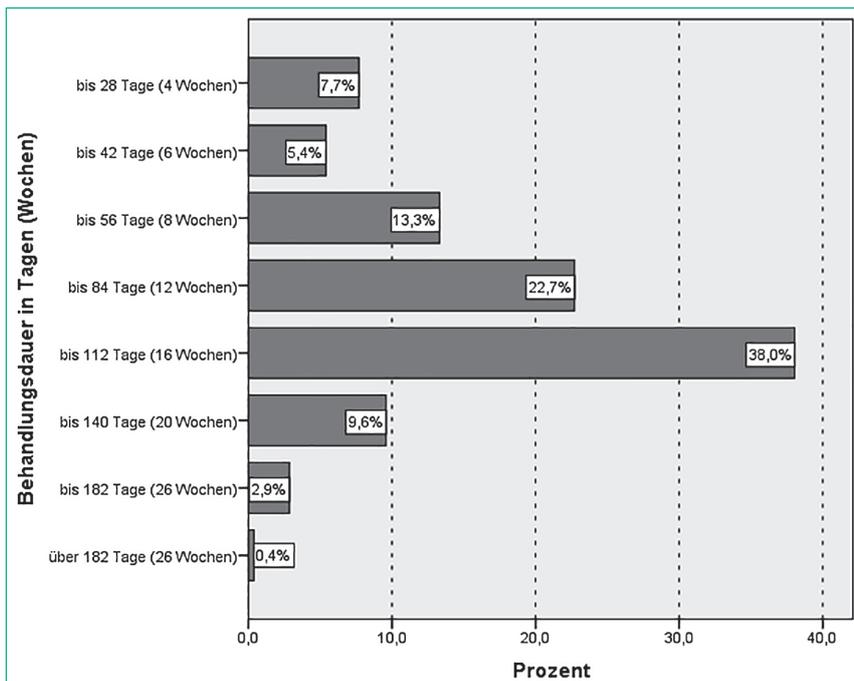


Abbildung 4: Behandlungsdauer

bei sich die durchschnittlichen Behandlungsdauern von Männern und Frauen moderat um 1,7 Tage, mit  $91,7 \pm 26,7$  Tagen vs.  $90,0 \pm 26,7$  Tagen, unterscheiden. Die Betrachtung der planmäßig entlassenen Patienten ergibt eine deutlich geringere durchschnittliche Behandlungsdauer von 88,0 Tagen ( $\pm 29,8$  Tage). Männer und Frauen unterscheiden sich in der durchschnittlichen Behandlungsdauer ebenfalls moderat um 1,7 Tage mit  $88,5 \pm 29,8$  Tage vs.  $86,8 \pm 30,0$  Tage. Die Mittelwerte der Behandlungsdauerverteilungen von männlichen und weiblichen Patienten mit regulärer Entlassung und planmäßiger Entlassung unterscheiden sich hierbei jeweils statistisch signifikant ( $p < 0,01$ , z-test)

In Tabelle 15 und Tabelle 16 werden Angaben zur **Erwerbs- und Wohnsituation der Patienten zum Behandlungsende** wiedergegeben.

Bezüglich der **Erwerbstätigkeit am Tag nach Behandlungsende** waren 0,7% der Patienten Auszubildende. 36,5% waren als Arbeiter, Angestellte oder Beamte tätig, 1,5% waren Selbständige oder Freiberufler, 0,3% gaben, an sonstige Erwerbspersonen zu sein und weitere 0,3% befanden sich in beruflicher Rehabilitation. 45,4% der Patienten waren arbeitslos, wobei 28,9% arbeitslos nach SGB II (Bezug von Arbeitslosengeld II) und 16,5% arbeitslos nach SGB III (Bezug von Arbeitslosengeld I) waren. Weitere 1,0%

waren in Elternzeit bzw. im (längerfristigen) Krankenstand, 0,4% waren Schüler bzw. Studenten, 1,4% waren Hausfrauen

Tabelle 15: Erwerbssituation der Patienten am Tag nach Behandlungsende

Erwerbssituation am Tag nach Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	64	0,7%	21	0,6%	85	0,7%
Arbeiter/Angestellter/Beamter	3.372	36,6%	1.331	36,1%	4.703	36,5%
Selbständiger/Freiberufler	155	1,7%	41	1,1%	196	1,5%
sonstige Erwerbspersonen	29	0,3%	8	0,2%	37	0,3%
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	28	0,3%	12	0,3%	40	0,3%
in Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	83	0,9%	42	1,1%	125	1,0%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	1.557	16,9%	572	15,5%	2.129	16,5%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	2.795	30,4%	924	25,0%	3.719	28,9%
Schüler/Student	44	0,5%	12	0,3%	56	0,4%
Hausfrau/Hausmann	29	0,3%	154	4,2%	183	1,4%
Rentner/Pensionär	874	9,5%	494	13,4%	1.368	10,6%
sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	86	0,9%	34	0,9%	120	0,9%
sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	84	0,9%	44	1,2%	128	1,0%
<b>Zusammen</b>	<b>9.200</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.689</b>	<b>100,0%</b>	<b>12.889</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	547	5,6%	186	4,8%	733	5,4%

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

Der Vergleich der Geschlechter ergibt einen deutlichen Unterschied in der Kategorie „Hausfrau, Hausmann“ mit einem Anteil von 4,2% bei Frauen gegenüber nur 0,3% bei Männern. Ebenso zeigen sich in der Kategorie „Rentner/Pensionär“ mit 13,4% ein deutlich höherer Frauenanteil gegenüber 9,5% bei männlichen Patienten. Demgegenüber sind die Kategorien „arbeitslos nach SGB III“ bzw. „arbeitslos nach SGB II“ bei Männern mit 16,9% bzw. 30,4% deutlich häufiger besetzt als bei Frauen mit 15,5% bzw. 25,0%.

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten (81,1%) gab an, am Tag nach Behandlungsende selbständig (eigene oder gemietete Wohnung/Haus) zu wohnen, wobei der Anteil bei den Männern mit 79,4% vs. 85,4% deutlich unter dem der Frauen liegt. Weitere Angaben der Pati-

Tabelle 16: Wohnsituation der Patienten am Tag nach Behandlungsende – Datenbasis 28 von 31 Einrichtungen

Wohnsituation am Tag nach Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
selbständiges Wohnen	6.251	79,4%	2.499	85,4%	8.750	81,1%
bei anderen Personen	737	9,4%	181	6,2%	918	8,5%
ambulant betreutes Wohnen	174	2,2%	50	1,7%	224	2,1%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	345	4,4%	107	3,7%	452	4,2%
Wohnheim/Übergangswohnheim	133	1,7%	36	1,2%	169	1,6%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	10	0,1%	2	0,1%	12	0,1%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	26	0,3%	2	0,1%	28	0,3%
ohne Wohnung	109	1,4%	23	0,8%	132	1,2%
sonstiges	84	1,1%	25	0,9%	109	1,0%
<b>Zusammen</b>	<b>7.869</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.925</b>	<b>100,0%</b>	<b>10.794</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	703	8,2%	209	6,7%	612	5,4%

Tabelle 17: Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende – Datenbasis 28 von 31 Einrichtungen

Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
arbeitsfähig	6.156	69,7%	2.236	60,8%	8.392	67,1%
arbeitsunfähig	1.868	21,1%	977	26,6%	2.845	22,7%
Hausfrau / Hausmann	7	0,1%	37	1,0%	44	0,4%
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben	102	1,2%	60	1,6%	162	1,3%
Beurteilung nicht erforderlich (Altersrentner)	703	8,0%	367	10,0%	1.070	8,6%
<b>Zusammen</b>	<b>8.836</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.677</b>	<b>100,0%</b>	<b>12.513</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	219	2,4%	71	1,9%	290	2,3%

Tabelle 18: Leistungsfähigkeit bei Behandlungsende – Datenbasis 27 von 31 Einrichtungen

Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
6 Stunden und mehr	6.040	75,2%	2.401	70,0%	8.441	73,6%
3 bis unter 6 Stunden	125	1,6%	76	2,2%	201	1,8%
unter 3 Stunden	1.315	16,4%	636	18,5%	1.951	17,0%
keine Angabe erforderlich	557	6,9%	319	9,3%	876	7,6%
<b>Zusammen</b>	<b>8.037</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.432</b>	<b>100,0%</b>	<b>11.469</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	856	9,6%	279	7,5%	1.135	9,0%
Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
6 Stunden und mehr	6.466	84,1%	2.601	78,9%	9.067	82,6%
3 bis unter 6 Stunden	141	1,8%	85	2,6%	226	2,1%
unter 3 Stunden	557	7,2%	309	9,4%	866	7,9%
keine Angabe erforderlich	522	6,8%	300	9,1%	822	7,5%
<b>Zusammen</b>	<b>7.686</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.295</b>	<b>100,0%</b>	<b>10.981</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	818	9,6%	277	7,8%	1.095	9,1%

enten zu ihrer Wohnsituation zum Behandlungsende waren: „bei anderen Personen“ mit 8,5% (9,4% vs. 6,2%), „ambulant betreutes Wohnen“ mit 2,1% (2,2% vs. 1,7%), „(Fach-) Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung“ mit 4,2% (4,4% vs. 3,7%), „Wohnheim/Übergangswohnheim“ mit 1,6% (1,7% vs. 1,2%), „JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung“ mit 0,1% (0,1% vs. 0,1%), „Notunterkunft, Übernachtungsstelle“ mit 0,3% (0,3% vs. 0,1%), „ohne Wohnung“ mit 1,2% (1,4% vs. 0,8%) und „sonstiges“ mit 1,0% (1,1% vs. 0,9%). Bei 5,4% aller Patienten waren keine Daten zur Wohnsituation kodiert.

In Tabelle 17 ist die **Arbeitsfähigkeit der Patienten bei Behandlungsende** dargestellt. Da nicht von allen datenliefernden Einrichtungen diese Variable übermittelt wurde, beziehen sich die Angaben in Tabelle 17 auf die Datensätze von 28 der 31 Einrichtungen mit einer Stichprobengröße von N = 12.513.

Am Behandlungsende wurden 67,1% (69,7% Männer vs. 60,8% Frauen) arbeitsfähig entlassen und 22,7% (21,1% vs. 26,6%) als arbeitsunfähig. Bei 8,6% der Patienten (8,0% vs. 10,0%) war eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht erforderlich und bei weiteren 0,4% (0,1% vs. 1,0%) wurde die Kategorie Hausfrau/Hausmann kodiert. Die Kodierung „Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben“ wurde bei 1,3% der Patienten (1,2% vs. 1,6%) verwendet. Überdies waren bei 2,3% aller Patienten keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende kodiert.

Tabelle 18 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 18 auf die Datensätze von 27 der 31 Einrichtungen (Stichprobengröße bei Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bzw. allgemein bei Behandlungsende N= 11.469 bzw. N = 10.981).

Bezogen auf die **Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende** wurden 73,6% (75,2% Männer vs. 70,0% Frauen) mit einer Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“ entlassen. Weitere

Tabelle 19: Berufliche Integration der Patienten zum Beginn und zum Ende der Betreuung

Berufliche Integration bei Behandlungsende	Berufliche Integration bei Betreuungsbeginn									
	Arbeitsplatz vorhanden		arbeitslos		nicht erwerbstätig		berufliche Rehabilitation		Gesamt	
Arbeitsplatz vorhanden	4.953	94,0%	102	1,8%	87	4,3%	2	8,3%	5.144	40,0%
arbeitslos	282	5,4%	5.410	97,3%	130	6,5%	7	33,3%	5.830	45,3%
nicht erwerbstätig	19	0,4%	40	0,7%	1.795	89,2%	1	4,2%	1.855	14,4%
berufliche Rehabilitation	15	0,3%	9	0,2%	1	0,9%	13	64,2%	38	0,3%
<b>Zusammen</b>	<b>5.269</b>	<b>100,0%</b>	<b>5.561</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.013</b>	<b>100,0%</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>	<b>12.867</b>	<b>100,0%</b>

1,8% (1,6% vs. 2,2%) hatten eine Leistungsfähigkeit von „3 bis unter 6 Stunden“ und 17,0% (16,4% vs. 18,5%) „unter 3 Stunden“. Bei 7,6% der Patienten (6,9% vs. 9,3%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 9,0% aller Patienten fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Die Betrachtung der **Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende** zeigt ein noch besseres Ergebnis mit einem Anteil von 82,6% (84,1% Männer vs. 78,9% Frauen) in der Kategorie Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“. Weitere 2,1% (1,8% vs. 2,6%) hatten eine Leistungsfähigkeit von „3 bis unter 6 Stunden“ und 7,9% (7,2% vs. 9,4%) „unter 3 Stunden“. Bei 7,5% der Patienten (6,8% vs. 9,1%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 9,1% aller Patienten fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

## 2.6. Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017

Im Folgenden werden ausgewählte Variablen der Basisdokumentation 2017 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 19 werden die **Angaben zur beruflichen Integration der Patienten zu Beginn und zu Ende der Betreuung** miteinander verglichen.

Zum Ende der Betreuung hatten 40,0% der Patienten einen Arbeitsplatz, 45,3% waren arbeitslos, 14,4% nicht erwerbstätig und 0,3% befanden sich in beruflicher

Tabelle 20: Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsbeginn und Behandlungsende – Datenbasis 28 von 31 Einrichtungen

Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende	Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsbeginn					
	arbeitsfähig		arbeitsunfähig		Gesamt	
arbeitsfähig	4.171	88,8%	3.941	64,7%	8.112	75,2%
arbeitsunfähig	526	11,2%	2.149	35,3%	2.675	24,8%
<b>Zusammen</b>	<b>4.697</b>	<b>100,0%</b>	<b>6.090</b>	<b>100,0%</b>	<b>10.787</b>	<b>100,0%</b>

Rehabilitation. Von den 5.269 Patienten, bei denen zum Betreuungsbeginn in der Kategorie „Arbeitsplatz vorhanden“ kodiert wurde, hatten zum Ende der Betreuung 94,0% noch einen Arbeitsplatz, 5,4% waren arbeitslos, 0,4% nicht erwerbstätig und 0,3% 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“ (5.561 Patienten), hatten zum Ende der Betreuung 1,8% wieder einen Arbeitsplatz, 97,3% waren weiterhin arbeitslos, 0,7% nicht erwerbstätig und 0,2% in beruflicher Rehabilitation. Die Verbesserung der Arbeitsplatzsituation zum Ende der Betreuung der zu Beginn der Betreuung arbeitslosen Patienten könnte Ergebnis der Bemühungen der Kliniken sein, durch Angebote zur beruflichen Reintegration der Patienten (wie z.B. mit Bewerbungstraining, Arbeitsplatzproben etc.), deren berufliche Situation zu verbessern.

Von den zum Betreuungsbeginn 2.013 nicht erwerbstätigen Patienten hatten 4,3% zum Behandlungsende einen Arbeitsplatz, 6,5% waren arbeitslos, 89,2% waren nicht erwerbstätig und ein Patient war in beruflicher Rehabilitation.

Für die Kategorie „berufliche Rehabilitation“ wurden zum Behandlungsende zwei

(8,3%) Patienten mit „Arbeitsplatz vorhanden“ kodiert, sieben (33,3%) als arbeitslos, ein Patient als nicht erwerbstätig und 13 (64,2%) als weiterhin in beruflicher Rehabilitation.

Tabelle 20 vergleicht die **Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Patienten** für den Zeitpunkt kurz vor der Aufnahme bzw. zur Entlassung für die beiden Ausprägungen „arbeitsfähig“ und „arbeitsunfähig“ (die Kategorien „Hausfrau/Hausmann“, „Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben“ und „Beurteilung nicht erforderlich“ werden in dieser Darstellung nicht berücksichtigt).

Bei Behandlungsende waren 75,2% der Patienten arbeitsfähig und 24,8% arbeitsunfähig<sup>3</sup>. Von den 6.090 Patienten, die zum Betreuungsbeginn in der Kategorie „arbeitsunfähig“ kodiert wurden, waren zum Ende der Therapie 64,7% wieder arbeitsfähig und 35,3% waren weiterhin arbeitsunfähig. In der Kategorie „arbeitsfähig zu Betreuungsbeginn“ mit 4.697 Patienten, waren zum Ende der Betreuung 88,8% weiterhin arbeitsfähig und 11,2% arbeitsunfähig.

<sup>3</sup> Da sich die dargestellten Daten in Tabelle 20 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 17: Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende.

2.7. Psychische Komorbidität

In den folgenden Tabellen 21 bis 27 sind die Zusammenhänge zwischen psychischer Komorbidität und den Variablen Geschlecht, Behandlungsdauer, Art der Therapiebeendigung und Arbeitsfähigkeit bzw. Leistungsfähigkeit bei Behandlungsende dargestellt. Als Stichprobe zur Berechnung wurden die Daten von 27 der 31 Einrichtungen mit N = 11.256 Patienten verwendet.

Tabelle 21 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.

45,0% aller Patienten haben neben der Hauptdiagnose keine zusätzliche psychische Diagnose (F-Diagnose), wobei ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied mit 50,1% bei Männern vs. 31,8% bei Frauen vorhanden ist. D.h. 49,9% der Männer und 68,2% der Frauen haben neben der Hauptdiagnose mindestens eine Diagnose zur psychischen Komorbidität. 38,4% aller Patienten (36,4% vs. 43,7%) hatten eine, 12,5% (10,5% vs. 17,8%) zwei, 3,1% (2,4% vs. 4,9%) drei und 1,1% (0,7% vs. 1,8%) 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 22 gibt einen Überblick über die **psychische Komorbidität differenziert nach den drei Diagnosegruppierungen**. 38,3% aller Patienten haben mindestens eine Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen, 5,9% aus dem Bereich der Angststörungen und 10,3% aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen.

In Tabelle 23 sind für die Patienten mit mindestens einer psychischen Diagnose aus Tabelle 22 die jeweiligen geschlechtsspezifischen Anteile dargestellt. Ausge-

Tabelle 21: Psychische Komorbidität: Allgemeine Übersicht – Datenbasis 27 von 31 Einrichtungen

Psychische Komorbidität F0 bis F9 ohne F1, F50, F55, F63.0	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Keine F-Diagnose	4.085	50,1%	984	31,8%	5.069	45,0%
Eine F-Diagnose	2.967	36,4%	1.354	43,7%	4.321	38,4%
Zwei F-Diagnosen	853	10,5%	550	17,8%	1.403	12,5%
Drei F-Diagnosen	192	2,4%	152	4,9%	344	3,1%
Vier F-Diagnosen	38	0,5%	26	0,8%	64	0,6%
Fünf F-Diagnosen	20	0,2%	29	0,9%	49	0,4%
Sechs F-Diagnosen	4	0,0%	2	0,1%	6	0,1%
<b>Gesamt</b>	<b>8.159</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.097</b>	<b>100,0%</b>	<b>11.256</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 22: Psychische Komorbidität: Differenzierung der Diagnose – Datenbasis 27 von 31 Einrichtungen

	Depression F32, F33, F34.1		Angststörung F40, F41		Persönlichkeitsstörung F60, F61	
	N	%	N	%	N	%
keine F-Diagnose	6.945	61,7%	10.590	94,1%	10.094	89,7%
mind. eine Diagnose	4.311	38,3%	666	5,9%	1.162	10,3%
<b>Gesamt</b>	<b>11.256</b>	<b>100,0%</b>	<b>11.256</b>	<b>100,0%</b>	<b>11.256</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 23: Psychische Komorbidität: Differenzierung der Diagnose nach Geschlecht – Datenbasis 27 von 31 Einrichtungen

Mindestens eine Diagnose	Depression F32, F33, F34.1		Angststörung F40, F41		Persönlichkeitsstörung F60, F61	
	N	%	N	%	N	%
Anteil bei Männern	2.790	34,2%	403	4,9%	688	8,4%
<b>Gesamt N Männer</b>	<b>8.159</b>	<b>100,0%</b>	<b>8.159</b>	<b>100,0%</b>	<b>8.159</b>	<b>100,0%</b>
Anteil bei Frauen	1.521	49,1%	263	8,5%	474	15,3%
<b>Gesamt N bei Frauen</b>	<b>3.097</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.097</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.097</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 24: Psychische Komorbidität: Behandlungsdauer in Tagen – Datenbasis 27 von 31 Einrichtungen

Behandlungsdauer in Tagen	Art der Therapiebeendigung		
	Alle Entlassungen N = 11.256	Reguläre Entlassungen N = 7.360	Planmäßige Entlassungen N = 9.543
keine F-Diagnose	80,4 Tage	88,0 Tage	86,2 Tage
eine F-Diagnose	83,6 Tage	93,4 Tage	89,6 Tage
zwei F-Diagnosen	87,2 Tage	98,2 Tage	93,9 Tage
drei F-Diagnosen	91,8 Tage	99,3 Tage	95,7 Tage
mehr als drei F-Diagnosen	85,6 Tage	93,3 Tage	90,6 Tage
<b>Gesamt</b>	<b>82,9 Tage</b>	<b>92,0 Tage</b>	<b>88,8 Tage</b>

hend von den 4.311 Patienten aus Tabelle 22 mit mind. einer Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen liegt der Anteil bezogen auf alle Männer der Stichprobe bei 34,2% vs. 49,1% bezo-

gen auf alle Frauen der Stichprobe. Für die 666 Patienten mit mind. einer Angststörung liegen die Anteile bei 4,9% vs. 8,5% und für die 1.162 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bei 8,4% vs. 15,3%.

Der Zusammenhang von **psychischer Komorbidität, Behandlungsdauer und Art der Therapiebeendigung** ist in den Tabellen 24 und 25 dargestellt.

Aus Tabelle 24 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 = 11.256 Patienten liegt die mittlere Behandlungsdauer bei 82,9 Tagen, bei regulären Entlassungen mit N = 7.360 bei 92,0 Tagen und bei planmäßigen Entlassungen mit N = 9.543 bei 88,8 Tagen. Bei regulären Entlassungen zeigt sich für die Fälle ohne psychische Diagnose neben der Hauptdiagnose eine mittlere Behandlungsdauer von 88,0 Tagen. Die mittlere Behandlungsdauer steigt bei einer psychischen Diagnose mit 93,4 Tagen kontinuierlich auf 99,3 Tage bei drei psychischen Diagnosen an um bei mehr als drei psychischen Diagnosen wieder auf 93,3 Tage zu sinken. Für alle Entlassungen und bei planmäßigen Entlassungen zeigt sich ein ähnlicher kontinuierlicher Anstieg in der mittleren Behandlungsdauer mit 80,4 Tagen und 86,2 Tagen ohne psychische Diagnose, 83,6 Tagen und 89,6 Tagen bei einer psychischen Diagnose auf 91,8 Tagen und 95,7 Tagen bei drei psychischen Diagnosen sowie ein Abfall auf 85,6 Tage und 90,6 Tage bei mehr als drei psychischen Diagnosen.

In Tabelle 25 werden die **Behandlungsdauer und die Art der Therapiebeendigung in Abhängigkeit der drei Diagnosegruppierungen** betrachtet.

Aus Tabelle 25 wird deutlich, dass für alle drei Diagnosegruppierungen Depression, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen die mittlere Behandlungsdauer bei Vorliegen mind. einer entsprechenden Diagnose höher ist als die mittlere Behandlungsdauer der Gesamtstichprobe bzw. der jeweiligen Teilstichprobe für Depressionen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen ohne psychische Diagnosen.

Für die Stichprobe aller Entlassungen liegt die längste mittlere Behandlungsdauer bei 86,0 Tagen für Patienten mit mind. einer Diagnose aus dem Depressionsumfeld. Für reguläre Entlassungen haben Patienten mit mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen mit 100,1 Tagen die längste mittlere Behandlungsdauer, gefolgt von Patienten mit mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Depressionen mit 94,3

Tabelle 25: Psychische Komorbidität: Behandlungsdauer in Tagen differenziert nach Diagnosegruppierung und Art der Therapiebeendigung – Datenbasis 27 von 31 Einrichtungen

Behandlungsdauer in Tagen	Art der Therapiebeendigung		
	Alle Entlassungen N = 11.256	Reguläre Entlassungen N = 7.360	Planmäßige Entlassungen N = 9.543
<b>Depression</b>			
keine Diagnose	80,9 Tage	90,5 Tage	87,4 Tage
mind. eine F-Diagnose	86,0 Tage	94,3 Tage	91,0 Tage
<b>Angststörungen</b>			
keine Diagnose	82,8 Tage	91,9 Tage	88,7 Tage
mind. eine F-Diagnose	83,8 Tage	93,7 Tage	90,7 Tage
<b>Persönlichkeitsstörungen</b>			
keine Diagnose	82,6 Tage	91,3 Tage	88,3 Tage
mind. eine F-Diagnose	85,5 Tage	100,1 Tage	93,8 Tage
<b>Gesamt</b>	<b>82,9 Tage</b>	<b>92,0 Tage</b>	<b>88,8 Tage</b>

Tabelle 26: Psychische Komorbidität: Art der Therapiebeendigung – Datenbasis 27 von 31 Einrichtungen

Art der Therapiebeendigung	keine F-Diagnose	mind. eine F-Diagnose	Depression (≥ 1)	Angststörung (≥ 1)	Persönlichkeitsstörung (≥ 1)
	N = 4.967	N = 6.082	N = 4.248	N = 656	N = 1.141
regulär nach Beratung/ Behandlungsplan	68,4%	65,2%	68,6%	63,8%	52,9%
vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung	5,3%	6,0%	5,3%	5,1%	10,0%
vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis	3,7%	5,0%	4,8%	4,7%	5,3%
vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch Klienten	11,0%	10,4%	9,0%	11,9%	13,9%
disziplinarisch	2,1%	2,0%	1,4%	1,5%	3,6%
außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	0,6%	1,2%	1,3%	0,8%	1,3%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	8,9%	10,2%	9,6%	10,8%	11,1%
verstorben	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
planmäßige Entlassung	86,2%	86,5%	88,3%	84,4%	79,3%

Tagen. Bei Betrachtung der planmäßigen Entlassungen ergibt sich ein ähnliches Bild mit mittleren Behandlungsdauern von 93,8 Tagen und 91,0 Tagen.

In Tabelle 26 ist die **Art der Therapiebeendigung** näher aufgeschlüsselt und der

**psychischen Komorbidität** sowie den **Diagnosegruppierungen** gegenübergestellt.

Patienten ohne psychische Komorbidität beenden prozentual häufiger die Therapie regulär im Vergleich zu Patienten mit

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

Psychische Komorbidität	keine F-Diagnose	mind. eine F-Diagnose	Depression (≥ 1)	Angststörung (≥ 1)	Persönlichkeitsstörung (≥ 1)
<b>Arbeitsfähigkeit</b>	<b>N = 4.049</b>	<b>N = 4.999</b>	<b>N = 3.479</b>	<b>N = 536</b>	<b>N = 1.016</b>
arbeitsfähig	81,5%	67,6%	65,7%	63,6%	71,6%
arbeitsunfähig	18,5%	32,4%	34,3%	36,4%	28,4%
<b>Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende</b>	<b>N = 3.686</b>	<b>N = 4.663</b>	<b>N = 3.300</b>	<b>N = 511</b>	<b>N = 921</b>
6 Stunden und mehr	84,5%	74,3%	73,3%	71,2%	74,0%
weniger als 6 Stunden	15,5%	25,7%	26,7%	28,8%	26,0%
<b>Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende</b>	<b>N = 3.289</b>	<b>N = 4.629</b>	<b>N = 3.272</b>	<b>N = 507</b>	<b>N = 917</b>
6 Stunden und mehr	93,0%	85,5%	85,4%	80,5%	85,3%
weniger als 6 Stunden	7,0%	14,5%	14,6%	19,5%	14,7%

mind. einer psychischen Diagnose (68,4% vs. 65,2%). Dahingegen beenden prozentual geringfügig mehr Patienten mit einer psychischen Diagnose die Therapie planmäßig im Vergleich zu Patienten ohne psychische Komorbidität (86,5% vs. 86,2%).

Betrachtet man die einzelnen Diagnosegruppierungen, so zeigen sich jedoch auch deutliche Unterschiede. Die höchsten Anteile regulärer bzw. planmäßiger Entlassungen finden sich bei Vorliegen von mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Depressionen mit 68,6% bzw. 88,3%, gefolgt von 63,8% bzw. 84,4% bei mind. einer Angstdiagnose und 52,9% bzw. 79,3% bei mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen.

Tabelle 27 stellt die **Arbeitsfähigkeit und die Leistungsfähigkeit bei Therapieende** im Zusammenhang mit der **psychischen Komorbidität** sowie den **Diagnosegruppierungen** dar.

Der höchste Anteil an arbeitsfähig entlassenen Patienten mit 81,5% zeigt sich bei Patienten ohne psychische Komorbidität. Patienten mit mind. einer psychischen Diagnose werden im weitaus geringeren Umfang mit 67,6% 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 Dia-

gnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen mit 71,6%, gefolgt von 65,7% bei mind. einer Depressionsdiagnose und 63,6% bei mind. einer Angstdiagnose.

Ebenso wie bei der Arbeitsfähigkeit bei Therapieende zeigten sich auch bei der Leistungsfähigkeit bei Therapieende in

der Kategorie „6 Stunden und mehr“ – sowohl bezogen auf den letzten Beruf als auch allgemein – die höchsten Quoten mit 84,5% bzw. 93,0% bei Patienten ohne psychische Komorbidität. Patienten mit mind. einer psychischen Diagnose weisen weitaus geringere Quoten mit 74,3% (Leistungsfähigkeit im letzten Beruf) und 85,5% (Leistungsfähigkeit allgemein) in der Kategorie „6 Stunden und mehr“ auf. Die geringsten Quoten in der Leistungsfähigkeit im letzten Beruf zeigen sich bei Vorliegen von mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Angststörungen mit 71,2%, gefolgt von Patienten mit mind. einer Depressionsdiagnose mit 73,3% und Patienten mit mind. einer Diagnose aus dem Umfeld der Persönlichkeitsstörungen mit 74,0%. Bei der Leistungsfähigkeit allgemein haben Patienten mit mind. einer Angststörung die geringsten Quoten mit 80,5%, gefolgt von Patienten mit mind. einer Persönlichkeitsstörung mit 85,3% und Patienten mit mind. einer Depressionsdiagnose mit 85,4%.

## 2.8. Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017

In Tabelle 28 und 29 ist eine altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017 des Fachverbandes Sucht e.V. dargestellt. Zur

Tabelle 28: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Altersgruppen			
	bis unter 30 Jahre	30 bis unter 55 Jahre	55 Jahre und älter	Gesamt
<b>Geschlecht</b>	<b>N = 1.114</b>	<b>N = 9.025</b>	<b>N = 3.483</b>	<b>N = 13.622</b>
männlich	76,2%	72,0%	69,0%	71,6%
weiblich	23,6%	28,0%	31,0%	28,4%
<b>Partnerbeziehung</b>	<b>N = 1.023</b>	<b>N = 8.216</b>	<b>N = 3.161</b>	<b>N = 12.400</b>
in Partnerschaft lebend	34,1%	47,5%	56,2%	48,6%
nicht in Partnerschaft lebend	65,9%	52,5%	43,8%	51,4%
<b>Schulabschluss</b>	<b>N = 1.049</b>	<b>N = 8.410</b>	<b>N = 3.241</b>	<b>N = 12.700</b>
derzeit in Schulausbildung	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
ohne Schulabschluss	11,1%	4,6%	2,6%	4,6%
Haupt-/Volksschulabschluss	39,4%	36,9%	35,3%	36,7%
Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	33,9%	37,8%	38,2%	37,6%
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	13,1%	18,7%	22,1%	19,1%
anderer Schulabschluss	2,2%	2,0%	1,8%	2,0%

einfacheren Betrachtung sind dabei jeweils Item-bezogen die Datensätze um die unterschiedlichen „Missing-Data“ bereinigt. Als Stichprobe zur Berechnung wurden die Daten aller 31 Einrichtungen mit N = 13.622 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 28 und 29 jeweils auch mit ausgegeben sind, werden im Folgenden nicht mehr beschrieben, da diese bereits ausführlich in Abschnitten 2.2 bis 2.5 erläutert wurden):

- **Geschlecht:** Der relative Anteil männlicher Patienten nimmt mit zunehmenden Alter ab, mit 76,2% in der Altersgruppe bis unter 30 Jahren, über 72,0% in der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre auf 69,0% 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 34,1% bei Patienten bis unter 30 Jahren über 47,5% bei den 30- bis unter 55-Jährigen auf 56,2% der Patienten mit einem Alter von 55 Jahren und älter.
- **Schulabschluss:** 11,1% der Patienten in der Altersgruppe bis unter 30 Jahren sind ohne Schulabschluss. In den Altersgruppen 30 bis unter 55 Jahren und 55 Jahre und älter beträgt dieser Anteil jedoch nur 4,6% und 2,6%. Nur 13,1% der Patienten in der Altersgruppe unter 30 Jahren haben die Fachhochschul bzw. Hochschulreife bzw. das Abitur, gegenüber 18,7% in der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre und 22,1% in der Altersgruppe 55 Jahre und älter.
- **Erwerbstätigkeit am Tag vor dem Betreuungsbeginn:** In der Altersgruppe der 30- bis 55- Jährigen Patienten haben 42,4% der Patienten einen Arbeitsplatz, 47,8% sind arbeitslos und 9,5% nicht erwerbstätig. Demgegenüber haben nur 30,7% der bis 30 jährigen Patienten einen Arbeitsplatz, 56,9% sind arbeitslos und 12,2% nicht erwerbstätig. In der Altersgruppe der Patienten mit 55 Jahren und älter hingegen ist der relative Anteil der nicht

noch Tabelle 28: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Altersgruppen			Gesamt
	bis unter 30 Jahre	30 bis unter 55 Jahre	55 Jahre und älter	
<b>Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn</b>	<b>N = 1.062</b>	<b>N = 8.677</b>	<b>N = 3.3347</b>	<b>N = 13.086</b>
Arbeitsplatz vorhanden	30,7%	42,4%	40,7%	41,0%
arbeitslos	56,9%	47,8%	26,4%	43,1%
nicht erwerbstätig	12,2%	9,5%	32,8%	15,7%
in beruflicher Rehabilitation	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%
<b>Erwerbssituation am Tag nach Behandlungsende</b>	<b>N = 1.040</b>	<b>N = 8.566</b>	<b>N = 3.283</b>	<b>N = 12.889</b>
Arbeitsplatz vorhanden	28,9%	41,2%	40,1%	39,9%
arbeitslos	60,3%	50,3%	27,7%	45,4%
nicht erwerbstätig	10,7%	8,1%	32,0%	14,4%
in beruflicher Rehabilitation	0,1%	0,4%	0,2%	0,3%
<b>Vermittelt durch</b>	<b>N = 1.031</b>	<b>N = 8.258</b>	<b>N = 3.156</b>	<b>N = 12.445</b>
Keine / Selbstmelder	1,7%	3,7%	3,3%	3,4%
soziales Umfeld	0,9%	0,8%	1,0%	0,9%
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	1,9%	1,8%	1,8%	1,8%
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	0,8%	1,9%	2,5%	2,0%
ambulante Suchthilfe-einrichtung	49,3%	53,2%	54,7%	53,3%
allgemeines Krankenhaus und Einrichtungen der Akutbehandlung	10,6%	11,0%	10,1%	10,8%
psychiatrisches Krankenhaus	14,5%	15,1%	15,6%	15,2%
stationäre Suchthilfe-einrichtung (Rehabilitation, Adaption)	0,9%	1,4%	1,4%	1,3%
andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-/Familien-/Erziehungsberatung, sozial-psychiatrischer Dienst)	1,2%	1,7%	2,0%	1,7%
Kosten-/Leistungsträger	13,8%	6,1%	5,1%	6,5%
sonstige	4,6%	3,2%	2,6%	3,1%
<b>Leistungsträger</b>	<b>N = 1.109</b>	<b>N = 9.011</b>	<b>N = 3.477</b>	<b>N = 13.597</b>
Rentenversicherung	76,9%	90,3%	72,5%	84,7%
Krankenversicherung	21,3%	8,0%	24,1%	13,2%
Selbstzahler	0,7%	1,0%	2,5%	1,3%
sonstige Leistungsträger	1,3%	0,9%	1,5%	1,1%

Erwerbstätigen mit 32,8% sehr hoch. Weitere 40,7% haben einen Arbeitsplatz und 26,4% sind arbeitslos.

- **Erwerbstätigkeit am Tag nach Behandlungsende:** Die Angaben zur Erwerbstätigkeit am Tag nach dem Be-

handlungsende 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.

Tabelle 29: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017 (Fortsetzung) (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Altersgruppen			Gesamt
	bis unter 30 Jahre	30 bis unter 55 Jahre	55 Jahre und älter	
<b>Hauptdiagnose</b>	<b>N = 1.114</b>	<b>N = 9.025</b>	<b>N = 3.483</b>	<b>N = 13.622</b>
Störungen durch Alkohol F10.X	66,0%	90,7%	96,1%	90,1%
Störungen durch Cannabinoide F12.X	16,7%	2,2%	0,2%	2,9%
Störungen durch sonstige Stimulantien F15.X	6,1%	1,2%	0,0%	1,3%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen F19.X	5,8%	2,1%	0,3%	2,0%
sonstige F1X.X Diagnosen	3,2%	2,8%	2,6%	2,8%
sonstige Diagnosen	2,2%	0,9%	0,8%	1,0%
<b>Psychische Komorbidität</b>	<b>N = 934</b>	<b>N = 7.427</b>	<b>N = 2.895</b>	<b>N = 11.256</b>
Durchschnittliche Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient	0,90	0,80	0,69	0,78
<b>Somatische Komorbidität</b>	<b>N = 937</b>	<b>N = 7.536</b>	<b>N = 2.933</b>	<b>N = 11.406</b>
Durchschnittliche Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient	0,96	1,93	2,69	2,05
<b>Abhängigkeitsdauer in Jahren</b>	<b>N = 892</b>	<b>N = 6.857</b>	<b>N = 2.669</b>	<b>N = 10.418</b>
Mittelwert ± Standardabweichung	7,5 ± 4,3	15,9 ± 9,6	21,2 ± 13,6	16,6 ± 11,1
<b>Behandlungsdauer in Tagen</b>	<b>N = 1.114</b>	<b>N = 9.025</b>	<b>N = 3.483</b>	<b>N = 13.622</b>
Mittelwert ± Standardabweichung	82,1 ± 44,3	83,4 ± 33,7	77,2 ± 30,3	82,0 ± 34,0
<b>Behandlungsdauer in Tagen bei regulärer Entlassung</b>	<b>N = 544</b>	<b>N = 5.865</b>	<b>N = 2.569</b>	<b>N = 8.978</b>
Mittelwert ± Standardabweichung	101,0 ± 31,9	93,2 ± 26,3	84,5 ± 25,1	91,2 ± 26,7
<b>Behandlungsdauer in Tagen bei planmäßiger Entlassung</b>	<b>N = 849</b>	<b>N = 7.639</b>	<b>N = 3.058</b>	<b>N = 11.646</b>
Mittelwert ± Standardabweichung	96,9 ± 38,6	89,6 ± 29,3	81,7 ± 27,1	88,0 ± 29,8
<b>Art der Behandlungsbeendigung</b>	<b>N = 1.093</b>	<b>N = 8.881</b>	<b>N = 3.429</b>	<b>N = 13.403</b>
<b>Anteil mit regulärer Entlassung</b>	49,8%	66,0%	74,9%	67,0%
<b>Anteil mit planmäßiger Entlassung</b>	77,7%	86,0%	89,2%	86,1%

- **Vermittlung:** Der häufigste Vermittler in allen drei Altersgruppen ist weiterhin die ambulante Suchthilfeeinrichtung mit Anteilen von 49,3% in der Altersgruppe bis unter 30 Jahre, 53,2% für Patienten mit einem Alter von 30 bis unter 55 Jahre und 54,7% für Patienten ab 55 Jahren. Psychiatrische Krankenhäuser vermitteln 14,5%, 15,1% und 15,6% der Patienten, allgemeine Krankenhäuser bzw. Einrichtungen der Akutbehandlung 10,6%, 11,0% und 10,1%. Der relative Anteil an Patienten die über einen Leistungsträger in die Therapie vermittelt werden liegt in der Altersgruppe der unter 30-Jährigen bei 13,8% gegenüber 6,1% der 30- bis unter 55-Jährigen und 5,1% der Patienten mit 55 Jahren und älter.
- **Leistungsträger:** Die Verteilung der Leistungsträger unterscheidet sich deutlich bei Betrachtung der drei Altersgruppen mit Anteilen von 76,9%, 90,3% und 72,5% bei der Rentenversicherung, 21,3%, 8,0% und 24,1% bei der Krankenversicherung, 0,7%, 1,0% und 2,5% Selbstzahler und 1,3%, 0,9% und 1,5% für sonstige Leistungsträger in der Altersgruppe der bis unter 30-Jährigen, der 30- bis unter 55-Jährigen und Patienten mit 55 Jahren und älter.
- **Hauptdiagnose:** In der Altersgruppe der Patienten 55 Jahre und älter sind Störungen durch Alkohol mit 96,1% beinahe die alleinige Hauptdiagnose. Weitere psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (außer Störungen durch Alkohol) haben zusammengefasst einen Anteil von 3,1% in dieser Altersgruppe. Dahingegen haben nur 66,0% der bis unter 30 Jahre alten Patienten die Hauptdiagnose Störung durch Alkohol. Weitere 16,7% der Patienten mit einem Alter bis unter 30 Jahre haben die Hauptdiagnose Störungen durch Cannabinoide, 6,1% Störungen durch sonstige Stimulantien, 5,8% Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen, und 3,2% sonstige psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Bei Patienten der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre haben 90,7% die Hauptdiagnose Störungen durch Alkohol, 2,2% Störungen durch Cannabinoide, 1,2% Störungen durch sonstige Stimulantien, 2,1% Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen und zusammen-

gefasst 2,8% sonstige psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

- **Psychische Komorbidität:** Die psychische Komorbidität liegt bei den bis unter 30-Jährigen bei durchschnittlich 0,90 psychischen Diagnosen, bei den 30- bis unter 55-Jährigen Patienten bei durchschnittlich 0,80 psychischen Diagnosen, gefolgt von 0,69 psychischen Diagnosen bei Patienten ab 55 Jahren.
- **Somatische Komorbidität:** Bei der somatischen Komorbidität zeigt sich hingegen ein anderes Bild mit der höchsten Komorbidität bei Patienten mit 55 Jahren und älter mit durchschnittlich 2,69 somatischen Diagnosen. Die durchschnittliche Anzahl somatischer Diagnosen verringert sich auf 1,93 bzw. 0,96 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 7,5 Jahre abhängig. Bei Patienten der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre zeigt sich eine um durchschnittlich 8,4 Jahre längere Abhängigkeitsdauer von 15,9 Jahren. Die längste Abhängigkeitsdauer zeigt sich bei Patienten im Alter von 55 Jahren und älter mit durchschnittlich 21,2 Jahren.
- **Behandlungsdauer:** Die längste Behandlungsdauer zeigt sich bei Patienten der Altersgruppe zwischen 30 und bis unter 55 Jahren mit durchschnittlich 83,4 Tagen. Bei Patienten mit einem Alter bis unter 30 Jahre ergibt sich eine um durchschnittlich 1,3 Tage kürzere Behandlungsdauer von 82,1 Tagen. Die geringste Behandlungsdauer haben Patienten der Altersgruppe 55 Jahre und älter mit durchschnittlich 77,2 Tagen. Die längsten durchschnittlichen Behandlungsdauern bei regulären bzw. planmäßigen Entlassungen zeigen sich bei den Patienten der Altersgruppe bis 30 Jahre mit 101,0 Tagen bzw. 96,9 Tagen, gefolgt von 93,2 bzw. 89,6 Tagen bei 30- bis unter 55-Jährigen Patienten und 84,5 Tagen bzw. 81,7 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 74,9% bzw. 89,2% häufiger regulär bzw. planmäßig die Behandlung. Für die Altersgruppen 30 bis unter 55 Jahre und bis unter 30 Jahre liegen die Quo-

noch Tabelle 29: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017 (Fortsetzung) (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Altersgruppen			Gesamt
	bis unter 30 Jahre	30 bis unter 55 Jahre	55 Jahre und älter	
<b>Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende</b>	<b>N = 1.047</b>	<b>N = 8.239</b>	<b>N = 3.227</b>	<b>N = 12.513</b>
arbeitsfähig	84,8%	72,0%	48,6%	67,1%
arbeitsunfähig	12,5%	22,7%	26,1%	22,7%
Beurteilung nicht erforderlich	1,4%	4,1%	22,2%	8,6%
sonstige (Hausfrau / Hausmann, Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen)	1,2%	1,1%	3,1%	1,6%
<b>Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende</b>	<b>N = 975</b>	<b>N = 7.584</b>	<b>N = 2.910</b>	<b>N = 11.469</b>
6 Stunden und mehr	86,6%	79,5%	53,9%	73,6%
weniger als 6 Stunden	9,0%	17,6%	25,2%	18,8%
keine Angabe erforderlich	4,4%	3,0%	20,9%	7,6%
<b>Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende</b>	<b>N = 959</b>	<b>N = 7.257</b>	<b>N = 2.765</b>	<b>N = 10.981</b>
6 Stunden und mehr	92,4%	89,0%	62,4%	82,6%
weniger als 6 Stunden	3,8%	8,2%	16,7%	9,9%
keine Angabe erforderlich	3,9%	2,9%	20,9%	7,5%

ten bei 66,0% bzw. 86,0% und 49,8% bzw. 77,7%.

- **Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende:** Patienten der Altersgruppen 55 Jahre und älter werden am häufigsten mit einem Anteil von 26,1% als arbeitsunfähig entlassen gefolgt von den 30 bis 55 Jahre alten Patienten mit 22,7% im Vergleich zu nur 12,5% 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 84,8% gefolgt von 72,0% bei den 30-bis unter 55-Jährigen und 48,6% bei den Patienten mit einem Alter von 55 Jahren oder höher. Der große Unterschied in den Quoten der arbeitsfähig entlassene Patienten in den Altersgruppen 55 Jahre und älter kann auf den hohen Anteil der Kategorie „Beurteilung nicht erforderlich“ mit 22,2% 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 86,6% gefolgt von 79,5% bei den 30- bis unter 55-Jährigen und 53,9% 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 20,9%<sup>4</sup> im Vergleich zu 4,4% 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.

<sup>4</sup> Für Altersrentner ist die Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei Behandlungsende nicht erforderlich.

Tabelle 30: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2017 mit der Basisdokumentation 2016 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdokumentation 2017	Basisdokumentation 2016
<b>Geschlecht</b>	<b>N = 13.622</b>	<b>N = 15.479</b>
männlich	71,6%	70,7%
weiblich	28,4%	29,3%
<b>Alter</b>	<b>N = 13.622</b>	<b>N = 15.479</b>
Mittelwert ± Standardabweichung	46,4 ± 11,4 Jahre	46,1 ± 11,6 Jahre
<b>Schulabschluss</b>	<b>N = 12.700</b>	<b>N = 15.050</b>
ohne Schulabschluss	4,6%	3,9%
Haupt-/Volksschulabschluss	36,7%	37,6%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	37,6%	37,0%
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	19,1%	19,0%
anderer Schulabschluss	2,0%	2,5%
<b>Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn</b>	<b>N = 13.086</b>	<b>N = 15.098</b>
Arbeitsplatz vorhanden	41,0%	38,3%
arbeitslos	43,1%	43,1%
nicht erwerbstätig	15,7%	18,3%
in beruflicher Rehabilitation	0,2%	0,3%
<b>Erwerbssituation am Tag nach Behandlungsende</b>	<b>N = 12.889</b>	<b>N = 15.042</b>
Arbeitsplatz vorhanden	39,9%	37,0%
arbeitslos	45,4%	45,4%
nicht erwerbstätig	14,4%	17,0%
in beruflicher Rehabilitation	0,3%	0,5%

Tabelle 31: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2017 mit der Basisdokumentation 2016 (Fortsetzung) (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdokumentation 2017	Basisdokumentation 2016
<b>Vermittelt durch</b>	<b>N = 15.064</b>	<b>N = 15.064</b>
ambulante Suchthilfeeinrichtung	53,3%	61,3%
Krankenhaus/Krankenhausabteilung <sup>5</sup>	26,0%	20,7%
Leistungsträger	6,5%	5,6%
niedergelassener Arzt/ Psychotherapeut	2,0%	2,4%
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	1,8%	1,6%
sonstige Vermittler	7,0%	6,1%
ohne Vermittlung	3,4%	3,0%
<b>Leistungsträger</b>	<b>N = 13.597</b>	<b>N = 15.455</b>
Rentenversicherung	84,7%	83,3%
Krankenversicherung	13,2%	14,4%
sonstige Leistungsträger	2,1%	2,3%

## 2.9. Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2017 mit der Basisdokumentation 2016

Tabelle 30 und Tabelle 31 geben einen Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2017 des Fachverbandes Sucht e. V. mit der Basisdokumentation des Jahres 2016 (Fachverband Sucht e.V., 2017). Dabei sind jeweils Item-bezogen die Datensätze um die unterschiedlichen „Missing-Data“ bereinigt. An dieser Stelle sei auch nochmals auf die in diesem Zeitraum erfolgte Umstellung des Deutschen Kerndatensatzes von der Version 2.0 auf die Version 3.0 verweisen. Bedingt durch die komplexe Umstellungsphase kann der Vergleich der beiden Dokumentationsjahrgänge deshalb nicht im gewohnten Umfang wie in den Vorjahren erfolgen.

Ein Abgleich der Datensätze ergibt zusammenfassend folgende Ergebnisse (in Klammern jeweils die Angaben für 2016):

- 71,6% (70,7%) der Patienten sind männlichen, 28,4% (29,3%) weiblichen **Geschlechts**; der Anteil der männlichen Patienten hat gegenüber dem Vorjahr um 0,9 Prozentpunkte zugenommen.
- Das durchschnittliche **Alter** der Patienten bei Behandlungsbeginn erhöhte sich um 0,3 Jahre von 46,1 Jahre 2016 auf 46,4 Jahre in 2017.
- Im Dokumentationsjahr 2017 fanden sich 4,6% der Patienten (3,9%) ohne **Schulabschluss**, 36,7% (37,6%) verfügten über einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss, 37,6% (37,0%) über einen Realschulabschluss bzw. über den Abschluss der Polytechnischen Oberschule, 19,1% (19,0%) über die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife oder das Abitur und 2,0% (2,5%) über einen anderen Schulabschluss.
- **Erwerbssituation bei Therapiebeginn:** Die Quote arbeitsloser Patienten ist mit 43,1% in beiden Jahrgängen identisch. Dagegen unterscheiden sich die Quoten der Patienten mit Arbeitsplatz bzw. der nicht erwerbstätigen Patienten mit 41,0% bzw. 15,7% in 2017 deutlich von den Quoten in 2016 mit 38,3% bzw. 18,3%. Die Anteile von Patienten in beruflicher Rehabilitation unterscheiden sich mit 0,2% in 2017 zu 0,3% in 2016 nur gering.
- Die Daten von 2017 und 2016 zur **Erwerbssituation bei Behandlungsende** verhalten sich ähnlich zu den Daten der

Erwerbssituation bei Therapiebeginn. Deshalb sei an dieser Stelle auf die obige Beschreibung der Daten zur Erwerbstätigkeit bei Therapiebeginn verwiesen.

- In beiden Jahrgängen wurde die Mehrzahl der Patienten (53,3% in 2017 und 61,3% in 2016) durch eine ambulante Suchthilfeinrichtung auf die medizinische Rehabilitationsmaßnahme vorbereitet. Krankenhäuser bzw. Krankenhausabteilungen **vermittelten** 26,0% (20,7%) der Patienten, Leistungsträger 6,5% (5,6%), niedergelassene Ärzte bzw. Psychotherapeuten 2,0% (2,4%), Arbeitgeber, Betriebe bzw. die Schulen 1,8% (1,6%) und sonstige Vermittler 7,0% (6,1%). Ohne Vermittlung kamen 3,4% (3,0%) in die Therapie.
- 84,7% (83,3%) der Patienten aus 2017 (2016) hatten die Rentenversicherung als **Leistungsträger**; für 13,2% (14,4%) kam der zuständige Leistungsträger aus dem Bereich der Krankenversicherungen und bei 2,1% (2,3%) gab es einen sonstigen Leistungsträger.
- 90,1% der Patienten aus dem Jahrgang 2017 (89,9% in 2016) hatten als **Hauptdiagnose** die ICD-10 Kodierung „Störungen durch Alkohol“; 8,9% (9,4%) hatten sonstige F1X.XX Diagnosen, 1,0% (0,7%) hatten eine sonstige Diagnose als Hauptdiagnose.
- Die durchschnittliche **Abhängigkeitsdauer** unterscheidet sich mit 16,6 Jahren für 2017 und 16,4 Jahren für 2016 nur gering.
- Beide Dokumentationsjahrgänge unterscheiden sich bei der durchschnittlichen Anzahl **psychischer Diagnosen** bzw. **somatischer Diagnosen** pro Patient neben der Hauptdiagnose mit 0,8 vs. 0,7 Diagnosen nur gering bzw. mit jeweils 2,1 Diagnosen nicht.
- Bei Betrachtung aller Patienten erhöhte sich die durchschnittliche **Behandlungsdauer** moderat um 1,4 Tage von 80,6 Tage ( $\pm 34,5$  Tage) im Dokumentationsjahr 2016 auf 82,0 Tage ( $\pm 34,0$  Tage) für 2017. Werden nur die regulären Entlassungen betrachtet, so zeigt sich eine geringe Erhöhung der Behandlungsdauer um 0,6 Tage von 90,6 Tagen ( $\pm 26,6$  Tage) auf 91,2 Tage ( $\pm 26,7$  Tage). Bei Betrachtung der planmäßig beendeten Behandlungen (entspricht den Kategorien 1, 2, 3 und 7 der Entlasskategorien des Deutschen Kerndatensatzes) zeigt sich ebenso eine geringe Erhöhung der mittleren Behandlungsdauern um 0,6 Tage von 87,4 Tagen ( $\pm 30,2$  Tage) für 2016 auf 88,0 Tage ( $\pm 29,8$  Tage) für 2017.

noch Tabelle 31: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2017 mit der Basisdokumentation 2016 (Fortsetzung) (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdokumentation 2017	Basisdokumentation 2016
<b>Hauptdiagnose</b>	<b>N = 13.622</b>	<b>N = 15.479</b>
Störungen durch Alkohol F10.XX	90,1%	89,9%
sonstige F1X.XX Diagnosen außer Alkohol	8,9%	9,4%
sonstige Diagnosen	1,0%	0,7%
<b>Abhängigkeitsdauer in Jahren</b>	<b>N = 10.418</b>	<b>N = 12.156</b>
Mittelwert $\pm$ Standardabweichung	16,6 $\pm$ 11,1	16,4 $\pm$ 10,9
<b>Psychische Komorbidität</b>	<b>N = 11.256</b>	<b>N = 15.479</b>
Durchschnittliche Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient	0,8	0,7
<b>Somatische Komorbidität</b>	<b>N = 11.406</b>	<b>N = 14.365</b>
Durchschnittliche Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient	2,1	2,1
<b>Behandlungsdauer in Tagen</b>	<b>N = 13.622</b>	<b>N = 15.479</b>
Mittelwert $\pm$ Standardabweichung	82,0 $\pm$ 34,0	80,6 $\pm$ 34,5
<b>Behandlungsdauer in Tagen bei regulärer Entlassung</b>	<b>N = 8.978</b>	<b>N = 10.094</b>
Mittelwert $\pm$ Standardabweichung	91,2 $\pm$ 26,7	90,6 $\pm$ 26,6
<b>Behandlungsdauer in Tagen bei planmäßiger Entlassung</b>	<b>N = 11.646</b>	<b>N = 13.169</b>
Mittelwert $\pm$ Standardabweichung	88,0 $\pm$ 29,8	87,4 $\pm$ 30,2
<b>Art der Behandlungsbeendigung</b>	<b>N = 13.403</b>	<b>N = 15.475</b>
<b>Anteil mit regulärer Entlassung</b>	67,0%	65,2%
<b>Anteil mit planmäßiger Entlassung</b>	86,1%	85,1%

5 Im neuen Deutschen Kerndatensatz wird hier differenziert nach der Kategorie allgemeines Krankenhaus und Einrichtungen der Akutbehandlung sowie der Kategorie psychiatrisches Krankenhaus. Deshalb werden im Vergleich mit dem Datensatz 2016 die beiden Kategorien hier zusammengefasst.

- Der Anteil der Patienten mit regulärer **Behandlungsbeendigung** erhöhte sich deutlich um 1,8 Prozentpunkte von 65,2% in 2016 auf 67,0% in 2017. Bei Betrachtung der planmäßigen Behandlungsbeendigung zeigen sich mit Anteilen von 86,1% vs. 85,1% dagegen mit 1,0% nur moderate Unterschiede in den beiden Dokumentationsjahrgängen.

### 3. Ausblick

Mit diesem 23. Bericht zur Basisdokumentation gibt der Fachverband Sucht e.V. einen Überblick über die in seinen Mitgliedseinrichtungen durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen und die behandelte Klientel. Der Fachverband

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

### 4. Literatur

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2018). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0 – Definition und Erläuterung zum Gebrauch. Vorläufige Endfassung, Stand: 01.01.2018. [www.dhs.de](http://www.dhs.de)
- Fachverband Sucht e. V. (2017). Basisdokumentation 2016. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 24, Bonn, S. 6 – 32
- Fachverband Sucht e. V. (2016). Basisdokumentation 2015. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 23, Bonn, S. 6 – 32

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

Fachverband Sucht e. V. (2014). Basisdokumentation 2013. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 21, Bonn, S. 5 – 30

Fachverband Sucht e. V. (2013). Basisdokumentation 2012. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 20, Bonn, S. 5 – 26

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: Fachauschuß Sucht des Wissenschaftsrates (Hrsg.). Qualitätsstandards – Prozeß- und Ergebnisqualität in der Behandlung Suchtkranker. Verhaltensmedizin Heute – Fortschritte in der Rehabilitation, Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, Heft 7, S. 15 - 24

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

Kemmann, Dietmar, Ltd. Psychologe, Diakoniekrankenhaus Harz, Elbingerode

Kersting, Stephan, Dipl.-Medienwirt, navacom IT Solution, Hürth

Medenwaldt, Jan, Redline-Data, Ahrensböck

Missel, Peter, Dipl.-Psych., Leitender Psychologe, MEDIAN Kliniken Daun, Daun

Neumann, Elena, MEDIAN, Gesundheitszentrum Köln, Köln

Premper, Volker, Dr., Leitender Psychologe, MEDIAN Klinik Schweriner See, Lübstorf

Sagel, Alexandra, Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn

Strie, Matthias, Dipl.-Psych., Dokumentation & Evaluation, Kliniken Wied, Wied

Teigeler, Horst, Dipl.-Psych., Therapeutischer Leiter, MEDIAN Adaptionshaus Lübeck, Lübeck

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
Klinik Eschenburg	35713 Eschenburg
MEDIAN Klinik Richelsdorf	36208 Wildeck-Richelsdorf
MEDIAN Klinik Wigbertshöhe	36251 Bad Hersfeld
Diakonie Krankenhaus Harz	38875 Elbiggerode
SRH Medinet Fachklinik Alte Ölmühle	39114 Magdeburg
MEDIAN Klinik Dormagen	41539 Dormagen
Paracelsus-Wiehengebirgsklinik	49152 Bad Essen
Paracelsus-Berghofklinik	49512 Bad Essen
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
Kliniken Wied	57629 Wied bei Hachenburg
Klinik Brilon-Wald	59929 Brilon-Wald
Rhein-Haardt-Klinik	67098 Bad Dürkheim
salus klinik Friedrichsdorf	61381 Friedrichsdorf
MEDIAN Klinik Odenwaldt	64747 Breuberg-Sandbach
MEDIAN Klinik Münchwies	66540 Neunkirchen
MEDIAN Klinik Wilhelmsheim	71570 Oppenweiler
Fachklinik Zwieselberg	72250 Freudenstadt
Fachklinik Eußerthal	76857 Eußerthal/Pfalz
Johannesbad Fachklinik Furth im Wald	93437 Furth im Wald
Saaletalklinik	97616 Bad Neustadt
MEDIAN Klinik Römhild	98631 Römhild

### Autorenverzeichnis:

Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Gruppe, Bad Füssing

Bick-Dresen, Stefanie, Mag. Art., wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Kliniken Daun, Daun

Dreckmann, Imke, Dipl.-Psych., MEDIAN Therapiezentrum Bassenheim, Bassenheim

Feindel, Holger, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Oberarzt, MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar

## Inhaltsverzeichnis

*Muhl, C., Kemmann, D., Abu Khatir, M., Bachmeier, R., Claussen, U., Erben, C., Feugmann, J., Fischer, M., Funke, W., Graudenz, J., Heinrich, J., Hohagen, K., Klinge, P., Mansbart, F.-J., Merker, G., Missel, P., Richter, T., Sagel, A., Schulze, M., Schumann, J., Susemihl, I., Tuchtenhagen, F., Weissinger, V., Wesolowsky, R., Ziegler, H., Ziegler, M. N.*

### Teilband II

#### **Basisdokumentation 2017 – Fachkliniken für Drogenabhängigkeit**

1. Einleitung .....	29
2. Basisdokumentation 2017 des Fachverbandes Sucht e.V. ....	29
2.1 Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung .....	29
2.2 Beschreibung der Patienten nach soziodemografischen und Eingangsmerkmalen .....	30
2.3 Angaben zur Therapievorbereitung und zur Aufnahme .....	33
2.4 Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende .....	37
2.5 Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017 .....	40
2.6 Psychische Komorbidität .....	41
2.7 Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017 .....	43
2.8 Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017 mit den Basisdokumentationen 2013 bis 2016 .....	45
3. Ausblick .....	48
4. Literatur .....	48
Autorenverzeichnis .....	48
Liste der Einrichtungen, deren Datensätze in die Auswertung eingingen .....	48

## Teilband II:

# Basisdokumentation 2017 – 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 zunächst auf Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige beschränkt, lagen für den Entlassjahrgang 2006 erstmals auch Daten für den Bereich der stationären Drogenrehabilitation vor. Dies ist nicht zuletzt der Arbeit des Qualitätszirkels „Stationäre Drogenrehabilitation“ zu verdanken, der im FVS eingerichtet wurde.

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

Für den vorliegenden Bericht wurde als Basis der neue Deutsche Kerndatensatz 3.0 zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (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 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 Patienten<sup>1</sup> des zur Auswertung herangezogenen Datenpools (intention-to-treat (ITT)-Stichprobe; alle in einem Jahr entlassenen Patienten) von 3411 auf 2941 verkleinert. Dies

ist auf Veränderungen hinsichtlich der Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen zurückzuführen. Im Vergleich zum Jahr davor sind es mit insgesamt 15 Einrichtungen vier Kliniken weniger, von denen Daten vorliegen.

Es sei darauf verwiesen, dass nicht bei allen Merkmalen dieselbe Grundmenge an Patientendaten eingehen konnte. Dies liegt an der Umstellung auf den neuen Deutschen Kerndatensatz 3.0 sowie 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 Sucht<sup>2</sup> erfüllt haben.

## 2. Basisdokumentation 2017 des Fachverbandes Sucht

### 2.1 Datenerhebung und Stichprobenszusammensetzung

Im vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Daten zur stationären medizinischen Rehabilitation suchtmittelabhängiger Patienten für den Entlassjahrgang 2017 zusammengefasst. Die Daten stammen ausschließlich aus Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e. V. Die Gesamtstichprobe der Basisdokumentation 2017 umfasst 2941 Patienten aus insgesamt 15 Therapieeinrichtungen

im Bereich der stationären Drogenrehabilitation.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verwendeten EDV-Systeme: Für 1219 (41,4%) Patienten wurden die Daten mit dem Programm PATFAK (Redline DATA) erhoben. Bei 856 (29,1%) Patientendatensätzen kam das Programm PADO (navacom IT Solutions GmbH) zur Anwendung. 814 Patientendatensätze (27,7%) wurden mit dem Erhebungsinstrument IKIS (MEDIAN) und 52 (1,8%) mit EBIS (GSDA) erfasst.

