



Abschlussbericht zum Forschungsprojekt:

**„Effektivität der stationären Alkoholentwöhnung
– Was ist mit den katamnesticen Non-Respondern?“**

Förderkennzeichen ZMVI5-2514DSM205

Projektleitung: Prof. Dr. Karla Spyra

Projektmitarbeit: Sebastian Bernert, Tim Krüger

Studentische Mitarbeit: Saskia Benisch, Almut Degener, Sascha Schöning

In Kooperation mit:

buss – Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V., FVS – Fachverband Sucht e. V.

Berichtszeitraum

01.07.2014 – 30.09.2017

Gefördert durch:



**Bundesministerium
für Gesundheit**

**aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages**

Kontaktinformationen der Projektleitung:

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Abteilung Rehabilitationsforschung

Prof. Dr. Karla Spyra

Virchowweg 22

10117 Berlin

Tel: 030 450 517 125

Fax: 030 450 517 932

karla.spyra@charite.de

Förderkennzeichen: ZMVI5-2514DSM205

Projektlaufzeit: 01.07.2014 – 30.09.2017

Fördersumme: 180.081,25 €

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	4
Zusammenfassung	6
Danksagung	7
1. Einleitung	8
1.1 Ausgangslage	8
1.2 Ziele des Projekts.....	12
1.3 Projektstruktur	13
1.3.1 Wissenschaftlicher Projektbeirat	13
1.3.2 Kooperierende Fachverbände	14
1.3.3 Studienkliniken	15
1.3.4 Studienzentrum der Charité.....	15
2. Methodik	16
2.1 Studiendesign	16
2.1.1 Unterscheidung der Antworterguppen.....	18
2.1.2 Standardisierter Befragungsablauf.....	19
2.1.3 Monitoring der Befragung	20
2.2 Stichprobenkalkulation	21
2.2.1 Schätzung der Grundgesamtheit	21
2.2.2 Kalkulation der zu befragenden Fälle	22
2.2.3 Kalkulation der Studienkliniken.....	23
2.3 Einschlusskriterien.....	23
2.3.1 Studienkliniken	23
2.3.2 Studienteilnehmende.....	24
2.4 Datengrundlage und Erhebungsinstrumente.....	24
2.4.1 Entwicklung des Non-Response-Fragebogens	25
2.4.2 Online-Befragung der primären Non-Responder	28
2.4.3 Telefonische Befragung der primären Non-Responder.....	28
2.4.4 Befragung zum Katamneseablauf in den beteiligten Kliniken.....	29
2.5 Statistische Analysen und Auswertungen	30
2.5.1 Deskription auf Personenebene	30
2.5.2 Analytische Auswertungen auf Personenebene	30
2.5.3 Deskription der Klinikeigenschaften.....	31
2.5.4 Non-Response-Fragen	31
3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	34
3.1 Erreichte Ziele.....	34
3.2 Abweichungen zur Planung	35
4. Ergebnisse	37
4.1 Rekrutierung.....	37
4.1.1 Rekrutierung von Studienkliniken	37
4.1.2 Rekrutierung von Studienteilnehmenden.....	38
4.2 Ergebnisse der Befragung.....	39
4.2.1 Ausschöpfungsquoten über den Befragungsablauf	39
4.2.2 Monitoring der Befragungsphasen	42

4.3	Deskription auf Personenebene	44
4.3.1	Allgemeine Stichprobenbeschreibung	44
4.3.2	Deskription der Gruppen der Responder und Non-Responder	45
4.3.3	Deskription der Early-, Late- und Non-Responder	47
4.3.4	Deskription der Gruppe der Late-Responder nach Antwortmodi	49
4.3.5	Vergleich der Studienstichprobe mit Katamnesepopulationen der Fachverbände....	51
4.3.6	Deskription des Abstinenzverhaltens in der Gruppe der Responder.....	52
4.3.7	Abstinenzverhalten nach Phase der Katamnese-Befragung	54
4.3.8	Abstinenzverhalten nach Phase der Katamnese-Befragung und Berechnungsformen DGSS 1 – DGSS 4.....	54
4.4	Analysen auf Personenebene.....	57
4.4.1	Analyse des Antwortverhaltens	57
4.4.2	Analyse des Abstinenzverhaltens.....	59
4.5	Gründe für Non-Response.....	62
4.6	Auswertung der Response-Hilfen.....	65
4.7	Merkmale der Routinekatamnese in den beteiligten Kliniken.....	68
5.	Diskussion.....	71
5.1	Vergleichbarkeit der Studienstichprobe mit den Katamnesepopulationen der Fachverbände .	71
5.2	Deskription und Analyse des Antwortverhaltens.....	71
5.2.1	Vergleich soziodemographischer Merkmale der Responder und Non-Responder	71
5.2.2	Vergleich der Respondergruppen (Early-Late) mit den Non-Respondern.....	72
5.2.3	Vergleich zwischen den Late-Respondern (Post, Online, Telefon).....	73
5.2.4	Erhöhung der Rücklaufquote durch unterschiedliche Befragungsmethoden	73
5.3.	Deskription und Analyse des Abstinenzverhaltens	74
5.4	Gründe für Non-Response und Response-Hilfen	75
5.4.1	Gründe für Non-Response	75
5.4.2	Response-Hilfen	77
5.5.	Befragung zur Routine-Katamnese in den Studienkliniken.....	78
5.6	Limitationen	79
6.	Gender Mainstreaming.....	81
7.	Dissemination	81
7.1	Vorträge und Präsentationen zum Projekt.....	81
7.2	Geplante Vorträge / Veranstaltungen.....	82
7.3	Veröffentlichung der Projektergebnisse	82
8.	Verwertung der Projektergebnisse, Empfehlungen für die Praxis	82
8.1	Praxisempfehlungen zur Verbesserung des Antwortverhaltens.....	82
8.2	Berechnungsstandard der katamnestischen Erfolgsquote	84
8.3	Hinweise zur Umsetzung von Katamnesebefragungen.....	85
9.	Literatur.....	88
10.	Anhang	90
10.1	Non-Response-Fragebogen	90
10.2	Klinik-Befragung zur Katamnese	94
10.3	Ausschöpfungsquoten im Befragungsablauf.....	98

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektaufbau, Kooperationsstruktur	13
Abbildung 2: Schematische Darstellung der Befragung	18
Abbildung 3: standardisiertes Ablauf-Schema der Befragung	19
Abbildung 4: Flussdiagramm der Studienteilnahme	39
Abbildung 5: Ausschöpfung der Befragung nach Befragungsphasen	40
Abbildung 6: Darstellung des Befragungsablaufs über Kontaktversuche pro Kalenderwoche.....	43
Abbildung 7: Prädizierte Antwortwahrscheinlichkeiten nach Alter, Geschlecht und Beziehungsstatus	58
Abbildung 8: Prädizierte Antwortwahrscheinlichkeit nach Alter, Geschlecht und Anzahl der Vorbehandlungen.....	59
Abbildung 9: Prädizierte Abstinenzwahrscheinlichkeit nach Alter, Geschlecht und Beziehungsstatus	61
Abbildung 10: Prädizierte Abstinenzwahrscheinlichkeit nach Alter, Geschlecht und Anzahl der Vorbehandlungen.....	62
Abbildung 11: Art der Gründe für Non-Response, prozentuale Verteilung der 935 Antworten bezogen auf 610 Personen (Mehrfachnennungen waren möglich)	63
Abbildung 12: Art der Gründe für Non-Response nach Geschlecht, prozentuale Verteilung der 935 Antworten bezogen auf 610 Personen (Mehrfachnennungen waren möglich)	64
Abbildung 13: Anzahl der angegebenen Gründe für Non-Response nach Geschlecht (n = 610).....	65
Abbildung 14: angegebene Response-Hilfen, prozentuale Verteilung der Antworten auf befragte Personen (Mehrfachnennungen waren möglich)	66
Abbildung 15: angegebene Response-Hilfen nach Geschlecht, prozentuale Verteilung der Antworten bezogen auf befragte Personen (Mehrfachnennungen waren möglich).....	67
Abbildung 16: beispielhafter Ablauf einer multimodalen Katamnesebefragung	87

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berechnungsformen der Abstinenzquoten 1-4 nach den Standards der DGSS und beispielhafte Ergebnisse der FVS-Katamnese 2014	9
Tabelle 2: Zielstellungen und Indikatoren der Zielerreichung	12
Tabelle 3: Mitglieder des wissenschaftlichen Projektbeirats (alphabetisch).....	14
Tabelle 4: Begriffsdefinitionen der Answergruppen	19
Tabelle 5: Fallzahlkalkulation	23
Tabelle 6: Übersicht der Datenerhebungen sowie der eingesetzten Instrumente und Methoden	25
Tabelle 7: Auflistung der Antwortvorgaben zu Gründen für die primäre Non-Response im Kurzbefragungsinstrument.....	27
Tabelle 8: Auflistung der Antwortvorgaben zu den Response-Hilfen im Kurzbefragungsinstrument..	27

Tabelle 9: Variablen des Index für den Katamneseaufwand der Kliniken und deren Gewichtung.....	30
Tabelle 10: Gründe für Non-Response, Kategoriensystem	32
Tabelle 11: Response-Hilfen, Kategoriensystem	33
Tabelle 12: Charakteristika der beteiligten Studienkliniken (n = 49)	38
Tabelle 13: Ausschöpfungsquoten der einzelnen Befragungsphasen	39
Tabelle 14: Ausschöpfung der einzelnen Befragungsphasen bezogen auf die Gesamtzahl der Studienteilnehmenden (N = 3578)	41
Tabelle 15: vergleichende Darstellung der Ausschöpfungsquoten der Befragungsphasen und anderer Katamnesestudien.....	41
Tabelle 16: Soziodemographische Eigenschaften und Prozessmerkmale der Studienteilnehmenden	44
Tabelle 17: Soziodemographische Eigenschaften der Non-Responder im Vergleich zu den Respondern	46
Tabelle 18: Vergleich Early-, Late-, Non-Responder.....	48
Tabelle 19: Häufigkeiten der Antwortmodi in der Gruppe der Late-Responder	49
Tabelle 20: Vergleich der Late-Responder nach Antwortmodus	50
Tabelle 21: Soziodemographische Eigenschaften der Studienteilnehmenden im Vergleich zu den Befragten des FVS e.V. und buss e.V.....	51
Tabelle 22: Soziodemographische Eigenschaften und Prozessmerkmale der Responder (DGSS 3) nach Abstinenzverhalten	53
Tabelle 23: Abstinenzquoten nach Befragungsphase	54
Tabelle 24: Katamnestischer Erfolg nach Phase 1 der Befragung (DGSS 1 – DGSS 4).....	55
Tabelle 25: Katamnestischer Erfolg nach Phase 2 der Befragung (DGSS 1 – DGSS 4).....	55
Tabelle 26: Katamnestischer Erfolg nach Phase 3 der Befragung (DGSS 1 – DGSS 4).....	56
Tabelle 27: Katamnestischer Erfolg (DGSS 1 – DGSS 4) des Entlassungsjahrgangs 2014 des buss.....	56
Tabelle 28: Katamnestischer Erfolg (DGSS 1 – DGSS 4) des Entlassungsjahrgangs 2014 des FVS	56
Tabelle 29: Logistische Regression des Antwortverhaltens	57
Tabelle 30: Logistische Regression des Abstinenzverhaltens.....	60
Tabelle 31: Katamnesemerkmale der beteiligten Kliniken, prozentuale Angaben bezogen auf die Gesamtzahl der befragten Kliniken (n = 45).....	68
Tabelle 32: Katamnesezuständigkeiten in den Kliniken nach Bereichen, prozentuale Verteilung bezogen auf die befragten Kliniken (n = 45), Mehrfachnennungen möglich	69
Tabelle 33: Mittelwerte und Standardabweichungen (SD) des indizierten Katamnese-Aufwands der befragten Kliniken (n = 45)	70
Tabelle 34: Mittelwerte und Standardabweichungen (SD) der Katamnese-Rücklaufquote der befragten Kliniken (n = 43).....	70
Tabelle 35: Ausschöpfungsquoten (in Prozent) im Befragungsablauf nach Kliniken.....	99

Zusammenfassung

Angesichts der gesellschaftlichen Bedeutung (Adams & Effertz, 2011; Bergmann & Horch, 2002; Lehner & Kepp, 2016) und der kostenintensiven Rehabilitation von alkoholassoziierten Erkrankungen (Naumann & Bonn, 2016) ist der Nachweis der Effektivität von Entwöhnungsbehandlungen von besonderer Relevanz. Katamnestische Routinebefragungen 12 Monate nach Behandlungsende sind ein wichtiges Mittel zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der Suchtrehabilitation, allerdings liegen die Non-Response-Quoten dieser Untersuchungen bei mindestens ca. 45 % (Bachmeier et al., 2017). Das birgt die Gefahr einer Fehleinschätzung (Non-Response-Bias) der längerfristigen Wirksamkeit von Suchtbehandlungen, insbesondere dann, wenn sich die Gruppe der Antwortenden (Responder) im Abstinenzverhalten systematisch von der Gruppe der Non-Responder unterscheidet und der zugrundeliegende Mechanismus nicht zufällig ist (Schnell, 1997). Bisher gibt es keine Studien, die diese möglichen Unterschiede untersuchen. Mittels einer multimodalen Befragung (Post, Online, Telefon) wurde versucht, eine möglichst hohe Zahl von Non-Respondern doch noch für eine Befragung zu gewinnen, um zu einer genaueren Abschätzung des Abstinenzverhaltens sowie einer genaueren Beschreibung dieser Gruppe zu gelangen. Weiterhin sollten auch mögliche Verbesserungspotentiale in Bezug auf die Durchführung der Routinekatamnese aus den Ergebnissen abgeleitet werden.

Die Untersuchungsstichprobe umfasste 3578 Fälle aus 49 Studienkliniken. Die Teilnehmenden verteilten sich auf drei Untersuchungsgruppen: Früh-Antwortende auf die Klinikbefragung (n = 1669, 46,6 %), Spät-Antwortende auf die Befragung der Charité (n = 629, 17,6 %), Nicht-Antwortende (n = 1280, 35,8 %). Die drei Gruppen unterschieden sich hinsichtlich ihrer soziodemografischen Eigenschaften voneinander. Nicht-Antwortende waren jünger, eher männlich, eher arbeitslos, seltener in festen Beziehungen und wiesen eine geringere Haltequote sowie eine längere Behandlungsdauer als die beiden anderen Gruppen auf. Es wurde deutlich, dass die Anwendung alternativer Befragungsmodi (Online- und Telefonbefragung) zur Erhöhung der Antwortquote bei der Routinekatamnese führen kann.

Zum ersten Mal wurde eine systematische Untersuchung der Erfolgsquoten in der stationären Alkohollentwöhnung unter Einbeziehung der Spät-Antwortenden durchgeführt. Es zeigte sich, dass in dieser Gruppe über 64 % der befragten Personen eine Abstinenz während des Katamnesezeitraums berichteten. Dies ist ein Beleg dafür, dass die konservativste Berechnungsform für die Effektivität der Suchtrehabilitation nach DGSS 4, in die alle angeschriebenen Personen eines Entlassungsjahrgangs eingehen und bei der Non-Responder als rückfällig bewertet werden, keine valide Grundlage für die Schätzung der tatsächlichen Erfolgsquote der Behandlungen darstellt. Mit der Erhöhung der Response-Rate, von 46,6 % nach der ersten Phase der Befragung auf 64,2 % nach der dritten Phase der Befragung kommt es auch zu einer Veränderung der katamnestischen Erfolgsquote in der Studienpopulation. Nach der Berechnungsform DGSS 4 steigt die katamnestische Erfolgsquote von 38,2 % nach Phase 1 der Befragung auf 49,5 % nach Phase 3 der Befragung.

Danksagung

Die vorliegende Studie wäre ohne die Bereitschaft und Mitarbeit vieler einzelner Personen nicht möglich gewesen. Wir bedanken uns herzlich bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der beteiligten Kliniken, die an der Studie teilgenommen haben.

Ein großes Dankeschön den Klinikleitungen und zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den beteiligten Studienkliniken, die sich mit hohem Engagement und großer Bereitschaft für das Gelingen der Studie eingesetzt haben. Herzlichen Dank an alle zuständigen Personen in den nachfolgend genannten Kliniken:

Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee - Berlin, **Bernhard-Salzmänn-Klinik** - Gütersloh, **DIAKO Nordfriesland** - Breklum, **Diakonie-Krankenhaus Harz** - Elbingerode, **Fachklinik Alte Ölmühle** - Magdeburg, **Fachklinik Bassum** - Bassum, **Fachklinik Erlengrund** - Salzgitter, **Fachklinik Eußerthal** - Eußerthal, **Fachklinik Fischer-Haus** - Gaggenau-Michelbach, **Fachklinik Fredeburg** - Schmallebenberg - Bad Fredeburg, **Fachklinik Freudenholm-Ruhleben** - Schellhorn, **Fachklinik Haselbach** - Haselbach, **Fachklinik Haus Immanuel** - Thurnau-Hutschdorf, **Fachklinik Haus Renchtal** - Renchen, **Fachklinik Hächsten** - Bad Saulgau, **Fachklinik Legau** - Legau, **Fachklinik Neue Rhön** - Burghaun, **Fachklinik Oldenburger Land** - Dötlingen-Neerstedt, **Fachklinik Schloß Falkenhof** - Bensheim, **Fachklinik Schönau** - Grünenbach, **Fachklinik Weinböhl** - Weinböhl, **Fachklinik Zur alten Post** - Baiersbrunn-Schönmünzsch, **Fachklinik Ringgenhof** - Wilhelmsdorf, **Fontane-Klinik** - Mittenwalde/OT Motzen, **Klinik am Park** - Bad Lippspringe, **Klinik Eschenburg** - Eschenburg, **Klinik Gut Zissendorf** - Hennef/Sieg, **Kliniken Wied** - Wied bei Hachenburg, **Kraichtal-Kliniken** - Kraichtal, **Luzin-Klinik** - Feldberger Seenlandschaft, **MEDIAN Klinik Dormagen** - Dormagen, **MEDIAN Klinik Lübeck** - Lübeck, **MEDIAN Klinik Odenwald** - Breuberg-Sandbach, **MEDIAN Klinik Richelsdorf** - Wildeck, **MEDIAN Klinik Römheld** - Römheld, **MEDIAN Klinik Tönisstein** - Bad Neuenahr-Ahrweiler, **MEDIAN Klinik Wilhelmsheim** - Oppenweiler, **MEDIAN Kliniken Daun** - Am Rosenberg - Daun, **MEDIAN Kliniken Daun** - Thomener Höhe - Darscheid, **Paracelsus-Berghofklinik** - Bad Essen, **Psychiatrisches Zentrum Nordbaden** - Wiesloch, **Psychosoziale Klinik St. Martin** - Euskirchen, **Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda** - Bad Liebenwerda, **Reha-Klinik Serrahn** - Serrahn, **Reha-Klinik St. Landelin** - Herbolzheim, **Salus Klinik Friedrichsdorf** - Friedrichsdorf, **Suchtfachklinik Magdalenenstift** - Chemnitz, **TANNENHOF Haus Schönbirken** - Vielitzsee / OT Strubensee

Zu guter Letzt möchten wir dem wissenschaftlichen Beirat für die wertvollen Beiträge und Diskussionen danken, die zum Gelingen der Studie beigetragen haben. Insbesondere hervorzuheben ist, dass dieser Beitrag durch ehrenamtliches Engagement der beteiligten Personen zustande kam.

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

Mehr als 1.7 Millionen Menschen der erwachsenen Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren in Deutschland weisen gemäß der DSM-IV Kriterien eine Alkoholabhängigkeit und 1,6 Mio. Menschen einen Alkoholmissbrauch auf (Pabst, Kraus, Matos, & Piontek, 2013). Neben somatischen und psychischen Folgeerkrankungen sowie sozialen Konsequenzen für die Betroffenen resultieren auch hohe volkswirtschaftliche Kosten aus dieser Erkrankung (Adams & Effertz, 2011; Bergmann & Horch, 2002). Im Jahr 2011 wurde eine psychische oder verhaltensbezogene Störung durch Alkohol als zweithäufigste Einzeldiagnose in Krankenhäusern gestellt (Statistisches Bundesamt, 2017). Hauptleistungsträger ist bei rund 85% der durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen die Deutsche Rentenversicherung. Da die Kosten für eine Entwöhnungsbehandlung aufgrund der langen Behandlungszeiten annähernd drei Mal so hoch sind wie für eine somatische Rehabilitation, ist dieser Indikationsbereich vergleichsweise bedeutsam. So beliefen sich die Kosten der Suchtrehabilitation für die Deutsche Rentenversicherung 2011 allgemein auf 493 Mio. Euro und machten damit 15,5 % der Gesamt-Ausgaben für medizinische Rehabilitation aus. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Alkoholabhängigkeit mit Abstand der häufigste Grund einer Entwöhnungsbehandlung ist (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012).

Angesichts der gesamtgesellschaftlichen Relevanz von Abhängigkeitserkrankungen und der generellen Forderung nach mehr Effizienz und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sollte dem Nachweis der Effektivität von Entwöhnungsbehandlungen besondere Beachtung geschenkt werden. Neben der gesetzlichen Verpflichtung aller Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation, sich an qualitätssichernden Maßnahmen zu beteiligen (§ 37 SGB IX), spielt in der Suchtrehabilitation, anders als in anderen Indikationen, eine in vielen Einrichtungen routinemäßig durchgeführte katamnestische Erfassung der Ergebnisqualität zwölf Monate nach der Entlassung eine große Rolle. So wurde mit der Erweiterung des Deutschen Kerndatensatzes um ein Katamnesemodul ein Instrument für eine bundesweit einheitliche Nachbefragung zur Verfügung gestellt, das die von der DHS empfohlene Routineevaluation als Vollerhebung ermöglichen würde (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2004). Zentrales Effektivitätskriterium der Katamnesen ist demnach die dauerhafte Suchtmittelabstinenz, denn nur so lassen sich die Rehabilitationsziele gemäß SGB IX (Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen) erreichen. Problematisch bei der Beurteilung der Effektivität der Entwöhnungsbehandlungen gestaltet sich jedoch der Umgang mit dem nicht außer Acht zu lassenden Anteil an Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, der nicht bereit ist, an der katamnestischen Befragung teilzunehmen, die so genannten

Non-Responder. So zeigte sich z.B. in den Ergebnissen der 12-Monats-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2014, die vom Fachverband Sucht (FVS) veröffentlicht wurde, eine Non-Response-Quote der Alkohol- und Medikamentenabhängigen von 45,6 % (Bachmeier et al., 2017). Gelöst wird der Umgang damit bislang mit vier unterschiedlichen Berechnungsformen der Abstinenzquoten nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001) (siehe Tabelle 1).

Berechnungsform	Bezugsstichprobe	Katamnestiche Erfolgsquote (FVS Jahrgang 2014)
DGSS 1	alle in der Katamneseuntersuchung erreichten und planmäßig entlassenen Patienten (Responder)	76,9 %
DGSS 2	alle planmäßig entlassenen Patienten (Responder und Non-Responder), Non-Responder gelten als rückfällig	44,1 %
DGSS 3	alle in der Katamneseuntersuchung erreichten Patienten (Responder)	75,3 %
DGSS 4	alle Patienten eines Entlassungsjahrgangs (Responder und Non-Responder), Non-Responder gelten als rückfällig	40,9 %

Tabelle 1: Berechnungsformen der Abstinenzquoten 1-4 nach den Standards der DGSS und beispielhafte Ergebnisse der FVS-Katamnese 2014

Während bei den Berechnungsformen DGSS 1 und DGSS 3 ausschließlich die Katamnese-Antworte, die so genannten Responder, für die Berechnung der Abstinenzquoten berücksichtigt werden, werden bei Berechnungsformen DGSS 2 und 4 auch die Nicht-Antworte (Non-Responder) mit in die Berechnung einbezogen, in dem sie automatisch als rückfällig eingestuft werden. Die konservativste Berechnungsform stellt folglich die DGSS 4 dar, bei der alle in einem Jahr entlassenen Patienten in die Berechnung einfließen. Betrachtet man die Abstinenzquoten der FVS-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2014 (Bachmeier et al., 2017), ergibt sich eine katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS4 unter Einbezug der Kategorie „abstinent nach Rückfall“ von 40,9 %. Alle Non-Responder gehen hier als rückfällig mit ein. Im Vergleich dazu werden für die Berechnungsform DGSS 1, bei der nur die Responder, die auch die Behandlung planmäßig beendet haben, einbezogen werden, deutlich höhere Abstinenzquoten von 76,9 % berichtet. Beide Berechnungsformen können aufgrund der hohen Non-Response-Quoten von 45,6 % und der fehlenden Informationen zu dieser Teilpopulation vermutlich nur eine unzufrieden stellende Annäherung an den „wahren Wert“ darstellen und resultieren in einer Über- bzw. Unterschätzung der Effektivität der stationären Entwöhnungsbehandlung (Bachmeier et al., 2017). Angesichts der hohen Behandlungskosten und der weiten Verbreitung der Alkoholabhängigkeit ist ein verlässlicher Nachweis der Effektivität geeigneter Behandlungsmaßnahmen unabdingbar, denn nur so können auch Hinweise für Verbesserungen der Indikationsstellungen, der Behandlungen und Nachsorge gefunden werden.