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

Die Prozentangaben in den Tabellen der Abschnitte 2.2 bis 2.4 beziehen sich jeweils auf die vollständig vorliegenden Datensätze ohne „missing data“. Die Quote der fehlenden Daten wird für jede Tabelle gesondert angegeben. Für die Angaben in den Abschnitten 2.5 bis 2.9 wurden diese fehlenden Werte ebenfalls herausgerechnet, d. h. der Datensatz wurde um die fehlenden Daten bereinigt. In den folgenden Abschnitten 2.2 bis 2.4 sind die Daten der Basisdokumentation geschlechtsspezifisch dargestellt und die bedeutendsten Unterschiede erläutert. Im Abschnitt 2.5 werden ausgewählte Variablen der Basisdokumentation 2017 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 2017 dargestellt. Abschnitt 2.8 vergleicht ausgewählte Variablen der Basisdokumentation differenziert nach den vergebenen Hauptdiagnosen. Abschnitt 2.9 hingegen vergleicht ausge-

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

<sup>2</sup> 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.

Tabelle 1: EDV- und Dokumentationssysteme

EDV- und Dokumentationssystem	Häufigkeit	Prozent
EBIS (GSDA)	52	1,8%
IKIS (MEDIAN)	814	27,7%
PATFAK (Redline DATA)	1219	41,4%
PaDo (Navacom)	856	29,1%
<b>Gesamt</b>	<b>2941</b>	<b>100,0%</b>

wählte Daten der Basisdokumentationen 2013 bis 2017 des Fachverbandes Sucht miteinander.

## 2.2 Beschreibung der Patienten nach soziodemografischen und Eingangsmerkmalen

### Geschlecht und Altersverteilung

In Tabelle 2 ist die Altersverteilung der Patienten bei Behandlungsbeginn in Abhängigkeit vom Geschlecht dargestellt. Von den insgesamt 2941 Patienten waren 2389 (81,2%) männlichen und 552 (18,8%) weiblichen Geschlechts. Zur Darstellung der Übersicht wurden die Patienten in Altersgruppen mit einer Spannweite von jeweils fünf Jahren gruppiert.

Mit 24,0% aller Patienten war die Altersklasse der 25- bis 29-Jährigen am stärksten besetzt, gefolgt von der Altersklasse der 30- bis 34-Jährigen mit 23,3%. Danach folgen die Altersklassen der 20- bis 24-Jährigen mit 20,2% sowie mit 15,2% die Altersklasse der 35- bis 39-Jährigen. Weitere 5,8% fielen in die Gruppe der 40- bis 44-Jährigen, 5,5% waren unter 20 und 6% waren älter als 45 Jahre. Das Durchschnittsalter aller Patienten betrug 30,3 Jahre ( $\pm 8,0$  Jahre). Frauen waren bei der Aufnahme im Schnitt 29,7 Jahre ( $\pm 7,6$  Jahre) alt, Männer waren mit durchschnittlich 30,5 Jahren ( $\pm 8,1$  Jahre) etwas älter.

### Partnerschaft und Zusammenleben

Einen Überblick über Partnerschaft und Zusammenleben bei Behandlungsbeginn vermittelt Tabelle 3. Der weitaus größte Anteil der Patienten, nämlich 65,2%, lebte bei der Aufnahme nicht in Partnerschaft. Frauen waren mit 46,4% deutlich häufiger in einer Partnerschaft als Männer mit 32,1%. Für 118 Patienten (4,0%) lagen zu diesem Item 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 „... mitsonstiger/en Person/en“ unterscheiden. 55,2% aller Patienten waren zum Zeitpunkt der Aufnahme alleinlebend, 19,4% lebten mit Partner oder Partnerin

zusammen. 7,4% wohnten gemeinsam mit den Kindern und 19,9% gemeinsam mit den Eltern bzw. einem Elternteil in einem Haushalt. 11,5% wohnten mit einer sonstigen Bezugsperson zusammen und 11,9% mit sonstigen Personen. Für 41 Patienten (1,7%) der Patienten lagen keine Daten vor.

Betrachtet man die Partnersituation nach Geschlechtern getrennt, ergeben sich z.T. deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen. So waren zum Zeitpunkt der Aufnahme 57,1% der Männer, aber nur 46,7% der weiblichen Patienten alleinlebend. Nur 4,9% der Männer, aber 18,3% der Frauen lebten mit ihren Kin-

Tabelle 2: Altersverteilung der Patienten

Altersverteilung	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 19 Jahre	128	5,4%	35	6,3%	163	5,5%
20 bis 24 Jahre	486	20,3%	109	19,7%	595	20,2%
25 bis 29 Jahre	557	23,3%	149	27,0%	706	24,0%
30 bis 34 Jahre	551	23,1%	133	24,1%	684	23,3%
35 bis 39 Jahre	373	15,6%	74	13,4%	447	15,2%
40 bis 44 Jahre	146	6,1%	24	4,3%	170	5,8%
45 bis 49 Jahre	80	3,3%	20	3,6%	100	3,4%
50 bis 54 Jahre	44	1,8%	5	0,9%	49	1,7%
55 bis 59 Jahre	19	0,8%	1	0,2%	20	0,7%
60 Jahre und älter	5	0,2%	2	0,4%	7	0,2%
<b>Zusammen</b>	<b>2389</b>	<b>100,0%</b>	<b>552</b>	<b>100,0%</b>	<b>2941</b>	<b>100,0%</b>
<b>Mittelwert <math>\pm</math> Standardabweichung</b>	<b>30,5 <math>\pm</math> 8,1</b>		<b>29,7 <math>\pm</math> 7,6</b>		<b>30,3 <math>\pm</math> 8,0</b>	

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

Partnerschaft	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
in Partnerschaft lebend	737	32,1%	244	46,4%	981	34,8%
nicht in Partnerschaft lebend	1560	67,9%	282	53,6%	1842	65,2%
<b>Zusammen</b>	<b>2297</b>	<b>100,0%</b>	<b>526</b>	<b>100,0%</b>	<b>2823</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	92	3,9%	26	4,7%	118	4,0%
Partnerbeziehung	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
alleinlebend	1341	57,1%	253	46,7%	1594	55,2%
lebt zusammen mit ...						
Partner	436	18,6%	124	22,9%	560	19,4%
Kind(ern)	115	4,9%	99	18,3%	214	7,4%
Eltern(teil)	499	21,3%	76	14,0%	575	19,9%
sonstiger/en Bezugsperson/en	283	12,1%	50	9,2%	333	11,5%
sonstiger/en Person/en	304	12,9%	41	7,6%	345	11,9%
<b>Zusammen</b>	<b>2348</b>	<b>100,0%</b>	<b>542</b>	<b>100,0%</b>	<b>2890</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	41	1,7%	10	1,8%	51	1,7%

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	1693	85,0%	329	72,3%	2022	82,6%
ein Kind	172	8,6%	81	17,8%	253	10,3%
zwei Kinder	85	4,3%	29	6,4%	114	4,7%
drei Kinder	24	1,2%	9	2,0%	33	1,3%
vier und mehr Kinder	18	0,9%	7	1,5%	25	1,0%
<b>Gesamtzahl der betrachteten Datensätze</b>	<b>1992</b>	<b>100,0%</b>	<b>455</b>	<b>100,0%</b>	<b>2447</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	397	16,6%	97	13,6%	494	14,5%
Anzahl der eigenen minderjährigen Kinder in Fremdunterbringung	Männer		Frauen		Gesamt	
kein Kind	870	69,8%	191	59,5%	1061	67,7%
ein Kind	243	19,5%	69	21,5%	312	19,9%
zwei Kinder	94	7,5%	29	9,0%	123	7,8%
drei Kinder	24	1,9%	22	6,9%	46	2,9%
vier und mehr Kinder	15	1,2%	10	3,1%	25	1,6%
<b>Gesamtzahl der betrachteten Datensätze</b>	<b>1246</b>	<b>100,0%</b>	<b>321</b>	<b>100,0%</b>	<b>1567</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	1143	47,8%	231	41,8%	1374	46,7%
Wohnverhältnis am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
selbstständiges Wohnen	765	32,7%	277	51,5%	1042	36,2%
bei anderen Personen	786	33,6%	125	23,2%	911	31,7%
ambulant betreutes Wohnen	28	1,2%	4	0,7%	32	1,1%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	110	4,7%	22	4,1%	132	4,6%
Wohnheim/Übergangswohnheim	357	15,3%	74	13,8%	431	15,0%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	201	8,6%	20	3,7%	221	7,7%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	16	0,7%	5	0,9%	21	0,7%
ohne Wohnung	70	3,0%	8	1,5%	78	2,7%
Sonstiges	7	0,3%	3	0,6%	10	0,3%
<b>Zusammen</b>	<b>2340</b>	<b>100,0%</b>	<b>538</b>	<b>100,0%</b>	<b>2878</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	49	2,1%	14	2,5%	63	2,1%

dern zusammen. Auch mit ihrem Partner lebten mehr Frauen (22,9%) als Männer (18,6%) im gemeinsamen Haushalt. Dagegen wohnten deutlich mehr Männer als Frauen mit ihren Eltern bzw. einem Elternteil (21,3% vs. 14,0%), einer sonstigen Bezugsperson (12,1% vs. 9,2%) oder sonstigen Personen (12,9% vs. 7,6%) zusammen.

#### Betreuungssituation und Wohnverhältnisse zu Behandlungsbeginn

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

82,6% aller Patienten hatten kein Kind, 10,3% hatten ein Kind, 4,7% zwei Kinder, 1,3% drei Kinder und 1,0% mehr als drei Kinder im eigenen Haushalt. Weibliche Patienten lebten durchweg häufiger mit einem oder mehreren Kindern im eigenen Haushalt als männliche. Für 494 Personen (14,5%) lagen keine Daten vor. Von 1567 Patienten gaben 67,7% an, kein eigenes Kind in einer Fremdunterbringung zu haben. 19,9% gaben ein Kind an, 7,8% zwei Kinder, weitere 2,9% drei Kinder und noch 1,6% gaben an vier oder mehr fremduntergebrachte Kinder zu haben. Auch hier hatten durchweg mehr Frauen als Männer wenigstens ein Kind in Fremdunterbringung. Für 1374 Personen (46,7%) lagen keine Daten vor. Insgesamt lässt sich aus den Angaben schließen, dass die Anzahl der Kinder in Fremdunterbringung höher ist, als die der Kinder, die im eigenen Haushalt leben.

Bei der Betrachtung der Wohnsituation ergibt sich folgendes Bild: 36,2% aller Patienten wohnten selbstständig, 31,7% bei anderen Personen. 1,1% kamen aus dem ambulanten betreuten Wohnen in die Behandlung, 15,0% aus einem Heim, 4,6% aus einer Klinik und 7,7% aus einer Justizvollzugsanstalt. 0,7% kamen aus einer Notunterkunft oder Übernachtungsstelle, 2,7% waren wohnungslos und für 0,3% war eine sonstige Wohnsituation angegeben. Für 2,1% aller Patienten konnten hinsichtlich der Wohnsituation keine konkreten Angaben gemacht werden. Der Anteil der selbstständig Wohnenden war bei den Frauen mit 51,5% deutlich höher als bei den Männern (32,7%). Die männlichen Patienten kamen häufiger aus einer JVA (8,6% vs. 3,7%). Von 63 Patienten (2,1%) konnten keine Daten erhoben werden.

#### Schulbildung und Erwerbstätigkeit bei Behandlungsbeginn

Die Angaben zur Schulausbildung und Ausbildungsabschluss bei Aufnahme und zur Erwerbstätigkeit der Patienten bei Beginn der Behandlung sind in Tabelle 5 wiedergegeben. Zum Zeitpunkt der Aufnahme waren fünf Patienten in Schulausbildung (0,2%). 12,9% aller Patienten hatten keinen Schulabschluss, 1,6% verfügten über einen Sonderschulabschluss und 42,2% hatten die Schulausbildung mit dem Hauptschulabschluss beendet. 33,8% besaßen den Realschulabschluss, 9,7% hatten die Fachhochschulreife oder das Abitur. 1,2% hatten einen anderen Schulabschluss. Für 2,3% der Patienten lagen keine Daten vor.

Vergleicht man die Geschlechter hinsichtlich des Schulabschlusses, zeigen sich einige Unterschiede. So hatten mehr Männer als Frauen den Hauptschulabschluss (43,5% vs. 36,5%), während Frauen mit 50,9% gegenüber 41,7% der Männer häufiger über einen Realschulabschluss, Fachhochschulreife oder Abitur verfügten. Mehr Männer als Frauen hatten keinen Schulabschluss (13,4% vs. 11,1%).

Bezüglich des Ausbildungsstandes zu Behandlungsbeginn hatten 12,2% aller Patienten noch keine Ausbildung begonnen und 38,1% hatten keine abgeschlossene Hochschul- oder Berufsausbildung; 42,3% verfügten über eine abgeschlossene betriebliche Ausbildung und 3,1% befanden sich derzeit in einer Ausbildung. Weitere 0,7% waren Meister oder Techniker, 1,9% besaßen einen Hochschulabschluss und 1,7% einen anderen Berufsabschluss. Für 3,3% der Patienten lagen keine Daten vor.

Vergleicht man die Ergebnisse der Geschlechter hinsichtlich des Ausbildungsabschlusses, zeigen sich insgesamt keine großen Unterschiede. 38,2% der Männer und 37,7% der Frauen verfügen über keine abgeschlossene Hochschul- oder Berufsausbildung, 42,8% der Männer haben eine abgeschlossene Lehrausbildung erreicht; bei den Frauen sind es 40,1%. Der Anteil an Meistern oder Technikern liegt sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen bei 0,7%. Beide Geschlechter haben etwa gleich häufig einen Hochschulabschluss (Männer 1,9%, Frauen 1,7%) und mehr Männer als Frauen befanden sich derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung (3,1% vs. 2,8%). Die von den Frauen insgesamt erreichten höher qualifizierten Schulabschlüsse scheinen keine positiven Auswirkungen auf den später erreichten Ausbildungsabschluss zu haben.

Erwerbstätig als Arbeiter, Angestellter, Beamter, Selbständiger oder Freiberufler waren 12,9% aller Patienten, weitere 2,8% befanden sich in Berufsausbildung, 1,3% gingen einer sonstigen Erwerbstätigkeit nach und 0,3% befanden sich in einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme. 72,1% der Patienten waren arbeitslos, wobei 58,2% Arbeitslosengeld II und 13,9% Arbeitslosengeld I bezogen. Weitere 1,1% waren Schüler bzw. Studenten, 0,1% waren Hausfrauen oder Hausmänner, 1,9% waren Rentner bzw. Pensionäre und 4,3% fielen in die Kategorie „sonstige Nichterwerbspersonen“.

Tabelle 5: Höchster Schulabschluss, Ausbildungsabschluss (Daten aus 15 von 19 Einrichtungen) und Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn der Patienten

<b>höchster erreichter Schulabschluss</b>	<b>Männer</b>		<b>Frauen</b>		<b>Gesamt</b>	
derzeit in Schulausbildung	4	0,2%	1	0,2%	5	0,2%
ohne Schulabschluss	312	13,4%	60	11,1%	372	12,9%
Haupt-/Vollschulabschluss	1016	43,5%	197	36,5%	1213	42,2%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	749	32,1%	221	40,9%	970	33,8%
(Fach-)Hochschulreife/ Abitur	225	9,6%	54	10,0%	279	9,7%
anderer Schulabschluss	28	1,2%	7	1,3%	35	1,2%
<b>Zusammen</b>	<b>2334</b>	<b>100,0%</b>	<b>540</b>	<b>100,0%</b>	<b>2874</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	55	2,3%	12	2,2%	67	2,3%
<b>höchster Ausbildungsabschluss</b>	<b>Männer</b>		<b>Frauen</b>		<b>Gesamt</b>	
noch keine Ausbildung begonnen	267	11,6%	79	14,7%	346	12,2%
Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	72	3,1%	15	2,8%	87	3,1%
Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	882	38,2%	202	37,7%	1084	38,1%
Betrieblicher Berufsabschluss	989	42,8%	215	40,1%	1204	42,3%
Meister/Techniker	17	0,7%	4	0,7%	21	0,7%
Akademischer Abschluss	45	1,9%	9	1,7%	54	1,9%
Anderer Berufsabschluss	37	1,6%	12	2,2%	49	1,7%
<b>Zusammen</b>	<b>2309</b>	<b>100,0%</b>	<b>536</b>	<b>100,0%</b>	<b>2845</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	80	3,3%	16	2,9%	96	3,3%
<b>Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn</b>	<b>Männer</b>		<b>Frauen</b>		<b>Gesamt</b>	
Auszubildender	63	2,8%	15	2,8%	78	2,8%
Arbeiter/Angestellter/Beamte	308	13,5%	49	9,2%	357	12,7%
Selbständiger/Freiberufler	6	0,3%	0	0,0%	6	0,2%
Sonstige Erwerbspersonen	32	1,4%	5	0,9%	37	1,3%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	6	0,3%	2	0,4%	8	0,3%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	16	0,7%	10	1,9%	26	0,9%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	324	14,2%	68	12,7%	392	13,9%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	1292	56,6%	348	65,0%	1640	58,2%
Schüler/Student	25	1,1%	5	0,9%	30	1,1%
Hausfrau/Hausmann	1	0,0%	2	0,4%	3	0,1%
Rentner/Pensionär	44	1,9%	9	1,7%	53	1,9%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	60	2,6%	6	1,1%	66	2,3%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	105	4,6%	16	3,0%	121	4,3%
<b>Zusammen</b>	<b>2282</b>	<b>100,0%</b>	<b>535</b>	<b>100,0%</b>	<b>2817</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	107	4,5%	17	3,1%	124	4,2%

Für 4,2% der Patienten lagen keine Daten vor. Im Geschlechtervergleich zeigte sich, dass Frauen häufiger arbeitslos waren als Männer (77,7% zu 70,8%) und Frauen häufiger als Männer 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 26 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 (59,7%) wurde über ambulante Suchthilfeeinrichtungen vermittelt. Dazu gehören Suchtberatungs- bzw. Suchtbehandlungsstellen oder Fachambulanzen. Insgesamt 17,3% kamen aus einem Krankenhaus (psychiatrisch oder allgemein), 6,4% wurden über die Justiz/Polizei/Bewährungshilfe vermittelt und 3,7% aus einer Einrichtung der Akutbehandlung. 3,3% kamen über andere Beratungsdienste. Als Selbstmelder, also ohne vermittelnde Instanz, kamen 1,9%. Weitere Vermittlungsinstanzen waren Stationäre Suchthilfeeinrichtungen (1,6%), Kosten- bzw. Leistungsträger (1,6%) und sonstige Einrichtungen oder Institutionen (1,6%). 2,9% der Vermittler fielen in die Kategorie „sonstige“. Für 2,9% lagen keine Daten vor. Der mit 6,4% 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.

Im Vergleich der Geschlechter hinsichtlich der Vermittlung zeigt sich in der Anzahl der Vermittlungen durch den Sozialdienst JVA/Maßregelvollzug ein auffälliger Unterschied, in dem Sinne, dass Männer häufiger als Frauen darüber vermittelt eine Behandlung antreten (7,2% vs. 3,0%).

#### Kosten-/Leistungsträger

Tabelle 7 gibt einen Überblick über die Kosten-/Leistungsträgerstruktur. Die Kosten für die Behandlung wurden für 80,1% aller Patienten von der Rentenver-

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	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	1370	59,2%	334	61,7%	1704	59,7%
Psychiatrisches Krankenhaus	269	11,6%	80	14,8%	349	12,2%
Allgemeines Krankenhaus	120	5,2%	25	4,6%	145	5,1%
Polizei/Justiz/Bewährungshilfe	167	7,2%	16	3,0%	183	6,4%
Einrichtung der Akutbehandlung	89	3,8%	16	3,0%	105	3,7%
Anderer Beratungsdienst (z.B. Ehe-/ Familien-/Erziehungsberatung, Sozialpsychiatrischer Dienst)	82	3,5%	13	2,4%	95	3,3%
Keine/Selbstmelder	44	1,9%	9	1,7%	53	1,9%
Stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	34	1,5%	13	2,4%	47	1,6%
Kosten-/Leistungsträger	39	1,7%	7	1,3%	46	1,6%
Sonstige Einrichtung/ Institution	35	1,5%	10	1,8%	45	1,6%
sonstige	66	2,9%	18	3,3%	84	2,9%
<b>Zusammen</b>	<b>2315</b>	<b>100,0%</b>	<b>541</b>	<b>100,0%</b>	<b>2856</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	74	3,1%	11	2,0%	85	2,9%

Tabelle 7: Kosten-/Leistungsträger (Mehrfachnennungen möglich)

Kosten-/Leistungsträger	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
pauschal/institutionell finanziert	16	0,7%	1	0,2%	17	0,6%
Selbstzahler	9	0,4%	3	0,5%	12	0,4%
Rentenversicherung	1924	80,5%	433	78,4%	2357	80,1%
Krankenversicherung	381	15,9%	112	20,3%	493	16,8%
Sozialhilfe	21	0,9%	1	0,2%	22	0,7%
Jugendhilfe	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Arbeitsagenturen, Jobcenter	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
sonstige	45	1,9%	5	0,9%	50	1,7%
<b>Zusammen</b>	<b>2397</b>	<b>100,3%</b>	<b>555</b>	<b>100,5%</b>	<b>2952</b>	<b>100,4%</b>

sicherung übernommen, 16,8% hatten eine Krankenkasse als Kosten-/Leistungsträger. Bei 0,7% war die Sozialhilfe der Kostenträger. Eine Person hatte die Arbeitsagentur/das Jobcenter als Kostenträger. Bei 1,7% wurden die Kosten der Behandlung von einer anderen Stelle getragen, 0,4% kamen selbst für die Kosten der Behandlung auf. Die Jugendhilfe war als Kostenträger in keinem Fall zuständig. Im Vergleich zwischen Männern und Frauen zeigte sich, dass bei Frauen häufiger die Krankenversicherung als Kostenträger auftrat (20,3% vs. 15,9%). Bei den Männern kam häufiger die Sozialhilfe für die Finanzierung auf (0,9% vs. 0,2%).

#### Auflagen durch Gerichtsbeschluss

Tabelle 8 gibt Aufschluss über eine eventuelle gerichtliche Auflage bei Behandlungsbeginn. So kamen 10,3% der Patienten mit einer Auflage nach dem Bundesbetäubungsmittelgesetz (BtMG) in die Behandlung und 4,6% traten die Therapie auf einer anderen strafrechtlichen Grundlage an. Ein Mann trat die Behandlung nach dem zuständigen Landesgesetz für psychisch kranke Personen PsychKG bzw. Landesunterbringungsgesetz an. Männliche Rehabilitanden kamen deutlich häufiger mit einer Auflage durch Gerichtsbeschluss in die Behandlung als Frauen (11,7% vs. 4,0%).

**Hauptdiagnose**

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

Bei 29,7% aller Patienten war als Hauptdiagnose „Störungen durch Stimulanzien“ (Frauen: 40,2%; Männer: 27,2%) kodiert. Die zweitgrößte Gruppe bilden mit 29% Patienten mit der Hauptdiagnose „Störungen durch Cannabinoide“ (Frauen: 25,4%; Männer: 29,8%), 19,3% der Patienten erhielten die Hauptdiagnose „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen“ (Frauen: 16,3%; Männer 20%) und 12,4% die Hauptdiagnose „Störungen durch Opioide“. In diese Diagnosegruppe fallen 12,9% der männlichen sowie 10,7% der weiblichen Patienten. Bei 4,8% wurde die Diagnose „Störungen durch Kokain“ (Frauen: 2,9%; Männer: 5,2%) vergeben.

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

Die am häufigsten konsumierte Substanz stellt mit insgesamt 77,2% (Frauen: 73,2%, Männer: 78,1%) Cannabis, noch vor Tabak mit 71,8% (Frauen: 73,0%, Männer: 71,6%) und Alkohol mit 65,6% (Frauen: 64,7, Männer: 65,8%) dar. Die vierthäufigste Substanz war Amphetamin mit 55,6% (Frauen: 50,2%, Männer: 56,9%), gefolgt von Kokain mit 36,9% (Frauen: 32,8%, Männer: 37,8%), MDMA und anderen verwandten Substanzen mit 31,9% (Frauen: 34,1%, Männer: 21,7%), Meth-amphetamin (Crystal Meth) mit 24,0% (Frauen: 34,1%, Männer: 21,7%) und Heroin mit 20,3% (Frauen: 19,9%, Männer: 20,3%). 14,9% der Patienten geben an, LSD konsumiert zu haben (Frauen: 13,8%, Männer: 15,1%) und bei Benzodiazepinen sind es 10,0% (Frauen: 8,9%, Männer: 10,3%). Alle weiteren Substanzen wurden von weniger als 10% der Patienten konsumiert.

Betrachtet man die Angaben der Patienten über alle von ihnen konsumierten Suchtmittel, so ergibt sich im Verhältnis zur Grundgesamtheit eine durchschnittliche Anzahl unterschiedlicher konsumierter Substanzen von 4,61 pro Patient (Frauen: 4,54, Männer: 4,62).

Tabelle 8: Auflagen durch Gerichtsbeschluss (Mehrfachnennungen möglich)

Auflagen	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
BtMG	280	11,7%	22	4,0%	302	10,3%
Psych.-KG / Landesunterbringungsgesetz	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Andere strafrechtliche Grundlage	117	4,9%	19	3,4%	136	4,6%
<b>Zusammen</b>	<b>398</b>	<b>16,7%</b>	<b>41</b>	<b>7,4%</b>	<b>439</b>	<b>14,9%</b>

Tabelle 9: Hauptdiagnose (Suchtmitteldiagnose)

Hauptdiagnose	ICD-10	Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Störungen durch Alkohol	F10	83	3,5%	16	2,9%	99	3,4%
Störungen durch Opioide	F11	307	12,9%	59	10,7%	366	12,4%
Störungen durch Cannabinoide	F12	713	29,8%	140	25,4%	853	29,0%
Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	F13	7	0,3%	2	0,4%	9	0,3%
Störungen durch Kokain	F14	124	5,2%	16	2,9%	140	4,8%
Störungen durch Stimulanzien	F15	651	27,2%	222	40,2%	873	29,7%
Störungen durch Halluzinogene	F16	2	0,1%	0	0,0%	2	0,1%
Störungen durch Tabak	F17	1	0,0%	1	0,2%	2	0,1%
Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	F18	1	0,0%	1	0,2%	2	0,1%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	F19	477	20,0%	90	16,3%	567	19,3%
Pathologisches Glücksspiel	F63	14	0,6%	1	0,2%	15	0,5%
sonstige bzw. unklare Diagnose		9	0,4%	4	0,7%	13	0,4%
<b>Zusammen</b>		<b>2389</b>	<b>100,0%</b>	<b>552</b>	<b>100,0%</b>	<b>2941</b>	<b>100,0%</b>

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

Hauptdiagnose	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Alkohol	1572	65,8%	357	64,7%	1.929	65,6%
Heroin	486	20,3%	110	19,9%	596	20,3%
Methadon	70	2,9%	31	5,6%	101	3,4%
Buprenorphin	59	2,5%	6	1,1%	65	2,2%
Fentanyl	35	1,5%	11	2,0%	46	1,6%
Andere opiathaltige Mittel / Opioide	207	8,7%	42	7,6%	249	8,5%
Cannabis	1866	78,1%	404	73,2%	2.270	77,2%
Andere / synthetische Cannabinoide	108	4,5%	18	3,3%	126	4,3%
Barbiturate	54	2,3%	13	2,4%	67	2,3%
Benzodiazepine	246	10,3%	49	8,9%	295	10,0%
GHB / GBL	78	3,3%	29	5,3%	107	3,6%
Kokain	904	37,8%	181	32,8%	1.085	36,9%
Crack	49	2,1%	6	1,1%	55	1,9%

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

Hauptdiagnose	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Amphetamine	1359	56,9%	277	50,2%	1.636	55,6%
Methamphetamine (Crystal)	518	21,7%	188	34,1%	706	24,0%
MDMA und andere verwandte Substanzen (Ecstasy)	753	31,5%	185	33,5%	938	31,9%
Anderer Stimulanzien	80	3,3%	15	2,7%	95	3,2%
LSD	361	15,1%	76	13,8%	437	14,9%
Mescaline	33	1,4%	6	1,1%	39	1,3%
Ketamin	86	3,6%	21	3,8%	107	3,6%
Anderer Halluzinogene	208	8,7%	35	6,3%	243	8,3%
Tabak	1710	71,6%	403	73,0%	2.113	71,8%
Flüchtige Lösungsmittel	60	2,5%	5	0,9%	65	2,2%
Anderer psychotrope Substanzen	117	4,9%	29	5,3%	146	5,0%
Neue psychoaktive Substanzen NPS (andere als oben angeführt)	28	1,2%	7	1,3%	35	1,2%
<b>Gesamtzahl der konsumierten Substanzen</b>	<b>11047</b>		<b>2504</b>		<b>13.551</b>	
<b>Anzahl konsumierte Substanzen pro Rehabilitand</b>	<b>4,62</b>		<b>4,54</b>		<b>4,61</b>	
<b>Gesamtzahl der betrachteten Datensätze</b>	<b>2389</b>	<b>100,0%</b>	<b>552</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.941</b>	<b>100,0%</b>

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

	ICD-10	Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F0	24	1,0%	10	1,8%	34	1,2%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F2	261	10,9%	28	5,1%	289	9,8%
affektive Störungen	F3	587	24,6%	263	47,6%	850	28,9%
neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	316	13,2%	226	40,9%	542	18,4%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	F5	151	6,3%	71	12,9%	222	7,5%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	567	23,7%	263	47,6%	830	28,2%
Intelligenzminderung	F7	9	0,4%	5	0,9%	14	0,5%
Entwicklungsstörung	F8	32	1,3%	3	0,5%	35	1,2%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	351	14,7%	47	8,5%	398	13,5%
<b>Gesamtzahl der Diagnosen</b>		<b>2298</b>		<b>916</b>		<b>3.214</b>	
<b>Diagnosen pro Rehabilitand</b>		<b>0,96</b>		<b>1,66</b>		<b>1,09</b>	
<b>Gesamtzahl der betrachteten Datensätze</b>		<b>2389</b>		<b>552</b>		<b>2.941</b>	

Der Deutsche Kerndatensatz bietet neben der Erfassung suchtmittelbezogener Diagnosen auch die Möglichkeit, jeweils bis zu sechs weitere psychische und somatische Diagnosen zu kodieren. In den beiden folgenden Tabellen 11 und 12 ist deren Verteilung dargestellt. Bei der Bewertung der dargestellten Ergebnisse muss jedoch berücksichtigt werden, dass die beteiligten Einrichtungen sich hinsichtlich des Vorgehens bei der Diagnostik 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 28,9% (47,6% bei Frauen vs. 24,6% bei Männern) und „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ mit 28,2% (47,6% vs. 23,7%). Es folgen die Diagnosen „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ mit 18,4% (40,9% vs. 13,2%), „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ mit 13,5% (8,5% vs. 14,7%) und „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ mit 9,8% (5,1% vs. 10,9%). Weitere 7,5% der Patienten wiesen „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Faktoren“ oder „Affektive Störungen“ mit 17,2% (6,3% vs. 12,9%) auf.

Betrachtet man die Anzahl aller vergebenen weiteren psychischen Diagnosen im Verhältnis zur Grundgesamtheit, entfallen auf jeden Rehabilitanden durchschnittlich 1,09 weitere psychische Diagnosen (Männer 0,96 und Frauen 1,66).

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 25,4% (24,1% bei Männern vs. 31,0% bei Frauen),
- **Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes** mit 21,6% (19,1% vs. 32,6%),

- **Krankheiten des Kreislaufsystems** mit 13,8% (13,0% vs. 17,6%).

Im Durchschnitt entfallen auf jeden Rehabilitanden 1,42 weitere somatische Diagnosen (Männer 1,32 und Frauen 1,89).

### 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 Sucht-/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 „über zwanzig Jahre“.

Da nicht in allen datenliefernden Dokumentationssystemen die Dauer der Suchtmittelabhängigkeit valide erhoben wurde, beschränkt sich die Darstellung der Abhängigkeitsdauer in Tabelle 13 auf die Datensätze von 13 der 15 Einrichtungen mit einer Stichprobengröße von  $n = 2405$ .

Bei 0,3% der Patienten betrug die Abhängigkeitsdauer weniger als ein Jahr, weitere 15,4% der Patienten waren ein bis fünf Jahre abhängig. Eine Abhängigkeitsdauer von sechs bis zehn Jahren wurde bei 27,2%, von elf bis fünfzehn Jahren bei 23,4%, von sechzehn bis zwanzig Jahren bei 20,4% und von über zwanzig Jahren bei 13,4% der Patienten angegeben.

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug 13,2 Jahre ( $\pm 7,6$  Jahre). Bei den Männern betrug die Dauer der Abhängigkeit 13,5 Jahre ( $\pm 7,8$  Jahre), bei den Frauen 11,9 Jahre ( $\pm 6,7$  Jahre).

### Anzahl der Entzugsbehandlungen

Bezüglich der Anzahl der vorherigen Entzugsbehandlungen lagen für 9,1% aller Patienten keine Daten vor. 27,0% der restlichen Stichprobe hatten sich bisher keiner Entzugsbehandlung unterzogen. Weitere 26,4% der Patienten absolvierten eine, 17,3% zwei, 8,5% drei, 5,1% vier und 10,4% fünf bis zehn Entzugsbehandlungen in der Vorgeschichte. Elf bis zwanzig Entzüge wurden bei 3,6% der

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	115	4,8%	27	4,9%	142	4,8%
HIV-Infektionsstatus:		B20-B24					
Getestet, negativ		747	31,3%	199	36,1%	946	24,0%
Getestet, positiv		19	0,8%	3	0,5%	22	0,6%
Status unbekannt bzw. keine Angaben		1623	67,9%	350	63,4%	1.973	50,1%
Neubildungen	C00 - D48	122	5,1%	19	3,4%	141	4,8%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50 - D89	30	1,3%	19	3,4%	49	1,7%
endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00 - E90	576	24,1%	171	31,0%	747	25,4%
Krankheiten des Nervensystems	G00 - G99	257	10,8%	102	18,5%	359	12,2%
Krankheiten des Auges, der Augenanhängegebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00 - H95	89	3,7%	37	6,7%	126	4,3%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00 - I99	310	13,0%	97	17,6%	407	13,8%
Krankheiten des Atmungssystems	J00 - J99	276	11,6%	103	18,7%	379	12,9%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00 - K93	240	10,0%	77	13,9%	317	10,8%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00 - L99	107	4,5%	33	6,0%	140	4,8%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00 - M99	456	19,1%	180	32,6%	636	21,6%
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00 - N99	20	0,8%	23	4,2%	43	1,5%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andersorts klassifiziert sind	R00 - R99	78	3,3%	19	3,4%	97	3,3%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00 - T98	194	8,1%	44	8,0%	238	8,1%
sonstige somatische Diagnosen		273	11,4%	90	16,3%	363	12,3%
<b>Gesamtzahl der Diagnosen</b>		<b>3143</b>		<b>1041</b>		<b>4.184</b>	
<b>Diagnosen pro Rehabilitand</b>		<b>1,32</b>		<b>1,89</b>		<b>1,42</b>	
<b>Gesamtzahl der betrachteten Datensätze</b>		<b>2389</b>	<b>100,0%</b>	<b>552</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.941</b>	<b>100,0%</b>

Patienten und mehr als zwanzig Entzüge wurden bei 1,7% der Patienten durchgeführt.

Die durchschnittliche Anzahl der bisherigen Entzugsbehandlungen beträgt 3,0 ( $\pm$

6,1). Männliche und weibliche Patienten unterscheiden sich in der durchschnittlichen Anzahl der bisherigen Entzugsbehandlungen mit 3,1 ( $\pm 6,5$ ) vs. 2,3 ( $\pm 4,0$ ) Entzugsbehandlungen.

Tabelle 13: Dauer der Abhängigkeit in Jahren, 13 von 15 Einrichtungen wurden berücksichtigt

Abhängigkeitsdauer	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
unter einem Jahr	6	0,3%	1	0,2%	7	0,3%
ein bis fünf Jahre	295	15,1%	75	16,7%	370	15,4%
sechs bis zehn Jahre	512	26,2%	141	31,4%	653	27,2%
elf bis fünfzehn Jahre	443	22,6%	120	26,7%	563	23,4%
sechzehn bis zwanzig Jahre	415	21,2%	75	16,7%	490	20,4%
mehr als zwanzig Jahre	285	14,6%	37	8,2%	322	13,4%
<b>Zusammen</b>	<b>1956</b>	<b>100,0%</b>	<b>449</b>	<b>100,0%</b>	<b>2405</b>	<b>100,0%</b>
<b>Mittelwert ± Standardabweichung</b>	<b>13,5 ± 7,8 Jahre</b>		<b>11,9 ± 6,7 Jahre</b>		<b>13,2 ± 7,6 Jahre</b>	

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

Anzahl der Entzugsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
keine Entzugsbehandlungen	584	26,8%	138	28,0%	722	27,0%
eine Entzugsbehandlung	556	25,5%	150	30,5%	706	26,4%
zwei Entzugsbehandlungen	391	17,9%	72	14,6%	463	17,3%
drei Entzugsbehandlungen	183	8,4%	45	9,1%	228	8,5%
vier Entzugsbehandlungen	111	5,1%	26	5,3%	137	5,1%
fünf bis zehn Entzugsbehandlungen	232	10,6%	45	9,1%	277	10,4%
elf bis zwanzig Entzugsbehandlungen	84	3,8%	12	2,4%	96	3,6%
mehr als zwanzig Entzugsbehandlungen	41	1,9%	4	0,8%	45	1,7%
<b>Zusammen</b>	<b>2182</b>	<b>100,0%</b>	<b>492</b>	<b>100,0%</b>	<b>2674</b>	<b>100,0%</b>
<b>Mittelwert ± Standardabweichung</b>	<b>3,1 ± 6,5 Entzugsbehandlungen</b>		<b>2,3 ± 4,0 Entzugsbehandlungen</b>		<b>3,0 ± 6,1 Entzugsbehandlungen</b>	
keine Daten	207	8,7%	60	10,9%	267	9,1%
Alle Datensätze	2389	100,0%	552	100,0%	2941	100,0%

Tabelle 15: Anzahl der stationären Entwöhnungsbehandlungen

Anzahl der bisher durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
bisher noch keine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt	1175	61,0%	276	67,6%	1451	62,2%
bisher eine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt	447	23,2%	87	21,3%	534	22,9%
bisher zwei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt	179	9,3%	34	8,3%	213	9,1%
bisher drei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt	75	3,9%	8	2,0%	83	3,6%
bisher mehr als drei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt	49	2,5%	3	0,7%	52	2,2%
<b>Zusammen</b>	<b>1925</b>	<b>100,0%</b>	<b>408</b>	<b>58,4%</b>	<b>2333</b>	<b>100,0%</b>
<b>Mittelwert ± Standardabweichung</b>	<b>0,7 ± 1,1 Entwöhnungsbehandlungen</b>		<b>0,5 ± 0,8 Entwöhnungsbehandlungen</b>		<b>0,6 ± 1,1 Entwöhnungsbehandlungen</b>	
keine Daten	464	19,4%	144	26,1%	608	20,7%
<b>Alle Datensätze</b>	<b>2389</b>	<b>100,0%</b>	<b>552</b>	<b>100,0%</b>	<b>2941</b>	<b>100,0%</b>

### Anzahl der stationären Entwöhnungsbehandlungen

62,2% der Patienten (61,0% Männer vs. 67,6% Frauen) begannen die Indexbehandlung, ohne vorher eine andere stationäre Entwöhnungsmaßnahme absolviert zu haben. Eine vorherige Entwöhnungsbehandlung hatten 22,9% der Patienten (23,2% vs. 21,3%) absolviert, zwei Entwöhnungsbehandlungen in der Vorgeschichte wiesen 9,1% (9,3% vs. 8,3%) auf, drei Entwöhnungsbehandlungen 3,6% (3,9% vs. 2,0%) sowie mehr als drei Entwöhnungsbehandlungen 2,2% (2,5% vs. 0,7%). Für 20,7% 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 36,4% aller Patienten regulär entlassen (36,9% der Männer vs. 34,2% der Frauen). Vorzeitig auf ärztliche bzw. therapeutische Veranlassung wurden 13,6% (14,1% vs. 11,4%) entlassen, vorzeitig mit ärztlichem bzw. therapeutischem Einverständnis 3,0% (2,8% vs. 3,9%). 23,3% der Patienten (22,8% vs. 25,2%) beendeten die Behandlung ohne ärztliches bzw. therapeutisches Einverständnis, eine disziplinarische Entlassung wurde in 9,2% (9,2% vs. 9,5%) der Fälle vorgenommen. 13,9% aller Patienten (13,7% vs. 15,0%) beendeten die Behandlung mit einem planmäßigen Wechsel in eine andere Behandlungsform, für 0,5% (0,5% vs. 0,7%) wurde als Entlassart eine außerplanmäßige Verlegung bzw. ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung dokumentiert.

Im Vergleich der Geschlechter fällt auf, dass Männer häufiger als Frauen die Behandlung vorzeitig aufgrund ärztlicher/therapeutischer Veranlassung beenden (14,1% vs. 11,4%). Frauen hingegen beenden die Behandlung häufiger vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis (3,9% vs. 2,8%) oder brechen die Behandlung ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis vorzeitig ab (25,2% vs. 22,8%).

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 66,9% aller Patienten gegeben. Bei den Männern betrug der Anteil planmäßiger Entlassungen 67,5%, bei den Frauen 64,5%.

**Behandlungsdauer**

Die Verteilung der Behandlungsdauern (Entwöhnungsbehandlung Phase 1 ohne Adaption) ist in Tabelle 17 dargestellt. Die Behandlungsdauer betrug für alle Patienten im Schnitt 107,9 Tage (± 64,1 Tage). Frauen wurden mit durchschnittlich 110,8 Tagen (± 66,2 Tage) etwas länger behandelt als Männer mit 107,2 (± 63,7 Tage).

Legt man für die Berechnung nur die regulären Entlassungen zugrunde, ergibt sich eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 148,8 Tagen (± 42,9 Tage). Regulär entlassene Männer waren mit 148,1 Tagen (± 41,1 Tage) im Durchschnitt kürzer in der Einrichtung als regulär entlassene Frauen mit 151,7 Tagen (± 50,5).

Werden die planmäßigen Entlassungen als Grundlage herangezogen, ergeben sich die folgenden durchschnittlichen Behandlungsdauern: 133,5 (± 54,6 Tage) für alle Patienten, 132,7 (± 53,5 Tage) für Männer sowie 137,4 (± 59,2 Tage) für Frauen.

Der größte Teil der Patienten (29,4%) beendete die Behandlung nach 20 bis 26 Wochen, 16,3% wurden innerhalb der ersten vier Wochen und weitere 6,6% in der fünften bis siebten Behandlungswoche entlassen. 15,0% aller Patienten blieben zwischen acht und zwölf Wochen in der Einrichtung und bei 23,1% dauerte die Behandlung zwischen 13 und 20 Wochen. Eine Behandlungsdauer von mehr als sechs Monaten hatten 9,6% 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 2,2% der Patienten einen Ausbildungsplatz, 11,2% waren Arbeiter, Angestellte

Tabelle 16: Art der Beendigung

Art der Beendigung	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
regulär nach Beratung/Behandlungsplan	870	36,9%	183	34,2%	1053	36,4%
vorzeitig auf ärztlich therapeutische Veranlassung	333	14,1%	61	11,4%	394	13,6%
vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis	66	2,8%	21	3,9%	87	3,0%
vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch Klienten	538	22,8%	135	25,2%	673	23,3%
disziplinarisch	216	9,2%	51	9,5%	267	9,2%
außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	11	0,5%	4	0,7%	15	0,5%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	323	13,7%	80	15,0%	403	13,9%
<b>Zusammen</b>	<b>2357</b>	<b>100,0%</b>	<b>535</b>	<b>100,0%</b>	<b>2892</b>	<b>100,0%</b>
<b>planmäßiger Abschluss</b>	<b>1592</b>	<b>67,5%</b>	<b>345</b>	<b>64,5%</b>	<b>1937</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	32	1,3%	17	3,1%	49	1,7%
<b>Alle Datensätze</b>	<b>2389</b>	<b>100,0%</b>	<b>552</b>	<b>100,0%</b>	<b>2941</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 17: Behandlungsdauer

Behandlungsdauer	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 28 Tage (4 Wochen)	398	16,7%	81	14,7%	479	16,3%
bis 42 Tage (6 Wochen)	156	6,5%	39	7,1%	195	6,6%
bis 56 Tage (8 Wochen)	110	4,6%	42	7,6%	152	5,2%
bis 84 Tage (12 Wochen)	241	10,1%	48	8,7%	289	9,8%
bis 112 Tage (16 Wochen)	303	12,7%	63	11,4%	366	12,4%
bis 140 Tage (20 Wochen)	255	10,7%	59	10,7%	314	10,7%
bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate)	712	29,8%	152	27,5%	864	29,4%
über 6 Monate	214	9,0%	68	12,3%	282	9,6%
<b>Zusammen</b>	<b>2389</b>	<b>100,0%</b>	<b>552</b>	<b>100,0%</b>	<b>2941</b>	<b>100,0%</b>
<b>Behandlungsdauer</b>	<b>107,2 ± 63,7 Tage</b>		<b>110,8 ± 66,2 Tage</b>		<b>107,9 ± 64,1 Tage</b>	
<b>Behandlungsdauer bei regulärer Entlassung</b>	<b>148,1 ± 41,1 Tage</b>		<b>151,7 ± 50,5 Tage</b>		<b>148,8 ± 42,9 Tage</b>	
<b>Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung</b>	<b>132,7 ± 53,5 Tage</b>		<b>137,4 ± 59,2 Tage</b>		<b>133,5 ± 54,6 Tage</b>	

oder Beamte. 0,3% waren als Selbständige oder Freiberufler tätig, 0,3% galten als sonstige Erwerbspersonen und 0,6% befanden sich in beruflicher Rehabilitation und 0,7% waren in Elternzeit oder längerfristigem Krankenstand. 76,8% aller Patienten waren bei Behandlungsende arbeitslos, wobei 62,4% Arbeitslosengeld II und 14,4% Arbeitslosengeld I erhielten. Weitere 0,8% waren Schüler oder Stu-

denten, 0,1% waren Hausfrau/Hausmann, 2,0% waren Rentner bzw. Pensionäre und 5,0% wurden als sonstige Nichterwerbspersonen kodiert. Für 6,4% aller Patienten lagen keine Daten vor. Im Vergleich hinsichtlich des Geschlechts zeigt sich, dass zum Betreuungsende Frauen häufiger arbeitslos sind als Männer (82,2% vs. 75,6%), was zum Behandlungsbeginn umgekehrt war.

Tabelle 18: Erwerbs- und Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende

Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Auszubildender	50	2,2%	10	1,9%	60	2,2%
Arbeiter/Angestellter/Beamte	273	12,2%	36	6,9%	309	11,2%
Selbständiger/Freiberufler	7	0,3%	0	0,0%	7	0,3%
Sonstige Erwerbspersonen	7	0,3%	1	0,2%	8	0,3%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	13	0,6%	3	0,6%	16	0,6%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	11	0,5%	8	1,5%	19	0,7%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	321	14,4%	75	14,4%	396	14,4%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	1365	61,2%	354	67,8%	1719	62,4%
Schüler/Student	18	0,8%	3	0,6%	21	0,8%
Hausfrau/Hausmann	2	0,1%	2	0,4%	4	0,1%
Rentner/Pensionär	47	2,1%	9	1,7%	56	2,0%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	51	2,3%	9	1,7%	60	2,2%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	66	3,0%	12	2,3%	78	2,8%
<b>Zusammen</b>	<b>2231</b>	<b>100,0%</b>	<b>522</b>	<b>100,0%</b>	<b>2753</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	158	6,6%	30	5,4%	188	6,4%
<b>Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende</b>	<b>Männer</b>		<b>Frauen</b>		<b>Gesamt</b>	
Selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus)	881	44,1%	271	59,3%	1152	46,9%
Bei anderen Personen	613	30,7%	97	21,2%	710	28,9%
Ambulant Betreutes Wohnen	43	2,2%	9	2,0%	52	2,1%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	283	14,2%	58	12,7%	341	13,9%
Wohnheim/Übergangswohnheim	48	2,4%	3	0,7%	51	2,1%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	20	1,0%	3	0,7%	23	0,9%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	7	0,4%	2	0,4%	9	0,4%
ohne Wohnung	85	4,3%	9	2,0%	94	3,8%
sonstiges	20	1,0%	5	1,1%	25	1,0%
<b>Zusammen</b>	<b>2000</b>	<b>100,0%</b>	<b>457</b>	<b>100,0%</b>	<b>2457</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	389	16,3%	95	17,2%	484	16,5%

Zur Wohnsituation zum Betreuungsende gaben 46,9% der Patienten an, selbstständig zu wohnen, 28,9% wohnten bei anderen Personen und 2,1% gingen in ambulant betreutes Wohnen, 13,9%

wechselten in eine (Fach-)Klinik bzw. stationäre Rehabilitationseinrichtung. Weitere 2,1% zogen in ein Wohnheim oder Übergangswohnheim, 0,9% mussten eine Haftstrafe antreten bzw. fortset-

zen. 0,4% gingen nach der Entlassung in eine Notunterkunft oder Übernachtungsstelle, 1,0% hatten eine sonstige Unterkunft und 3,8% waren ohne Wohnung. Für 16,5% fehlten entsprechende Daten. Im Vergleich zwischen Männern und Frauen zeigt sich, dass Frauen nach einer Reha-Maßnahme häufiger selbstständig wohnen (59,3% vs. 44,1%), während Männer öfter angeben, bei anderen Personen zu wohnen (30,7% vs. 21,2%).

**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 87,8% (88,8% Männer vs. 83,6% Frauen) arbeitsfähig entlassen und 10,6% (9,7% vs. 14,7%) als arbeitsunfähig. Bei 0,8% der Patienten (0,8% vs. 0,9%) war eine Beurteilung nicht erforderlich. Die Kodierung „Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, verstorben“ wurde bei 0,7% der Patienten (0,7% vs. 0,6%) verwendet. Bei 3,2% aller Patienten waren keine Daten zur Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende kodiert.

Bezogen auf die Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Betreuungsende wurden 86,3% (87,8% vs. 80,0%) mit einer Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“ entlassen. Bei weiteren 2,3% (2,3% vs. 2,4%) wurde eine Leistungsfähigkeit „3 bis unter 6 Stunden“ und bei 9,3% (8,1% vs. 14,4%) eine Leistungsfähigkeit „unter 3 Stunden“ kodiert. Bei 2,1% der Patienten (1,8% vs. 3,3%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 18,0% (18,2% vs. 16,8%) fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Die Betrachtung der Leistungsfähigkeit allgemein bei Betreuungsende zeigt ein noch besseres Ergebnis mit einem Anteil von 91,9% (93,2% vs. 86,5%) in der Kategorie Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“. Bei weiteren 2,4% (2,0% vs. 4,0%) wurde eine Leistungsfähigkeit „3 bis unter 6 Stunden“ und bei 4,0% (3,4% vs. 6,8%) eine Leistungsfähigkeit „unter 3 Stunden“ kodiert. Bei 1,7% der Patienten (1,5% vs. 2,7%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 16,2% (16,6% vs. 14,3%) fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

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

Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
arbeitsfähig	2050	88,8%	450	83,6%	2500	87,8%
arbeitsunfähig	224	9,7%	79	14,7%	303	10,6%
Maßnahme nicht ordnungsgemäß Abgeschlossen	16	0,7%	3	0,6%	19	0,7%
Hausfrau/Hausmann	0	0,0%	1	0,2%	1	0,0%
Beurteilung nicht erforderlich	18	0,8%	5	0,9%	23	0,8%
<b>Zusammen</b>	<b>2308</b>	<b>100,0%</b>	<b>538</b>	<b>100,0%</b>	<b>2846</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	81	3,4%	14	2,5%	95	3,2%
Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
6 Stunden und mehr	1716	87,8%	367	80,0%	2083	86,3%
3 bis unter 6 Stunden	44	2,3%	11	2,4%	55	2,3%
unter 3 Stunden	159	8,1%	66	14,4%	225	9,3%
keine Angabe erforderlich	35	1,8%	15	3,3%	50	2,1%
<b>Zusammen</b>	<b>1954</b>	<b>100,0%</b>	<b>459</b>	<b>100,0%</b>	<b>2413</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	435	18,2%	93	16,8%	528	18,0%
Leistungsfähigkeit allgemein bei Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
6 Stunden und mehr	1857	93,2%	409	86,5%	2266	91,9%
3 bis unter 6 Stunden	39	2,0%	19	4,0%	58	2,4%
unter 3 Stunden	67	3,4%	32	6,8%	99	4,0%
keine Angabe erforderlich	30	1,5%	13	2,7%	43	1,7%
<b>Zusammen</b>	<b>1993</b>	<b>100,0%</b>	<b>473</b>	<b>100,0%</b>	<b>2466</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	396	16,6%	79	14,3%	475	16,2%

## 2.5 Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017

Im Folgenden werden ausgewählte Variablen der Basisdokumentation 2017 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.

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	347	77,1%	32	1,6%	4	1,5%	0	0,0%
arbeitslos	93	20,7%	1916	96,8%	70	26,6%	3	42,9%
nicht erwerbstätig	6	1,3%	24	1,2%	189	71,9%	0	0,0%
berufliche Rehabilitation	4	0,9%	8	0,4%	0	0,0%	4	57,1%
<b>Zusammen</b>	<b>450</b>	<b>100,0%</b>	<b>1980</b>	<b>100,0%</b>	<b>263</b>	<b>100,0%</b>	<b>7</b>	<b>100,0%</b>

Zum Ende der Betreuung hatten 14,2% der Patienten einen Arbeitsplatz, 77,1% waren arbeitslos, 8,1% waren nicht erwerbstätig und 0,6% in beruflicher Rehabilitation.

Von 450 Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt einen Arbeitsplatz hatten, standen bei Entlassung noch 77,1% in einem Arbeitsverhältnis. 20,7% waren arbeitslos, 1,3% galten als nicht erwerbstätig und 0,9% hatten eine berufliche Rehabilitation begonnen.

Arbeitslos waren bei Behandlungsbeginn 1980 Patienten. Hiervon hatten bei Entlassung 1,6% einen neuen Arbeitsplatz, 96,8% waren nach wie vor arbeitslos, 1,2% waren nicht erwerbstätig und 0,4% traten eine berufliche Rehabilitation an.

Von 263 bei Aufnahme nicht erwerbstätigen Patienten waren nach Abschluss der Behandlung 1,5% im Besitz eines Arbeitsplatzes, 26,6% waren arbeitslos gemeldet, keiner in beruflicher Reha und 71,9% waren weiterhin nicht erwerbstätig.

Sieben Patienten hatten die Behandlung aus einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme heraus begonnen, die von 57,1% nach der Entlassung fortgeführt wurde und 42,9% waren arbeitslos.

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

### Arbeitsfähigkeit zum Beginn und zum Ende der Betreuung

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

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

Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende	Arbeitsfähigkeit unmittelbar vor Betreuungsbeginn					
	arbeitsfähig		arbeitsunfähig		Gesamt	
arbeitsfähig	1408	95,2%	1001	82,0%	2409	89,2%
arbeitsunfähig	71	4,8%	220	18,0%	291	10,8%
<b>Gesamt</b>	<b>1479</b>	<b>100,0%</b>	<b>1221</b>	<b>100,0%</b>	<b>2700</b>	<b>100,0%</b>

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

Psychische Komorbidität F0 bis F9	Männer		Frauen		Gesamt	
Keine F-Diagnose	794	33,2%	41	7,4%	835	28,4%
eine F-Diagnose	962	40,3%	247	44,7%	1209	41,1%
zwei F-Diagnosen	419	17,5%	154	27,9%	573	19,5%
drei F-Diagnosen	145	6,1%	68	12,3%	213	7,2%
vier F-Diagnosen	46	1,9%	28	5,1%	74	2,5%
fünf F-Diagnosen	9	0,4%	9	1,6%	18	0,6%
sechs F-Diagnosen	14	0,6%	5	0,9%	19	0,6%
<b>Zusammen</b>	<b>2389</b>	<b>100,0%</b>	<b>552</b>	<b>100,0%</b>	<b>2941</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 23: Psychische Komorbidität: Differenzierung der Diagnose

	Depression		Angststörung		Persönlichkeitsstörung	
	F32, F33, F34.1		F40, F41		F60, F61	
keine entsprechende F-Diagnose	2185	74,3%	2799	95,2%	2314	78,7%
mind. eine Diagnose	756	25,7%	142	4,8%	627	21,3%
<b>Gesamt</b>	<b>2941</b>	<b>100,0%</b>	<b>2941</b>	<b>100,0%</b>	<b>2941</b>	<b>100,0%</b>

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	523	21,9%	94	3,9%	398	16,7%
<b>Gesamt n Männer</b>	<b>2389</b>	<b>100,0%</b>	<b>2389</b>	<b>100,0%</b>	<b>2389</b>	<b>100,0%</b>
Anteil bei Frauen	233	42,2%	48	8,7%	229	41,5%
<b>Gesamt n bei Frauen</b>	<b>552</b>	<b>100,0%</b>	<b>552</b>	<b>100,0%</b>	<b>552</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 25: Art der Therapiebeendigung und Behandlungsdauer (in Tagen) in Abhängigkeit von der Anzahl der F-Diagnosen (ohne Suchtdiagnosen) – Daten aus 12 von 15 Einrichtungen

Behandlungsdauer in Tagen	Art der Therapiebeendigung		
	Alle Entlassungen	Reguläre Entlassungen	Planmäßige Entlassungen
	<b>n = 2085</b>	<b>n = 742</b>	<b>n = 1278</b>
keine F-Diagnose	110,7	153,3	137,7
eine F-Diagnose	108,0	155,0	141,6
zwei F-Diagnosen	108,2	154,1	139,9
drei F-Diagnosen	116,6	160,4	154,4
vier F-Diagnosen	139,0	189,6	154,2
fünf F-Diagnosen	146,5	181,0	181,0
sechs F-Diagnosen	143,2	154,8	154,8
<b>Gesamt</b>	<b>109,9</b>	<b>154,8</b>	<b>140,6</b>

Bei Entlassung aus der Behandlung waren 89,2% arbeitsfähig und 10,8% waren arbeitsunfähig.

Von 1479 Patienten, die bei Behandlungsbeginn arbeitsfähig waren, waren dies auch 95,2% bei Behandlungsende und 4,8% waren arbeitsunfähig.

Von 1221 Patienten, die bei der Aufnahme als arbeitsunfähig beurteilt wurden, waren bei Entlassung 82,0% arbeitsfähig und 18,0% waren weiter arbeitsunfähig.

## 2.6 Psychische Komorbidität

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

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

28,4% aller Patienten haben neben der Hauptdiagnose keine zusätzliche psychische Diagnose (F-Diagnose), wobei ein geschlechtsspezifischer Unterschied mit 32,2% bei Männern vs. 7,4% bei Frauen vorhanden ist. Dies bedeutet, dass 67,8% der Männer und 92,3% der Frauen neben der Hauptdiagnose mindestens eine Diagnose zur psychischen Komorbidität haben. 41,1% aller Patienten (40,3% vs. 44,7%) hatten eine, 19,5% (17,5% vs. 27,9%) zwei, 7,2% (6,1% vs. 12,3%) drei und 2,5% (1,9% vs. 5,1%) vier psychische Diagnosen. Fünf Diagnosen hatten 0,6% (0,4% vs. 1,6%) und sechs Diagnosen hatten 0,6% (0,6% vs. 0,9%).

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.

25,7% aller Patienten haben mindestens eine Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen, 4,8% aus dem Bereich der Angststörungen und 21,3% aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen.

In Tabelle 24 sind für die Patienten mit mindestens einer psychischen Diagnose aus Tabelle 23 die jeweiligen geschlechtsspezifischen Anteile dargestellt. Ausgehend von den 756 Patienten aus Tabelle 24 mit mindestens einer Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen liegt der Anteil bezogen auf alle Männer der Stichprobe bei 21,9% vs. 42,2% bezogen auf alle Frauen der Stichprobe. Für die 142 Patienten mit mindestens einer Angststörung liegen die Anteile bei 3,9% vs. 8,7% und für die 627 Patienten mit mindestens einer Persönlichkeitsstörung bei 16,7% vs. 41,5%.

Der Zusammenhang von psychischer Komorbidität, Behandlungsdauer und Art der Beendigung ist in der Tabelle 26 dargestellt.

Bei Betrachtung aller Entlassungen mit n = 2085 Patienten liegt die mittlere Behandlungsdauer bei 109,9 Tagen. Liegt neben der Hauptdiagnose keine weitere psychische Diagnose vor, so liegt die mittlere Behandlungsdauer bei 110,7 Tagen. Die mittlere Behandlungsdauer sinkt beim Vorliegen einer psychischen Diagnose auf 108,0 oder zwei Diagnosen auf 108,2 Tage. Ab drei Diagnosen steigt sie auf 116,6, bei vier Diagnosen auf 139,0 Tage und bei fünf Diagnosen auf 146,5 Tage, bevor sie bei sechs Diagnosen wieder auf 143,2 Tage absinkt.

Für die regulären Entlassungen n = 742 zeigt sich eine mittlere Behandlungsdauer von 154,8 Tagen. Liegt keine weitere Diagnose vor, liegt die mittlere Behandlungsdauer bei 153,3 Tagen, bei einer weiteren Diagnose steigt sie auf 155,0, sinkt bei zwei auf 154,1, und steigt bei drei auf 160,4 und bei vier auf 189,6 Tage an. Bei fünf Diagnosen sinkt die Behandlungsdauer auf 181,0 und bei sechs auf 154,8 Tage ab.

Betrachtet man die planmäßigen Entlassungen n = 1278 zeigt sich eine mittlere Behandlungsdauer von 140,6 Tagen. Wenn keine weitere Diagnose vorliegt, liegt sie bei 137,7 Tagen, bei einer bei 141,6 Tagen, bei zwei weiteren Diagnosen sinkt sie auf 139,9 Tage und steigt bei drei auf 154,4 Tage an. Bei vier weiteren psychischen Diagnosen liegt die mittlere Behandlungsdauer bei 154,2 Tagen,

Tabelle 26: Psychische Komorbidität: Art der Therapiebeendigung (Daten aus 12 von 15 Einrichtungen)

Art der Therapiebeendigung	keine F-Diagnose	mind. eine F-Diagnose	Depression	Angststörung	Persönlichkeitsstörung
			(≥ 1)	(≥ 1)	(≥ 1)
	<b>n = 763</b>	<b>n = 1273</b>	<b>n = 370</b>	<b>n = 49</b>	<b>n = 342</b>
regulär nach Beratung/ Behandlungsplan	37,7%	35,7%	48,9%	49,0%	29,2%
vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung	13,5%	10,6%	9,5%	12,2%	16,1%
vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis	3,3%	2,7%	2,4%	2,0%	3,2%
vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch Klienten	23,6%	27,7%	24,6%	28,6%	25,7%
disziplinarisch	9,0%	11,1%	5,9%	6,1%	14,3%
außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	0,5%	0,9%	0,5%	0,0%	0,6%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	12,3%	11,3%	8,1%	2,0%	10,8%
planmäßige Entlassung	66,8%	60,3%	68,9%	65,3%	59,4%

Tabelle 27: Psychische Komorbidität: Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende (nur Kategorien arbeitsfähig und arbeitsunfähig) (Daten aus 12 von 15 Einrichtungen)

Psychische Komorbidität	keine F-Diagnose	mind. eine F-Diagnose	Depression (≥ 1)	Angststörung (≥ 1)	Persönlichkeitsstörung (≥ 1)
<b>Arbeitsfähigkeit</b>	<b>n = 711</b>	<b>n = 1252</b>	<b>n = 375</b>	<b>n = 49</b>	<b>n = 329</b>
arbeitsfähig	94,7%	87,3%	87,5%	87,8%	86,3%
arbeitsunfähig	5,3%	12,7%	12,5%	12,2%	13,7%

steigt bei fünf auf 181,0 Tage an und sinkt bei sechs wieder auf 154,8 Tage ab.