Non-Response und die dadurch entstehenden möglichen Verzerrungen der Daten werden insbesondere in der epidemiologischen Forschung vielfach thematisiert, nicht zuletzt, weil allgemein die Teilnahmebereitschaft an Umfragen weiterhin stetig sinkt. Das Risiko eines Non-Response Bias in den Daten ist immer dann gegeben, wenn sich die Teilnehmer von den Nicht-Teilnehmern systematisch unterscheiden und der Mechanismus, der zur Non-Response führt, nicht zufällig ist (Schnell, 1997). Betrachtet man epidemiologische Sucht-Surveys, so finden sich zum einen widersprüchliche Daten über das Vorhandensein von systematischen Unterschieden in Populationscharakteristiken der Responder und Non-Responder und zum anderen auch widersprüchliche Informationen zur Outcome-Richtung der beiden Teilgruppen (Zhao, Stockwell, & Macdonald, 2009). Da Informationen zu den Non-Respondern für gewöhnlich nicht zur Verfügung stehen, wird zunächst meist versucht, höchstmögliche Response-Raten zu erzielen, um einen potenziellen Non-Response-Bias zu minimieren und die Qualität der Daten zu erhöhen. Dazu kommen verschiedene Strategien zum Einsatz, um initial ablehnende Teilnehmer bzw. auch schwer erreichbare Teilnehmer für die Umfragen zu gewinnen. In einem Cochrane-Review von 2009 wurden mögliche Strategien zur Erhöhung der Response-Quoten bei postalischen und elektronischen Befragungen evaluiert (Edwards et al., 2009). Insgesamt 481 Studien, in denen 110 unterschiedliche Strategien auf ihre Wirksamkeit getestet wurden, gingen in den Review ein. Als effektiv erwiesen sich eine der Befragung vorausgehende Kontaktaufnahme, eine postalische Eingangsbestätigung und bereits frankierte Rückumschläge. Die Länge des Fragebogens hatte ebenfalls maßgebliche Effekte auf die Antwortquoten, sowie auch die Personalisierung der Anschreiben und weitere Nachfasswellen, die erneut den Fragebogen enthielten. Incentives, insbesondere monetäre Incentives, erwiesen sich ebenfalls als sehr wirksam. Zunehmend häufiger kommen auch Mixed-Mode-Ansätze zum Einsatz, die eine Kombination von Befragungsmethoden vorsehen (z.B. Online-, Telefon-, oder postalische Befragungen), um für die individuellen Zielpersonen möglichst maßgeschneiderte Antwortoptionen zur Verfügung zu stellen. Hier gilt es zu unterscheiden, ob die verschiedenen Befragungsmethoden sequentiell oder parallel angewendet werden sollen (Kreuter, 2013). Exemplarisch sei der epidemiologische Suchtsurvey von 2009 erwähnt, bei dem ein Befragungsmethodenmix aus telefonischer, postalischer und Internetbefragung realisiert wurde (Kraus, 2010).

Neben dem Informationsgewinn durch die bloße Erhöhung der Response-Quote ist es jedoch auch Ziel entsprechender Studien, Informationen über eben diese Teilnehmer, die nicht mit den gewöhnlichen Strategien - jedoch mit einem Mehraufwand - erreicht werden können, zu gewinnen. Zugrunde liegt die Annahme, dass die in der Literatur als Late-Responder bezeichneten Personen den Non-Respondern möglicherweise ähnlicher sind, als denjenigen, die sich direkt zur Teilnahme an einer Umfrage bereit erklären, den sogenannten Early-Respondern, um so einen indirekten Hinweis auf systematische Unterschiede zwischen den Respondern und Non-Respondern zu erhalten und auf letztere dadurch näherungsweise schließen zu können (Hoffmann et al., 2004). Kontrovers wird diese Annahme jedoch

dann diskutiert, wenn es in den Umfragen um sensitive Themen geht. Werden die Themen als intrusiv oder unangenehm wahrgenommen, kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine Erhöhung der Response-Raten den Response-Bias zwingend reduziert. Viel eher ist es denkbar, dass in solchen Fällen die Late-Responder den Early-Respondern ähneln und sich substantiell von den Non-Respondern unterscheiden (Groves & Peytcheva, 2008). Studer et al. führten eine Kohortenstudie zum Substanzmittelgebrauch bei jungen Männern durch und konnten zeigen, da sie Ausgangsinformationen zu 94% aller Befragten vorzuliegen hatten, dass sich die Late-Responder von den Early-Respondern unterscheiden und somit einen Mehrwert an Informationen liefern, sich nichtsdestotrotz aber auch von den Non-Respondern unterscheiden und keinen 1:1 Rückschluss auf diese zulassen (Studer et al., 2013).

Der Deutsche Kerndatensatz Sucht ermöglicht es nun, die Katamnese-Stichprobe nach einer Entwöhnungsbehandlung erstmalig nach eben solchen Gesichtspunkten zu analysieren und Informationen zu den drei Gruppen der Early-, Late- und Non-Respondern zu erlangen. Neben der besseren Einschätzung des Ausmaßes des Non-Response-Bias und damit einer valideren Beurteilung der Behandlungseffektivität, können sich so auch Hinweise auf Hochrisikogruppen und für die Überarbeitung von Behandlungskonzepten ergeben.

Mit dem Forschungsvorhaben sollen folgende Informationen gewonnen werden:

- Informationen über Outcome-Parameter (Abstinenzverhalten, aktuelle berufliche und soziale Situation) der primären Non-Responder (Late-Responder)
- Informationen über Unterschiede in den Outcome-Parameter zwischen Respondern und primären Non-Respondern (Late-Responder)
- Beschreibung und Vergleich der durch die Studie erreichten Non-Responder (Late-Responder), nicht erreichten Non-Responder und Responder (Early-Responder) anhand von Prozessdaten (soziodemografische Merkmale und Prozessmerkmale der stationären Entwöhnungsbehandlung)
- Gründe der erreichten Non-Responder (Late-Responder) für die bisherige Nicht-Teilnahme an der 12-Monatskatamnese

1.2 Ziele des Projekts

Die **primäre Zielstellung** des Projekts besteht in der Erlangung von validen Informationen zu Outcome-Parametern von Teilnehmern einer stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein Jahr nach deren Entlassung. Das Hauptziel besteht in der Abschätzung der katamnestic Erfolgsquoten einschließlich der Berücksichtigung der Late- und Non-Responder. Es sollen möglichst viele primäre Non-Responder (Nicht-Antwörter der Routinekatamnese) des Erhebungszeitraums nachbefragt werden, um Informationen über diese bislang unbeschriebene Gruppe zu erhalten. Mit diesem Ziel wird im Anschluss an die durch die Kliniken routinemäßig durchgeführte 12-Monatskatamnese durch die Antragstellerin eine Non-Response-Befragung realisiert.

Die **sekundäre Zielstellung** der Studie besteht in Ableitung von Empfehlungen zur Erhöhung der Response-Quoten der Routine-Katamnese durch geeignete Maßnahmen und Erhebungsmethoden.

Tabelle 2 zeigt übergeordnete Ziele, Teilziele und die jeweiligen Indikatoren zur Messung der Zielerreichung:

Ziel	Indikatoren zur Messung der Zielerreichung
Nachbefragung von Non-Respondern (Durchführung einer Non-Response-Befragung)	Quote der erreichten Non-Responder liegt bei mindestens 15 %
Ableitung von Empfehlungen zur Erhöhung der Responsequoten der Routine-Katamnese	Empfehlungen zu Erhebungsinstrumenten und –methoden sind vorhanden
Teilziel	Indikatoren zur Messung der Zielerreichung
Informationen über Outcome-Parameter der Late-Responder erlangen	Angaben zu Abstinenzverhalten, aktuellen sozialen und beruflichen Situation liegen für Late-Responder vor
Ermittlung von Unterschieden im Outcome bei Early-Respondern und Late-Respondern	Valide gruppenspezifische Auswertungsergebnisse zum Abstinenzverhalten, aktuelle soziale und berufliche Situation
Ermittlung von Unterschieden zwischen den Gruppen Early-, Late- und Non-Respondern	Valide gruppenspezifische Auswertungsergebnisse von soziodemografischen Merkmalen und Prozessmerkmalen der Entwöhnungsbehandlung

Tabelle 2: Zielstellungen und Indikatoren der Zielerreichung

1.3 Projektstruktur

Das Projekt war als multizentrische Studie angelegt und wurde mit Unterstützung zweier Fachverbände der Suchtkrankenhilfe durchgeführt. Das Studienzentrum der Charité am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (IMSR) wurde von einem wissenschaftlichen Beirat beraten (siehe unten).

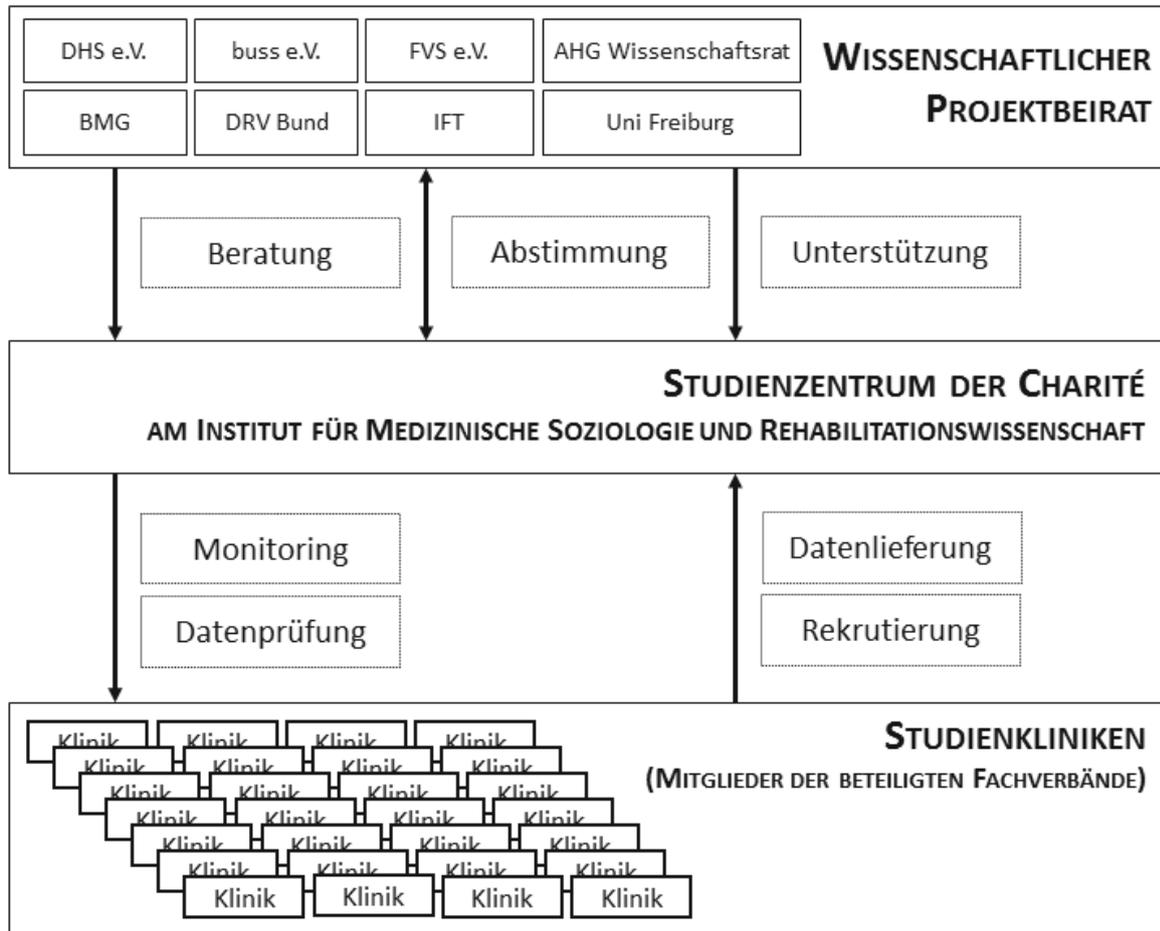


Abbildung 1: Projektaufbau, Kooperationsstruktur

Die Aufgaben der einzelnen Projektpartner werden in den folgenden Abschnitten näher dargestellt.

1.3.1 Wissenschaftlicher Projektbeirat

Durch die Einrichtung eines Projektbeirates sollte gewährleistet werden, dass das Vorgehen und die Ergebnisse der Studie fachlich diskutiert und ausgewertet werden. Der Projektbeirat stellt ein beratendes Gremium dar. Das Studienzentrum informiert die Mitglieder des Projektbeirates einmal jährlich und darüber hinaus bei Bedarf über den aktuellen Stand des Projektes. Der regelmäßige Austausch im Rahmen dieses Gremiums ermöglicht es, Risiken bereits im Projektverlauf zu erkennen und frühzeitig Gegenmaßnahmen einzuleiten. Der Projektbeirat besteht aus Mitgliedern des Fachbeirates Deutsche Suchthilfestatistik sowie Vertretern der Wissenschaft, Praxis und Bundespolitik. Die Beiratsmitglieder

der Fachverbände konnten bei auftretenden Problemen mit den Studienkliniken unterstützend eingreifen (z. B. Kontaktaufnahme mit Kliniken bei Problemen, Rekrutierung weiterer Kliniken). Neben der Projektleitung und den beteiligten Mitarbeitern des IMSR konnten die nachfolgenden Personen für den Projektbeirat gewonnen werden (siehe Tabelle 3).

Name	Institution
Prof. Dr. Lothar Feige	AHG Wissenschaftsrat (bis 31.12.16), Ostfalia Hochschule
Albert Kern	Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Referat Sucht und Drogen (mittlerweile ausgeschieden)
Gaby Kirschbaum	Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Leiterin des Referates Sucht und Drogen
Prof. Dr. Andreas Koch	buss – Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
Dr. Joachim Köhler	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)
Gotthard Lehner	buss – Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. / Fachklinik Haus Immanuel
Dr. Hans Wolfgang Linster	Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Psychologie
Peter Missel	Fachverband Sucht e.V. (FVS) / MEDIAN Kliniken Daun
Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel	IFT Institut für Therapieforschung, München
Dr. Volker Weissinger	Fachverband Sucht e.V. (FVS)
Dr. Theo Wessel	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) / Gesamtverband für Suchthilfe e.V.

Tabelle 3: Mitglieder des wissenschaftlichen Projektbeirats (alphabetisch)

Der wissenschaftliche Projektbeirat der Studie bündelt mit seiner Zusammensetzung maßgebliche Kompetenzen im Bereich der Suchtpolitik, Suchtforschung und Suchthilfe.

1.3.2 Kooperierende Fachverbände

Die beiden im Rahmen der Studie kooperierenden Fachverbände FVS und buss hatten eine Vermittlerfunktion zwischen den Mitgliedseinrichtungen und dem Studienzentrum der Charité. Ihre Aufgabe bestand darin, Studienkliniken für die Kooperation mit der Charité zu gewinnen (siehe Kapitel 4).

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss)

Unter dem Dach des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) e.V. sind bundesweit 160 stationäre Einrichtungen der Behandlung und Betreuung Abhängigkeitskranker zusammengeschlossen. Der buss vertritt Einrichtungen in frei-gemeinnütziger, öffentlich-rechtlicher oder privater Trägerschaft (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., o.J.).

Fachverband Sucht e. V. (FVS)

Im Fachverband Sucht e.V. haben sich bundesweit Einrichtungen zusammengeschlossen, die sich ebenfalls der Behandlung, Versorgung und Beratung von Suchtkranken widmen. Er vertritt ca. 95 Einrichtungen mit überwiegend stationären Therapieplätzen sowie auch ambulante Einrichtungen. Der FVS ist politisch und konfessionell unabhängig und vertritt vornehmlich Einrichtungen in freier Trägerschaft (Fachverband Sucht e.V., o.J.).

1.3.3 Studienkliniken

Die beteiligten Studienkliniken hatten zunächst die Aufgabe, Studienteilnehmende zu informieren und rekrutieren. Im Anschluss daran waren sie für die Durchführung der Routinekatamnese bei den Studienteilnehmenden und die Information des Studienzentrums durch die regelmäßige Bereitstellung von Daten über den Stand der Katamnesebefragung verantwortlich. Nicht erreichte Studienteilnehmende wurden als primäre Non-Responder an das Studienzentrum gemeldet.

1.3.4 Studienzentrum der Charité

Das Studienzentrum der Charité koordinierte und organisierte die Studienaktivitäten im gesamten Projektverlauf. Dazu gehörten insbesondere:

- Organisatorische Projektarbeiten (z.B. Vorbereitung der Treffen des Projektbeirates, finanzielle Projektplanung, Berichterstattung gegenüber dem Förderer, Planung und Erstellung einer Befragungsinfrastruktur)
- Koordinierende Projektarbeiten (z.B. enger Austausch und Kontaktpflege mit Studienkliniken, Monitoring der Datenerhebung, Austausch mit Dienstleistungsunternehmen)
- Wissenschaftliche Projektarbeiten (z.B. Literaturrecherche, Erstellung von Befragungsinstrumenten, Aufbereiten und Prüfen der Datengrundlagen, Auswertungen der Daten, Präsentation und Publikation der Ergebnisse)

2. Methodik

2.1 Studiendesign

Ziel der multizentrischen prospektiven Studie ist es, eine möglichst hohe Zahl der primären Non-Responder (Nicht-Antwörter der Routine-Katamnese) durch eine gezielte Non-Response-Befragung zu erreichen und zu befragen. Diejenigen Studienteilnehmenden, die durch die Non-Response-Befragung erreicht werden konnten, werden im Folgenden als Late-Responder bezeichnet. Die **primären Zielgrößen** der Untersuchung stellen katamnestiche Informationen zum Konsumverhalten und zur beruflichen sowie sozialen Situation ca. 12 Monate nach dem Ende der Entwöhnungsbehandlung dar. Diese Daten werden sowohl bei den Early- als auch den Late-Respondern erfasst. Als **sekundäre Zielgröße** werden bei den Late-Respondern zusätzlich Gründe für das Non-Response-Verhalten erhoben.

Das Projekt gliedert sich in folgende **Projektphasen** (vgl. Kapitel 3):

- Projektphase 1: Vorbereitung, Projektinitiierung und Rekrutierung
- Projektphase 2: Durchführung der Routine-12-Monats-Katamnese
- Projektphase 3: Durchführung der Non-Response-Befragung
- Projektphase 4: Datenaufbereitung und -analyse
- Projektphase 5: Berichtslegung

In die Studie wurden ausschließlich Kliniken einbezogen, die routinemäßig eine 12-Monatskatamnese als Vollerhebung bei allen entlassenen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durchführen und diesbezüglich über praktische Erfahrungen und etablierte Abläufe verfügen. Um den zusätzlichen Aufwand für die Kliniken im Rahmen der Studie möglichst gering zu halten, griffen die strukturierten Vorgaben des Studienzentrums so wenig wie möglich in die übliche Routine der Klinik ein. Die Mitarbeitenden der Studienkliniken übernahmen sowohl in der Phase 1 (Rekrutierung) als auch in der Phase 2 (12-Monats-Katamnese) zentrale Studienaufgaben.

Projektphase 1 diente der Projektvorbereitung bzw. -initiierung. In dieser Phase wurde das Projektcontrolling aufgebaut, die in den Kliniken einzusetzenden Materialien und Instrumente erstellt sowie die Klinikmitarbeiter über den Projektablauf und die anfallenden Tätigkeiten informiert. Ebenfalls erfolgte in dieser Phase die Rekrutierung der potentiellen Studienteilnehmenden. Über einen Zeitraum von 7 Monaten wurde jede/r in die Studienkliniken aufgenommene Patientin/Patient über die Katamnese-Befragung informiert, dies entsprach etwas mehr als einem halben Entlassungsjahrgang. Es sollte von möglichst vielen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine Einwilligung zur Teilnahme an der Katamnese-Befragung eingeholt werden. Ebenfalls wurde eine zusätzliche Einverständniserklärung zur ergänzenden Katamnese-Befragung (Non-Response-Befragung) durch das Studienzentrum eingeholt.

Durch die Erfassung von alternativen Kontaktmöglichkeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, wie z.B. Handynummer, E-Mailadresse sollten die Kontaktierungsmöglichkeiten und somit die Erreichbarkeit für die Katamnese-Befragung erhöht werden. Von der Nutzung von Social Media Accounts als Kontaktmöglichkeit wurde aufgrund von datenschutzrechtlichen Bedenken abgesehen.

Am Ablauf der routinemäßig durchgeführten **12-Monatskatamnese (Projektphase 2)** in den Kliniken sollte möglichst wenig verändert werden. Diese Befragung wurde von den Studienkliniken in einem gleitenden Versandschema durchgeführt. Analog zu den Empfehlungen der DHS für die Durchführung der 12-Monatskatamnese (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2008) wurde ein Jahr nach Entlassung eine schriftliche Befragung aller Studienteilnehmenden mit einmaliger Erinnerung nach ca. 6 Wochen durchgeführt. Die Studienkliniken dokumentierten den Eingang der Antwort auf die 12-Monatskatamnese in einem Katamneseprotokoll. In regelmäßigen ca. 2-4-wöchigen Abständen wurde dieses Dokument an das Studienzentrum der Charité übermittelt. Es enthielt die Informationen über den Katamneseversand und -rücklauf (Angeschriebene, Responder und Non-Responder). Beim Monitoring der Befragungen war das Studienzentrum auf eine enge Abstimmung mit den Studienkliniken angewiesen. Dies galt besonders im Hinblick auf eine zeitnahe Meldung von Studienteilnehmenden, die nicht durch die Klinik erreicht wurden, um den Ablauf der Nachbefragung dieser primären Non-Responder nicht zu verzögern.

Die primären Non-Responder der 12-Monatskatamnese waren die potentiellen Teilnehmenden der **Non-Response-Befragung (Projektphase 3)**. Diese wurde im Anschluss an die Routine-Katamnese durch das Studienzentrum durchgeführt. Im Rahmen der Non-Response-Befragung kamen verschiedene Erhebungsmethoden in einem zweistufigen Erhebungsdesign kombiniert zum Einsatz (Mixed-Mode-Ansatz). Die erste Non-Response-Befragung, die ca. 12 Wochen nach der ersten Katamnese-Befragung durch die Klinik stattfand, wurde schriftlich mit einem Kurzbefragungsinstrument durchgeführt. Dabei wurden die Fragebögen postalisch an die primären Non-Responder versandt. Zum anderen wurde mittels alternativer Kontaktmöglichkeiten (E-Mail, SMS) zur Teilnahme an der Befragung aufgefordert. Der Fragebogen wurde neben der Paper-Pencil-Version auch in Form einer Online-Befragung realisiert, die allen angeschriebenen Non-Respondern zur Verfügung stand. Nach weiteren vier Wochen wurde versucht, bis dahin verbliebene Non-Responder in einem telefonischen Interview zu befragen. Die telefonische Kontaktaufnahme umfasste mindestens fünf Versuche zu unterschiedlichen Tageszeiten, an Werktagen und am Wochenende. Als Grundlage der telefonischen und der Online-Befragung diente das Kurzbefragungsinstrument (siehe 2.4.1 Entwicklung des Non-Response-Fragebogens). In Abbildung 2 (auf der nächsten Seite) ist der beschriebene Ablauf der Befragung schematisch dargestellt.

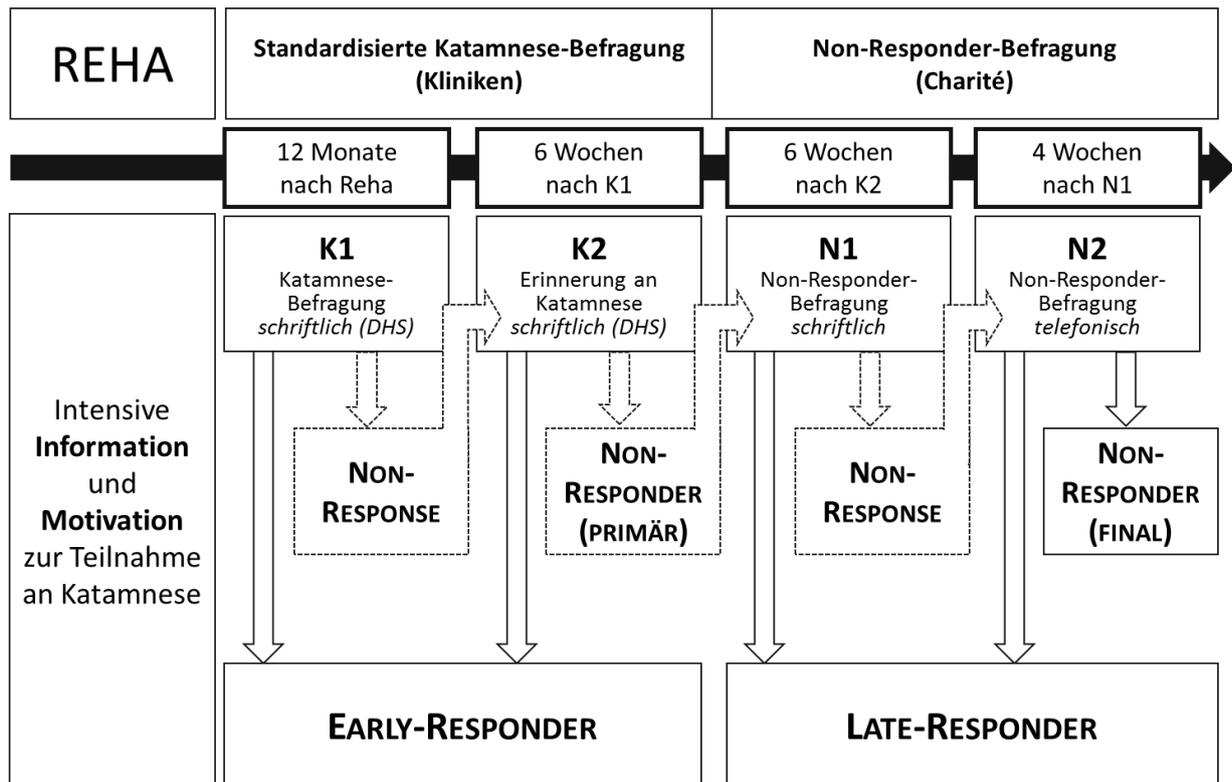


Abbildung 2: Schematische Darstellung der Befragung

In **Projektphase 4** wurde zunächst die Datengrundlage des Projektes komplettiert. Anschließend wurden die Daten aufbereitet und analysiert. Die Berichtslegung bildete den **Abschluss des Projektes (Projektphase 5)**. Der Abschlussbericht der Studie wurde zur finalen Abstimmung dem wissenschaftlichen Beirat vorgelegt.