In Tabelle 27 ist die Art der Therapiebeendigung näher aufgeschlüsselt und der psychischen Komorbidität sowie Diagnosegruppierungen gegenübergestellt. Patienten ohne psychische Komorbidität beenden prozentual häufiger die Therapie regulär im Vergleich zu Patienten mit mind. einer psychischen Diagnose (37,7% vs. 35,7%). Ebenso beenden prozentual etwas mehr Patienten ohne psychische Komorbidität die Behandlung planmäßig, als solche mit mindestens einer weiteren psychischen Diagnose (66,8% vs. 60,3%).

Betrachtet man die einzelnen Diagnosegruppierungen, so zeigen sich jedoch Unterschiede. Den höchsten Anteil planmäßiger Entlassungen findet sich beim Vorliegen mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Depressionen mit 68,9%, gefolgt von 65,3% bei mind. einer Angstdia-

gnose und 59,3% bei mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Regulär beenden die Behandlung am häufigsten Patienten mit mind. einer Angstdiagnose (49,0%), gefolgt von Patienten mit mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Depressionen (48,9%). Patienten mit mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen beenden die Behandlung regulär mit durchschnittlich 29,2%. Auch zeigt sich, dass Patienten mit mind. einer Angstdiagnose mit 28,6% die Behandlung am häufigsten „vorzeitig ohne ärztliche/therapeutische Einverständnis, Abbruch durch Klienten“ beenden und Patienten mit mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen am häufigsten mit 16,1% „vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung“ hin die Behandlung beenden.

Tabelle 28 stellt die Arbeitsfähigkeit bei Therapiebeendigung im Zusammen-

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
<b>Geschlecht</b>	<b>n = 889</b>	<b>n = 1753</b>	<b>n = 299</b>
männlich	81,7%	80,4%	84,9%
weiblich	18,3%	19,6%	15,1%
<b>Partnerbeziehung</b>	<b>n = 852</b>	<b>n = 1681</b>	<b>n = 290</b>
keine Partnerschaft	70,2%	63,9%	58,6%
in Partnerschaft	29,8%	36,1%	41,4%
<b>Schulabschluss</b>	<b>n = 869</b>	<b>n = 1713</b>	<b>n = 292</b>
Derzeit in Schulausbildung	0,5%	0,1%	0,0%
ohne Schulabschluss abgegangen	17,5%	11,4%	8,6%
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	40,7%	42,3%	45,9%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	32,8%	34,8%	30,5%
(Fach-)Hochschulreife/ Abitur	7,1%	10,3%	14,0%
Anderer Schulabschluss	1,4%	1,2%	1,0%
<b>Ausbildungsabschluss</b>	<b>n = 860</b>	<b>n = 1696</b>	<b>n = 289</b>
noch keine Ausbildung begonnen	22,0%	8,5%	4,2%
Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	7,9%	1,1%	0,0%
Keine Hochschul- oder Berufs- ausbildung abgeschlossen	48,7%	34,6%	27,0%
Betrieblicher Berufsabschluss	19,5%	50,8%	60,6%
Meister/Techniker	0,1%	0,9%	1,7%
Akademischer Abschluss	0,3%	2,4%	3,8%
Anderer Berufsabschluss	1,4%	1,7%	2,8%
<b>Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn</b>	<b>n = 844</b>	<b>n = 1682</b>	<b>n = 291</b>
Arbeitsplatz vorhanden	19,3%	16,2%	23,7%
arbeitslos	67,7%	75,9%	63,2%
nicht erwerbstätig	12,9%	7,5%	13,1%
in beruflicher Rehabilitation	0,1%	0,4%	0,0%
<b>Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende</b>	<b>n = 805</b>	<b>n = 1658</b>	<b>n = 290</b>
Arbeitsplatz vorhanden	15,2%	13,2%	21,4%
arbeitslos	72,7%	81,0%	64,5%
nicht erwerbstätig	11,7%	5,3%	12,8%
in beruflicher Rehabilitation	0,5%	0,5%	1,4%

hang mit der psychischen Komorbidität sowie den Diagnosegruppierungen dar.

Der höchste Anteil an arbeitsfähig entlassenen Patienten mit 94,7% zeigt sich bei Patienten ohne psychische Komorbidität. Patienten mit mind. einer psychischen Diagnose werden mit 87,3% geringer arbeitsfähig entlassen. Bei Betrachtung der einzelnen Diagnosegruppierungen ergibt sich, dass Patienten mit dem Vorliegen mind. einer Diagnose einer Angststörung mit 87,8% am häufigsten

als arbeitsfähig entlassen werden, gefolgt von 87,5% bei mind. einer Depressionsdiagnose und 86,3% bei mind. einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen.

### 2.7 Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017

In Tabelle 29 ist eine altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017 des Fachver-

bandes 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 15 Einrichtungen mit n = 2941 Patienten verwendet. Für die altersspezifische Betrachtung wurden die drei Patienten-Altersgruppen „bis 25 Jahre“, „26 bis 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 81,7%, in der Altersgruppe der „26 bis 40 Jahre“ nimmt er leicht ab (80,4%) und liegt in der Altersgruppe der Patienten „über 40 Jahre“ mit 84,9% am höchsten.

**Partnerbeziehung:** 70,2% der Patienten bis 25 Jahre geben an, keine feste Partnerschaft zu haben, gegenüber 63,9% der 26- bis 40-Jährigen und 58,6% der über 40-Jährigen. In der Gruppe über 40-Jährigen ist der relative Anteil mit einer festen Beziehung mit 41,4% am größten, gegenüber 29,8% bei den bis 25-Jährigen und 36,1% bei den über 40-Jährigen.

**Schulabschluss:** 17,5% der bis 25-Jährigen ist ohne Schulabschluss, wohingegen es bei den 26- bis 40-Jährigen noch 11,4% und bei den über 40-Jährigen 8,6% sind. Lediglich 7,1% der unter 25-Jährigen verfügen über die Fachhochschul- bzw. Hochschulreife bzw. Abitur, gegenüber 10,3% der 26- bis 40-Jährigen und 14,0% der über 40-Jährigen.

**Ausbildungsabschluss:** Mit 48,7% bei den unter 25-Jährigen ist in dieser Altersgruppe der relative Anteil an Patienten ohne abgeschlossene Hochschul- oder Berufsausbildung am größten, gefolgt von 34,6% bei den 26- bis 40-Jährigen und 27,0% bei den über 40-Jährigen. 7,9% der bis 25-Jährigen befanden sich zu Behandlungsbeginn in einer Hochschul- oder Berufsausbildung, 1,1% der 26- bis 40-Jährigen und keiner der Patienten über 40 Jahre.

**Erwerbssituation am Tag vor dem Betreuungsbeginn:** In der Altersgruppe der 26- bis 40-Jährigen ist der Anteil der Arbeitslosen mit 75,9% am höchsten, 16,2% der Patienten haben einen Arbeitsplatz, 7,5% sind nicht erwerbstätig und 0,4% in beruflicher Rehabilitation. Demgegenüber sind bei den bis zu 25-Jährigen 67,7% ar-

beitslos, 19,3% haben einen Arbeitsplatz, 12,9% sind nicht erwerbstätig und 0,1% in beruflicher Rehabilitation. In der Altersgruppe der über 40-Jährigen sind 64,5% arbeitslos, 21,4% haben einen Arbeitsplatz, 12,8% sind nicht erwerbsfähig und 1,4% 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 72,7% der bis 25-Jährigen, 81,0% der 26- bis 40-Jährigen und 64,5% der über 40-Jährigen am Tag nach Betreuungsende arbeitslos. Dementsprechend haben 15,2% der bis zu 25-Jährigen, 13,2% der 26- bis 40-Jährigen und 21,4% der über 40-Jährigen einen Arbeitsplatz. Nicht erwerbstätig sind 11,7% der bis 25-Jährigen, 5,3% der 26- bis 40-Jährigen und 12,8% der über 40-Jährigen. In beruflicher Rehabilitation befanden sich jeweils 0,5% der bis 25-Jährigen und der 26- bis 40-Jährigen bzw. 1,4% der über 40-Jährigen.

**Vermittlung:** Der häufigste Vermittler in allen drei Altersgruppen sind die ambulanten Suchthilfeeinrichtungen mit Anteilen von 54,7% in der Altersgruppen der bis 25-Jährigen, 61,2% der Patienten mit einem Alter von 26 bis 40 Jahren und 65,4% der über 40-Jährigen. Unterschiede zeigen sich bezüglich der Vermittlung durch Polizei, Justiz und die Bewährungshilfe. Dabei hat die Altersgruppe der über 40-Jährigen mit 8,9% den höchsten Anteil, gefolgt von 7,3% bei den 26- bis 40-Jährigen und 3,7% bei den unter 25-Jährigen.

**Kosten- und Leistungsträger:** Bei den Kostenträgern zeigen sich keine Unterschiede betrachtet auf die Rangfolge. So ist in allen drei Altersgruppen die Rentenversicherung am häufigsten vertreten mit 64,4% bei den bis 25-Jährigen, mit 86,1% bei den 26- bis 40-Jährigen und 89,4% bei den über 40-Jährigen. Die gesetzliche Krankenversicherung als Kostenträger für die stationäre Rehabilitation ist bei den unter 25-Jährigen mit 29,7% häufiger als bei den beiden anderen Altersgruppen vertreten (11,4% bei den 26- bis 40-Jährigen und 8,9% bei den über 40-Jährigen). Hier ist es offenbar so, dass die unter 25-Jährigen oftmals noch nicht lange genug berufstätig waren und somit die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten tragen.

**Hauptdiagnose:** Hier zeigen sich Unterschiede bezüglich der Verteilung. So ist

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
<b>vermittelt durch</b>	<b>n = 858</b>	<b>n = 1706</b>	<b>n = 292</b>
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	54,7%	61,2%	65,4%
Psychiatrisches Krankenhaus	15,9%	11,2%	7,5%
Polizei/Justiz/Bewährungshilfe	3,7%	7,3%	8,9%
Allgemeines Krankenhaus	5,7%	4,7%	5,1%
Einrichtung der Akutbehandlung	4,4%	3,6%	2,1%
Anderer Beratungsdienst (z.B. Ehe-/ Familien-/Erziehungsberatung, Sozialpsychiatrischer Dienst)	4,7%	3,1%	0,7%
Sonstige	11,0%	8,9%	10,3%
<b>Kosten-/Leistungsträger (Mehrfachnennungen möglich)</b>	<b>n = 893</b>	<b>n = 1757</b>	<b>n = 302</b>
Rentenversicherung	64,4%	86,1%	89,4%
Krankenversicherung	29,7%	11,4%	8,9%
sonstige Kosten-/Leistungsträger	5,9%	2,5%	1,7%
<b>Hauptdiagnose</b>	<b>n = 877</b>	<b>n = 1739</b>	<b>n = 299</b>
Störungen durch Opiode F11.XX	4,3%	13,0%	34,1%
Störungen durch Cannabinoide F12.XX	43,7%	23,9%	18,7%
Störungen durch Kokain F14.XX	3,1%	5,0%	8,7%
Störungen durch sonstige Stimulantien einschl. Koffein F15.XX	27,1%	33,6%	17,1%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen F19.XX	18,5%	20,8%	14,4%
sonstige F1X.XX Diagnosen	3,3%	3,7%	7,0%
<b>Behandlungsdauer</b>	<b>n = 889</b>	<b>n = 1753</b>	<b>n = 299</b>
	105,3 ± 67,2 Tage	109 ± 63,2 Tage	109 ± 60,6 Tage
<b>Behandlungsdauer bei regulärer Entlassung</b>	<b>n = 272</b>	<b>n = 649</b>	<b>n = 132</b>
	154,3 ± 43,3 Tage	148 ± 42 Tage	141,2 ± 45,2 Tage
<b>Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung</b>	<b>n = 553</b>	<b>n = 1167</b>	<b>n = 217</b>
	133,9 ± 58,2	134,3 ± 53,0	128,7 ± 52,9
<b>Art der Behandlungsbeendigung</b>	<b>n = 889</b>	<b>n = 1753</b>	<b>n = 299</b>
<b>Anteil mit regulärer Entlassung</b>	30,6%	37,0%	44,1%
<b>Anteil mit planmäßiger Entlassung</b>	62,2%	66,6%	72,6%

die am häufigsten vergebene Hauptdiagnose bei den über 40-Jährigen mit 34,1% die Diagnose „Störungen durch Opiode“, wohingegen die häufigste Diagnose in der Altersgruppe der 26- bis 40-Jähri-

gen mit 33,6% die Diagnose „Störungen durch Stimulantien“ und bei bis zu 25-Jährigen mit 43,7% „Störungen durch Cannabinoide“ lautet. In der Altersgruppe der bis 25-Jährigen ist die zweithäufig-

figste Diagnose „Störungen durch Stimulantien“ mit 27,1%, wohingegen die Diagnose „Störungen durch Opioide“ mit 4,3% eher gering ausgeprägt ist. Bei den 26- bis 40-Jährigen zeigt sich als zweithäufigste Diagnose die „Störungen durch Cannabinoide“ mit 23,9%, wohingegen bei den 26- bis 40-Jährigen die Diagnose „Störungen durch Opioide“ mit 13,0% auch vergleichsweise häufig vertreten ist. Bei den über 40-Jährigen tritt die Diagnose „Störungen durch Cannabinoide“ mit 18,7% an zweiter Stelle auf. Die Diagnose „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch“ wurde bei 18,5% in der Altersgruppe der 25-Jährigen, bei 20,8% der 26- bis 40-Jährigen und bei 14,4% der 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 Jahre und über 40 Jahre mit durchschnittlich 109,0 Tagen. Bei Patienten in der Altersgruppe bis 25 Jahre sind es durchschnittlich 105,3 Tage. Betrachtet man die Behandlungsdauer bei regulären Entlassungen zeigt sich ein ähnliches Bild. Die längste Behandlungsdauer mit 154,3 Tagen zeigen die Patienten der Altersgruppe bis 25 Jahre, gefolgt mit durchschnittlich 148,0 Tagen in der Altersgruppe der 26- bis 40-Jährigen und 141,2 Tage in der Altersgruppe der über 40-Jährigen. Bei einer planmäßigen Entlassung dauert die Behandlung in der Altersgruppe bis 25 Jahre durchschnittlich 133,9 Tagen, bei den 26- bis 40-Jährigen durchschnittlich 134,3 Tage und 128,7 Tage in der Altersgruppe der über 40-Jährigen.

**Art der Behandlungsbeendigung:** Patienten der Altersgruppe über 40 Jahre beenden im Vergleich zu den beiden anderen Altersgruppen mit 44,1% bzw. 72,6% häufiger regulär bzw. planmäßig die Behandlung. Für die Altersgruppen bis 25 Jahre und 26 bis 40 Jahre liegen die Quoten bei 30,6% bzw. 62,2% und 37,0% bzw. 66,6%.

## 2.8 Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017 mit den Basisdokumentationen 2013 bis 2016

In den Tabellen 30 und 31 sind ausgewählte Variablen differenziert nach den Ergebnissen der Basisdokumentationsjahrgänge von 2013 bis 2017. Diese

wurden um ausgelassene Angaben bereinigt.

In Tabelle 30 und 31 sind jeweils ausgewählte Ergebnisse der Basisdokumentation 2013 bis 2017 im Vergleich dargestellt. Dabei sind jeweils Item-bezogen die Datensätze um die fehlenden Daten (missing data) bereinigt.

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

- Der Anteil der männlichen Patienten ist von 2013 bis 2017 auf 81,2% gestiegen. Demzufolge hat sich der Anteil der weiblichen Patienten 2017 auf den niedrigsten Stand (18,2%) im Vergleichszeitraum entwickelt.
- Das durchschnittliche Alter der Patienten bei Behandlungsbeginn schwankte leicht von 29,3 Jahre im Jahr 2014 bis hin zu 30,4 Jahre im Jahr 2016.
- Hinsichtlich des Familienstandes ergeben sich folgende (eher geringe) Unterschiede in den Dokumentationsjahrgängen 2013 bis 2016: 85,7% (2016) vs. 86,6% (2014) der Patienten waren ledig; 4,2% (2016) vs. 3,5% (2013) waren verheiratet und lebten mit dem Ehepartner zusammen, 2,9% (2014) vs. 2,4% (2015) waren verheiratet, lebten aber getrennt; geschieden waren 6,5% (2016 u. 2014) vs. 7,4% (2013) und verwitwet 0,1% (2014) vs. 0,3% (2016, 2015 u. 2013). In der Basisdokumentation 2017 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). Die folgenden Vergleiche gelten wiederum nur für die Datensätze 2013 bis 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.
- Im Vergleichszeitraum 2013 bis 2017 waren bei Aufnahme 0,1% (2013, 2015, 2016) der Patienten in Schulausbildung, 2014 waren es 0,3% und 2017 0,2%. Zwischen 12,0% (2016) und 14,2% (2014) besaßen keinen Schulabschluss. Zwischen 1,6% (2015) und 2,2% (2016) verfügten über einen Sonderschulabschluss. Einen Rückgang von 47,4% (2013) auf 42,2% (2017) gibt es

bei den Patienten mit einem Hauptschulabschluss, während die Anzahl von Patienten, die eine Realschule bzw. Polytechnische Oberschule mit Erfolg besucht hatten, von 28,5% (2013) auf 33,8% (2017) angestiegen ist. Auch die Zahl derjenigen mit Hochschulreife bzw. Abitur stieg leicht vom tiefsten Stand von 6,5% (2014) auf 9,7% (2017) an. Zwischen 0,1% (2016) und 1,2% (2017) besaßen einen anderen Schulabschluss.

- Die Quote der Patienten, die bei Therapiebeginn einen Arbeitsplatz hatten, stieg kontinuierlich von 14,8% im Jahr 2013 auf 17,9% im Jahr 2017. Die Quote der arbeitslosen Patienten schwankte zwischen 68,3% in 2013 und 72,1% in 2017. Zwischen 9,7% (2017) und 16,3% (2013) der Patienten gehörten bei Aufnahme zur Gruppe der Nichterwerbspersonen. Die Quote der Patienten, die sich zu Betreuungsbeginn in beruflicher Rehabilitation befand, sank von 0,7% in 2013 auf 0,3 in 2017.
- Der Anteil der Patienten, die zum Betreuungsende hin in einem Arbeitsverhältnis standen, stieg von 12,0% in 2013 auf 14,6% in 2017 stetig an. Die Zahl der arbeitslosen Patienten zum Entlasszeitpunkt schwankt im Vergleichszeitraum leicht zwischen 76,8 (2017) und 78,8% (2014). Zwischen 8,0% (2017) und 9,7% (2013) waren nicht erwerbstätig und zwischen 0,3% (2016) und 0,9% (2014) wurden bei Entlassung der Kategorie „berufliche Rehabilitation“ zugeordnet.
- Hinsichtlich der vermittelnden Instanz zeigt sich, dass die Mehrzahl der Patienten durch eine Suchtberatungsstelle in die stationäre Behandlung vermittelt wurde. Dieser Anteil sank von 68,5 im Jahr 2013 auf 59,7% im Jahr 2017. Der Anteil der Patienten, die durch ein Krankenhaus vermittelt wurden, stieg im Vergleichszeitraum von 12,6% (2014) auf 21,0% (2017). Der Anteil der Vermittlungen durch die Sozialdienste der JVAen lag zwischen 3,8% (2015) und 6,4% (2017, zusammengefasst als Vermittlungen durch Polizei, Justiz, Bewährungshilfe). Durch die Vermittlung des Kosten- bzw. Leistungsträgers kamen zwischen 0,6% (2015) und 1,7% (2013) bzw. 1,6% (2017) der Patienten in die Behandlung. Die Quote der sonstigen Vermittlungen schwankte im Vergleichszeitraum zwischen dem niedrigsten Wert von 7,9% im Jahr 2013 und dem höchsten Wert von 11,2% im Jahr 2014. Die Quote der Patienten, die

Tabelle 30: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2017 mit den Basisdokumentationen 2013 bis 2016 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdokumentation 2017	Basisdokumentation 2016	Basisdokumentation 2015	Basisdokumentation 2014	Basisdokumentation 2013
<b>Geschlecht</b>	<b>n = 2941</b>	<b>n = 3411</b>	<b>n = 3519</b>	<b>n = 2691</b>	<b>N = 2197</b>
männlich	81,2%	79,1%	78,8%	78,5%	79,2%
weiblich	18,8%	20,9%	21,2%	21,5%	20,8%
<b>Alter</b>	<b>n = 2941</b>	<b>n = 3411</b>	<b>n = 3519</b>	<b>n = 2691</b>	<b>N = 2197</b>
	30,3 ± 8,0	30,4 ± 7,9	29,5 ± 7,8	29,3 ± 7,9	29,8 ± 7,8
<b>Familienstand</b>		<b>n = 3370</b>	<b>n = 3416</b>	<b>n = 2634</b>	<b>N = 2184</b>
ledig	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%
<b>Partnerbeziehung</b>	<b>n = 2823</b>	<b>n = 3364</b>	<b>n = 3412</b>	<b>n = 2634</b>	<b>N = 2184</b>
alleinstehend	65,2%	58,9%	61,7%	59,1%	64,8%
zeitweilige Beziehung	34,8% (Neu: in Partnerschaft lebend)	8,9%	10,0%	9,5%	5,2%
festе Beziehung		32,0%	28,0%	31,3%	29,8%
sonstige Beziehung		0,3%	0,2%	0,1%	0,2%
<b>Schulabschluss</b>	<b>n = 2874</b>	<b>n = 3323</b>	<b>n = 3391</b>	<b>n = 2595</b>	<b>N = 2153</b>
Derzeit in Schulausbildung	0,2%	0,1%	0,1%	0,3%	0,1%
ohne Schulabschluss	12,9%	12,0%	13,6%	14,2%	13,4%
Sonderschulabschluss	Kategorie entfällt	2,2%	1,6%	2,1%	1,9%
Haupt-/Vollschulabschluss	42,2%	44,1%	47,1%	46,7%	47,4%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	33,8%	31,9%	28,6%	29,6%	28,5%
(Fach-)Hochschulreife/ Abitur	9,7%	9,7%	8,7%	6,5%	7,9%
anderer Schulabschluss	1,2%	0,1%	0,3%	0,6%	0,7%
<b>Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn</b>	<b>n = 2817</b>	<b>n = 3323</b>	<b>n = 3348</b>	<b>n = 2604</b>	<b>n = 2169</b>
Arbeitsplatz vorhanden	17,9%	16,3%	16,3%	15,0%	14,8%
arbeitslos	72,1%	68,6%	70,2%	71,2%	68,3%
nicht erwerbstätig	9,7%	14,6%	13,1%	13,2%	16,3%
in beruflicher Rehabilitation	0,3%	0,4%	0,4%	0,6%	0,7%
<b>Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsende</b>	<b>n = 2753 (am Tag nach Betreuungsende)</b>	<b>n = 3275</b>	<b>n = 3302</b>	<b>n = 2563</b>	<b>n = 2118</b>
Arbeitsplatz vorhanden	14,6%	13,6%	11,9%	11,5%	12,0%
arbeitslos	76,8%	77,1%	78,1%	78,8%	77,5%
nicht erwerbstätig	8,0%	8,9%	9,6%	8,7%	9,7%
in beruflicher Rehabilitation	0,6%	0,3%	0,4%	0,9%	0,7%

ohne Vermittlung eine Behandlung aufnahmen, fluktuierte 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. Demgegenüber nahm der Anteil der Kostenübernahmen durch Krankenversicherungen

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

- Bei den vergebenen Hauptdiagnosen ist eine kontinuierliche Abnahme der „Störungen durch Opioide“ von 21,8% (2013) auf 12,4% (2017) zu verzeichnen.

Bis 2015 waren „Störungen durch Cannabinoide“ mit 35,3% (2015) die am häufigsten vergebene Hauptdiagnose. Seit zwei Jahren wird jedoch die Diagnose „Störungen durch sonstige Stimulanzien einschließlich Koffein“ mit 31,3% in 2016 und 29,7% in 2017 als Hauptdiagnose am häufigsten gestellt. Die Vergabe der Diagnose „Stö-

Tabelle 31: Fortsetzung: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2017 mit den Basisdokumentationen von 2013 bis 2016 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdokumentation 2017	Basisdokumentation 2016	Basisdokumentation 2015	Basisdokumentation 2014	Basisdokumentation 2013
<b>vermittelt durch</b>	<b>n = 2856</b>	<b>n = 3363</b>	<b>n = 3425</b>	<b>n = 2631</b>	<b>n = 2047</b>
Suchtberatung	59,7%	66,9%	68,3%	64,1%	68,5%
Krankenhaus	21,0%	14,2%	13,9%	12,6%	15,4%
Sozialdienst JVA	6,4 % (Neu: Polizei, Justiz, Bewährungshilfe)	5,9%	3,8%	5,7%	3,9%
Kosten-/Leistungsträger	1,6%	0,9%	0,6%	0,7%	1,7%
sonstige Vermittler	9,5%	8,4%	10,4%	11,2%	7,9%
ohne Vermittler	1,8%	3,7%	3,0%	5,7%	2,6%
<b>Kosten-/Leistungsträger (Mehrfachnennungen möglich)</b>	<b>n = 2952</b>	<b>n = 3441</b>	<b>n = 3555</b>	<b>n = 2743</b>	<b>n = 2250</b>
Rentenversicherung	80,1%	82,4%	81,5%	82,9%	84,6%
Krankenversicherung	16,8%	14,2%	15,3%	13,2%	11,2%
sonstige Kosten-/Leistungsträger	3,1%	3,4%	3,2%	3,9%	4,3%
<b>Hauptdiagnose</b>	<b>n = 2941</b>	<b>n = 3411</b>	<b>n = 3519</b>	<b>n = 2691</b>	<b>n = 2197</b>
Störungen durch Opiode F11.XX	12,4%	13,7%	16,1%	18,7%	21,8%
Störungen durch Cannabinoide F12.XX	29,0%	30,1%	35,3%	30,5%	26,8%
Störungen durch Kokain F14.XX	4,8%	5,1%	4,8%	4,6%	5,1%
Störungen durch sonstige Stimulantien einschl. Koffein F15.XX	29,7%	31,3%	25,0%	26,5%	21,3%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen F19.XX	19,3%	13,6%	14,0%	12,3%	19,5%
sonstige F1X.XX Diagnosen	3,9%	4,9%	4,7%	7,4%	5,6%
<b>Behandlungsdauer</b>	<b>n = 2941</b>	<b>n = 3411</b>	<b>n = 3519</b>	<b>n = 2688</b>	<b>n = 2197</b>
	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
<b>Behandlungsdauer bei regulärer Entlassung</b>	<b>n = 1053</b>	<b>n = 1154</b>	<b>n = 1211</b>	<b>n = 954</b>	<b>n = 729</b>
	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
<b>Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung</b>	<b>n = 1937</b>	<b>n = 2226</b>	<b>n = 2228</b>	<b>n = 1728</b>	<b>n = 1416</b>
	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
<b>Art der Behandlungsbeendigung</b>	<b>n = 2941</b>	<b>n = 3411</b>	<b>n = 3519</b>	<b>n = 2691</b>	<b>n = 2197</b>
<b>Anteil mit regulärer Entlassung</b>	36,4%	33,8%	34,4%	35,5%	33,2%
<b>Anteil mit planmäßiger Entlassung</b>	67,0%	65,3%	63,3%	64,2%	64,5%

rungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen“ liegt in 2017 mit 19,3% wieder auf einem ähnlich hohen Stand, wie im Jahr 2013 mit 19,5%. Zwischenzeitlich war sie auf 12,3% im Jahr 2014 gesunken. Zwischen 4,7% (7,4%) waren die sonstigen F1X.XX-Diagnosen als Hauptdiagnose im Vergleichszeitraum von 7,4% (2014) auf 3,9% (2017) gesunken.

- 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 107,9 Tage in 2017 an. Betrachtet man nur die regulären Entlassungen, so ist die Zahl der durchschnittlichen Behandlungstage nach dem Höchststand von 153,1 Tagen in 2014 in den letzten drei Jahren relativ konstant (148,8 in 2017, 148,9 in 2016 und

148,6 Tage in 2015) nur um etwas mehr als vier Tage gesunken. Bei den planmäßigen Entlassungen ist das Ergebnis der letzten drei Jahre ähnlich stabil (133,5 in 2017, 134,3 in 2016 und 134,3 Tage in 2015), wobei die durchschnittliche Differenz mit dem Höchstwert von 141,2 Tagen in 2014 mit über sechs Tagen noch deutlicher ausfällt.

- Der Anteil der Patienten mit regulärer Entlassung schwankte im Vergleichs-

zeitraum zwischen 33,2% im Jahr 2013 und 36,4% im Jahr 2017. Der Anteil planmäßiger Entlassungen variierte zwischen 63,3% in 2014 und 67,0% in 2017.

### 3. Ausblick

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

### 4. Literatur

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2010). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – Definition und Erläuterung zum Gebrauch. Stand: 05.10.2010. www.dhs.de.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2016). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0 – Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Stand: 09.09.2016. 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 AHG-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.

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

### Autorenverzeichnis

Muhl, Christian, Dipl.-Psych., Ltd. Psychologe, salus klinik Friedberg, Friedberg

Kemmann, Dietmar, Ltd. Psychologe, Diakoniekrankenhaus Harz, Elbingerode

Abu Khatir, Mohammed, Ltd. Arzt, salus klinik Hürth, Hürth

Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Gruppe, Bad Füssing

Claussen, Ulrich, Dipl.-Psych., Ltd. Psychologe Therapeut. Einrichtung Auf der Lenzwiese, Höchst-Hassenroth

Erben, Corinna, Dipl.-Psych., Therapeutische Leitung, Tannenhof Berlin Brandenburg gGmbH, Zentrum I, Berlin

Feugmann, Jochen, Ltd. Arzt, salus klinik Friedberg, Friedberg

Fischer, Martina, Dipl.-Psych., Ltd. Psychologin, MEDIAN Kliniken Daun – Altburg, Schalkenmehren

Funke, Prof. Dr. Wilma, Ltd. Psychologin, Kliniken Wied, Wied

Graudenz, Jürgen, Dipl.-Psych., Direktor, salus klinik Castrop-Rauxel, Castrop-Rauxel

Heinrich, Jana, Therapeutische Leitung, MEDIAN Klinik Römhild, Römhild

Hohagen, Kerstin, M.Sc. Suchttherapeutin, salus klinik Catrup-Rauxel, Castrup-Rauxel

Klinge, Pierre, Therapeutische Leitung, Klinik Neumühle, Hollstadt

Mansbart, Franz-Josef, Therapeutischer Leiter, Fachklinik Zur alten Post, Baiersbronn-Schönmünzsch

Merker, Dr. Georg, Ärztliche Leitung, Fachklinik Meckenheim, Meckenheim

Missel, Peter, Dipl.-Psych., Leitender Psychologe AHG Kliniken Daun, Daun

Richter, Dr. Thomas, Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH, Elbingerode

Sagel, Alexandra, Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn

Schulze, Manuela, Psychol. Psychotherapeutin, Therapeutische Leitung, Tannenhof Berlin-Brandenburg gGmbH, Zentrum I, Berlin

Schumann, Jan, Therapeutischer Leiter, Fachklinik Holthäuser Mühle, Schmallebenberg

Susemihl, Ingo, Dipl.-Psych., Ltd. Psychologe, MEDIAN Klinik Mecklenburg, Rhena-Parber

Tuchtenhagen, Dr. Frank, Chefarzt, MEDIAN Klinik Am Waldsee, Rieden/ Eifel

Weissingner, Dr. Volker, Geschäftsführer, Fachverband Sucht e. V., Bonn

Wesolowski, Rosemarie, Chefärztin, Therapiehof Sotterhausen, Allstedt

Ziegler, Herbert, Geschäftsführer, Therapiehof Sotterhausen, Allstedt

Ziegler, Martin Nikolaus, Chefarzt, MEDIAN Klinik Römhild, Römhild

### Liste der Einrichtungen, deren Datensätze in die Auswertung eingingen

Diakoniekrankenhaus Harz (Drogen)	38875 Elbingerode
Fachklinik Altenkirchen	57610 Altenkirchen
Fachklinik Eiterbach	69253 Heiligkreuzsteinach
Fachklinik Holthäuser Mühle	57392 Schmallebenberg-Holthäuser
Fachklinik Meckenheim	53340 Meckenheim
Fachklinik Zur alten Post	72270 Baiersbronn
Klinik Neumühle	97618 Hollstadt
Kliniken Wied (Drogen)	57629 Wied
MEDIAN Klinik Am Waldsee	56745 Rieden
MEDIAN Kliniken Daun-Altburg	54552 Schalkenmehren
MEDIAN Klinik Mecklenburg	19217 Vitense-Parber
MEDIAN Klinik Römhild	98630 Römhild
salus klinik Castrop-Rauxel	44577 Castrop-Rauxel
salus klinik Friedberg	61150 Friedberg
salus klinik Hürth	50354 Hürth
Tannenhof Berlin-Brandenburg, Zentrum I	12307 Berlin
Therapeutische Einrichtung Auf der Lenzwiese	64739 Höchst-Hassenroth
Therapiehof Sotterhausen	06542 Allstedt

## Inhaltsverzeichnis

*Teigeler, H., Reger, F., Bachmeier, R., Bingel-Schmitz, D., Braun, D., Burger, H., Danninger, A., Donczewski, I., Fabricius, B., Häberlein, G., Kann, van S., Kemmann, D., Lang, T., Liebrich, M., Missel, P., Nels-Lindemann, C., Peters, F., Sagel, A., Schultze, M., Urban, K., Weissinger, V., Wulf, F.*

### Teilband III

#### Basisdokumentation 2017 – Adaptionseinrichtungen

1. Einleitung .....	50
2. Basisdokumentation 2017 des Fachverbandes Sucht e.V.: Adaption .....	50
2.1 Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung .....	50
2.2 Beschreibung der Patienten nach soziodemografischen und Eingangsmerkmalen .....	51
2.3 Angaben zu Therapievorbereitung und Aufnahme .....	53
2.4 Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung .....	53
2.5 Angaben zu Behandlungsverlauf und Behandlungsende .....	55
2.6 Psychische Komorbidität .....	58
3. Zusammenfassung und Ausblick .....	60
4. Literatur .....	61
Autorenverzeichnis .....	61
Liste der Einrichtungen, deren Datensätze in die Auswertung eingingen .....	61

# Teilband III:

## Basisdokumentation 2017 – Adaptionseinrichtungen

### 1. Einleitung

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) vertritt ca. 95 Mitgliedseinrichtungen mit über 6.800 stationären und vielen ambulanten Therapieplätzen.

Mit diesem Bericht legen wir die 11. Dokumentation in Folge mit ausgewählten Daten zur Adaptionenbehandlung vor.

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

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

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

Tabelle 1: EDV- und Dokumentationssysteme

EDV- und Dokumentationssysteme	Anzahl	Prozent
IKIS (MEDIAN)	479	38,9%
PATFAK (Redline DATA)	650	52,8%
PADO (navacom IT Solutions GmbH)	102	8,3%
<b>zusammen</b>	<b>1231</b>	<b>100,0%</b>

### 2. Basisdokumentation 2017 des FVS: Adaption

#### 2.1. Datenerhebung und Stichprobenszusammensetzung

Im vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Daten zur stationären medizinischen Rehabilitation suchtmittelabhängiger Patienten<sup>1</sup>, die Adaptionenmaßnahmen in einer Mitgliedseinrichtung des Fachverbandes Sucht e.V. 2017 abgeschlossen haben, vorgestellt. Die Gesamtstichprobe umfasst 1231 Personen aus folgenden 21 Adaptionseinrichtungen: Adaptionseinrichtung der Soteria Klinik Leipzig, Adaptionenhaus Berlin, Adaption der MEDIAN Poliklinik Schelfstadt in Schwerin, MEDIAN Adaptionenhaus Lübeck, Haus Niedersachsen Adaption Hambühren, Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH Suchtmedizinisches Zentrum Adaption in Elbingerode, Adaption der Fachklinik Alte Ölmühle in Magdeburg, Paracelsus-Berghofklinik II (Adaption) in Bad Essen, MEDIAN Adaptionenhaus Duisburg, Adaptionenhaus Daun der MEDIAN Kliniken Daun, Adaption der salus klinik Friedberg, Adaption der salus klinik Friedrichsdorf, Therapiezentrum Speyer, Adaption Maria Stern in Bad Neustadt, Adaption der MEDIAN Klinik Römhild, Adaptionen- und Nachsorgezentrum Ausweg in Bonn, Adaption der Klinik Eschenburg, Adaptionenhaus der MEDIAN Gesundheitsdienste Koblenz, Adaption der salus klinik Hürth, Adaption der MEDIAN

Klinik Wiegbertshöhe, Adaption der MEDIAN Klinik Am Waldsee in Rieden. Es beteiligte sich eine Adaptionseinrichtung mehr als im Vorjahr. Die Stichprobe verkleinerte sich um 2,7% gegenüber dem Vorjahr.

Acht der Adaptionseinrichtungen erfassen die Zahlen mit Erhebungsinstrument IKIS (MEDIAN), zehn mit dem Programm PATFAK (Redline DATA) und drei mit dem Programm PADO (navacom IT Solutions GmbH).

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

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

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

<sup>1</sup> Zur einfachen Lesbarkeit haben wir im Folgenden die männliche Form im geschlechterübergreifenden Sinn verwendet. Geschlechtsspezifische Angaben werden ausdrücklich gekennzeichnet.

gen oder von Alkohol) hinzugekommen sind und andere zeitweilig keine Zahlen geliefert haben.

## 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 1231 Rehabilitanden waren 248 (20,1%) Frauen und 983 (79,9%) Männer. Das Durchschnittsalter der Frauen und das der Männer unterschieden sich praktisch nicht. Das Gesamtdurchschnittsalter betrug 37,6 Jahre. Es wurden nur 12 Personen (1,0%) mit einem Alter ab 60 Jahre behandelt.

Seit vielen Jahren bilden die 20 bis 50 Jahre alten Rehabilitanden die Kerngruppe der Behandelten in den Adaptionseinrichtungen des FVS (82,7%). Nach wie vor sind ganz junge Rehabilitanden bis 19 Jahre und die Älteren ab 60 seltene Ausnahmen (1,2% bzw. 1,0%).

### Partnerbeziehung

Die Zahlen zur Partnersituation zeigen, dass Patienten mit einer Partnerschaft in der Minderheit sind. Rund ein Viertel der Männer und knapp die Hälfte der Frauen leben in einer Partnerschaft. 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: Mehr als zwei Drittel der Rehabilitanden leben alleine, Männer etwas häufiger als Frauen. Umgekehrt leben nur 8% mit einem Partner zusammen, Frauen rund doppelt so häufig wie Männer. Tabelle 4 zeigt die Daten im Detail. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Doppelnennungen möglich sind, wenn jemand nicht alleinlebend war.

Zur Wohnsituation vor Aufnahme befragt, geben nur 27,1% der Patienten

Tabelle 2: Alter und Geschlecht

Altersgruppen	Männer		Frauen		Gesamt	
bis 19 Jahre	8	0,8%	7	2,8%	15	1,2%
20 bis 29 Jahre	222	22,6%	65	26,2%	287	23,3%
30 bis 39 Jahre	364	37,0%	76	30,6%	440	35,7%
40 bis 49 Jahre	230	23,4%	61	24,6%	291	23,6%
50 bis 59 Jahre	147	15,0%	39	15,7%	186	15,1%
60 Jahre und älter	12	1,2%	0	0%	12	1,0%
<b>zusammen</b>	<b>983</b>	<b>100,0%</b>	<b>248</b>	<b>100,0%</b>	<b>1231</b>	<b>100,0%</b>
Mittelwert +/- Standardabweichung	37,7 +/- 10,1 Jahre		37,1 +/- 10,6 Jahre		37,6 +/- 10,2 Jahre	

Tabelle 3: Partnerbeziehung

Partnerschaft	Männer		Frauen		Gesamt	
nein	700	75,8%	126	52,5%	826	71,0%
ja	223	24,2%	114	47,5%	337	29,0%
<b>zusammen</b>	<b>923</b>	<b>100,0%</b>	<b>240</b>	<b>100,0%</b>	<b>1163</b>	<b>100,0%</b>
keine Angabe	60	6,1%	8	3,2%	68	5,5%

Tabelle 4: Lebenssituation und Wohnsituation der Patienten vor Betreuungsbeginn

Lebenssituation zu Beginn*	Männer		Frauen		Gesamt	
alleinlebend	671	70,3%	157	65,7%	828	69,3%
lebt zusammen mit						
Partner	65	6,6%	33	13,3%	98	8,0%
Kind(ern)	23	2,3%	20	8,1%	43	3,5%
Eltern(teil)	91	9,3%	21	8,5%	112	9,1%
sonstiger Bezugsperson	27	2,7%	10	4,0%	37	3,0%
sonstiger Person	131	13,3%	19	7,7%	150	12,2%
keine Angabe	28	2,8%	9	3,6%	37	3,0%
Wohnsituation zu Beginn	Männer		Frauen		Gesamt	
selbständiges Wohnen	231	24,0%	95	38,9%	326	27,1%
bei anderen Personen	127	13,2%	30	12,3%	157	13,0%
ambulant Betreutes Wohnen	5	0,5%	0	0,0%	5	0,4%
(Fach-)Klinik, stationäre Reha	539	56,1%	113	46,3%	652	54,1%
Wohnheim/Übergangsheim	43	4,5%	5	2,0%	48	4,0%
JVA, Maßregelvollzug	9	0,9%	0	0,0%	9	0,7%
Notunterkunft	5	0,5%	1	0,4%	6	0,5%
sonstiges	2	0,2%	0	0,0%	2	0,2%
<b>zusammen</b>	<b>961</b>	<b>100,0%</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>	<b>1205</b>	<b>100,0%</b>
keine Angabe	22	2,2%	4	1,6%	26	2,1%

\* Bei den Angaben zur Lebenssituation sind Mehrfachangaben möglich.

eine eigene Wohnung an. Frauen haben deutlich häufiger eine eigene Wohnung als Männer (38,9% vs. 24,0%). Dabei ist die Wohnsituation oft so belastend und rückfallgefährdend, dass die Patienten

Wohnung und Umfeld verlassen müssen. 18,2% der Rehabilitanden waren bei anderen Personen untergekommen oder sie lebten in einem Übergangsheim, in einer Notunterkunft oder in einer Justiz-

vollzugsanstalt. 54,1% 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**

Fast 90% der Rehabilitanden haben einen Schulabschluss (76,7% einen Haupt- oder Realschulabschluss, 12,8% das (Fach-)Abitur). Ein fehlender Schulabschluss (8,0%) ist also kein vordringlicher Grund für die geringe Beschäftigungsquote der Adaptionpatienten. Auch die fehlende berufliche Bildung (38,2%) kann nicht alleine die hohe Arbeitslosenzahl unter den Rehabilitanden (vgl. Tabelle 6) erklären, denn 61,8% haben einen Berufsabschluss.

Tabelle 6 zeigt weiter, dass insgesamt 7,1% der Rehabilitanden Erwerbspersonen und lediglich 1,0% Auszubildende bzw. Schüler/Studenten sind. 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. 83,7% 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 31,2% der Rehabilitanden bis zu einem Jahr, 32,1% ein bis drei Jahre, weitere 9,7% über drei Jahre ununterbrochen arbeitslos.

Tabelle 5: Höchster Schulabschluss und Berufsbildungsabschluss

höchster Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt		
derzeit in Schulausbildung	0	0,0%	1	0,4%	1	0,1%	
ohne Schulabschluss	81	8,4%	15	6,2%	96	8,0%	
Haupt-/Volksschulabschluss	408	42,4%	88	35,9%	496	41,1%	
Realschulabschluss/ polytechnische Oberschule	326	33,9%	104	42,4%	430	35,6%	
(Fach-)Hochschulreife/ Abitur	120	12,5%	35	14,3%	155	12,8%	
anderer Schulabschluss	27	2,8%	2	0,8%	29	2,4%	
<b>zusammen</b>	<b>962</b>	<b>100,0%</b>	<b>245</b>	<b>100,0%</b>	<b>1207</b>	<b>100,0%</b>	
keine Daten	21	2,1%	3	1,2%	24	1,9%	
<b>höchster Berufsbildungsabschluss</b>							
		Männer		Frauen		Gesamt	
noch keine Ausbildung begonnen	86	9,2%	37	15,7%	123	10,5%	
derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	6	0,6%	1	0,4%	7	0,6%	
keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	257	27,5%	60	25,4%	317	27,1%	
betrieblicher Berufsabschluss	490	52,2%	111	47,0%	601	51,4%	
Meister/Techniker	34	3,6%	8	3,4%	42	3,6%	
akademischer Abschluss	22	2,4%	10	4,2%	32	2,7%	
anderer Berufsabschluss	39	4,2%	9	3,8%	48	4,1%	
<b>zusammen</b>	<b>934</b>	<b>100,0%</b>	<b>236</b>	<b>100,0%</b>	<b>1170</b>	<b>100,0%</b>	
keine Daten	49	5,0%	12	4,8%	61	4,9%	

**Summe der Arbeitslosigkeitszeiten in den letzten zehn Jahren**

33,4% der Rehabilitanden kommen auf eine Summe von bis zu einem Jahr, 32,3% auf ein bis drei Jahre, 7,9% auf drei bis fünf Jahre und 11,7% auf sechs bis zehn Jahre.

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**

62,1% der Patienten sind problematisch verschuldet, d.h. sie haben mehr Schul-

den, als sie auf absehbare Zeit abbezahlen können. Bei diesen Personen ist es wichtig, während der Adaption Maßnahmen zur Schuldenregulierung einzuleiten oder fortzuführen.

**Straffälligkeit**

28,6% der Rehabilitanden sind straffällig geworden, Männer zu 30,6%, Frauen zu 20,6%. An erster Stelle stehen dabei Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz und Beschaffungskriminalität, gefolgt von Körperverletzung. 21,8% sind deswegen vorbestraft. 16,7% aller Rehabilitanden sind bereits inhaftiert gewesen, 7,3% ein bis fünf Jahre, 2,2% mehr als fünf Jahre. Bei 11,0% ist die Strafe zur Bewährung ausgesetzt; 4,5% haben gerichtliche Auflagen; 5,4% 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.

Tabelle 6: Erwerbssituation zu Betreuungsbeginn

Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Auszubildender	6	0,6%	2	0,8%	8	0,7%
Arbeiter/Angestellter/Beamte	61	6,3%	19	7,9%	80	6,6%
Selbständiger/Freiberufler	4	0,4%	0	0,0%	4	0,3%
sonstige Erwerbspersonen	2	0,2%	1	0,4%	3	0,2%
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	3	0,3%	3	1,2%	6	0,5%
in Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	9	0,9%	4	1,7%	13	1,1%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	194	20,1%	59	24,4%	253	21,0%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	617	64,1%	139	57,4%	756	62,7%
Schüler/Student	4	0,4%	0	0,0%	4	0,3%
Hausfrau/Hausmann	24	2,5%	6	2,5%	30	2,5%
Rentner/Pensionär	5	0,5%	0	0%	5	0,4%
sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	14	1,5%	5	2,1%	19	1,6%
sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	20	2,1%	4	1,7%	24	2,0%
<b>zusammen</b>	<b>963</b>	<b>100,0%</b>	<b>242</b>	<b>100,0%</b>	<b>1205</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	20	2,0%	6	2,4%	26	2,1%

Tabelle 7: Adaptionenbehandlung als Auflage

Auflage durch Gerichtsbeschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
keine Auflage	925	97,2%	232	97,5%	1163	97,2%
§ 35 BtMG	9	0,9%	3	1,2%	12	1,0%
andere strafrechtliche Grundlage	9	0,9%	1	0,4%	10	0,8%
Psych-KG/Landesunterbringung	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Auflagen durch Renten-/Krankenversicherung	2	0,2%	0	0,0%	2	0,2%
Auflagen durch Arbeitsagentur/ Jobcenter	2	0,2%	0	0,0%	2	0,2%
Auflagen durch Straßenverkehrsbehörde/ Führerscheinstelle	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Auflagen durch Arbeitgeber	2	0,2%	0	0,0%	2	0,2%
sonstige Institutionen	2	0,2%	2	0,8%	4	0,3%
<b>zusammen</b>	<b>952</b>	<b>100,0%</b>	<b>238</b>	<b>100,0%</b>	<b>1196</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	31	3,2%	10	4,0%	41	3,3%

**Suizidalität**

20,1% der Rehabilitanden gaben suizidale Handlungen in der länger zurückliegenden Vergangenheit (mehr als 12 Monate) an, Frauen deutlich häufiger als

Männer (28,6% vs. 17,8%). 7,0% berichten von suizidalen Handlungen in den letzten 12 Monaten. Nicht nur deswegen muss diese Problematik während der Adaption besonders beachtet werden.

**2.3. Angaben zu Therapievorbereitung und Aufnahme**

**Vermittler**

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

**Leistungsträger**

In den meisten Fällen (90,7%) sind die Rentenversicherungen Leistungsträger der Adaptionenmaßnahme. Es folgen mit großem Abstand Sozialhilfeträger (4,4%), Krankenversicherungen (2,9%) und andere (2,0%).

**Adaption als gerichtliche Auflage**

Tabelle 7 zeigt, dass nur eine geringe Zahl der Patienten die Adaptionenbehandlung als gerichtliche Auflage antritt. 97,2% der Patienten nehmen freiwillig an der Adaptionenmaßnahme teil. Die geringe Zahl von Adaptionenbehandlungen als straf- oder zivilrechtliche Auflage ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Auflagen der Gerichte und Behörden in der Regel mit dem planmäßigen Ende der Entwöhnungsbehandlung erfüllt sind.

**2.4. Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung**

**Hauptdiagnose**

Alkoholabhängigkeit ist bei den meisten Rehabilitanden (58,7%) die Erstdiagnose (siehe Tabelle 8). Es folgen die vorrangig Drogenabhängigen mit 37,8%. Rehabilitanden mit der Erstdiagnose Medikamentenabhängigkeit werden nur selten in einer Adaptionen einrichtung behandelt (0,6%). Die vorrangig pathologischen Spieler sind in der Adaption zwar nur

eine kleine Gruppe (3,0%). Die über Jahre stabile Zahl macht dennoch deutlich, dass sich die Behandlung von pathologischen Spielern mit speziellen Konzepten auch in der Adaption etabliert hat. Erstmals ist eine kleine Gruppe mit der Erstdiagnose exzessive Mediennutzung (0,3%) zu verzeichnen. Bei keiner Diagnose zeigen sich nennenswerten Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

**Weitere Diagnosen**

Neben der Hauptdiagnose hat ein Großteil der Rehabilitanden weitere Abhängigkeitsdiagnosen. Dabei steht an erster Stelle bei weitem die Tabakabhängigkeit (bei über 90%). Dazu kommen weitere psychische Diagnosen (Tabelle 9). Diese haben bei der Entstehung und dem Verlauf der Abhängigkeitserkrankung sowie der Behandlung der Betroffenen häufig eine besondere Bedeutung. Eine weitere psychische Diagnose wurde 821mal gestellt. Die durchschnittliche Anzahl der weiteren psychischen Diagnosen betrug bei Frauen 1,01, bei Männern 0,65. In Kapitel 2.6 wird die psychische Komorbidität eingehender dargestellt.

Neben den psychischen Störungen wurde 930-mal eine somatische Krankheit diagnostiziert. Die Anzahl der durchschnittlichen somatischen Diagnosen beträgt bei Frauen 0,80, bei Männern 0,83. Im Gegensatz zu den psychischen Störungen gibt es bei den somatischen Diagnosen kaum einen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Fast die Hälfte der Rehabilitanden leiden zusätzlich zu ihrer Suchterkrankung und anderen psychischen Störungen unter somatischen Krankheiten. Bei 21,7% wurden zwei und mehr somatische Diagnosen gestellt. Die Zahlen geben einen Hinweis auf die hohe Belastung der betroffenen Personen. Gleichzeitig sind die somatischen Krankheiten 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 vereinzelt Problem dar. Etwas anders sieht es bei der Hepatitis-C-Infektion aus: Immerhin 4,7% der Rehabilitanden sind positiv.

**Dauer der Abhängigkeit**

Bei den meisten Adaptionpatienten besteht die Abhängigkeitserkrankung seit vielen Jahren, wie Tabelle 11 zu entnehmen

Tabelle 8: Hauptdiagnose

Hauptdiagnose		Männer		Frauen		Gesamt	
Störungen durch Alkohol	F10	574	58,4%	149	60,1%	723	58,7%
Störungen durch Opioide	F11	38	3,9%	10	4,0%	48	3,9%
Störung. d. Cannabinoide	F12	104	10,6%	26	10,5%	130	10,6%
Störungen durch Sedativa, Hypnotika, Kokain, sonst. Stimulantien, Halluzinogene, Lösungsmittel	F13 – F18	128	13,0%	36	14,5%	164	13,3%
Störung durch multiplen Substanzgebrauch	F19	103	10,5%	22	8,9%	125	10,2%
Patholog. Glücksspiel	F63.0	32	3,3%	5	2,0%	37	3,0%
Patholog. Mediennutzung	F68.8	4	0,4%	0	0,0%	4	0,3%
<b>zusammen</b>		<b>983</b>	<b>100,0%</b>	<b>248</b>	<b>100,0%</b>	<b>1231</b>	<b>100,0%</b>

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

Anzahl psychischer Diagnosen F0 bis F9, ohne F1	Männer		Frauen		Gesamt	
keine	457	50,9%	72	31,2%	529	46,9%
eine	318	35,4%	102	44,2%	420	37,2%
zwei	106	11,8%	44	19,0%	150	13,3%
drei	15	1,7%	10	4,3%	25	2,2%
vier	0	0,0%	2	0,9%	2	0,2%
fünf	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
sechs	2	0,2%	1	0,4%	3	0,3%
gesamt (Personen)	898	100,0%	231	100,0%	1129	100,0%
gesamt (Diagnosen)	587		234		821	
<b>durchschnittliche Anzahl der Diagnosen pro Rehabilitand</b>	0,65 +/- 0,79		1,01 +/- 0,93		0,73 +/- 0,84	

\* Da drei Einrichtungen zu diesem Item keine Daten geliefert haben, ist die Stichprobe hier um 102 Personen reduziert.

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

Anzahl somatischer Diagnosen	Männer		Frauen		Gesamt	
keine	493	54,9%	120	51,9%	613	54,3%
eine	209	22,9%	65	28,1%	271	24,0%
zwei	106	11,8%	28	12,1%	134	11,9%
drei	63	7,0%	12	5,2%	75	6,6%
vier	17	1,9%	4	1,7%	21	1,9%
fünf	8	0,9%	0	0,0%	8	0,7%
sechs	5	0,6%	2	0,9%	7	0,6%
gesamt (Personen)	898	100,0%	231	100,0%	1129	100,0%
gesamt (Diagnosen)	745		185		930	
<b>Durchschnittliche Anzahl der Diagnosen pro Rehabilitand</b>	0,83 +/- 1,17		0,80 +/- 1,09		0,82 +/- 1,15	

\* Da drei Einrichtungen zu diesem Item keine Daten geliefert haben, ist die Stichprobe hier um 106 Personen reduziert.

Tabelle 11: Dauer der Abhängigkeit in Jahren

Dauer der Abhängigkeit	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
1 bis 5 Jahre	96	10,8%	53	23,1%	149	13,3%
6 bis 10 Jahre	207	23,2%	61	26,6%	268	23,9%
11 bis 15 Jahre	176	19,7%	42	18,3%	218	19,4%
16 bis 20 Jahre	182	20,4%	40	17,5%	222	19,8%
21 bis 25 Jahre	105	11,8%	9	3,9%	114	10,2%
über 25 Jahre	126	14,1%	24	10,5%	150	13,4%
<b>zusammen</b>	<b>892</b>	<b>100,0%</b>	<b>229</b>	<b>100,0%</b>	<b>1121</b>	<b>100,0%</b>
Mittelwert +/- Standardabweichung	16,4 +/- 10,3 Jahre		13,3 +/- 10,6 Jahre		15,8 +/- 10,4 Jahre	
keine Angabe	91	9,3%	19	7,7%	110	8,9%

Tabelle 12: Vorbehandlungen

Entzugsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
keine	347	38,6%	91	40,6%	438	39,0%
eine	155	17,2%	55	24,6%	210	18,7%
2 bis 3	176	19,6%	40	17,9%	216	19,2%
4 bis 5	70	7,8%	12	5,4%	82	7,3%
6 bis 10	85	9,4%	18	8,0%	103	9,2%
11 bis 20	46	5,1%	7	3,1%	53	4,7%
21 und mehr	21	2,3%	1	0,4%	22	2,0%
<b>zusammen</b>	<b>900</b>	<b>100,0%</b>	<b>224</b>	<b>100,0%</b>	<b>1124</b>	<b>100,0%</b>
Mittelwert +/- Standardabweichung	3,4 +/- 7,2		2,3 +/- 4,6		3,2 +/- 6,8	
keine Angabe	83	8,4%	24	9,7%	107	8,7%
Stat. Entwöhnungsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
eine	420	55,6%	121	62,1%	541	56,9%
2 bis 3	281	37,2%	65	33,3%	346	36,4%
4 bis 5	48	6,3%	7	3,6%	55	5,8%
mehr als 5	7	0,9%	2	1,0%	9	0,9%
<b>zusammen</b>	<b>756</b>	<b>100,0%</b>	<b>195</b>	<b>100,0%</b>	<b>951</b>	<b>100,0%</b>
Mittelwert +/- Standardabweichung	1,5 +/- 0,7		1,4 +/- 0,6		1,5 +/- 0,7	
keine Angabe	227	23,1%	53	21,4%	280	22,7%

men ist. 62,8% der Rehabilitanden sind mehr als 10 Jahre abhängig. Männer sind im Durchschnitt 3,1 Jahre länger abhängig als Frauen. Für beide Geschlechter zusammen liegt die Dauer bei 15,8 Jahren. Die Abhängigkeitsdauer ist in etwa vergleichbar mit Patienten der Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige (dort 16,6 Jahre, siehe Kapitel A I: Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit). Ein deutlicher Unterschied ist jedoch, dass die Rehabilitan-

den in der Adaption im Durchschnitt 8,8 Jahre jünger sind (37,6 in der Adaption gegenüber 46,4 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. Beispielfhaft seien die stationären Entzugsbehandlungen und Entwöhnungsbehandlungen angeführt. Tabelle 12 ist u.a. zu entnehmen, dass 43,1% der Patienten vor der Adaption bereits zwei und mehr Entwöhnungsbehandlungen durchlaufen haben. Die hohe Zahl an fehlenden Antworten ist auf Probleme mit der Einführung der neuen Basisdokumentation bzw. des Deutschen Kerndatensatzes 3.0 zurückzuführen.

**2.5. Angaben zu Behandlungsverlauf und Behandlungsende**

**Behandlungsdauer**

Gemäß dem „Rahmenkonzept für die Adaptionphase“ des VDR (Verbund Deutscher Rentenversicherungsträger, heute: DRV Bund) von 1994 sollte eine Adaption bei Abhängigen von Alkohol und Medikamenten in der Regel drei Monate und bei Abhängigen von illegalen Drogen vier Monate dauern. Bei ihren Kostenzusagen weichen 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 37 (= 3,0%) pathologischen Glücksspieler (F63.0) und die vier (0,3%) pathologischen PC-/Internetgebraucher nicht ins Gewicht fallen. Wie im Vorjahr spiegelt sich die oben genannte Vorgabe des VDR in der Differenzierung nach Diagnosen im Berichtszeitraum wider. Die Diagnosegruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Aufenthaltsdauer allerdings nur um 7,8 Tage. Männer sind über alle Entlassungsformen im Durchschnitt 2,3 Tage länger in Behandlung. Bei den regulären Entlassungen ist der Unterschied etwas größer (3,9 Tage), während bei den planmäßigen Entlassungen die Frauen eine leicht höhere Verweildauer aufweisen (0,7 Tage). Gegenüber dem Vorjahr hat sich die durchschnittliche Behandlungsdauer über alle Rehabilitanden um 1,2 Tage reduziert. Die Differenz liegt in der Schwankungsbreite der letzten Jahre: Im Berichtszeitraum davor hatte sie sich um 1,2 Tage verlängert.

**Entlassungsart**

83,1% der Rehabilitanden beenden die Adaption planmäßig. Die unplanmäßigen Entlassungen sind überwiegend auf „disziplinarische Entlassungen“ (3,2%) durch die Adaptionseinrichtungen und Abbrüche durch die Patienten (12,8%) zurückzuführen. Tabelle 14 zeigt, dass Frauen und Männer sich bei den Entlassungsformen nur geringfügig unterscheiden. Während sich die Anzahl der planmäßigen Entlassungen zwischen Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und Fachkliniken für Drogenabhängigkeit stark unterscheidet (2017 bei den Mitgliedseinrichtungen des FVS 86,1% vs. 65,9%, Fachverband Sucht e.V., 2018), spielen die Erstdiagnosen in der Adaption hinsichtlich der Entlassungsart keine Rolle.

**Berufliche Integration bei Behandlungsende**

19,1% der Patienten haben am Entlassungstag einen Arbeits-, Ausbildungs-, Umschulungs- oder Schulplatz oder sind selbständig (vgl. Tabelle 15). 3,4% sind Rentner, Hausfrau/Hausmann, in Elternzeit, längerfristig krank oder sonstige Nichterwerbspersonen. 77,6% 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: 35,2% der Patienten haben bei Behandlungsende für den Zeitraum der nächsten vier Monaten nach Entlassung einen Arbeits-, Ausbildungs-, Umschulungs- oder Schulplatz vertraglich vereinbart oder fest zugesichert.

Um dieses Ergebnis würdigen zu können, sollten die Zahlen mit den allgemeinen Vermittlungszahlen der Jobcenter in Relation gesetzt werden. Diese sind nach einer Studie von Achatz und Trappmann (2011) abhängig von der Anzahl der Vermittlungshemmnisse. Von den untersuchten Vermittlungshemmnissen Alter, Geschlecht, Haushaltstyp (mit/ohne Kinder), Gesundheit, Bildung/Qualifikation, Migration, Dauer des ALG II-Bezugs, regionale Arbeitsmarktlage u.a. liegen bei den meisten Rehabilitanden in der Adaption mindestens drei oder vier vor. Die Vermittlungsquote der Jobcenter bei Personen mit

Tabelle 13: Behandlungsdauer differenziert nach Geschlecht und Hauptdiagnose

Behandlungsdauer und Geschlecht	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
bis 28 Tage (4 Wochen)	73	7,4%	20	8,1%	93	7,6%
bis 42 Tage (6 Wochen)	57	5,8%	10	4,0%	67	5,4%
bis 56 Tage (8 Wochen)	62	6,3%	18	7,3%	80	6,5%
bis 84 Tage (12 Wochen)	176	17,9%	41	16,5%	217	17,6%
bis 112 Tage (16 Wochen)	391	39,8%	108	43,5%	499	40,5%
bis 140 Tage (20 Wochen)	185	18,8%	48	19,4%	233	18,9%
bis 182 Tage (26 Wochen = 6 Mon.)	29	3,0%	3	1,2%	32	2,6%
über 6 Monate	10	1,0%	0	0,0%	10	0,8%
<b>zusammen</b>	<b>983</b>	<b>100,0%</b>	<b>248</b>	<b>100,0%</b>	<b>1231</b>	<b>100,0%</b>
Behandlungsdauer in Tagen	84,7 +/- 35,5		82,4 +/- 30,9		84,2 +/- 34,6	
Behandlungsdauer in Tagen bei regulärer Entlassung	99,4 +/- 26,6		95,5 +/- 19,4		98,7 +/- 25,4	
Behandlungsdauer in Tagen bei planmäßiger Entlassung	91,3 +/- 32,3		92,0 +/- 23,8		91,4 +/- 30,8	

Behandlungsdauer und Hauptdiagnose	F10		F11 – F19 + F63 + F68		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
bis 28 Tage (4 Wochen)	55	7,6%	38	7,5%	93	7,9%
bis 42 Tage (6 Wochen)	41	5,7%	26	5,1%	67	5,4%
bis 56 Tage (8 Wochen)	52	7,2%	28	5,5%	80	6,5%
bis 84 Tage (12 Wochen)	132	18,3%	85	16,7%	217	17,6%
bis 112 Tage (16 Wochen)	329	45,5%	170	33,5%	499	40,5%
bis 140 Tage (20 Wochen)	93	12,9%	140	27,6%	233	18,9%
bis 182 Tage (26 Wochen = 6 Mon.)	14	1,9%	18	3,5%	32	2,6%
über 6 Monate	7	1,0%	3	0,6%	10	0,8%
<b>zusammen</b>	<b>723</b>	<b>100,0%</b>	<b>508</b>	<b>100,0%</b>	<b>1231</b>	<b>100,0%</b>
Behandlungsdauer in Tagen	81,0 +/- 32,8		88,8 +/- 36,6		84,2 +/- 34,6	
Behandlungsdauer in Tagen bei regulärer Entlassung	93,8 +/- 23,4		105,7 +/- 26,6		98,7 +/- 25,4	
Behandlungsdauer in Tagen bei planmäßiger Entlassung	87,6 +/- 29,2		96,9 +/- 32,2		91,4 +/- 30,8	

Tabelle 14: Entlassungsart differenziert nach Geschlecht und Hauptdiagnose

Art der Beendigung	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
planmäßige Entlassung	824	83,8%	199	80,2%	1023	83,1%
außerplanmäßige Verlegung	8	0,8%	3	1,2%	11	0,9%
Abbruch durch Einrichtung (disziplinarisch)	33	3,4%	6	2,4%	39	3,2%
Abbruch durch Patient	117	11,9%	40	16,1%	157	12,8%
verstorben	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
<b>zusammen</b>	<b>983</b>	<b>100,0%</b>	<b>248</b>	<b>100,0%</b>	<b>1231</b>	<b>100,0%</b>

	Hauptdiagnose F10		Hauptdiagnose F11 - F19 + F63 + F68		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
planmäßige Entlassung	603	83,4%	420	82,7%	1023	83,1%
außerplanmäßige Verlegung	8	1,1%	3	0,6%	11	0,9%
Abbruch durch Einrichtung (disziplinarisch)	21	2,9%	18	3,5%	39	3,2%
Abbruch durch Patient	91	12,6%	66	13,0%	157	12,8%
verstorben	0	0,0%	1	0,2%	1	0,1%
<b>Zusammen</b>	<b>723</b>	<b>100,0%</b>	<b>508</b>	<b>100,0%</b>	<b>1231</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 15: Erwerbssituation am Entlassungstag

Erwerbssituation Entlassung	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Auszubildender	13	1,4%	3	1,3%	16	1,4%
Arbeiter/Angestellter/Beamter	156	16,5%	38	16,2%	194	16,4%
Selbständiger/Freiberufler	3	0,3%	0	0,0%	3	0,3%
sonstige Erwerbspersonen	0	0,0%	1	0,4%	1	0,1%
in beruflicher Rehabilitation	3	0,3%	1	0,4%	4	0,3%
in Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	1	0,1%	2	0,9%	3	0,3%
arbeitslos nach SGB III (ALG I)	172	18,2%	50	21,3%	222	18,8%
arbeitslos nach SGB II (ALG II)	561	59,4%	133	56,6%	694	58,8%
Schüler/Student	6	0,6%	1	0,4%	7	0,6%
Hausfrau/Hausmann	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Rentner/Pensionär	4	0,4%	0	0,0%	4	0,3%
sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	13	1,4%	2	0,9%	15	1,3%
sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	12	1,3%	4	1,7%	16	1,4%
<b>zusammen</b>	<b>945</b>	<b>100,0%</b>	<b>235</b>	<b>100,0%</b>	<b>1180</b>	<b>100,0%</b>
keine Angaben	38	3,9%	13	5,2%	51	4,1%

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

Berufliche Integration in den ersten vier Monaten nach Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt*	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Arbeitsplatz Vollzeit	157	21,7%	23	11,9%	180	19,7%
Arbeitsplatz Teilzeit	45	6,2%	12	6,2%	57	6,2%
Ausbildung	33	4,6%	8	4,1%	41	4,5%
Minijob	24	3,3%	10	5,2%	34	3,7%
berufliche Rehabilitation/ Umschulung	9	1,2%	1	0,5%	10	1,1%
Schule	4	0,6%	5	2,6%	9	1,0%
Ein-Euro-Job	4	0,6%	2	1,0%	6	0,7%
Qualifizierungsmaßnahme	14	1,9%	12	6,2%	26	2,8%
Nicht erwerbstätig (Rentner, Hausfrau/Hausmann u.Ä.)	4	0,6%	4	2,1%	8	0,9%
arbeitslos	429	59,3%	116	60,1%	545	59,5%
<b>zusammen</b>	<b>723</b>	<b>100,0%</b>	<b>193</b>	<b>100,0%</b>	<b>916</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	260	26,4%	55	22,2%	315	25,6%

drei oder vier Vermittlungshemmnissen liegt bei 4,3% bzw. 2,4%. Einer Untersuchung von Henkel et al. (2013, S. 279) zufolge ist die ohnehin kleine Zahl der Vermittlungen seit 2010 sogar rückläufig. Die Integration in existenzsichernde Arbeit gelinge nur in Ausnahmefällen. Auch wenn die Vermittlungszahlen der Jobcenter dank der guten Konjunktur in den letzten Jahren sicherlich gestiegen sein dürften, weisen die Zahlen der Ad-

aptionseinrichtungen auf eine erfolgreiche Integration in den ersten Arbeitsmarkt in vielen Fällen hin.

Zu den Vermittlungen in Arbeit und Ausbildung kommen 0,7% mit einem Ein-Euro-Job und 2,8% mit einer Qualifizierungsmaßnahme hinzu. Diese Personen sind zwar nicht in den ersten Arbeitsmarkt integriert. Sie sind jedoch positiv angebunden an die Vermitt-

lungsagentur 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. 38,0% der behandelten Rehabilitanden (bei denen entsprechende Daten vorliegen) haben damit nicht nur eine klare Perspektive, sondern einen festen Termin für den Beginn eines Arbeitsverhältnisses, einer Umschulung, einer Ausbildung oder eines Minijobs in den nächsten vier Monaten nach Entlassung. Das unterstreicht, wie erfolgreich die Adaptionsbehandlung gerade bei diesem Aspekt, auf den ja fokussiert wird, ist.

Grundsätzlich sind aber auch bei allen anderen planmäßig Entlassenen (83,1%, 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 60,4% der Rehabilitanden bei der Entlassung noch arbeitslos bzw. nicht erwerbstätig sind, wird versucht, sie zu einer beruflichen Beschäftigung ohne Entgelt zu motivieren. 5,5% machen nach der Entlassung ein Praktikum oder eine Hospitation und 1,5% gehen einer ehrenamtlichen Tätigkeit nach. Auch dies wirkt abstinenzstabilisierend, was wiederum die Grundvoraussetzung für eine spätere Arbeitsaufnahme ist.

**Wohnsituation bei Entlassung**

Ein Großteil der Patienten lebt bei Aufnahme in einer unbefriedigenden Wohnsituation. Ein Teil ist wohnungslos, ein anderer Teil ist bei Eltern, Verwandten oder Bekannten untergekommen. Dabei ist das soziale Umfeld oft so desolat und rückfallgefährdend, dass die Patienten es verlassen und an einem anderen Ort einen neuen Anfang machen wollen. Bis auf diejenigen, die noch eine eigene Wohnung haben und deren soziales Umfeld nicht so schwierig ist, müssen alle Patienten während der Adaption eine neue Wohnung finden. Tabelle 17 macht deutlich, dass viele Menschen (18,7%) auch nach Entwöhnung und Adaption einer ambulant betreuten Wohnform bedürfen, um sich weiter zu stabilisieren. 4,2% der Patienten werden in stationäre Übergangseinrichtungen verlegt. Die untere Hälfte der Tabelle weist aus, dass 50,8% eine neue Wohnung gefunden und bezogen haben. Da die weitaus meisten Personen in den Kategorien „selbständiges Wohnen“ und „ambulant betreutes Wohnen“ an einem neuen Ort eine Wohnung gefunden haben, lässt sich feststellen, dass es mehr als zwei Drittel der Rehabilitanden gelungen ist, ihr soziales Umfeld zu verlassen und an einem anderen Ort neu zu beginnen. Das ist für die meisten Rehabilitanden eines der wichtigsten Ziele für die Adaption.

**2.6. Psychische Komorbidität**

Im Kapitel 2.4 wurde bereits auf die psychischen Störungen hingewiesen, die bei Rehabilitanden in der Adaption zusätzlich zur Abhängigkeit diagnostiziert wurden. Dort zeigte die Tabelle 9, dass bei Frauen im Durchschnitt mehr zusätzliche psychische Diagnosen gestellt werden als bei Männern: 49,1% der Männer und 68,8% der Frauen erhalten ein bis vier zusätzliche psychische Diagnosen. Die durchschnittliche Anzahl der weiteren psychischen Diagnosen betrug bei Frauen 1,01, bei Männern 0,65.

Im Folgenden werden die Zusammenhänge zwischen psychischer Komorbidität und den Variablen Geschlecht, Behandlungsdauer, Art der Therapiebeendigung und Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende eingehender dargestellt. Da drei Einrichtungen keine Daten zur psychischen Komorbidität geliefert haben, reduziert sich bei den folgenden Angaben die Stichprobe auf 1129 Rehabilitanden.

Tabelle 17: Wohnsituation bei Entlassung

Wohnsituation	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
selbständiges Wohnen	442	49,1%	119	54,3%	561	50,1%
bei anderen Personen	168	18,7%	46	21,0%	214	19,1%
ambulant betreutes Wohnen	174	19,3%	35	16,0%	209	18,7%
(Fach-)Klinik, stat. Reha-Einrichtung	26	2,9%	4	1,8%	30	2,7%
Wohnheim/Übergangseinrichtung	39	4,3%	8	3,7%	47	4,2%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	2	0,2%	0	0,0%	2	0,2%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	9	1,0%	0	0,0%	9	0,8%
ohne Wohnung	29	3,2%	4	1,8%	33	2,9%
Sonstiges	11	1,2%	3	1,4%	14	1,3%
<b>zusammen</b>	<b>900</b>	<b>100,0%</b>	<b>219</b>	<b>100,0%</b>	<b>1119</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	83	8,4%	29	11,7%	112	9,1%

Neue Wohnung während der Adaption organisiert und bezogen*	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	357	50,2%	100	52,9%	457	50,8%
nein	354	49,8%	89	47,1%	443	49,2%
<b>zusammen</b>	<b>711</b>	<b>100,0%</b>	<b>189</b>	<b>100,0%</b>	<b>900</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	272	27,7%	59	23,8%	331	26,9%

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	817	72,4%	1099	97,3%	975	86,4%
mind. eine Diagnose	312	27,6%	30	2,7%	154	13,6%
<b>gesamt</b>	<b>1129</b>	<b>100,0%</b>	<b>1129</b>	<b>100,0%</b>	<b>1129</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 19: Psychische Komorbidität: Differenzierung der Diagnose nach Geschlecht

Mindestens eine Diagnose	Depression F32, F33, F34.1		Angststörung F40, F41		Persönlichkeitsstörung F60, F61	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Anteil bei Männern	230	25,6%	22	2,4%	144	11,6%
<b>Gesamt n Männer</b>	<b>898</b>	<b>100,0%</b>	<b>898</b>	<b>100,0%</b>	<b>898</b>	<b>100,0%</b>
Anteil bei Frauen	82	35,5%	8	3,5%	50	21,6%
<b>Gesamt n bei Frauen</b>	<b>231</b>	<b>100,0%</b>	<b>231</b>	<b>100,0%</b>	<b>231</b>	<b>100,0%</b>

Zur weiteren Betrachtung der psychischen Komorbidität wurden folgende Diagnosegruppierungen gebildet:

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

Differenziert man die psychische Komorbidität nach diesen drei Diagnosegruppierungen, zeigt sich, dass 27,6% aller Rehabilitanden mindestens eine Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen, 2,7% aus dem Bereich der Angststörungen und 13,6% aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen aufweisen.

Tabelle 20: Psychische Komorbidität: Behandlungsdauer in Tagen

Behandlungsdauer in Tagen	Art der Therapiebeendigung					
	Alle Entlassungen		Reguläre Entlassungen		Planmäßige Entlassungen	
	n	Tage	n	Tage	n	Tage
keine F-Diagnose	529	84,2	347	99,9	433	92,2
eine F-Diagnose	420	86,5	274	99,7	357	92,8
zwei F-Diagnosen	150	84,2	93	98,7	120	92,5
drei F-Diagnosen	25	90,0	18	103,4	21	98,5
vier F-Diagnosen	2	68,5	1	81	2	68,5
sechs F-Diagnosen*	3	81,7	2	101,5	2	101,5
<b>gesamt</b>	<b>1129</b>	<b>85,2</b>	<b>735</b>	<b>99,8</b>	<b>935</b>	<b>92,6</b>

\* Es gab keine Person mit 5 zusätzlichen psychischen Diagnosen.

Tabelle 21: Psychische Komorbidität: Behandlungsdauer in Tagen differenziert nach Diagnosegruppierung und Art der Therapiebeendigung

Behandlungsdauer in Tagen	Art der Therapiebeendigung		
	alle Entlassungen N = 1129	reguläre Entlassungen N = 735	planmäßige Entlassungen N = 935
<b>Depression</b>			
keine Diagnose	84,3 Tage	99,6 Tage	91,9 Tage
mind. eine F-Diagnose	87,4 Tage	100,2 Tage	94,3 Tage
<b>Angststörungen</b>			
keine Diagnose	85,0 Tage	99,6 Tage	92,5 Tage
mind. eine F-Diagnose	89,3 Tage	104,5 Tage	94,5 Tage
<b>Persönlichkeitsstörungen</b>			
keine Diagnose	85,5 Tage	100,1 Tage	92,9 Tage
mind. eine F-Diagnose	82,9 Tage	97,3 Tage	90,3 Tage
<b>Gesamt</b>	<b>85,2 Tage</b>	<b>99,8 Tage</b>	<b>92,6 Tage</b>

Tabelle 22: Psychische Komorbidität: Art der Therapiebeendigung

Art der Therapiebeendigung	keine F-Diagnose	mind. eine F-Diagnose	Depression (≥ 1)	Angststörung (≥ 1)	Persönlichkeitsstörung (≥ 1)	Gesamt
	n = 529	n = 600	n = 263	n = 30	n = 154	n = 1129
planmäßiger Abschluss	81,9%	83,7%	84,3%	83,3%	79,9%	82,8%
außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	0,8%	1,2%	1,6%	0,0%	2,0%	1,0%
Abbruch durch Einrichtung (disziplinarisch)	3,0%	3,7%	1,9%	10,0%	5,9%	3,4%
vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klienten	14,4%	11,3%	12,2%	6,7%	11,7%	12,8%

In Tabelle 19 sind für die Patienten mit mindestens einer psychischen Diagnose die jeweiligen geschlechtsspezifischen Anteile dargestellt. Unter den Männern

haben 25,6% eine Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen erhalten. Unter den Frauen sind es 35,5%. Bei den Rehabilitanden mit mindestens

einer Diagnose aus dem Bereich der Angststörungen liegen die Anteile bei 2,4% vs. 3,5% und bei jenen mit mindestens einer Persönlichkeitsstörung bei 11,6% vs. 21,6%.

Der Zusammenhang von psychischer Komorbidität, Behandlungsdauer und Art der Therapiebeendigung ist in den Tabellen 20 und 21 dargestellt. Während sich bei den stationären Entwöhnungsbehandlungen von alkohol- und medikamentenabhängigen Rehabilitanden ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der zusätzlichen F-Diagnosen und der Dauer der Behandlung (je mehr Diagnosen, desto länger die Behandlung) feststellen lässt, ist der Zusammenhang in der Adaption uneinheitlich. Schwankungen sind allein aufgrund der niedrigen Fallzahlen in den einzelnen Rubriken zu erwarten. So wurden nur bei 25 Personen drei, bei zwei Personen vier und bei drei Personen sechs zusätzliche F-Diagnosen gestellt.

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, dann scheint sich eine leichte Tendenz zur längeren Behandlungsdauer bei Rehabilitanden mit einer zusätzlichen Depressionsdiagnose (+ 3,1 bei allen Entlassungen, + 0,6 bei regulären Entlassungen und + 2,4 Tage bei planmäßigen Entlassungen) und bei Rehabilitanden mit einer zusätzlichen Angststörung (+ 4,3, + 4,9 und + 2 Tage) sowie eine etwas kürzere Behandlungsdauer bei Rehabilitanden mit einer zusätzlichen Persönlichkeitsstörungsdiagnose (- 2,6, - 2,8 bzw. - 2,6 Tage) abzuzeichnen. Diese Aussage ist allerdings mit Vorsicht zutreffen, da es sich um relativ geringe Fallzahlen handelt und die Unterschiede (auch zu den Rehabilitanden ohne zusätzliche Diagnose aus den drei Diagnosegruppen) nicht sehr groß sind.

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. 82,8% der bei diesem Merkmal auf 1129 reduzierten Zahl der Rehabilitanden wurden im Berichtszeitraum planmäßig entlassen. Davon weichen die Rehabilitanden

mit und ohne psychische Zusatzdiagnose nicht bedeutsam ab (+/- 0.9%). Auch bei den drei genauer untersuchten Diagnosegruppen zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede. Die überwiegend geringen Differenzen hinsichtlich der verschiedenen Entlassungsformen dürften auf die geringen Fallzahlen zurückzuführen sein. Beispielsweise handelt es sich bei den disziplinarisch entlassenen und den selbst abbrechenden Rehabilitanden mit einer zusätzlichen Angststörung um zwei bzw. drei Personen. Der Vergleich mit Zahlen der Vorjahre macht deutlich, dass aus den relativ geringen Unterschieden keine wesentlichen Schlüsse gezogen werden sollten.

Tabelle 23 stellt die **Arbeitsfähigkeit und die Leistungsfähigkeit bei Therapieende** im Zusammenhang mit der **psychischen Komorbidität** sowie den drei **Diagnosegruppierungen** dar. Zwischen den Rehabilitanden mit mindestens einer psychischen Zusatzdiagnose allgemein und den Patienten mit einer Störung aus den eingehender betrachteten drei Diagnosegruppen zeigen sich keine großen Unterschiede hinsichtlich ihrer **Arbeitsfähigkeit** bei Entlassung. Lediglich die Rehabilitanden mit einer zusätzlichen Angststörung scheinen etwas seltener arbeitsfähig und jene mit einer allgemeinen zusätzlichen psychischen Störung sowie einer Störung aus den drei näher betrachteten Diagnosegruppen scheinen etwas häufiger arbeitsunfähig zu sein. Betrachtet man die **Leistungsfähigkeit im letzten Beruf**, zeigt sich ein deutlicherer Unterschied: Rehabilitanden ohne eine zusätzliche psychische Störung sind zu 7,8% bis 13,7% häufiger vollschichtig leistungsfähig als jene mit einer psychischen Störung. Hinsichtlich der **Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt** bei Entlassung zeigt sich derselbe Unterschied, allerdings in wesentlich geringerer Ausprägung.

### 3. Zusammenfassung und Ausblick

Mit diesem Bericht zur Basisdokumentation der Adaptionseinrichtungen gibt der Fachverband Sucht e.V. einen Überblick über die in seinen Mitgliedseinrichtungen durchgeführten Adaptionsbehandlungen und die behandelten Rehabilitanden. Die Zahlen machen die belastende Lebenssituation vor der Behandlung und das hohe Maß der Chroni-

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
<b>Arbeitsfähigkeit</b>	<b>n = 529</b>	<b>n = 600</b>	<b>n = 312</b>	<b>n = 30</b>	<b>n = 154</b>	<b>n = 1129</b>
arbeitsfähig	89,8%	88,8%	88,1%	80,0%	89,0%	89,3%
arbeitsunfähig	1,5%	5,7%	6,4%	6,7%	6,5%	3,7%
<b>Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende</b>	<b>n = 529</b>	<b>n = 600</b>	<b>n = 312</b>	<b>n = 30</b>	<b>n = 154</b>	<b>n = 1129</b>
6 Stunden und mehr	84,5%	72,3%	75,3%	76,7%	70,8%	78,0%
3 bis unter 6 Stunden	1,7%	3,3%	2,2%	3,3%	3,9%	2,6%
weniger als 6 Stunden	7,0%	14,0%	15,7%	10,0%	13,0%	10,7%
<b>Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende</b>	<b>n = 529</b>	<b>n = 600</b>	<b>n = 312</b>	<b>n = 30</b>	<b>n = 154</b>	<b>n = 1129</b>
6 Stunden und mehr	90,4%	85,5%	88,5%	80,0%	85,1%	87,8%
3 bis unter 6 Stunden	2,1%	4,5%	2,9%	6,7%	5,2%	3,4%
weniger als 3 Stunden	0,9%	2,7%	1,6%	6,7%	1,9%	1,9%

\* Die fehlenden Angaben wurden der Übersichtlichkeit halber nicht aufgeführt.

fizierung der Probleme bei den meisten Patienten deutlich: Nur 29,0% der Rehabilitanden haben einen Partner. Lediglich 8,0% wohnen mit ihrem Partner zusammen. Viele Rehabilitanden wohnen in problematischen Verhältnissen, die sie verlassen 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.

83,7% der Patienten waren bei Aufnahme arbeitslos mit ALG I- oder ALG II-Bezug. Weitere 3,6% waren „sonstige Nichterwerbspersonen“. Die Arbeitslosigkeit bestand bei 32,1% ein bis drei Jahre und bei weiteren 9,7% über drei Jahre durchgehend vor Behandlungsbeginn. Rechnet man die Arbeitslosigkeitszeiten der letzten zehn Jahre zusammen, so sind 32,3% ein bis drei Jahre, 7,9% drei bis fünf Jahre und 11,7% sechs bis zehn Jahre in diesem Zeitraum arbeitslos gewesen. Die Arbeitslosigkeit ist sicher eines der zentralen Probleme der Rehabilitanden in der Adaption.

Schulden sind bei 62,1% der Rehabilitanden ein großes Problem. 20,1% haben in einem länger als einem Jahr zurückliegenden Zeitraum suizidale Handlungen begangen, weitere 7,0% im letz-

ten Jahr vor der Aufnahme. 62,8% der Patienten ist mehr als 10 Jahre abhängig. 43,1% haben zwei und mehr stationäre Entwöhnungsbehandlungen durchlaufen sowie andere Vorbehandlungen in Anspruch genommen. 53,1% der Rehabilitanden leiden zusätzlich unter einer oder mehreren gravierenden psychischen Störungen und 45,7% 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 83,1% der Patienten die Adaptionsphase planmäßig beendeten und dass 31,5% in den ersten vier Monaten nach der Entlassung trotz vielfacher Vermittlungshemmnisse einen Arbeits-, Ausbildungs-, Umschulungs- oder Schulplatz erhalten haben. Bei den meisten Patienten konnten trotz der ausgeprägten und vielfältigen Schwierigkeiten und der starken Chronifizierung der Problematik in der Adaption deutliche Verbesserungen erreicht und weitergehende Hilfen in die Wege geleitet werden.

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

## 4. Literatur

- Achatz J., Trappmann M. (2011). Arbeitsmarktvermittelte Abgänge aus der Grundsicherung. Der Einfluss von personen- und haltungsgebundenen Arbeitsmarktbarrieren. IAB-Discussion Paper 2/2011.
- Bachmeier, R. et al. (2017). Basisdokumentation 2016 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit, in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Basisdokumentation 2016. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 24, Bonn, S. 6–32.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2018). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0 – Definition und Erläuterung zum Gebrauch. Vorläufige Endfassung, Stand: 01.01.2018. www.dhs.de.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2014) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. durchgesehene und ergänzte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2012). Basisdokumentation Sucht Version 2.0, Düsseldorf.
- Kemmann, D. et al. (2017). Basisdokumentation 2016 – Fachkliniken für Drogenabhängigkeit, in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Basisdokumentation 2016. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 24, Bonn, S. 33–55.
- 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. et al. (2016). Basisdokumentation 2015 – Adaptionseinrichtungen, in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Basisdokumentation 2015. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 23, Bonn, S. 56–67.
- Teigeler, H. et al. (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.

## Autorenverzeichnis:

- Teigeler, Horst, Dipl.-Psych., Therapeutischer Leiter, MEDIAN Adaptionshaus Lübeck, Lübeck
- Reger, Frank, Dipl.-Päd., Leiter des MEDIAN Adaptionshaus Duisburg, Duisburg
- Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Gruppe, Bad Füssing
- Bingel-Schmitz, Dieter, Leiter des Adaptionshauses Daun der MEDIAN Kliniken Daun
- Braun, Doris, Dipl.-Soz.päd./arb., Leiterin, Adaption der Fachklinik Eußerthal, Eußerthal/Pfalz
- Burger, Heiko, Dipl.-Psych., Therapeutische Leitung, Adaption Maria Stern, Bad Neustadt/Saale
- Danninger, Arno, Dipl.-Sozialpäd., Leiter, Adaption der Klinik Eschenburg, Eschenburg
- Donczewski, Izabela, Dipl.-Psych., Tannenhof Berlin-Brandenburg, Adaptionshaus Berlin, Berlin
- Fabricius, Dr. Benno, Dipl.-Soz.päd./arb., Leiter, Adaptionseinrichtung der Soteria Klinik Leipzig, Leipzig
- Häberlein, Gabriele, Dipl.-Psych., Adaption der MEDIAN Poliklinik Schelfstadt, Schwerin
- Kann, van Sonja, Dipl.-Soz.päd., Leiterin der Adaption der MEDIAN Klinik am Waldsee, Rieden
- Kemmann, Dietmar, Dipl.-Psych., Leiter Adaption, Diakonie-Krankenhaus Harz, Elbingerode
- Lang, Tanja, Dipl.-Psych., Leiterin Bonner Adaption- und Nachsorgezentrum „Ausweg“, Bonn
- Liebrich, Markus, Dipl.-Psych., Leiter Therapiezentrum Speyer, Speyer
- Missel, Peter, Dipl.-Psych., Leitender Psychologe der MEDIAN Kliniken Daun, Daun
- Nels-Lindemann, Corinna, Dipl.-Sozialarb., Leiterin Adaption der salus klinik Friedrichsdorf, Friedrichsdorf
- Peters, Fabian, Dipl.-Soz.päd./arb., Leiter Adaption Haus mit Aussicht Kadesch, Herne
- Sagel, Alexandra, Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Schultze, Michael, Dipl.-Soz.Päd., MEDIAN Gesundheitsdienste Adaptionshaus Koblenz
- Urban, Kerstin, Dipl. Soz.-päd., Leiterin der Adaption der Fachklinik Alte Ölmühle, Magdeburg
- Weissing, Dr. Volker, Geschäftsführer, Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Wulf, Frauke, Dipl. Soz.päd./arb., Leiterin der Adaption, salus klinik Hürth, 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,
MEDIAN Adaptionshaus Lübeck	23556 Lübeck
Haus Niedersachsen Adaption Hambühren	29313 Hambühren
Adaption der Klinik Eschenburg	35713 Eschenburg
Adaption der MEDIAN Klinik Wiegbertshöhe	36251 Bad Hersfeld
Adaption des Diakonie-Krankenhauses Harz	38875 Elbingerode
Adaption der Fachklinik Alte Ölmühle	39114 Magdeburg
MEDIAN Adaptionshaus Duisburg	47051 Duisburg
Paracelsus-Berghofklinik II (Adaption)	49152 Bad Essen
Adaption der salus Klinik Hürth	50354 Hürth
Bonner Adaption- und Nachsorgezentrum Ausweg	53113 Bonn
Adaptionshaus Daun der MEDIAN Kliniken Daun	54550 Daun/Eifel
MEDIAN Gesundheitsdienste Adaptionshaus Koblenz	56068 Koblenz
Adaption der salus klinik Friedberg	61169 Friedberg
Adaption der salus klinik Friedrichsdorf	61381 Friedrichsdorf
Therapiezentrum Speyer	67346 Speyer
Adaption Maria Stern	97616 Bad Neustadt/Saale
Adaption der MEDIAN Klinik Römhild	98630 Römhild

## Inhaltsverzeichnis

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

### Teilband IV

#### **Basisdokumentation 2017 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen**

1. Einleitung.....	63
2. Basisdokumentation 2017 des Fachverbandes Sucht e.V. – Ambulante Rehabilitation .....	63
2.1 Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung.....	63
2.2 Beschreibung der Rehabilitanden nach soziodemographischen und Eingangsmarkmalen .....	64
2.3 Angaben zur Therapievorbereitung und Aufnahme .....	67
2.4 Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung .....	68
2.5 Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende .....	70
3. Fazit und Ausblick.....	73
4. Literatur .....	73
Autorenverzeichnis .....	73
Liste der beteiligten Einrichtungen .....	74

## Teilband IV:

# Basisdokumentation 2017 – 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 elften Mal Daten der Basisdokumentation (vgl. Lange; Neeb; Bick, et al., 2016; Lange; Neeb; Bick-Dresen et al., 2017) der ambulanten Behandlungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige von Mitgliedseinrichtungen des FVS veröffentlicht. Damit nimmt der FVS eine seiner vorrangigen Aufgaben, die Qualitätssicherung bestehender und zukünftiger Behandlungsangebote, wahr, wobei neben der Prozess- und Strukturqualität auch besonderes Augenmerk auf die Ergebnisqualität gerichtet wird. Um die Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges zu überprüfen und zu dokumentieren, veröffentlicht der Fachverband Sucht seit einigen Jahren Katamneseuntersuchungen für die Ambulante Rehabilitation Sucht (vgl. Lange; Neeb; Parusel et al., 2018). Eine Veröffentlichung für den Entlassjahrgang 2016 ist vorgesehen.

### 2. Basisdokumentation 2017 des FVS – Ambulante Rehabilitation Sucht

#### 2.1 Datenerhebung und Stichprobenszusammensetzung

Der vorliegende Beitrag stellt ausgewählte Daten zur ambulanten medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Rehabilitandinnen und Rehabilitanden<sup>1</sup> aus dem Entlassjahrgang 2017 dar. Die Gesamtstichprobe umfasst 343 Datensätze und nahm somit im Ver-

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

Tabelle 1: EDV- und Dokumentationssysteme

	Anzahl	Prozent
IKIS (MEDIAN)	66	19,2%
PATFAK (Redline DATA)	246	71,7%
PaDo (Navacom)	31	9,0%
<b>Gesamt</b>	<b>343</b>	<b>100,0%</b>

gleich zu 2016 um 15 Fälle ab. Insgesamt beteiligten sich 10 Mitgliedseinrichtungen des FVS, die am Ende des Artikels aufgeführt sind, an der Erhebung. Für den Entlassjahrgang 2017 wurden erneut die Rehabilitanden mit der Erstdiagnose Pathologisches Spielen ausgeschlossen. Somit handelt es sich bei der diesjährigen Auswertung bezüglich der Hauptdiagnose um eine Gesamtstichprobe mit ausschließlich stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen. Es sei darauf verwiesen, dass nicht bei allen Merkmalen die gleiche Fallzahl in die Berechnungen Eingang fand. Dies liegt an den teilweise voneinander abweichenden Erhebungsformen der zur Anwendung kommenden Erhebungssysteme bzw. an partiell unvollständigen Datensätzen innerhalb des jeweiligen Systems. Fehlende Daten sind unter „Keine Daten“ ausgewiesen und beziehen sich in den Prozentangaben auf die Gesamtstichprobe n = 343.

Aufgrund des geänderten Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im

Bereich der Suchtkrankenhilfe ab 01.01.2017 gibt es teilweise Veränderungen im Bereich der erhobenen Items im Vergleich zu den Vorjahren. Handelt es sich nur um Umbenennung von Items, aber nicht um inhaltliche Änderungen, ist die Veränderung im Text nicht gesondert erwähnt.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verwendeten Dokumentationssysteme: 246 (71,7%) wurden mit PATFAK (Redline DATA) erfasst. Weiterhin kam bei 66 (19,2%) der Rehabilitanden das Dokumentationssystem IKIS (MEDIAN) zur Anwendung. Bei 31 Rehabilitanden (9,0%) erfolgte die Erfassung mit dem Programm PaDo (Navacom). Aus der Nutzung der verschiedenen Dokumentationssysteme, welche zum Teil nicht alle Items erfassen, erklären sich teilweise die fehlenden Daten.

In Tabelle 2 sind die beiden in die Erhebung aufgenommenen Behandlungsarten dargestellt. Die Stichprobe setzt sich aus 343 Fällen zusammen, von denen

Tabelle 2: Behandlungsart ambulante Rehabilitation Gesamt

	Anzahl	Prozent
Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“	326	95,0%
Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung	17	5,0%
<b>Gesamt</b>	<b>343</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 2a: Behandlungsart ambulante Rehabilitation im Detail

	Anzahl	Prozent
Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“	326	95,0%
Ambulante Weiterbehandlung nach EV "Abhängigkeitserkrankungen"	7	2,0%
Ambulanter Teil einer Kombinationsbehandlung	10	2,9%
<b>Gesamt</b>	<b>343</b>	<b>100,0%</b>

326 (95,0%) an einer ambulanten Rehabilitation Sucht nach der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (kurz ARS) und 17 (5,0%) an einer ARS mit stationärer Beteiligung teilgenommen haben. Im Einzelnen sind dies, wie Tabelle 2a veranschaulicht, 7 (2,0%) Rehabilitationsverläufe der ambulanten Weiterbehandlung im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme und 10 (2,9%) Datensätze, die den ambulanten Teil einer Kombinationsbehandlung widerspiegeln. Ambulante Maßnahmen ohne leistungsrechtliche Grundlagen, Motivationsphasen mit leistungsrechtlicher Grundlage, ambulante Nachsorge nach stationärer oder ambulanter Rehabilitation wurden nicht berücksichtigt.

Die Daten wurden über die Geschäftsstelle des Fachverbandes Sucht e.V. aus den Mitgliedseinrichtungen gesammelt, durch Redline-Data/Ahrensbock zusammengeführt und auf Fehlerfreiheit überprüft. Die Auswertung des anonymisierten Datensatzes wurde durch Mitarbeiter 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 2016 (vgl. Lange; Neeb; Bick-Dresen et al. 2017) vorgenommen. Dieser Vergleich beschränkt sich überwiegend auf die Items, bei denen sich deutliche Abweichungen zu den Vorjahresergebnissen ergaben.

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

Für den ambulanten BADO-Jahrgang 2017 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 Gesamtstich-

probe 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, so dass – 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. 65,0% des Klientels sind männlichen und 35,0% weiblichen Geschlechts. Damit ist die Geschlechterverteilung zum Vorjahr nahezu unverändert. Wie im Jahr 2016 liegt der Anteil der Frauen bei der ARS (34,7%) gut 6% unter den Behandlungsarten der ARS mit stationärer Beteiligung (41,2%).

Tabelle 3: Geschlecht

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
männlich	213	65,3%	10	58,8%	223	65,0%
weiblich	113	34,7%	7	41,2%	120	35,0%
<b>Gesamt</b>	<b>326</b>	<b>100,0%</b>	<b>17</b>	<b>100,0%</b>	<b>343</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 4: Alter nach Behandlungsart

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 19 Jahre	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
20 bis 29 Jahre	33	10,1%	1	5,9%	34	9,9%
30 bis 39 Jahre	55	16,9%	5	29,4%	60	17,5%
40 bis 49 Jahre	100	30,7%	3	17,6%	103	30,0%
50 bis 59 Jahre	91	27,9%	7	41,2%	98	28,6%
60 Jahre und älter	46	14,1%	1	5,9%	47	13,7%
<b>Gesamt</b>	<b>326</b>	<b>100,0%</b>	<b>17</b>	<b>100,0%</b>	<b>343</b>	<b>100,0%</b>

Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“			Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung			Gesamt		
Mittelwert	Standardabweichung	Gültige n	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige n	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige n
46,56	12,02	326	46,24	11,49	17	46,54	11,98	343

Tabelle 5: Partnersituation

Partnerschaft	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
nein	109	34,2%	9	52,9%	118	35,1%
ja	210	65,8%	8	47,1%	218	64,9%
<b>Gesamt</b>	<b>319</b>	<b>100,0%</b>	<b>17</b>	<b>100,0%</b>	<b>336</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angabe	7	2,1%	0	0,0%	7	2,0%

Tabelle 5a: Lebenssituation

		Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Alleinlebend	nein	211	65,1%	8	47,1%	219	64,2%
	ja	113	34,9%	9	52,9%	122	35,8%
	<b>Gesamt</b>	<b>324</b>	<b>100,0%</b>	<b>17</b>	<b>100,0%</b>	<b>341</b>	<b>100,0%</b>
	Keine Angabe	2	0,6%	0	0,0%	2	0,6%
mit Partner	ja	168	72,1%	7	63,6%	175	71,7%
	<b>Gesamt</b>	<b>233</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
	Keine Angabe	93	28,5%	6	35,3%	99	28,9%
mit Kindern	ja	90	39,3%	1	9,1%	91	37,9%
	<b>Gesamt</b>	<b>229</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>	<b>240</b>	<b>100,0%</b>
	Keine Angabe	97	29,8%	6	35,3%	103	30,0%
mit Eltern(-teil)	ja	27	12,2%	0	0,0%	27	11,6%
	<b>Gesamt</b>	<b>221</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>	<b>232</b>	<b>100,0%</b>
	Keine Angabe	105	32,2%	6	35,3%	111	32,4%
mit sonstiger Bezugsperson	ja	20	9,1%	2	18,2%	22	9,6%
	<b>Gesamt</b>	<b>219</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>	<b>230</b>	<b>100,0%</b>
	Keine Angabe	107	32,8%	6	35,3%	113	32,9%
mit sonstiger Person	ja	14	6,5%	2	18,2%	16	7,0%
	<b>Gesamt</b>	<b>217</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>	<b>228</b>	<b>100,0%</b>
	Keine Angabe	109	33,4%	6	35,3%	115	33,5%

Angaben zur Altersstruktur der Rehabilitanden können Tabelle 4 entnommen werden. Die meisten Rehabilitanden (30,0%) gehörten zu der Alterskategorie der 40- bis 49-Jährigen Rehabilitanden. Die Altersklasse der 50 - 59-Jährigen war mit 28,6% am zweitstärksten besetzt. Danach kommt die Gruppe der 30- bis 39-Jährigen mit 17,5%. Älter als 60 Jahre waren 13,7% der Rehabilitanden, zwischen 20 und 29 Jahren 9,9%. Lediglich 0,3% der Klientel war jünger als 20 Jahre.

Im Durchschnitt waren die Rehabilitanden 46,54 Jahre alt (Standardabweichung (SD): +/- 11,98 Jahre).

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 40 bis 49 Jahre und 50 bis 59 Jahre. Die Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung auf

die Altersgruppen 30 bis 39 Jahre und 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 aber kaum voneinander.

**Partnersituation**

Tabelle 5 gibt einen Überblick über das Vorliegen einer Partnerbeziehung bei Behandlungsbeginn. Die Mehrzahl der Rehabilitanden (64,9%) war in Partnerschaft, nur 35,1% ohne. Dies entspricht der Verteilung in 2016. Im neuen Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe wurde im Vergleich zu den Vorjahren auf eine genaue Benennung des Familienstandes und auf eine Differenzierung zwischen zeitweiligen und festen Beziehungen verzichtet.

Deutlich mehr Rehabilitanden der ARS (65,8%) sind gegenüber den Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung (47,1%) in Partnerschaft. Im Vergleich zu 2016 ist die Verteilung bei den Rehabilitanden der ARS gleich geblieben. Die Anzahl der Rehabilitanden ohne Partnerschaft hat im Vergleich zum Vorjahr um 2,5% abgenommen.

Tabelle 5a gibt die Lebenssituation bei Behandlungsbeginn an. Die Mehrzahl der Rehabilitanden (64,2%) war zusammenlebend, nur 35,8% lebten allein. Deutlich mehr Rehabilitanden der ARS (65,1%) leben im Vergleich zu den Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung (47,1%) mit jemandem zusammen.

71,7% der Rehabilitanden lebten mit einem Partner zusammen, 37,9% mit Kindern und 11,6% mit den Eltern oder einem Elternteil. Mit sonstiger Bezugsperson lebten 9,6% und mit sonstiger Person 7,0%.

Bzgl. des Zusammenlebens mit einem Partner (+ 8,5%), Kindern (+ 30,2%) oder den Eltern oder einem Elternteil (+ 12,2%) 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 (+ 11,7%) zusammen. Ergänzend sei erwähnt, dass bei jedem Item zu in etwa einem Drittel der Rehabilitationsverläufe keine Angabe gemacht wurde.

**Schulbildung und Erwerbstätigkeit bei Behandlungsbeginn**

Die Angaben zu Schulbildung und Erwerbstätigkeit bei Behandlungsbeginn können den Tabellen 6, 7 und 7a entnommen werden.

Keine Rehabilitanden befanden sich in einer Schulausbildung und 1,8% hatten keinen Schulabschluss. Ein Drittel der Klientel (33,5%) hatte seine Schullaufbahn mit einem Haupt- oder Volksschulabschluss beendet. Ebenfalls 35,0% wiesen einen Realschulabschluss oder einen Abschluss der Polytechnischen Oberschule auf. 29,0% hatten das Abitur oder Fachabitur und 0,6% einen anderen Schulabschluss als die bereits genannten. Für 3,5% lagen keine Daten vor.

Bei der Stichprobe ARS haben 34,4% einen Haupt-/Volksschulabschluss, bei der Stichprobe ARS mit stationärer Beteiligung sind es 17,6%. In Bezug auf den Realschulabschluss oder einen Abschluss der Polytechnischen Oberschule weisen Rehabilitanden der ARS mit 34,7% etwas seltener diesen Abschluss auf als in der Stichprobe der Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung (41,2%). Der Anteil der Fachabiturienten und Abiturienten mit Abschluss liegt in der Stichprobe der ARS mit 28,3% deutlich niedriger als in der Stichprobe der Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung (41,2%).

Wie im letzten Jahr haben wir unter dem Item „Erwerbstätigkeit bei Aufnahme“ unter der Kategorie „Erwerbstätig“ (65,2%), „Auszubildender“ (1,2%), „Arbeiter/Angestellter/Beamter“ (58,5%), „Selbständiger/Freiberufler“ (5,2%) und „sonstige Erwerbspersonen“ (0,3%) zusammengefasst. Arbeitslos nach SGB III (9,5%) und SGB II (6,2%) bildete die Kategorie „arbeitslos“ (15,7%). Schüler/Student (1,5%), Hausfrau/Hausmann (3,1%), Rentner/Pensionär (10,2%) und sonstige Nichterwerbspersonen (1,2%) wurden als „nicht erwerbstätig“ (19,1%) kategorisiert. Im Berichtsjahrgang befinden sich keine Rehabilitanden in beruflicher Rehabilitation. Die Zusammenfassung der Kategorien erleichtert den Vergleich mit der Erwerbstätigkeit bei Entlassung. Für 18 Rehabilitanden (5,2%) liegen keine Daten vor.

Im Vergleich zum letzten Jahr ist die Anzahl der Erwerbstätigen gleich geblieben.

Die Behandlungsart ARS weist mit 64,9% einen niedrigeren Anteil von Rehabilitan-

Tabelle 6: Schulabschluss

höchster Schulabschluss	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Derzeit in Schulausbildung	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
ohne Schulabschluss abgegangen	6	1,9%	0	0,0%	6	1,8%
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	108	34,4%	3	17,6%	111	33,5%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	109	34,7%	7	41,2%	116	35,0%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	89	28,3%	7	41,2%	96	29,0%
Anderer Schulabschluss	2	0,6%	0	0,0%	2	0,6%
<b>Gesamt</b>	<b>314</b>	<b>100,0%</b>	<b>17</b>	<b>100,0%</b>	<b>331</b>	<b>100,0%</b>
keine Angaben	12	3,7%	0	0,0%	12	3,5%

Tabelle 7: Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn

Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	4	1,3%	0	0,0%	4	1,2%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	178	57,8%	12	70,6%	190	58,5%
Selbständiger / Freiberufler	17	5,5%	0	0,0%	17	5,2%
Sonstige Erwerbspersonen	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	8	2,6%	0	0,0%	8	2,5%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	28	9,1%	3	17,6%	31	9,5%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	20	6,5%	0	0,0%	20	6,2%
Schüler / Student	5	1,6%	0	0,0%	5	1,5%
Hausfrau / Hausmann	10	3,2%	0	0,0%	10	3,1%
Rentner / Pensionär	32	10,4%	1	5,9%	33	10,2%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	4	1,3%	0	0,0%	4	1,2%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	1	0,3%	1	5,9%	2	0,6%
<b>Gesamt</b>	<b>308</b>	<b>100,0%</b>	<b>17</b>	<b>100,0%</b>	<b>325</b>	<b>100,0%</b>
keine Angaben	18	5,5%	0	0,0%	18	5,2%

den auf, der bei Aufnahme in die ambulante Behandlung einen Arbeitsplatz innehat. Bei den Rehabilitanden der ARS

mit stationärer Beteiligung sind es 70,6%. Der Anteil der arbeitslosen Rehabilitanden (15,7%) ist in beiden Stichproben in

Tabelle 7a: Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn gruppiert

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
erwerbstätig	200	64,9%	12	70,6%	212	65,2%
arbeitslos	48	15,6%	3	17,6%	51	15,7%
nicht erwerbstätig	60	19,5%	2	11,8%	62	19,1%
<b>Gesamt</b>	<b>308</b>	<b>100,0%</b>	<b>17</b>	<b>100,0%</b>	<b>325</b>	<b>100,0%</b>
keine Angabe	18	5,5%	0	0,0%	18	5,2%

Tabelle 8: Vermittlung

Vermittelnde Instanz	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine / Selbstmelder	51	16,1%	0	0,0%	51	15,3%
Selbsthilfe	19	6,0%	1	6,3%	20	6,0%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	4	1,3%	0	0,0%	4	1,2%
Ärztliche Praxis	87	27,4%	0	0,0%	87	26,1%
Allgemeines Krankenhaus	3	0,9%	1	6,3%	4	1,2%
Einrichtung der Akutbehandlung	4	1,3%	0	0,0%	4	1,2%
Psychiatrisches Krankenhaus	3	0,9%	0	0,0%	3	0,9%
Ambulante Suchthilfe-einrichtung	117	36,9%	8	50,0%	125	37,5%
Stationäre Suchthilfe-einrichtung (Rehabilitation, Adaption)	22	6,9%	6	37,5%	28	8,4%
Anderer Beratungsdienst (z.B. Ehe-/Familien-/ Erziehungsberatung, Sozialpsychiatrischer Dienst)	4	1,3%	0	0,0%	4	1,2%
Agentur für Arbeit / Jobcenter	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Polizei / Justiz / Bewährungshilfe	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Sonstige Einrichtung / Institution	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
<b>Gesamt</b>	<b>317</b>	<b>100,0%</b>	<b>16</b>	<b>100,0%</b>	<b>333</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angabe	9	2,8%	1	5,9%	10	2,9%

Tabelle 9: Kosten- und Leistungsträger (Mehrfachantworten möglich)

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Pauschal	2	0,0	0	0,0%	2	0,6%
Selbstzahler	5	0,0	0	0,0%	5	1,5%
Rentenversicherung	280	0,9	17	100,0%	297	86,6%
Krankenversicherung	42	0,1	0	0,0%	42	12,2%
Sonstiges	1	0,0	0	0,0%	1	0,3%

etwa gleich (ambulante Rehabilitation: 15,6%, mit stationärer Beteiligung: 17,6%).

Der Anteil nicht erwerbstätiger Rehabilitanden bei der ARS liegt bei 19,7% und damit 7,9% über dem Anteil der Nicht-Erwerbstätigen in den ARS mit stationärer Beteiligung (11,8%).

Der Anteil der Erwerbstätigen in der ARS ist im Vergleich zum Vorjahr stabil geblieben

### 2.3 Angaben zur Therapievorbereitung und Aufnahme

#### Art der Vermittlung

In Tabelle 8 sind die Angaben zur Art der Vermittlung zusammengefasst. Der höchste Anteil von Vermittlungen in die ambulante Rehabilitation Sucht erfolgte durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen (37,5%). 26,1% der Vermittlungen erfolgten durch ärztliche Praxen. Dies hängt mit der besonderen Struktur der erfassten Ambulanzen zusammen. 8,4% kamen von stationären Rehabilitationseinrichtungen. Weitere Vermittlungen erfolgten durch die Selbsthilfe (6,0%), und durch Krankenhäuser bzw. Krankenhausabteilungen (3,3%). Weitere Vermittlungswege können aus der Tabelle 8 entnommen werden. Für 2,9% der Rehabilitanden liegen keine Angaben zur Vermittlung vor. 15,3% der Rehabilitanden sind Selbstmelder.

Im Vergleich zum letzten Jahr ist der prozentuale Anteil der Selbstmelder von 27,9% auf 15,3% gesunken und die Vermittlungen von ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (+ 14,4%) sowie ärztlichen Praxen (+ 6,7%) und der Selbsthilfe (+ 5,7%) sind gestiegen. Dieser deutliche Anstieg könnte auf einen verbesserten Zugang zum Suchthilfesystem sowie auf eine Erhöhung des Augenmerks auf ambulante Maßnahmen in ärztlichen Praxen und im Suchthilfesystem hinweisen.

#### Kosten- und Leistungsträger

Tabelle 9 gibt einen Überblick über die Kosten- und Leistungsträgerstruktur. Auch beim Entlassjahrgang 2017 war es möglich, mehrere Leistungsträger anzugeben, wodurch die Anzahl der Antworten den Umfang der beschriebenen Stichprobe leicht übersteigt. Bei vier Behandlungsverläufen war mehr als ein Leistungsträger beteiligt.

In einem Fall wechselte die Übernahme der Kosten zwischen Kranken- und Rentenversicherung. Dies kommt zum Beispiel dadurch zu Stande, dass eine Rehabilitationsbehandlung zu Lasten der DRV begonnen wurde und nach Gewährung einer EU-Rente zu Lasten der Krankenkasse fortgesetzt wurde. Bei 297 Fällen (86,6%) war die Rentenversicherung als Kostenträger beteiligt, die Krankenversicherung in 42 Fällen (12,2%). Fünf Rehabilitanden (1,5%) übernahmen zumindest einen Teil der Kosten als Selbstzahler. Eine pauschale Finanzierung der Behandlung fand in zwei Fällen (0,6%) statt. Sonstige Kostenträger wurden in einem Fall (0,3%) genannt.

Die Finanzierung durch die Krankenkassen sank im Vergleich zu 2016 um 24,4% auf 12,2%, die Rentenversicherungen blieben konstant bei um die 86,6%.

## 2.4 Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung

### Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnosen der untersuchten Stichprobe sind in Tabelle 10 dargestellt. Bei 85,7% der Rehabilitanden war die Hauptdiagnose eine Alkoholabhängigkeit und bei 1,2% eine Abhängigkeit von Opioiden. Eine Abhängigkeit von Cannabinoiden stellte bei 4,1% der Rehabilitanden die Hauptdiagnose dar. Bei 0,6% stand eine Abhängigkeit von Sedativa/Hypnotika, bei 0,6% eine Kokainabhängigkeit, bei 2,9% eine Abhängigkeit von

Tabelle 10: Hauptdiagnosen

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Störung durch Alkohol, F10	277	85,0%	17	100,0%	294	85,7%
Störung durch Opioiden, F11	4	1,2%	0	0,0%	4	1,2%
Störung durch Cannabinoide, F12	14	4,3%	0	0,0%	14	4,1%
Störung durch Sedativa/Hypnotika, F13	2	0,6%	0	0,0%	2	0,6%
Störung durch Kokain, F14	2	0,6%	0	0,0%	2	0,6%
Störung durch Stimulanzien, F15	10	3,1%	0	0,0%	10	2,9%
Störung durch Tabak, F17	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Störung durch andere psychotrope Substanzen, F19	15	4,6%	0	0,0%	15	4,4%
Schädlicher Gebrauch von Antidepressiva, Laxantien und Analgetika, F55	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
<b>Gesamt</b>	<b>326</b>	<b>100,0%</b>	<b>17</b>	<b>100,0%</b>	<b>343</b>	<b>100,0%</b>

Stimulanzien und bei 4,4% eine Abhängigkeit durch multiplen Substanzgebrauch oder durch den Konsum sonstiger psychotroper Substanzen im Vordergrund. Überraschenderweise stellten auch in jeweils einem Fall eine Tabakabhängigkeit (0,3%) und ein schädlicher Gebrauch von Antidepressiva, Laxantien und Analgetika (0,3%) die Hauptdiagnose dar.

### Weitere psychische und somatische Diagnosen

Es wurden für den Entlassjahrgang 2017 die weiteren psychischen Diagnosen ausgewertet. Es konnten drei Einrichtungen mit insgesamt n = 49 nicht berücksichtigt werden.

Bei 66,3% der ambulanten Rehabilitanden wurde keine weitere psychische Dia-

Tabelle 11: Psychische Komorbidität (reduzierte Stichprobe, n = 294)

		Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
F0, F2 bis F9 Diagnosen	keine	190	67,1%	5	45,5%	195	66,3%
	eine	69	24,4%	6	54,5%	75	25,5%
	zwei	17	6,0%	0	0,0%	17	5,8%
	drei	6	2,1%	0	0,0%	6	2,0%
	vier	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
	<b>Gesamt</b>	<b>283</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>	<b>294</b>	<b>100,0%</b>

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“			Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung			Gesamt		
	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige n	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige n	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige n
F0, F2 bis F9 Diagnosen	0,44	0,73	283	0,55	0,52	11	0,45	0,73	294

noch Tabelle 11: Psychische Komorbidität (reduzierte Stichprobe, n = 294)

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeits-erkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
F1: weitere Abhängigkeits-diagnosen	56	19,8%	0	0,0%	56	19,0%
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaf te Störungen	7	2,5%	0	0,0%	7	2,4%
F3: Affektive Störungen	71	25,1%	5	45,5%	76	25,9%
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	23	8,1%	0	0,0%	23	7,8%
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	4	1,4%	0	0,0%	4	1,4%
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	8	2,8%	1	9,1%	9	3,1%
F9: Verhaltens- und emotio-nale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	5	1,8%	0	0,0%	5	1,7%
<b>Gesamtzahl der betrachteten Fälle</b>	<b>283</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>	<b>294</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 12: Verteilung der somatischen Diagnosen (reduzierte Stichprobe, n = 206), Mehrfachnennungen sind möglich

Somatische Diagnosen		Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeits-erkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00-B99	3	1,5%	0	0,0%	3	1,5%
Neubildungen	C00-D48	5	2,6%	0	0,0%	5	2,4%
Krankheiten des Blutes und der blutbilden-den Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50-D89	1	0,5%	0	0,0%	1	0,5%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel-krankheiten	E00-E90	33	16,9%	4	36,4%	37	18,0%
Krankheiten des Nervensystems	G00-G99	13	6,6%	2	18,2%	15	7,3%
Krankheiten des Auges , der Augen-anhangsgebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00-H95	7	3,6%	1	9,1%	8	3,9%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I99	31	15,9%	6	54,5%	37	18,0%
Krankheiten des Atmungssystems	J00-J99	13	6,6%	2	18,2%	15	7,3%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00-K93	20	10,3%	1	9,1%	21	10,2%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00-L99	4	2,1%	2	18,2%	6	2,9%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00-N99	31	15,9%	3	27,3%	34	16,5%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andernorts klassifiziert sind	R00-R99	3	1,5%	0	0,0%	3	1,5%
Verletzungen, Vergiftungen und be-stimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00-T98	7	3,6%	0	0,0%	7	0,5%
sonstige somatische Diagnosen		3	1,5%	0	0,0%	3	1,5%
<b>Gesamtzahl der betrachteten Fälle</b>		<b>195</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>	<b>206</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 12a: Anzahl somatischer Diagnosen für die reduzierte Stichprobe (n = 206)

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	111	56,9%	3	27,3%	114	55,3%
eine	34	17,4%	1	9,1%	35	17,0%
zwei	28	14,4%	2	18,2%	30	14,6%
drei	13	6,7%	4	36,4%	17	8,3%
vier	4	2,1%	1	9,1%	5	2,4%
fünf	1	0,5%	0	0,0%	1	0,5%
sechs	4	2,1%	0	0,0%	4	1,9%
<b>Gesamt</b>	<b>195</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>	<b>206</b>	<b>100,0%</b>

Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“			Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung			Gesamt		
Mittelwert	Standardabweichung	Gültige n	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige n	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige n
0,89	1,33	195	1,91	1,45	11	0,95	1,35	206

gnose angegeben. Affektive Störungen bildeten mit 25,9% den größten Anteil bei der psychischen Komorbidität, gefolgt von weiteren Abhängigkeitsdiagnosen (19,0%), Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen (7,8%) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (3,1%).

Unter Ausschluss von F1 (weitere psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) wurden pro Rehabilitand durchschnittlich 0,45 weitere psychische Diagnosen vergeben. 25,5% erhielten eine und 5,8% zwei weitere psychische Diagnosen. 2,3% der Rehabilitanden wiesen drei oder mehr psychische Diagnosen als Komorbidität auf.

Ebenfalls wurden die somatischen Diagnosen nach ICD-10 ausgewertet. Hier konnten drei Einrichtungen mit insgesamt n = 137 nicht berücksichtigt werden. Tabelle 12 zeigt die vergebenen Diagnosen auf, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Bei 55,3% der verbleibenden 206 Patienten wurde keine somatische Diagnose gestellt. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (18,0%) und Krankheiten des Kreislaufsystems (18,0%) wurden am häufigsten festgestellt. Weiterhin spielen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (16,5%) sowie Erkrankungen des Verdauungssystems (10,2%) eine wichtige Rolle. Der Anteil der Erkrankungen des Nervensystems umfasst 7,3%.

Bei 17,0% aller Rehabilitanden liegt eine somatische Diagnose vor. In 14,6% der Fälle wurden zwei, bei 8,3% drei, bei 2,4%

vier, bei 0,5% fünf und bei 1,9% sechs somatische Diagnosen gestellt (vgl. Tabelle 12a). Durchschnittlich wurden pro Rehabilitand 0,95 somatische Diagnosen angegeben.

**Anzahl der bisher durchgeführten Entzugsbehandlungen**

Für den Entlassjahrgang 2017 ist es bei der Anzahl der durchgeführten Entzugsbehandlungen zu einem hohen Anteil an fehlenden Daten gekommen. Aus diesem Grund wurde auf die Darstellung der Daten an dieser Stelle verzichtet. Die hohe Zahl der fehlenden Antworten könnte auf Probleme mit der neuen Basisdokumentation, die erstmals die Differenzierung zwischen Entgiftung und qualifiziertem Entzug vornimmt, zurückzuführen sein.

**2.5 Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende**

**Behandlungsdauer**

Die Verteilung der Behandlungszeiten ist in Tabelle 13 dargestellt. Zur Darstellung wurden folgende Gruppierungen gebildet: „bis 12 Wochen“, „13 bis 26 Wochen“, „27 bis 36 Wochen“, „37 bis 52 Wochen“ und „53 bis 104 Wochen“. Aus unserer Sicht ist eine differenziertere Darstellung der Behandlungsdauer in Behandlungszeiten über 52 Wochen notwendig, da Rehabilitanden in der ambulanten Rehabilitation oftmals mit Verlängerungen zwischen „53 und 104 Wochen“ behandelt werden.

Eine Behandlungsdauer von „bis zu 12 Wochen“ hatten 19,0% aller Rehabilitanden. Diese kurze Behandlungsdauer ist überwiegend auf irreguläre Beendigungen, wie Behandlungsabbrüche, zurückzuführen (76,6% unplanmäßige Beendigungen in dieser Gruppe). Zwischen „13 bis 26 Wochen“ wurden 25,1% der Rehabilitanden behandelt. Bei 20,8% lag die Behandlungszeit bei „27 bis 36 Wochen“, bei 14,3% bei „37 bis 52 Wochen“. Eine Behandlungszeit von „53 bis 104 Wochen“ lag bei 20,8% der Fälle vor. Kein Rehabilitand wurde über 104 Wochen behandelt.

Ein Vergleich der beiden Behandlungsarten zeigt bei den Rehabilitanden der ARS Schwerpunkte der Behandlungsdauer im Zeitraum von „13 bis 36 Wochen“ mit insgesamt 45,8% aller Fälle sowie im Behandlungszeitraum „53 bis 104 Wochen“ mit einem Anteil von 20,9%. Insbesondere die Behandlungsdauer „37 bis 52 Wochen“ (14,2%) hat im Vergleich zum Vorjahr (35,8%) im Bezugsjahr deutlich abgenommen. Bei der ARS mit stationärer Beteiligung liegt der Schwerpunkt, wie im Vorjahr, in der Kategorie „13 bis 26 Wochen“ (41,2%).

In Tabelle 13a findet sich eine Darstellung der mittleren Behandlungsdauer sowohl für alle Rehabilitanden als auch für die Gruppe der planmäßig<sup>2</sup> entlassenen Rehabilitanden, getrennt nach der

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

Tabelle 13: Behandlungsdauer in Wochen

		Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Behandlungsdauer in Wochen	bis 12 Wochen	62	19,1%	3	17,6%	65	19,0%
	13 bis 26 Wochen	79	24,3%	7	41,2%	86	25,1%
	27 bis 36 Wochen	70	21,5%	1	5,9%	71	20,8%
	37 bis 52 Wochen	46	14,2%	3	17,6%	49	14,3%
	53 bis 104 Wochen	68	20,9%	3	17,6%	71	20,8%
	<b>Gesamt</b>	<b>325</b>	<b>100,0%</b>	<b>17</b>	<b>100,0%</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“			Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung			Gesamt		
	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige n	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige n	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige n
Dauer der Betreuung	228,52	144,08	326	224,53	161,27	17	228,33	144,72	343

Tabelle 13a: Behandlungsdauer in Tagen nach Art der ambulanten Behandlung

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“			Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung			Gesamt		
	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige n	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige n	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige n
planmäßige Beendigung	277,90	134,10	231	274,69	150,77	13	277,73	134,70	244
unplanmäßige Beendigung	108,46	84,92	95	61,50	37,85	4	106,57	83,94	99
<b>Gesamt</b>	<b>228,52</b>	<b>144,08</b>	<b>326</b>	<b>224,53</b>	<b>161,27</b>	<b>17</b>	<b>228,33</b>	<b>144,72</b>	<b>343</b>

Art der ambulanten Reha-Maßnahme sowie für die Gesamtstichprobe.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller Rehabilitanden beträgt 228,3 Tage (+/- 144,7 Tage) bzw. 32,6 Wochen (+/- 20,7 Wochen). Werden nur die planmäßig beendeten Behandlungsverläufe zur Berechnung herangezogen, ergibt sich eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 277,7 Tagen (+/- 134,7 Tage) bzw. 39,7 Wochen (+/- 19,2 Wochen). Im Vergleich zum Vorjahr nimmt die durchschnittliche Behandlungsdauer für alle ambulanten Rehabilitanden um rund 33 Tage ab, für Rehabilitanden mit planmäßiger Entlassung ist ein Rückgang um 17,4 Tage zu verzeichnen.

Entgegen der Erwartung unterscheiden sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Behandlungsdauern der planmäßig Entlassenen mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 277,9 Tagen (= 39,7

Wochen) bei den ARS Behandelten und den Behandlungen mit stationärer Beteiligung (274,7 Tage = 39,2 Wochen) nur geringfügig. Hinsichtlich der Behandlungsdauern bei unplanmäßiger Entlassung zeigten sich jedoch die zu erwarteten Unterschiede: Bei den Rehabilitanden mit ausschließlich ARS ergaben sich wesentlich höhere durchschnittliche Behandlungsdauern (228,5 Tage = 32,6 Wochen) als bei den ARS mit stationärer Beteiligung (61,5 Tage = 8,8 Wochen). Hier muss allerdings auf geringe Fallzahl (n=4) der unplanmäßig beendeten Rehabilitationen nach ARS mit stationärer Beteiligung hingewiesen werden.