2.1.1 Unterscheidung der Antworterguppen

Aus dem oben aufgeführten Schema ergibt sich für die Studie folgende Definition für die Antworterguppen:

- **Early-Responder** = die Studienteilnehmenden (ST), die auf die Katamnese-Befragung der Klinik (mit und ohne Erinnerung) geantwortet haben.
- **Late-Responder** = die ST, die auf den Kurzfragebogen (mit und ohne SMS/E-Mail Erinnerung; online oder postalisch) oder auf die telefonische Befragung (hier erfolgt keine weitere Erinnerung) geantwortet haben, also durch die Studie erreicht worden sind.
- **Primäre Non-Responder** = die ST, die nicht auf die Befragung der Klinik geantwortet haben.
- **Non-Responder** = die ST, die weder auf die Befragung der Klinik noch auf die Nachbefragung des Studienzentrums geantwortet haben.

Tabelle 4 zeigt die Antwortgruppen in Bezug auf die Befragungsphasen innerhalb der Studie.

Befragungsphase	Early-Responder	Late-Responder (Post, Online)	Late-Responder (Telefon)	Non-Responder
Phase 1: Katamnesebefragung der Klinik	Rücklauf	kein Rücklauf	kein Rücklauf	kein Rücklauf
Phase 2: schriftliche Non-Response-Befragung der Studie (Post, Online)	nicht durchgeführt	Rücklauf	kein Rücklauf	kein Rücklauf
Phase 3: telefonische Non-Response-Befragung der Studie	nicht durchgeführt	nicht durchgeführt	Rücklauf	kein Rücklauf

Tabelle 4: Begriffsdefinitionen der Antwortgruppen

2.1.2 Standardisierter Befragungsablauf

Im Rahmen der Studie wurde ein standardisierter Befragungsablauf festgelegt, um Verzerrungen durch eine unregelmäßige Befragung möglichst gering zu halten. Alle Studienteilnehmenden wurden mittels des in Abbildung 3 gezeigten Befragungsablaufes zunächst durch die Studienkliniken und anschließend durch die Charité befragt.

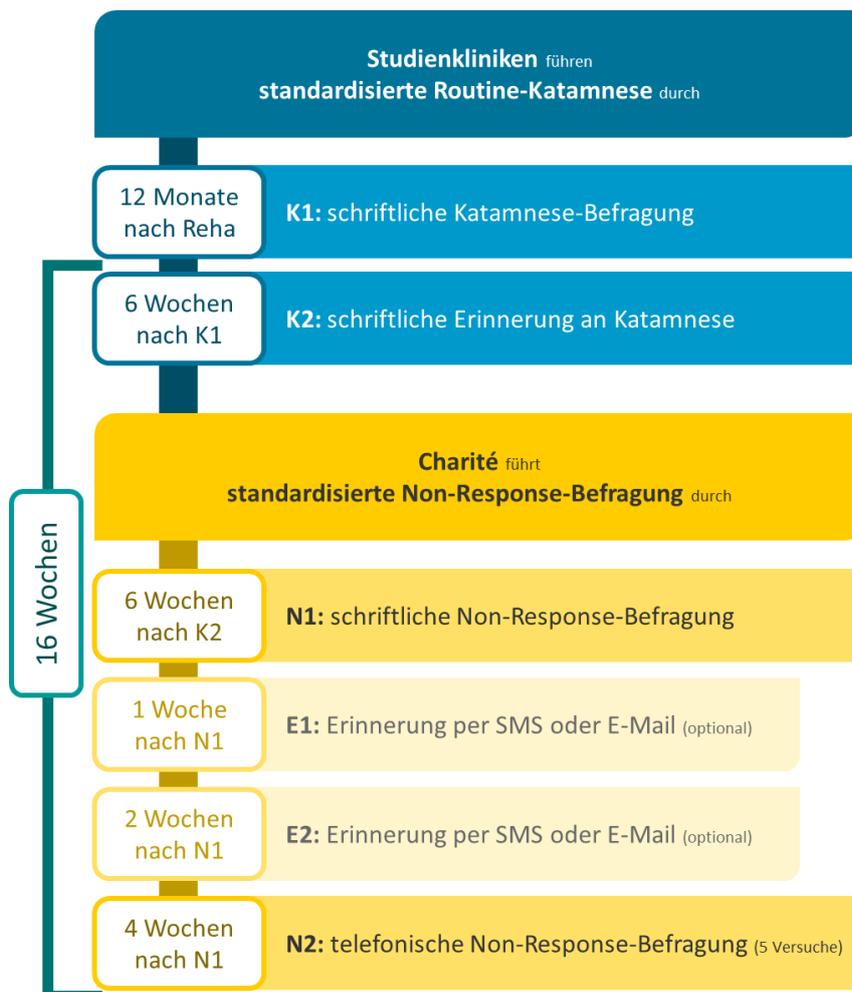


Abbildung 3: standardisiertes Ablauf-Schema der Befragung

Der Befragungsablauf startete in Phase 1 mit dem Anschreiben durch die Studienklinik ca. 12 Monate nach Ende der stationären Entwöhnungsbehandlung. Sollte auf das erste Anschreiben keine Rückmeldung eingegangen sein, so versendeten die Kliniken eine Erinnerung an das Ausfüllen des Fragebogens. In beiden Befragungsschritten wurden der Klinik durch das Studienzentrum keine Vorschriften zur Ausgestaltung der Befragung gemacht, weder was den zeitlichen Turnus der Befragungen noch die eingesetzten Erhebungsinstrumente angeht. Um dennoch eine Vergleichbarkeit der Ausgangsbedingungen herzustellen, wurde festgelegt, dass die Kliniken für alle Studienteilnehmenden jeweils ein Anschreiben und eine Erinnerung realisieren müssen. Eine weitere Vorgabe bestand darin, das Studienzentrum der Charité jeweils zeitnah über den aktuellen Stand der Katamnesebefragung (Versand und Rücklauf) zu informieren.

Mit der Meldung der primären Non-Responder an die Charité startete dann die Phase 2 der Befragung. Die Non-Response-Befragung orientierte sich an der Kalenderwoche, in der die Studienklinik die schriftliche Erinnerung an die Studienteilnehmenden versandt hatte. Es wurde ein gleitendes Versandschema realisiert, das heißt, dass für alle Studienteilnehmenden individuelle Versandzeitpunkte galten. Genau sechs Wochen nach der Erinnerung durch die Klinik wurden die primären Non-Responder durch die Charité mit einem Kurzbefragungsinstrument angeschrieben. Eine Woche nach diesem Anschreiben wurden diejenigen Studienteilnehmenden, die eine mobile Telefonnummer für die Kontaktaufnahme per SMS oder eine E-Mail-Adresse für die Kontaktaufnahme per E-Mail hinterlegt hatten, per SMS und/oder E-Mail an das Ausfüllen des Fragebogens der Charité erinnert. In der darauffolgenden Woche wurde dieses Erinnerungs-Procédere wiederholt. Studienteilnehmende, die weder eine E-Mail-Adresse noch eine Mobiltelefonnummer zur Kontaktaufnahme hinterlegt hatten, erhielten keine Erinnerungen. Insgesamt wurde vier Wochen nach Versand des Kurzbefragungsinstrumentes auf eine Antwort der Studienteilnehmenden gewartet. War bis dahin keine Rückmeldung eingegangen, wurde mit der Befragungsphase 3, der telefonischen Nachbefragung der Studienteilnehmenden, begonnen.

Für die telefonische Nachbefragung galten folgende Vorgaben: Alle Studienteilnehmenden, die in den vorangegangenen Befragungsphasen nicht erreicht wurden, wurden bis zu fünfmal kontaktiert. Dabei sollte der Befragungsablauf sicherstellen, dass jeder Studienteilnehmende in dieser Phase einmal am Wochenende sowie zu verschiedenen Wochentagen zu jeweils verschiedenen Tageszeiten angerufen wurde.

2.1.3 Monitoring der Befragung

Um die Übergabe und das Einpflegen der Studienlisten aus den beteiligten Kliniken zu vereinfachen und standardisierte Abläufe zu gewährleisten, wurden mithilfe des Datenmanagementsystems Microsoft Access zwei Datenbanken erstellt. Erstere diente zur Verwaltung der eingegangenen Klinik-Studienlisten und zur Dokumentation der Kommunikation zwischen dem Projektteam und den Kliniken. Dies

erleichterte die projektinterne Arbeitsteilung, da einerseits Eingang und Bearbeitung der Studienlisten dokumentiert werden konnten und andererseits schriftliche und telefonische Absprachen mit den und Rückmeldungen an die Kliniken einsehbar waren. Zusätzlich war es durch die Datenbank möglich, säumige Kliniken zu identifizieren und gezielt an das Zuschicken der Studienlisten im verabredeten Zeitraum zu erinnern. Die zweite Datenbank organisierte den gesamten Befragungsablauf seitens des Forschungsprojektes. Hier wurde für alle primären Non-Responder ein individueller Befragungsablauf für die einzelnen Schritte der Befragung erstellt. Zeitgleich wurden die fortwährend eingehenden Studienlisten aus den Kliniken eingepflegt, um so die Datenbank und die individuellen Befragungsabläufe der Studienteilnehmenden aktuell zu halten. So sollte vermieden werden, dass Studienteilnehmende versehentlich doppelt angeschrieben oder befragt werden.

2.2 Stichprobenkalkulation

2.2.1 Schätzung der Grundgesamtheit

Als Grundlage der Stichprobenkalkulation wurde die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) herangezogen. Hier gehen alle Einrichtungen ein, die entsprechend der Vorgaben des Kerndatensatzes Sucht (KDS) dokumentieren und die Daten dem Institut für Therapieforschung (IFT) zur Auswertung zur Verfügung stellen. Das deutsche Suchthilfesystem wird damit jedoch noch nicht vollständig abgebildet, denn gemäß des Registers für Facheinrichtungen der Suchtkrankenhilfe des IFT nehmen nur 69-74% der ambulanten ($n=779$) und 43-48% der stationären ($n=157$) Einrichtungen daran teil (Pfeiffer-Gerschel, Kunzel, & Steppan, 2011). Die Statistik lieferte jedoch die zum Zeitpunkt der Antragstellung bestmögliche zur Verfügung stehende Datengrundlage zur Schätzung der Grundgesamtheit, d.h. der Patientinnen und Patienten, die in den Mitgliedskliniken des buss und FVS behandelt werden. Diese bilden nur einen Ausschnitt der in Deutschland in einem Jahr durchgeführten stationären Entwöhnungsbehandlungen. Allein über die Deutsche Rentenversicherung wurden im Jahr 2014 ca. 37.000 stationäre Entwöhnungsbehandlungen abgerechnet (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016), von denen die überwiegende Anzahl aufgrund einer Alkoholdiagnose gewährt wurde.

Laut dem Tabellenband für stationäre Reha-Einrichtungen der DSHS (<http://www.suchthilfestatistik.de/download.html>) für den Bereich der stationären Alkoholentwöhnung (Hauptdiagnose nach ICD 10: F10) erhielten im Jahr 2011 insgesamt 14.363 Personen eine stationäre Suchtrehabilitation. In diese Aufstellung gingen Daten von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus insgesamt 120 Kliniken mit ein.

Da sich die Datenerhebung der Studie auf einen Halbjahreszeitraum beschränken sollte, wurde die Fallzahl geteilt ($N = 7.182$). Diese bildet die Basis für die Fallzahlkalkulation der Non-Response-Befra-

gung. Da die Teilnahme an der Routine-Katamnese-Befragung freiwillig ist und einer Einverständniserklärung bedarf, war davon auszugehen, dass nicht alle behandelten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihr Einverständnis zur Befragung geben würden. Auf Basis praktischer Erfahrungen verschiedener Kliniken wurde ermittelt, dass ca. 95% der behandelten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eines Entlassungsjahrgangs ihr Einverständnis für die Katamnese-Befragung geben. Bezogen auf die geschätzte Grundgesamtheit von 7.182 Fällen pro Halbjahr verbleiben somit rund 6.800 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die 12 Monate nach ihrem stationären Aufenthalt einen Katamnese-Fragebogen erhalten. Diese stellen (bezogen auf die DSHS-Suchthilfestatistik) die Grundgesamtheit der Katamnese-Stichprobe eines Halbjahreszeitraumes dar. Auf Basis verschiedener Katamnesestudien der Fachverbände (Missel et al., 2013) wurde angenommen, dass ca. 45% der stationär behandelten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden den Katamnese-Fragebogen ausgefüllt zurücksenden (Early-Responder). Somit würden 55 %, d.h. 3.740 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden verbleiben, die nicht antworten (primäre Non-Responder) und im Rahmen der Non-Response-Studie nachbefragt werden könnten.

2.2.2 Kalkulation der zu befragenden Fälle

Ausgehend von den Zielstellungen der Studie sollte eine ausreichend große Stichprobe aus den primären Non-Respondern gezogen werden, um eine Fallzahl zu realisieren, die eine möglichst vielfältige Analyse der erhobenen Daten zulässt. Die Kalkulation der mindestens benötigten Fallzahl basierte auf der Auswertung des primären Endpunktes, der die Häufigkeitsverhältnisse der Abstinenz von Early- und Late-Respondern vergleicht. Konkret wird die H₀-Hypothese, Gleichheit der Abstinenzquote von Early- und Late-Respondern auf einem 5 %-Niveau (Fehler 1. Art, zweiseitig) mit einer Teststärke von 80 % statistisch geprüft. Um einen Unterschied in den Abstinenzquoten von 10 % (geringer Effekt) zwischen der Gruppe der Early- und Late-Respondern feststellen zu können, war somit eine Fallzahl von 210 Personen in der Gruppe der Late-Respondern nötig, vorausgesetzt die Gruppe der Early-Responder ist mit ca. 2.600 Personen besetzt (Allocation ratio $N_2/N_1=0.08$). Um Subgruppenanalysen mit einer ausreichend großen Zellbesetzung durchführen zu können, wurde angestrebt, eine Fallzahl von $N \geq 300$ in der Gruppe der Late-Responder zu realisieren.

Für die Stichprobenbestimmung wurde davon ausgegangen, dass in der ersten schriftlichen Non-Response-Befragung ca. 10-15 % und in der zweiten telefonischen Befragung ca. 5-10 % der primären Non-Responder antworten werden (siehe Tabelle 5 auf der nächsten Seite). Ausgehend von diesen geschätzten Response-Quoten auf die Non-Response-Befragung wurde ermittelt, dass $n = 2.100$ Non-Responder befragt werden müssen, um die gewünschte Fallzahl von $n = 300$ Late-Respondern zu erreichen.

Befragungsphase	zu befragende Non-Responder	geschätzte Responsequote	n
1. Non-Response-Befragung (schriftlich/online)	2.100	10 – 15 %	210 - 315
2. Non-Response-Befragung (telefonisch)	1.785 – 1.890	5 – 10 %	89 - 189
Gesamt: erreichte Non-Responder (Late-Responder)			299 - 504

Tabelle 5: Fallzahlkalkulation

Bei einer angenommenen primären Non-Response-Quote von 55 % bei der Katamnese-Befragung mussten rund 3.800 Rehabilitanden in der 6-monatigen Rekrutierungsphase ihr Einverständnis für die potentielle Teilnahme an der Katamnese-Befragung geben. Damit werden in der Studie Angaben von rund 50 % der Grundgesamtheit der Katamnese-Stichprobe eines Behandlungshalbjahres (bezogen auf die DSHS-Suchthilfestatistik) erfasst. Eingeschlossen werden alle zur stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung aufgenommenen Rehabilitanden, die ihr Einverständnis für die potentielle Teilnahme an der Katamnese-Befragung, respektive Non-Response-Befragung geben.

2.2.3 Kalkulation der Studienkliniken

Bei einer durchschnittlich erwarteten Fallzahl von 150 – 190 potentiellen Studienteilnehmenden pro Klinik sollten für die Rekrutierung von Studienteilnehmenden ca. 20 – 25 Studienkliniken gewonnen werden. Bei der Auswahl der Kliniken sollte berücksichtigt werden, dass möglichst unterschiedliche Einrichtungen bezogen auf Trägerschaft und Klinikgröße aus dem gesamten Bundesgebiet in die Studie einbezogen werden.

2.3 Einschlusskriterien

2.3.1 Studienkliniken

Im Mittelpunkt der Studie steht die Wirksamkeit der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung. Aus diesem Grund wurden in die Studie nur Einrichtungen eingeschlossen, die Alkoholabhängige stationär behandeln. Tageskliniken und ganztägige ambulante Einrichtungen wurden von der Teilnahme an der Studie ausgeschlossen. Weiterhin wurden ausschließlich Kliniken in die Studie einbezogen, die bereits routinemäßig eine 12-Monatskatamnese als Vollerhebung bei allen entlassenen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durchführen und diesbezüglich über praktische Erfahrungen und etablierte Abläufe verfügen. Der Zugang und die Akquise der Studienkliniken erfolgte über die in der Studie eingebundenen kooperierenden Fachverbände (Fachverband Sucht – FVS e.V., Bundesverband für stationäre Suchthilfe – buss e.V.).

2.3.2 Studienteilnehmende

In Abstimmung mit dem Projektbeirat wurden folgende Einschlusskriterien für potenzielle **Studienteilnehmende** festgelegt:

- Volljährigkeit
- Behandlungsdiagnose F 10.2 (Alkoholabhängigkeitssyndrom)
- aufgenommen im Rekrutierungszeitraum (01.11.2014 – 31.05.2015)
- ausreichende deutsche Sprachkenntnisse (lesen, schreiben)
- informierte Einwilligung in die Studie liegt vor

Ausschlusskriterien

- Aufnahme in die Klinik vor Beginn oder nach Ende des Rekrutierungszeitraums
- Andere Hauptdiagnosen
- Studienteilnahme während des Studienzeitraums widerrufen

Daten von Studienteilnehmenden, die während der Befragung der Charité ihre Teilnahme verweigern, werden von den Auswertungen ausgeschlossen.

2.4 Datengrundlage und Erhebungsinstrumente

Der Deutsche Kerndatensatz Sucht (KDS) wird vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen als Basis zur Dokumentation im Suchtbereich empfohlen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2008). Er wird in vielen Einrichtungen als eine einheitliche Basisdokumentation in diesem Bereich eingesetzt und ist eine Voraussetzung, dass Daten aus Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in die Deutsche Suchthilfestatistik eingehen können (ebd.). Für die Studie werden soziodemographische Daten und Prozessmerkmale der Behandlung im Format des KDS aus den beteiligten Studienkliniken verwendet. Die Katamnese in den teilnehmenden Einrichtungen wird gemäß dem von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen entwickelten Katamnese modul des Kerndatensatzes Sucht durchgeführt und liegt für alle Studienkliniken in einheitlicher Form vor, was die Zusammenführung, Aufbereitung und Auswertung der Daten erleichtert. Tabelle 6 (auf der nächsten Seite) zeigt die im Projekt zur Verfügung stehende Datengrundlage und die entsprechenden Erhebungsinstrumente. Für die beiden erwähnten Instrumente wird auf die Originalpublikation verwiesen, da eine elaborierte Darstellung an dieser Stelle nicht zielführend ist und den Rahmen der vorliegenden Arbeit übersteigen würde. Die Darstellung der Erhebungsinstrumente konzentriert sich deshalb in den folgenden Abschnitten des Kapitels auf eine Vorstellung der in der Studie entwickelten Instrumente.

Datenerhebungen und -instrumente	Erhebungsmethoden
Routinedokumentation (KDS-K) pro Behandlungsfall in der Rehabilitationseinrichtung: Soziodemografische Merkmale, Prozessmerkmale des Reha-Aufenthaltes	<ul style="list-style-type: none"> - wird in der Klinik obligatorisch für jeden Rehabilitanden zu Reha-Beginn und im Verlauf erhoben - liegt für alle eingeschlossene Studienteilnehmenden vor
Standard-Katamnese-Befragung (KDS-Kat): DHS-Standard, Langversion mit ca. 50 Items, 6 Seiten	<ul style="list-style-type: none"> - schriftliche Befragung mit einmaliger Erinnerung - postalischer Versand
1. Non-Response-Befragung: Kurzfragebogen mit Items zu Non-Response-Verhalten und zur aktuellen Situation (Konsumverhalten, berufliche und soziale Situation); 10 Items	<ul style="list-style-type: none"> - schriftliche Befragung mit zweimaliger Erinnerung - postalischer Versand - Nutzung weiterer Medien (E-Mail, SMS) zur Erhöhung der Response-Quote - alternative Möglichkeit der Online-Befragung für jeden angeschriebenen und erinnerten Teilnehmenden
2. Non-Response-Befragung: Interviewleitfaden und Kurzfragebogen mit Items zu Non-Response-Verhalten und zur aktuellen Situation (Konsumverhalten, berufl. und soziale Situation), 10 Items	<ul style="list-style-type: none"> - standardisierte telefonische Befragung - fünf Kontaktversuche zu unterschiedlichen Tageszeiten, Wochentagen und am Wochenende
Befragung der teilnehmenden Studienkliniken Ablauf der Routinekatamnese (Information der Rehabilitanden und Durchführung der Katamnese), eingesetzte Befragungs-Modi	<ul style="list-style-type: none"> - Online-Befragung mit einem standardisierten Instrument

Tabelle 6: Übersicht der Datenerhebungen sowie der eingesetzten Instrumente und Methoden

Gemäß der Studieninformation und Einwilligungserklärung wurde Studienteilnehmenden zugesichert, der Teilnahme an der Studie zu widersprechen. Dabei wurde ausdrücklich hervorgehoben, dass der Widerspruch ohne Angabe von Gründen und zu jeder Zeit möglich ist. Aus diesem Grund wurde aus forschungsethischen Aspekten auf Konvertierungsversuche im Rahmen der Befragungsphasen verzichtet und damit gewährleistet, dass die Teilnehmenden nicht unter Druck gesetzt wurden und die Teilnahme freiwillig erfolgte.

2.4.1 Entwicklung des Non-Response-Fragebogens

In Studien konnte gezeigt werden, dass die Gestaltung und die Länge eines Fragebogens einen bedeutenden Einfluss auf das Antwortverhalten von Studienteilnehmenden haben kann (Edwards et al., 2009). So kann ein sehr langes Erhebungsinstrument einen erhöhten Unit-Non-Response oder Item-Non-Response provozieren (ebd.). Ein Ziel der Non-Responder-Studie bestand darin, die Rückläufe der Routine-Katamnese zu erhöhen sowie vorher nicht erreichte Gruppen (primäre Non-Responder) doch noch zu erreichen. Um der oben genannten Herausforderung zu begegnen, wurde deshalb in einem mehrstufigen Prozess ein Kurzbefragungsinstrument für die Non-Responder-Studie entwickelt. Das Instrument sollte sich dabei Items des Katamneseomoduls des Kerndatensatz Sucht (KDS-Kat) bedienen,

um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den jährlichen Katamnese-Erhebungen auf Verbandsebene gewährleisten zu können. Zunächst wurde im Expertenbeirat der Studie eine Vorauswahl von Items getroffen und diskutiert. Dabei ging es darum, welche zentralen Outcomes im finalen Instrument vorliegen sollten. In einem zweiten Schritt wurden dann Items entwickelt, um die sekundäre Zielstellung der Studie (Ableitungen von Empfehlungen zur Optimierung der Routine-Katamnese) zu bearbeiten.

Aus diesem Prozess ging eine zweiseitige Pilotversion des Fragebogens mit 10 Items hervor, die im Dezember 2015 im Rahmen von Fokusgruppenbefragungen mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einer stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung in einer der beteiligten Studienkliniken getestet wurde (zwei Gruppen mit jeweils sechs Personen). Ziel der Fokusgruppenbefragungen war die Prüfung der Pilotversion des Befragungsinstruments auf Verständlichkeit bei der Zielgruppe und Vollständigkeit der vorgegebenen Antwortformate der Items.

Nach einer anschließenden Überarbeitung wurde der Kurzfragebogen finalisiert und im Expertenbeirat verabschiedet, sodass dieser zur Non-Response-Befragung eingesetzt werden konnte. Der finale Fragebogen besteht aus drei Seiten und enthält 10 Items (siehe Anhang: 10.1 Non-Response-Fragebogen).

Erfassung der Gründe für primäre Non-Response (sekundäre Zielgröße)

Um mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Rücklaufquoten in der Routinekatamnese aus den Ergebnissen der Studie abzuleiten, wurden u.a. die Gründe für das Non-Response-Verhalten bei den Late-Respondern sowie mögliche Verbesserungen seitens der Late-Responder erhoben. Der eingesetzte Non-Responder-Fragebogen enthielt zu jeder dieser Fragen jeweils ein Item, dessen Antwortkategorien als Mehrfachauswahl angelegt waren. Zusätzlich hatten die Studienteilnehmenden die Möglichkeit, mit einer Freitext-Antwort weitere nicht aufgeführte Gründe bzw. Verbesserungsvorschläge mitzuteilen (siehe Anhang: 10.1 Non-Response-Fragebogen).

Tabelle 7 (auf der nächsten Seite) zeigt die möglichen Antworten auf das Item „*Warum haben Sie den Fragebogen aus Ihrer Klinik bisher nicht ausgefüllt und/oder zurückgeschickt?*“ im eingesetzten Kurzfragebogeninstrument der Charité. Die Ausprägungen dieses Items wurden mit dem Projektbeirat abgestimmt und konsentiert.

Vorgegebene Antwortmöglichkeiten: Gründe für Non-Response
Durch meine Abstinenz habe ich mit dieser Lebensphase abgeschlossen.
Gesundheitliche Probleme haben mich davon abgehalten, den Fragebogen auszufüllen.
Die Fragen waren mir unangenehm.
Ich halte den Fragebogen für unnütz.
Der Fragebogen war mir zu lang.
Die Fragen waren mir unverständlich.
Ich habe keinen Fragebogen bekommen.
Es fehlte ein frankierter Rückumschlag.
Der Fragebogen war nicht anonymisiert.
Mir wurde von der Teilnahme abgeraten.
Ich habe den Fragebogen verlegt.
Ich war zu sehr mit anderen Dingen beschäftigt oder habe vergessen den Fragebogen auszufüllen.
anderer Grund: <i>(Freitext-Eingabe war möglich)</i>
Ich möchte meine Gründe nicht nennen.

Tabelle 7: Auflistung der Antwortvorgaben zu Gründen für die primäre Non-Response im Kurzbefragungsinstrument

Tabelle 8 zeigt die möglichen Antworten auf das Item „*Was hätte Sie dabei unterstützt den Fragebogen aus der Klinik auszufüllen und zurückzusenden?*“ im eingesetzten Kurzbefragungsinstrument der Charité. Die Ausprägungen dieses Items wurden ebenfalls mit dem Projektbeirat abgestimmt und konsentiert.

Vorgegebene Antwortmöglichkeiten: Response-Hilfen
mehr Informationen über die Befragung (z. B. Informationsveranstaltung oder Gespräch in der Klinik)
eine Erinnerung an den Fragebogen (z. B. per SMS oder E-Mail)
eine übersichtlichere Gestaltung des Fragebogens
verständlichere Fragen
die Möglichkeit den Fragebogen im Internet auszufüllen
die Möglichkeit die Fragen in einem persönlichen oder telefonischen Gespräch zu beantworten
ein Fragebogen in einer anderen Sprache (z. B. türkisch, russisch, englisch ...)
sonstiges: <i>(Freitext-Eingabe war möglich)</i>

Tabelle 8: Auflistung der Antwortvorgaben zu den Response-Hilfen im Kurzbefragungsinstrument

2.4.2 Online-Befragung der primären Non-Responder

Wie schon weiter oben beschrieben (siehe 2.1 Studiendesign) wurde für die Studie eine multimodale Befragung vorgesehen. Der oben beschriebene Kurzfragebogen wurde über einen Anbieter für Online-Befragungen (www.soscisurvey.de) in einer Online-Version programmiert und angeboten. Der Zugang zur Befragung konnte mittels individuellen Zugangs-Code für jeden angeschriebenen Teilnehmenden komplett anonym erfolgen. Gleichzeitig konnte so ausgeschlossen werden, dass Studienteilnehmende auf unzulässige Weise mehrfach an der Befragung teilnehmen. Die Online-Variante des Kurzfragebogens wurde in der gleichen Item-Reihenfolge wie die Papier-Version umgesetzt. Ebenso wie in einer Papier-Version hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit zum Item-Non-Response. Der Online-Fragebogen wurde so umgesetzt, dass durch die Gestaltung der Fragen keine Antworten erzwungen werden konnten.

2.4.3 Telefonische Befragung der primären Non-Responder

Auf der Grundlage von Literaturanalysen, Erfahrungen der Studienkliniken und unter Verwendung des entwickelten Kurzbefragungsinstrumentes wurde ein Interviewleitfaden zur computerunterstützten Telefonbefragung (CATI) von nicht-antwortenden Studienteilnehmenden entwickelt.

Möglichen Verzerrungen bei der telefonischen Befragung wurde durch eine mehrmalige Interviewerschulung entgegengewirkt. Neben grundsätzlichen Fragen zum zeitlich standardisierten Befragungsablauf, zu datenschutzrechtlichen und forschungsethischen Aspekten im Umgang mit den Interviewten sowie zur einheitlichen Dokumentation der erhobenen Befragungsdaten wurde so sichergestellt, dass durch das Befragungsverhalten der Interviewer beim Telefonat keine unzulässige Verzerrung des Antwortverhaltens (z.B. durch Hervorhebung bestimmter Items) vorgenommen wurde. Alle befragten Studienteilnehmenden bekamen den zugrundeliegenden Fragebogen in der gleichen Reihenfolge und Vollständigkeit präsentiert, wie es auch in der postalischen bzw. Online-Variante der Fall gewesen ist.

Trotz aller Sorgfalt bei der Planung und Durchführung der telefonischen Befragung lassen sich die grundsätzlichen Unterschiede zur postalischen Befragung nicht umgehen. Es handelt sich dabei um einen anderen Antwortmodus. Durch den interaktiveren Charakter der Befragung kann es unter Umständen eher zu einem Unit-Non-Response kommen, als dies bei schriftlichen Befragungen der Fall ist. Auch können Faktoren wie z.B. die Aufmerksamkeitsspanne des Befragten oder die Umstände, in denen sich der Befragte beim Telefonieren befindet, einen Einfluss auf die Befragung haben. Diese durch den Modus bedingten Verzerrungen können bei der telefonischen Befragung nicht ausgeschlossen werden. Durch die oben genannten Maßnahmen bei der Planung und Durchführung der Befragung wurde versucht, diesen möglichen Verzerrungen Rechnung zu tragen.

2.4.4 Befragung zum Katamneseablauf in den beteiligten Kliniken

Um standardisiert zu erfassen, wie die Routinekatamnese in den beteiligten Studienkliniken abläuft, wurde eine Online-Befragung durchgeführt. Die Grundlage für die Befragung bildeten die Diskussion mit Experten der Suchthilfe auf den Treffen des Projektbeirats sowie Erfahrungen beteiligter Kliniken. Von Interesse war es zu erfahren, wie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über die Katamnese informiert und vorbereitet werden, welche Instrumente zur Katamnese eingesetzt werden, welchen Befragungsmodi angeboten werden, wie die zeitliche Befragungsroutine sich in den Kliniken gestaltet sowie welche Personen für die Katamnese verantwortlich sind und welche weiteren Schritte in den Kliniken mit der Routinekatamnese einhergehen. Die in der Befragung eingesetzten Items wurden mit dem Projektbeirat abgestimmt. Die Rückmeldungen der Kliniken auf die Befragung wurden deskriptiv ausgewertet. Freitext-Angaben wurden inhaltsanalytisch kategorisiert, um im Anschluss ebenfalls in die deskriptive Auswertung eingehen zu können. Eine Aufstellung der Variablen des Instruments kann dem Anhang dieses Berichts entnommen werden (siehe 10.2 Klinik-Befragung zur Katamnese).

Indizierung des Katamnese-Aufwands pro Fall

Die Ergebnisse der Klinik-Befragung zur Routine-Katamnese gehen zusammen mit Angaben zu Behandlungsplätzen in die Untersuchung der Klinikmerkmale mit ein. Aus einzelnen Klinikmerkmalen wird zusätzlich ein Index gebildet, der den Aufwand der einzelnen Klinik bei der Routinekatamnese abbilden soll. Als Katamnese-Aufwand wird der organisatorische und zeitliche Aufwand einer Klinik im Rahmen der Routinekatamnese bezeichnet. Da der zeitliche Aufwand pro Katamnese-Fall nicht direkt abgefragt wurde und darüber hinaus auch schwer abzuschätzen ist, wird der Katamnese-Aufwand in der vorliegenden Untersuchung über einen gewichteten additiven Index aus vier Variablen abgebildet (Tabelle 9) und am Ende durch die Anzahl der einbezogenen Variablen geteilt. Dabei werden sowohl Variablen einbezogen, die direkt die Durchführung der Katamnese-Befragung betreffen, als auch indirekt einen Mehraufwand der Klinik abbilden (Kontaktaufnahme mit ehemals Behandelten nach der Entlassung aus der Klinik). Für jede Klinik ergibt sich so ein Indexwert zwischen 0 und 1 aus den unten genannten Variablen. Durch die Aufsummierung wird dem Umstand Rechnung getragen, dass sich der Aufwand pro Katamnese-Fall erhöht, je mehr Schritte mit der Routinekatamnese verbunden sind. Gleichzeitig können sich durch die Aufsummierung einzelne Faktoren des Index gegenseitig kompensieren. Zum Beispiel kann die Durchführung einer telefonischen Nachfassaktion eine verringerte Anzahl des Erinnerungsversands aufwiegen. Der Index (I) folgt der Bildungsvorschrift:

$$I = (V_1 * 1) + (V_2 * 0,5) + (V_3 * 1) + (V_4 * 1) / 4$$

Tabelle 9 (auf der nächsten Seite) zeigt die in den Index einbezogenen Variablen und ihre Gewichtung.

Variablen-Name	Variable	Kodierung	Gewichtung
V_1	Werden bei Non-Response auf die erste Katamnese Erinnerungen versendet?	Nein = 0 Ja = 1	einfach
V_2	Wie oft wird per Post an die Rücksendung der Katamnese erinnert?	Anzahl der Erinnerungen (0 - 2)	0,5-fach
V_3	Telefonisches Nachfassen?	Nein = 0 Ja = 1	einfach
V_4	Nimmt die Reha-Klinik zwischen Reha-Ende und Katamneseversand Kontakt mit den Patienten auf?	Nein = 0 Ja = 1	einfach

Tabelle 9: Variablen des Index für den Katamneseaufwand der Kliniken und deren Gewichtung

2.5 Statistische Analysen und Auswertungen

2.5.1 Deskription auf Personenebene

Zur deskriptiven Beschreibung der Daten werden Häufigkeiten, relative Häufigkeiten und Durchschnittswerte berichtet. Die Beschreibung der Daten erfolgt dabei getrennt nach Antwortstatus (Responder vs. Non-Responder, Early- vs. Late- vs. Non-Responder; Klinikbefragung vs. Charité Post oder Online vs. Charité Telefon) und nach Abstinenzstatus (abstinent seit Entlassung, abstinent letzte 30 Tage, rückfällig) getrennt. Alle Werte für die deskriptiven Darstellungen werden mit Hilfe der Software IBM SPSS in der Version 24 berechnet. Auf die Testung von Gruppenunterschieden (Chi-Quadrat-Test oder t-Test) wird verzichtet, da diese Tests keine verlässliche Auskunft über den Zusammenhang zwischen Gruppenzugehörigkeit und Eigenschaften der Personen geben können. Hierzu werden die unten beschriebenen logistischen Regressionsanalysen durchgeführt.

2.5.2 Analytische Auswertungen auf Personenebene

Um (signifikante) Unterschiede in den soziodemographischen und behandlungsspezifischen Eigenschaften in Bezug auf das Antwortverhalten bzw. auf die Abstinenz zu ermitteln, werden multiple logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Abhängige Variable (AV, Kriterium) ist der Responderstatus (ja/nein) oder der Abstinenzstatus (ja/nein). Sowohl Responderstatus als auch Abstinenzstatus werden dichotom kategorisiert. Als unabhängige Variablen (UV, Prädiktor) werden folgende Variablen in die Regressionsanalyse aufgenommen: Alter (zentriert am Mittelwert), Geschlecht, Beziehungsstatus (feste Beziehung, keine feste Beziehung), Erwerbsstatus zu Beginn der Behandlung (erwerbstätig,

erwerbslos, nicht erwerbstätig), Art der Behandlungsbeendigung (planmäßig, Abbruch durch Klink, Abbruch durch Patient, verlegt) und Anzahl der Vorbehandlungen (Entzug bzw. Entgiftungen). Studienteilnehmende, deren Werte für eine der vorgenannten Prädiktoren fehlten, werden in der Regressionsanalyse nicht berücksichtigt. Alle Regressionsanalysen werden mit Hilfe der Analyse-Software STATA in der Version 14.2 durchgeführt. Zur Verdeutlichung und Vereinfachung der Interpretation der Regressionsmodelle werden sogenannte „prädierte Wahrscheinlichkeiten“ berechnet, d.h. die Wahrscheinlichkeit die Katamnese zu beantworten, wenn bestimmte Eigenschaften auf der Personenebene bzw. deren Kombinationen vorliegen (z.B. Geschlecht männlich und feste Beziehung). Diese Zusammenhänge werden in Grafiken abgebildet.

2.5.3 Deskription der Klinikeigenschaften

Der vorliegende Bericht enthält drei verschiedene Informationen über die an der Studie beteiligten Kliniken. Es wird (a) von den allgemeinen Merkmalen der beteiligten Kliniken (Klinikgröße, Anzahl der behandelten Indikationen) berichtet und (b) die Merkmale der Routinekatamnese in den Kliniken dargestellt sowie (c) die Quoten der Kliniken in Bezug auf die einzelnen Phasen der Studien berichtet. Alle erwähnten Daten werden mittels absoluter und relativer Häufigkeiten deskriptiv dargestellt. Auswertung (a) und (b) finden sich im Ergebnisteil und Auswertung (c) im Anhang des Berichts.

2.5.4 Non-Response-Fragen

Die in das Erhebungsinstrument aufgenommenen Items zu den Gründen der primären Non-Response sowie möglichen Hilfen, um primäre Non-Response zu vermeiden werden aufbereitet und deskriptiv ausgewertet. Für beide Items erfolgen Auswertungen der Häufigkeiten und eine entsprechende Darstellung im Ergebnisteil.

Beide Items enthalten auch Möglichkeiten zur freitextlichen Antwort. Bevor diese Antworten in die Auswertung einbezogen werden, wird eine Kategorisierung in Anlehnung an die quantitative Inhaltsanalyse vorgenommen (Atteslander, 2010). Die Kategorisierung der Items wird auf den folgenden Seiten dargestellt.

Kategorisierung der Gründe für Non-Response

Die Grundgesamtheit für die Auswertung des Items „Gründe für Non-Response“ stellen alle Late-Responder Datensätze dar. Aus dieser Grundgesamtheit ergibt sich eine Stichprobe derjenigen Datensätze, die überhaupt Angaben zu dieser Frage beinhalten. Diese Stichprobe wird der Auswertung zugeführt. Für die Kategorienbildung wird ein induktives Vorgehen gewählt, das heißt, dass das Material ohne expliziten Theoriebezug untersucht und beschrieben wird (Atteslander, 2010). Aus anderen Studien sind bereits mögliche Gründe für Non-Response bekannt (z. B. gesundheitliche Probleme, inhalt-

liche Fragen, Zeitmangel, persönliche Gründe). Auf Basis der gesichteten Literatur wurden sieben Kategorien aufgestellt, denen 13 der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten des Items zugeordnet wurden. Die freitextlichen Nennungen dieses Items wurden gesichtet und anschließend ebenfalls einer der sieben Kategorie zugeordnet. Tabelle 10 führt das verwendete Kategoriensystem auf.

Kategorie	Inhalt der Kategorie
Formale Gründe	Gründe, die mit formalen Aspekten der Befragung in Zusammenhang stehen: <ul style="list-style-type: none"> - Länge des Fragebogens - fehlende Anonymisierung - unverständliche Sprache.
Inhaltliche Gründe	Gründe, die mit dem Inhalt des Befragungsinstrumentes zusammenhängen: <ul style="list-style-type: none"> - unklarer Nutzen des Fragebogens - Äußerungen zur Unzufriedenheit mit dem Inhalt des Fragebogens - Äußerung, dass die Fragen unangenehm seien
Organisatorische Gründe	Gründe, die in Zusammenhang mit der Durchführung der Befragung stehen: <ul style="list-style-type: none"> - Fehlen eines Rückumschlags - Beteuerung den Fragebogen bereits abgeschickt zu haben - nicht funktionierende Online-Befragung - Umzug oder die Abwesenheit von zuhause (Fragebogen nicht erhalten)
Gesundheitliche Gründe	gesundheitlichen Gründe der Befragten für die Nicht-Antwort: <ul style="list-style-type: none"> - Angegebene somatische und psychische Erkrankungen - Rückfälligkeit als gesundheitlicher Grund für Non-Response
Zeitmangel / Priorisierung	Nennungen, die auf eine Priorisierung oder einen Zeitmangel hinwiesen: <ul style="list-style-type: none"> - erlebter Stress im Beruf oder Alltag - Äußerungen, dass familiäre oder andere Dinge Vorrang haben
Persönliche Gründe	Gründe, die die Einstellungen, Motivationslagen und Kompetenzen der Person betreffen: <ul style="list-style-type: none"> - Aussagen, mit der Lebensphase abgeschlossen zu haben - möchte Gründe nicht nennen - Angaben, desinteressiert oder demotiviert zu sein - Unzufriedenheit mit Behandlung - eigenes Sprachverständnis nicht ausreichend
Sonstige Gründe	Hier finden sich weitere Gründe, die nicht in die bestehenden Kategorien zugeordnet werden konnten und nicht zahlreich genug waren, um eine eigene Kategorie zu bilden. Dabei handelte es sich um Äußerungen über Trauerfälle in der Familie, eine komplizierte private Situation sowie private Probleme.

Tabelle 10: Gründe für Non-Response, Kategoriensystem

Kategorisierung der Response-Hilfen

Um mögliche Optimierungspotentiale der Routinekatamnese in Bezug auf die Erhöhung der Antwortquote bei schwer zu erreichenden Teilnehmenden zu entdecken, wurden Studienteilnehmende direkt nach möglichen Hilfen zur Steigerung der Antwortrate befragt. Dabei waren neben direkten Antwortvorgaben auch freitextliche Antworten möglich. Damit eine Auswertung möglich wird, wird eine Kategorisierung dieser freitextlichen Antworten in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse vorgenommen. Für diese Kategorisierung wird ein deduktives Vorgehen in Anlehnung an die schon vorhandenen Antwortmöglichkeiten des Items gewählt. Dieses Kategoriensystem wird bei Bedarf durch eine induktive Kategorienbildung aus dem Material heraus ergänzt.

Insgesamt wurden nach Sichtung und Zuordnung der freitextlichen Antworten acht Auswertungs-Kategorien für dieses Item gebildet (siehe Tabelle 11).

Kategorie	Inhalt der Kategorie
andere Antwortmodi	Hilfen, durch den Einsatz anderer Modalitäten als die postalische Befragung: <ul style="list-style-type: none"> - Telefon-Katamnese - Online-Katamnese - Beantwortung der Fragen in einem persönlichen Gespräch
Anfrage/Erinnerung der Klinik	Hilfe durch erneute Kontaktaufnahme der Klinik <ul style="list-style-type: none"> - Telefonische Erinnerung - Erinnerung per SMS / Erinnerung per E-Mail
Fragebogen anders gestalten	Hilfen durch eine andere Gestaltung des eingesetzten Fragebogens: <ul style="list-style-type: none"> - Kürzerer Fragebogen - Übersichtlichere Gestaltung, einfacher ausfüllbar - Individuellere Fragen, mehr Freitext-Angaben
mehr Informationen über Katamnese	Bessere Information über den Sinn und Zweck der Katamnese <ul style="list-style-type: none"> - Informationsveranstaltung in der Klinik - Persönliches Gespräch in der Klinik
mehr Zeit/Antrieb	Persönliche Ressourcen des Befragten: <ul style="list-style-type: none"> - Mehr Zeit - Höhere Motivation
Fragebogen in anderer Sprache	Befragte gaben an, dass ein anderssprachiges Katamneseinstrument hilfreich für sie sein könnte.
Hilfe beim Ausfüllen	Bei den hier zugeordneten Nennungen gaben Befragte an, Hilfe beim Ausfüllen des Bogens von Angehörigen oder Betreuern zu benötigen.
sonstige Hilfen	In dieser Kategorie wurden Hilfen zusammengefasst, die nicht in die bestehenden Kategorien zugeordnet werden konnten und nicht zahlreich genug waren, um eigene Kategorien zu bilden. Dabei handelte es sich um Hilfen durch eine bessere Behandlung in der Klinik, Adressweiterleitungen, ein besseres Outcome der Behandlung oder Hilfen im persönlichen Alltag.

Tabelle 11: Response-Hilfen, Kategoriensystem

3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

3.1 Erreichte Ziele

Im folgenden Abschnitt wird der Status der Zielerreichung der in Kapitel 1 vorgestellten Ziele und Teilziele dargestellt. Dazu wird die Zielerreichung am festgelegten Zielindikator geprüft und anschließend bewertet.

Ziel 1:	Nachbefragung von Non-Respondern (Durchführung einer Non-Response-Befragung)
Zielindikator:	Quote der erreichten Non-Responder liegt bei mindestens 15 %
Zielerreichung:	Ja. Die Quote der erreichten primären Non-Responder liegt bei 17,6 % (siehe Kapitel 4).

Ziel 2:	Ableitung von Empfehlungen zur Erhöhung der Responsequoten der Routine-Katamnese
Zielindikator:	Empfehlungen zu Erhebungsinstrumenten und –methoden sind vorhanden
Zielerreichung:	Ja. In Kapitel 8 dieses Berichts werden Empfehlungen für die Durchführung der Routinekatamnese formuliert, die sich aus den Ergebnissen der Non-Responder-Befragung ableiten.

Teilziel 1:	Informationen über Outcome-Parameter der Late-Responder erlangen
Zielindikator:	Angaben zu Abstinenzverhalten, aktuellen sozialen und beruflichen Situation liegen für Late-Responder vor.
Zielerreichung:	Ja. Für die erreichten Late-Responder liegen die o.g. Informationen vor. Die Ergebnisse werden in Kapitel 4 vorgestellt.

Teilziel 2:	Ermittlung von Unterschieden im Outcome bei Early-Respondern und Late-Respondern
Zielindikator:	Valide gruppenspezifische Auswertungsergebnisse zu Abstinenzverhalten, aktuellen sozialen und beruflichen Situation.
Zielerreichung:	Ja. Durch die erreichten Fallzahlen in der Nachbefragung liegt eine valide Basis für gruppenspezifische Auswertungen vor. Die Ergebnisse dieser Analysen finden sich in Kapitel 4.

Teilziel 3:	Ermittlung von Unterschieden zwischen den Gruppen Early-, Late- und Non-Respondern.
Zielindikator:	Valide gruppenspezifische Auswertungsergebnisse von soziodemografischen Merkmalen und Prozessmerkmalen der Entwöhnungsbehandlung
Zielerreichung:	Ja. Für alle eingeschlossenen Studienteilnehmenden in der Auswertungsstichprobe liegen relevante soziodemografische und Prozessmerkmale in einheitlicher Form (DHS-Standard) vor. Die Ergebnisse der gruppenspezifischen Deskriptionen werden in Kapitel 4 dargestellt.

Alle im Forschungsantrag dargelegten Ziele und Teilziele der Studie wurden erreicht. Dem Ergebnisteil dieses Berichts können darüber hinaus weitere Auswertungen entnommen werden.

3.2 Abweichungen zur Planung

Die im Projektantrag definierten Meilensteine wurden alle erreicht. Durch das aufwändige multizentrische Studiendesign bedingt, kam es jedoch im Projektverlauf zu mehreren Verzögerungen, sodass einige der Meilensteine nicht im dafür vorgesehenen Zeitraum erreicht werden konnten.

Das Projekt hatte eine geplante Gesamtlaufzeit von 30 Monaten. Geplanter Projektbeginn war Juli 2014. Das Projekt sollte im Dezember 2016 abgeschlossen werden.