Im Vergleich zum Vorjahr nimmt die Behandlungsdauer bezogen auf alle Rehabilitanden der ARS um 37,7 Tage deutlich ab. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der planmäßig Entlassenen nimmt im Vergleich zum Vorjahr weniger deutlich um 16,5 Tage ab.

### Suchtmittelkonsum während der Behandlung

Zum Merkmal „Suchtmittelkonsum während der Behandlung“ lagen auch für den Entlassjahrgang 2017 nicht aus allen beteiligten Einrichtungen Angaben vor (5,8%). Bezüglich der 323 Fälle mit Angaben zum Suchtmittelkonsum während der Behandlung wurde bei 69,3% der Rehabilitanden kein Suchtmittelkonsum festgestellt und ein Suchtmittelkonsum generell während der Behandlung bei 30,7% der Rehabilitanden. Im Vergleich zum Vorjahr steigerte sich die Anzahl der Rehabilitanden ohne Suchtmittelkonsum um 6,7%. Zwischen den Formen der ambulanten Behandlung zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede.

### Art der Behandlungsbeendigung

Tabelle 15 gibt Auskunft über die Art der Behandlungsbeendigung gemäß dem

Kodierschema des Deutschen Kerndatensatzes. 55,4% der Rehabilitanden beendeten die Behandlung regulär, 6,7% vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung und 5,2% vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis. 26,8% brachen die Maßnahme vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis ab und 1,7% wurden disziplinarisch aus der Rehabilitation entlassen. Eine außerplanmäßige Verlegung erfolgte in keinem Fall, ein planmäßiger Wechsel in eine andere Behandlungsform bei 3,8% der Rehabilitanden. Während der ambulanten Rehabilitation verstarb ein Rehabilitand (0,3%).

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 71,1% planmäßig beendete Behandlungsverläufe.

Im Vergleich der beiden ambulanten Behandlungsarten erreicht die Stichprobe der Rehabilitanden einer ARS bei den planmäßigen Entlassungen einen Anteil von 70,9%. Bei den Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung waren es 76,5%. Die Abbrecherquote lag bei den Rehabilitanden, die an einer ARS teilnahmen, mit 27,0% höher als bei den Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung (23,5%). Im Vergleich zum Vorjahr sind die planmäßigen Entlassungen über beiden Behandlungsarten um 4,0% gesunken.

Während der Anteil der planmäßigen Entlassungen (70,9%) im Vergleich zum Vorjahr (76,4%) bei den ARS Rehabilitanden leicht gesunken ist, stieg der Anteil bei den Rehabilitanden der ARS mit stationärer Beteiligung leicht von 67,9% in 2016 auf 76,5% in 2017 an.

### Berufliche Integration bei Entlassung

Angaben zur beruflichen Integration am Ende der ambulanten Reha-Maßnahme können Tabelle 16 entnommen werden. 67,2% der Rehabilitanden waren bei Behandlungsende erwerbstätig. 12,9% der Klientel war arbeitslos, 19,9% zählten zur Gruppe der Nichterwerbspersonen. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Erwerbstätigen gleich geblieben, der Anteil der Arbeitslosen hat um 3,3% abgenommen und der Anteil der nicht Erwerbstätigen um 3,9% zugenommen.

Tabelle 14: Suchtmittelkonsum während der Behandlung

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kein Suchtmittelkonsum während der Behandlung	214	69,5%	10	66,7%	224	69,3%
Suchtmittelkonsum während der Behandlung	94	30,5%	5	33,3%	99	30,7%
<b>Gesamt</b>	<b>308</b>	<b>100,0%</b>	<b>15</b>	<b>100,0%</b>	<b>323</b>	<b>100,0%</b>
keine Angabe	18	5,5%	2	11,8%	20	5,8%

Tabelle 15: Suchtmittelkonsum während der Behandlung

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Angaben	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Regulär nach Beratung / Behandlungsplan	180	55,2%	10	58,8%	190	55,4%
Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	22	6,7%	1	5,9%	23	6,7%
Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	16	4,9%	2	11,8%	18	5,2%
Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klient	88	27,0%	4	23,5%	92	26,8%
Disziplinarisch	6	1,8%	0	0,0%	6	1,7%
Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/ Behandlungsform	13	4,0%	0	0,0%	13	3,8%
Verstorben	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
<b>Gesamt</b>	<b>326</b>	<b>100,0%</b>	<b>17</b>	<b>100,0%</b>	<b>343</b>	<b>100,0%</b>
planmäßige Beendigung	231	70,9%	13	76,5%	244	71,1%
unplanmäßige Beendigung	95	29,1%	4	23,5%	99	28,9%
<b>Gesamt</b>	<b>326</b>	<b>100,0%</b>	<b>17</b>	<b>100,0%</b>	<b>343</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 16: Erwerbssituation zu Behandlungsende gruppiert

	Ambulante Rehabilitation nach EV „Abhängigkeitserkrankungen“		Behandlungsart ambulante Reha mit stationärer Beteiligung		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
erwerbstätig	202	67,3%	11	64,7%	213	67,2%
arbeitslos	38	12,7%	3	17,6%	41	12,9%
nicht erwerbstätig	60	20,0%	3	17,6%	63	19,9%
<b>Gesamt</b>	<b>300</b>	<b>100,0%</b>	<b>17</b>	<b>100,0%</b>	<b>317</b>	<b>100,0%</b>
keine Angabe	26	8,0%	0	0,0%	26	7,6%

Tabelle 16a: Berufliche Integration der Rehabilitanden zu Beginn und Ende

Erwerbssituation zu Behandlungsende	Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn							
	erwerbstätig		arbeitslos		nicht erwerbstätig		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
erwerbstätig	195	93,8%	15	31,3%	3	4,9%	213	67,2%
arbeitslos	7	3,4%	33	68,8%	1	1,6%	41	12,9%
nicht erwerbstätig	6	2,9%	0	0,0%	57	93,4%	63	19,9%
<b>Gesamt</b>	<b>208</b>	<b>100,0%</b>	<b>48</b>	<b>100,0%</b>	<b>61</b>	<b>100,0%</b>	<b>317</b>	<b>100,0%</b>

Bezüglich der beruflichen Integration bei Entlassung zeigen sich zwischen den verschiedenen Behandlungsarten Unterschiede im Vergleich zum Behandlungsbeginn: Der Anteil der Erwerbstätigen bei der ARS mit stationärer Beteiligung hat um 5,9% ab- und der Anteil der nicht Erwerbstätigen um 5,8% zugenommen. Bei der ARS gibt es eine minimale Steigerung bei den Erwerbstätigen (+ 2,4%) und den nicht Erwerbstätigen (+ 0,5%) sowie eine leichte Abnahme bei den Arbeitslosen (- 2,9%).

Im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich relevante Unterschiede in der ARS mit stationärer Beteiligung: Der Anteil der arbeitslosen Personen ist niedriger (- 9,2%) als in 2016 und der Anteil der nicht Erwerbstätigen höher (+ 6,9%).

In Tabelle 16a werden die Angaben zur beruflichen Integration der Patienten zum Beginn und zum Ende der Behandlung miteinander verglichen.

Von den 208 Rehabilitanden, die zum **Betreuungsbeginn** einen **Arbeits- oder Ausbildungsplatz** vorweisen konnten, hatten zum Ende der Maßnahme 93,8% noch einen Arbeitsplatz, 3,4% sind während der Behandlung arbeitslos geworden, 2,9% 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“** (48 Rehabilitanden) hatten zum Ende der Betreuung 31,3% wieder einen Arbeitsplatz und 68,8% waren weiterhin arbeitslos. 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 BO-RA-Konzepten die berufliche Situation der Rehabilitanden zu verbessern.

Von den 61 zum **Betreuungsbeginn** in die Kategorie **„nicht erwerbstätig“** eingestuften Rehabilitanden hatten zum Betreuungsende 4,9% einen Arbeitsplatz, 93,4% waren weiterhin „nicht erwerbstätig“ und 1,6% arbeitslos.

Im Vergleich zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende ist der Anteil der Rehabilitanden mit einem Arbeitsplatz um 2,0% gestiegen.

### 3. Fazit und Ausblick

Angesichts der zunehmenden Bedeutung ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen stellen die Daten der ambulanten Basisdokumentation einen wichtigen Beitrag zur Überprüfung und Gewährleistung der Behandlungsqualität in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker dar. Erfreulicherweise bestätigte sich auch für den Entlassjahrgang 2017 die Tendenz der letzten Jahre in Bezug auf eine global verbesserte Datenqualität, jedoch sind einzelne Items aufgrund der Einführung des neuen Kerndatensatzes Sucht und aufgrund Kodierungsschwierigkeiten nur vorsichtig zu interpretieren. Des Weiteren verkleinerte sich die Stichprobe um 15 Fälle auf n = 343.

Für die Basisdokumentation 2017 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 Beteiligung“ zusammengefasst. Es zeigten sich auch in 2017 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 01.01.2018.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2014) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. durchgesehene und ergänzte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2007). Basisdokumentation Sucht Version 1.0, Düsseldorf.

Lange, N.; Neeb, K.; Bick, S. et al. (2016). Basisdokumentation 2015 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen. Basisdokumentation 2015, Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 23, Teilband IV, S. 68-80. Bonn.

Lange, N.; Neeb, K.; Bick-Dresen, S. et al. (2017). Basisdokumentation 2016 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen. Basisdokumentation 2016, Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 24, Teilband IV, S. 69-81. Bonn.

Lange, N.; Neeb, K.; Parusel, F. et al. (2018). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2015 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige, SuchtAktuell, 25 (1), S. 87-94. Bonn.

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

### Autorenverzeichnis

- Neumann, Elena, Dipl.-Psych., Teamleiterin, MEDIAN Gesundheitszentrum Köln, Köln
- Bick-Dresen, Stefanie, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Kliniken Daun, Daun
- Apprederis, Agnes, Teamleiterin Suchtberatung/Pflegestützpunkt, MEDIAN Kliniken Gesundheitsdienste, Koblenz
- Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Gruppe, Bad Füssing
- Beck, Sonja, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Kliniken Wied, Wied
- Bingel-Schmitz, Dieter, Dipl.-Soz.-Arb., MEDIAN Kliniken Daun – Am Rosenberg, Daun
- Brenner, Roland, Dipl.-Psych., Therapieverbund Sucht, Betzdorf
- Fölsing, Silvia, Dipl.-Soz.-Päd., Leitung Fachambulanz, salus klinik Friedrichsdorf, Friedrichsdorf
- Forschner, Dr. Lukas, Chefarzt, Fachklinik Alte Ölmühle, Magdeburg
- Funke, Prof. Dr. Wilma, Dipl.-Psych., Ltd. Psychologin, Kliniken Wied, Wied
- Klein, Dr. Thomas, Klinikleitung, Klinik Eschenburg, Eschenburg
- Kramer, Dr. Dietmar, Ltd. Arzt, salus klinik Friedrichsdorf, Friedrichsdorf
- Löhnert, Bärbel, Leitung, Klientenzentrierte Problemlberatung, Dachau und München
- Majewski, Michael von, Dipl.-Psych., Ltd. Psychologin, MEDIAN Kliniken Poliklinik Schelfstadt, Schwerin
- Missel, Peter, Dipl.-Psych., Ltd. Psychologin, MEDIAN Kliniken Daun, Daun
- Sagel, Alexandra, Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Schneider, Dr. Bernd, Dipl.-Psych, MEDIAN Kliniken Gesundheitsdienste, Koblenz
- Stamm, Andreas, Dipl.-Psych., Ltd. Psychologin, Die Tür Suchtberatung e.V., Trier
- Steffen, Dr. David, Ltd. Arzt, Ianua G. P. S. mbH, Saarlouis
- Weissingner, Dr. Volker, Geschäftsführer, Fachverband Sucht e.V., Bonn

### Liste der beteiligten Einrichtungen

- Fachambulanz Sucht der MEDIAN Kliniken Daun, Daun/Eifel
- Therapieverbund Sucht, Betzdorf
- Fachambulanz der salus klinik Friedrichsdorf, Friedrichsdorf
- Ianua Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH, Saarlouis
- Klientenzentrierte Problemlberatung München, München
- Klientenzentrierte Problemlberatung Dachau, Dachau
- MEDIAN Gesundheitsdienste Koblenz (Ambulanz), Koblenz
- Trägerverbund Südpfalz, Landau
- Poliklinik der MEDIAN Klinik Schelfstadt (Ambulanz), Schwerin
- Fachklinik Alte Ölmühle (Ambulanz), Magdeburg

## Inhaltsverzeichnis

*Bick-Dresen, S., Schneider, B., Bachmeier, R., Deichler, M.-L., Desla, M.-L.,  
Forschner, L., Kliem, D., Laaß, T., Missel, P., Mix, S., Sagel, A., Weissinger, V.*

### Teilband V

**Basisdokumentation 2017 –  
Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen**

1. Einleitung.....	76
2. Basisdokumentation 2017 des FVS – Einrichtungen der Ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker .....	76
2.1 Datenerhebung und Stichprobenbeschreibung .....	76
2.2 Beschreibung der Rehabilitanden nach soziodemographischen Merkmalen zu Beginn der Rehabilitation .....	76
2.3 Angaben zur Therapievorbereitung und Aufnahme .....	79
2.4 Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung .....	79
2.5 Angaben zum Behandlungsverlauf und zum Behandlungsende .....	82
2.6 Vergleiche der Ergebnisse zwischen 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 und 2017 .....	84
3. Diskussion und Ergebnisbewertung .....	88
4. Ausblick .....	88
5. Literatur .....	89
Autorenverzeichnis.....	89
Liste der an der Datenerhebung beteiligten Einrichtungen .....	89

## Teilband V:

# Basisdokumentation 2017 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen

## 1. Einleitung

In der vorliegenden Basisdokumentation Sucht des Jahres 2017 werden, wie in den Vorjahren, die wesentlichen Merkmale der Rehabilitanden<sup>1</sup> 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 2017 die längsschnittliche Betrachtung über mittlerweile sieben Jahrgänge hinweg. In diesem Beitrag werden ausgewählte Variablen aus den Jahren 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 und 2017 miteinander verglichen.

Die Darstellungsstruktur des Beitrages folgt der bewährten Struktur der vorausgegangenen Jahre (vgl. Schneider et al., 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016) und orientiert sich an der Darstellung der Basisdokumentation Sucht der anderen Indikationsbereiche in diesem Heft. Dem Vergleich mit weiteren Settings (ambulant, stationär, Adaption) ist ein separater Aufsatz in diesem Heft gewidmet.

## 2. Basisdokumentation 2017 des FVS – Einrichtungen der Ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker

### 2.1. Datenerhebung und Stichprobenbeschreibung

Im Jahre 2017 konnten 414 Datensätze der Basisdokumentation Sucht (Basisdoku-

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

mentation 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 sechs Einrichtungen zusammengestellt werden (vgl. die Liste am Ende des Beitrages). Eingeflossen sind dabei die Daten aller in 2017 entlassenen Rehabilitanden dieser Einrichtungen. Vorab mussten elf Datensätze wegen fehlender Angaben bei der Hauptdiagnose und der Art der Beendigung ausgeschlossen werden (siehe Mindeststandards des FVS e.V.). Die im Rahmen der Basisdokumentation Sucht erhobenen Daten entsprechen dem Deutschen Kerndatensatz (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2017) und werden in den Einrichtungen um dokumentationspezifische Angaben einzelner Einrichtungen oder Systeme ergänzt.

#### Dokumentationssysteme

	Anzahl	Prozent
IKIS (MEDIAN)	214	51,7%
PATFAK (Redline DATA)	144	34,8%
PaDo (Navacom)	56	13,5%
Gesamt	414	100,0%

Zusammengeführt wurden die einrichtungsübergreifenden Daten im Auftrag des Fachverband Sucht e.V. durch Redline Data, Ahrensboök. Die Datensätze sind par-

Tabelle 2: Altersverteilung zu Behandlungsbeginn

	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 19 Jahre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
20 bis 29 Jahre	28	9,2%	10	9,0%	38	9,2%
30 bis 39 Jahre	76	25,1%	33	29,7%	109	26,3%
40 bis 49 Jahre	85	28,1%	25	22,5%	110	26,6%
50 bis 59 Jahre	97	32,0%	35	31,5%	132	31,9%
60 Jahre und älter	17	5,6%	8	7,2%	25	6,0%
<b>Gesamt</b>	<b>303</b>	<b>100,0%</b>	<b>111</b>	<b>100,0%</b>	<b>414</b>	<b>100,0%</b>
Mittelwert	44,6		44,3		44,5	
Standardabweichung	10,8		10,8		10,8	

tiell 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.

### 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 Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn.

#### Geschlecht und Alter

Tabelle 1: Geschlechterverteilung

Geschlecht	Anzahl	Prozent
Männlich	303	73,2%
Weiblich	111	26,8%
<b>Gesamt</b>	<b>414</b>	<b>100,0%</b>

Die Geschlechterverteilung spiegelt das Bild der Vorjahre und die erwartete Verteilung bei einer Klientel mit überwiegender Alkoholabhängigkeit wieder: 73,2% der Rehabilitanden sind männlichen und 26,8% weiblichen Geschlechts (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 3: Partnerbeziehung

	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nein	105	38,7%	40	43,5%	145	39,9%
Ja	166	61,3%	52	56,5%	218	60,1%
<b>Gesamt</b>	<b>271</b>	<b>100,0%</b>	<b>92</b>	<b>100,0%</b>	<b>363</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angabe	32	10,6%	19	17,1%	51	12,3%

Tabelle 4: Lebenssituation alleinlebend

	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nein	133	48,9%	52	54,7%	185	50,4%
Ja	139	51,1%	43	45,3%	182	49,6%
<b>Gesamt</b>	<b>272</b>	<b>100,0%</b>	<b>95</b>	<b>100,0%</b>	<b>367</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angabe	31	10,2%	16	14,4%	47	11,4%

Tabelle 4a: Zusammenlebend mit

Partner/in	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	115	61,2%	36	56,3%	151	59,9%
<b>Gesamt</b>	<b>188</b>	<b>100,0%</b>	<b>64</b>	<b>100,0%</b>	<b>252</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angabe	115	38,0%	47	42,3%	162	39,1%
Kind(ern)	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	42	23,9%	22	38,6%	64	27,5%
<b>Gesamt</b>	<b>176</b>	<b>100,0%</b>	<b>57</b>	<b>100,0%</b>	<b>233</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angabe	127	41,9%	54	48,6%	181	43,7%
Eltern(teil)	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	12	7,5%	3	5,6%	15	7,0%
<b>Gesamt</b>	<b>161</b>	<b>100,0%</b>	<b>54</b>	<b>100,0%</b>	<b>215</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angabe	142	46,9%	57	51,4%	199	48,1%
Sonstiger Bezugsperson	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	16	10,2%	2	3,8%	18	8,6%
<b>Gesamt</b>	<b>157</b>	<b>100,0%</b>	<b>53</b>	<b>100,0%</b>	<b>210</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angabe	146	48,2%	58	52,3%	204	49,3%
Sonstiger Person	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	23	14,5%	2	3,8%	25	11,8%
<b>Gesamt</b>	<b>159</b>	<b>100,0%</b>	<b>53</b>	<b>100,0%</b>	<b>212</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angabe	144	47,5%	58	52,3%	202	48,8%

Die Ergebnisse bezüglich der Altersverteilung (vgl. Tabelle 2) verhalten sich ebenfalls erwartungsgemäß. 58,5% der Rehabilitanden liegen in der Altersgruppe 40 bis 59 Jahren. 26,6% der in 2017 entlassenen Rehabilitanden sind zwischen 40 und 49 Jahre und 31,9% liegen in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen. Unter 19 Jahre ist keiner der Rehabilitanden und 60 Jahre und älter 6,0%. Das Durchschnittsalter der Stichprobe liegt

bei 44,5 Jahren. Der Unterschied zwischen Männer und Frauen ist mit 44,6 und 44,3 Jahren nur geringfügig. Die Verteilung aller Altersgruppen ist in Tabelle 2 vollständig ausgewiesen.

**Partnerbeziehung**

Der Familienstand wird mit dem neuen Kerndatensatz nicht mehr erhoben, so dass die Dokumentation an dieser Stelle

nicht fortgesetzt werden kann. Auch die Erfassung der Partnersituation hat sich verändert. Es wird nun nur noch erfasst, ob eine Partnerschaft vorliegt.

In Tabelle 3 ist die Partnerbeziehung der Rehabilitanden dargestellt, ergänzt werden diese Angaben durch die Tabellen 4 und 4a<sup>2</sup> mit Angaben zur Lebenssituation „alleinlebend“ oder „zusammenlebend“. Danach befinden sich 60,1% der Rehabilitanden in einer Partnerschaft, mit 61,3% deutlich mehr Männer als Frauen (56,5%). Von insgesamt 12,3% der Rehabilitanden liegen keine Angaben zur Partnerschaftssituation vor.

49,6% geben an, allein zu leben. Der Vergleich der Geschlechter zeigt hier mehr Männer (51,1%) als Frauen (45,3%). Fast die Hälfte der Rehabilitanden gibt an, mit einem Partner/einer Partnerin zusammen zu leben (59,9%). 27,5% leben mit Kindern zusammen, 11,8% mit sonstiger Person, 8,6% mit sonstiger Bezugsperson und 7,0% mit einem oder beiden Elternteilen. Vergleicht man die Geschlechter, so leben mit 38,6% mehr Frauen mit Kindern zusammen als Männer (23,9%), dafür aber ein höherer Anteil Männer mit einem oder beiden Elternteilen (7,5% vs. 5,6%).

**Schul- und Berufsausbildung sowie Erwerbstätigkeit bei Behandlungsbeginn**

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

Die Mehrheit der Rehabilitanden verfügen über einen Realschulabschluss bzw. den Abschluss der Polytechnischen Oberschule (45,9%). 27,7%, haben einen Hauptschul-/Volksschulabschluss; 23,7% erreichten die (Fach-)Hochschulreife bzw. das Abitur. Ohne Schulabschluss sind 2,4%. 0,3% der Rehabilitanden geben an, einen anderen Schulabschluss zu haben. In den am häufigsten besetzten Kategorien finden sich geringfügige Geschlechtsunterschiede. In der Kategorie „Hauptschule/Volksschule“ sind die Männer zu 3,2% häufiger vertreten. In der Kategorie „Realschule/Polytechnische Oberschule“ sind 0,5% und in der Kategorie (Fach-) Hochschulreife 0,4% mehr Frauen vertreten.

<sup>2</sup> 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.

Im zweiten Teil von Tabelle 5 ist ein Überblick über die Berufs- bzw. Ausbildungsabschlüsse der Rehabilitanden des Jahres 2017 dargestellt. Dieses Item ist mit dem neuen Kerndatensatz in die Erhebung zurückgekehrt. Die Mehrheit der Rehabilitanden hat mit 69,3% einen betrieblichen Berufsabschluss, 10,4% haben einen akademischen Abschluss. 9,9% der Rehabilitanden haben weder eine Hochschul- noch eine Berufsausbildung abgeschlossen, 4,8% sind Techniker oder Meister und 4,3% haben noch keine Ausbildung begonnen. Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich bei der betrieblichen Berufsausbildung mit 72,0% zu 61,1% zu Gunsten der Männer, bei der Kategorie Meister/Techniker mit 6,1% zu 1,1% ebenfalls zu Gunsten der Männer, während bei den akademischen Abschlüssen die Frauen mit 15,8% zu 8,6% deutlich höher vertreten sind. Dagegen sind Frauen aber auch stärker in der Kategorie „keine Ausbildung begonnen“ vertreten (9,5% zu 2,5%).

Tabelle 6 beschreibt die Erwerbssituation der Rehabilitanden zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung. Daraus wird ersichtlich, dass 42,7% als Arbeiter, Angestellte oder Beamte berufstätig sind, hinzukommen 1,0% selbständig Berufstätige und 0,5% Auszubildende. Mit 26,9% bilden die ALG-II-Empfänger die zweitgrößte Gruppe in dieser Kategorie; 16,9% erhalten ALG I. Somit stellt die Gruppe der Arbeitslosen einen bedeutenden Anteil der hier untersuchten Stichprobe (43,8%) dar. Die Geschlechtsunterschiede sind relative gering: 4,4% mehr Frauen sind prozentual arbeitslos mit ALG II-Bezug, beim ALG I-Bezug sind es 1,9% mehr Männer. Frauen sind mit 0,7% häufiger in Elternzeit, aber weniger häufig als Arbeiter/Angestellter/Beamter tätig (2,6% weniger). In den Kategorien „Selbstständiger/Freiberufler“, „Rentner/Pensionär“, „Hausfrau/Hausmann“ sowie „Schüler/Student“ sind die Unterschiede nur sehr gering.

Die relativ geringen Geschlechtsunterschiede zeigen sich auch in den zusammenfassenden Kategorien „erwerbstätig“, „nicht erwerbstätig“ und „erwerbslos“. In der Kategorie „erwerbstätig“ sind mit 2,1% mehr Männer vertreten. Mit 12,2% sind es auch in der Kategorie „nicht erwerbstätig“ mehr Männer als Frauen (11,7%). Dagegen haben bei den Erwerbslosen die Frauen einem 2,5% höheren Anteil.

Tabelle 5: Schul- und Ausbildungsabschluss

Höchster Schulabschluss	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ohne Schulabschluss abgegangen	6	2,1%	3	3,2%	9	2,4%
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	81	28,5%	24	25,3%	105	27,7%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	130	45,8%	44	46,3%	174	45,9%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	67	23,6%	23	24,2%	90	23,7%
Anderer Schulabschluss	0	0,0%	1	1,1%	1	0,3%
<b>Gesamt</b>	<b>284</b>	<b>100,0%</b>	<b>95</b>	<b>100,0%</b>	<b>379</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angaben	19	6,3%	16	14,4%	35	8,5%

Höchster Berufs-/ Ausbildungsabschluss	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Noch keine Ausbildung begonnen	7	2,5%	9	9,5%	16	4,3%
Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	28	10,0%	9	9,5%	37	9,9%
Betrieblicher Berufsabschluss	201	72,0%	58	61,1%	259	69,3%
Meister / Techniker	17	6,1%	1	1,1%	18	4,8%
Akademischer Abschluss	24	8,6%	15	15,8%	39	10,4%
Anderer Berufsabschluss	1	0,4%	3	3,2%	4	1,1%
<b>Gesamt</b>	<b>279</b>	<b>100,0%</b>	<b>95</b>	<b>100,0%</b>	<b>374</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angaben	24	7,9%	16	14,4%	40	9,7%

Tabelle 6: Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn

	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	2	0,7%	0	0,0%	2	0,5%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	125	43,4%	42	40,8%	167	42,7%
Selbständiger / Freiberufler	2	0,7%	2	1,9%	4	1,0%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	12	4,2%	5	4,9%	17	4,3%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	50	17,4%	16	15,5%	66	16,9%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	74	25,7%	31	30,1%	105	26,9%
Schüler / Student	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Hausfrau / Hausmann	3	1,0%	1	1,0%	4	1,0%
Rentner / Pensionär	14	4,9%	5	4,9%	19	4,9%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	4	1,4%	1	1,0%	5	1,3%
<b>Gesamt</b>	<b>288</b>	<b>100,0%</b>	<b>103</b>	<b>100,0%</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angaben	15	5,0%	8	7,2%	23	5,6%

Erwerbstätig	129	44,8%	44	42,7%	173	44,2%
Erwerbslos	124	43,1%	47	45,6%	171	43,7%
Nicht erwerbstätig	35	12,2%	12	11,7%	47	12,0%

Tabelle 7: Vermittelnde Instanz

	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine / Selbstmelder	33	12,1%	7	7,1%	40	10,8%
Soziales Umfeld	0	0,0%	1	1,0%	1	0,3%
Selbsthilfe	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	8	2,9%	1	1,0%	9	2,4%
Ärztliche Praxis	2	0,7%	0	0,0%	2	0,5%
Psychotherapeutische Praxis	1	0,4%	1	1,0%	2	0,5%
Allgemeines Krankenhaus	6	2,2%	3	3,1%	9	2,4%
Einrichtung der Akutbehandlung	11	4,0%	2	2,0%	13	3,5%
Psychiatrisches Krankenhaus	20	7,4%	10	10,2%	30	8,1%
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	164	60,3%	65	66,3%	229	61,9%
Stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	17	6,3%	7	7,1%	24	6,5%
Soziotherapeutische Einrichtung	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Anderer Beratungsdienst (z.B. Ehe-/Familien-/ Erziehungsberatung, Sozialpsychiatrischer Dienst)	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Schuldnerberatung	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
Agentur für Arbeit / Jobcenter	2	0,7%	0	0,0%	2	0,5%
Polizei / Justiz / Bewährungshilfe	2	0,7%	0	0,0%	2	0,5%
Kosten-/Leistungsträger	1	0,4%	1	1,0%	2	0,5%
Sonstige Einrichtung / Institution	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
<b>Gesamt</b>	<b>272</b>	<b>100,0%</b>	<b>98</b>	<b>100,0%</b>	<b>370</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angabe	31	10,2%	13	11,7%	44	10,6%

**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.

61,9% der Rehabilitanden finden den Weg über die ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen, Fachambulanzen etc.) in die Ganztägig ambulante Rehabilitation. 10,8% waren Selbstmelder, 8,1% kamen über psychiatrische Krankenhäuser, 6,5% über stationäre Suchthilfeeinrichtungen.

Die hohe Zahl der Selbstmelder im Vergleich zu den Vorjahren ist bei genauer

Betrachtung auf eine Einrichtung zurückzuführen, die 95,0% der Selbstmelder in diesem Datensatz stellt.

Es fällt auf, dass niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten weiterhin nur mit je 0,5% vertreten sind, der Zuweisungsweg hier weiterhin kaum genutzt wird.

Tabelle 8: Kostenträger

	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Pauschal	0	0,0%	1	0,9%	1	0,2%
Selbstzahler	2	0,7%	2	1,8%	4	1,0%
Rentenversicherung	268	88,4%	101	91,0%	369	89,1%
Krankenversicherung	21	6,9%	5	4,5%	26	6,3%
Arbeitsagentur/Jobcenter	1	0,3%	1	0,9%	2	0,5%
Pflegeversicherung	1	0,3%	0	0,0%	1	0,2%
Sonstiges	3	1,0%	0	0,0%	3	0,7%
<b>Gesamt</b>	<b>296</b>		<b>110</b>		<b>406</b>	

**Kosten- und Leistungsträger**

Als Kosten- und Leistungsträger für die Ganztägig ambulante Rehabilitation tritt mit 89,1% zum weitaus größten Teil die Rentenversicherung in Erscheinung (siehe Tabelle 8). Der Anteil der Krankenkassen liegt bei 6,3%. 1,0% der Rehabilitanden sind Selbstzahler. 3,6% entfallen auf die Kategorien „pauschal finanziert“, „Arbeitsagentur/Jobcenter“, „Pflegeversicherung“ und „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 2017 umfasst die Hauptdiagnosen im Bereich der Abhängigkeitserkrankung, weitere psychische Diagnosen und somatische Erkrankungen.

Tabelle 9 weist die Hauptdiagnosen im Bereich der Abhängigkeit, einschließlich des Pathologischen Glücksspiels aus. Mit 84,1% stellt die Diagnose der Alkoholabhängigkeit (bzw. des schädlichen Gebrauchs von Alkohol, hier n = 3) in Tabelle 9 erwartungsgemäß die mit Abstand häufigste Diagnose dar. An zweiter Stelle folgt die Cannabisabhängigkeit (5,1%). Einen Anteil über 4,3% erzielt die Störung durch Stimulanzien, mit 2,7% ist Kokain vertreten und die Sedativa liegen bei 1,2%.

Bei der Betrachtung der Komorbiditäten musste eine Einrichtung (n = 56) ausgeklammert werden, da in dieser nach der Hauptdiagnose keine weiteren Diagnosen angegeben wurden. Die nachfolgenden Tabellen sind mit der reduzierten

Stichprobe (n = 358) erstellt worden. So haben die Rehabilitanden etwa im Mittel 0,56 weitere Suchtmitteldiagnosen und 0,55 psychische Diagnosen.

Dabei sind die Frauen etwas stärker belastet mit durchschnittlich 0,63 weiteren Suchtmitteldiagnosen und 0,78 psychischen Diagnosen als die Männer.

Tabelle 10 zeigt, dass 61,5% der Rehabilitanden keine psychische Diagnose und 57,0% keine weitere Suchtmitteldiagnose aufweisen.

Im Durchschnitt haben die Rehabilitanden 1,39 somatische Diagnosen, wobei hier der Unterschied zwischen den Geschlechtern bei nur 0,11 zu Ungunsten der Männer liegt. Keine somatische Diagnose haben lediglich 38,5% der Rehabilitanden.

Betrachtet man die Diagnosegruppen in Tabelle 11 genauer, dann fällt die hohe Anzahl von Suchtneben Diagnosen mit 43,0% auf. Dahinter verbirgt sich vor allem die Tabakabhängigkeit mit 38,5%. Wenn man die Tabakdiagnosen aus der Betrachtung der Suchtneben Diagnosen ausschließt, dann weisen die Rehabilitanden im Durchschnitt nur noch 0,17 Suchtneben Diagnosen auf und der Anteil der Fälle ohne Suchtneben Diagnosen steigt auf 86,0%. Frauen sind im Durchschnitt mit 0,23 Suchtneben Diagnosen leicht mehr belastet als Männer mit 0,15. Am zweithäufigsten sind nach Tabelle 11 die affektiven Störungen (F3) vertreten mit 19,8%. Bei einer genaueren Betrachtung der Diagnosen der depressiven Störung (F32, F33 und F34.1) haben 17,9% der Rehabilitanden eine komorbide Belastung durch eine Depression, wobei Frauen mit 26,3% stärker belastet sind als Männer (14,7%). Mit 11,7% sind die Kapitel F4 „neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ und mit 10,6% „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F6) ebenfalls deutlich vertreten.

Tabelle 12 stellt die absoluten und prozentualen Häufigkeiten der diagnostizierten Erkrankungen aus weiteren Kapiteln der ICD-10 außerhalb der psychischen Störungen dar. Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich.

Mit 24,0% waren die Diagnosen aus dem Kapitel M, Krankheiten des „Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ am häufigsten genannt. Krankheiten des „Kreislaufsystems“ werden bei 21,5% der Rehabilitanden diagnostiziert, gefolgt von „endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ mit 19,0%. „Krankheiten des Nervensystems“ sind

Tabelle 9: Hauptdiagnosen

	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Alkohol (F10.1)	3	1,0%	0	0,0%	3	0,7%
Alkohol (F10.2)	248	81,8%	97	87,4%	345	84,1%
Opioide (F11.2)	1	0,3%	1	0,9%	2	0,5%
Cannabis (F12.2)	15	5,0%	6	5,4%	21	5,1%
Sedativa (F13.2)	2	0,7%	3	2,7%	5	1,2%
Kokain (F14.2)	10	3,3%	1	0,9%	11	2,7%
Stimulantien (F15.2)	16	5,3%	2	1,8%	18	4,3%
Störung durch andere psychotrope Substanzen (F19.2)	6	2,0%	1	0,9%	7	1,7%
Pathologisches Glücksspielen (F63.0)	2	0,7%	0	0,0%	2	0,5%
<b>Gesamt</b>	<b>303</b>	<b>100,0%</b>	<b>111</b>	<b>100,0%</b>	<b>414</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 10: Komorbidität (reduzierte Stichprobe N = 358)

		Männlich		Weiblich		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
<b>Weitere suchtmittelbezogenen Diagnosen</b>	Keine	152	58,7%	52	52,5%	204	57,0%
	Eine	77	29,7%	36	36,4%	113	31,6%
	Zwei	27	10,4%	7	7,1%	34	9,5%
	Drei	3	1,2%	4	4,0%	7	2,0%
	<b>Gesamt</b>	<b>259</b>	<b>100,0%</b>	<b>99</b>	<b>100,0%</b>	<b>358</b>	<b>100,0%</b>
	MW	0,54		0,63		0,56	
Standardabw.	0,73		0,79		0,74		
<b>Psychische Diagnosen</b>	Keine	171	66,0%	49	49,5%	220	61,5%
	Eine	63	24,3%	30	30,3%	93	26,0%
	Zwei	20	7,7%	16	16,2%	36	10,1%
	Drei	4	1,5%	3	3,0%	7	2,0%
	Sechs	1	0,4%	1	1,0%	2	0,6%
	<b>Gesamt</b>	<b>259</b>	<b>100,0%</b>	<b>99</b>	<b>100,0%</b>	<b>358</b>	<b>100,0%</b>
MW	0,47		0,78		0,55		
Standardabw.	0,78		1,00		0,86		
<b>Alle somatischen Diagnosen</b>	Keine	99	38,2%	39	39,4%	138	38,5%
	Eine	43	16,6%	20	20,2%	63	17,6%
	Zwei	58	22,4%	20	20,2%	78	21,8%
	Drei	32	12,4%	13	13,1%	45	12,6%
	Vier	23	8,9%	5	5,1%	28	7,8%
	Fünf	3	1,2%	1	1,0%	4	1,1%
Sechs	1	0,4%	1	1,0%	2	0,6%	
<b>Gesamt</b>	<b>259</b>	<b>100,0%</b>	<b>99</b>	<b>100,0%</b>	<b>358</b>	<b>100,0%</b>	
MW	1,42		1,31		1,39		
Standardabw.	1,42		1,38		1,41		
<b>Weitere suchtmittelbezogenen Diagnosen ohne Tabakabhängigkeit</b>	Keine	224	86,5%	84	84,8%	308	86,0%
	Eine	31	12,0%	9	9,1%	40	11,2%
	Zwei	4	1,5%	4	4,0%	8	2,2%
	Drei	0	0,0%	2	2,0%	2	0,6%
	<b>Gesamt</b>	<b>259</b>	<b>100,0%</b>	<b>99</b>	<b>100,0%</b>	<b>358</b>	<b>100,0%</b>
	MW	0,15		0,23		0,17	
Standardabw.	0,40		0,62		0,47		
<b>Depressive Störungen (F32, F33, F34.1)</b>	keine	221	85,3%	73	73,7%	294	82,1%
	mind. eine	38	14,7%	26	26,3%	64	17,9%
	<b>Gesamt</b>	<b>259</b>	<b>100,0%</b>	<b>99</b>	<b>100,0%</b>	<b>358</b>	<b>100,0%</b>
	MW	0,15		0,27		0,18	
Standardabw.	0,35		0,47		0,39		

Tabelle 11: *Psychische Diagnosen (ohne Hauptdiagnosen)*

		Männlich		Weiblich		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	8	3,1%	2	2,0%	10	2,8%
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	107	41,3%	47	47,5%	154	43,0%
F2	Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen	1	0,4%	1	1,0%	2	0,6%
F3	Affektive Störungen	42	16,2%	29	29,3%	71	19,8%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	27	10,4%	15	15,2%	42	11,7%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	4	1,5%	5	5,1%	9	2,5%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	21	8,1%	17	17,2%	38	10,6%
F8	Entwicklungsstörungen	0	0,0%	1	1,0%	1	0,3%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	9	3,5%	0	0,0%	9	2,5%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	8	2,6%	6	3,6%	14	2,9%
<b>Gesamt</b>		<b>259</b>	<b>100,0%</b>	<b>99</b>	<b>100,0%</b>	<b>358</b>	<b>100,0%</b>

mit 14,5% vertreten, „Krankheiten des Verdauungssystems“ treten bei 12,3% der Rehabilitanden auf.

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.

#### **Vorbehandlungen, Abhängigkeitsdauer**

Auf die Darstellung der Vorbehandlungen wird an dieser Stelle für dieses Jahr verzichtet, da es durch die Umstellung auf den neuen Deutschen Kerndatensatz zu nicht mit den Vorjahren vergleichbaren Ergebnissen gekommen ist und hier davon ausgegangen werden muss, dass dies bedingt durch die neue Basisdokumentation zustande gekommen ist.

Wie bereits in den Artikeln der Vorjahre betont wurde, wird die Angabe der Abhängigkeitsdauer durch die Einschät-

 Tabelle 11a: *Somatische Diagnosen*

		Männlich		Weiblich		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00-B99	8	3,1%	0	0,0%	8	2,2%
Neubildungen	C00-D48	5	1,9%	1	1,0%	6	1,7%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50-D89	3	1,1%	0	0,0%	3	0,8%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00-E90	52	17,4%	25	23,2%	77	19,0%
Krankheiten des Nervensystems	G00-G99	41	15,8%	12	11,1%	53	14,5%
Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00-H95	12	3,9%	0	0,0%	12	2,8%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I99	60	22,0%	21	20,2%	81	21,5%
Krankheiten des Atmungssystems	J00-J99	17	6,2%	6	5,1%	23	5,9%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00-K93	36	12,7%	13	11,1%	49	12,3%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00-L99	9	3,5%	2	2,0%	11	3,1%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00-M99	91	24,7%	28	22,2%	119	24,0%
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00-N99	3	1,2%	0	0,0%	3	0,8%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andernorts klassifiziert sind	R00-R99	4	1,5%	3	3,0%	7	2,0%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00-T98	12	4,3%	7	6,1%	19	4,7%
Sonstige somatische Diagnosen	Sonstige	8	3,1%	4	3,0%	12	3,1%
<b>Gesamt</b>		<b>259</b>	<b>100,0%</b>	<b>99</b>	<b>100,0%</b>	<b>358</b>	<b>100,0%</b>

zung des Therapeuten bei Behandlungsbeginn erfasst und kann keine exakte Angabe sein. Immerhin beschränkt sich die Zahl der fehlenden Angaben bzw. der Angabe „unbekannt“ für das Bezugsjahr auf 5,3%, so dass die vorhandenen Angaben ein genaueres Bild der Rehabilitanden liefern. 26,3% sind seit 6 bis 10 Jahren abhängig, 20,2% seit mehr als 25 Jahren, 17,1% zwischen 16 und 20 Jahren. Im Durchschnitt sind die Rehabilitanden seit 15,8 Jahren abhängig.

Mit 16,9 Jahren sind dabei Männern erheblich länger abhängig als Frauen mit 12,9 Jahren. Deutlicher wird es gerade bei der Gruppe der mehr als 25 Jahre Abhängigen, in der der Anteil der Männer bei 23,0% liegt, und bei der Gruppe der 6 bis 10 Jahre Abhängigen, in der der Anteil der Frauen mit 36,2% höher ausfällt.

**2.5. Angaben zum Behandlungsverlauf und zum Behandlungsende**

**Behandlungsdauer und Art der Beendigung**

Tabelle 13 zeigt die Dauer der Behandlung. 29,2% der Rehabilitanden sind von acht bis zwölf Wochen in Behandlung, 20,3% von zwölf bis 16 Wochen, aber dagegen 19,6% nur bis zu vier Wochen. Damit ist der Großteil der Rehabilitanden mit 61,1% zwischen acht und 16 Wochen in Behandlung. Im Durchschnitt dauert die Ganztägig ambulante Rehabilitation im Jahr 2017 60,7 Tage bezogen auf alle Rehabilitanden. Wurde die Behandlung regulär beendet, dauerte sie im Durchschnitt 72,0 Tage, bei einer planmäßigen Behandlungsbeendigungen 66,4 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

Tabelle 12: Abhängigkeitsdauer

	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1 bis 5 Jahre	41	14,3%	25	23,8%	66	16,8%
6 bis 10 Jahre	65	22,6%	38	36,2%	103	26,3%
11 bis 15 Jahre	43	15,0%	7	6,7%	50	12,8%
16 bis 20 Jahre	50	17,4%	17	16,2%	67	17,1%
21 bis 25 Jahre	22	7,7%	5	4,8%	27	6,9%
Über 25 Jahre	66	23,0%	13	12,4%	79	20,2%
<b>Gesamt</b>	<b>287</b>	<b>100,0%</b>	<b>105</b>	<b>100,0%</b>	<b>392</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angabe	16	5,3%	6	5,4%	22	5,3%
Mittelwert	16,9		12,9		15,8	
Standardabweichung	10,4		9,2		10,3	

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 Kostenzusagen stark differieren. So kann die tagesrehabilitative Behandlung Hauptbehandlung sein, jedoch auch Teil einer Kombinationsbehandlung oder als ambulante Entlassphase konzipiert sein. In den beiden letzten Fällen sind die Be-

handlungszeiten deutlich niedriger. Somit ist davon auszugehen, dass die Durchschnittszahlen die tatsächliche Behandlungszeit bei rein tagesklinischer Behandlung unterschätzen.

**Art der Behandlungsbeendigung**

In Tabelle 14 sind die unterschiedlichen Entlassformen sowie die planmäßigen und unplanmäßigen Beendigungen dargestellt. 84,8% der Rehabilitanden beenden die Ganztägig ambulante Reha planmäßig, darunter sind 67,4% reguläre Beendigungen. 12,8% der Rehabilitanden

Tabelle 13: Dauer der Behandlung

	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 28 Tage (4 Wochen)	64	21,1%	17	15,3%	81	19,6%
Bis 42 Tage (6 Wochen)	26	8,6%	17	15,3%	43	10,4%
Bis 56 Tage (8 Wochen)	34	11,2%	14	12,6%	48	11,6%
Bis 84 Tage (12 Wochen)	83	27,4%	38	34,2%	121	29,2%
Bis 112 Tage (16 Wochen)	69	22,8%	15	13,5%	84	20,3%
Bis 140 Tage (20 Wochen)	25	8,3%	10	9,0%	35	8,5%
Bis 182 Tage (26 Wochen = 6 Mon.)	2	0,7%	0	0,0%	2	0,5%
Über 6 Monate	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Gesamt</b>	<b>303</b>	<b>100,0%</b>	<b>111</b>	<b>100,0%</b>	<b>414</b>	<b>100,0%</b>

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

	Männlich			Weiblich			Gesamt		
	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N
Regulär nach Beratung / Behandlungsplan	72,5	29,4	207	70,5	27,1	72	72,0	28,8	279
Planmäßige Beendigung	67,3	31,8	258	63,9	29,2	93	66,4	31,2	351
Unplanmäßige Beendigung	28,6	27,0	45	29,4	24,7	18	28,8	26,2	63
<b>Gesamt</b>	<b>61,5</b>	<b>34,0</b>	<b>303</b>	<b>58,3</b>	<b>31,2</b>	<b>111</b>	<b>60,7</b>	<b>33,3</b>	<b>414</b>

Tabelle 14: Art der Beendigung

	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Regulär nach Beratung / Behandlungsplan	207	68,3%	72	64,9%	279	67,4%
Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	24	7,9%	5	4,5%	29	7,0%
Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	16	5,3%	3	2,7%	19	4,6%
Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch Klient	39	12,9%	14	12,6%	53	12,8%
Disziplinarisch	3	1,0%	3	2,7%	6	1,4%
Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	2	0,7%	1	0,9%	3	0,7%
Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/ Behandlungsform	11	3,6%	13	11,7%	24	5,8%
Verstorben	1	0,3%	0	0,0%	1	0,2%
<b>Gesamt</b>	<b>303</b>	<b>100,0%</b>	<b>111</b>	<b>100,0%</b>	<b>414</b>	<b>100,0%</b>
Planmäßige Beendigung	258	85,1%	93	83,8%	351	84,8%
Unplanmäßige Beendigung	45	14,9%	18	16,2%	63	15,2%

brechen die Behandlung ab und nur 1,4% beenden die Behandlung disziplinarisch. Ein Rehabilitand verstarb während der Behandlung.

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

Tabelle 15: Suchtmittelkonsum während der Behandlung

	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kein Suchtmittelkonsum während der Behandlung	213	82,6%	71	76,3%	284	80,9%
Suchtmittelkonsum während der Behandlung	45	17,4%	22	23,7%	67	19,1%
<b>Gesamt</b>	<b>258</b>	<b>100,0%</b>	<b>93</b>	<b>100,0%</b>	<b>351</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angabe	45	14,9%	18	16,2%	63	15,2%

Tabelle 16: Leistungsfähigkeit allgemein bei Betreuungsende

	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
6 Stunden und mehr	247	87,9%	91	85,8%	338	87,3%
3 bis unter 6 Stunden	7	2,5%	4	3,8%	11	2,8%
Unter 3 Stunden	19	6,8%	8	7,5%	27	7,0%
Keine Angabe erforderlich	8	2,8%	3	2,8%	11	2,8%
<b>Gesamt</b>	<b>281</b>	<b>100,0%</b>	<b>106</b>	<b>100,0%</b>	<b>387</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angabe	22	7,3%	5	4,5%	27	6,5%

80,9% wird angegeben, dass es zu keinem Rückfall während der Behandlung kam, bei 19,1% ist ein Rückfall mit Suchtmitteln während der Behandlung festgehalten worden. Allerdings liegen von 15,2% der Rehabilitanden keine Informationen vor.

Die tatsächlich vorhandenen Daten dürfen jedoch eine hohe Verlässlichkeit hinsichtlich der Identifizierung möglicher Rückfälle aufweisen, da in der Ganztägig ambulanten Rehabilitation alle Rehabilitanden jeden Tag einer Atemluftkontrolle unterzogen werden und zufallsmäßig Ethylglucuronid-(EtG-)Untersuchungen durchgeführt werden. Dies ist aufgrund der geringen Fallzahlen möglich.

### Berufliche Integration bei Entlassung

Die allgemeine Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden bei Betreuungsende geht aus Tabelle 16 hervor. 87,3% der Rehabilitanden sind mit 6 und mehr Stunden voll erwerbsfähig; 2,8% sind mit „3 bis unter 6 Stunden“ und 7,0% mit „unter 3 Stunden“ teilweise erwerbsfähig. Keine Angaben waren bei 2,8% erforderlich.

Zum Behandlungsende gibt es nur wenige Veränderungen bei der Erwerbssituation (siehe Tabelle 17 und 17a). 42,7% der Rehabilitanden sind erwerbstätig, 47,9% arbeitslos und 9,3% nicht erwerbstätig. Insgesamt sank die Zahl der Erwerbstätigen zu Beginn von 173 auf 165 Fälle sowie der nicht Erwerbstätigen von 47 auf 36, während die Zahl der Arbeitslosen von 171 auf 185 stieg. Gleichzeitig stieg die Zahl der fehlenden Angaben zum Behandlungsende. Es kam also zu einer leichten Verschiebung hin zur Kategorie „erwerbslos“ von 14 Fällen.

Aufgrund der Vielzahl der Kategorien lassen sich die marginalen Wanderungsbewegungen in dieser rein statistischen Betrachtung nicht im Detail feststellen, da die individuellen Wechsel nicht im Einzelnen nachvollziehbar sind. Des Weiteren liegen auch bei einer höheren Anzahl an Rehabilitanden als in der Eingangsmessung keine Angaben vor. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sich hinsichtlich des Erwerbsstatus der Rehabilitanden während der Rehabilitation keine einschneidenden Veränderungen ergeben. Dies ist auch nicht anders zu erwarten, da ggf. neue Arbeitsverhältnisse erst nach abgeschlossener Rehabilitation begründet werden, laufende oder initiierte Rentenverfahren ebenfalls nach dem Vorliegen

des Rehabilitationsergebnisses beschieden werden und es während der Rehabilitation nur in Einzelfällen zu einem Verlust des Arbeitsverhältnisses kommt, wenn aufgrund der Kündigungsfrist die Beendigung des Arbeitsverhältnisses in die Rehabilitationszeit fällt.

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

**2.6. Vergleiche der Ergebnisse zwischen 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 und 2017**

In Tabelle 18 sind ausgewählte Ergebnisse der Basisdokumentation Sucht aus den Jahren 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 und 2017 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 19 sind die Ergebnisse der Basisdokumentation 2010 an die veränderte Darstellungsform angepasst worden.

Die sich über die Jahre hinweg ergebenden Übereinstimmungen und Differenzen sind zunächst rein deskriptive Werte. Diese sind schwer interpretierbar, da es keine direkt erfassten Daten zu möglichen Hintergründen gibt. Methodisch ist in Einzelfällen auch auf die geringe Zellenbesetzung zu verweisen. Es kommt hinzu, dass erst in der aktuellen Basisdokumentation erfasst wurde, ob Rehabilitanden Behandlungswiederholer sind, einzelne Rehabilitanden also in unterschiedlichen Stichproben auftauchen.

Die Anzahl der beteiligten Rehabilitanden schwank von Jahr zu Jahr. Während

Tabelle 17: Erwerbssituation bei Entlassung

	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Arbeiter / Angestellter / Beamte	121	42,2%	40	40,4%	161	41,7%
Selbständiger / Freiberufler	2	0,7%	2	2,0%	4	1,0%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	6	2,1%	3	3,0%	9	2,3%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	69	24,0%	21	21,2%	90	23,3%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	68	23,7%	27	27,3%	95	24,6%
Schüler / Student	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Hausfrau / Hausmann	2	0,7%	0	0,0%	2	0,5%
Rentner / Pensionär	14	4,9%	5	5,1%	19	4,9%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	2	0,7%	1	1,0%	3	0,8%
<b>Gesamt</b>	<b>287</b>	<b>100,0%</b>	<b>99</b>	<b>100,0%</b>	<b>386</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angaben	16	5,3%	12	10,8%	28	6,8%
Erwerbstätig	123	42,9%	42	42,4%	165	42,7%
Erwerbslos	137	47,7%	48	48,5%	185	47,9%
Nicht erwerbstätig	27	9,4%	9	9,1%	36	9,3%

Tabelle 17a: Vergleich der Erwerbssituation zu Beginn und Ende

	Erwerbssituation zu Beginn Gesamt		Erwerbssituation zu Ende Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	2	0,5%	0	0,0%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	167	42,7%	161	41,7%
Selbständiger / Freiberufler	4	1,0%	4	1,0%
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	0	0,0%	1	0,3%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	17	4,3%	9	2,3%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	66	16,9%	90	23,3%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	105	26,9%	95	24,6%
Schüler / Student	1	0,3%	1	0,3%
Hausfrau / Hausmann	4	1,0%	2	0,5%
Rentner / Pensionär	19	4,9%	19	4,9%
Sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen	1	0,3%	1	0,3%
Sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	5	1,3%	3	0,8%
<b>Gesamt</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>	<b>386</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angaben	23	5,6%	28	6,8%
Erwerbstätig	173	44,2%	165	42,7%
Erwerbslos	171	43,7%	185	47,9%
Nicht erwerbstätig	47	12,0%	36	9,3%

## Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen – Teilband V

Tabelle 18: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentationen 2010 - 2017 (um „missing-data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	BADO 2017	BADO 2016	BADO 2015	BADO 2014	BADO 2013	BADO 2012	BADO 2011	BADO 2010
<b>Geschlecht</b>	<b>N = 480</b>	<b>N = 480</b>	<b>N = 434</b>	<b>N = 402</b>	<b>N = 376</b>	<b>N = 428</b>	<b>N = 443</b>	<b>N = 483</b>
männlich	65,0%	65,0%	66,4%	61,7%	63,3%	65,2%	68,2%	67,9%
weiblich	35,0%	35,0%	33,6%	38,3%	36,7%	34,8%	31,8%	32,1%
<b>Alter (in Jahren)</b>	<b>N = 480</b>	<b>N = 480</b>	<b>N = 434</b>	<b>N = 402</b>	<b>N = 376</b>	<b>N = 428</b>	<b>N = 443</b>	<b>N = 483</b>
Mittelwert ± Standardabweichung	45,4 ± 10,1	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
<b>Familienstand</b>	<b>N = 439</b>	<b>N = 439</b>	<b>N = 400</b>	<b>N = 379</b>	<b>N = 356</b>	<b>N = 412</b>	<b>N = 401</b>	<b>N = 481</b>
Ledig	43,3%	43,3%	41,5%	34,6%	43,0%	35,2%	39,4%	45,9%
Verheiratet, zusammenlebend	26,2%	26,2%	26,8%	27,7%	26,4%	31,6%	29,7%	22,2%
Verheiratet, getrennt lebend	6,8%	6,8%	7,5%	8,4%	7,6%	5,8%	7,5%	7,1%
Geschieden	21,4%	21,4%	22,8%	27,2%	21,3%	24,8%	21,2%	19,1%
Verwitwet	2,3%	2,3%	1,5%	2,1%	1,7%	2,7%	2,2%	5,6%
<b>Partnerbeziehung</b>	<b>N = 436</b>	<b>N = 436</b>	<b>N = 399</b>	<b>N = 379</b>	<b>N = 352</b>	<b>N = 395</b>	<b>N = 391</b>	<b>N = 393</b>
alleinstehend	38,8%	38,8%	40,4%	39,1%	42,9%	39,7%	29,7%	32,3%
zeitweilige Beziehung	4,1%	4,1%	2,5%	3,7%	4,0%	3,0%	6,6%	6,6%
feste Beziehung	56,7%	56,7%	57,1%	55,9%	52,8%	56,7%	61,6%	60,8%
sonstige Beziehung	0,5%	0,5%	-	1,3%	0,3%	0,5%	2,0%	0,3%
<b>Schulabschluss</b>	<b>N = 460</b>	<b>N = 460</b>	<b>N = 425</b>	<b>N = 393</b>	<b>N = 367</b>	<b>N = 417</b>	<b>N = 401</b>	<b>N = 404</b>
Ohne Schulabschluss	4,2%	4,2%	1,7%	1,3%	2,2%	3,6%	3,7%	5,0%
Sonderschulabschluss	1,1%	1,1%	0,2%	0,3%	0,8%	0,7%	1,5%	2,5%
Hauptschul- / Volksschulabschluss	26,3%	26,3%	31,8%	32,6%	34,1%	32,9%	27,9%	35,9%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	44,1%	44,1%	41,9%	39,9%	34,6%	40,5%	45,6%	36,1%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	24,1%	24,1%	23,5%	26,0%	28,3%	22,3%	20,0%	20,5%
anderer Schulabschluss	0,2%	0,2%	0,9%	-	-	-	1,2%	-
<b>Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn</b>	<b>N = 465</b>	<b>N = 465</b>	<b>N = 422</b>	<b>N = 396</b>	<b>N = 369</b>	<b>N = 417</b>	<b>N = 411</b>	<b>N = 478</b>
erwerbstätig	49,9%	49,9%	43,1%	45,2%	45,5%	48,2%	45,0%	45,4%
erwerbslos	40,9%	40,9%	46,9%	44,2%	46,6%	42,4%	43,6%	46,2%
nicht erwerbstätig	9,2%	9,2%	10,0%	10,6%	7,9%	9,4%	11,4%	8,4%
<b>Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende</b>	<b>N = 463</b>	<b>N = 463</b>	<b>N = 423</b>	<b>N = 394</b>	<b>N = 367</b>	<b>N = 416</b>	<b>N = 411</b>	<b>N = 477</b>
erwerbstätig	50,1%	50,1%	42,3%	43,9%	44,7%	48,1%	44,0%	44,7%
erwerbslos	42,3%	42,3%	48,9%	45,4%	47,9%	43,0%	45,3%	48,0%
nicht erwerbstätig	7,6%	7,6%	8,8%	10,7%	7,4%	8,9%	10,7%	7,3%
<b>Vermittelnde Instanz</b>	<b>N = 424</b>	<b>N = 424</b>	<b>N = 424</b>	<b>N = 400</b>	<b>N = 371</b>	<b>N = 417</b>	<b>N = 387</b>	<b>N = 477</b>
Keine / Selbstmelder	2,2%	2,2%	1,2%	1,8%	0,8%	1,0%	0,5%	3,8%
Familie	-	-	-	-	-	1,0%	0,3%	-
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	1,3%	1,3%	1,4%	3,0%	6,2%	4,1%	3,6%	1,5%
Abstinenz- / Selbsthilfegruppe	-	-	-	-	-	-	0,3%	0,2%
Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	0,7%	0,7%	1,2%	0,5%	1,4%	1,4%	1,0%	0,2%
Niederschwellige Einrichtung	2,5%	2,5%	4,7%	1,2%	0,5%	-	-	0,6%
Suchtberatungs- / -Behandlungsstelle, Fachambulanz	77,8%	77,8%	76,2%	78,3%	78,4%	77,5%	77,0%	77,4%
Institutsambulanz	0,2%	0,2%	0,2%	0,5%	-	0,5%	1,3%	0,6%
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	-	-	-	-	-	-	-	0,2%
Ambulantes Betreutes Wohnen	-	-	0,5%	-	-	-	0,3%	-

## Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen – Teilband V

noch Tabelle 18: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentationen 2010 - 2017 (um „missing-data“ bereinigte Datensätze)

Krankenhaus, Krankenhausabteilung	11,9%	11,9%	9,7%	10,3%	8,9%	10,6%	10,6%	9,6%
Stationäre Rehabilitationseinrichtung	1,7%	1,7%	2,6%	1,0%	1,4%	1,2%	1,3%	2,9%
Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	0,4%	0,4%	0,5%	-	-	-	-	-
Sozialdienst JVA / Maßregelvollzug	0,4%	0,4%	0,5%	0,8%	0,3%	-	0,3%	0,4%
Sozialpsychiatrischer Dienst	-	-	0,2%	-	-	-	-	-
Andere Beratungsdienste (z.B. Ehe, Familien-, Erziehungsberatungsstellen)	0,2%	0,2%	-	-	-	-	0,3%	-
Einrichtungen der Jugendhilfe, Jugendamt	-	-	-	-	-	0,2%	-	-
Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)	-	-	0,2%	-	-	-	0,3%	-
Arbeitsagentur, Job-Center, Arbeitsgemeinschaft (ARGE)	0,2%	0,2%	-	0,2%	0,3%	0,5%	0,3%	0,6%
Justizbehörden / Bewährungshilfe	-	-	-	0,2%	-	-	-	-
Kosten-, Leistungsträger	0,4%	0,4%	0,7%	1,2%	1,3%	2,2%	1,0%	1,3%
Sonstige	-	-	0,2%	1,0%	0,5%	-	1,8%	0,6%
<b>Kosten- und Leistungsträger</b>	<b>N = 480</b>	<b>N = 480</b>	<b>N = 434</b>	<b>N = 402</b>	<b>N = 376</b>	<b>N = 428</b>	<b>N = 443</b>	<b>N = 483</b>
Rentenversicherung	90,8%	90,8%	89,4%	87,8%	92,3%	93,7%	89,8%	89,4%
Krankenversicherung	7,1%	7,1%	9,9%	11,7%	6,1%	5,4%	7,0%	5,6%
sonstige Kostenträger	3,5%	3,5%	2,6%	8,1%	4,3%	0,9%	3,2%	5,0%
<b>Hauptdiagnose</b>	<b>N = 480</b>	<b>N = 480</b>	<b>N = 434</b>	<b>N = 402</b>	<b>N = 376</b>	<b>N = 428</b>	<b>N = 443</b>	<b>N = 483</b>
Störungen durch Alkohol F10.XX	85,7%	85,7%	88,5%	90,8%	87,7%	92,1%	93,9%	94,4%
sonstige F1X.XX Diagnosen außer Alkohol	14,1%	14,1%	11,5%	9,2%	12,3%	7,9%	6,1%	5,6%
Pathologisches Glücksspiel F63.0	0,2%	0,2%	-	-	-	-	-	-
sonstige Diagnosen	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Abhängigkeitsdauer (in Jahren)</b>	<b>N = 325</b>	<b>N = 325</b>	<b>N = 301</b>	<b>N = 272</b>	<b>N = 232</b>	<b>N = 428</b>	<b>N = 269</b>	<b>N = 471</b>
Mittelwert ± Standardabweichung	16,7 ± 9,8	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
<b>Anzahl der Entzugsbehandlungen</b>	<b>N = 449</b>	<b>N = 449</b>	<b>N = 406</b>	<b>N = 378</b>	<b>N = 353</b>	<b>N = 428</b>	<b>N = 400</b>	<b>N = 455</b>
Mittelwert	2,7	2,7	3,2	2,5	2,5	3,0	2,5	2,7
<b>Psychische Komorbidität</b>	<b>N = 480</b>	<b>N = 480</b>	<b>N = 434</b>	<b>N = 402</b>	<b>N = 376</b>	<b>N = 428</b>	<b>N = 443</b>	<b>N = 483</b>
durchschnittliche Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient	0,6	0,6	0,5	0,7	0,6	0,6	0,4	0,4
<b>Somatische Komorbidität</b>	<b>N = 480</b>	<b>N = 480</b>	<b>N = 434</b>	<b>N = 402</b>	<b>N = 376</b>	<b>N = 428</b>	<b>N = 443</b>	<b>N = 483</b>
durchschnittliche Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient	1,6	1,6	1,7	1,9	1,7	1,8	1,4	1,2
<b>Behandlungsdauer (in Tagen)</b>	<b>N = 480</b>	<b>N = 480</b>	<b>N = 434</b>	<b>N = 402</b>	<b>N = 376</b>	<b>N = 428</b>	<b>N = 443</b>	<b>N = 483</b>
Mittelwert ± Standardabweichung	66,6 ± 30,8	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
<b>Behandlungsdauer bei regulärer Entlassung (in Tagen)</b>	<b>N = 342</b>	<b>N = 342</b>	<b>N = 312</b>	<b>N = 312</b>	<b>N = 277</b>	<b>N = 317</b>	<b>N = 333</b>	<b>N = 355</b>
Mittelwert ± Standardabweichung	77,2 ± 24,8	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
<b>Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung (in Tagen)</b>	<b>N = 423</b>	<b>N = 423</b>	<b>N = 388</b>	<b>N = 374</b>	<b>N = 343</b>	<b>N = 385</b>	<b>N = 388</b>	<b>N = 426</b>
Mittelwert ± Standardabweichung	70,9 ± 28,9	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
<b>Art der Behandlungsbeendigung</b>	<b>N = 480</b>	<b>N = 480</b>	<b>N = 434</b>	<b>N = 402</b>	<b>N = 376</b>	<b>N = 428</b>	<b>N = 443</b>	<b>N = 483</b>
reguläre Entlassung	71,3%	71,3%	71,9%	77,6%	73,7%	74,1%	75,2%	73,5%
planmäßige Entlassung	88,1%	88,1%	89,4%	93,0%	91,2%	90,0%	87,6%	88,2%

es 2010 noch 483 Rehabilitanden waren, fiel die Zahl 2011 auf 443, 2012 auf 428 und 2013 auf 376. 2014 ist ein leichter Anstieg auf 402, 2015 auf 434 und 2016 auf 480 feststellbar. 2017 allerdings sinkt die Zahl erneut auf 414 Fälle. Dies kann einerseits durch die wechselnde Zahl der Einrichtungen in dem Datenpool erklärt werden (2016: 7 Einrichtungen, 2017: 6 Einrichtungen), ist aber auch der Tatsache geschuldet, dass in einem Teil der Einrichtungen die Fallzahlen rückläufig sind. Dieser Rückgang dürfte in den strukturellen Problemen tagesklinischer Einrichtungen begründet sein, die sich auch auf die Belegsituation negativ auswirken.

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 acht Jahrgängen liegt der Männeranteil bei über 60% (2010: 67,9%; 2011: 68,2%; 2012: 65,2%, 2013: 63,3%, 2014: 61,7%, 2015: 66,4%, 2016: 65,0%, 2017: 73,2%) 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. 2017 geht die Tendenz mit 26,8% erneut nach unten. Das Durchschnittsalter für die Gesamtstichprobe schwankt nur geringfügig zwischen 44,8 Jahren in 2010 und 2011, 45,4 Jahren in 2012, 44,3 Jahren in 2013, 46,4 Jahren in 2014, 45,7 in 2015, 45,4 in 2016 und 44,5 in 2017.

Die Beschreibung des Familienstandes endet mit dem neuen Deutschen Kern Datensatz, da hier der Familienstand nicht mehr erfasst wird.

Die Beschreibung der Partnerbeziehung ist mit dem neuen Deutschen Kerndatensatz auf eine Ja-/Nein-Frage reduziert. Wir können also nur die Patienten mit und ohne Partnerbeziehung vergleichen. 2016 betrug der Anteil der Rehabilitanden in einer festen Beziehung nur noch 56,7%, während dieser Anteil 2010 und 2011 noch bei 60,8% und 61,6% lag. In 2017 beantworten 60,1% der Rehabilitanden die Frage nach einer Partnerschaft mit Ja.

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 /Abi-

tur“ in 2013 erstmals auf 28,3% steigt. Dieser lag in den Vorjahren bei maximal 22,3% (2012). 2017 ist der Anteil wieder auf 23,7% gesunken. In der Kategorie „Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule“ ist der Anteil von 2012 auf 2013 von 40,5% auf 34,6% gesunken. In 2016 lag er wieder bei 44,1%, 2017 sind es 45,9%. 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 er auf 2,4%

Überwiegend konstant, zumindest aber ohne klar erkennbaren Trend, stellt sich die Erwerbssituation zu Beginn und am Ende der Betreuung über die Jahre dar. 2015 sind 43,1% der Rehabilitanden zu Beginn der Rehabilitation erwerbstätig. 2010, 2011, 2013 und 2014 waren es 45,4%, 45,0%, 45,5% und 45,2%. 2012 lag der Anteil bei 48,2% und 2016 wurde mit 49,9% der bisher höchste Wert gemessen. 2017 geht der Anteil mit 44,2% zurück. Vergleichbare Anteile finden sich auch für die Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende. 2015 sind 42,3% erwerbstätig, 2010, 2011, 2013 und 2014 waren es jeweils 44,7%, 44,0%, 44,7% und 43,9%. Analog zu den Werten zu Betreuungsbeginn fallen die Werte 2012 mit 48,1% und 2016 mit 50,1% am günstigsten aus. 2017 sinkt auch hier der Anteil auf 42,7%.

Die Angaben zu den vermittelnden Instanzen und der Leistungsträger weisen eine hohe Konstanz auf. Über alle acht Jahre sind die Beratungsstellen mit 77,4% (2010), 77,0% (2011), 77,5% (2012), 78,4% (2013), 78,3% (2014), 76,2% (2015), 77,8% (2016) und 2017 mit 61,9% mit Abstand die wichtigsten Zuweiser. Der Anteil der Krankenhäuser (mit 11,9% in 2016) als zweitwichtigste Stelle der Zuweiser kann durch die neue Unterteilung der Kategorien an dieser Stelle nur durch die Zusammenfassung der Kategorien „Allgemeines Krankenhaus“ und „Psychiatrisches Krankenhaus“ ungefähr wiedergegeben werden (2,4% und 0,5%). 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 2017 nur geringfügig an auf 2,4%.

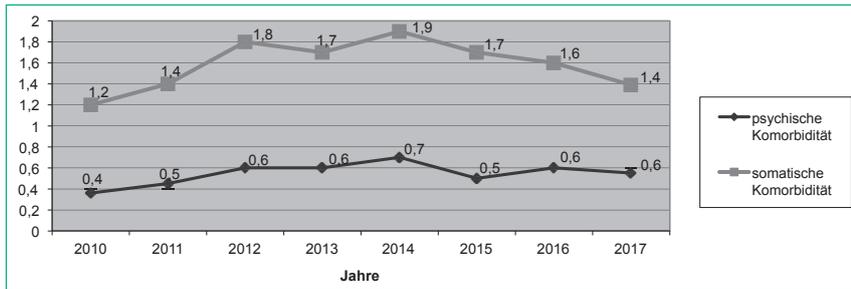
Auf einem nach wie vor niedrigen Niveau bewegen sich die Zuweisungen aus dem Bereich der stationären Rehabilitationen. Diese liegen 2016 wieder bei geringen 1,7%, während 2015 mit 2,6% eine leichte Steigerung zu den Vorjahren auszumachen war. 2017 steigt der Wert auf 6,5%. Entsprechend dieser Zahlen wird die „ganztägig ambulante Entlassphase“ nach stationärer Entwöhnung nur selten in Anspruch genommen.

Im Bereich der Kosten- und Leistungsträger ist eine hohe Konstanz erkennbar. Der Anteil der Rentenversicherungsträger liegt 2010 bei 89,4%, 2011 bei 89,8%, 2012 bei 93,7%, 2013 bei 92,3%, 2014 bei 87,8%, 2015 bei 89,4%, 2016 bei 90,8% und in 2017 bei 93,2%.

Im Bereich der Hauptdiagnose dominiert weiterhin die Alkoholdiagnose mit 84,1%, auch wenn dieser Wert den bisher niedrigsten darstellt. In den Vorjahren war die Kategorie „Störungen durch Alkohol“ mit 94,4% (2010), 93,9% (2011), 92,1% (2012) und 90,8% (2014) annähernd gleichmäßig stark besetzt. 2013 sank der Anteil dieser Kategorie auf 87,7%, 2015 lag er bei 88,5% und 2016 bei 85,7%. 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 scheint eine leichte Steigerung über die Jahre stattzufinden. 2017 liegt sie bei 15,8 Jahren, 2016 waren es 16,7 Jahre, 2015 lag sie bei 15,2 Jahren und die Jahre davor bei ca. 14 Jahren. 2010 lag die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer noch bei 9,3 Jahren. Eine mögliche Erklärung für diesen Unterschied kann sich aus der kritisch zu wertenden Datenqualität dieses Items ergeben (siehe oben).

Die Anzahl der stattgefundenen Entzugsbehandlungen muss in diesem Jahr über zwei Items erfolgen, der Entgiftung und dem qualifiziertem Entzug. Beide zusammen ergeben das ganze Bild: 2,1 Entgiftungen und 0,5 qualifizierte Entzugsbehandlungen weisen die Rehabilitanden auf. Die Vorjahre variierten leicht, wiesen aber keine eindeutige Tendenz aus. 2010 begann es mit 2,7 Vorbehandlungen, 2011 waren es 2,5, 2012 3,0, 2013 2,5, ebenso 2014, 2015 3,2 und 2016 wieder 2,7.



Durchschnittliche Anzahl der Diagnosen pro Patient

Die ansteigende Tendenz über die ersten acht 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) über 0,5 (2011), 0,6 (2012 und 2013) auf 0,7 (2014). Der Wert von 0,5 Diagnosen pro Rehabilitand in 2015 bedeutet zunächst eine rückläufige Tendenz. 2016 fand mit 0,6 Diagnosen pro Rehabilitand wieder ein Anstieg statt. 2017 fällt der Wert leicht auf 0,5 psychische Diagnosen. Die durchschnittliche somatische Komorbidität stieg von 1,2 (2010) auf 1,4 (2011) und 1,8 (2012). In 2013 lag der Wert mit 1,7 ähnlich hoch, 2014 ist ein Anstieg auf 1,9 Diagnosen pro Rehabilitand zu verzeichnen. Der Wert für 2015 liegt bei 1,7, 2016 wurden 1,6 somatische Diagnosen pro Rehabilitand vergeben und 2017 1,4. Damit findet seit 2014 wieder ein leichter Abfall statt.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer wird 2017 mit 60,7 Tagen angegeben. Damit fällt sie im Vergleich zum Vorjahr um 5,9 Tage (2016 mit 66,6 Tagen). In den Jahren 2011, 2012, 2013, 2014 und 2015 lag diese bei 66,0, 67,0, 69, 67,6 und 63,2 Tagen. Lediglich in 2010 wurden noch 74,9 Tage verzeichnet. Uneinheitlich dazu verläuft der Trend bei Behandlungsdauern bei regulären und planmäßigen Entlassungen. Es bleibt abzuwarten, in welche Richtung diese sich entwickeln. 2016 betragen sie 77,2 und 70,9 Tage, 2017 72,0 und 66,4 Tage. Damit fallen die Werte erneut ab.

Über alle Jahrgänge hinweg bleibt der Anteil der regulären sowie planmäßigen Entlassungen hoch. So werden 2010 73,5%, 2011 75,2%, 2012 74,1%, 2013 73,7%, 2014 77,6%, 2015 71,9% und 2016 71,3% aller Rehabilitanden regulär entlassen. Die entsprechenden Angaben zu

den planmäßigen Entlassungen liegen mit 88,2% (2010), 87,6% (2011), 90,0% (2012), 91,2% (2013), 93,0% (2014), 89,4% (2015), 88,1% (2016) und in 2017 mit 84,4% 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.

2017 hat sich der Datensatz gegenüber 2016 erneut verringert. Die Anzahl der untersuchten Rehabilitanden hängt mit den strukturellen Gegebenheiten des Behandlungssettings zusammen. Die in die Datenerhebung eingebundenen Einrichtungen verfügen bis auf eine Ausnahme nur über 12 bis 24 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 2017 vorgelegten Daten beschreiben – wie in den Jahren davor – eine zu zwei Dritteln männliche Rehabilitandenstruktur. Der Anteil der Frauen ist im Vergleich zu 2016 leicht gesunken. Das Durchschnittsalter liegt 2017 bei 44,5 Jahren und damit im Range der Vorjahre. Die Rehabilitanden werden zu 84,1% in der Hauptdiagnose als alkoholabhängig beschrieben. Wie im Vergleich zu den vorangegangenen Jahrgängen ausgeführt, bleibt die Alkoholabhängigkeitsdiagnose mit Abstand die häufigste. Dennoch gewinnt die Cannabisabhängigkeit mit

5,1% eine zunehmende Bedeutung. Die psychischen und somatischen Komorbiditäten mit durchschnittlich 0,5 und 1,4 Nennungen pro Rehabilitand zeigen unterschiedliche Tendenzen. In jedem Falle belegen sie die umfassende Behandlungsbedürftigkeit der beschriebenen Rehabilitandengruppe.

Die berufliche Ausgangssituation mit einer Arbeitslosenquote von 43,7% kann als kritisch angesehen werden und bleibt auch während der Rehabilitation weitgehend unverändert. Hier kann die medizinische Rehabilitation die gesundheitlichen Voraussetzungen für einen beruflichen Wiedereinstieg schaffen.

Die Behandlungsdauer beträgt über alle Rehabilitanden hinweg unabhängig von der Entlassform 60,7 Tage. 84,8% der Rehabilitanden werden planmäßig entlassen. Ihre durchschnittliche Verweildauer beträgt 66,4 Tage. Am Ende der Rehabilitation sind die Rehabilitanden überwiegend arbeits- und erwerbsfähig. 87,3% sind für 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 und 2016 zeigt überwiegend ähnliche Strukturen. Somit lassen sich die grundlegenden Aussagen zu den in einem tagesklinischen Setting behandelten Rehabilitanden durch die aktuelle Erhebung bestätigen.

### 4. Ausblick

Die einrichtungsübergreifende deskriptive Erfassung standardisierter Daten zu den Rehabilitanden und dem Rehabilitationsverlauf schafft eine der Voraussetzungen für eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der Rehabilitationskonzeption.

Darüber hinaus ist es erforderlich, die Datenqualität kontinuierlich zu verbessern

(vgl. Schneider et. al., 2015). Hierbei sind aktuell entsprechende Veränderungen infolge der Einführung des Deutschen Kerndatensatzes 3.0 zu beachten.

Die Basisdokumentation bietet auch eine wichtige Grundlage für weitere Untersuchungen, wie Katamnese- bzw. Wirksamkeitsstudien sowie konzeptionelle Überlegungen zur Weiterentwicklung dieser Rehabilitationsform (vgl. Schneider et al., 2016). Darüber hinaus ist zu wünschen, dass weitere Untersuchungen zu unterschiedlichen Aspekten der Tagesrehabilitation durchgeführt werden und damit konzeptionelle Überlegungen und Postulate eine empirische Überprüfung erfahren.

### 5. Literatur

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2007). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – Definition und Erläuterung zum Gebrauch. Vorläufige Endfassung, Stand: 14.12.2007. www.dhs.de.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2017). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0 – Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Letzter Stand 01.01.2018.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2014) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. durchgesehene und ergänzte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2007). Basisdokumentation Sucht Version 1.0, Düsseldorf.
- Basisdokumentation AHG und KDS/FVS Datensatz Sucht, Version 3.0, 06.01.2017.
- Redline-Data (Hrsg.) (2003). PATFAK, Ahrens-bök.
- Schneider, B. & Knuth, S., 2010. Teilband V, Basisdokumentation 2009 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2009. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 53 – 59.
- Schneider, B. & Knuth, S., 2011. Teilband V, Basisdokumentation 2010 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2010. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 57 – 63.
- Schneider, B. & Knuth, S., 2012. Teilband V, Basisdokumentation 2011 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2011. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 59 – 70.
- Schneider, B. & Knuth, S., 2013. Teilband V, Basisdokumentation 2012 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2012. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 64 – 76.
- Schneider, B. & Mielke, D., 2014. Teilband V, Basisdokumentation 2013 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2013. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 70 – 82.
- Schneider, B. & Mielke, D., Bayer, S., Deichler, M.-L., Forschner, L., Herder, F., Laaß, T., Metko, J., Missel, P., Obendiek, J., Radde, N., Weissinger, V. 2015. Teilband V, Basisdokumentation 2014 – Ganztägig ambulanten (teilstationären) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2014. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 79 – 92.
- Schneider, B. & Mielke, D., Deichler, M.-L., Forschner, L., Herder, F., Kogan, I., Laaß, T., Metko, J., Missel, P., Mix, S., Obendiek, J., Radde, N., Weissinger, V. 2016. Teilband V, Basisdokumentation 2015 – Ganztägig ambulanten (teilstationären) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2015. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 81 – 95.
- Schneider, B. & Mielke, D., Deichler, M.-L., Delsa, M.-L., Forschner, L., Herder, F., Kliem, D., Kreutler, A., Laaß, T., Metko, J., Mix, S., Weissinger, V. 2017. Teilband V, Basisdokumentation 2016 – Ganztägig ambulanten (teilstationären) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2016. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 82 – 97.

### Autorenverzeichnis

- Bick-Dresen, Stefanie, wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Kliniken Daun Am Rosenberg, Daun
- Schneider, Dr. Bernd, Leiter, MEDIAN Gesundheitsdienste Koblenz, Koblenz
- Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Holding Bad Füssing, Bad Füssing
- Deichler, Marie-Louise, Teamleiterin, MEDIAN Tagesklinik Stuttgart, Stuttgart
- Delsa, Marie-Luise, Bezugärztin, salus klinik Lindow, Lindow
- Forschner, Dr. Lukas, Chefarzt, medinet AG Alte Ölmühle, Magdeburg
- Kliem, Detlef, ärztlicher Leiter, Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V., Die Tagesklinik, Berlin
- Laaß, Thomas, Bezugstherapeut, medinet AG Alte Ölmühle, Magdeburg
- Missel, Peter, Leitender Psychologe, MEDIAN Kliniken Daun, Daun
- Mix, Sara, Suchttherapeutin, MEDIAN Poliklinik Schelfstadt, Schwerin
- Sagel, Alexandra, Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Weissinger, Dr. Volker, Geschäftsführer, Fachverband Sucht e.V., Bonn

### Liste der an der Datenerhebung beteiligten Einrichtungen

- THBB Die Tagesklinik
- MEDIAN Poliklinik Schelfstadt (Tagesklinik)
- Alte Ölmühle - Tagesreha
- salus klinik Potsdam
- MEDIAN Tagesrehabilitation Stuttgart
- MEDIAN Gesundheitsdienste Koblenz (Tagesklinik)

## B Sonderauswertungen

VI	Basisdokumentation 2017 – Pathologisches Glücksspielen .....	91
VII	Basisdokumentation 2017 – Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch .....	114

## Inhaltsverzeichnis

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

### Teilband VI

**Basisdokumentation 2017 –  
Sonderauswertung Pathologisches Glücksspielen**

1. Einleitung.....	92
2. Basisdokumentation 2017 des Fachverbandes Sucht e.V. ....	92
2.1 Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung .....	92
2.2 Beschreibung der Rehabilitanden nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen .....	93
2.3 Angaben zur Glücksspielteilnahme .....	97
2.4 Angabe zur Therapievorbereitung und zur Aufnahme .....	101
2.5 Diagnosen und Vorbehandlungen .....	101
2.6 Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende .....	106
2.7 Psychische Komorbidität und Therapieverlauf .....	110
2.8 Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017 .....	111
3. Ausblick .....	113
4. Literatur .....	113
Autorenverzeichnis .....	113

## Teilband VI:

# Basisdokumentation 2017 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamenten- abhängigkeit

## Sonderauswertung: Pathologisches Glücksspielen

### 1. Einleitung

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) vertritt ca. 95 Mitgliedseinrichtungen mit über 6.800 stationären und vielen ambulanten Therapieplätzen.

Berichte zur Dokumentation von Daten zur Entwöhnungsbehandlung in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige haben bereits eine über 20-jährige Tradition (Ott, E. S. et al., 1997). Mit diesem Bericht legen wir zum dritten Mal eine Dokumentation mit ausgewählten Daten zur Behandlung von Patienten mit pathologischem Glücksspielen vor. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formuliert in der „International Classification of Diseases“, Version 10 (ICD-10) die Kriterien für das Vorliegen von pathologischem Spielen. Zentral ist dabei ein intensiver, kaum kontrollierbarer Drang zum Glücksspielen, der die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Die Patienten erleben sich dabei häufig als „abhängig“ vom Glücksspielen. Entscheidende Charakteristika sind der starke, gelegentlich übermächtige Wunsch zum Glücksspielen, die verminderte Kontrolle über Beginn, Ende und Umfang des Spielverhaltens sowie das Hinterherjagen („Chasing“) hinter Verlusten.

Es wurden im vorliegenden Bericht auch die Behandlungsfälle aus den psychosomatischen Abteilungen der Mitgliedseinrichtungen des FVS berücksichtigt.

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

- wissenschaftlich begründete Behandlungskonzepte,
- definierte Therapieziele, -pläne,
- qualifizierte Aufnahme- und Entlassungsdokumentationen,

- Patientenbefragungsbögen zur Zufriedenheit, Zielerwartung und Zielerreichung,
- 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 (ambulant und stationär im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit).

Es sei darauf verwiesen, dass nicht bei allen Merkmalen dieselbe Grundmenge an Patientendaten eingehen konnte. Dies liegt an den teilweise voneinander abweichenden Erhebungsformen der verschiedenen Dokumentationssysteme bzw. an eventuell unvollständigen Datensätzen innerhalb des jeweiligen Systems. Die Quote der fehlenden Daten ist im Text und den Tabellen ausgewiesen. Die Angaben zu den fehlenden Daten beziehen sich auf die Gesamtstichprobe oder auf eine bestimmte Teilstichprobe. Die jeweils relevante Bezugsgröße ist im Text und in den Tabellen ausgewiesen. In

die Auswertung gingen nur Datensätze aus Einrichtungen des Fachverbandes Sucht ein, die die Mindeststandards für Datensätze der Basisdokumentation des Fachverbandes Sucht<sup>1</sup> erfüllt haben.

Der FVS leistet mit dieser differenzierten Beschreibung der Klientel einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in der stationären Rehabilitation pathologischer Glücksspieler.

### 2. Basisdokumentation 2017 des Fachverbandes Sucht

#### 2.1. Datenerhebung und Stichprobenszusammensetzung

Im vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Daten zur stationären medizinischen Rehabilitation von Patienten mit der Erstdiagnose pathologisches Glücksspielen für das Jahr 2017 zusammengefasst. Die Daten stammen ausschließlich aus Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. Die Gesamtstichprobe der Basisdokumentation 2017 umfasst 1098 Patienten aus insgesamt 17 stationären Therapieeinrichtungen.

Die Daten wurden durch Redline Data, Ahrensböck, gesammelt und zusammengeführt sowie auf Fehlerfreiheit geprüft. Ein Rückschluss auf die Daten aus einzelnen Mitgliedseinrichtungen bzw. auf einzelne Patienten ist nicht möglich.

In den folgenden Abschnitten 2.2 bis 2.5 sind die Daten der Basisdokumentation geschlechtsspezifisch dargestellt und die bedeutendsten Unterschiede erläutert.

<sup>1</sup> Für die Items Geschlecht, Alter bei Aufnahme, Behandlungsdauer, Hauptdiagnose, Art der Einrichtung und Dokumentationssystem sind keine „Missing-Data“ zulässig. Für die Items Leistungsträger und Art der Therapiebeendigung sind maximal drei Prozent „Missing-Data“ zulässig.

Tabelle 1: Liste der Einrichtungen, deren Datensätze in die Auswertung eingingen

salus klinik Lindow	16835 Lindow
Paracelsus Berghofklinik	49152 Bad Essen
Paracelsus Wiehengebirgsklinik	49152 Bad Essen
MEDIAN Klinik Schweriner See	19069 Lübstorf
MEDIAN Klinik Wigbertshöhe	36251 Bad Hersfeld
MEDIAN Kliniken Daun Am Rosenberg	54550 Daun/Eifel
MEDIAN Kliniken Daun Thommener Höhe	54552 Darscheid
MEDIAN Rhein-Haardt-Klinik	67098 Bad Dürkheim
salus klinik Friedrichsdorf	61381 Friedrichsdorf
MEDIAN Psychosomatische Fachklinik Münchwies	66540 Neunkirchen
MEDIAN Klinik Odenwald	64747 Breuberg-Sandbach
MEDIAN Fachklinik Wilhelmsheim	71570 Oppenweiler
Fachklinik Zwieselberg	72250 Freudenstadt
Fachklinik Eußerthal	76857 Eußerthal/Pfalz
Fachklinik Furth im Wald	93437 Furth im Wald
Saaletalklinik	97616 Bad Neustadt
MEDIAN Klinik Berus	66540 Überherrn-Berus

Tabelle 2: Altersverteilung der Patienten (Alter bei Betreuungsbeginn)

Altersverteilung	Männer		Frauen		Gesamt	
bis einschl. 19 Jahre	14	1,5%	0	0,0%	10	0,9%
20 bis 24 Jahre	79	8,2%	4	2,9%	83	7,6%
25 bis 29 Jahre	199	20,7%	11	8,1%	210	19,1%
30 bis 34 Jahre	151	15,7%	23	16,9%	174	15,8%
35 bis 39 Jahre	109	11,3%	16	12,8%	125	11,4%
40 bis 44 Jahre	105	10,9%	11	8,1%	116	10,6%
45 bis 49 Jahre	112	11,6%	18	13,2%	130	11,8%
50 bis 54 Jahre	88	9,1%	22	16,2%	110	10,0%
55 bis 59 Jahre	54	5,6%	17	12,5%	71	6,5%
60 bis 64 Jahre	35	3,6%	9	6,6%	44	4,0%
65 Jahre und älter	16	1,7%	5	3,7%	21	1,9%
<b>Zusammen</b>	<b>962</b>	<b>100,0%</b>	<b>136</b>	<b>100,0%</b>	<b>1098</b>	<b>100,0%</b>
<b>Mittelwert ± Standardabweichung</b>	<b>38,3 ± 11,9 Jahre</b>		<b>44,5 ± 12,2 Jahre</b>		<b>39,1 ± 12,1 Jahre</b>	

Tabelle 3: Alter der Patienten bei Betreuungsbeginn, Suchtbehandlung

Altersverteilung	Männer		Frauen		Gesamt	
bis einschl. 19 Jahre	10	1,5%	0	0,0%	7	1,4%
20 bis 24 Jahre	44	6,7%	4	5,3%	48	6,5%
25 bis 29 Jahre	132	20,0%	4	5,3%	136	18,5%
30 bis 34 Jahre	104	15,8%	9	12,0%	113	15,4%
35 bis 39 Jahre	79	12,0%	7	9,3%	86	11,7%
40 bis 44 Jahre	79	12,0%	6	8,0%	85	11,6%
45 bis 49 Jahre	79	12,0%	13	17,3%	92	12,5%
50 bis 54 Jahre	55	8,3%	11	14,7%	66	9,0%
55 bis 59 Jahre	41	6,2%	11	14,7%	52	7,1%
60 bis 64 Jahre	21	3,2%	7	9,3%	28	3,8%
65 Jahre und älter	15	2,3%	3	4,0%	18	2,5%
<b>Zusammen</b>	<b>659</b>	<b>100,0%</b>	<b>75</b>	<b>100,0%</b>	<b>734</b>	<b>100,0%</b>
<b>Mittelwert ± Standardabweichung</b>	<b>38,8 ± 11,9 Jahre</b>		<b>46,0 ± 12,4 Jahre</b>		<b>39,5 ± 12,2 Jahre</b>	

Im Abschnitt 2.6 werden ausgewählte Variablen der Basisdokumentation 2017 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 2017 dargestellt

## 2.2. Beschreibung der Patienten nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen

Die **Altersverteilung** der Patienten bei Betreuungsbeginn in Abhängigkeit vom jeweiligen **Geschlecht** ist in Tabelle 2 dargestellt. Von den insgesamt 1098 Patienten sind 136 (12,4%) weiblichen und 962 (87,6%) männlichen Geschlechts. Zur Übersicht wurden die Patienten hierzu in Altersgruppen mit einer Spannweite von jeweils 5 Jahren gruppiert.

Mit 19,1% der Patienten war die Altersklasse der 25- bis 29-Jährigen am häufigsten besetzt, gefolgt von den Altersklassen der 30- bis 34-Jährigen mit 15,8%, der 35- bis 39-Jährigen mit 11,4% und der 45- bis 49-Jährigen mit 11,8%. Zwischen 20 und 24 Jahre alt waren 7,6% der Patienten, 11,4% waren zwischen 35 und 39 Jahre und 10,0% zwischen 50 und 54 Jahre alt. 60 Jahre und älter waren lediglich 3,8% der Patienten. Insgesamt wurden nur 0,9% jugendliche Patienten unter 20 Jahren behandelt.

Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 39,1 Jahre (± 12,1 Jahre). Frauen waren durchschnittlich 44,5 Jahre (± 12,2 Jahre) alt, Männer hingegen hatten ein um ca. 7,5 Jahre geringeres durchschnittliches Alter von 37,0 Jahren (± 11,5 Jahre).

Bei Patienten, die ihre Behandlung in Suchtkliniken absolvierten, betrug das Durchschnittsalter bei Aufnahme 39,5 Jahre (± 12,2 Jahre). Frauen waren durchschnittlich 46,0 Jahre (± 12,4 Jahre) alt, Männer hingegen hatten auch hier ein um gut 7 Jahre geringeres durchschnittliches Alter von 38,8 Jahren (± 11,9 Jahre).

Bei Patienten, die ihre Behandlung in Psychosomatikkliniken oder -abteilungen absolvierten, betrug das Durchschnittsalter bei Aufnahme 38,1 Jahre (± 12,1 Jahre). Frauen waren durchschnittlich 42,5 Jahre (± 11,8 Jahre) alt, Männer hingegen hatten ein um ca. 5 Jahre geringeres durchschnittliches Alter von 37,3 Jahren (± 12,0 Jahre).

Einen Überblick über die **Partnerbeziehung** bei Betreuungsbeginn vermittelt

Tabelle 5. In einer Partnerschaft zu leben gaben 46,1% der Patienten an, 53,9% hatten keine Partnerschaft. Es zeigten sich bezüglich der Partnersituation erkennbare geschlechtsspezifische Unterschiede: Von den Männern gaben 45,4% an, in einer Partnerschaft zu leben vs. 52,0% der Frauen. Keine Partnerschaft hatten 54,6% der Männer und 48,0% der Frauen. Bei der Betrachtung dieses Items ist jedoch die vergleichsweise hohe Anzahl der Missing data zu beachten.

Tabelle 6 zeigt die **Lebenssituation zu Betreuungsbeginn und das Wohnverhältnis vor Betreuungsbeginn**. Für die Darstellung der Lebenssituation wurde zwischen der Kategorie „alleinlebend“ und der folgenden Unterteilung für die Kategorien nicht alleinlebend, „mit Partner“, „mit Kind(ern)“, „mit Eltern(-teil)“, „mit sonstiger/n Bezugsperson/en“ und „mit sonstiger/n Person/en“ unterschieden. Für die Kategorien nicht alleinlebend waren Mehrfachantworten möglich.

Alleinlebend waren 33,2% der Patienten, 24,1% lebten mit einem Partner, 8,8% mit minderjährigen Kindern, 11,8% mit Eltern, 10,3% mit sonstigen Bezugspersonen und 12,0% mit sonstigen Personen zusammen. Bei 8,6% aller Patienten lagen keine Daten vor.

30,8% der männlichen im Vergleich zu 40,7% der weiblichen Patienten waren zu Behandlungsbeginn alleinlebend. Ferner lebten 11,5% der Männer, aber nur 5,5% der Frauen bei den Eltern. Demgegenüber lebten 18,7% der Frauen, aber nur 7,4% der Männer mit minderjährigen Kindern sowie 22,7% der Männer im Vergleich zu 26,4% der Frauen mit einem Partner bzw. einer Partnerin.

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten (59,8%) gab an, selbstständig zu wohnen, wobei der Anteil bei den Männern mit 57,1% vs. 78,5% deutlich unter dem der Frauen liegt. Weitere Angaben der Patienten zu ihrer Wohnsituation waren: „bei anderen Personen“ mit 26,1% (28,5% vs. 10,0%), „ambulant betreutes Wohnen“ mit 1,3% (1,2% vs. 1,5%), „(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung“ mit 0,4% (0,3% vs. 0,8%), „Wohnheim/Übergangswohnheim“ mit 8,7% (8,7% vs. 6,9%), „JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung“ mit 0,8% (0,8% vs. 0,8%), „Notunterkunft, Übernachtungsstelle“ mit 0,4% (0,5% vs. 0,0%), „sonstiges“ mit 0,4% (0,5% vs. 0,0%) und „ohne Wohnung“ mit 2,2% (2,2% vs.

Tabelle 4: Alter der Patienten bei Betreuungsbeginn, Psychosomatikbehandlung

Altersverteilung	Männer		Frauen		Gesamt	
bis einschl. 19 Jahre	4	1,3%	0	0,0%	4	1,1%
20 bis 24 Jahre	35	11,6%	0	0,0%	35	11,1%
25 bis 29 Jahre	67	22,1%	7	11,5%	74	20,3%
30 bis 34 Jahre	47	15,5%	14	23,0%	61	16,8%
35 bis 39 Jahre	30	9,9%	9	14,8%	39	10,7%
40 bis 44 Jahre	26	8,6%	5	8,2%	31	8,5%
45 bis 49 Jahre	33	10,9%	5	8,2%	38	10,4%
50 bis 54 Jahre	33	10,9%	11	18,0%	44	12,1%
55 bis 59 Jahre	13	4,3%	6	9,8%	19	5,2%
60 bis 64 Jahre	14	4,6%	2	3,3%	16	4,4%
65 Jahre und älter	1	0,3%	2	3,3%	3	0,8%
<b>Zusammen</b>	<b>303</b>	<b>100,0%</b>	<b>61</b>	<b>100,0%</b>	<b>364</b>	<b>100,0%</b>
<b>Mittelwert ± Standardabweichung</b>	<b>37,3 ± 12,0 Jahre</b>		<b>42,5 ± 11,8 Jahre</b>		<b>38,1 ± 12,1 Jahre</b>	

Tabelle 5: Partnerschaft der Patienten bei Betreuungsbeginn

Partnerschaft	Männer		Frauen		Gesamt	
Partnerschaft besteht	293	45,4%	39	52,0%	332	46,1%
Keine Partnerschaft	352	54,6%	36	48,0%	388	53,9%
<b>Zusammen</b>	<b>645</b>	<b>100,0%</b>	<b>75</b>	<b>100,0%</b>	<b>720</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	317	33,0%	61	44,9%	378	34,4%

Tabelle 6: Lebenssituation bei Betreuungsbeginn (Mehrfachnennungen sind möglich) und überwiegende Wohnsituation der Patienten am Tag vor Betreuungsbeginn

Lebenssituation	Männer		Frauen		Gesamt	
alleinlebend	296	30,8%	37	40,7%	333	33,2%
mit Partner	218	22,7%	24	26,4%	242	24,1%
mit Kind(ern)	71	7,4%	17	18,7%	88	8,8%
mit Eltern(-teil)	113	11,5%	5	5,5%	118	11,8%
mit sonstiger/n Bezugsperson/en	99	10,3%	4	4,4%	103	10,3%
mit sonstiger/n Person/en	116	12,1%	4	4,4%	120	12,0%
<b>Gesamtzahl der betrachteten Datensätze</b>	<b>913</b>	<b>100,0%</b>	<b>91</b>	<b>100,0%</b>	<b>1004</b>	<b>100,0%</b>
Wohnverhältnis am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
selbständiges Wohnen	509	57,1%	102	78,5%	611	59,8%
bei anderen Personen	254	28,5%	13	10,0%	267	26,1%
ambulant betreutes Wohnen	11	1,2%	2	1,5%	13	1,3%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	3	0,3%	1	0,8%	4	0,4%
Wohnheim/Übergangswohnheim	80	8,7%	9	6,9%	89	8,7%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	7	0,8%	1	0,8%	8	0,8%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	4	0,5%	0	0,0%	4	0,4%
ohne Wohnung	20	2,2%	2	1,5%	22	2,2%
sonstiges	4	0,5%	0	0,0%	4	0,4%
<b>Zusammen</b>	<b>892</b>	<b>100,0%</b>	<b>130</b>	<b>100,0%</b>	<b>1022</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	70	7,3%	6	4,4%	76	6,9%

Tabelle 7: Migrationsstatus

Migrationsstatus	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kein Migrationshintergrund	284	56,0%	43	66,2%	327	57,2%
Selbst migriert	130	25,7%	12	18,5%	142	24,8%
Kind von Migranten	91	18,0%	10	15,4%	101	17,7%
Migration ausschl. 3. Generat.	2	0,4%	0	0,0%	2	0,4%
<b>Zusammen</b>	<b>507</b>	<b>100,0%</b>	<b>65</b>	<b>100,0%</b>	<b>572</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	396	36,1%	75	55,2%	439	40,0%

Tabelle 8: Höchster Schulabschluss

höchster erreichter Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
derzeit in Schulausbildung	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
ohne Schulabschluss	46	5,5%	7	5,7%	53	5,5%
Haupt-/Volksschulabschluss	390	46,4%	51	41,5%	441	45,8%
Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	279	33,2%	52	42,3%	331	34,4%
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	109	13,0%	12	9,8%	121	12,6%
anderer Schulabschluss	15	1,8%	1	0,8%	16	1,7%
<b>Zusammen</b>	<b>840</b>	<b>100,0%</b>	<b>123</b>	<b>100,0%</b>	<b>963</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	122	12,7%	13	9,6%	135	12,3%

Tabelle 9: Höchster Ausbildungsabschluss

höchster Ausbildungsabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Noch keine Ausbildung begonnen	65	10,8%	9	13,6%	74	11,1%
Derzeit in beruflicher oder akademischer Ausbildung	13	2,2%	0	0,0%	13	1,9%
Keine berufliche oder akademische Ausbildung abgeschlossen	105	17,4%	13	19,7%	118	17,7%
Betriebl. Berufsausbildung	382	63,5%	43	65,2%	425	63,6%
Abschluss als Meister/in / Techniker/in bzw. an Berufs- oder Fachakademie	13	2,2%	0	0,0%	13	1,9%
Akademischer Abschluss	10	1,7%	1	1,5%	11	1,7%
Anderer Ausbildungsabschluss	14	2,3%	0	0,0%	14	2,1%
<b>Zusammen</b>	<b>602</b>	<b>100,0%</b>	<b>66</b>	<b>100,0%</b>	<b>668</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	360	37,4%	70	51,5%	430	39,2%

1,5%). Bei 6,9% der Patienten waren keine Daten zur Wohnsituation kodiert.

Tabelle 7 gibt Aufschluss über den Migrationsstatus. Von 40% der Patienten (36,1% vs. 55,2%) Patienten liegen hierzu keine Angaben vor. Von denen, bei denen dieses Item kodiert war, waren 172 (13,4%) selbst migriert, wobei der Anteil bei den Männern mit 25,7% vs. 18,5% et-

was über dem der Frauen liegt. Als Kinder von Migranten geboren sind 17,7% (18,0% vs. 15,4%). Keinen Migrationshintergrund zu haben gaben 57,2% (56,0% vs. 66,2%) der Patienten an.

Tabelle 8 gibt Aufschluss über den **höchsten erreichten Schulabschluss**. Derzeit in Schulausbildung sind 0,1% der Patienten, 5,5% blieben ohne Schulab-

schluss und 45,8% wiesen einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss auf. 34,4% aller Patienten verfügten über einen Realschulabschluss bzw. haben eine Polytechnische Oberschule abgeschlossen, weitere 12,6% gaben an, die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife zu besitzen. 1,7% der Patienten hatten einen anderen Schulabschluss. Für 12,3% aller Patienten lagen keine Angaben zur Schulausbildung vor.

Ein deutlich geringerer Anteil männlicher Patienten als weiblicher Patienten verfügt über einen Realschulabschluss bzw. hat eine Polytechnische Oberschule abgeschlossen (33,2% vs. 42,3%). Eine Hochschul- bzw. Fachhochschulreife können 13,0% vs. 9,8% vorweisen. Dementsprechend verfügen mehr männliche als weibliche Patienten über einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss (46,4% vs. 41,5%) oder einen anderen Schulabschluss (1,8% vs. 0,8%). Ohne Schulabschluss sind etwa gleich viele Männer wie Frauen (5,5% vs. 5,7%).

Tabelle 9 gibt Aufschluss über den höchsten Ausbildungsabschluss. Noch keine Ausbildung begonnen haben 11,1% der Patienten, 1,9% sind derzeit in Ausbildung und keine berufliche oder akademische Ausbildung abgeschlossen haben 17,7%. Eine betriebliche Berufsausbildung wiesen 63,6% der Patienten auf. 1,9% aller Patienten verfügten über einen Abschluss als Meister/in/Techniker/in bzw. an einer Berufs- oder Fachakademie, weitere 1,7% gaben an, einen akademischen Abschluss zu besitzen. 2,1% der Patienten hatten einen anderen Ausbildungsabschluss. Für 39,2% aller Patienten lagen keine Angaben zur Schulausbildung vor.

In Tabelle 10 ist die **Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn für die Gesamtheit der Patienten** dargestellt. Zur Betrachtung der Erwerbssituation wurde zwischen folgenden Kategorien unterschieden: „Auszubildender“, „Arbeiter/Angestellter/Beamter“, „Selbständiger/Freiberufler“, „sonstige Erwerbspersonen“, „in Elternzeit, im langfristigen Krankenstand“, „in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)“, „arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)“, „arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)“, „Schüler/Student“, „Hausfrau/Hausmann“, „Rentner/Pensionär“, „sonstige Nichterwerbspersonen mit Bezug von SGB XII-Leistungen“, „sonstige Nichterwerbspersonen ohne Bezug von SGB XII-Leistungen“.

Bezüglich der Erwerbstätigkeit am Tag vor Aufnahme waren 1,0% der Patienten Auszubildende. 46,2% waren als Arbeiter, Angestellte oder Beamte tätig, 0,6% waren Selbständige oder Freiberufler, 0,5% gaben, an sonstige Erwerbspersonen zu sein, und 1,1% befanden sich in Elternzeit oder im (längerfristigen) Krankenstand. In beruflicher Rehabilitation war kein Patient. 38,8% der Patienten waren arbeitslos, wobei 22,2% arbeitslos nach SGB II (Bezug von Arbeitslosengeld II) und 16,6% arbeitslos nach SGB III (Bezug von Arbeitslosengeld I) waren. Weitere 1,2% waren Schüler bzw. Studenten, 0,8% waren Hausfrauen bzw. Hausmänner, 7,0% waren Rentner und 0,6% wurden der Kategorie „sonstige Nichterwerbspersonen“ zugeordnet, bei 6,2% aller Patienten wurde „keine Daten“ kodiert.

Der Vergleich der Geschlechter ergibt einen erkennbaren Unterschied in der Kategorie „Hausfrau, Hausmann“ mit einem Anteil von 5,3% bei Frauen gegenüber nur 0,1% bei Männern. Ebenso zeigen sich in der Kategorie „Rentner/Pensionär“ mit 13,0% ein deutlich höherer Frauenanteil gegenüber 6,1% bei männlichen Patienten. Demgegenüber ist die Kategorie „arbeitslos nach SGB III“ bei Männern mit 16,8% etwas häufiger besetzt als bei Frauen mit 15,3%. In die Kategorie „arbeitslos nach SGB II“ fällt mit 26,0% hingegen wiederum ein höherer Anteil bei den Frauen auf gegenüber 21,6% bei den Männern.

Der Vergleich der Patienten aus Suchtbehandlung (S) mit denen aus Psychosomatikbehandlung (P) ergibt einen erkennbaren Unterschied in der Kategorie „Arbeiter, Angestellten, Beamter“ mit einem Anteil von 42,8% (S) gegenüber 52,8% (P). In der Kategorie „Rentner/Pensionär“ zeigt sich mit 9,0% ein erkennbar höherer Anteil bei den Suchtpatienten gegenüber 3,1% bei den Psychosomatikpatienten.

Tabelle 13 gibt die Schuldensituation der Patienten wieder. Keine Schulden zu haben gaben 24,5% der Patienten an. Bis zu 10.000 Euro Schulden hatten 29,3%, 10.000 Euro bis 25.000 Euro Schulden hatten 18,5% und 25.000 Euro bis 50.000 Euro hatten 15,1% der Patienten. Mehr als 50.000 Euro Schulden zu haben gaben 12,1% der Behandelten an. Für 33,9% der Patienten lagen keine Angaben vor.

Im Vergleich der Geschlechter zeigen sich deutliche Unterschiede: Keine Schulden zu haben gaben 40,3% der Frauen an

*Tabelle 10: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn, alle Patienten*

Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Auszubildender	9	1,0%	1	0,8%	10	1,0%
Arbeiter/Angestellter/Beamter	433	48,0%	45	34,4%	478	46,2%
Selbständiger/Freiberufler	5	0,6%	1	0,8%	6	0,6%
sonstige Erwerbspersonen	3	0,3%	2	1,5%	5	0,5%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	10	1,1%	1	0,8%	11	1,1%
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	152	16,8%	20	15,3%	172	16,6%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	195	21,6%	34	26,0%	229	22,2%
Schüler/Student	12	1,3%	0	0,0%	12	1,2%
Hausfrau/Hausmann	1	0,1%	7	5,3%	8	0,8%
Rentner/Pensionär	55	6,1%	17	13,0%	72	7,0%
sonstige Nichterwerbspers. mit Bezug von SGB XII-Leistungen	22	2,4%	3	2,3%	25	2,4%
sonstige Nichterwerbspers. ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	6	0,7%	0	0,0%	6	0,6%
<b>Zusammen</b>	<b>903</b>	<b>100,0%</b>	<b>131</b>	<b>100,0%</b>	<b>1034</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	59	5,4%	5	3,7%	64	6,2%

*Tabelle 11: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn, Suchtbehandlung*

Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Auszubildender	6	0,1%	0	0,0%	6	0,9%
Arbeiter/Angestellter/Beamter	267	44,1%	22	30,1%	289	42,8%
Selbständiger/Freiberufler	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%
sonstige Erwerbspersonen	2	0,3%	2	2,8%	4	0,6%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	10	1,7%	1	1,4%	11	1,6%
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	102	16,9%	12	16,9%	114	16,9%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	140	23,1%	19	26,8%	159	23,5%
Schüler/Student	12	2,0%	0	0,0%	12	1,8%
Hausfrau/Hausmann	1	0,2%	3	4,2%	4	0,6%
Rentner/Pensionär	49	8,1%	12	16,9%	61	9,0%
sonstige Nichterwerbspers. mit Bezug von SGB XII-Leistungen	9	1,5%	0	0,0%	9	1,3%
sonstige Nichterwerbspers. ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	6	0,1%	0	0,0%	6	0,9%
<b>Zusammen</b>	<b>605</b>	<b>100,0%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>	<b>676</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	54	8,2%	4	5,3%	58	7,9%

Tabelle 12: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn, Psychosomatikbehandlung

Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Auszubildender	3	1,0%	1	1,7%	4	1,1%
Arbeiter/Angestellter/Beamter	166	55,7%	23	38,3%	189	52,8%
Selbständiger/Freiberufler	4	1,3%	1	1,2%	5	1,4%
sonstige Erwerbspersonen	1	0,3%	0	1,7%	1	0,3%
In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	50	16,8%	8	13,3%	58	16,2%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	55	18,5%	15	25,0%	70	19,6%
Schüler/Student	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Hausfrau/Hausmann	0	0,0%	4	6,7%	4	1,1%
Rentner/Pensionär	6	2,0%	5	8,3%	11	3,1%
sonstige Nichterwerbspers. mit Bezug von SGB XII-Leistungen	13	4,4%	3	1,0%	16	4,5%
sonstige Nichterwerbspers. ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Zusammen</b>	<b>298</b>	<b>100,0%</b>	<b>60</b>	<b>100,0%</b>	<b>358</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	5	1,7%	1	1,6%	6	1,7%

Tabelle 13: Problematische Schulden

Problematische Schulden	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	161	24,6%	29	40,3%	190	26,2%
bis 10.000 Euro	196	30,0%	19	26,4%	215	29,6%
bis 25.000 Euro	123	18,8%	8	11,1%	131	18,0%
bis 50.000 Euro	95	14,5%	11	15,3%	106	14,6%
mehr als 50.000 Euro	79	12,1%	5	6,9%	84	11,6%
<b>Zusammen</b>	<b>654</b>	<b>100,0%</b>	<b>72</b>	<b>100,0%</b>	<b>726</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	308	32,0%	64	47,1%	372	33,9%

Tabelle 14: Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme, gesamt (Mehrfachnennungen möglich)

Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme	Männer			Frauen			Gesamt		
	1-10	11-20	21-30	1-10	11-20	21-30	1-10	11-20	21-30
<b>Glücksspielform</b>									
<b>Terrestrisch</b>									
Geldspielautomaten in Spielhallen	145	97	38	25	12	9	174	109	47
Geldspielautomaten in der Gastronomie	67	17	8	3	2	3	70	19	11
Kleines Spiel in der Spielbank	9	1	1	0	0	0	9	1	1
Großes Spiel in der Spielbank	5	1	1	0	0	0	5	1	1
Sportwetten	23	12	4	0	0	0	23	12	4
Pferdewetten	1	0	0	17	0	0	0	0	0

gegenüber 24,6% der Männer. Bis zu 10.000 Euro Schulden hatten 26,4% der Frauen gegenüber 30,0% der Männer. 10.000 Euro bis 25.000 Euro hatten 11,1% vs. 18,8% und 25.000 Euro bis 50.000 Euro hatten 15,3% der Frauen und 14,5% der Männer. Mehr als 50.000 Euro Schulden zu haben gaben 6,9% der Frauen und 12,1% der Männer an. Für 47,1% vs. 32,0% lagen keine Angaben vor.

### 2.3. Angaben zur Glücksspielteilnahme

In Tabelle 15 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. Mehrfachnennungen waren bei diesem Item möglich. Es wurde 340 Mal angegeben, dass bis zu 10 Tage das jeweilige Glücksspiel ausgeübt wurde, 164 Mal bis zu 20 Tage und 72 Mal bis zu 30 Tage. Es zeigte sich, dass das Spielen an Geldspielautomaten in Spielhallen oder in der Gastronomie die mit Abstand am häufigsten praktizierte Glücksspielform war. Danach folgen Sportwetten und das Spielen an Geldspielautomaten über das Internet. Im Vergleich der Geschlechter fällt als erkennbarer Unterschied auf, dass Frauen häufiger angaben, in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme Pferdewetten praktiziert zu haben, wohingegen Männer häufiger das Praktizieren von Sportwetten und von Glücksspielteilnahme in einer Spielbank berichteten. Vergleicht man die Angaben aus den Indikationsbereichen Sucht und Psychosomatik (Tab. 15 u. 16), so sticht besonders hervor, dass im Bereich Psychosomatik keinerlei Online-Glücksspielen benannt wurde und kein Spielen an Geldspielautomaten in Gaststätten.

## Pathologisches Glücksspielen – Teilband VI

noch Tabelle 14: Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme, gesamt (Mehrfachnennungen möglich)

Lotterien	7	1	0	0	0	0	7	1	0
Andere	8	3	1	0	0	0	8	3	1
<b>Online / über das Internet</b>									
Automatenspiel (Geld-/ Glücksspielautomaten)	9	5	3	1	1	2	10	6	5
Casinospiele (großes Spiel in der Spielbank, mit Ausnahme von Poker)	4	2	0	0	0	1	4	2	1
Poker	3	3	0	0	0	0	3	3	0
Sportwetten	6	6	2	0	0	0	6	6	2
Pferdewetten	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lotterien	2	1	1	0	0	0	2	1	1
Andere	1	0	0	0	0	0	1	0	0
<b>Zusammen</b>	<b>294</b>	<b>149</b>	<b>57</b>	<b>46</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>340</b>	<b>164</b>	<b>72</b>

Tabelle 15: Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme, Abhängigkeit (Mehrfachnennungen möglich)

Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme	Männer			Frauen			Gesamt		
	-10	-20	-30	-10	-20	-30	-10	-20	-30
<b>Glücksspielform</b>									
<b>Terrestrisch</b>									
Geldspielautomaten in Spielhallen	112	76	35	12	6	8	124	82	43
Geldspielautomaten in der Gastronomie	67	17	8	3	2	3	70	19	11
Kleines Spiel in der Spielbank	7	1	1	0	0	0	7	1	1
Großes Spiel in der Spielbank	4	1	1	0	0	0	4	1	1
Sportwetten	18	11	2	0	0	0	18	11	2
Pferdewetten	1	0	0	17	0	0	0	0	0
Lotterien	7	1	0	0	0	0	7	1	0
Andere	1	1	0	0	0	0	1	1	0
<b>Online / über das Internet</b>									
Automatenspiel (Geld-/ Glücksspielautomaten)	9	5	3	1	1	2	10	6	5
Casinospiele (großes Spiel in der Spielbank, mit Ausnahme von Poker)	4	2	0	0	0	1	4	2	1
Poker	3	3	0	0	0	0	3	3	0
Sportwetten	6	6	2	0	0	0	6	6	2
Pferdewetten	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lotterien	2	1	1	0	0	0	2	1	1
Andere	1	0	0	0	0	0	1	0	0
<b>Zusammen</b>	<b>242</b>	<b>125</b>	<b>51</b>	<b>33</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>275</b>	<b>134</b>	<b>65</b>

Tabelle 16: Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme, Psychosomatik (Mehrfachnennungen möglich)

Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme	Männer			Frauen			Gesamt		
	-10	-20	-30	-10	-20	-30	-10	-20	-30
<b>Glücksspielform</b>									
<b>Terrestrisch</b>									
Geldspielautomaten in Spielhallen	37	21	3	13	6	1	50	27	4
Geldspielautomaten in der Gastronomie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kleines Spiel in der Spielbank	2	0	0	0	0	0	2	0	0
Großes Spiel in der Spielbank	1	0	0	0	0	0	1	0	0

noch Tabelle 16: Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme, Psychosomatik (Mehrfachnennungen möglich)

Sportwetten	5	1	2	0	0	0	5	1	2
Pferdewetten	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lotterien	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Andere	7	2	1	0	0	0	7	2	1
<b>Online / über das Internet</b>									
Automatenspiel (Geld-/ Glücksspielautomaten)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casinospiele (großes Spiel in der Spielbank, mit Ausnahme von Poker)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Poker	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sportwetten	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pferdewetten	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lotterien	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Andere	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Zusammen</b>	<b>52</b>	<b>24</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>65</b>	<b>30</b>	<b>7</b>

Die Angaben zum **Alter beim ersten Spielen** sind Tabelle 17 zu entnehmen. Mit 425 gaben die Patienten am häufigsten an, eine Glücksspielform erstmals im Alter von 18 bis 25 Jahren praktiziert zu haben; gefolgt von 140 Mal im Alter von 14 bis 17 Jahren und 131 Mal im Alter von über 35 Jahren. Eine Glücksspielform erstmals im Alter von 26 bis 35 Jahren praktiziert zu haben gaben 128 Patienten

an. Erstmals Glücksspiele ausgeübt zu haben in einem Alter von weniger als 14 Jahren gaben 30 Patienten an. Findet die erste Glücksspielteilnahme im minderjährigen Alter statt, so geschieht dies am häufigsten an Geldspielautomaten in Spielhallen und in der Gastronomie. Im Vergleich der Geschlechter fällt als erkennbarer Unterschied auf, dass bei Frauen die Nennungen für Erstkontakt

mit einer Glücksspielform lediglich zu 15,4% im minderjährigen Alter lagen, wohingegen bei den Männern 21,6% der Nennungen für das erstmalige Praktizieren einer Glücksspielform im minderjährigen Alter lagen.

Die Angaben zum **Alter bei Störungsbeginn** sind der Tabelle 20 zu entnehmen. Das mittlere Alter bei Störungsbe-

Tabelle 17: Alter beim ersten Spielen, gesamt (Mehrfachnennungen möglich)

Alter beim ersten Spielen	Gesamtstichprobe				
	1-13	14-17	18-25	26-35	> 35
<b>Glücksspielform</b>					
<b>Terrestrisch</b>					
Geldspielautomaten in Spielhallen	17	84	248	75	82
Geldspielautomaten in der Gastronomie	6	25	60	15	13
Kleines Spiel in der Spielbank	0	4	15	6	5
Großes Spiel in der Spielbank	0	1	16	3	5
Sportwetten	5	8	35	13	7
Pferdewetten	0	2	2	0	1
Lotterien	0	3	8	3	1
Andere	1	3	3	2	1
<b>Online/über das Internet</b>					
Automatenspiel (Geld-/ Glücksspielautomaten)	0	5	14	6	6
Casinospiele (großes Spiel in der Spielbank, mit Ausnahme von Poker)	0	2	2	2	4
Poker	0	2	5	2	1
Sportwetten	0	1	11	1	3
Pferdewetten	1	0	0	0	0
Lotterien	0	0	2	0	0
Andere	0	0	3	0	2
<b>Zusammen</b>		<b>30</b>	<b>140</b>	<b>425</b>	<b>128</b>
<b>Gesamtzahl der Nennungen</b>			<b>854</b>		

Tabelle 18: Alter beim ersten Spielen, Männer (Mehrfachnennungen möglich)

Alter beim ersten Spielen	Männer				
	1–13	14–17	18–25	26–35	> 35
<b>Glücksspielform</b>					
<b>Terrestrisch</b>					
Geldspielautomaten in Spielhallen	16	82	228	57	53
Geldspielautomaten in der Gastronomie	6	24	56	14	10
Kleines Spiel in der Spielbank	0	3	14	6	3
Großes Spiel in der Spielbank	0	1	15	2	4
Sportwetten	5	8	34	13	7
Pferdewetten	0	2	2	0	1
Lotterien	0	3	8	3	1
Andere	1	3	3	1	1
<b>Online/über das Internet</b>					
Automatenspiel (Geld-/ Glücksspielautomaten)	0	4	13	5	4
Casinospiele (großes Spiel in der Spielbank, mit Ausnahme von Poker)	0	2	2	2	2
Poker	0	2	5	2	1
Sportwetten	1	1	11	1	3
Pferdewetten	0	0	0	0	0
Lotterien	0	0	3	0	0
Andere	0	0	3	0	2
<b>Zusammen</b>	<b>29</b>	<b>135</b>	<b>397</b>	<b>106</b>	<b>92</b>
<b>Gesamtzahl der Nennungen</b>	<b>759</b>				

Tabelle 19: Alter beim ersten Spielen, Frauen (Mehrfachnennungen möglich)

Alter beim ersten Spielen	Frauen				
	1–13	14–17	18–25	26–35	> 35
<b>Glücksspielform</b>					
<b>Terrestrisch</b>					
Geldspielautomaten in Spielhallen	1	2	20	18	29
Geldspielautomaten in der Gastronomie	0	1	4	1	3
Kleines Spiel in der Spielbank	0	1	2	0	2
Großes Spiel in der Spielbank	0	0	0	1	1
Sportwetten	0	0	1	0	0
Pferdewetten	0	0	0	0	0
Lotterien	0	0	0	0	0
Andere	0	0	0	1	0
<b>Online/über das Internet</b>					
Automatenspiel (Geld-/ Glücksspielautomaten)	0	1	1	1	2
Casinospiele (großes Spiel in der Spielbank, mit Ausnahme von Poker)	0	0	0		2
Poker	0	0	0	0	0
Sportwetten	0	0	0	0	0
Pferdewetten	0	0	0	0	0
Lotterien	0	0	0	0	0
Andere	0	0	0	0	0
<b>Zusammen</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>39</b>
<b>Gesamtzahl der Nennungen</b>	<b>95</b>				

Tabelle 20: Alter bei Störungsbeginn

	Männer	Frauen	Gesamt
n	369	40	409
Mittelwert	27,5	36,6	28,4
Standardabweichung	10,7	13,6	11,4

ginn lag bei 28,4 Jahren ( $\pm 11,4$ ), wobei die männlichen Patienten bei Störungsbeginn mit 27,5 ( $\pm 10,7$ ) deutlich jünger waren als die weiblichen mit 36,6 ( $\pm 13,6$ ).

### 2.4. Angaben zur Therapievorbereitung und zur Aufnahme

Die Angaben zur **vermittelnden Instanz** sind Tabelle 21 zu entnehmen. Im Kerndatensatz kann zur Kodierung der vermit-

Tabelle 21: Angaben zur vermittelnden Instanz

Vermittelnde Instanz	Männer		Frauen		Gesamt	
Keine/Selbstmelder	6	1,0%	0	0,0%	6	0,9%
Selbsthilfe	49	8,1%	4	6,2%	53	7,9%
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	9	1,5%	0	0,0%	9	1,3%
ärztliche Praxis	7	1,2%	3	4,6%	10	1,5%
Allgemeines Krankenhaus	12	2,0%	2	3,1%	14	2,1%
Einrichtung der Akutbehandlung	6	1,0%	1	1,5%	7	1,0%
Psychiatrisches Krankenhaus	38	6,3%	8	12,3%	44	6,6%
Ambulante Suchthilfe-einrichtung	385	63,4%	40	61,5%	425	63,2%
Stationäre Suchthilfe-einrichtung	7	1,2%	0	0,0%	7	1,0%
Anderer Beratungsdienst	40	6,6%	4	6,2%	44	6,6%
Polizei/Justiz/ Bewährungshilfe	6	1,0%	2	3,1%	8	1,2%
Leistungsträger	20	3,3%	0	0,0%	20	3,0%
Sonstige Institution	19	3,1%	4	6,2%	23	3,4%
<b>Zusammen</b>	<b>607</b>	<b>100,0%</b>	<b>65</b>	<b>100,0%</b>	<b>672</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten*	355	36,9%	71	52,2%	426	38,8%

\* Diese Daten wurden im Bereich Psychosomatik (n = 364) nicht durchgängig erhoben.

Tabelle 22: Leistungsträger

Leistungsträger	Männer		Frauen		Gesamt	
pauschal/institutionell finanziert	2	0,2%	0	0,0%	2	0,2%
Selbstzahler	9	0,9%	2	1,5%	11	1,0%
Rentenversicherung	838	87,1%	111	81,6%	949	86,4%
Krankenversicherung	99	10,3%	22	16,2%	121	11,0%
Sozialhilfe	3	0,3%	0	0,0%	3	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%
sonstige	9	0,9%	0	0,0%	9	0,8%
<b>Zusammen</b>	<b>962</b>	<b>100,0%</b>	<b>136</b>	<b>100,0%</b>	<b>1098</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	2	0,2%	1	0,7%	3	0,3%

telnden Instanz aus einer Liste von 20 verschiedenen Vermittlern ausgewählt werden. Deshalb werden in Tabelle 21 sieben nur selten vorkommende Vermittler zur Kategorie „sonstige“ zusammengefasst.

Die häufigste Vermittlungsform bezüglich der untersuchten Stichprobe war die Vermittlung durch eine ambulante Suchthilfeeinrichtung mit 63,2% der Patienten, wobei sich die jeweiligen Anteile bei Männern und Frauen 63,4% vs. 61,5% kaum unterscheiden. Durch Selbsthilfegruppen wurden 7,9% der Patienten (8,1% vs. 6,2%) auf ihre Behandlung vorbereitet. Psychiatrische Krankenhäuser bzw. Krankenhausabteilungen bereiteten 6,6% der Patienten (6,3% vs.12,3%) auf ihre Behandlung vor. Weitere Vermittlungsinstanzen waren: ärztliche Praxis mit 1,5% (1,2% vs. 4,6%), Leistungsträger mit 3,0% der Patienten (3,3% vs. 0,0%), sonstige Institutionen 3,4% (6,2% vs. 0,9%), Arbeitgeber, Betrieb oder Schule mit 1,6% (1,9% vs. 0,0%), stationäre Suchthilfeeinrichtungen mit 1,0% (1,2% vs. 0,0%), Justizbehörden/Bewährungshilfe mit 1,2% (1,0% vs. 3,1%), Einrichtung der Akutbehandlung mit 1,0% (1,0% vs. 1,5%) sowie allgemeine Krankenhäuser mit 2,1% (2,0% vs. 3,1%) und andere Beratungsdienste mit 6,6% (6,6% vs. 6,2%). 0,9% der Patienten (1,0% vs. 0,0%) traten die medizinische Rehabilitationsmaßnahme ohne Vermittlung einer betreuenden Einrichtung an.