Gewisse Vorarbeiten für die Projektdurchführung wurden bereits vor dem offiziellen Projektbeginn durch die Antragstellerin übernommen. Hierzu zählte die Erstellung des Datenschutzkonzepts inklusive der Dokumente für die Teilnehmer (Informationsschreiben über die Studie, Einverständniserklärung) gemeinsam mit dem Datenschutzbeauftragten der Charité. Die Rekrutierung der Studienkliniken durch die kooperierenden Fachverbände sollte ebenfalls vor dem offiziellen Projektstart erfolgen, damit bereits mit dem Start des Projektes im Juli 2014 die Rekrutierung von Studienteilnehmenden beginnen konnte. Für den Start der Rekrutierungsphase musste das Ethikvotum der Charité abgewartet werden. Dadurch verzögerte sich die Rekrutierung von Studienteilnehmenden. Die Rekrutierung fand abweichend zum Projektplan im Zeitraum von November 2014 bis Mai 2015 statt. Der geplante sechsmonatige Rekrutierungszeitraum musste aufgrund einer geringeren Teilnahmebereitschaft als erwartet um einen Monat verlängert werden, um die kalkulierte Fallzahl (Kapitel 2) zu erreichen. Gleichzeitig wurde die Projektlaufzeit bis zum 30.04.2017 verlängert.

Im Jahr 2016 wurde eine kostenneutrale Verlängerung des Projektes bis zum 30.06.2017 beantragt, da absehbar wurde, dass die Non-Responder-Befragung durch Verzögerungen im Projektverlauf nicht zum geplanten Zeitpunkt abgeschlossen werden konnte. Alle darauffolgenden Arbeitspakete (Auswertung, Berichtslegung) verzögerten sich in der Folge ebenfalls.

Im Rahmen der Aufbereitung der Daten ergaben sich unvorhergesehene Verzögerungen bei der Datensammlung aus den Studienkliniken, sodass mit der Auswertung der Ergebnisse erst später begonnen werden konnte. Das Projekt wurde bis zum 30.09.17 verlängert.

Auf Initiative des Projektbeirats wurde ein Antrag auf eine weitere Verlängerung der Projektlaufzeit gestellt. Mitglieder des Projektbeirates sollten vor der Einreichung des Abschlussberichts die Möglichkeit bekommen, Änderungen oder Ergänzungen einbringen zu können. Nach Abstimmung mit dem BMG wurde dieser Bitte stattgegeben und das Projekt bis zum 30.06.18 verlängert. Um die Ergebnisse des Projektes einem Fachpublikum zu präsentieren und diese zu diskutieren, wurden darüber hinaus neue Mittel für das Projekt zur Verfügung gestellt.

4. Ergebnisse

4.1 Rekrutierung

Die Rekrutierung von Studienteilnehmenden fand von November 2014 bis Mai 2015 statt. Der ursprünglich angedachte Rekrutierungszeitraum von sechs Monaten musste verlängert werden, da kurz vor Ablauf des Rekrutierungszeitraums klar wurde, dass die angestrebten Fallzahlen in diesem Zeitraum nicht erreicht werden konnten (siehe Kapitel 3).

4.1.1 Rekrutierung von Studienkliniken

Um die benötigten Fallzahlen (siehe Kapitel 2) realisieren zu können, war die Rekrutierung einer Vielzahl von Studienkliniken notwendig. Zur Teilnahme an der Studie wurden willkürlich alle Studienkliniken eingeschlossen, die sich zur Mitarbeit bereit erklärten und die stationäre Alkoholentwöhnungsbehandlungen anbieten. Die Kliniken wurden anschließend durch das Studienzentrum der Charité über den standardisierten Ablauf der Studie informiert und mit Studienmaterialien versorgt.

Zunächst erklärten sich nach Vermittlung durch die beiden kooperierenden Fachverbände 66 Kliniken zu einer Kooperation mit der Charité im Rahmen der Studie bereit. Nach Beginn der Studie im Jahr 2014 und während der Rekrutierungsphase der Studienteilnehmenden sagten 10 dieser Kliniken ihre Teilnahme ab, sodass in der zweiten Studienphase insgesamt 56 Kliniken mit der Katamnesebefragung von Studienteilnehmenden begannen. Während der Durchführung der Katamnesebefragung schieden aus verschiedenen Gründen weitere sieben Kliniken aus dem Kliniksample aus, sodass am Ende des Projektes Daten von Studienteilnehmenden aus 49 Studienkliniken in die Auswertung eingehen konnten.

Tabelle 12 zeigt die Charakteristika der teilnehmenden Studienkliniken. Das realisierte Kliniksample hat, so wie es angestrebt war, eine gewisse Spannweite, was die Klinikgröße sowie die Zugehörigkeit zu einem der beiden beteiligten Fachverbände betrifft, ebenso unterscheiden sich die Kliniken anhand der behandelten Indikationsbereiche. Für die Beschreibung der Kliniken anhand der Anzahl der behandelten Indikationsbereiche wurden folgende mögliche Sucht-Indikationen gezählt: Alkohol, Medikamente, illegale Drogen, pathologisches Glücksspiel, Internetsucht, pathologische Kaufsucht und Mehrfachabhängigkeit.

Die Klinikgröße wurde über die Anzahl der Behandlungsplätze in drei Gruppen eingeteilt (kleine, mittelgroße und große Kliniken). Nach dieser Einteilung zählen 26,5 % der Kliniken zu den kleinen Kliniken (< 50 Plätze), 38,8 % zu den mittelgroßen Kliniken (50 - 100 Plätze) und 34,7 % Kliniken zu den großen Kliniken mit über 100 Behandlungsplätzen. Die absoluten und relativen Häufigkeiten der Anzahl der behandelten Indikationsbereiche in den beteiligten Kliniken können Tabelle 12 entnommen werden.

Charakteristikum	n	%
Klinikgröße		
kleine Klinik (< 50 Plätze)	13	26,5
mittelgroße Klinik (50 - 100 Plätze)	19	38,8
große Klinik (> 100 Plätze)	17	34,7
behandelte Indikationsbereiche		
eine Suchtindikation	1	2,0
zwei Suchtindikationen	12	24,5
drei Suchtindikationen	14	28,6
vier Suchtindikationen	13	26,5
fünf Suchtindikationen	4	8,2
sechs Suchtindikationen	5	10,2

Tabelle 12: Charakteristika der beteiligten Studienkliniken (n = 49)

4.1.2 Rekrutierung von Studienteilnehmenden

Die Rekrutierung von Studienteilnehmenden in den Kliniken basierte auf freiwilliger, informierter und schriftlicher Einwilligung zur Teilnahme an der Studie. Das Informationsmaterial zur Studienaufklärung wurde an die Kliniken verschickt, die die Rekrutierung vornahmen. Die Einwilligungserklärungen zur Studie verblieben in der Klinik.

Abbildung 4 (auf der nächsten Seite) zeigt das Ergebnis des Rekrutierungsprozesses bis zur Zusammensetzung der Auswertungsstichprobe. Die Grundgesamtheit der Untersuchung bilden 7729 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus 49 Studienkliniken, welche die Einschlusskriterien zur Studienteilnahme erfüllten (siehe Kapitel 2) und im Rekrutierungszeitraum vom 01.11.2014 bis 31.05.2015 aufgenommen wurden. Aus dieser Grundgesamtheit konnten 3832 Studienteilnehmende gewonnen werden, dies entspricht 49,6 % der Grundgesamtheit. Im Verlauf der Studie wurden 219 Studienteilnehmende (5,7 % der rekrutierten Personen) von der Teilnahme ausgeschlossen, da Sie verstarben oder die Einwilligung zurückzogen und damit die formale Voraussetzung der Studienteilnahme nicht mehr erfüllten. Von den verbliebenen gültigen Studienteilnehmenden wurden im Verlauf der Studie weitere 15 Personen (0,4 % der Rekrutierten) ausgeschlossen, weil durch Probleme bei der Datenübermittlung aus den Kliniken der standardisierte Befragungsablauf nicht eingehalten werden konnte. Weitere 20 Personen (0,5 % der Rekrutierten) mussten von der Datenauswertung ausgeschlossen werden, da keine Daten aus der Basisdokumentation vorlagen. In der Auswertungsstichprobe befinden sich damit die kompletten Datensätze von insgesamt 3578 Personen, was einem Anteil von 93,4 % der ursprünglich rekrutierten Studienteilnehmenden und einem Anteil von 46,3 % der Grundgesamtheit entspricht.

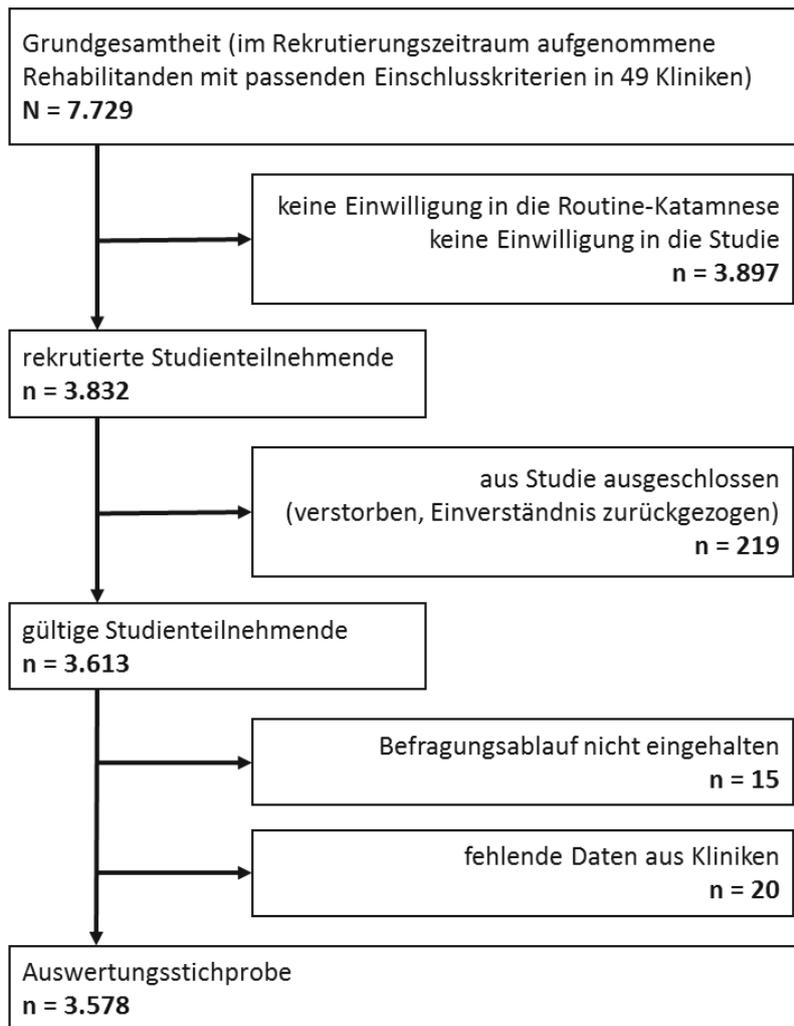


Abbildung 4: Flussdiagramm der Studienteilnahme

4.2 Ergebnisse der Befragung

4.2.1 Ausschöpfungsquoten über den Befragungsablauf

Tabelle 13 zeigt die Ausschöpfungsquoten der jeweiligen Befragungsphasen der Studie.

Befragungsphase	für Befragung verfügbare Teilnehmende		erreichte Teilnehmende	
	n	%	n	%
Phase 1: schriftliche Befragung durch die Kliniken	3578	100,0	1669	46,6
Phase 2: schriftliche Non-Response-Befragung	1909	53,4	322	16,9
Phase 3: telefonische Non-Responsebefragung	1587	44,4	307	19,3

Tabelle 13: Ausschöpfungsquoten der einzelnen Befragungsphasen

Von insgesamt 3578 rekrutierten Studienteilnehmenden konnten durch die schriftliche Routine-Befragung der Kliniken (jeweils ein Anschreiben und eine schriftliche Erinnerung) 1669 Studienteilnehmende erreicht werden (Early-Responder). Die Befragungsphase 1 erreichte damit eine Ausschöpfungsquote von 46,6 %. Die verbliebenen 1909 Studienteilnehmende wurden als primäre Non-Responder an die Charité für die Befragung in Phase 2 übergeben. Von diesen primären Non-Respondern konnten in Befragungsphase 2 (schriftliche Non-Response-Befragung mit Kurzfragebogen, Post und Online) 322 Studienteilnehmende (Late-Responder Post und Late-Responder Online) erreicht werden. Dies entspricht einer Ausschöpfungsquote in Studienphase 2 von 16,9 %. Es verblieben 1587 Studienteilnehmende für die telefonische Befragung der Charité in Befragungsphase 3 (bis zu fünf Kontaktversuche zu verschiedenen Wochentagen und Tageszeiten). Per Telefonbefragung konnten weitere 307 Studienteilnehmende erreicht werden. Die Ausschöpfungsquote dieser Befragung lag bei 19,3 %. Das Flussdiagramm in Abbildung 5 veranschaulicht den oben geschilderten Patientenfluss grafisch.

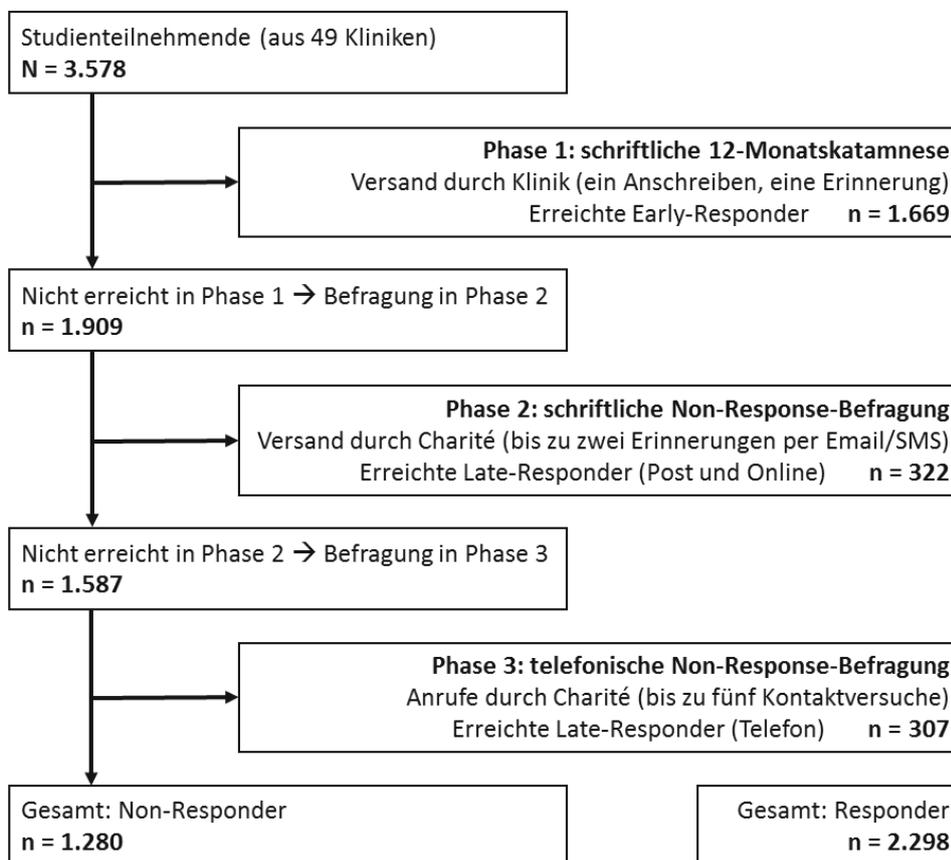


Abbildung 5: Ausschöpfung der Befragung nach Befragungsphasen

In Tabelle 14 (auf der nächsten Seite) werden die Ausschöpfungsquoten der einzelnen Befragungsphasen bezogen auf die Gesamtzahl der Studienteilnehmenden (N = 3578) dargestellt. Die schriftliche Non-Responder-Befragung der Charité konnte zusätzlich zur Ausschöpfung durch die Klinikbefragung

in Befragungsphase 1 weitere 9,0 % der Studienteilnehmenden erreichen. Die telefonische Nachbefragung erreichte schließlich nochmals weitere 8,6 % der Studienteilnehmenden. Insgesamt steigerte sich die gesamte Ausschöpfungsquote durch die Non-Responder-Befragung von 46,6 % (Klinikbefragung) auf 64,2 % und damit um 17,6 %.

Befragungsphase	erreichte Studienteilnehmende			
	n	%	kum. n	kum. %
Phase 1: schriftliche Befragung durch die Kliniken	1669	46,6	1669	46,6
Phase 2: schriftliche Non-Response-Befragung	322	9,0	1991	55,6
Phase 3: telefonische Non-Responsebefragung	307	8,6	2298	64,2

Tabelle 14: Ausschöpfung der einzelnen Befragungsphasen bezogen auf die Gesamtzahl der Studienteilnehmenden (N = 3578)

Tabelle 15 zeigt die Ausschöpfungsquoten der einzelnen Befragungsphasen der Studie im Vergleich mit den Katamneseauswertungen des Entlassungsjahrgangs 2014 der beteiligten Fachverbände FVS und buss (Bachmeier et al., 2017; Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., 2016). Im Vergleich zur Katamneseauswertung des buss konnte die multimodale Non-Response-Befragung eine um 26,3 % erhöhte Ausschöpfungsquote erzielen. Aber auch die erste Phase der Studie ohne den Einsatz der ergänzenden Befragungen übertraf das Auswertungsergebnis des buss bereits um 8,7 %. Die Katamnese des FVS erreichte eine mit der Befragungsphase 2 der Studie vergleichbare Ausschöpfungsquote (FVS: 54,4 % vs. Befragungsphase 2: 55,6 %). Insgesamt übertraf die multimodale Nachbefragung aber ebenfalls die Auswertung des FVS deutlich (um 9,8 %).

Katamnesestudien	Auswertungs- stichprobe N	Responder		Non-Responder	
		n	%	n	%
Non-Responder-Studie Befragungsphase 1	3578	1669	46,6	1909	53,4
Non-Responder-Studie Befragungsphase 2	3578	1991	55,6	1587	44,4
Non-Responder-Studie Befragungsphase 3/Gesamt	3578	2298	64,2	1280	35,8
buss Entlassungsjahrgang 2014	8274	3134	37,9	5140	62,1
FVS Entlassungsjahrgang 2014	11033	5998	54,4	5035	45,6

Tabelle 15: vergleichende Darstellung der Ausschöpfungsquoten der Befragungsphasen und anderer Katamnesestudien

Ergänzend zu den oben dargestellten Ergebnissen finden sich im Anhang dieses Berichts die Ausschöpfungsquoten aufgeschlüsselt nach Kliniken (siehe 10.3 Ausschöpfungsquoten im Befragungsablauf).

4.2.2 Monitoring der Befragungsphasen

Das Monitoring der multizentrischen Katamnese-Studie erforderte einen hohen zeitlichen Aufwand, der u.a. auch durch die Korrespondenz mit den beteiligten Kliniken bedingt war. Es wurden eine Vielzahl an telefonischen und schriftlichen Kontaktversuchen mit den beteiligten Kliniken realisiert. Den für die Non-Response-Befragung relevanten Teil des Koordinationsaufwands für die Studie stellen jedoch die realisierten Kontaktversuche mit den zu befragenden Studienteilnehmenden dar.

Abbildung 6 (auf der nächsten Seite) zeigt die realisierten Kontaktversuche mit den Studienteilnehmenden durch das Studienzentrum der Charité im Befragungszeitraum von Februar 2016 bis Januar 2017. Jeder Balken repräsentiert dabei die Summe der Kontaktversuche, die pro Kalenderwoche realisiert wurden. Die Non-Response-Befragung war zeitlich direkt an die Katamnese-Befragung der Kliniken angebunden (siehe Kapitel 2). In der Darstellung wird deutlich, dass der standardisierte Befragungsablauf sehr genau eingehalten wurde. Spitzen in der Routinekatamnese bilden sich dementsprechend auch zeitlich versetzt in der Befragung der Charité ab.

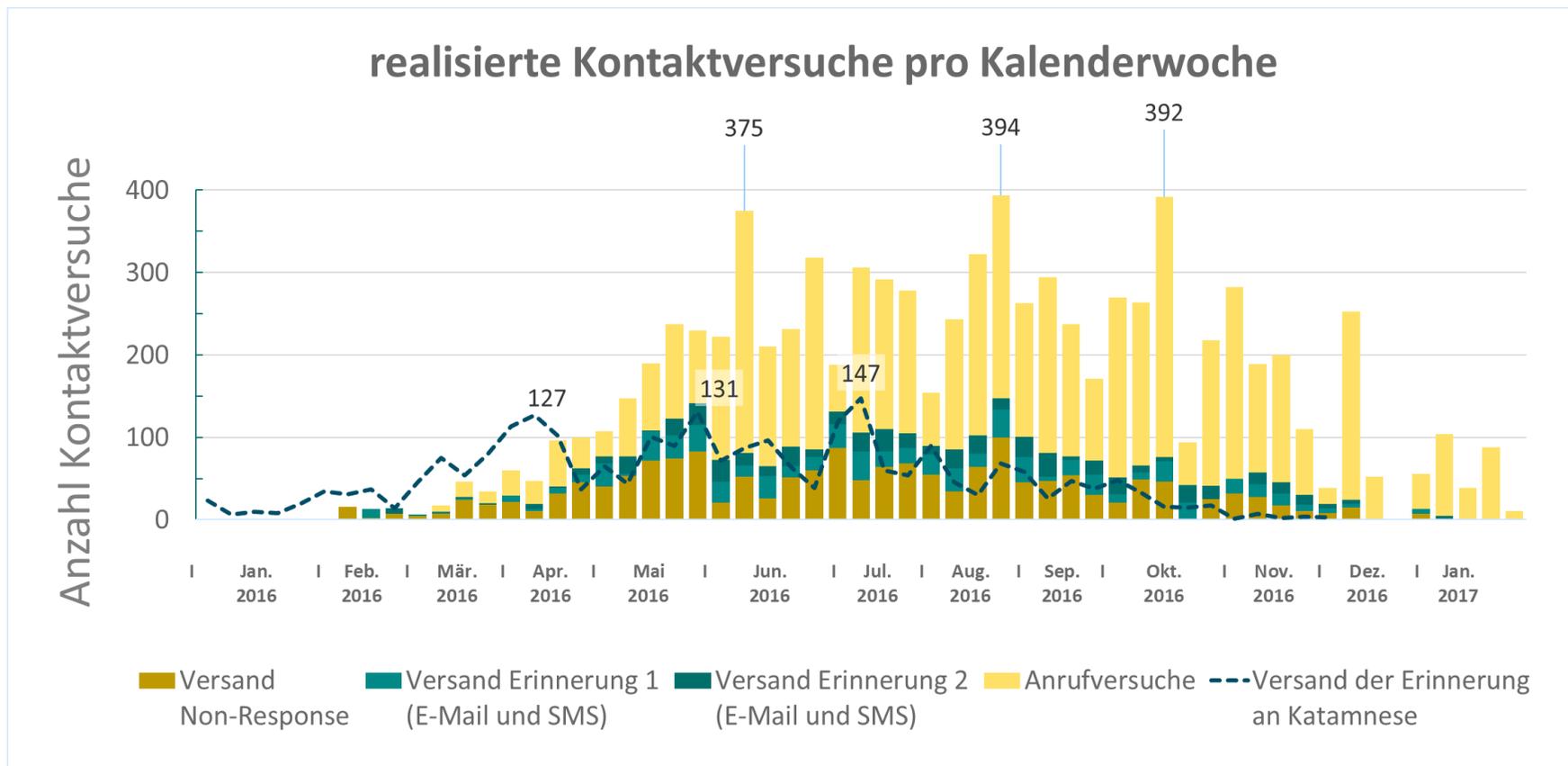


Abbildung 6: Darstellung des Befragungsablaufs über Kontaktversuche pro Kalenderwoche

Den zahlenmäßig größten Anteil der Kontaktversuche im Rahmen der Non-Response-Befragung macht der Aufwand für die telefonische Befragung aus. Studienteilnehmende, die in den vorangegangenen Befragungsphasen nicht erreicht werden konnten, wurden bis zu fünfmal versucht anzurufen.

4.3 Deskription auf Personenebene

4.3.1 Allgemeine Stichprobenbeschreibung

Tabelle 16 zeigt die soziodemographischen Eigenschaften der Studienteilnehmenden.

	MW	n	%
Alter bei Betreuungsbeginn	46,7		
Geschlecht			
Männlich		2554	71,4
Weiblich		1024	28,6
Familienstand			
Ledig		1307	37,4
Verheiratet, zusammenlebend		847	24,3
Verheiratet, getrennt lebend		312	8,9
Geschieden		900	25,8
Verwitwet		124	3,6
Partnerbeziehung			
Alleinstehend		1710	49,5
Zeitweilige Beziehungen		154	4,5
Feste Beziehung		1564	45,3
Sonstige		27	0,8
Lebenssituation alleinlebend			
Nein		1624	47,5
Ja		1795	52,5
Höchster Schulabschluss			
Derzeit in Schulausbildung		2	0,1
Ohne Schulabschluss abgegangen		122	3,5
Sonderschulabschluss		80	2,3
Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss		1432	40,7
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule		1260	35,8
(Fach-)Hochschulreife / Abitur		595	16,9
Anderer Schulabschluss		24	0,7
Erwerbstätigkeit vor Reha			
Erwerbstätig		1442	41
Erwerbslos		1542	43,8
Nicht Erwerbstätig		537	15,3
Behandlungsdauer (in Tagen)			
	84,9		
Anzahl Entzug/Entgiftungen			
keine		641	18,4
eine		1047	30,1
zwei oder mehr		1794	51,5
Anzahl ambulanter Entwöhnungsbehandlungen			
keine		3185	93,8
eine		184	5,4
zwei oder mehr		26	0,8
Anzahl stationärer Entwöhnungsbehandlungen			
keine		2021	58,6
eine		891	25,8
zwei oder mehr		536	15,5
Beendigung der Behandlung			
keine Daten		2	0,1
Planmäßig		3115	87,1
Abbruch durch Patient		372	10,4
Abbruch durch Klinik		54	1,5
Verlegt		35	1
Verstorben		0	0

Tabelle 16: Soziodemographische Eigenschaften und Prozessmerkmale der Studienteilnehmenden

Um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit mit anderen Daten der Suchtrehabilitation zu gewährleisten, haben wir uns bei den zusammenfassenden Kategorien (Lebenssituation und Erwerbstätigkeit) in den folgenden Tabellen an den Kategorien der Berichte des FVS e.V. (Bachmeier et al., 2017) bzw. des buss e.V. (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., 2016) orientiert.