Tabelle 22 gibt einen Überblick über die **Leistungsträgerstruktur**. Der mit Abstand häufigste Leistungsträger waren die Träger der Rentenversicherung mit 86,4% der Patienten (87,1% Männer vs. 81,6% Frauen) und die gesetzliche Krankenversicherung mit 11,0% (10,3% vs. 16,2%). Weitere Leistungsträger wurden nach den Kategorien „pauschal/institutionell finanziert“ mit 0,2% der Patienten (0,2% vs. 0,0%), „Selbstzahler“ mit 1,0% (0,9% vs. 1,5%), „Sozialhilfe“ mit 0,3% (0,3% vs. 0,0%) und „sonstige Leistungsträger“ mit 0,8% (0,9% vs. 0,0%) differenziert. Die Leistungsträger „Jugendhilfe“, „Arbeitsagenturen, Jobcenter“ und „Pflegeversicherung“ waren in keinem Fall Träger der Rehabilitationsmaßnahme.

### 2.5. Diagnosen und Vorbehandlungen

In Tabelle 23 sind die Hauptformen des praktizierten Glücksspiels dargestellt, die primär zur Stellung der Diagnose „pathologisches Glücksspielen“ geführt haben.

Bei 61,0% der Patienten führte primär das Spielen an Geldspielautomaten in Spielhallen zur Stellung der Diagnose „pathologisches Glücksspielen“, wobei zwischen den jeweiligen Anteilen von Männern und Frauen mit 58,8% vs. 70,7% ein deutlicher Unterschied besteht. Weitere Glücksspielformern waren: Geldspielautomaten in der Gastronomie mit 23,1% aller Patienten (23,4% vs. 20,7%), Spielbank, kleines Spiel mit 1,5% aller Patienten (1,5% vs. 1,7%), Spielbank, großes Spiel 1,5% (1,7% vs. 0,0%), Sportwetten mit 2,5% (2,8% vs. 0,0%) sowie andere Glücksspielformen mit 0,8% (0,9% vs. 0,0%). Online/über das Internet betriebene Glücksspiele führten bei 8,2% (8,5% vs. 6,9%) der Patienten zur Stellung der Diagnose „pathologisches Glücksspielen“.

Die Verteilung komorbider Suchtmittel-diagnosen neben der Hauptdiagnose ist in Tabelle 10 dargestellt. Die Kategorisierung orientiert sich an der ICD-10-Klassifikation des Kapitels V (F), wobei auf die vierte und fünfte Stelle der Kodierung, die das aktuelle klinische Erscheinungsbild beschreiben, verzichtet wurde.

Neben der Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen wurde bei 17,7% der Patienten (18,4% der Männer vs. 12,5% der Frauen) die Diagnose „Störungen durch Alkohol (F10)“ kodiert. Weitere Nebendiagnosen aus dem Suchtmittelkonsumspektrum waren: „Störungen durch

*Tabelle 23: Hauptglücksspielform*

Glücksspielform	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
<b>Terrestrisch</b>						
Geldspielautomaten in Spielhallen	277	58,8%	41	70,7%	318	60,1%
Geldspielautomaten in der Gastronomie	110	23,4%	12	20,7%	122	23,1%
Spielbank, kleines Spiel	7	1,5%	1	1,7%	8	1,5%
Spielbank, großes Spiel	8	1,7%	0	0,0%	8	1,5%
Sportwetten	13	2,8%	0	0,0%	13	2,5%
Andere Glücksspielform	4	0,9%	0	0,0%	4	0,8%
<b>Online/über das Internet</b>						
Automatenspiel (Geld-/ Glücksspielautomaten)	7	1,5%	3	5,2%	10	1,8%
Casinospiele (großes Spiel in der Spielbank, mit Ausnahme von Poker)	3	0,6%	1	1,7%	4	0,8%
Poker	7	1,5%	0	0,0%	7	1,3%
Sportwetten	16	3,4%	0	0,0%	16	3,0%
Andere Glücksspielform	7	1,5%	0	0,0%	7	1,3%
<b>Gesamtzahl der betrachteten Datensätze</b>	<b>471</b>	<b>100,0%</b>	<b>58</b>	<b>100,0%</b>	<b>529*</b>	<b>100,0%</b>
Keine Angabe	491	51,0%	78	57,4%	569	51,8%

\* Diese Daten wurden im Bereich Psychosomatik (N=364) nicht durchgängig erhoben.

Opiode (F11)“ mit 0,2% aller Patienten (0,2% vs. 0,0%), Störungen durch Cannabinoide (F12)“ mit 7,8% (8,6% vs. 2,2%), „Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F13)“ mit 0,2% (0,2% vs. 0,0%), „Störungen durch Kokain (F14)“ mit 2,7%

(3,0% vs. 0,7%), „Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein (F15)“ mit 2,9% (3,0% vs. 2,2%), „Störungen durch Halluzinogene (F16)“ mit 0,1% (0,1% vs. 0,0%), „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum

*Tabelle 24: Verteilung weiterer Suchtdiagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)*

Weitere Suchtdiagnosen	ICD-10	Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Störungen durch Alkohol	F10	177	18,4%	17	12,5%	194	17,7%
Störungen durch Opiode	F11	2	0,2%	0	0,0%	2	0,2%
Störungen durch Cannabinoide	F12	83	8,6%	3	2,2%	86	7,8%
Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	F13	2	0,2%	0	0,0%	2	0,2%
Störungen durch Kokain	F14	29	3,0%	1	0,7%	30	2,7%
Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein	F15	29	3,0%	3	2,2%	32	2,9%
Störungen durch Halluzinogene	F16	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	F19	41	4,3%	3	2,2%	44	4,0%
Essstörungen	F50	17	1,8%	5	3,7%	22	2,0%
Missbrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen	F55	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Gesamtzahl der betrachteten Datensätze</b>		<b>962</b>	<b>100,0%</b>	<b>136</b>	<b>100,0%</b>	<b>1098</b>	<b>100,0%</b>
<b>Durchschnittliche Anzahl weiterer Suchtdiagnosen pro Patient</b>		<b>0,5</b>		<b>0,2</b>		<b>0,4</b>	
Störungen durch Tabak	F17	445	46,1%	65	47,8%	510	46,5%

Tabelle 25: Verteilung der weiteren psychischen Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)

Weitere psychische Diagnosen		Männer		Frauen		Gesamt	
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F0	3	0,3%	0	0,0%	3	0,3%
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	F2	25	2,6%	3	2,2%	28	2,6 %
Affektive Störungen	F3	329	34,2%	63	46,3%	392	35,7%
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	102	10,6%	33	24,3%	135	12,3%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	F5	20	2,1%	5	3,7%	25	2,3%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	126	13,1%	24	17,7%	150	13,7%
Intelligenzminderung	F7	2	0,2%	0	0,0%	2	0,2%
Entwicklungsstörungen	F8	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	23	2,4%	3	2,2%	26	2,4%
<b>Gesamtzahl der betrachteten Datensätze</b>	<b>-</b>	<b>962</b>	<b>100,0%</b>	<b>136</b>	<b>100,0%</b>	<b>1098</b>	<b>100,0%</b>
<b>Durchschnittliche Anzahl weiterer psychischer Diagnosen pro Patient</b>		<b>0,7</b>		<b>1,0</b>		<b>0,7</b>	

Tabelle 26: Verteilung der somatischen Diagnosen nach ICD-10 (Mehrfachnennungen sind möglich)

Somatische Diagnosen	ICD-10	Männer		Frauen		Gesamt	
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00 - B99	16	1,7%	0	0,0%	16	1,5%
Neubildungen	C00 - D48	9	0,9%	2	1,5%	11	1,0%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50 - D89	5	0,5%	3	2,2%	8	0,7%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00 - E90	276	28,7%	51	37,5%	327	29,8%
Krankheiten des Nervensystems	G00 - G99	44	4,6%	8	5,9%	52	4,7%
Krankheiten des Auges, der Augenhilfsorgane, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00 - H95	2	0,2%	6	4,4%	26	2,4%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00 - I99	110	11,4%	18	13,2%	128	11,7%
Krankheiten des Atmungssystems	J00 - J99	48	5,0%	11	8,1%	59	5,4%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00 - K93	49	5,1%	6	4,4%	55	5,0%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00 - L99	25	2,6%	3	2,2%	28	2,6%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00 - M99	220	22,9%	44	32,4%	264	24,0%
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00 - N99	14	1,5%	2	1,5%	16	1,5%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andernorts klassifiziert sind	R00 - R99	17	1,8%	4	2,9%	21	1,9%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00 - T98	48	5,0%	0	0,0%	48	4,4%
sonstige somatische Diagnosen		24	2,5%	4	2,9%	28	2,6%
<b>Gesamtzahl der betrachteten Datensätze</b>		<b>962</b>	<b>100,0%</b>	<b>136</b>	<b>100,0%</b>	<b>1098</b>	<b>100,0%</b>
<b>Durchschnittliche Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient</b>		<b>0,9</b>		<b>1,2</b>		<b>1,0</b>	

sonstiger psychotroper Substanzen (F19)“ mit 4,0% (4,3% vs. 2,2%). Bei 46,5% aller Patienten (46,1% vs. 47,8%) wurde als Nebendiagnose „Störungen durch Tabak (F17)“ kodiert.

Der Deutsche Kerndatensatz bietet neben der Erfassung suchtmittelbezogener Diagnosen auch die Möglichkeit, weitere psychische, neurologische und andere wichtige Diagnosen zu kodieren. In den beiden folgenden Tabellen 14 und 15 ist die Verteilung der weiteren psychischen und somatischen Diagnosen dargestellt.

Die Kategorienbildung in Tabelle 14 orientiert sich an der ICD-10-Klassifikation des Kapitels V (F). Bei den **weiteren psychischen Diagnosen** überwiegen „Affektive Störungen“ mit 35,7% (34,2% bei Männern vs. 46,3% bei Frauen). Zudem wurden „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“ mit 12,3% (10,6% vs. 24,3%) und „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ 13,7% (13,1% vs. 17,7%) diagnostiziert.

Durchschnittlich wurden pro Patient 0,7 (0,7 vs. 1,0) weitere psychische Diagnosen kodiert.

Die Verteilung der **somatischen Diagnosen** nach ICD-10 in Abhängigkeit vom Geschlecht der Patienten ist in Tabelle 26 dargestellt. Analog zu den weiteren psychischen Diagnosen in Tabelle 11 wurden die somatischen Diagnosen ebenfalls 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 29,8% (28,7% bei Männern vs. 37,5% bei Frauen),
- **Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes** mit 24,0% (22,9% bei Männern vs. 32,4% bei Frauen),
- **Krankheiten des Kreislaufsystems** mit 11,7% (11,4% vs. 13,2%),
- **Krankheiten des Atmungssystems** mit 5,4% (5,0% vs. 8,1%).
- **Krankheiten des Verdauungssystems** mit 5,0% (5,1% vs. 4,4%),

Durchschnittlich wurden pro Patient 1,0 (0,9 vs. 1,2) somatische Diagnosen gestellt.

Tabelle 27 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.

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 20,6% der Patienten betrug die Abhängigkeitsdauer weniger als ein Jahr, 23,9% der Patienten waren ein bis fünf Jahre abhängig. Eine Abhängigkeitsdauer von sechs bis zehn Jahren wurde bei 23,3%, von elf bis fünfzehn Jahren bei 11,0%, von sechzehn bis zwanzig Jahren bei 8,2% und von über zwanzig Jahren bei 13,0 % der Patienten angegeben.

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug 9,5 Jahre (± 10,1 Jahre). Frauen haben eine durchschnittliche Abhängig-

Tabelle 27: Dauer der Abhängigkeit in Jahren

Abhängigkeitsdauer	Männer		Frauen		Gesamt	
unter einem Jahr	145	20,2%	27	23,5%	172	20,6%
ein bis fünf Jahre	157	21,9%	42	36,5%	199	23,9%
sechs bis zehn Jahre	167	23,3%	27	23,5%	194	23,3%
elf bis fünfzehn Jahre	88	12,3%	4	3,5%	92	11,0%
sechzehn bis zwanzig Jahre	62	8,6%	6	5,2%	68	8,2%
mehr als zwanzig Jahre	99	13,8%	9	7,8%	108	13,0%
<b>Zusammen</b>	<b>718</b>	<b>100,0%</b>	<b>115</b>	<b>100,0%</b>	<b>833</b>	<b>100,0%</b>
<b>Mittelwert ± Standardabweichung</b>	<b>10,0 ± 10,3 Jahre</b>		<b>6,9 ± 8,1 Jahre</b>		<b>9,5 ± 10,1 Jahre</b>	

Tabelle 28: Dauer der Abhängigkeit in Jahren – Sucht

Abhängigkeitsdauer	Männer		Frauen		Gesamt	
unter einem Jahr	13	3,1%	1	1,8%	14	2,9%
ein bis fünf Jahre	101	23,8%	25	44,6%	126	26,2%
sechs bis zehn Jahre	107	25,2%	17	30,4%	124	25,8%
elf bis fünfzehn Jahre	73	17,2%	2	3,6%	75	15,6%
sechzehn bis zwanzig Jahre	50	11,8%	4	7,1%	54	11,2%
mehr als zwanzig Jahre	81	19,1%	7	12,5%	88	18,3%
<b>Zusammen</b>	<b>425</b>	<b>100,0%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	<b>481</b>	<b>100,0%</b>
<b>Mittelwert ± Standardabweichung</b>	<b>13,8 ± 10,6 Jahre</b>		<b>9,6 ± 8,9 Jahre</b>		<b>12,7 ± 10,5 Jahre</b>	

Tabelle 29: Dauer der Abhängigkeit in Jahren – Psychosomatik

Abhängigkeitsdauer	Männer		Frauen		Gesamt	
unter einem Jahr	132	45,1%	26	44,1%	158	44,9%
ein bis fünf Jahre	56	19,1%	17	28,8%	73	20,7%
sechs bis zehn Jahre	60	20,5%	10	16,9%	70	19,9%
elf bis fünfzehn Jahre	15	5,1%	21	3,4%	17	4,8%
sechzehn bis zwanzig Jahre	12	4,1%	2	3,4%	14	5,7%
mehr als zwanzig Jahre	18	6,1%	2	3,4%	20	5,7%
<b>Zusammen</b>	<b>293</b>	<b>100,0%</b>	<b>59</b>	<b>100,0%</b>	<b>352</b>	<b>100,0%</b>
<b>Mittelwert ± Standardabweichung</b>	<b>5,4 ± 7,8 Jahre</b>		<b>4,3 ± 6,2 Jahre</b>		<b>5,2 ± 7,5 Jahre</b>	

keitsdauer von 6,9 Jahren ( $\pm$  8,1 Jahre), Männer hingegen eine deutlich höhere durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 10,0 Jahren ( $\pm$  10,3 Jahre).

Tabelle 28 gibt Auskunft über die „Dauer der Abhängigkeit“ der Patienten, die in einem suchttherapeutischen Setting behandelt wurden. Bei 2,9% der Patienten betrug die Abhängigkeitsdauer weniger als ein Jahr, 26,2% der Patienten waren ein bis fünf Jahre abhängig. Eine Abhängigkeitsdauer von sechs bis zehn Jahren wurde bei 25,8%, von elf bis fünfzehn Jahren bei 15,6%, von sechzehn bis zwanzig Jahren bei 11,2% und von über zwanzig Jahren bei 18,3 % der Patienten angegeben.

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug 12,7 Jahre ( $\pm$  10,5 Jahre). Frauen haben eine durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 9,6 Jahren ( $\pm$  8,9 Jahre), Männer hingegen eine höhere durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 13,8 Jahren ( $\pm$  10,6 Jahre).

In Tabelle 29 wird die „Dauer der Abhängigkeit“ der Patienten, die in einem psychosomatischen Setting behandelt wurden, wiedergegeben. Bei 44,9% der Patienten betrug die Abhängigkeitsdauer weniger als ein Jahr, 20,7% der Patienten waren ein bis fünf Jahre abhängig. Eine Abhängigkeitsdauer von sechs bis zehn Jahren wurde bei 19,9%, von elf bis fünfzehn Jahren bei 4,8%, von sechzehn bis zwanzig Jahren bei 5,7% und von über zwanzig Jahren bei ebenfalls 5,7 % der Patienten angegeben.

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug hier 5,2 Jahre ( $\pm$  7,5 Jahre). Frauen haben eine durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 4,3 Jahren ( $\pm$  6,2 Jahre), Männer hingegen eine leicht höhere durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 5,4 Jahren ( $\pm$  7,8 Jahre). Bei den Patienten, die in einem psychosomatischen Setting behandelt wurden, ist somit insgesamt eine deutlich kürzere Abhängigkeitsdauer dokumentiert, als bei denen, die in einem suchttherapeutischen Setting behandelt wurden.

Zur Beschreibung der stationären Vorbehandlungen werden die **Entzugsbehandlungen** (Tabelle 30), die **qualifizierten Entzugsbehandlungen** (Tabelle 31) und die **stationären Entwöhnungsbehandlungen** (Tabelle 32) der Patienten aus Suchtkliniken (n = 734) wiedergegeben. Für Patienten, die im Bereich Psychosomatik (n = 364) behandelt wurden, werden diese Angaben nicht erhoben.

Tabelle 30: Anzahl der Entzugsbehandlungen

Anzahl der Entzugsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Entzugsbehandlung	505	86,8%	57	85,1%	562	86,6%
eine Entzugsbehandlung	37	6,4%	4	6,0%	41	6,3%
zwei Entzugsbehandlungen	10	1,7%	3	4,5%	13	2,0%
drei Entzugsbehandlungen	9	1,5%	1	1,5%	10	1,5%
vier Entzugsbehandlungen	7	1,2%	1	1,5%	8	1,2%
fünf bis zehn Entzugsbehandlungen	4	0,7%	0	0,0%	4	0,7%
mehr als zehn Entzugsbehandlungen	9	1,5%	1	1,5%	10	1,5%
<b>Zusammen</b>	<b>582</b>	<b>100,0%</b>	<b>67</b>	<b>100,0%</b>	<b>649*</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	77	11,7%	5	10,7%	6	11,7%

\* Diese Daten wurden im Bereich Psychosomatik (N=364) nicht erhoben.

Tabelle 31: Anzahl der qualifizierten Entzugsbehandlungen

Anzahl der Entzugsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Entzugsbehandlung	564	96,9%	66	98,5%	630	97,1%
eine Entzugsbehandlung	14	2,4%	0	0,0%	14	2,2%
zwei Entzugsbehandlungen	3	0,5%	1	1,5%	4	0,6%
drei Entzugsbehandlungen	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
vier Entzugsbehandlungen	1	0,2%	0	0,0%	1	0,2%
fünf bis zehn Entzugsbehandlungen	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
mehr als zehn Entzugsbehandlungen	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Zusammen</b>	<b>582</b>	<b>100,0%</b>	<b>67</b>	<b>100,0%</b>	<b>649*</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	77	11,7%	5	10,7%	6	11,7%

\* Diese Daten wurden im Bereich Psychosomatik (n = 364) nicht erhoben.

Tabelle 32: Anzahl der stationären Entwöhnungsbehandlungen

Anzahl der bisher durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Entwöhnungsbehandlung	252	71,2%	31	79,5%	283	72,0%
eine stationäre Entwöhnungsbehandlung	66	18,6%	6	15,4%	72	18,3%
zwei stationäre Entwöhnungsbehandlungen	31	8,8%	3	5,1%	33	8,4%
drei oder mehr stationäre Entwöhnungsbehandlungen	5	1,4%	0	0,0%	5	1,4%
<b>Zusammen</b>	<b>354</b>	<b>100,0%</b>	<b>39</b>	<b>100,0%</b>	<b>393</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	305	46,3%	36	48,0%	341	46,6%
eine oder mehr ambulante oder teilstationäre Entwöhnungsbehandlungen	18	5,1%	3	7,7%	21	5,3%
eine oder mehr Adaptionsbehandlungen	7	2,0%	0	0,0%	7	1,9%
Selbsthilfegruppen besucht	33	9,2%	4	10,3%	37	9,4%

Bezüglich der Anzahl der bisherigen **Entzugsbehandlungen** lagen für 11,7% der Patienten keine Daten vor. 86,6% der Patienten (m/w: 86,8% vs. 85,1%) hatten sich bisher keiner Entzugsbehandlung unterzogen. Weitere 6,3% der Patienten (m/w: 6,4% vs. 6,0%) absolvierten zuvor eine, 2,0% (m/w: 1,7% vs. 4,5%) zwei, 1,5% (m/w: 1,5% vs. 1,5%) drei, 1,2% (m/w: 1,2% vs. 1,5%) vier, und 0,7% (m/w: 0,7% vs. 0,0%) fünf bis zehn Entzugsbehandlungen. Mehr als zehn Entzüge wurden von 1,5% der Patienten durchgeführt.

Bezüglich der Anzahl der bisherigen **qualifizierten Entzugsbehandlungen** lagen gleichfalls für 11,7% der Patienten keine Daten vor. 97,1% der Patienten (m/w: 96,9% vs. 98,5%) hatten sich bisher keiner qualifizierten Entzugsbehandlung unterzogen. Weitere 2,2% der Patienten (m/w: 2,4% vs. 0,0%) absolvierten eine, 0,6% (m/w: 0,5% vs. 1,5%) zwei, 0,0% (m/w: 0,0% vs. 0,0%) drei, 0,2% (m/w: 0,2% vs. 0,0%) vier qualifizierte Entzugsbehandlungen. Mehr als vier qualifizierten Entzugsbehandlungen absolvierte kein Patient.

72,0% der Patienten (71,2% Männer vs. 79,5% Frauen) beendeten im Jahr 2017 ihre erste **stationäre Entwöhnungsbehandlung** (Tabelle 32). Bereits eine vorherige Entwöhnungsbehandlung hatten 18,3% der Patienten (18,6% vs. 15,4%) absolviert, zwei Entwöhnungsbehandlungen in der Vorgeschichte wiesen 8,4% (8,8% vs. 5,1%) auf, drei oder mehr Entwöhnungsbehandlungen 1,4% (1,4% vs. 0,0%). Für 46,6% (46,3% vs. 48,0%) aller Patienten fehlen Angaben über die bisher durchgeführten stationären Entwöhnungsbehandlungen. Unabhängig von der Anzahl der stationären Entwöhnungsbehandlungen wurde ebenfalls die Anzahl der durchgeführten ambulanten oder teilstationären Entwöhnungsbehandlungen erfragt. Eine oder mehr ambulante oder teilstationäre Entwöhnungsbehandlungen wurden von 5,3% (5,1% vs. 7,7%) der Patienten absolviert. Eine oder mehr Adaptionsbehandlungen wurden von 1,9% (2,0% vs. 0,0%) der Patienten absolviert.

In Tabelle 33 wird die Gesamtzahl bisheriger suchtspezifischer Vorbehandlungen der Patienten wiedergegeben. 74,2% gaben an, bisher an keiner suchtspezifischen Behandlung teilgenommen zu haben. Bereits eine suchtspezifischer Vorbehandlungen hatten 11,2% der Patienten (10,3% vs.

Tabelle 33: Anzahl der suchtspezifischen Vorbehandlungen insgesamt

Anzahl der suchtspezifischen Vorbehandlungen insgesamt	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine Vorbehandlung	452	74,2%	51	73,9%	503	74,2%
Eine Vorbehandlung	69	10,3%	7	10,1%	76	11,2%
Zwei Vorbehandlungen	37	6,1%	5	7,2%	42	6,2%
Drei Vorbehandlungen	16	2,6%	3	4,3%	19	2,8%
Vier Vorbehandlungen	10	1,6%	2	2,9%	12	1,8%
fünf bis zehn Vorbehandlungen	15	2,5%	0	0,0%	15	2,2%
mehr als zehn Vorbehandlungen	9	1,5%	0	0,0%	9	1,3%
<b>Zusammen</b>	<b>609</b>	<b>100,0%</b>	<b>69</b>	<b>100,0%</b>	<b>678*</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	50	7,6%	6	8,0%	56	7,6%

\* Diese Daten wurden im Bereich Psychosomatik (n = 364) nicht erhoben.

10,1%) absolviert, zwei Vorbehandlungen wiesen 6,2% (6,1% vs. 7,2%) auf, drei Vorbehandlungen hatten 2,8% (2,6% vs. 4,3%). Vier Vorbehandlungen gaben 1,8% (1,6% vs. 2,9%) der Patienten an. Fünf bis zehn Vorbehandlungen wiesen 2,2% (2,5% vs. 0,0%) auf, mehr als zehn Vorbehandlungen hatten 1,3% (1,5% vs. 0,0%). Für 7,6% der Patienten fehlen Angaben über die bisher durchgeführten suchtspezifischen Vorbehandlungen.

## 2.6. Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende

Einen ersten wichtigen Hinweis auf den Erfolg einer Entwöhnungsbehandlung gibt die **Art der Behandlungsbeendigung**. In Tabelle 34 sind die Entlassungsformen nach dem Kodierschema des Deutschen Kerndatensatzes angegeben.

Die Kodierungen zur Entlassungsform ergeben eine Quote von 66,8% regulärer

Tabelle 34: Art der Beendigung, alle Patienten

Art der Beendigung	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
regulär nach Beratung/ Behandlungsplan	637	66,2%	97	71,3%	734	66,8%
vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung	50	5,2%	7	5,1%	57	5,2%
vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis	69	7,2%	9	6,6%	78	7,1%
vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch Klienten	85	8,8%	10	7,4%	96	8,7%
disziplinarisch	19	2,0%	0	0,0%	19	1,7%
außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	10	1,0%	2	1,5%	12	1,1%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	92	9,6%	11	8,1%	103	9,4%
verstorben	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
<b>Zusammen</b>	<b>962</b>	<b>100,0%</b>	<b>136</b>	<b>100,0%</b>	<b>1098</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>planmäßige Entlassungen</b>	<b>848</b>	<b>88,1%</b>	<b>124</b>	<b>91,2%</b>	<b>972</b>	<b>88,5%</b>

Tabelle 35: Art der Beendigung, Suchtbehandlung

Art der Beendigung	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
regulär nach Beratung/ Behandlungsplan	403	59,2%	42	56,0%	445	58,6%
vorzeitig auf ärztliche/ therapeutische Veranlassung	44	6,5%	4	5,3%	48	6,3%
vorzeitig mit ärztlichem/ therapeutischem Einverständnis	42	6,2%	8	10,7%	50	6,6%
vorzeitig ohne ärztliches/ therapeutisches Einver- ständnis/Abbruch durch Klienten	66	9,7%	8	10,7%	74	9,8%
disziplinarisch	10	1,5%	0	0,0%	10	1,3%
außerplanmäßige Verlegung/außerplan- mäßiger Wechsel in andere Einrichtung	9	1,3%	2	2,7%	11	1,5%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	107	15,7%	14	14,7%	121	15,9%
verstorben	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Zusammen</b>	<b>681</b>	<b>100,0%</b>	<b>78</b>	<b>100,0%</b>	<b>759</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>planmäßige Entlassungen</b>	596	90,4%	68	90,7%	664	90,5%

Tabelle 36: Art der Beendigung, Psychosomatikbehandlung

Art der Beendigung	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
regulär nach Beratung/ Behandlungsplan	234	77,2%	55	90,2%	289	79,4%
vorzeitig auf ärztliche/ therapeutische Veranlassung	6	2,0%	3	4,9%	9	2,5%
vorzeitig mit ärztlichem/ therapeutischem Einverständnis	27	8,9%	1	1,6%	28	7,7%
vorzeitig ohne ärztliches/ therapeutisches Einver- ständnis/Abbruch durch Klienten	19	6,3%	2	3,3%	21	5,8%
disziplinarisch	9	3,0%	0	0,0%	9	2,5%
außerplanmäßige Verlegung/außerplan- mäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	7	2,3%	0	0,0%	7	1,9%
verstorben	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Zusammen</b>	<b>303</b>	<b>100,0%</b>	<b>61</b>	<b>100,0%</b>	<b>364</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>planmäßige Entlassungen</b>	274	90,4%	59	96,7%	333	91,5%

Entlassungen, wobei Frauen mit 71,3% eine moderat höhere Quote regulärer Entlassungen aufweisen als Männer mit 66,2%. Weitere Entlassungsformen sind:

„vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung“ bzw. „vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis“ mit 5,2% bzw. 7,1% aller Patienten (5,2%

vs. 5,1% bzw. 7,2% vs. 6,6%), „vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis“ mit 8,7% (8,8% vs. 7,4%), „disziplinarisch“ mit 1,7 (2,0% vs. 0,0%), außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung“ mit 1,1% (1,0% vs. 1,1%), „planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform“ mit 9,4% (9,6% vs. 8,1%) und „verstorben“ mit keinem Patienten.

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 Entlassform „planmäßige Entlassung“. Aus Tabelle 34 berechnet sich mit dieser Definition eine Quote von 88,5% (= 972 Patienten) planmäßiger Entlassungen. Frauen werden hierbei etwas häufiger planmäßig entlassen als Männer (91,2% bei Frauen vs. 88,1% bei Männern).

Der Vergleich der Patienten aus der Suchtbehandlung (S) mit denen aus der Psychosomatikbehandlung (P) (Tabellen 35 und 36) weist einen deutlichen Unterschied der Quote regulärer Entlassungen aus von 58,6% (S) vs. 79,4% (P). Bei den weiteren Entlassungsformen zeigen sich zum Teil ebenfalls erkennbare Unterschiede: „vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung“ 6,3% (S) vs. 2,5% (P), „vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis“ 6,6% (S) vs. 7,7% (P), „vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis“ 9,8% (S) vs. 7,7% (P), „disziplinarisch“ 1,3% (S) vs. 2,5% (P), außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung“ 1,5% (S) vs. 0,3% (P), „planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform“ 15,9% (S) vs. 1,9% (P) und „verstorben“ mit 0,0% (S) zu 0,0% (P). Die Entlassungsform „planmäßige Entlassung“ wurde etwas häufiger bei Patienten in Psychosomatikbehandlung (91,5%) als bei denen in Suchtbehandlung (90,5%) realisiert.

Die Angaben zur **Behandlungsdauer** der Patienten sind Tabelle 37 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 9,2% aller Patienten, eine Behandlungsdauer bis 42 Tage (6 Wochen) wiesen 15,8%, eine Therapie-dauer bis 56 Tage (8 Wochen) 20,0% und eine Therapiedauer bis 84 Tage (12 Wochen) 28,8% auf. 19,9% aller Patienten verweilten bis 112 Tage (16 Wochen), weitere 5,2% wurden bis zu 140 Tage (20 Wochen) und 1,0% bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate) behandelt. Über 6 Monate blieb ein Patient (0,1%) in einer Fachklinik.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller Patienten betrug 66,8 Tage ( $\pm 31,2$  Tage). Weibliche Patienten haben eine geringfügig kürzere durchschnittliche Behandlungsdauer als ihre männlichen Mitpatienten (durchschnittliche Behandlungsdauer von Frauen: 63,3 Tage ( $\pm 26,4$  Tage) vs. durchschnittliche Behandlungsdauer von Männern: 67,3 Tage ( $\pm 31,8$  Tage)).

Der Vergleich der Patienten aus der Suchtbehandlung mit denen aus der Psychosomatikbehandlung weist erwartbar deutliche Unterschiede in der durchschnittlichen Behandlungsdauer aus: 72,9 Tage ( $\pm 32,8$  Tage) zu 54,5 Tage ( $\pm 23,2$  Tage). Weibliche Patienten haben in der Psychosomatikbehandlung eine geringfügig längere durchschnittliche Behandlungsdauer als ihre männlichen Mitpatienten 56,5  $\pm$  17,5 Tage vs. 54,1  $\pm$  24,2Tage. In der Suchtbehandlung haben weibliche Patienten eine erkennbar kürzere durchschnittliche Behandlungsdauer 68,8  $\pm$  31,0 Tage vs. 73,3  $\pm$  33,0 Tage bei den männlichen Patienten.

In Tabelle 40 ist die **Arbeitsfähigkeit der Patienten bei Behandlungsende** dargestellt

Am Behandlungsende wurden 74,0% (75,8% Männer vs. 61,7% Frauen) arbeitsfähig entlassen und 20,0% (18,8% vs. 28,6%) als arbeitsunfähig. Bei 4,6% der Patienten (4,3% vs. 6,8%) war eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht erforderlich und bei weiteren 0,3% (0,0% vs. 2,3%) wurde die Kategorie Hausfrau/Hausmann kodiert. Die Kodierung „Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben“ wurde bei 1,1% der Patienten (1,2% vs. 0,8%) verwendet; bei 2,6% der Patienten war keine Angabe zur Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende kodiert.

Tabelle 41 gibt eine Übersicht über die **Leistungsfähigkeit der Patienten beim Behandlungsende** bezogen auf die Leis-

Tabelle 37: Behandlungsdauer – alle Patienten

Behandlungsdauer	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 28 Tage (4 Wochen)	93	9,7%	8	5,9%	101	9,2%
bis 42 Tage (6 Wochen)	152	15,8%	21	15,4%	173	15,8%
bis 56 Tage (8 Wochen)	182	19,8%	38	27,9%	220	20,0%
bis 84 Tage (12 Wochen)	270	28,1%	46	33,8%	316	28,8%
bis 112 Tage (16 Wochen)	200	20,8%	19	14,0%	219	19,9%
bis 140 Tage (20 Wochen)	54	5,5%	3	2,2%	57	5,2%
bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate)	10	1,0%	1	0,7%	11	1,0 %
über 6 Monate	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
<b>Zusammen</b>	<b>962</b>	<b>100,0%</b>	<b>136</b>	<b>100,0%</b>	<b>1098</b>	<b>100,0%</b>
<b>Behandlungsdauer, alle Patienten</b>	<b>67,3 <math>\pm</math> 31,8Tage</b>		<b>63,3 <math>\pm</math> 26,4 Tage</b>		<b>66,8 <math>\pm</math> 31,2 Tage</b>	

Tabelle 38: Behandlungsdauer – Suchtbehandlung

Behandlungsdauer	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 28 Tage (4 Wochen)	60	9,1%	5	6,7%	65	8,9%
bis 42 Tage (6 Wochen)	72	10,9%	9	12,0%	81	11,0%
bis 56 Tage (8 Wochen)	104	15,8%	17	22,7%	121	16,5%
bis 84 Tage (12 Wochen)	183	27,8%	22	29,3%	205	27,9%
bis 112 Tage (16 Wochen)	177	26,9%	18	24,0%	195	26,6%
bis 140 Tage (20 Wochen)	53	8,0%	3	4,0%	56	7,6%
bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate)	9	1,4%	1	1,3%	10	1,4 %
über 6 Monate	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%
<b>Zusammen</b>	<b>659</b>	<b>100,0%</b>	<b>75</b>	<b>100,0%</b>	<b>734</b>	<b>100,0%</b>
<b>Behandlungsdauer, Suchtbehandlung</b>	<b>73,3 <math>\pm</math> 33,0Tage</b>		<b>68,8 <math>\pm</math> 31,0 Tage</b>		<b>72,9 <math>\pm</math> 32,8 Tage</b>	

Tabelle 39: Behandlungsdauer – Psychosomatikbehandlung

Behandlungsdauer	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 28 Tage (4 Wochen)	33	10,9%	3	4,9%	36	9,9%
bis 42 Tage (6 Wochen)	80	26,4%	12	19,7%	92	25,3%
bis 56 Tage (8 Wochen)	78	25,7%	21	34,4%	99	27,2%
bis 84 Tage (12 Wochen)	87	28,7%	24	39,3%	111	30,5%
bis 112 Tage (16 Wochen)	23	7,6%	1	1,6%	24	6,6%
bis 140 Tage (20 Wochen)	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate)	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
über 6 Monate	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Zusammen</b>	<b>303</b>	<b>100,0%</b>	<b>61</b>	<b>100,0%</b>	<b>364</b>	<b>100,0%</b>
<b>Behandlungsdauer, Psychosomatikbehandlung</b>	<b>54,1 <math>\pm</math> 24,2Tage</b>		<b>56,5 <math>\pm</math> 17,5 Tage</b>		<b>54,5 <math>\pm</math> 23,2 Tage</b>	

tungsfähigkeit im letzten Beruf bzw. die allgemeine Leistungsfähigkeit.

Bezogen auf die **Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende**

wurden 78,4% (80,4% Männer vs. 64,7% Frauen) mit einer Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und mehr“ entlassen. Weitere 0,8% (0,8% vs. 0,8%) hatten eine Leis-

Tabelle 40: Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende

Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
arbeitsfähig	707	75,8%	82	61,7%	789	74,0%
arbeitsunfähig	175	18,8%	38	28,6%	213	20,0%
Hausfrau / Hausmann	0	0,0%	3	2,3%	3	0,3%
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben	11	1,2%	1	0,8%	12	1,1%
Beurteilung nicht erforderlich (Altersrentner)	40	4,3%	9	6,8%	49	4,6%
<b>Zusammen</b>	<b>933</b>	<b>100,0%</b>	<b>133</b>	<b>100,0%</b>	<b>1066</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	27	2,8%	2	1,5%	29	2,6%

Tabelle 41: Leistungsfähigkeit bei Behandlungsende

Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
6 Stunden und mehr	643	80,4%	77	64,7%	720	78,4%
3 bis unter 6 Stunden	6	0,8%	1	0,8%	7	0,8%
unter 3 Stunden	126	15,8%	37	31,1%	163	17,7%
keine Angabe erforderlich	25	3,1%	4	3,4%	29	3,2%
<b>Zusammen</b>	<b>800</b>	<b>100,0%</b>	<b>119</b>	<b>100,0%</b>	<b>919</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	162	16,8%	17	12,5%	179	16,3%

Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
6 Stunden und mehr	730	89,6%	97	80,2%	827	88,4%
3 bis unter 6 Stunden	7	0,9%	4	3,3%	11	1,2%
unter 3 Stunden	54	6,6%	16	13,2%	70	7,5%
keine Angabe erforderlich	24	3,0%	4	3,3%	28	3,0%
<b>Zusammen</b>	<b>815</b>	<b>100,0%</b>	<b>121</b>	<b>100,0%</b>	<b>936</b>	<b>100,0%</b>
keine Daten	147	15,3%	15	11,0%	162	14,8%

tungsfähigkeit von „3 bis 6 Stunden“ und 17,7% (15,8% vs. 31,1%) „unter 3 Stunden“. Bei 3,2% der Patienten (3,1% vs. 3,4%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 16,3% der Patienten fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Die Betrachtung der **Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende** zeigt ein noch besseres Ergebnis mit einem Anteil von 88,4% (89,6% Männer vs. 80,2% Frauen) in der Kategorie Leistungsfähigkeit von „6 Stunden und

mehr“. Weitere 1,2% (0,9% vs. 3,3%) hatten eine Leistungsfähigkeit von „3 bis 6 Stunden“ und 7,5% (6,6% vs. 13,2%) „unter 3 Stunden“. Bei 3,0% der Patienten (3,0% vs. 3,3%) war keine Angabe zur Leistungsfähigkeit erforderlich und bei 14,8% der Patienten fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Im Folgenden werden die berufliche Integration und die Arbeitsfähigkeit bezüglich der zwei Messzeitpunkte Beginn und Ende der Betreuung zueinander in Beziehung gesetzt. Die Angaben stammen überwiegend aus Suchteinrichtungen, im Bereich Psychosomatik wurden diese Daten in den meisten Kliniken nicht zu zwei Messzeitpunkten erhoben. Zur einfacheren Darstellung bleibt jeweils die Kategorie „keine Daten“ in den betrachteten Variablen unberücksichtigt.

In Tabelle 43 werden die **Angaben zur beruflichen Integration der Patienten zu Beginn und zum Ende der Betreuung** miteinander verglichen.

Zum Ende der Betreuung hatten 45,4% der Patienten einen Arbeitsplatz, 42,4% waren arbeitslos, 11,6% waren nicht erwerbstätig und 0,6% befanden sich in beruflicher Rehabilitation. Von den 334 Patienten, bei denen zum Betreuungsbeginn in der Kategorie „Arbeitsplatz vorhanden“ kodiert wurde, hatten zum Ende der Betreuung noch 91,9% einen Arbeitsplatz, 3,9% waren arbeitslos, 0,9% nicht mehr erwerbstätig und für 0,6% wurde eine berufliche Rehabilitation kodiert. 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“ (285 Patienten) hatten zum Ende der Betreuung 0,7% wieder einen Arbeitsplatz, 98,6% waren weiterhin arbeitslos, 0,4% nicht mehr erwerbstätig und für 0,4% wurde eine berufliche Reha-

Tabelle 42: Berufliche Integration der Patienten zum Beginn und zum Ende der Betreuung (um Missing Data bereinigter Datensatz)

Berufliche Integration bei Behandlungsende	Berufliche Integration bei Betreuungsbeginn									
	Arbeitsplatz vorhanden		arbeitslos		nicht erwerbstätig		berufliche Rehabilitation		Gesamt	
Arbeitsplatz vorhanden	316	91,9%	2	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	318	45,4%
arbeitslos	13	3,9%	281	98,6%	3	3,7%	0	0,0%	297	42,4%
nicht erwerbstätig	3	0,9%	1	0,4%	77	95,1%	0	0,0%	81	11,6%
berufliche Rehabilitation	2	0,6%	1	0,4%	1	1,2%	0	100,0%	4	0,6%
<b>Zusammen</b>	<b>334</b>	<b>100,0%</b>	<b>285</b>	<b>100,0%</b>	<b>81</b>	<b>100,0%</b>	<b>0</b>	<b>100,0%</b>	<b>700</b>	<b>100,0%</b>

bilitation kodiert. Die Verbesserung der Arbeitsplatzsituation für einzelne Patienten zum Ende der Betreuung der bei zu Beginn der Betreuung arbeitslosen Patienten könnte Ergebnis der Bemühungen der Kliniken sein, durch Angebote zur beruflichen Reintegration der Patienten (wie z.B. mit Bewerbungstraining, Arbeitsplatzproben etc.) deren berufliche Situation zu verbessern.

Von den zum Betreuungsbeginn 81 nicht erwerbstätigen Patienten hatten 0,0% zum Behandlungsende einen Arbeitsplatz, 3,7% waren arbeitslos, für 1,2% wurde eine berufliche Rehabilitation kodiert und 95,1% waren weiterhin nicht erwerbstätig.

In die Kategorie „berufliche Rehabilitation“ fiel zu Behandlungsbeginn kein Patient.

Tabelle 43 vergleicht die **Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Patienten** für den Zeitpunkt kurz vor der Aufnahme bzw. zur Entlassung für die beiden Ausprägungen „arbeitsfähig“ und „arbeitsunfähig“. (Die Kategorien „Hausfrau/Hausmann“ und „Beurteilung nicht erforderlich“ werden in dieser Darstellung nicht berücksichtigt.)

Bei Behandlungsende waren 79,6% der Patienten arbeitsfähig und 20,4% arbeitsunfähig<sup>2</sup>. Von den 340 Patienten, die zum Betreuungsbeginn in der Kategorie „arbeitsunfähig“ kodiert wurden, waren zum Ende der Therapie 57,9% wieder arbeitsfähig und 42,1% weiterhin arbeitsunfähig. In der Kategorie „arbeitsfähig zu Betreuungsbeginn“ mit 609 Patienten, waren zum Ende der Betreuung 91,6% weiterhin arbeitsfähig und 8,4% arbeitsunfähig.

## 2.7. Psychische Komorbidität und Therapieverlauf

In den folgenden Tabellen 44 und 45 sind die Zusammenhänge zwischen psychischer Komorbidität und den Variablen „Art der Therapiebeendigung“ und „Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende“ dargestellt. Die Angaben beziehen sich auf die Gesamtheit der Patienten.

<sup>2</sup> Da sich die dargestellten Daten in Tabelle 43 nur auf die Ausprägungen „arbeitsfähig“ und „arbeitsunfähig“ beziehen und nur Datensätze ausgewertet wurden, bei denen Daten zu beiden Messzeitpunkten Betreuungsbeginn und Betreuungsende vorhanden waren, ergeben sich teilweise abweichende Werte im Vergleich zur Tabelle 40: Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende.

Tabelle 43: Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsbeginn und Behandlungsende

Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende	Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsbeginn					
	arbeitsfähig		arbeitsunfähig		Gesamt	
arbeitsfähig	558	91,6%	197	57,9%	755	79,6%
arbeitsunfähig	51	8,4%	143	42,1 %	194	20,4%
<b>Zusammen</b>	<b>609</b>	<b>100,0%</b>	<b>340</b>	<b>100,0%</b>	<b>949</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 44: Psychische Komorbidität: Art der Therapiebeendigung

Art der Therapiebeendigung	keine weitere F-Diagnose	mind. eine weitere F-Diagnose
	n = 282	n = 816
regulär nach Beratung/Behandlungsplan	76,2%	63,6%
vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung	2,1%	6,3 %
vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis	2,8%	8,6%
vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch Klienten	9,6%	8,3%
disziplinarisch	2,5%	1,5%
außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1,8%	0,9%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	5,0%	10,9%
verstorben	0,0%	0,0%
planmäßige Entlassung	86,1%	89,4%

Tabelle 45: Psychische Komorbidität: Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit bei Therapiebeendigung

Psychische Komorbidität	keine weitere F-Diagnose	mind. eine weitere F-Diagnose
<b>Arbeitsfähigkeit</b>	<b>n = 270</b>	<b>n = 799</b>
arbeitsfähig	80,0%	71,7%
arbeitsunfähig	15,2%	21,5%
Hausfrau/Hausmann	0,0%	0,4%
Beurteilung nicht erforderlich	3,2%	3,6%
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen	0,7%	1,3%
Unbekannt	0,0%	0,4%
Keine Angabe	4,3%	2,1%
<b>Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende</b>	<b>n = 246</b>	<b>n = 673</b>
6 Stunden und mehr	91,5%	73,6%
weniger als 6 Stunden	7,7%	21,4%
Beurteilung nicht erforderlich	5,8%	4,0%
Keine Angabe	12,8%	17,5%
<b>Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende</b>	<b>n = 247</b>	<b>n = 689</b>
6 Stunden und mehr	96,8%	85,3%
weniger als 6 Stunden	2,4%	9,3%
Beurteilung nicht erforderlich	0,9 %	3,8%
Keine Angabe	12,4%	15,6%

Tabelle 46: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2016 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Altersgruppen			
	bis unter 30 Jahre	30 bis unter 55 Jahre	55 Jahre und älter	Gesamt
<b>Geschlecht</b>	<b>n = 343</b>	<b>n = 631</b>	<b>n = 124</b>	<b>n = 1098</b>
männlich	94,2%	86,2%	76,6%	87,6%
weiblich	5,8%	13,8%	23,4%	12,4%
<b>Partnerbeziehung</b>	<b>n = 216</b>	<b>n = 411</b>	<b>n = 93</b>	<b>n = 720</b>
Partnerschaft besteht	40,3%	50,1%	41,9%	46,1%
Keine Partnerschaft	59,7%	49,9%	58,1%	53,9%
<b>Lebenssituation</b>	<b>n = 323</b>	<b>n = 437</b>	<b>n = 104</b>	<b>n = 1004</b>
alleinlebend	26,3%	45,3%	48,1%	33,2%
mit Partner	18,9%	34,8%	27,9%	24,1%
mit Kindern	4,3%	16,0%	3,9%	8,8%
mit Elternteil	21,4%	10,1%	4,8%	11,8%
mit sonstiger Bezugsperson	13,3%	11,9%	7,7%	10,3%
mit sonstiger Person	15,8%	14,0%	7,7%	12,0%
<b>Schulabschluss</b>	<b>n = 293</b>	<b>n = 561</b>	<b>n = 109</b>	<b>n = 963</b>
derzeit in Ausbildung	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%
ohne Schulabschluss	4,1%	7,0%	1,8%	5,5%
Haupt-/Volksschulabschluss	40,3%	46,9%	55,1%	45,8%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	41,3%	31,9%	28,4%	34,4%
(Fach-) Hochschulreife/Abitur	12,6%	12,3%	13,8%	12,6%
anderer Schulabschluss	1,4%	2,0%	0,9%	1,7%
<b>Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn</b>	<b>n = 330</b>	<b>n = 595</b>	<b>n = 119</b>	<b>n = 1044</b>
Arbeitsplatz vorhanden	52,4%	49,8%	35,3%	49,0%
arbeitslos	42,4%	38,7%	26,1%	38,4%
nicht erwerbstätig	2,1%	11,9%	38,7%	11,7%
in beruflicher Rehabilitation	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Tabelle 47: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2016 (Fortsetzung) (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Altersgruppen			
	bis unter 30 Jahre	30 bis unter 55 Jahre	55 Jahre und älter	Gesamt
<b>Vermittelt durch</b>	<b>n = 190</b>	<b>n = 396</b>	<b>n = 86</b>	<b>n = 672</b>
Keine / Selbstmelder	0,0%	1,5%	0,0%	0,8%
Soziales Umfeld	0,5%	0,5%	0,0%	0,5%
Selbsthilfe	11,6%	6,1%	8,1%	7,9%
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	2,6%	1,8%	0,0%	1,8%
ärztliche Praxis	0,5%	1,8%	2,3%	1,5%
psychotherapeutische Praxis	0,0%	0,5%	0,0%	0,3%
Allgemeines Krankenhaus	1,1%	2,3%	3,5%	2,1%

Patienten ohne psychische Komorbidität beenden die Therapie häufiger regulär als Patienten mit mindestens einer weiteren psychischen Diagnose (76,2% vs. 63,6%). Dahingegen beenden prozentual mehr Patienten mit einer psychischen Diagnose die Therapie planmäßig im Vergleich zu Patienten ohne psychische Komorbidität (89,4% vs. 86,1%). Die Entlassungsformen „vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung“, „vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis“ und „planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform“ sind erwartungsgemäß bei Patienten mit psychischer Komorbidität häufiger zu finden (vgl. Tab. 44).

Tabelle 45 stellt die **Arbeitsfähigkeit und die Leistungsfähigkeit bei Therapieende** im Zusammenhang mit der der **psychischen Komorbidität** dar.

Patienten ohne psychische Komorbidität werden mit 80,6% zu einem höheren Anteil arbeitsfähig entlassen als Patienten mit mindestens einer weiteren psychischen Diagnose, die zu 71,7% als arbeitsfähig entlassen werden.

Ebenso wie bei der Arbeitsfähigkeit bei Therapieende zeigen sich auch bei der Leistungsfähigkeit bei Therapieende in der Kategorie „6 Stunden und mehr“ sowohl bezogen auf den letzten Beruf als auch allgemein die höchsten Quoten mit 91,5% bzw. 96,8% bei Patienten ohne psychische Komorbidität. Patienten mit mindestens einer psychischen Diagnose mit 73,6% (Leistungsfähigkeit im letzten Beruf) und 85,3% (Leistungsfähigkeit allgemein) weisen erkennbar geringere Quoten in der Kategorie „6 Stunden und mehr“ auf.

## 2.8 Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017

In Tabelle 46 und 47 ist eine altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2017 des Fachverbandes Sucht e.V. unter Berücksichtigung der Behandlungsfälle aus den psychosomatischen Abteilungen der Mitgliedseinrichtungen dargestellt. Zur einfacheren Betrachtung sind dabei jeweils Item-bezogen die Datensätze um die unterschiedlichen „Missing Data“ bereinigt. Für die altersspezifische Betrachtung wurden die drei Altersgruppen „bis unter 30 Jahre“, „30 bis unter 55 Jahre“ und „55 Jahre und älter“ gebildet. In der folgenden Tabelle werden die Variablen der Basisdokumentation jeweils für die

drei Altersgruppen und für die Gesamtzahl angegeben.

- **Geschlecht:** Der relative Anteil männlicher Patienten nimmt mit zunehmenden Alter ab, mit 94,2% in der Altersgruppe bis unter 30 Jahren, über 86,2% in der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre auf 76,6% in der Altersgruppe der Patienten mit 55 Jahren und älter.
- **Partnerbeziehung:** 59,7% der unter 30-jährigen Patienten sind alleinstehend gegenüber 49,9% der 30- bis unter 55-Jährigen und 58,8% der Patienten mit einem Alter von 55 Jahren und älter.
- **Lebenssituation:** 26,3% der Patienten in der Altersgruppe bis unter 30 Jahre sind alleinlebend gegenüber 45,3% der 30- bis unter 55-Jährigen und 48,1% der Patienten mit einem Alter von 55 Jahren und älter. Mit Partner leben in der Altersgruppe bis unter 30 Jahre 18,9% gegenüber 34,8% der 30- bis unter 55-Jährigen und 27,9% der Patienten mit einem Alter von 55 Jahren und älter. Mit Kindern lebt in allen Altersgruppen nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Patienten (vgl. Tab. 46), wohingegen insbesondere in der Altersgruppe bis unter 30 Jahre ein erheblicher Anteil (21,4%) bei den Eltern lebt. Ebenfalls erheblich sind in dieser Altersgruppe die Anteile derjenigen, die mit „sonstiger Bezugsperson“ (13,3%) oder „mit sonstiger Person“ (15,8%) zusammenleben. Mit zunehmendem Alter nehmen diese Anteile ab (vgl. Tab. 46).
- **Schulabschluss:** 4,1% der Patienten in der Altersgruppe bis unter 30 Jahren sind ohne Schulabschluss. In den Altersgruppen 30 bis unter 55 Jahren und 55 Jahre und älter beträgt dieser Anteil 7,0% bzw. 1,8%. Die Fachhochschul- bzw. Hochschulreife haben 12,6% der Patienten in der Altersgruppe unter 30 Jahren gegenüber 12,3% in der Altersgruppe 30 bis unter 55 Jahre und 13,8% in der Altersgruppe 55 Jahre und älter. Insgesamt fallen die altersspezifischen Effekte bei den Schulabschlüssen eher gering aus.
- **Erwerbssituation am Tag vor dem Betreuungsbeginn:** In der Altersgruppe der 30- bis 55-jährigen Patienten haben 49,8% einen Arbeitsplatz, 38,7% sind arbeitslos und 11,9% sind nicht erwerbstätig. Demgegenüber haben 52,4% der bis 30-jährigen Patienten einen Arbeitsplatz, 42,4% sind arbeitslos und 2,1% nicht erwerbstätig. In der Altersgruppe der Patienten mit 55 Jahren und älter hingegen ist der relative An-

noch Tabelle 47: Altersspezifische Betrachtung ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2016 (Fortsetzung) (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Altersgruppen			Gesamt
	bis unter 30 Jahre	30 bis unter 55 Jahre	55 Jahre und älter	
Einrichtung der Akutbehandlung	0,5%	1,3%	1,2%	1,0%
Psychiatrisches Krankenhaus	6,3%	6,1%	11,6%	6,9%
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	58,4%	65,7%	62,8%	63,2%
Stationäre Suchthilfeeinrichtung	2,6%	0,3%	1,2%	1,0%
Soziotherapeutische Einrichtung	1,1%	0,5%	1,2%	0,7%
Anderer Beratungsdienst	9,0%	6,6%	1,2%	6,6%
Schuldnerberatung	0,0%	0,5%	0,0%	0,3%
Einrichtung der Jugendhilfe	0,5%	0,0%	0,0%	0,2%
Agentur für Arbeit/Jobcenter	0,0%	0,0%	1,2%	0,2%
Polizei/Justiz/Bewährungshilfe	1,1%	1,3%	1,2%	1,2%
Leistungsträger	3,2%	2,8%	3,6%	3,0%
Sonstige Institution	1,1%	0,3%	1,2%	0,6%
<b>Leistungsträger</b>	<b>n = 340</b>	<b>n = 630</b>	<b>n = 125</b>	<b>n = 1095</b>
Rentenversicherung	88,5%	90,2%	64,0%	86,7%
Krankenversicherung	8,8%	7,8%	33,6%	11,1%
Selbstzahler	0,0%	1,3%	2,4%	0,8%
sonstige Leistungsträger	2,7%	0,8%	0,0%	1,3%
<b>Art der Behandlungsbeendigung</b>	<b>n = 343</b>	<b>n = 631</b>	<b>n = 124</b>	<b>n = 1098</b>
<b>Anteil mit regulärer Entlassung</b>	60,9%	68,0%	77,4%	66,8%
<b>Anteil mit planmäßiger Entlassung</b>	84,3%	90,0%	92,7%	88,5%
<b>Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende</b>	<b>n = 343</b>	<b>n = 631</b>	<b>n = 124</b>	<b>n = 1098</b>
arbeitsfähig	85,3%	73,2%	45,1%	73,8%
arbeitsunfähig	12,4%	23,4%	23,8%	19,9%
Beurteilung nicht erforderlich	0,3%	2,0%	29,5%	4,6%
sonstige (Hausfrau / Hausmann, Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen)	2,0%	1,4%	1,6%	1,6%
<b>Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende</b>	<b>n = 294</b>	<b>n = 527</b>	<b>n = 98</b>	<b>n = 919</b>
6 Stunden und mehr	88,4%	77,6%	52,0%	78,4%
weniger als 6 Stunden	10,2%	21,6%	26,5%	18,5%
keine Angabe erforderlich	1,4%	0,8%	21,4%	3,2%
<b>Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende</b>	<b>n = 299</b>	<b>n = 538</b>	<b>n = 99</b>	<b>n = 936</b>
6 Stunden und mehr	95,7%	89,2%	61,6%	88,4%
weniger als 6 Stunden	3,0%	10,2%	17,2%	8,7%
keine Angabe erforderlich	1,3%	0,6%	21,2%	3,0%

teil der Nicht-Erwerbstätigen mit 38,7% sehr hoch. Weitere 35,3% haben einen Arbeitsplatz und 26,1% sind arbeitslos.

- **Vermittlung:** Die häufigsten Vermittler in allen drei Altersgruppen sind ambulante Suchthilfeeinrichtungen mit Anteilen von 58,4% in der Altersgruppe bis unter 30 Jahre, 65,7% für Patienten mit einem Alter von 30 bis unter 55 Jahre und 62,8% für Patienten mit 55 Jahren und älter. Psychiatrische Krankenhäuser vermitteln 6,3%, 6,1% und 11,6% der Patienten. Der relative Anteil an Patienten, die über einen Leistungsträger in die Therapie vermittelt werden, liegt in der Altersgruppe der unter 30-Jährigen bei 3,2% gegenüber 2,8% der 30- bis unter 55-Jährigen und 3,6% der Patienten mit 55 Jahren und älter.
- **Leistungsträger:** Die Verteilung der Leistungsträger unterscheidet sich deutlich bei Betrachtung der drei Altersgruppen mit Anteilen von 88,5%, 90,2% und 64,0% bei der Rentenversicherung, 8,8%, 7,8% und 33,6% bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Selbstzahler sind lediglich 0,0%, 1,3% und 2,4%. Zu 2,7%, 0,8% und 0,0% sind sonstige Leistungsträger in der Altersgruppe der bis unter 30-Jährigen, der 30- bis unter 55-Jährigen und bei Patienten mit 55 Jahren und älter aufgeführt.
- **Art der Behandlungsbeendigung:** Patienten der Altersgruppe 55 Jahre und älter beenden im Vergleich zu den beiden anderen Altersgruppen mit 77,4% bzw. 92,7% häufiger regulär bzw. planmäßig die Behandlung. Für die Altersgruppen 30 bis unter 55 Jahre und bis unter 30 Jahre liegen die Quoten bei 68,0% bzw. 90,0% und 60,9% bzw. 84,3%.
- **Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende:** Patienten der Altersgruppe 55 Jahre und älter werden mit 23,8% etwa gleich häufig arbeitsunfähig entlassen wie die 30- bis 55-Jährigen mit 23,4%. Im Vergleich dazu werden nur 12,4% der Patienten in der Altersgruppe der bis unter 30-Jährigen arbeitsunfähig entlassen. Die höchste Quote arbeitsfähig entlassener Patienten zeigt sich dem entsprechend in der Gruppe der bis unter 30-jährigen Patienten mit 85,3% gefolgt von 73,2% bei den 30- bis unter 55-Jährigen und 45,1% bei den Patienten mit einem Alter von 55 oder höher. Der große Unterschied in den Quoten der arbeitsfähig entlassenen Patienten zwischen den Altersgruppen 55 Jahre und älter und 30 bis 55 Jahre kann auf den hohen Anteil der

Kategorie „Beurteilung nicht erforderlich“ mit 29,5% in der höchsten Alterskategorie zurückgeführt werden.

- **Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende:** Wie bei der Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende zeigen sich auch bei der Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende die höchsten Quoten in der Kategorie „6 Stunden und mehr“ bei den bis 30-jährigen Patienten mit 88,4% gefolgt von 77,6% bei den 30- bis unter 55-Jährigen und 52,0% 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 21,4% im Vergleich zu 1,4% und 0,8% in den anderen beiden Alterskategorien gesehen werden.
- **Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende:** In gleicher Weise wie bei der Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Behandlungsende zeigen sich auch bei der Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende die höchsten Quoten in der Kategorie „6 Stunden und mehr“ bei den bis 30-jährigen Patienten mit 95,7% gefolgt von 89,20% bei den 30- bis unter 55-Jährigen und 61,7% bei Patienten mit 55 Jahren und älter. Die geringe Quote in der höchsten Alterskategorie muss auch hier wiederum in Verbindung mit der hohen Besetzung der Kategorie „keine Angabe erforderlich“ mit 21,2% im Vergleich zu 1,3% und 0,6% in den anderen beiden Alterskategorien gesehen werden.

### 3. Ausblick

Mit diesem dritten 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. Da nicht alle Mitgliedseinrichtungen die angestrebte Datenqualität erreichen konnten, ist es bei der Auswertung der Daten zu einer je nach Merkmal unterschiedlichen Quote von fehlenden Angaben gekommen, die in die Auswertung zu unterschiedlichen Anzahlen gültiger Datensätze führte. Insbesondere die komplexe Umstellungsphase auf den neuen deutschen Kerndatensatz der Version 3.0 (4) dürfte dazu geführt haben, dass bei der diesjährigen Auswertung in einigen Teilbereichen ein erhöhter Anteil an fehlenden Daten zu

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

### 4. Literatur:

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2017) Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0 Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch Stand 10.05.2017 www.dhs.de
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2014) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Fachverband Sucht e.V. (2015). Basisdokumentation 2014. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 22, Bonn, S. 5 - 30
- Ott, E. S., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Fischer, M., Herder, F., Jahrreiss, R., Missel, P., Quinten, C., Rösch, W., Schleede, S., Schneider, B., Zemlin, U. (1997). Neuentwicklung einer Basisdokumentation für den Bereich stationärer Rehabilitation Suchtkranker (Bado Sucht 97). In: Fachauschuß 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:

- Prempfer, Volker, Dr., Dipl.-Psych., Leitender Psychologe, MEDIAN Klinik Schweriner See, Lübstorf
- Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Gruppe, Bad Füssing
- Bick-Dresen, Stefanie, wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Kliniken Daun, Daun
- Dreckmann, Imke, Dipl.-Psych., Leiterin MEDIAN Therapiezentrum Bassenheim, Bassenheim
- Feindel, Holger, Oberarzt MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar
- Funke, Wilma, Prof. Dr., Ltd. Psychologin, Kliniken Wied, Wied
- Kemmann, Dietmar, Ltd. Psychologe, Diakoniekrankenhaus Harz, Elbingerode
- Kersting, Stephan, Dipl.-Medienwirt, navacom IT Solution, Hürth
- Medenwaldt, Jan, Redline-Data, Ahrensböök
- Missel, Peter, Dipl.-Psych., Leitender Psychologe MEDIAN Kliniken Daun, Daun
- Neumann, Elena, Dipl.-Psych., Teamleiterin, MEDIAN Gesundheitszentrum Köln, Köln
- Sagel, Alexandra, Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Teigeler, Horst, Dipl.-Psych., Therapeutischer Leiter, MEDIAN Adaptionshaus Lübeck
- Wagner, Annette, Dipl.-Psych., MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar
- Weissingner, Volker, Dr., Geschäftsführer Fachverband Sucht e.V., Bonn

## Inhaltsverzeichnis

*Wagner, A., Feindel, H., Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Funke, W., Kemmann, D., Kersting, S., Medenwaldt, J., Missel, P., Neumann, E., Prempel, V., Sagel, A., Teigeler, H., Vogelgesang, M., Weissinger, V.*

### Teilband VII

**Basisdokumentation 2017 –  
Sonderauswertung Pathologischer PC- / Internet-Gebrauch**

1. Einleitung.....	115
2. Basisdokumentation 2017 des Fachverbandes Sucht e.V. – Sonderauswertung Pathologischer PC- / Internet-Gebrauch .....	115
3. Diskussion und Ausblick.....	118
4. Literatur .....	118
Autorenverzeichnis.....	118
Liste der Einrichtungen, deren Daten in die Auswertung eingegangen sind .....	118

## Teilband VII:

# Basisdokumentation 2017 – Sonderauswertung Pathologischer PC- / Internet- Gebrauch

### 1. Einleitung

Mit der hier vorgelegten Sonderauswertung legt der Fachverbund Sucht e.V. (FVS) zum dritten Mal Daten aus den Basisdokumentationen der Mitgliedseinrichtungen zur Patientengruppe der pathologischen PC-/Internet-Gebraucher vor. Die Limitierungen der Auswertung aus den Vorjahren bleiben auch aktuell bestehen: Nach wie vor gibt es keine einheitliche Verortung des Krankheitsbildes im ICD-10 (1). Auch innerhalb des FVS ist davon auszugehen, dass das Krankheitsbild unter unterschiedlichen ICD-Kodierungen verschlüsselt wird.