Während der Rekrutierungsphase gaben insgesamt 3832 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in den Studienkliniken ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Studie. Nach Abschluss aller Befragungen verblieben 3578 Personen, deren Daten für den Abschlussbericht ausgewertet werden konnten, und im Folgenden als Studienteilnehmende bezeichnet werden. Diese Studienteilnehmenden waren zu 71,4 % männlich (n = 2554) und im Durchschnitt 46,7 Jahre alt. Zu Beginn der Befragung waren die meisten Studienteilnehmenden ledig (37,4 %) gefolgt von der Gruppe der Verheirateten, die insgesamt 33,2 % der Studienteilnehmenden umfasste (24,3 % zusammenlebend; 8,9 % getrennt lebend). Geschieden waren zum Beginn der Befragung 25,8 % und 3,6 % waren verwitwet. Insgesamt gaben 52,5 % der Studienteilnehmenden bei der Frage nach ihrer Lebenssituation an, mit einem Partner zusammenzuleben. Als höchsten Schulabschluss gaben 40,7 % einen Hauptschulabschluss an, 35,8 % gaben einen Real- schulabschluss bzw. den Abschluss an einer Polytechnischen Oberschule an, 16,9 % gaben die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife als ihren höchsten Schulabschluss an. Vor Beginn der Rehabilitations- behandlung waren 43,8 % erwerbslos, 41,0 % erwerbstätig und 15,3 % nicht erwerbstätig. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 84,9 Tage (über alle Studienteilnehmer, N = 3578), diese beinhaltet also auch diejenigen Studienteilnehmenden, die die Behandlung nicht planmäßig beendet hatten. Insgesamt haben 87,1 % die Rehabilitationsbehandlung planmäßig beendet, 10,4 % der Studienteilnehmenden haben die Behandlung eigenständig abgebrochen und bei 1,5 % der Patientinnen und Patienten wurde die Behandlung durch die Klinik abgebrochen.

4.3.2 Deskription der Gruppen der Responder und Non-Responder

In Tabelle 17 (auf der nächsten Seite) werden die soziodemographischen Eigenschaften der Non-Responder mit denen der Responder verglichen. Die Auswahl und Kodierung der präsentierten Variablen orientiert sich ebenfalls an den Katamneseauswertungen des Fachverbandes Sucht e. V. (Bachmeier et al., 2017).

Merkmale	Responder oder Non-Responder									
	Non-Responder			Responder			Gesamt			
	MW	n	%	MW	n	%	MW	n	%	
Alter bei Betreuungsbeginn	43,6			48,5			46,7			
Geschlecht										
Männlich	949	74,1		1605	69,8		2554	71,4		
Weiblich	331	25,9		693	30,2		1024	28,6		
Familienstand										
Ledig	587	47,0		720	32,1		1307	37,4		
Verheiratet, zusammenlebend	185	14,8		662	29,5		847	24,3		
Verheiratet, getrennt lebend	126	10,1		186	8,3		312	8,9		
Geschieden	319	25,6		581	25,9		900	25,8		
Verwitwet	31	2,5		93	4,1		124	3,6		
Partnerbeziehung										
Alleinstehend	700	56,2		1010	45,7		1710	49,5		
Zeitweilige Beziehungen	71	5,7		83	3,8		154	4,5		
Feste Beziehung	463	37,2		1101	49,8		1564	45,3		
Sonstige	12	1,0		15	0,7		27	0,8		
Lebenssituation alleinlebend										
Nein	492	39,8		1132	51,9		1624	47,5		
Ja	745	60,2		1050	48,1		1795	52,5		
Höchster Schulabschluss										
Derzeit in Schulausbildung	2	0,2		0	0,0		2	0,1		
Ohne Schulabschluss abgegangen	69	5,5		53	2,3		122	3,5		
Sonderschulabschluss	44	3,5		36	1,6		80	2,3		
Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss	534	42,5		898	39,8		1432	40,7		
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	428	34,0		832	36,8		1260	35,8		
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	171	13,6		424	18,8		595	16,9		
Anderer Schulabschluss	9	0,7		15	0,7		24	0,7		
Erwerbstätigkeit vor Reha										
Erwerbstätig	428	34,0		1014	44,8		1442	41,0		
Erwerbslos	673	53,5		869	38,4		1542	43,8		
Nicht Erwerbstätig	158	12,5		379	16,8		537	15,3		
Behandlungsdauer (in Tagen)	84,7			85,0			84,9			
Anzahl Entzug / Entgiftungen										
keine	221	17,7		420	18,8		641	18,4		
eine	324	25,9		723	32,4		1047	30,1		
zwei oder mehr	704	56,4		1090	48,8		1794	51,5		
Anzahl ambulanter Entwöhnungsbehandlungen										
keine	1146	94,2		2039	93,6		3185	93,8		
eine	64	5,3		120	5,5		184	5,4		
zwei oder mehr	6	0,5		20	0,9		26	0,8		
Anzahl stationärer Entwöhnungsbehandlungen										
keine	688	55,8		1333	60,2		2021	58,6		
eine	331	26,8		560	25,3		891	25,8		
zwei oder mehr	214	17,4		322	14,5		536	15,5		
Beendigung der Behandlung										
keine Daten	1	0,1		1	0,0		2	0,1		
Planmäßig	1066	83,3		2049	89,2		3115	87,1		
Abbruch durch Patient	166	13,0		206	9,0		372	10,4		
Abbruch durch Klinik	31	2,4		23	1,0		54	1,5		
Verlegt	16	1,3		19	0,8		35	1,0		
Verstorben	0	0,0		0	0,0		0	0,0		

Tabelle 17: Soziodemographische Eigenschaften der Non-Responder im Vergleich zu den Respondern

Es zeigt sich, dass Non-Responder im Durchschnitt jünger (43,6 Jahre) als Responder (48,5 Jahre) sind. Beim Familienstand zeigen sich die größten Unterschiede in den Kategorien ledig und verheiratet. Während Responder zu 32,1 % ledig sind und 29,5 % verheiratet zusammenleben, sind in der Gruppe der Non-Responder 47,0 % ledig und 14,8 % verheiratet und leben zusammen. In der zusammenfassenden Kategorie Lebenssituation spiegelt sich das Ergebnis des Familienstands insofern wider, als dass Responder zu 60,2 % mit einem Partner zusammenleben, während von den Non-Respondern 48,1 % mit einem Partner zusammenleben. Beim Schulabschluss zeigt sich der größte Unterschied in der Gruppe der Studienteilnehmenden mit Fachhochschul- bzw. Hochschulreife, 13,6 % der Non-Responder im Gegensatz zu 18,8 % der Responder haben diesen Schulabschluss. In der Gruppe der Responder sind mit 44,8 % mehr Studienteilnehmende erwerbstätig als in der Gruppe der Non-Responder (34,0 %). Non-Responder (12,9 %) haben häufiger die Behandlung abgebrochen als Responder (9,0 %). Durch die Klinik wurden mehr Behandlungen von Non-Respondern (2,5 %) abgebrochen als von Respondern (1,0 %).

4.3.3 Deskription der Early-, Late- und Non-Responder

In Tabelle 18 (auf der nächsten Seite) werden die soziodemographischen und Prozessmerkmale der Responder in den Gruppen der Early-, Late- und Non-Responder dargestellt. Hier zeigt sich in den meisten Kategorien ein Verlauf der Häufigkeiten bzw. der Ausprägung des Merkmals in eine bestimmte Richtung, die dem zeitlichen Verlauf der Befragung entspricht. Early-Responder sind mit 49,0 Jahren im Durchschnitt um ca. 2 Jahre älter als Late-Responder (47,1 Jahre) und ca. 5 Jahre älter als Non-Responder (43,6 Jahre). Weibliche Studienteilnehmerinnen antworten eher früher, der Anteil der Frauen in der Gruppe der Early-Responder liegt mit 30,7 % fast 5 % über dem Anteil bei den Non-Respondern. Non-Responder sind eher alleinstehend als Early- und Late-Responder. Der Anteil der Alleinstehenden liegt bei den Early-Respondern bei 44,2 %, bei den Late-Respondern bei 49,8 % und in der Gruppe der Non-Responder bei 56,2 %. Auch beim höchsten Schulabschluss zeigen sich Unterschiede zwischen den Antwortergruppen. Ganz allgemein kann gesagt werden, dass ein höherer Schulabschluss die Antwort auf die Katamnesebefragung wahrscheinlicher macht. Der Anteil der Studienteilnehmenden mit Realschulabschluss/POS oder Abitur liegt bei den Early-Respondern bei ca. 56 %, während der Anteil dieser Schulabschlüsse bei den Non-Respondern nur bei ca. 48 % liegt.

Merkmale	Responder-Status											
	Early-Responder			Late-Responder			Non-Responder			Gesamt		
	MW	n	%	MW	n	%	MW	n	%	MW	n	%
Alter bei Betreuungsbeginn	49,0			47,1			43,6			46,7		
Geschlecht												
Männlich	1156	69,3		449	71,4		949	74,1		2554	71,4	
Weiblich	513	30,7		180	28,6		331	25,9		1024	28,6	
Familienstand												
Ledig	488	30,0		232	37,8		587	47,0		1307	37,4	
Verheiratet, zusammenlebend	513	31,5		149	24,3		185	14,8		847	24,3	
Verheiratet, getrennt lebend	127	7,8		59	9,6		126	10,1		312	8,9	
Geschieden	423	26,0		158	25,8		319	25,6		900	25,8	
Verwitwet	78	4,8		15	2,4		31	2,5		124	3,6	
Partnerbeziehung												
Alleinstehend	709	44,2		301	49,8		700	56,2		1710	49,5	
Zeitweilige Beziehungen	57	3,6		26	4,3		71	5,7		154	4,5	
Feste Beziehung	830	51,7		271	44,9		463	37,2		1564	45,3	
Sonstige	9	0,6		6	1,0		12	1,0		27	0,8	
Lebenssituation alleinlebend												
Nein	838	52,9		294	49,2		492	39,8		1624	47,5	
Ja	746	47,1		304	50,8		745	60,2		1795	52,5	
Höchster Schulabschluss												
Derzeit in Schulausbildung	0	0,0		0	0,0		2	0,2		2	0,1	
Ohne Schulabschluss abgegangen	35	2,1		18	2,9		69	5,5		122	3,5	
Sonderschulabschluss	28	1,7		8	1,3		44	3,5		80	2,3	
Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss	647	39,5		251	40,5		534	42,5		1432	40,7	
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	606	37,0		226	36,5		428	34,0		1260	35,8	
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	315	19,2		109	17,6		171	13,6		595	16,9	
Anderer Schulabschluss	7	0,4		8	1,3		9	0,7		24	0,7	
Erwerbstätigkeit vor Reha												
Erwerbstätig	768	46,8		246	39,5		428	34,0		1442	41,0	
Erwerbslos	594	36,2		275	44,2		673	53,5		1542	43,8	
Nicht Erwerbstätig	278	17,0		101	16,2		158	12,5		537	15,3	
Behandlungsdauer (in Tagen)	85,3			84,4			84,7			84,9		
Anzahl Entzug / Entgiftungen												
keine	311	19,2		109	17,9		221	17,7		641	18,4	
eine	561	34,5		162	26,6		324	25,9		1047	30,1	
zwei oder mehr	752	46,3		338	55,5		704	56,4		1794	51,5	
Anzahl ambulanter Entwöhnungsbehandlungen												
keine	1499	94,0		540	92,5		1146	94,2		3185	93,8	
eine	86	5,4		34	5,8		64	5,3		184	5,4	
zwei oder mehr	10	0,6		10	1,7		6	0,5		26	0,8	
Anzahl stationärer Entwöhnungsbehandlungen												
keine	996	61,6		337	56,3		688	55,8		2021	58,6	
eine	396	24,5		164	27,4		331	26,8		891	25,8	
zwei oder mehr	224	13,9		98	16,4		214	17,4		536	15,5	
Beendigung der Behandlung												
keine Daten	0	0,0		1	0,2		1	0,1		2	0,1	
Planmäßig	1505	90,2		544	86,5		1066	83,3		3115	87,1	
Abbruch durch Patient	141	8,4		65	10,3		166	13,0		372	10,4	
Abbruch durch Klinik	11	0,7		12	1,9		31	2,4		54	1,5	
Verlegt	12	0,7		7	1,1		16	1,3		35	1,0	
Verstorben	0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0	

Tabelle 18: Vergleich Early-, Late-, Non-Responder

Auch der Anteil der Erwerbstätigen unterscheidet sich zwischen den Answerergruppen. Early-Responder sind mit 46,8% eher erwerbstätig als Late-Responder (39,5%) und Non-Responder (34,0%). Bei der

Behandlungsdauer aller planmäßig beendeten Behandlungen zeigen sich nur sehr geringe Unterschiede zwischen den Antwortgruppen (Early: 85,3 Tage, Late: 84,4 Tage, Non-Responder: 84,7 Tage). Weitere Unterschiede zeigen sich bei genauerer Betrachtung des Anteils der Studienteilnehmenden, die die Behandlung planmäßig beendet haben. In der Gruppe der Non-Responder beenden 83,3% die Behandlung regulär, während in der Gruppe der Early-Responder 90,2% die Behandlung planmäßig beenden.

4.3.4 Deskription der Gruppe der Late-Responder nach Antwortmodi

In Tabelle 19 werden die Antwortwege beschrieben, die die Late-Responder genutzt haben, um die Katamnese zu beantworten. Der ersten Aufforderung durch die Charité, die Katamnese, in diesem Fall den verschickten Kurzfragebogen bzw. dessen Online-Version, doch noch zu beantworten, kamen insgesamt 322 Studienteilnehmende nach (Postalisch: 260 und Online: 62). Durch die abschließende telefonische Befragung konnten nochmals 307 Studienteilnehmende mit Hilfe einer telefonisch abgefragten Version des Kurzfragebogens (siehe Anhang: 10.1 Non-Response-Fragebogen) befragt werden.

	n	%
Post	260	41,3
Telefon	307	48,8
Online	62	9,9
Gesamt	629	100,0

Tabelle 19: Häufigkeiten der Antwortmodi in der Gruppe der Late-Responder

In Tabelle 20 (auf der nächsten Seite) werden die soziodemographischen und Prozesseigenschaften der unterschiedlichen Late-Responder dargestellt. Die größten Altersunterschiede zeigten sich zwischen der Gruppe der Post- (48,8 Jahre) und der Online-Antwortenden (42,7 Jahre). Bei der Geschlechtsverteilung sind die Unterschiede zwischen diesen Gruppen ebenfalls am größten (Post: 37,3 % weiblich, Online: 19,4 % weiblich). Auch bei der Partnerbeziehung der Antwortgruppen unterscheiden sich Online- (54,2 % alleinstehend) und Post-Antworter (45,6 % alleinstehend) deutlich. Die Unterschiede zwischen Online- und Post-Antwortenden finden sich auch in den weiteren soziodemographischen Kategorien Schulabschluss und Erwerbstätigkeit. In den Merkmalen der Behandlung zeigen sich diese Gruppenunterschiede (Post vs. Online) nur in der Art der Beendigung der Behandlung (Post: 86,9 % planmäßig, Online: 80,6 % planmäßig).

Auf welchem Weg ist die Antwort eingegangen?

Merkmale	Post			Telefon			Online			Gesamt		
	MW	n	%	MW	n	%	MW	n	%	MW	n	%
Alter bei Betreuungsbeginn	48,8			46,5			42,7			47,1		
Geschlecht												
Männlich	163	62,7		236	76,9		50	80,6		449	71,4	
Weiblich	97	37,3		71	23,1		12	19,4		180	28,6	
Familienstand												
Ledig	82	32,4		125	41,7		25	41,7		232	37,8	
Verheiratet, zusammenlebend	72	28,5		66	22,0		11	18,3		149	24,3	
Verheiratet, getrennt lebend	24	9,5		30	10,0		5	8,3		59	9,6	
Geschieden	67	26,5		72	24,0		19	31,7		158	25,8	
Verwitwet	8	3,2		7	2,3		0	0,0		15	2,4	
Partnerbeziehung												
Alleinstehend	115	45,6		154	52,6		32	54,2		301	49,8	
Zeitweilige Beziehungen	11	4,4		14	4,8		1	1,7		26	4,3	
Feste Beziehung	125	49,6		120	41,0		26	44,1		271	44,9	
Sonstige	1	0,4		5	1,7		0	0,0		6	1,0	
Lebenssituation alleinlebend												
Nein	131	53,0		134	45,4		29	51,8		294	49,2	
Ja	116	47,0		161	54,6		27	48,2		304	50,8	
Höchster Schulabschluss												
Derzeit in Schulausbildung	0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Ohne Schulabschluss abgegangen	7	2,7		9	3,0		2	3,3		18	2,9	
Sonderschulabschluss	4	1,6		4	1,3		0	0,0		8	1,3	
Hauptschulabschluss / Realschulabschluss / (Fach-)Hochschulreife / Abitur	106	41,4		124	40,9		21	34,4		251	40,5	
Anderer Schulabschluss	97	37,9		112	37,0		17	27,9		226	36,5	
	39	15,2		49	16,2		21	34,4		109	17,6	
	3	1,2		5	1,7		0	0,0		8	1,3	
Erwerbstätigkeit vor Reha												
Erwerbstätig	112	43,6		103	33,9		31	50,8		246	39,5	
Erwerbslos	96	37,4		155	51,0		24	39,3		275	44,2	
Nicht Erwerbstätig	49	19,1		46	15,1		6	9,8		101	16,2	
Behandlungsdauer (in Tagen)	81,3			87,6			81,1			84,4		
Anzahl Entzug/Entgiftungen												
keine	51	20,0		49	16,7		9	15,0		109	17,9	
eine	51	20,0		89	30,3		22	36,7		162	26,6	
zwei oder mehr	153	60,0		156	53,1		29	48,3		338	55,5	
Anz. amb. Entwöhnungsbehandlungen												
keine	222	92,9		265	91,7		53	94,6		540	92,5	
eine	12	5,0		19	6,6		3	5,4		34	5,8	
zwei oder mehr	5	2,1		5	1,7		0	0,0		10	1,7	
Anz. stat. Entwöhnungsbehandlungen												
keine	129	51,8		173	59,0		35	61,4		337	56,3	
eine	76	30,5		74	25,3		14	24,6		164	27,4	
zwei oder mehr	44	17,7		46	15,7		8	14,0		98	16,4	
Beendigung der Behandlung												
keine Daten	0	0,0		1	0,3		0	0,0		1	0,2	
Planmäßig	226	86,9		268	87,3		50	80,6		544	86,5	
Abbruch durch Patient	24	9,2		32	10,4		9	14,5		65	10,3	
Abbruch durch Klinik	8	3,1		2	0,7		2	3,2		12	1,9	
Verlegt	2	0,8		4	1,3		1	1,6		7	1,1	
Verstorben	0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0	

Tabelle 20: Vergleich der Late-Responder nach Antwortmodus

In den weiteren Merkmalen der Behandlung (Behandlungsdauer und Anzahl der Vorbehandlungen) zeigen sich die größten Gruppenunterschiede zwischen Post- und Telefon-Antwortern. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt bei Post-Antwortern 81,3 Tage und bei Telefon-Antwortern 87,6 Tage. Im Vergleich mit den Online- und Telefon-Antwortern findet sich unter den Post-Antworter ein größerer Anteil an Personen mit Vorbehandlungen in Form von stationären Entwöhnungsbehandlungen als in den anderen beiden Gruppen. Bei der Anzahl der Entzüge/Entgiftungen findet sich ein gegenteiliges Bild, diese Vorbehandlungen sind in der Gruppe der Post-Antworter geringer ausgeprägt als in den anderen beiden Gruppen, wenngleich in allen drei Gruppen wenigstens 80 % der Befragten mindestens einen Entzug/Entgiftung in der Vorgeschichte aufweisen.

4.3.5 Vergleich der Studienstichprobe mit Katamnesepopulationen der Fachverbände

Tabelle 21 zeigt die Unterschiede in ausgewählten sozio-demographischen Variablen zwischen Studienteilnehmenden (Insgesamt und Responder) und den Teilnehmenden der Katamnesen der Fachverbände (FVS e.V. und buss e.V.). Die Darstellung beschränkt sich auf soziodemographische Variablen, die möglichst vergleichbar in den Berichten der Fachverbände dargestellt werden und auch in der Studie erhoben wurden. Die Darstellung bezieht sich auf die Berichte des Entlassungsjahrgangs 2014 (Bachmeier et al., 2017; Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., 2016). Da es keine vergleichbaren Werte in der oben genannten Katamnese-Publikation des buss gab, beziehen sich die mit einem Sternchen (*) versehenen Werte in den dargestellten Kategorien auf die Gesamtgruppe des Entlassungsjahrgangs 2014 (N = 13.884), die in der Publikation „Zusammenfassung der Verbandsauswertung 2015“ (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., 2015) veröffentlicht wurden.

	Responder			Gesamt		
	Studie n=2.298 64,2 %	FVS 2014 n=5.998 54,4 %	buss 2014 n=3.134 37,9 %	Studie n=3.578 100 %	FVS 2014 n=11.033 100 %	buss 2014 n=8.274 100 %
Keine feste Partnerschaft (alleinstehend)	48,2 %	48,5 %	(49,4 %)	52,9 %	53,8 %	(46,2 %)*
Arbeitslos	38,4 %	36,1 %	34,6 %	43,8 %	42,8 %	41,5 %*
Haltequote	89,2 %	91,8 %	93,3 %	87,1 %	87,1 %	87,2 %
Weiblich	30,2 %	31,8 %	33,6 %	28,6 %	30,1 %	27,4 %*
Altersdurchschnitt in Jahren	48,5	48,3	48,4	46,7	46,2	45,5
Behandlungsdauer in Ta- gen, planmäßige Beender	88,2	85,7	90,0	89,1	85,1	85,2

Tabelle 21: Soziodemographische Eigenschaften der Studienteilnehmenden im Vergleich zu den Befragten des FVS e.V. und buss e.V.

Insgesamt zeigen sich nur sehr geringe Unterschiede in den Verteilungen der soziodemographischen Variablen. Die Mittelwerte bzw. prozentualen Häufigkeiten, die in der Studie beobachtet wurden, liegen in der Regel zwischen den Werten, die in den Berichten der Fachverbände angegeben werden. Als Beispiel soll hier nur der Unterschied in der Geschlechtsverteilung in den unterschiedlichen Befragungen benannt werden. Der Anteil weiblicher Befragter lag beim buss bei 27,4 % und beim FVS bei 30,1 %, während der Anteil der weiblichen Studienteilnehmenden bei 28,7 % lag. Alle weiteren Vergleiche können Tabelle 21 entnommen werden.

4.3.6 Deskription des Abstinenzverhaltens in der Gruppe der Responder

In Tabelle 22 (auf der nächsten Seite) werden die Verteilungen der soziodemographischen und Prozessmerkmale der unterschiedlichen Abstinenz-Gruppen (Abstinenz seit Entlassung, Abstinenz nach 30 Tagen, Rückfällig) beschrieben. In Bezug auf die katamnestische Erfolgsquote (Anteil Abstinenter und 30-Tage-Abstinenz) zeigen sich keine bzw. nur geringe Unterschiede in den Merkmalen Alter und Geschlecht. Unterschiede zwischen rückfälligen und abstinenten Studienteilnehmern (seit Entlassung und 30 Tage) zeigen sich in den soziodemographischen Merkmalen Familienstand, Partnerbeziehung, Lebenssituation, Erwerbstätigkeit und den Merkmalen der Behandlung (Behandlungsdauer, Anzahl der Vorbehandlungen).

Merkmale	Abstinenzverhalten im Katamnesezeitraum											
	Rückfällig			Abstinenter			30 Tage abstinenter nach Rückfall			Gesamt		
	MW	n	%	MW	n	%	MW	n	%	MW	n	%
Alter bei Betreuungsbeginn	47,9			48,9			47,9			48,5		
Geschlecht												
Männlich		367	69,6		928	70,4		310	68,6		1605	69,8
Weiblich		160	30,4		391	29,6		142	31,4		693	30,2
Familienstand												
Ledig		198	38,7		376	29,0		146	33,6		720	32,1
Verheiratet, zusammenlebend		114	22,3		447	34,5		101	23,3		662	29,5
Verheiratet, getrennt lebend		39	7,6		97	7,5		50	11,5		186	8,3
Geschieden		141	27,5		319	24,6		121	27,9		581	25,9
Verwitwet		20	3,9		57	4,4		16	3,7		93	4,1
Partnerbeziehung												
Alleinstehend		243	48,0		554	43,4		213	50,0		1010	45,7
Zeitweilige Beziehungen		32	6,3		40	3,1		11	2,6		83	3,8
Feste Beziehung		226	44,7		676	52,9		199	46,7		1101	49,8
Sonstige		5	1,0		7	0,5		3	0,7		15	0,7
Lebenssituation - alleinlebend												
Nein		233	46,5		699	55,4		200	47,7		1132	51,9
Ja		268	53,5		563	44,6		219	52,3		1050	48,1
Höchster Schulabschluss												
Derzeit in Schulausbildung		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0
Ohne Schulabschluss		13	2,5		26	2,0		14	3,2		53	2,3
Sonderschulabschluss		7	1,4		20	1,5		9	2,0		36	1,6
Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss		209	40,5		534	41,0		155	35,1		898	39,8
Realschulabschluss / Polytechnische (Fach-)Hochschulreife / Abitur		188	36,4		468	36,0		176	39,9		832	36,8
Anderer Schulabschluss		94	18,2		245	18,8		85	19,3		424	18,8
Anderer Schulabschluss		5	1,0		8	0,6		2	0,5		15	0,7
Erwerbstätigkeit vor Reha												
Erwerbstätig		172	33,3		657	50,5		185	41,8		1014	44,8
Erwerbslos		244	47,2		450	34,6		175	39,5		869	38,4
Nicht Erwerbstätig		101	19,5		195	15,0		83	18,7		379	16,8
Behandlungsdauer (in Tagen)	81,4			87,1			83,2			85		
Anzahl Entzug / Entgiftungen												
keine		75	14,7		273	21,3		72	16,3		420	18,8
eine		125	24,5		496	38,7		102	23,1		723	32,4
zwei oder mehr		310	60,8		513	40,0		267	60,5		1090	48,8
Anzahl ambulanter Entwöhnungsbehandlungen												
keine		462	93,5		1183	94,1		394	92,1		2039	93,6
eine		26	5,3		68	5,4		26	6,1		120	5,5
zwei oder mehr		6	1,2		6	0,5		8	1,9		20	0,9
Anzahl stationärer Entwöhnungsbehandlungen												
keine		265	52,3		842	66,1		226	52,0		1333	60,2
eine		149	29,4		292	22,9		119	27,4		560	25,3
zwei oder mehr		93	18,3		139	10,9		90	20,7		322	14,5
Beendigung der Behandlung												
keine Daten		0	0,0		1	0,1		0	0,0		1	0,0
Planmäßig		435	82,5		1209	91,7		405	89,6		2049	89,2
Abbruch durch Patient		74	14,0		95	7,2		37	8,2		206	9,0
Abbruch durch Klinik		13	2,5		7	0,5		3	0,7		23	1,0
Verlegt		5	0,9		7	0,5		7	1,5		19	0,8
Verstorben		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0

Tabelle 22: Soziodemographische Eigenschaften und Prozessmerkmale der Responder (DGSS 3) nach Abstinenzverhalten

4.3.7 Abstinenzverhalten nach Phase der Katamnese-Befragung

In Tabelle 23 werden die Abstinenzquoten in der jeweiligen Befragungsphase dargestellt. In der ersten Phase der Befragung zeigen sich deutlich höhere katamnestiche Erfolgsquoten als in den folgenden Phasen der Befragung. Es zeigt sich jedoch auch, dass in Phase 2 und Phase 3 relativ ähnliche katamnestiche Erfolgsquoten berichtet werden. In der Phase der telefonischen Befragung fällt auf, dass die 30 Tage Abstinenz nach Rückfall im Vergleich zur Phase 2 zunimmt. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass der Rückgang zwischen der katamnestiche Erfolgsquote zwischen Phase 2 und 3 deutlich geringer ausfällt, als das zwischen Phase 1 und 2 der Fall ist.

Befragungsphase	Abstinenzverhalten											
	Katamnestiche Erfolgsquote		Rückfällig				Abstinent				Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Klinik-Katamnese (Phase 1)	1368	82,0	301	18,0	1073	64,3	295	17,7	1669	100		
Charité - Post/Online (Phase 2)	205	63,7	117	36,3	134	41,6	71	22,0	322	100		
Charité - Telefon (Phase 3)	198	64,5	109	35,5	112	36,5	86	28,0	307	100		
Gesamt	1771	77,1	527	22,9	1319	57,4	452	19,7	2298	100		

Tabelle 23: Abstinenzquoten nach Befragungsphase

4.3.8 Abstinenzverhalten nach Phase der Katamnese-Befragung und Berechnungsformen DGSS

1 – DGSS 4

Im Folgenden werden die Veränderungen der katamnestiche Erfolgsquoten in Abhängigkeit vom Antwortverhalten beschrieben. Wie bereits in der Einleitung erwähnt wurde, gehen in die Berechnungsformen der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) unterschiedliche Gruppen von Antwortenden ein. Die Berechnungsformen DGSS 1 und DGSS 2 beziehen sich dabei ausschließlich auf die planmäßig entlassenen Befragten. Dagegen gehen in die Berechnungsformen DGSS 3 und DGSS 4 alle Formen der Entlassung ein. Weiterhin unterscheiden sich die Berechnungsformen im Umgang mit den Non-Respondern (DGSS 2 und DGSS 4: Non-Responder sind nicht erfolgreich /rückfällig; DGSS 1 und DGSS 3: Non-Responder werden bei der Berechnung der Erfolgsquote nicht berücksichtigt).

	Berechnungsform							
	DGSS 1		DGSS 2		DGSS 3		DGSS 4	
Nach Befragungsphase 1	n	%	n	%	n	%	n	%
Katamnestiche Erfolgsquote	1505	83,1	3115	40,2	1669	82,0	3578	38,2
Rückfällig	254	16,9	1864	59,8	301	18,0	2210	61,8
Abstinent	988	65,6	988	31,7	1073	64,3	1073	30,0
30 Tage abstinent nach Rückfall	263	17,5	263	8,4	295	17,7	295	8,2

Tabelle 24: Katamnesticher Erfolg nach Phase 1 der Befragung (DGSS 1 – DGSS 4)

Nach der ersten Phase der Befragung (Befragung durch die Kliniken, siehe Tabelle 24) zeigt sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 83,1 %, wenn lediglich die planmäßig entlassenen Antwortenden in die Berechnung einbezogen werden (DGSS 1). Die Erfolgsquote reduziert sich auf 82,0 %, wenn auch die nicht planmäßig entlassenen Antwortenden in die Berechnung einbezogen werden (DGSS 3). Die konservativen Berechnungsformen nach DGSS 2 und DGSS 4, d.h. alle Non-Responder werden als rückfällig in die Berechnung aufgenommen, kommen auf Erfolgsquoten von 38,2 % (DGSS 4) und 40,2% (DGSS 2).

	Berechnungsform							
	DGSS 1		DGSS 2		DGSS 3		DGSS 4	
Nach Befragungsphase 2	n	%	n	%	n	%	n	%
Katamnestiche Erfolgsquote	1781	80,6	3115	46,1	1991	79,0	3578	44,0
Rückfällig	345	19,4	1679	53,9	418	21,0	2005	56,0
Abstinent	1108	62,2	1108	35,6	1207	60,6	1207	33,7
30 Tage abstinent nach Rückfall	328	18,4	328	10,5	366	18,4	366	10,2

Tabelle 25: Katamnesticher Erfolg nach Phase 2 der Befragung (DGSS 1 – DGSS 4)

Nach der zweiten Phase der Befragung (Befragung durch die Charité – Post und Online, Tabelle 25) zeigt sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 80,6 % wenn lediglich die planmäßig entlassenen Antwortenden in die Berechnung einbezogen werden (DGSS 1), die Erfolgsquote reduziert sich auf 79,0 % wenn auch die nicht planmäßig entlassenen Antwortenden in die Berechnung einbezogen werden. Die konservativen Berechnungsformen nach DGSS 2 und DGSS 4, d.h. alle Non-Responder werden als rückfällig in die Berechnung aufgenommen, kommen auf Erfolgsquoten von 44,0 % (DGSS4) und 46,1% (DGSS 2).

Nach der dritten Phase der Befragung (Befragung durch die Charité – Telefon, Tabelle 26) zeigt sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 78,8 %, wenn lediglich die planmäßig entlassenen Antwortenden in die Berechnung einbezogen werden (DGSS1). Die Erfolgsquote reduziert sich auf 77,1 % wenn auch die nicht planmäßig entlassenen Antwortenden in die Berechnung einbezogen werden (DGSS 3). Die konservativen Berechnungsformen nach DGSS 2 und DGSS4, d.h. alle Non-Responder werden als

rückfällig in die Berechnung aufgenommen, kommen auf Erfolgsquoten von 49,5 % (DGSS 4) und 51,8% (DGSS 2).

	Berechnungsform							
	DGSS 1		DGSS 2		DGSS 3		DGSS 4	
Nach Befragungsphase 3 (gesamt)	n	%	n	%	n	%	n	%
Katamnestiche Erfolgsquote	2049	78,8	3115	51,8	2298	77,1	3578	49,5
Rückfällig	435	21,2	1501	48,2	527	22,9	1807	50,5
Abstinent	1209	59,0	1209	38,8	1319	57,4	1319	36,9
30 Tage abstinent nach Rückfall	405	19,8	405	13,0	452	19,7	452	12,6

Tabelle 26: Katamnestiche Erfolg nach Phase 3 der Befragung (DGSS 1 – DGSS 4)

Mit der Erhöhung der Response-Rate von 46,6 % nach der ersten Phase der Befragung auf 64,2 % nach der dritten Phase der Befragung kommt es auch zu einer Veränderung der katamnestiche Erfolgsquote. Nach der Berechnungsform DGSS 4 steigt die katamnestiche Erfolgsquote von 38,2 % nach Phase 1 der Befragung auf 49,5% nach Phase 3 der Befragung.

Beim Vergleich der katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 4 der gesamten Studie (Tabelle 26) mit denen der Fachverbände buss (Tabelle 27) und FVS (Tabelle 28) berichteten Quoten des Entlassungsjahrgangs 2014 (Bachmeier et al., 2017; Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., 2016) fällt auf, dass die katamnestiche Erfolgsquote der Studie um ca. 9 % über den berichteten Quoten in den Auswertungen der beiden Fachverbände liegt.

	Berechnungsform							
	DGSS 1		DGSS 2		DGSS 3		DGSS 4*	
buss Entlassungsjahrgang 2014	n	%	n	%	n	%	n	%
Katamnestiche Erfolgsquote	2925	83,6	7219	33,9	3134	82,0	2083	40,8
Rückfällig	479	16,4	4773	66,1	565	18,0	1234	59,2
Abstinent	1907	65,2	1907	26,4	1975	63,0	634	30,4
30 Tage abstinent nach Rückfall	539	18,4	539	7,5	594	19,0	215	10,3

* in die Berechnung DGSS 4 gingen nur Fälle aus Einrichtungen mit einem Mindestrücklauf von 45% ein

Tabelle 27: Katamnestiche Erfolg (DGSS 1 – DGSS 4) des Entlassungsjahrgangs 2014 des buss

	Berechnungsform							
	DGSS 1		DGSS 2		DGSS 3		DGSS 4	
FVS Entlassungsjahrgang 2014	n	%	n	%	n	%	n	%
Katamnestiche Erfolgsquote	5508	76,9	9606	44,1	5998	75,3	11033	40,9
Rückfällig	1272	23,1	5370	55,9	1482	24,7	6517	59,1
Abstinent	3191	57,9	3191	33,2	3368	56,2	3368	30,5
30 Tage abstinent nach Rückfall	1045	19,0	1045	10,9	1148	19,1	1148	10,4

Tabelle 28: Katamnestiche Erfolg (DGSS 1 – DGSS 4) des Entlassungsjahrgangs 2014 des FVS

4.4 Analysen auf Personenebene

4.4.1 Analyse des Antwortverhaltens

In Tabelle 29 werden die Ergebnisse der logistischen Regression zur Schätzung des Einflusses ausgewählter Prädiktoren auf das Antwortverhalten dargestellt. Das Antwortverhalten wird mit Hilfe einer dichotomen Variable mit den Kategorien 0 = Non-Responder und 1 = Responder abgebildet. Als Prädiktoren für das Antwortverhalten werden die soziodemographischen Variablen Alter (am Mittelwert zentriert), Geschlecht (Referenzkategorie: männlich), Beziehungsstatus (Referenzkategorie: feste Beziehung), Erwerbstätigkeit (Referenzkategorie: erwerbstätig zu Beginn der Reha) verwendet. Neben den soziodemographischen Variablen werden noch zwei Variablen der Behandlung in das Schätzmodell aufgenommen: Beendigung der Behandlung (Referenzkategorie: planmäßig entlassen) und Anzahl der Vorbehandlungen zum Zeitpunkt der Rehabilitation. Es wurden lediglich vollständige Datensätze in die Analyse einbezogen, d.h. alle soziodemographischen und behandlungsbezogenen Angaben mussten vorhanden sein, damit eine Person in der Regressionsanalyse berücksichtigt wurde. Insgesamt wurden 3353 Studienteilnehmende in die Analyse eingeschlossen. Es zeigte sich, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der abhängigen Variable Antwortverhalten und den folgenden unabhängigen Variablen besteht: Alter, Beziehungsstatus, Erwerbstätigkeit, Beendigung der Behandlung und Anzahl der Vorbehandlungen (Entzug). Im Text wird nur auf die signifikanten Zusammenhänge eingegangen – alle Koeffizienten der nicht signifikanten Zusammenhänge können Tabelle 29 entnommen werden. Es zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter die logarithmierte Chance einer Antwort auf die Kata-mnese steigt.

Antwortverhalten	Coef.	Std. Err.	Z	P>z	[95% Conf. Interval]	
Alter	0,039	0,004	10,57	0,000	0,032	0,047
<i>Geschlecht (Referenzkategorie: männlich)</i>						
weiblich	0,109	0,084	1,3	0,195	-0,056	0,275
<i>Beziehungsstatus (Referenzkategorie: feste Beziehung)</i>						
keine feste Beziehung	-0,335	0,077	-4,33	0,000	-0,486	-0,183
<i>Beendigung der Behandlung (Referenzkategorie: planmäßig)</i>						
Abbruch durch Patient	-0,215	0,120	-1,8	0,072	-0,450	0,019
Abbruch durch Klinik	-0,662	0,295	-2,24	0,025	-1,241	-0,084
verlegt	-0,378	0,366	-1,03	0,302	-1,096	0,340
<i>Erwerbstätigkeit (Referenzkategorie: erwerbstätig)</i>						
erwerbslos	-0,364	0,084	-4,33	0,000	-0,529	-0,199
nicht Erwerbstätig	-0,179	0,121	-1,48	0,139	-0,417	0,058
Anzahl der Entgiftungen/ Entzüge	-0,019	0,006	-3,39	0,001	-0,029	-0,008

Tabelle 29: Logistische Regression des Antwortverhaltens

Zur Veranschaulichung der Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse werden auf deren Grundlage Antwortwahrscheinlichkeiten für die Katamnese prädiziert und in den folgenden Abbildungen dargestellt. Da bekannt ist, welchen Wert jede Person in den im Modell berücksichtigten Variablen (siehe oben) hat, lassen sich für alle dort berücksichtigten Personen eine modellbezogene Antwortwahrscheinlichkeit berechnen. In den folgenden Abbildungen werden diese prädizierten Wahrscheinlichkeiten graphisch dargestellt. In Abbildung 7 wird die prädizierte Antwortwahrscheinlichkeit nach Alter dargestellt. Hierzu wurde die Stichprobe in 4 Subgruppen unterteilt, die die Antwortenden nach Geschlecht und Beziehungsstatus aufteilen. Daraus ergeben sich die Gruppen: Männlich, keine feste Beziehung; Männlich, feste Beziehung; Weiblich, keine feste Beziehung; Weiblich, feste Beziehung. Es zeigt sich, dass in allen Gruppen die Antwortwahrscheinlichkeit mit dem Alter zunimmt. Der Beziehungsstatus (feste vs. keine Beziehung) erhöht die Antwortwahrscheinlichkeit sowohl bei Männern als auch bei Frauen, d.h. Männer bzw. Frauen in einer festen Beziehung haben eine höhere prädizierte Antwortwahrscheinlichkeit als Studienteilnehmende ohne eine feste Beziehung. Frauen haben bei gleichem Beziehungsstatus eine leicht erhöhte prädizierte Antwortwahrscheinlichkeit als Männer.

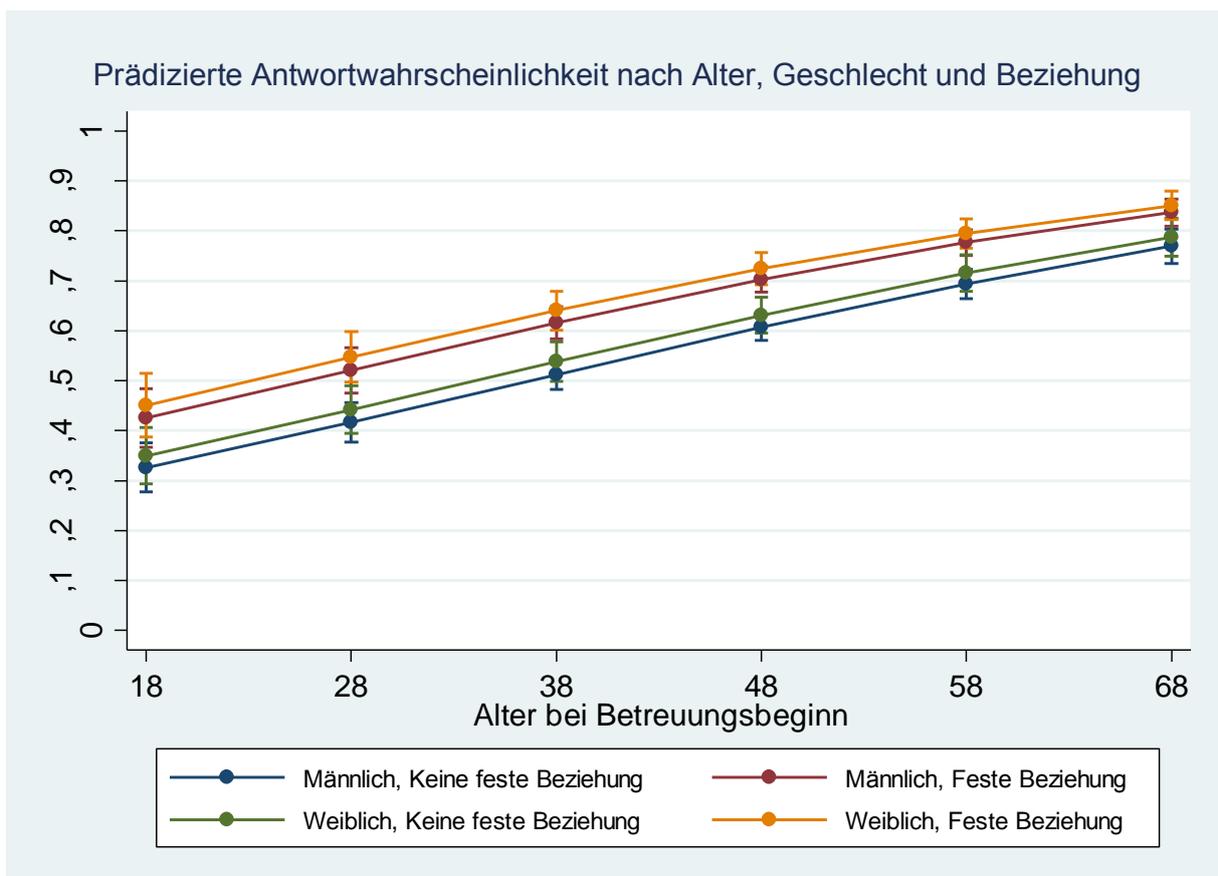


Abbildung 7: Prädizierte Antwortwahrscheinlichkeiten nach Alter, Geschlecht und Beziehungsstatus

In Abbildung 8 werden die Gruppen nach der Anzahl ihrer Vorbehandlungen betrachtet. Hier zeigt sich, dass mit zunehmender Anzahl an Vorbehandlungen die prädizierte Wahrscheinlichkeit einer Katam-

neseantwort sinkt. Auch hier zeigt sich, dass der Beziehungsstatus (feste vs. keine Beziehung) die Antwortwahrscheinlichkeit erhöht, dies trifft sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu. Auch bei der Darstellung der prädizierten Wahrscheinlichkeiten in Abhängigkeit von der Anzahl an Vorbehandlungen zeigt sich, dass Männer bzw. Frauen in einer festen Beziehung eine höhere prädizierte Antwortwahrscheinlichkeit haben als Studienteilnehmende ohne eine feste Beziehung. Auch bei der Anzahl an Vorbehandlungen zeigt sich, dass Frauen bei gleichem Beziehungsstatus eine leicht erhöhte prädizierte Antwortwahrscheinlichkeit als Männer haben.

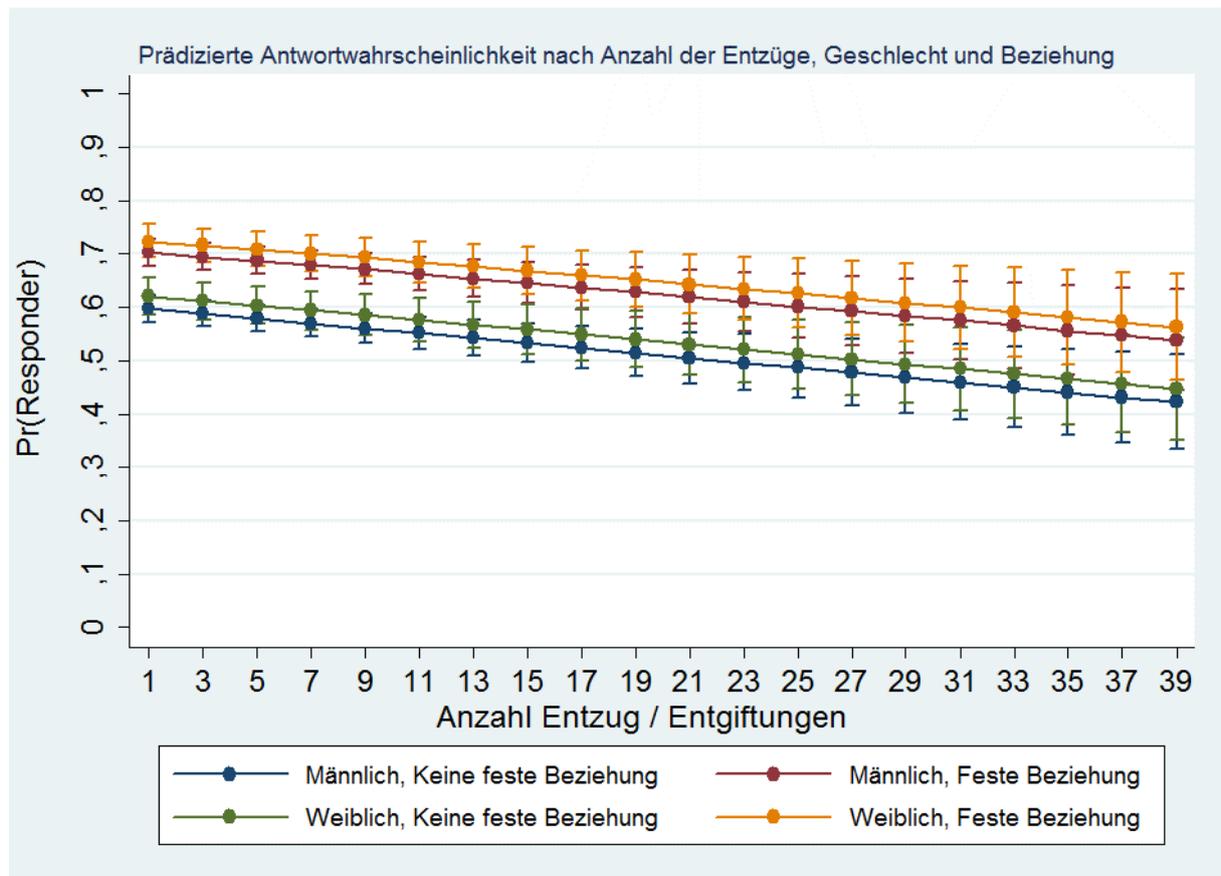


Abbildung 8: Prädizierte Antwortwahrscheinlichkeit nach Alter, Geschlecht und Anzahl der Vorbehandlungen

4.4.2 Analyse des Abstinenzverhaltens

Auch zur Analyse des Zusammenhangs ausgewählter soziodemographischer bzw. behandlungsbezogener Variablen mit dem abstinenzbezogenen Behandlungserfolg wurde eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt. In der abhängigen Variable Abstinenzverhalten werden die Kategorien „seit 30 Tagen abstinent“ und „abstinent seit Entlassung“ aus den Katamnese-Fragebögen zusammengefasst und als abstinent kategorisiert. Die dichotome abhängige Variable besteht somit aus den Kategorien rückfällig (mit 0 kodiert) und abstinent (mit 1 kodiert). In die Analyse gehen nur vollständige Datensätze ein, d.h. alle soziodemographischen und behandlungsbezogenen Angaben mussten vorhanden

sein, damit eine Person in der Regressionsanalyse berücksichtigt wurde. Insgesamt wurden 2142 Katamnesen von Studienteilnehmenden, die vollständige Datensätze enthielten, in die Analyse einbezogen. Die Ergebnisse der Analyse finden sich in Tabelle 30.