Festgelegt hat sich die Deutsche Rentenversicherung Bund (2) (3), dass das Krankheitsbild unter ICD-10 F63.8 oder F68.8 verschlüsselt werden kann. Allerdings werden unter ICD-10 F63.8 (Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle) (1) in der stationären Rehabilitation auch Pathologisches Kaufverhalten sowie Intermittierend explosives Verhalten verschlüsselt, die ICD-10-Kategorie F68.8 beschreibt ‚Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen‘, womit auch hier andere Erkrankungen als der Pathologische PC-/Internet-Gebrauch verschlüsselt werden können. In die nachfolgende Auswertung eingeflossen sind Datensätze aus Mitgliedseinrichtungen, bei denen die eindeutige Zuordnung zum Pathologischen PC-/Internet-Gebrauch gewährleistet werden kann.

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

In die Auswertung sind also zu einem großen Teil Daten psychosomatischer Abteilungen eingeflossen, die gemäß der Basisdokumentation Psychosomatik des AHG-Wissenschaftsrates erhoben wurden, ferner Daten von Patienten, die aufgrund einer komorbid bestehenden stoffgebundenen Erkrankung in den Entwöhnungsabteilungen der beteiligten Kliniken behandelt wurden. Als Basis für deren Datenerhebung wurde der Deutsche Kerndatensatz (4) zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe Version 3.0 zugrunde gelegt, der vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) unter Beteiligung des FVS entwickelt wurde. Da die beiden Basisdokumentationssysteme deutlich voneinander abweichen, beschränkt sich die folgende Darstellung auf übereinstimmende Variablen in den beiden Dokumentationssystemen.

### 2. Basisdokumentation 2017 des Fachverbandes Sucht – Sonderauswertung Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch

Der Beitrag beschreibt die Patientengruppe mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch, die 2017 in 16 Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht

stationär behandelt wurden. Die Mehrzahl der Patienten (65%) wurde im Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme behandelt, bei einem geringeren Teil (35%) wurde die Behandlung als Entwöhnungsmaßnahme durchgeführt.

In den in die Auswertung aufgenommenen Kliniken wurden 2017 insgesamt 254 Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch behandelt, wobei Männer mit einem Anteil von 92,1% deutlich häufiger behandelt wurden als Frauen mit nur 7,9%. Aufgrund des sehr geringen Frauenanteils (n = 20) kann aus den Ergebnissen weiterhin nicht auf die Grundgesamtheit der betroffenen Frauen geschlossen werden. Im Folgenden werden in der Regel die Ergebnisse der Gesamtgruppe beschrieben, geschlechtsgetrennte Ergebnisse zeigen sich für alle Untersuchungsvariablen in den Tabellen.

Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 29,3 Jahre (SD = 10,2), damit waren 70,9% der Patienten jünger oder gleich 30 Jahre. Mit 59,1% war die Altersgruppe der 21- bis 30-Jährigen in der Untersuchungsgruppe am häufigsten besetzt, gefolgt von der Altersgruppe der 31- bis 40-jährigen Patienten (13,4%). Da das Aufnahmealter in der Mehrzahl der teilnehmenden Einrichtungen bei mindestens 18 Jahren

Tabelle 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten

Altersverteilung	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
bis 20 Jahre	30	12,8%	-	-	30	11,8%
21 bis 30 Jahre	143	61,1%	7	35,0%	150	59,1%
31 bis 40 Jahre	34	14,5%	-	-	34	13,4%
41 bis 50 Jahre	16	6,8%	7	35,0%	23	9,1%
über 50 Jahre	11	4,7%	6	30,0%	17	6,7%
<b>Gesamtzahl der Datensätze</b>	<b>234</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>254</b>	<b>100%</b>
<b>Altersmittelwert</b>	MW	SD	MW	SD	MW	SD
	<b>28,3</b>	<b>9,2</b>	<b>41,1</b>	<b>14,2</b>	<b>29,3</b>	<b>10,3</b>

liegt, ist die Gruppe der ≤ 20-Jährigen mit 11,8% in dieser Untersuchungsgruppe mit hoher Wahrscheinlichkeit unterrepräsentiert. Je älter die Patienten waren, desto seltener wurde die Diagnose vergeben. In der Altersgruppe bis 50 Jahre lag der Anteil bei 9,1%, in der Gruppe über 50 Jahre bei 6,7%.

Auffällig ist der hohe Frauenanteil (65%) in den Alterskategorien ab 41 Jahren, gegenüber 11,5% bei den Männern, was sich auch im deutlich höheren mittleren Alter von 41,1 Jahren bei den Frauen gegenüber 28,3 Jahren bei den Männern niederschlägt.

37,0% der behandelten Patienten wohnte bei Behandlungsbeginn selbständig, bei anderen Personen lebten 45,9%. Der Anteil der Männer, die bei anderen Personen wohnte, lag mit 48,7% deutlich über dem Anteil der Frauen mit 15,0%, was vermutlich auf den hohen Anteil jüngerer Männer in der Stichprobe zurückzuführen ist. Weiterhin wurde in der Gesamtstichprobe bei der Frage nach der Wohnsituation unmittelbar vor Aufnahme ‚das ambulant betreute Wohnen‘ mit 2,0%, die ‚(Fach-)Klinik oder stationäre Rehabilitationseinrichtung‘ mit 0,8%, das ‚Wohnheim/Übergangswohnheim‘ mit 12,2% bzw. das ‚Wohnen in einer Notunterkunft oder Übernachtungsstelle‘ mit 0,8% genannt. Ein Patient gab an, wohnungslos zu sein, ein weiterer Patient fiel in die Kategorie ‚sonstige Wohnsituation‘. Von acht Patienten lagen keine Angaben zur Wohnungssituation bei Behandlungsbeginn vor.

Zwei Patienten waren bei Behandlungsbeginn in Schulausbildung (0,8%), 4,9% gaben an, keinen Schulabschluss zu haben, 22,4% wiesen einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss auf. 37,1% der Patienten hatten die Realschule bzw. eine Polytechnische Oberschule abgeschlossen, 34,3% gaben an, die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife zu besitzen. Ein Patient hatte einen anderen Schulabschluss. Von neun Patienten lagen keine Angaben zur Schulausbildung vor.

Am Tag vor Behandlungsbeginn waren 5,2% der Patienten Auszubildende, 16,5% als Arbeiter/Angestellter oder Beamte beschäftigt, 0,4% als Selbständige bzw. Freiberufler und 0,8% als sonstige Erwerbspersonen tätig. Ein Patient (0,4%) befand sich in beruflicher Rehabilitation bzw. nahm an einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben teil. Mehr als die Hälfte der behandelten Patienten (55,2%)

Tabelle 2: Überwiegende Wohnsituation der Patienten am Tag vor Betreuungsbeginn

	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
selbständiges Wohnen	77	34,1%	14	70,0%	91	37,0%
bei anderen Personen	110	48,7%	3	15,0%	113	45,9%
ambulant betreutes Wohnen	5	2,2%	-	-	5	2,0%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	2	0,9%	-	-	2	0,8%
Wohnheim/Übergangswohnheim	27	11,9%	3	15,0%	30	12,2%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	1	0,4%	-	-	1	0,4%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	2	0,9%	-	-	2	0,8%
ohne Wohnung	1	0,4%	-	-	1	0,4%
sonstiges	1	0,4%	-	-	1	0,4%
<b>Gesamtzahl der Datensätze</b>	226	100%	20	100%	246	100%
Keine Daten	8	3,4%	-	-	8	3,1%

Tabelle 3: Höchster Schulabschluss

höchster erreichter Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
derzeit in Schulausbildung	2	0,9%	-	-	2	0,8%
ohne Schulabschluss	10	4,4%	2	10,0%	12	4,9%
Haupt-/Volksschulabschluss	51	22,7%	4	20,0%	55	22,4%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	83	36,9%	8	40,0%	91	37,1%
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	78	34,7%	6	30,0%	84	34,3%
anderer Schulabschluss	1	0,4%	-	-	1	0,4%
<b>Gesamtzahl der Datensätze</b>	225	100%	20	100%	245	100%
Keine Daten	9	3,8%	-	-	9	3,5%

Tabelle 4: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn der Patienten

Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Auszubildender	12	5,3%	1	5,0%	13	5,2%
Arbeiter/Angestellter/Beamter	35	15,4%	6	30,0%	41	16,5%
Selbständiger/Freiberufler	1	0,4%	-	-	1	0,4%
sonstige Erwerbspersonen (z.B. Wehrdienst, Elternzeit, mit-helfende Familienangehörige)	2	0,9%	-	-	2	0,8%
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	1	0,4%	-	-	1	0,4%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	37	16,2%	5	25,0%	42	16,9%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	89	39,0%	6	30,0%	95	38,3%
Schüler/Student	26	11,4%	-	-	26	10,5%
Hausfrau/Hausmann	1	0,4%	-	-	1	0,4%
Rentner/Pensionär	2	0,9%	2	10,0%	4	1,6%
sonstige Nichterwerbspersonen	22	9,6%	-	-	22	8,9%
<b>Gesamtzahl der Datensätze</b>	228	100%	20	100%	248	100%
Keine Daten	6	2,6%	-	-	6	2,4%

Tabelle 5: Kostenträger

Kostenträger	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
gesetzliche Krankenkasse	59	25,2%	4	20,0%	63	24,8%
Rentenversicherungsträger	168	71,8%	16	80,0%	184	72,4%
anderer Kostenträger	7	3,0%	-	-	7	2,8%
<b>Gesamtzahl der Datensätze</b>	234	100%	20	100%	254	100%

Tabelle 6: Behandlungsdauer

Behandlungsdauer in Tagen	Männer		Frauen		Gesamt	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
alle	63,4	26,8	61,5	28,6	63,2	26,9
Sucht-Rehabilitation	66,8	33,3	58,8	31,5	65,7	33,0
Psychosomatische Rehabilitation	61,7	22,9	65,6	25,0	61,9	22,9
<b>Gesamtzahl der Datensätze</b>	234	100%	20	100%	254	100%

Tabelle 7: Art der Beendigung

Entlassungsart	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Regulär nach Beratung/ Behandlungsplan	187	82,7%	15	88,2%	202	83,1%
Vorzeitig auf ärztliche/ therapeutische Veranlassung	8	3,5%	-	-	8	3,3%
Vorzeitig mit ärztlichem/ therapeutischem Einverständnis	8	3,5%	1	5,9%	9	3,7%
Vorzeitig ohne ärztliches/ therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klient	18	8,0%	1	5,9%	19	7,8%
Außerplanmäßige Verlegung/ außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1	0,4%	-	-	1	0,4%
Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/Behandlungsform	4	1,8%	-	-	4	1,6%
<b>Gesamtzahl der Datensätze</b>	<b>226</b>	<b>100%</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>	<b>243</b>	<b>100%</b>
Keine Daten	8	3,4%	3	15,0%	11	4,3%

Tabelle 8: Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende

Arbeitsfähigkeit	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Maßnahme nicht ordnungs- gemäß abgeschlossen	2	0,9%	1	5,9%	3	1,2%
arbeitsfähig	190	84,1%	12	70,6%	202	83,1%
arbeitsunfähig	31	13,7%	4	23,5%	35	14,4%
Kinder-Reha	1	0,4%	-	-	1	0,4%
Beurteilung nicht erforderlich	2	0,9%	-	-	2	0,8%
<b>Gesamtzahl der Datensätze</b>	226	100%	17	100%	243	100%
Keine Daten	8	3,4%	3	15,0%	11	4,3%

war zum Aufnahmezeitpunkt arbeitslos (arbeitslos nach SGB III: 16,9% oder nach SGB II: 38,3%), 10,5% befanden sich in schulischer oder universitärer Ausbil-

dung. 1,6% der Patienten gaben an, Rente zu beziehen, 8,9% wurden als ‚sonstige Nichterwerbsperson‘ kategorisiert und ein Patient war Hausmann.

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Leistungsträgerstruktur. Bei 72,4% der Patienten war eine Rentenversicherung Kostenträgerin, gefolgt von den gesetzlichen Krankenkassen mit 24,8%. 2,8% der Patienten waren über andere Kostenträger in stationärer Therapie.

Die mittlere Behandlungsdauer lag bei 63,2 Tagen (SD = 26,9). Bei Patienten, die eine Sucht-Rehabilitation durchführten, betrug die Behandlungsdauer im Mittel 65,7 Tage (SD = 33,0), Patienten mit einer Bewilligung für eine psychosomatische Rehabilitation blieben durchschnittlich 61,9 Tage (SD = 22,9) in Behandlung.

Aufgrund einzelner unklarer Datensätze wurden in die Auswertung der Variablen Art der Therapiebeendigung nur die Angaben von 243 Patienten einbezogen, elf Fälle mussten ausgeschlossen werden. 83,1% der Patienten wurden regulär entlassen, 3,3% vorzeitig auf ärztliche Veranlassung und 3,7% vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis. Ohne ärztliches Einverständnis beendeten 7,8% die Behandlung, 0,4% wurden verlegt und 1,6% 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 91,7% der Patienten planmäßig entlassen.

Die Angaben in Tabelle 8 beziehen sich auf eine Auswertungsstichprobe von 243 Patienten, elf Fälle mussten aufgrund eines Kodierproblems von der Auswertung ausgeschlossen werden. 83,1% der Patienten waren bei Entlassung arbeitsfähig und 14,4% arbeitsunfähig. Die Kodierung ‚Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen‘ wurde bei 1,2% der Patienten vergeben, bei 0,8% war eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende nicht erforderlich. Eine Behandlung wurde als Kinder-Rehabilitation durchgeführt.

73,6% der Patienten wurden mit einer Leistungsfähigkeit von ‚6 Stunden und mehr‘ für den letzten Beruf entlassen. Weitere 0,8% hatten eine Leistungsfähigkeit von ‚3 bis 6 Stunden‘ und 12,2% ‚unter 3 Stunden‘. Bei 13,4% der Patienten war keine Beurteilung der Leistungsfähigkeit erforderlich bzw. fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

Die Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wurde bei 87,7% der Patienten mit ‚6 Stunden und mehr‘ beurteilt.

Weitere 2,8% hatten eine Leistungsfähigkeit von ‚3 bis 6 Stunden‘ und 3,9% eine Leistungsfähigkeit ‚unter 3 Stunden‘. Bei 5,6% der Patienten war keine Beurteilung zur Leistungsfähigkeit erforderlich bzw. fehlten Angaben zur Leistungsfähigkeit.

### 3. Diskussion und Ausblick

Im dritten Jahr in Folge ist es gelungen, einen Datensatz für die Indikation Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch auszuwerten. Insbesondere die komplexe Umstellungsphase auf den neuen deutschen Kerndatensatz der Version 3.0 (4) dürfte dazu geführt haben, dass bei der diesjährigen Auswertung in einigen Teilbereichen ein erhöhter Anteil an fehlenden Daten zu verzeichnen war. So musste aufgrund der nicht ausreichenden Datenmenge beispielsweise auf eine Auswertung der Partnersituation sowie der Komorbidität verzichtet werden. Auch in diesem Jahr zeigte sich das mittlere Alter der behandelten weiblichen Patientinnen mit 41,1 Jahren deutlich über dem der Männer mit 28,3 Jahren liegend. Aufgrund der kleinen Stichprobe der weiblichen Patienten ist diese Datenlage mit Vorsicht zu betrachten, andererseits konnte die Datenlage aus dem Vorjahr somit repliziert werden.

Weiter ist interessant, dass die in der PINTA-Studie (2011) gezeigten Prävalenzraten mit mehr betroffenen Frauen im jüngeren Alter im Vergleich zu Männern (bei den 14- bis 24-Jährigen Prävalenz der Frauen: 4,5; der Männer: 3,0) (5) sich so im Rahmen der stationären Rehabilitation in den Einrichtungen des FVS – wie in den Vorjahren – nicht abbilden lässt (s. Tabelle 1).

Auch für die folgenden Jahre ist geplant, die Sonderauswertung Pathologischer PC-/ Internet-Gebrauch weiter regelmäßig durchzuführen und im Rahmen der Reihe Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung zusammen mit anderen ausgewählten Daten der Basisdokumentation zu veröffentlichen.

### 4. Literatur

- (1) Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2014) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- (2) Köhler, J. (2015). ICD 11: Position der Deutschen Rentenversicherung. Sucht 61 (5), S.324f. Huber, Bern.

Tabelle 9: Leistungsfähigkeit für den letzten Beruf bei Behandlungsende

Leistungsfähigkeit	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
6 Stunden und mehr	171	73,1%	16	80,0%	187	73,6%
3 bis unter 6 Stunden	1	0,4%	1	5,0%	2	0,8%
unter 3 Stunden	30	12,8%	1	5,0%	31	12,2%
keine Angabe	32	13,7%	2	10,0%	34	13,4%
<b>Gesamtzahl der Datensätze</b>	234	100%	20	100%	254	100%

Tabelle 10: Leistungsfähigkeit allgemein bei Behandlungsende

Leistungsfähigkeit	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
6 Stunden und mehr	205	87,5%	18	90,0%	223	87,7%
3 bis unter 6 Stunden	6	2,6%	1	5,0%	7	2,8%
unter 3 Stunden	10	4,3%	-	-	10	3,9%
keine Angabe	13	5,6%	1	5,0%	14	5,6%
<b>Gesamtzahl der Datensätze</b>	234	100%	20	100%	254	100%

- (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
- (5) Rumpf, H.J.; Meyer, C.; Kreuzer, A. & John, U. (2011): Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA), Kurzbericht. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Berichte/Kurzbericht/Kurzbericht\\_Praevalenz\\_der\\_Internetabhaengigkeit\\_PINTA\\_.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Kurzbericht/Kurzbericht_Praevalenz_der_Internetabhaengigkeit_PINTA_.pdf). (Zugriff am 05.10.2017).

- Neumann, Elena, Teamleiterin, MEDIAN Gesundheitszentrum Köln, Köln
- Premper, Volker, Dr., Leitender Psychologe, MEDIAN Klinik Schweriner See, Lüstorf
- Sagel, Alexandra, Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Teigeler, Horst, Therapeutischer Leiter, MEDIAN Adaptionshaus Lübeck, Lübeck
- Vogelgesang, Monika, Dr., Chefarztin, MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar
- Weissing, Volker, Dr., Geschäftsführer Fachverband Sucht e. V., Bonn

#### Autorenverzeichnis:

- Wagner, Annette, Dipl.-Psych., Leiterin IT MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar
- Feindel, Holger, Oberarzt MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar
- Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement Johannesbad Gruppe, Bad Füssing
- Bick-Dresen, wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Kliniken Daun
- Dreckmann, Imke, Leiterin, MEDIAN Therapiezentrum Bassenheim, Bassenheim
- Funke, Prof. Dr. Wilma, Leitende Psychologin, Kliniken Wied, Wied
- Kemann, Dietmar, Ltd. Psychologe, Diakoniekrankenhaus Harz, Elbingerode
- Kersting, Stephan, Dipl.-Medienwirt, navacom IT Solution, Hürth
- Medenwaldt, Jan, Redline-Data, Ahrensböck
- Missel, Peter, Dipl.-Psych., Leitender Psychologe MEDIAN Kliniken Daun, Daun

#### Liste der Einrichtungen, deren Daten in die Auswertung eingegangen sind:

- Fachklinik Eußerthal
- Fachklinik Furth im Wald
- Fontane-Klinik
- MEDIAN Adaptionshaus TPR Duisburg
- MEDIAN Klinik Münchwies
- MEDIAN Klinik Odenwald
- MEDIAN Klinik Schweriner See
- MEDIAN Klinik Wigbertshöhe
- MEDIAN Klinik Wilhelmsheim
- MEDIAN Kliniken Daun Altburg
- MEDIAN Kliniken Daun Rosenberg (Adaption)
- MEDIAN Kliniken Daun Rosenberg (Reha)
- MEDIAN Poliklinik Schelfstadt (Adaption)
- salus klinik Friedrichsdorf (Reha)
- salus klinik Hürth
- salus klinik Lindow

## Teil C Ergebnisse im Überblick

### Basisdokumentation 2017 – Zentrale Ergebnisse im Überblick

#### Inhaltsverzeichnis

*Weissinger, V., Sagel, A., Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel, H., Kemmann, D., Kersting, S., Medenwaldt, J., Neumann, E., Prepper, V., Strie, M., Teigeler, H.*

#### **C Basisdokumentation 2017 – Zentrale Ergebnisse im Überblick**

1.	Auswertungen nach Einrichtungsart .....	120
1.1	Fachkliniken für Alkohol/Medikamente .....	120
1.2	Fachkliniken für Drogen .....	121
1.3	Adaptionseinrichtungen .....	122
1.4	Ambulante Rehabilitationseinrichtungen .....	122
1.5	Ganztäglich ambulante Rehabilitationseinrichtungen .....	123
2.	Sonderauswertungen .....	124
2.1	Pathologisches Glücksspiel .....	124
2.2	Pathologischer PC- / Internet-Gebrauch .....	124
3.	Fazit .....	125
	Autorenverzeichnis .....	126

## Teil C

# Basisdokumentation 2017 – Zentrale Ergebnisse im Überblick

### Einführung

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) legt besonderen Wert darauf, dass die auf Basis wissenschaftlich begründeter Behandlungskonzepte durchgeführten Rehabilitationsleistungen zum einen entsprechend dokumentiert werden und zum anderen darüber hinaus die Wirksamkeit der Behandlung untersucht wird. Bereits seit dem Jahr 1993 publiziert der FVS kontinuierlich Daten zur Basisdokumentation in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Diese Daten zur Basisdokumentation waren zunächst auf Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige beschränkt, seit dem Entlassjahrgang 2006 wurden dann erstmals auch Daten für den Bereich der stationären Drogenrehabilitation, der Adaption und der ambulanten Rehabilitation publiziert. Ab dem Jahr 2010 wurden zudem auch Daten aus ganztägig ambulanten Einrichtungen in den Berichtsband aufgenommen. In 2015 ist dann das Sonderkapitel zum „Pathologischen Glücksspiel“ hinzugekommen (s. Teil B), welches Patienten mit dieser Hauptdiagnose aus der stationären Suchtrehabilitation und aus psychosomatischen Fachabteilungen umfasst. 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 Suchtkrankender in der Basisdokumentation des FVS vertreten. Insgesamt gehen 19.886 Patientendaten (Entlassjahrgang 2016: 22.502) in die Auswertung des FVS ein. Anliegen des FVS ist es, mit der differenzierten Beschreibung einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Entwöhnungsbehandlung zu leisten. Des Weiteren gehen diese Daten auch in die Nationale Suchthilfestatistik ein. Nachfolgend sind einige wesentliche Daten aus den vorangegangenen Kapiteln der aktuellen Ba-

sisdokumentation des Entlassjahrgangs 2017 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 – VII in Teil B in diesem Heft verwiesen.

## 1. Auswertungen nach Einrichtungstyp

### 1.1 Fachkliniken Alkohol/ Medikamente

In die Basisdokumentation 2017 sind klinikübergreifende Daten von 13.622 Patienten<sup>1</sup>, die in 31 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“).

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Form in geschlechtsübergreifender Form verwendet.

Im Entlassjahrgang 2017 waren 71,6 % der Patienten männlichen und 28,4 % weiblichen Geschlechts. Bei 90,1 % der Patienten lag die Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit vor. In einer Partnerschaft lebten zu Behandlungsbeginn 48,6 %, die überwiegende Mehrzahl von insgesamt 81,5 % wohnte selbständig. Das Durchschnittsalter lag bei 46,4 Jahren. 13,1 % der Patienten leben in einem Haushalt mit Kindern unter 18 Jahren. Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer vor Antritt der stationären Entwöhnungsbehandlung betrug 16,6 Jahre. Durchschnittlich wiesen die Patienten neben ihrer Abhängigkeitserkrankung 0,78 weitere psychische Diagnosen und 2,05 somatische Diagnosen auf.

Hauptvermittler in die stationäre Entwöhnungsbehandlung waren mit 53,3 % ambulante Suchthilfeeinrichtungen. Über den niedergelassenen Arzt bzw. Psychotherapeuten wurden lediglich 2,0 % der Patienten in die stationäre Entwöhnungsbehandlung vermittelt.

Der Anteil arbeitsloser Patienten betrug zum Therapieende 45,4 %. Dies zeigt, dass eine wesentliche Aufgabe der Ent-

Tabelle 1: Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige

n = 13.622	Entlassjahrgang 2017
Anteil Männer	71,6 %
Anteil Frauen	28,4 %
Durchschnittliches Alter (bei Aufnahme)	46,4 Jahre
In Partnerschaft lebend	48,6 %
Anteil Arbeitsloser (bei Entlassung)	45,4 %
Vermittlung durch ambulante Suchthilfeeinrichtung	53,3 %
Dauer der Abhängigkeit Ø	16,6 Jahre
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	0,8
Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient Ø	2,1
Behandlungsdauer	
– alle	82,0 Tage
– reguläre Entlassung	91,2 Tage
– planmäßige Entlassung	88,0 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	86,1 %
Anteil Arbeitsfähiger zum Behandlungsende	67,1 %
Anteil allgemein Leistungsfähiger (≥ 6 Std.) zum Behandlungsende	82,6 %

wöhnungsbehandlung weiterhin in der engen Verknüpfung medizinischer und beruflicher Rehabilitationsziele und sich nahtlos anschließender Unterstützungsangebote zur beruflichen (Re-)Integration besteht. 67,0 % der Rehabilitanden beendeten die stationäre Behandlung regulär und 86,1 % 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 91,2 Tagen, bei planmäßiger Entlassung bei 88,0 Tagen. Arbeitsfähig waren zum Betreuungsende 67,1 % der Patienten. Von denjenigen Patienten, die zum Behandlungsbeginn arbeitsunfähig waren (n = 6.090), konnten 64,7 % wieder als arbeitsfähig entlassen werden. Zudem waren zum Ende der Behandlung 82,6% der Patienten mindestens sechs Stunden am Tag allgemein leistungsfähig.

Die Auswertung zeigt, dass die Früherkennung und -intervention im akutmedizinischen Bereich (niedergelassener Arzt, Krankenhaus) wie auch in Betrieben/Verwaltungen/Behörden und die frühzeitige Vermittlung suchtkranker Patienten in suchtspezifische Beratungs- und Behandlungseinrichtungen nach wie vor eine zentrale Zukunftsaufgabe darstellt. Hierzu sei auch auf die entsprechende AWMF S3-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung“ verwiesen. Durch ein frühzeitiges Eingreifen könnten unter anderem die Anzahl der Entzugsbehandlungen und die im Allgemeinen 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. In diesem Zusammenhang hat die gesamte Rentenversicherung erstmals angemerkt,

Tabelle 2: Fachkliniken für Drogenabhängige

n = 2.941	Entlassjahrgang 2017
Anteil Männer	81,2 %
Anteil Frauen	18,8 %
Durchschnittliches Alter (bei Aufnahme)	30,3 Jahre
In Partnerschaft lebend	34,8 %
Anteil Arbeitsloser (bei Entlassung)	76,8 %
Vermittlung durch ambulante Suchthilfeeinrichtung	59,7 %
Dauer der Abhängigkeit Ø	13,2 Jahre
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	3,0
Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen im Vorfeld Ø	0,6
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	1,1
Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient Ø	1,4
Behandlungsdauer	
– alle	107,9 Tage
– reguläre Entlassung	148,8 Tage
– planmäßige Entlassung	133,5 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	66,9 %
Anteil Arbeitsfähiger zum Behandlungsende	87,8 %
Anteil allgemein Leistungsfähiger (≥ 6 Std.) zum Behandlungsende	91,9 %

unter bestimmten Voraussetzungen auf den ansonsten erforderlichen Sozialbereich zur Beantragung einer Suchtrehabilitation zu verzichten.

## 1.2 Fachkliniken für Drogen

In die klinikübergreifende Auswertung der Fachkliniken zur Drogenrehabilitation gingen 2.941 Patientendaten aus insgesamt 15 Einrichtungen ein. Nachfolgend wird eine Übersicht zu einigen ausgewählten Daten der Basisdokumentation gegeben (vgl. Tab. 2 „Fachkliniken für Drogenabhängige“).

Im Entlassjahrgang 2017 waren 81,2 % der Patienten männlichen und 18,8 % weiblichen Geschlechts. In einer festen Beziehung lebten 34,8 % der Rehabilitanden, 36,2 % der Patienten wohnten selbstständig. 13,3 % der Patienten leben mit mindestens einem minderjährigen Kind in einem Haushalt. Hauptvermittler in die stationäre Entwöhnungsbehandlung waren mit 59,7 % ambulante Suchthilfeeinrichtungen. Zum Behandlungsende waren 76,8 % der Patienten arbeitslos. Vor dem Hintergrund, dass eine Vielzahl der Patienten zudem über keinen Schulabschluss bzw. keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügt, stellt die Eröffnung schulischer/beruflicher Qualifikationen und beruflicher Wiedereingliederungsmöglichkeiten eine wesentliche Aufgabe für diese Patientengruppe dar.

66,9 % der Rehabilitanden beendeten die Behandlung planmäßig. Dieses Ergebnis ist angesichts des vergleichsweise geringen Alters von durchschnittlich 30,3 Jahren und der erheblichen und vielfältigen Belastungen der Klientel positiv zu werten. Die Abhängigkeitsdauer vor Antritt der Behandlung lag durchschnittlich bei 13,2 Jahren. Im Vorfeld der stationären Entwöhnungsbehandlung hatten die Patienten durchschnittlich 3,0 Entzugs- und 0,6 Entwöhnungsbehandlungen absolviert. Die vorrangigen Hauptdiagnosen bezogen auf Suchtmittel waren Störungen durch Stimulantien (29,7 %), durch Cannabinoide (29,0 %), durch multiplen Substanzgebrauch und den Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (19,3 %) und durch Opiode (12,4 %). Darüber hinaus wurden bei den Patienten im Durchschnitt 1,1 weitere psychische Diagnosen sowie 1,4 somatische Diagnosen kodiert. Die Behandlungsdauer betrug bei regulärer Entlassung im Durchschnitt 148,8 Tage und bei planmäßiger Entlassung 133,5 Tage.

Zum Behandlungsende waren 87,8 % der Patienten arbeitsfähig. Von denjenigen Patienten, welche zum Behandlungsbeginn als arbeitsunfähig beurteilt wurden (n = 1.221), waren bei der Entlassung 82,0 % arbeitsfähig. Zudem waren 91,9 % der Patienten bei Betreuungsende mindestens sechs Stunden am Tag allgemein leistungsfähig.

Die Daten zeigen erhebliche Probleme drogenabhängiger Patienten in Bezug auf die Teilhabe am sozialen Leben sowie am Arbeitsleben. Zudem wird der vergleichsweise hohe Anteil an Patienten deutlich, bei dem Maßnahmen zur Erreichung eines Schulabschlusses bzw. einer Berufsausbildung erforderlich sind. Insbesondere vor dem Hintergrund des deutlich jüngeren Altersdurchschnitts im Vergleich zu Patienten in Fachkliniken für Alkohol/Medikamente stellt dies eine bedeutsame Herausforderung an weiterführende Leistungen zur sozialen Stabilisierung und der beruflichen Integration dieser Klientel dar.

### 1.3 Adaptionseinrichtungen

In die Auswertung gingen Daten von 1.231 Patienten aus 21 Adaptionseinrichtungen ein. Nachfolgend sind einige ausgewählte Daten dargestellt (vgl. Tab. 3 „Adaptionseinrichtungen“).

Im Entlassjahrgang 2017 waren 79,9 % der Patienten männlichen und 20,1 % weiblichen Geschlechts. Bei 58,7 % der Patienten liegt als Hauptdiagnose eine Alkoholabhängigkeit vor, bei 37,8 % eine Abhängigkeit von illegalen Drogen. Lediglich 29,0 % der Patienten gaben bei Aufnahme in die Einrichtung eine Partnerschaft an und nur 27,1 % lebten vor Behandlungsbeginn in einer eigenen Wohnung. 8,1 % der Frauen, aber lediglich 2,3 % der Männer lebten zuvor in einem Haushalt mit mindestens einem Kind zusammen. Das durchschnittliche Alter der Patienten bei Aufnahme in die Einrichtung lag bei 37,6 Jahren. Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug 15,8 Jahre. Im Durchschnitt hatte jeder Patient vor der Adaptionseinrichtung 3,2 Entzugsbehandlungen absolviert.

Die Hauptvermittler in die Adaption (Phase II der Entwöhnungsbehandlung) waren die Fachkliniken, die die Phase I der stationären Entwöhnungsbehandlung durchgeführt hatten.

Eine problematische Verschuldung wiesen 62,1 % der Patienten auf. Bei der Entlassung waren 77,6 % der Rehabilitanden arbeitslos. Betrachtet man den weiteren Zeitraum von bis zu vier Monaten nach der Entlassung, verfügten 19,7 % der ehemaligen Rehabilitanden über einen Vollzeitarbeitsplatz, 6,2 % über einen Teilzeitarbeitsplatz, 3,7 % über einen Mini-Job und 0,7 % über einen Ein-Euro-Job. Des Weiteren befanden sich 5,5 % in schulischer oder beruflicher Ausbildung

Tabelle 3: Adaptionseinrichtungen

n = 1.231	Entlassjahrgang 2017
Anteil Männer	79,9 %
Anteil Frauen	20,1 %
Durchschnittliches Alter (bei Aufnahme)	37,6 Jahre
In Partnerschaft lebend	29,0 %
Anteil Arbeitsloser (bei Entlassung)	77,6 %
Dauer der Abhängigkeit Ø	15,8 Jahre
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	3,2
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	0,7
Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient Ø	0,8
Behandlungsdauer	
– alle	84,2 Tage
– reguläre Entlassung	98,7 Tage
– planmäßige Entlassung	91,4 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	82,8 %
Anteil Arbeitsfähiger zum Betreuungsende	89,3 %
Anteil allgemein Leistungsfähiger (≥ 6 Std.) zum Betreuungsende	87,8 %

und 3,9 % in einer Qualifizierungs- bzw. beruflichen Rehabilitationsmaßnahme. 59,5 % der ehemaligen Patienten waren vier Monate nach Entlassung weiterhin arbeitslos und 0,9 % nicht erwerbstätig.

82,8 % der Patienten beendeten die Behandlung planmäßig. Die Behandlungsdauer betrug bei regulärer Entlassung 98,7 Tage und bei planmäßiger Entlassung 91,4 Tage. An Ende der Behandlung waren 89,3 % der Patienten arbeitsfähig und 87,8 % mindestens sechs Stunden am Tag allgemein leistungsfähig.

Die Daten der Basisdokumentation (s. Teilband III) zeigen, dass es sich bei den Patienten in der Adaption um eine spezifische Klientel handelt, welche eine Viel-

zahl von gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Problemen aufweist. Daher ist auch im Anschluss an die medizinische Rehabilitation bei einem Teil der Klientel zur vollständigen sozialen und beruflichen (Re-)Integration eine weiterführende Betreuung und Unterstützung erforderlich.

### 1.4 Ambulante Rehabilitationseinrichtungen

In die einrichtungsübergreifende Auswertung der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen gingen Daten von insgesamt 343 Patientenfällen aus zehn ambulanten Einrichtungen ein. Von den 343 Fällen beruhen 326 Fälle (= 95 %) auf

Tabelle 4: Ambulante Rehabilitationseinrichtungen

n = 326	Entlassjahrgang 2017
Anteil Männer	65,3 %
Anteil Frauen	34,7 %
Durchschnittliches Alter (bei Behandlungsbeginn)	46,6 Jahre
In Partnerschaft lebend	65,8 %
Anteil Arbeitsloser (bei Behandlungsende)	12,7 %
Vermittlung durch	
– ambulante Suchthilfeeinrichtung	36,9 %
– ärztliche/psychotherapeutische Praxis	27,4 %
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	0,4
Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient Ø	0,9
Behandlungsdauer	
– alle	228,5 Tage
– planmäßige Beendigung	277,9 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	70,9 %

eine rein ambulante Rehabilitationsbehandlung gemäß der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001. Die übrigen 17 Fälle weisen eine stationäre Beteiligung auf und werden in der nachfolgenden Übersicht ausgewählter Daten nicht berücksichtigt (vgl. Tab. 4 „Ambulante Rehabilitationseinrichtungen“).

Im Entlassjahrgang 2017 waren 65,3 % der Patienten männlichen und 34,7 % weiblichen Geschlechts. Damit ist der Anteil der Frauen bei der ambulanten Rehabilitation höher als in den stationären und teilstationären Behandlungsformen. 85,0 % der Rehabilitanden wiesen eine Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnose auf, andere Diagnosen spielten somit nur eine vergleichsweise geringe Rolle. Mit 65,8 % ist der Anteil der Patienten, die in einer Partnerschaft lebten, deutlich höher als im vollstationären Bereich (48,6 %)² und ebenfalls höher als im Bereich der ganztägig ambulanten Behandlungen (60,1 %). 39,3 % der ausschließlich ambulant behandelten Patienten und somit ein höherer Anteil als die der ganztägig ambulant behandelten (27,5 %) und insbesondere der vollstationär behandelten (13,1 %) Patienten lebten in einem Haushalt mit Kindern unter 18 Jahren. Das Durchschnittsalter der Patienten bei Behandlungsbeginn war mit 46,6 Jahren vergleichbar mit dem im stationären Bereich (46,4 Jahre) und etwas höher als im ganztägig ambulanten Setting (44,5 Jahre). Ein wichtiger Vermittler in die ambulante Rehabilitation waren – neben ambulanten Suchthilfeeinrichtungen mit 36,9 % – auch ärztliche/psychotherapeutische Praxen mit 27,4 %. Auffällig ist, dass in der ambulanten Rehabilitation ein deutlich höherer Anteil der Vermittlung über ärztliche und psychotherapeutische Praxen erfolgte als im stationären (2,0 %) oder im ganztägig ambulanten (0,5 %) Bereich.

Der Anteil der arbeitslosen Patienten betrug bei Behandlungsende 12,7 %. Damit ist der Anteil Arbeitsloser zum Behandlungsende bei Rehabilitanden im ambulanten Setting deutlich niedriger als bei stationären (45,4 %) und bei ganztägig ambulanten (47,9 %) Behandlungsformen. 70,9 % der ambulant behandelten Patienten ohne stationären Anteil beendeten die Behandlung planmäßig. Die

Tabelle 5: Ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen

n = 414	Entlassjahrgang 2017
Anteil Männer	73,2 %
Anteil Frauen	26,8 %
Durchschnittliches Alter (bei Behandlungsbeginn)	44,5 Jahre
In Partnerschaft lebend	60,1 %
Vermittlung durch ambulante Suchthilfe-einrichtung	61,9 %
Anteil Arbeitsloser (bei Behandlungsende)	47,9 %
Dauer der Abhängigkeit Ø	15,8 Jahre
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	2,1
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	0,5
Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient Ø	1,4
Behandlungsdauer	
– alle	60,7 Tage
– reguläre Beendigung	72,0 Tage
– planmäßige Beendigung	66,4 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	84,8 %
Anteil allgemein Leistungsfähiger (≥ 6 Std.) zum Betreuungsende	87,3 %

Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt bei allen rein ambulant behandelten Patienten 228,5 Tage und bei ambulanten Patienten, die die Behandlung planmäßig beendeten, 277,9 Tage.

Ausschließlich ambulant behandelte Patienten wiesen neben ihrer Suchtdiagnose im Durchschnitt 0,4 weitere psychische Diagnosen sowie 0,9 somatische Diagnosen auf. Damit liegt die durchschnittliche Anzahl der weiteren psychischen und der somatischen Diagnosen bei Patienten im rein ambulanten Setting unterhalb der durchschnittlichen Anzahl der Diagnosen bei Patienten, die ganztägig ambulant behandelt worden sind (0,5 psychische und 1,4 somatische Diagnosen). Besonders deutlich ist der Unterschied zu Patienten aus dem vollstationären Setting (0,8 psychische und 2,1 somatische Diagnosen).

Die Daten aus dem Entlassjahrgang 2017 zeigen deutliche Unterschiede zwischen den Rehabilitanden der ambulanten Einrichtungen und denen der stationären sowie der ganztägig ambulanten Behandlungsformen.

### 1.5 Ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen

In die einrichtungsübergreifende Auswertung gingen Daten von insgesamt 414 Patientenfällen aus sechs ganztägig

ambulanten Rehabilitationseinrichtungen ein. Nachfolgend wird eine Übersicht zu einigen ausgewählten Daten dargestellt (vgl. Tab. 5 „Ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen“).

Im Entlassjahrgang 2017 waren 73,2 % der Patienten männlichen und 26,8 % weiblichen Geschlechts. Damit lag der Frauenanteil höher als im stationären (28,4 %), jedoch niedriger als im ambulanten (34,7 %) Behandlungssetting. Hauptdiagnose war mit 84,1 % die Alkoholabhängigkeit. Hauptvermittler waren mit 61,9 % ambulante Suchthilfeeinrichtungen. Die Abhängigkeitsdauer vor Behandlungsbeginn betrug im Durchschnitt 15,8 Jahre. Ohne Berücksichtigung der Suchtdiagnosen liegt die durchschnittliche Anzahl der dokumentierten psychischen Diagnosen bei 0,5 und der somatischen Diagnosen bei 1,4 pro Patient. Jeder Rehabilitand hatte im Durchschnitt bereits 2,1 Entzugsbehandlungen absolviert, jedoch nur 0,5 qualifizierte Entzugsbehandlungen. Das durchschnittliche Alter lag bei 44,5 Jahren. 60,1 % der Rehabilitanden lebten in einer Partnerschaft, hier zeigt sich ein deutlich höherer Anteil als im stationären (48,6 %), jedoch ein geringerer als im ambulanten Bereich (64,9 %).

47,9 % der Patienten waren am Ende der Behandlung arbeitslos. Dieser Wert liegt deutlich oberhalb des Arbeitslosen-

2 Vergleiche zum stationären Bereich beziehen sich aufgrund der Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ auf Fachkliniken für Alkohol/Medikamente

teils der ambulanten Behandlungsform (12,9 %), aber auch oberhalb des Anteils arbeitsloser Patienten aus Fachkliniken für Alkohol-/Medikamente (45,4%). 84,4 % der Rehabilitanden beendeten die Behandlung planmäßig. Die Behandlungsdauer betrug bei regulärer Beendigung der Behandlung im Durchschnitt 72,0 Tage und bei planmäßig entlassenen Patienten im Durchschnitt 66,4 Tage. Der überwiegende Teil der Patienten beendete mit 84,4 % auch diese Behandlungsform planmäßig.

## 2. Sonderauswertungen

### 2.1 Pathologisches Glücksspiel

Mit dieser Ausgabe wird bereits zum dritten Mal eine Sonderauswertung zu Patienten mit pathologischem Glücksspiel in die Basisdokumentation aufgenommen. Ausgewertet wurden die Daten von 1.098 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 Fachbereichen 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 2017 waren mit 87,6 % eindeutig mehr Patienten männlichen als weiblichen Geschlechts (12,4 %). Das durchschnittliche Alter lag bei 39,1 Jahren und damit deutlich unter dem der Patienten in Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige. 46,1 % der Patienten gaben an, in einer Partnerschaft zu leben. Die Vermittlung über ambulante Suchthilfeinrichtungen erfolgte in 63,2 % der Fälle. Die durchschnittliche Anzahl weiterer Suchtdiagnosen pro Patient lag bei 0,4. Die durchschnittliche Anzahl der psychischen Diagnosen war mit 0,7 leicht niedriger als die bei den Patienten in Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige, die durchschnittliche Anzahl der somatischen Diagnosen dagegen mit 1,0 weniger als halb so hoch.

Tabelle 6: Patienten mit pathologischem Glücksspiel

n = 1.098	Entlassjahrgang 2017
Anteil Männer	87,6 %
Anteil Frauen	12,4 %
Durchschnittliches Alter (bei Behandlungsbeginn)	39,1 Jahre
In Partnerschaft lebend	46,1 %
Anteil Arbeitsloser (bei Behandlungsende)	42,4 %
Vermittlung durch ambulante Suchthilfeinrichtung	63,2 %
Anzahl weiterer Suchtdiagnosen pro Patient Ø	0,4
Anzahl psychischer Diagnosen pro Patient Ø	0,7
Anzahl somatischer Diagnosen pro Patient Ø	1,0
Behandlungsdauer	
– alle	66,8 Tage
– Sucht-Rehabilitation (66,8% d. Pat.)	72,9 Tage
– psychosomatische Rehabilitation (33,2% d. Pat.)	54,5 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	88,5 %
Anteil Arbeitsfähiger zum Behandlungsende	73,8 %
Anteil Leistungsfähiger (≥ 6 Std.) allgemein zum Behandlungsende	88,4 %

42,4 % der Patienten waren bei Behandlungsende arbeitslos, der Anteil der Arbeitsfähigen lag dagegen bei 73,8 % und der Anteil der allgemein Leistungsfähigen mit mindestens sechs Stunden am Tag betrug sogar 88,4 %. Mit 88,5 % beendete ein Großteil der Rehabilitanden die Maßnahme planmäßig. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 66,8 Tage, in der Sucht-Rehabilitation war sie mit durchschnittlich 72,9 Tagen deutlich länger als in der psychosomatischen Rehabilitation mit 54,5 Tagen.

### 2.2 Pathologischer PC-/ Internetgebrauch

Mit der Basisdokumentation 2017 erfolgt zum dritten Mal eine Sonderauswertung für Patienten mit pathologischem PC-/ Internetgebrauch. Die Auswertung er-

folgte auf Grundlage der Daten von 254 Patientenfällen mit der Hauptdiagnose des pathologischen PC-/Internetgebrauchs, die in insgesamt 16 Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige oder in entsprechenden psychosomatischen Abteilungen stationärer Rehabilitationseinrichtungen behandelt worden sind. Nachfolgend wird eine Übersicht zu einigen ausgewählten Daten der Sonderauswertung zur Basisdokumentation gegeben (vgl. Tab. 7 „Patienten mit pathologischem PC-/Internetgebrauch“).

Die Patienten des Entlassjahrgangs 2017 waren mit 92,1 % überwiegend männlichen Geschlechts. Auffällig ist das niedrige Durchschnittsalter der Patienten, das mit 29,3 Jahren deutlich unter dem in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige, aber auch unter dem

Tabelle 7: Patienten mit pathologischem PC- / Internetgebrauch

n = 254	Entlassjahrgang 2017
Anteil Männer	92,1 %
Anteil Frauen	7,9 %
Durchschnittliches Alter (bei Behandlungsbeginn)	29,3 Jahre
Anteil Arbeitsloser (Tag vor Behandlungsbeginn)	55,2 %
Behandlungsdauer	
– alle	63,2 Tage
– Sucht-Rehabilitation (35% d. Pat.)	65,7 Tage
– psychosomatische Rehabilitation (65% d. Pat.)	61,9 Tage
Anteil planmäßige Behandlungsbeendigung	92,1 %
Anteil Arbeitsfähiger zum Behandlungsende	79,5 %
Anteil Leistungsfähiger (≥ 6 Std.) allgemein zum Betreuungsende	87,7 %

der pathologischen Glücksspieler lag. Hauptleistungsträger der Rehabilitation war auch bei dieser Patientengruppe mit 72,4 % die Rentenversicherung, jedoch lag der Anteil der Kostenübernahmen über die gesetzlichen Krankenkassen mit 24,8 % vergleichsweise hoch.

Am Tag vor Behandlungsbeginn waren 55,2 % der Patienten arbeitslos. Zum Behandlungsende konnten jedoch 79,5 % der Patienten arbeitsfähig entlassen werden. Der Anteil der mit mindestens sechs Stunden am Tag allgemein Leistungsfähigen lag sogar bei 87,7 %. Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt für alle Patienten 63,2 Tage und wies zwischen Patienten in der Suchtrehabilitation mit durchschnittlich 65,7 Tagen und Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation mit durchschnittlich 61,9 Tagen keine allzu großen Unterschiede auf. Mit 92,1 % beendete der überwiegende Teil der Rehabilitanden die Maßnahme planmäßig.

### 3. Fazit

Die Daten der Basisdokumentation 2017 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 2017 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 = 13.622), gefolgt von Fachkliniken für Drogenabhängige (n = 2.941), Adaptionseinrichtungen (n = 1.231), ganztägig ambu-

lantent Einrichtungen (n = 414) und ambulanten Einrichtungen (n = 326, Anmerkung: Es wurden ausschließlich Daten der ambulanten Rehabilitation ohne stationären Anteil berücksichtigt). Somit ist im stationären Bereich von einer höheren Repräsentativität der Zahlen – bezogen auf die Gesamtzahl der behandelten Patienten in Deutschland – als im ambulanten Bereich auszugehen.

- Die Patienten in Fachkliniken für Drogenabhängige sind im Durchschnitt deutlich jünger als diejenigen in anderen Behandlungssettings. Fachkliniken für Drogenabhängige sowie Adaptionseinrichtungen weisen den geringsten Anteil an Frauen auf. Den höchsten Frauenanteil haben ambulante Rehabilitationseinrichtungen zu verzeichnen.
- Einen besonders hohen Anteil arbeitsloser Menschen weisen Adaptionseinrichtungen und Fachkliniken für Drogenabhängige auf. Doch auch in Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige und in ganztägig ambulanten Einrichtungen ist knapp jeder zweite Patient bei Behandlungsbeendigung arbeitslos. Vor diesem Hintergrund sowie dem Ziel, einen vorhandenen Arbeitsplatz möglichst zu erhalten, sei auf die Umsetzung der BORA-Empfehlungen und die erforderliche und nahtlose Kooperation mit den Jobcentern und den Agenturen für Arbeit sowie 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 ähnlich hohe Arbeitslosenquote auf wie 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 Vermittlungsrolle von entscheidender Bedeutung für die Rehabilitation Ab-

hängigkeitskranker. 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 aus ambulanten Einrichtungen werden vergleichsweise häufig über ärztliche oder psychotherapeutische Praxen in die Behandlung 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 geringere Quote planmäßiger Behandlungsbeendigungen auf. Dies ist möglicherweise 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 wieder hergestellt. 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.

### Autorenverzeichnis

Weissinger, Dr. Volker, Geschäftsführer Fachverband Sucht e.V., Bonn  
Sagel, Alexandra, Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn  
Bachmeier, Rudolf, Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Gruppe, Bad Füssing  
Bick-Dresen, Stefanie, wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Kliniken Daun, Daun  
Dreckmann, Imke, Leiterin MEDIAN Therapiezentrum Bassenheim, Bassenheim  
Feindel, Holger, Oberarzt, MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar  
Funke, Prof. Wilma, Leitende Psychologin, Kliniken Wied, Wied  
Kemmann, Dietmar, Leitender Psychologe, Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH, Elbinge-rode

Kersting, Stephan, Geschäftsführer navacom IT Solutions, Hürth  
Medenwaldt, Jens, Redline DATA GmbH, Ahrensböck  
Missel, Peter, Leitender Psychologe, MEDIAN Kliniken Daun, Daun  
Neumann, Elena, MEDIAN Gesundheitszentrum Köln, Köln  
Prempfer, Dr. Volker, Leitender Psychologe, MEDIAN Klinik Schweriner See, Lübstorf  
Teigeler, Horst, Leitender Psychologe, MEDIAN Adaptionshaus Lübeck, Lübeck  
Wagner, Annette, MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar

## Fachverband Sucht e.V. „Hilfe für Suchtkranke – Verzeichnis der Einrichtungen“ Neuaufgabe 2019

Die Broschüre „Hilfe für Suchtkranke – Verzeichnis der Einrichtungen“ (18. Auflage, 2019) gibt einen detaillierten Überblick über die Behandlungsangebote in den Mitgliedseinrichtungen des FVS.

Die Broschüre wendet sich insbesondere an Multiplikatoren, welche in der Beratung und Vermittlung im Bereich der Suchtkrankenhilfe tätig sind. Der FVS vertritt ca. 6.800 stationäre und viele (ganztätig) 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](http://www.sucht.de) unter der Rubrik „Behandlungseinrichtungen“.

Die Broschüre wird im **Frühjahr 2019** erscheinen und kann (gegen Portogebühr) bestellt werden beim:

**Fachverband Sucht e. V.**

**Walramstraße 3, 53175 Bonn**

**Tel. 0228 261555, Fax 0228 215885**

**service@sucht.de**

**Online-Bestellformular: [www.sucht.de](http://www.sucht.de)**

**unter der Rubrik: Fachpublikum/Veröffentlichungen/Hilfe für Suchtkranke**



**32. Heidelberger Kongress  
des Fachverbandes Sucht e.V.  
26. – 28. Juni 2019**

**„analog – digital:  
Herausforderungen für die  
Suchtbehandlung“**

**Fachverband  
Sucht e.V.** 

Walramstraße 3 • 53175 Bonn  
Tel. 0228 261555 • Fax 0228 215885  
sucht@sucht.de • www.sucht.de

Die Digitalisierung verändert zentrale Bereiche unserer Gesellschaft mit unglaublicher Geschwindigkeit. Das deutsche Gesundheitswesen – und damit auch die Suchtkrankenhilfe und -behandlung – stehen damit vor tiefgreifenden Herausforderungen, womit erhebliche Chancen, aber auch Risiken verbunden sind.

Digitalisierung wird zum einen als Hoffnungsträger bewertet, durch welche heute

- noch nicht absehbare Möglichkeiten zur Diagnostik, Betreuung und Behandlung eröffnet werden;
- dem medizinisch-therapeutischen Fachkräftemangel und der demografisch bedingten Zunahme der Multimorbidität begegnet werden kann;
- wie auch die Gesundheit und das Wohlergehen, etwa bei psychischen Problemlagen und Störungen, durch niedrigschwellige Online-Informations- und Beratungsportale zielgruppengerecht gefördert werden können.

Derartige digitale Angebote lassen sich nicht nur im Bereich der Prävention und Frühintervention nutzen, sondern sie lassen sich auch mit bestehenden analogen Behandlungsangeboten und -strukturen vernetzen.

Auf der anderen Seite entstehen aber auch vielfältige Herausforderungen hinsichtlich der Digitalisierung. So stellt sich – auch vor dem Hintergrund der mit dem Internet verbundenen Aufhebung nationaler Grenzen – die Frage nach der Qualitätssicherung und Wirksamkeit entsprechender gesundheits- und suchtbbezogener Online-Angebote. Des Weiteren ist eine zentrale Frage, wie die Abgrenzung und Vernetzung zwischen Online-Beratung und analoger Behandlung sinnvollerweise erfolgen kann. Hierzu gibt es im internationalen Bereich unterschiedliche Handhabungen und Sichtweisen, wobei fachliche, ethische, ökonomische und versorgungsspezifische Aspekte eine Rolle spielen.

Die Chancen der Digitalisierung nutzen aktuell insbesondere auch Unternehmen, die ursprünglich nicht aus dem Gesundheitswesen stammen, beispielsweise Google und Microsoft. Damit verbunden ist auch die Frage, ob angesichts der wachsenden Bereitschaft zur Freigabe immer intimerer Daten, insbesondere von solchen, die auch das Wohlergehen und die psychische Gesundheit betreffen, neue ethische moralische Grenzen für die virtuelle Welt definiert werden müssen.

Auch das Suchthilfe- und Behandlungssystem steht somit vor enormen Herausforderungen. Die entsprechenden Entwicklungen, Chancen und Risiken sollen im Kongress beleuchtet werden. Leitgedanke hierbei ist, dass Digitalisierung nur Mittel zum Zweck der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und des körperlichen und geistigen Wohlergehens sein sollte.

Als weiterer Themenkomplex befasst sich der Kongress auch mit dem Phänomen der internetbezogenen Störungen. Die exzessive Nutzung von Computerspielen oder Internetanwendungen kann zu einem Verhalten führen, das in vielen Aspekten an Sucht oder Abhängigkeit denken lässt. Auch wenn die Erforschung dieser Störungen noch viele Lücken aufweist, scheint es doch evident zu sein, dass eine kompetente Versorgung und Behandlung dieser neuen Störungsbilder gewährleistet sein muss. In der fachlichen Diskussion wird zunehmend unterschieden zwischen den jeweiligen internetgebundenen Anwendungen, etwa der exzessiven Nutzung von Computerspielen und sozialen Netzwerken oder Online-Glücksspielangeboten, dem exzessiven Kaufverhalten oder exzessivem Pornographie-Konsum. Es ist damit zu rechnen, dass Gaming und Gambling als suchttähnliche Verhaltensweisen bei der ICD-11 (International Classification of Diseases) Berücksichtigung finden werden.

Es erwartet uns somit ein spannender Kongress, der aktuelle Entwicklungen aufzeigt und Orientierung bieten soll. In Form von Plenen, Foren, Workshops und Posterbeiträgen werden folgende Themen behandelt:

- Zukunftsmedizin und -therapie: Wie das Silicon Valley Gesundheit fördern und unser Leben verlängern will
- Selbsthilfe, Suchtberatung -therapie im Internet: Internationale und nationale Entwicklungen
- Psychoinformatik: Aktuelle Herausforderungen
- Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen: Überblick über Entwicklungen und deren praktische Umsetzung
- Prävention, Beratung und Psychotherapie im Internet: notwendige Rahmenbedingungen
- analog – digital: Screening, Diagnostik und Behandlung bei internetbezogenen Störungen und pathologischem Glücksspiel
- Berufliche Integration fördern unter Nutzung neuer Medien
- Zukunft der Suchtkrankenhilfe und -behandlung aus Sicht der Leistungsträger und -erbringer

Das Kongressprogramm wird zum Jahresbeginn 2019 vorliegen und online unter **www.sucht.de** zur Verfügung stehen.

**Veranstaltungen  
des Fachverbandes Sucht e.V.  
zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker**

**Fachverband  
Sucht e.V.** 

Walramstraße 3 • 53175 Bonn  
Tel. 0228 261555 • Fax 0228 215885  
sucht@sucht.de • www.sucht.de

**ANWENDERSCHULUNG**

**Gustav-Stresemann-Institut, Bonn**

**Neuer Deutscher Kerndatensatz 3.0:** **26.02.2019**  
**Basisdokumentation und Katamnese in Einrichtungen der Suchtbehandlung**  
(für mit Basisdokumentation und Katamnese befasste Mitarbeiter/innen in Einrichtungen der Suchtbehandlung)

**SEMINARE 2019**

**Gustav-Stresemann-Institut, Bonn**

- |                |  |                            |
|----------------|--|----------------------------|
| <b>01/2019</b> | <b>Umgang mit schwierigen Situationen in der Suchtbehandlung im Bereich Ergo-, Ernährungs- und Sport-/Bewegungstherapie</b><br><i>Referent: Jannes Hecht</i><br>(für Arbeits- und Ergotherapeuten/-therapeutinnen, Sporttherapeuten/-therapeutinnen in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke)   | <b>06. – 07.05.2019</b>    |
| <b>02/2019</b> | <b>Mein Arbeitsplatz in einer Suchteinrichtung</b><br><i>Referent/in: Andrea Schwerdt, Dr. Hans-Peter Steingass</i><br>(für nicht-therapeutisches Personal in stationären Einrichtungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige)  | <b>13. – 14.05.2019</b>    |
| <b>03/2019</b> | <b>Was wirkt? – Praxis der Gruppenpsychotherapie bei Suchterkrankungen</b><br><i>Referent: Dr. Clemens Veltrup</i><br>(für Mitarbeiter/innen in der psychosozialen Suchtberatung und -behandlung, Bezugstherapeuten/innen in der medizinischen Rehabilitation, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/innen [auch in Ausbildung])                | <b>16. – 17.09.2019</b>    |
| <b>04/2019</b> | <b>Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch: Krankheitsmodell, diagnostische und therapeutische Ansätze</b><br><i>Referent: Dr. Bernd Sobottka</i><br>(für therapeutisch tätige Mitarbeiter/innen in [ganztäglich] ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen sowie in Fachkliniken und niedergelassene Psychotherapeuten)                                 | <b>23. – 24.09.2019</b>    |
| <b>05/2019</b> | <b>Motivierende Gesprächsführung – Förderung von Verhaltensänderungen bei problematischem Konsum/Abhängigkeitserkrankungen</b><br><i>Referent: Dr. Volker Prempfer</i><br>(für Mitarbeiter/innen aus ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe)   | <b>30.09. – 01.10.2019</b> |
| <b>06/2019</b> | <b>Rückfallprophylaxe und Rückfallmanagement</b><br><i>Referent: Dr. Ahmad Khatib</i><br>(für therapeutisch tätige Mitarbeiter/innen in [ganztäglich] ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen sowie in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke)  | <b>04. – 05.11.2019</b>    |
| <b>07/2019</b> | <b>Was geht noch – wenn nichts mehr geht? Lösungsorientierte Behandlung von suchtkranken Menschen</b><br><i>Referentinnen: Gudrun Urland, Natalie Jatzlau</i><br>(für therapeutisch tätige Mitarbeiter/innen in ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen sowie in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke)  | <b>11. – 12.11.2019</b>    |
| <b>08/2019</b> | <b>Nichts geht mehr – Geht doch! Soziotherapie für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige – CMA</b><br><i>Referent: Dr. Hans-Peter Steingass</i><br>(für Mitarbeiter/innen [auch Neu- und Quereinsteiger] unterschiedlichster Berufsgruppen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen arbeiten)            | <b>18. – 19.11.2019</b>    |
| <b>10/2019</b> | <b>Die Behandlung von pathologischen Glücksspielern – neue Therapieansätze und -strategien</b><br><i>Referent/in: Dieter Bingel-Schmitz, Sarah Leipner</i><br>(für Mitarbeiter/innen in der ambulanten Suchtberatung und -behandlung, Bezugstherapeuten/innen in der medizinischen Rehabilitation, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/innen) | <b>02. – 03.12.2019</b>    |

**ARBEITSTAGUNG 2019**

**AMERON Hotel Königshof, Bonn**

**09/2019 Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker** **21. – 22.11.2019**  
*Referenten/innen: Alexandra Pyttlik, Thomas Keck, Norbert Goedecker-Geenen, Dr. Ariane Schulte*  
(für Geschäftsführer/innen, Verwaltungsleiter/innen und leitendes Personal in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke)

**KONGRESS 2019**

**Kongresshaus Stadthalle Heidelberg**

**32. Heidelberger Kongress** **26. – 28.06.2019**  
**„analog – digital: Herausforderungen für die Suchtbehandlung“**  
**Bundesweite Tagung des Fachverbandes Sucht e.V.**

Weiterführende Informationen zu den Veranstaltungen sowie entsprechende Anmeldeformulare finden Sie auf der Homepage des FVS <http://www.sucht.de> unter der Rubrik Fachpublikum/Veranstaltungen.

Gerne können Sie die Programme ab Januar 2019 unter obiger Anschrift auch in gedruckter Form anfordern.