Abstinenzverhalten	Coef.	Std. Err.	Z	P>z	[95% Conf. Interval]	
Alter	0,0066	0,0054	1,23	0,218	-0,0039	0,0172
<i>Geschlecht (Referenzkategorie: männlich)</i>						
weiblich	0,0064	0,1165	0,05	0,956	-0,2219	0,2346
<i>Beziehungsstatus (Referenzkategorie: feste Beziehung)</i>						
keine feste Beziehung	-0,1800	0,1084	-1,66	0,097	-0,3925	0,0324
<i>Beendigung der Behandlung (Referenzkategorie: planmäßig)</i>						
Abbruch durch Patient	-0,6218	0,1627	-3,82	0,000	-0,9407	-0,3029
Abbruch durch Klinik	-1,4269	0,4371	-3,26	0,001	-2,2835	-0,5703
verlegt	-0,2752	0,5363	-0,51	0,608	-1,3264	0,7760
<i>Erwerbstätigkeit (Referenzkategorie: erwerbstätig)</i>						
erwerbslos	-0,4519	0,1216	-3,72	0,000	-0,6902	-0,2136
nicht erwerbstätig	-0,4886	0,1566	-3,12	0,002	-0,7955	-0,1817
Anzahl der Entgiftungen/ Entzüge	-0,0326	0,0080	-4,08	0,000	-0,0483	-0,0170

Tabelle 30: Logistische Regression des Abstinenzverhaltens

Signifikante Zusammenhänge des Abstinenzverhaltens zeigten sich mit den Variablen Erwerbstätigkeit, Beendigung der Behandlung und der Anzahl der Vorbehandlungen. Im Vergleich mit Erwerbstätigen steigt die logarithmierte Chance für einen Rückfall bei Erwerbslosen und Nichterwerbstätigen. Die planmäßige Beendigung der Behandlung erhöht die logarithmierte Chance auf Abstinenz im Vergleich mit Respondern, die ihre Behandlung abgebrochen haben bzw. deren Behandlung durch die Klinik abgebrochen wurde. Die Anzahl der Vorbehandlungen stellt einen negativen Prädiktor für die Abstinenz dar. Mit jeder zusätzlichen Vorbehandlung steigt die logarithmierte Chance auf einen Rückfall zum Katamnese-Zeitpunkt.

Zur Veranschaulichung der Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse zum Abstinenzverhalten wird auf deren Grundlage die Wahrscheinlichkeit für den Katamnese-Erfolg (Abstinenz zum Katamnese-Zeitpunkt) prädiziert und in den folgenden Abbildungen dargestellt. Hierzu wurde die Answergruppe in vier Subgruppen unterteilt, die die Antwortenden nach Geschlecht und Beziehungsstatus aufteilen. Daraus ergeben sich die Gruppen: Männlich, keine feste Beziehung; Männlich, feste Beziehung; Weiblich, keine feste Beziehung; Weiblich, feste Beziehung. In Abbildung 9 (auf der nächsten Seite) zeigt sich, dass die prädizierte Abstinenzwahrscheinlichkeit mit dem Alter nur leicht zunimmt. Der Beziehungsstatus (feste vs. keine Beziehung) erhöht die prädizierte Wahrscheinlichkeit des Katamnese-Erfolgs sowohl bei Männern als auch bei Frauen, d.h. Männer bzw. Frauen in einer festen Beziehung haben eine höhere prädizierte Abstinenzwahrscheinlichkeit als Studienteilnehmende ohne

eine feste Beziehung. Frauen und Männer zeigen bei gleichem Beziehungsstatus sehr ähnliche prädizierte Abstinenzwahrscheinlichkeiten.

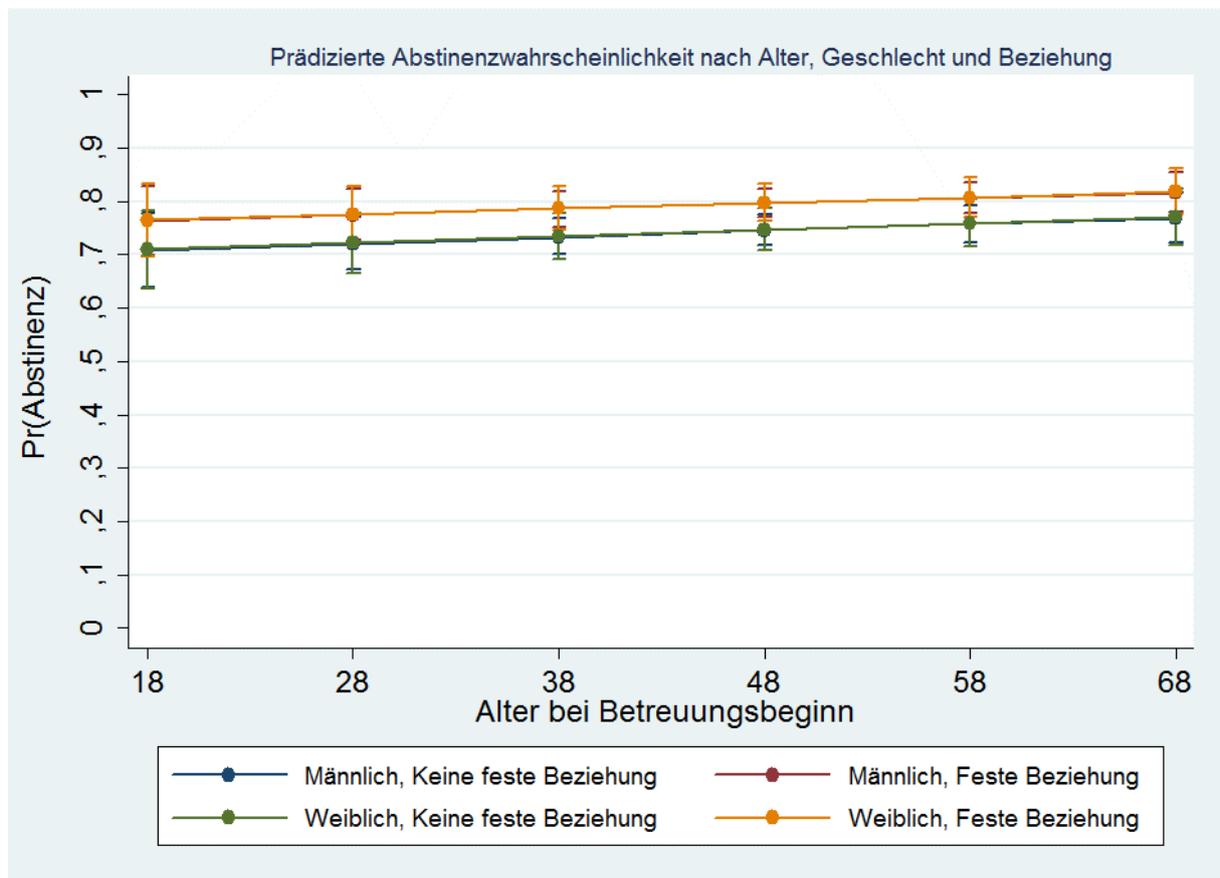


Abbildung 9: Prädizierte Abstinenzwahrscheinlichkeit nach Alter, Geschlecht und Beziehungsstatus

In Abbildung 10 (auf der nächsten Seite) werden die Gruppen nach der Anzahl ihrer Vorbehandlungen betrachtet. Hier zeigt sich, dass mit zunehmender Anzahl an Vorbehandlungen die prädizierte Wahrscheinlichkeit der Abstinenz sinkt. Der Beziehungsstatus (feste vs. keine Beziehung) erhöht die prädizierte Abstinenzwahrscheinlichkeit, dies trifft sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu. Männer bzw. Frauen in einer festen Beziehung zeigen eine höhere prädizierte Abstinenzwahrscheinlichkeit als Studienteilnehmende ohne eine feste Beziehung. Auch bei der Anzahl an Vorbehandlungen zeigt sich, dass Frauen und Männer bei gleichem Beziehungsstatus fast die gleiche prädizierte Abstinenzwahrscheinlichkeit haben.

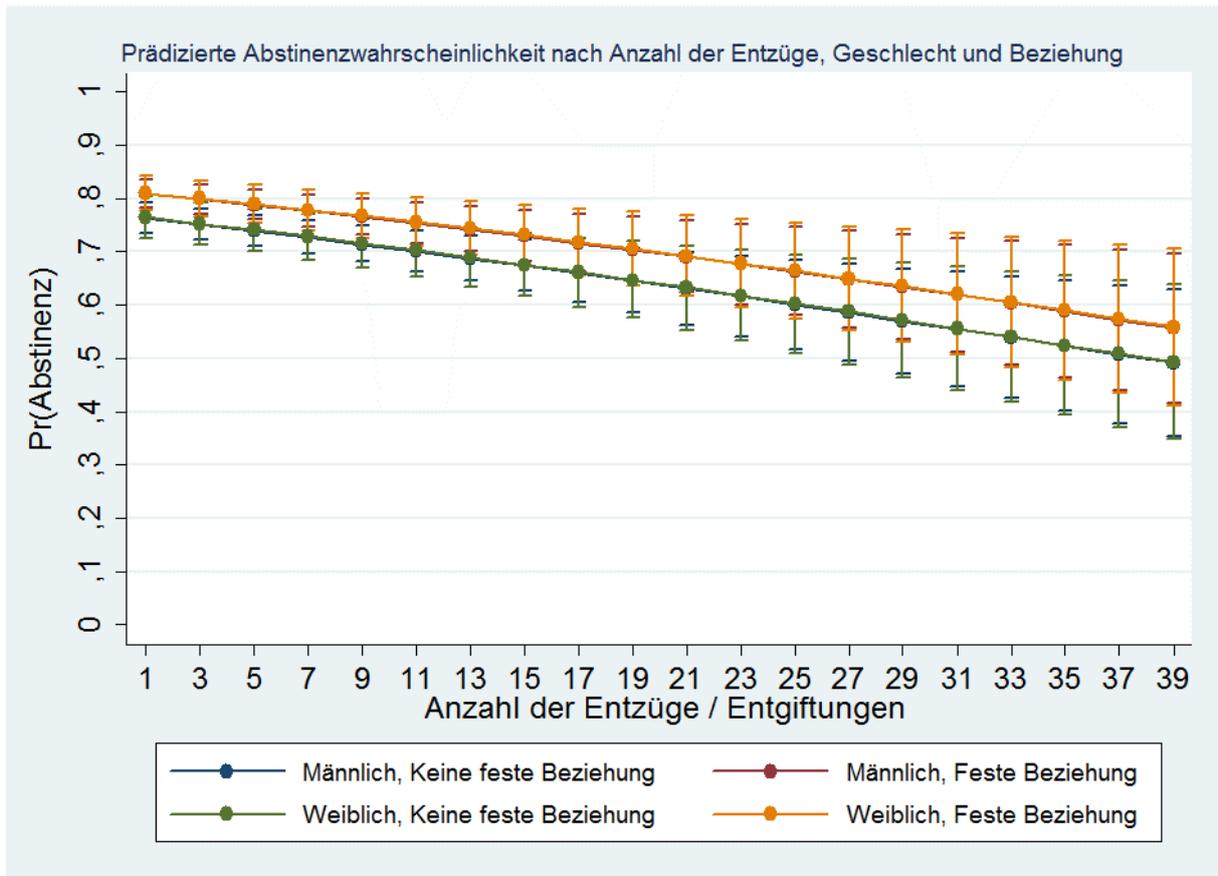


Abbildung 10: Prädizierte Abstinenzwahrscheinlichkeit nach Alter, Geschlecht und Anzahl der Vorbehandlungen

4.5 Gründe für Non-Response

Die Datengrundlage für diese Auswertung bilden die zur Verfügung stehenden Daten der Late-Responder, die durch die Befragung der Charité erreicht wurden. Insgesamt liegen Daten von 629 Late-Respondern vor (100 %). Nicht alle Late-Responder gaben in der Befragung ihre Gründe der primären Nicht-Antwort an. In die folgenden Auswertungen gehen daher Daten von 610 Personen ein, was einen Anteil von 97 % der erreichten Late-Responder ausmacht.

Für das Item „Warum haben Sie den Fragebogen aus Ihrer Klinik bisher nicht ausgefüllt und/oder zurückgeschickt?“ wurden 14 mögliche Antwortausprägungen vorgegeben, wobei Mehrfachnennungen möglich waren und zwei Antwortvorgaben durch handschriftliche Eintragungen ergänzt werden konnten (siehe Anhang: 10.1 Non-Response-Fragebogen).

Im Rahmen der Auswertung dieser Frage wurde, wie weiter oben beschrieben (Kapitel 2.5.4 Non-Response-Fragen), eine Zusammenfassung der Angaben in sieben Antwortkategorien vorgenommen, mit dem Ziel, die Komplexität des Datenmaterials zu verringern und so die Nennungen einer Auswertung zuführen zu können.

Abbildung 11 zeigt die angegebene Art der Gründe für die primäre Non-Response, die von den Late-Respondern genannt wurden. In die Auswertung gingen 935 Antworten von 610 Studienteilnehmenden (100 %) ein. Die dargestellten Prozentzahlen beziehen sich auf die befragten Personen.

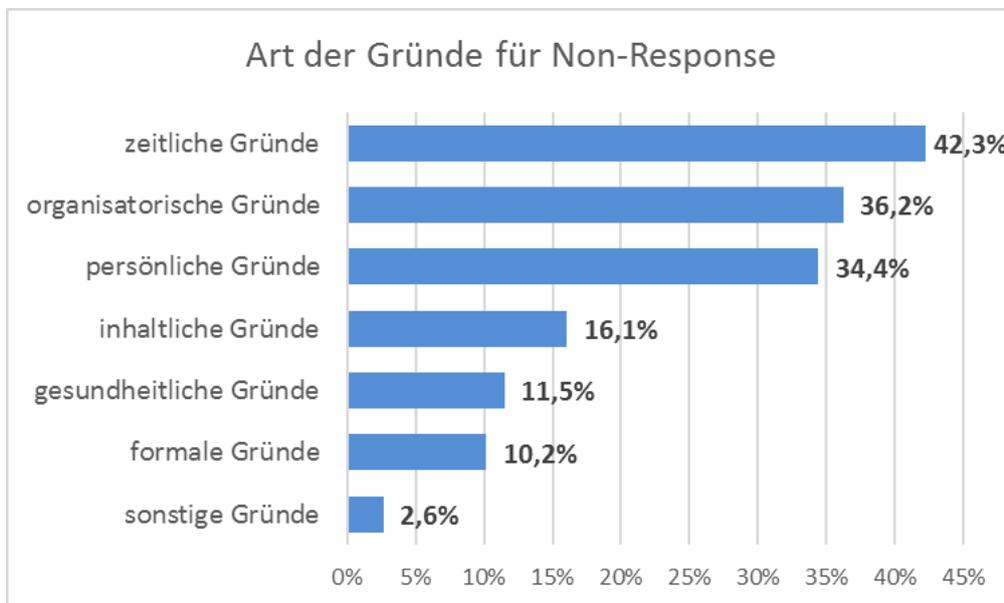


Abbildung 11: Art der Gründe für Non-Response, prozentuale Verteilung der 935 Antworten bezogen auf 610 Personen (Mehrfachnennungen waren möglich)

42,3 % (n = 258 Nennungen) der Befragten gaben als Grund für die primäre Non-Response Zeitmangel bzw. andere Prioritäten an. Organisatorische Gründe, die mit der Durchführung der Befragung zusammenhängen, gaben 36,2 % (n = 221 Nennungen) der Befragten als Grund für primäre Non-Response an. Persönliche Gründe (Einstellungen, Motivationen und Kompetenzen der Befragten) wurden von 34,4 % (n = 210 Nennungen) der Befragten genannt. Der Inhalt der Befragung wurde von 16,1 % (n = 98 Nennungen) der Befragten als Non-Response-Grund genannt. Gesundheitliche Gründe (wie z.B. auch die Rückfälligkeit oder begleitende Erkrankungen) wurden dagegen nur von 11,5 % der Befragten (n = 70 Nennungen) thematisiert. Ähnlich viele Befragte äußerten formale Gründe (10,2 %, n = 62 Nennungen). 2,6 % der befragten Personen gaben sonstige Gründe für die primäre Non-Response an.

Abbildung 12 (auf der nächsten Seite) betrachtet die angegebenen Gründe für Non-Response in Abhängigkeit vom Geschlecht der Befragten. Die dargestellten Prozentangaben beziehen sich auf die befragten Personen in der jeweiligen Gruppe.

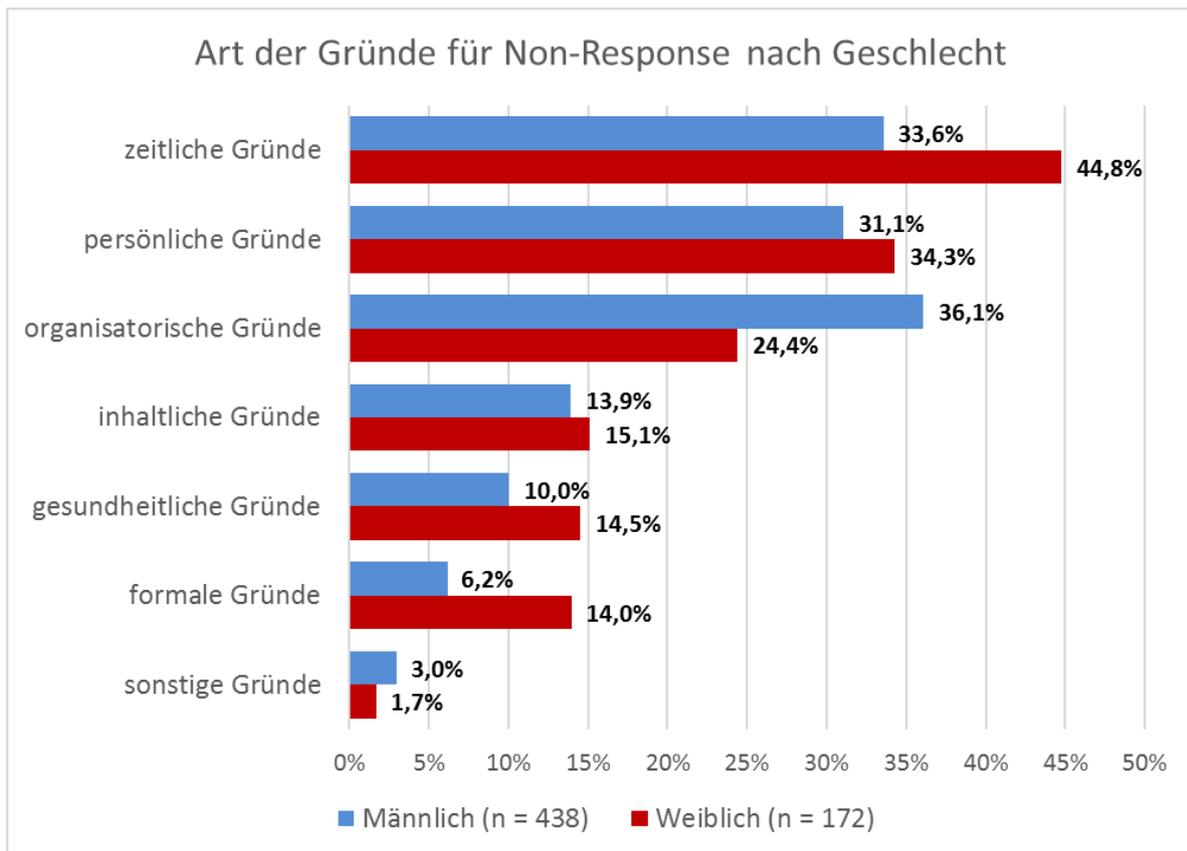


Abbildung 12: Art der Gründe für Non-Response nach Geschlecht, prozentuale Verteilung der 935 Antworten bezogen auf 610 Personen (Mehrfachnennungen waren möglich)

Es werden Unterschiede zwischen den Geschlechtern deutlich. Weibliche Befragte (w) geben im Vergleich zu männlichen Befragten (m) häufiger zeitliche Gründe an (w: 44,8 % vs. m: 33,6 %). Dabei geben weibliche Befragte weniger häufig organisatorische Gründe für die primäre Non-Response an als männliche (w: 24,4 % vs. m: 36,1 %). Die beiden Geschlechter unterscheiden sich auch im Hinblick auf die Angabe von gesundheitlichen Gründen (w: 14,5 % vs. m: 10,0 %).

Bei der Betrachtung der Anzahl an angegebenen Gründe für Non-Response (Abbildung 13, auf der nächsten Seite) werden ebenfalls leichte Geschlechterdifferenzen deutlich. Befragte Frauen geben mehr Gründe für Non-Response an als befragte Männer. Während 63,7 % der befragten Männer einen Grund für die primäre Non-Response nennen, so ist dies nur bei 57,0 % der befragten Frauen der Fall. 43,0 % der befragten Frauen geben mehr als einen Grund für die primäre Non-Response an. Männer gaben durchschnittlich etwas weniger Gründe (MW: 1,40; SD: 0,81) für die primäre Non-Response an als Frauen (MW: 1,53; SD: 0,94).

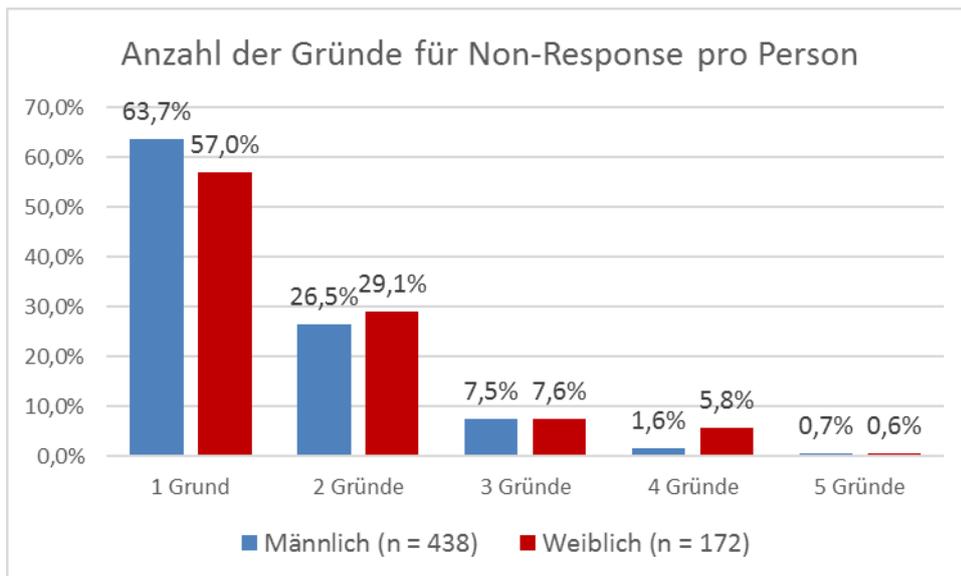


Abbildung 13: Anzahl der angegebenen Gründe für Non-Response nach Geschlecht (n = 610)

4.6 Auswertung der Response-Hilfen

Von den insgesamt 629 erreichten Late-Respondern liegen von 45,8 % (288 Personen) Antworten zum Item „Was hätte Sie dabei unterstützt, den Fragebogen aus der Klinik auszufüllen und zurückzusenden?“ vor. Im Instrument wurden acht mögliche Antwortausprägungen vorgegeben, wobei Mehrfachnennungen möglich waren und eine Antwortvorgabe (sonstiges) durch handschriftliche Eintragungen ergänzt werden konnte (siehe Anhang: 10.1 Non-Response-Fragebogen).

Im Rahmen der Auswertung dieser Frage wurde, wie weiter oben beschrieben (Kapitel 2.5.4 Non-Response-Fragen), eine Zusammenfassung der Angaben in acht Antwortkategorien vorgenommen, mit dem Ziel, die Komplexität des freitextlichen Datenmaterials zu verringern und alle Nennungen einer Auswertung zuführen zu können. Für die Zuordnung der Freitexte zu den Kategorien wurde das freitextliche Material in einem ersten Schritt gesichtet. Aus allen freitextlichen Antworten (n = 112), wurden diejenigen entfernt, die offensichtlich keine Antwort auf die gestellte Frage enthielten (n = 49). Weiterhin wurden Nennungen entfernt, bei denen Befragte angaben, keine Idee zu haben oder keine Antwort auf die Frage zu wissen (n = 10). Für die Kategorisierung blieben 53 gültige freitextliche Nennungen übrig, die auf die acht Kategorien zugeordnet wurden.

Abbildung 14 (auf der nächsten Seite) zeigt die von den Befragten angegebenen möglichen Hilfen für die Erhöhung der Antwortrate. In die Auswertung gingen 354 Antworten von 288 Studienteilnehmenden ein. Die prozentuale Darstellung bezieht sich auf die Personen, die geantwortet haben.

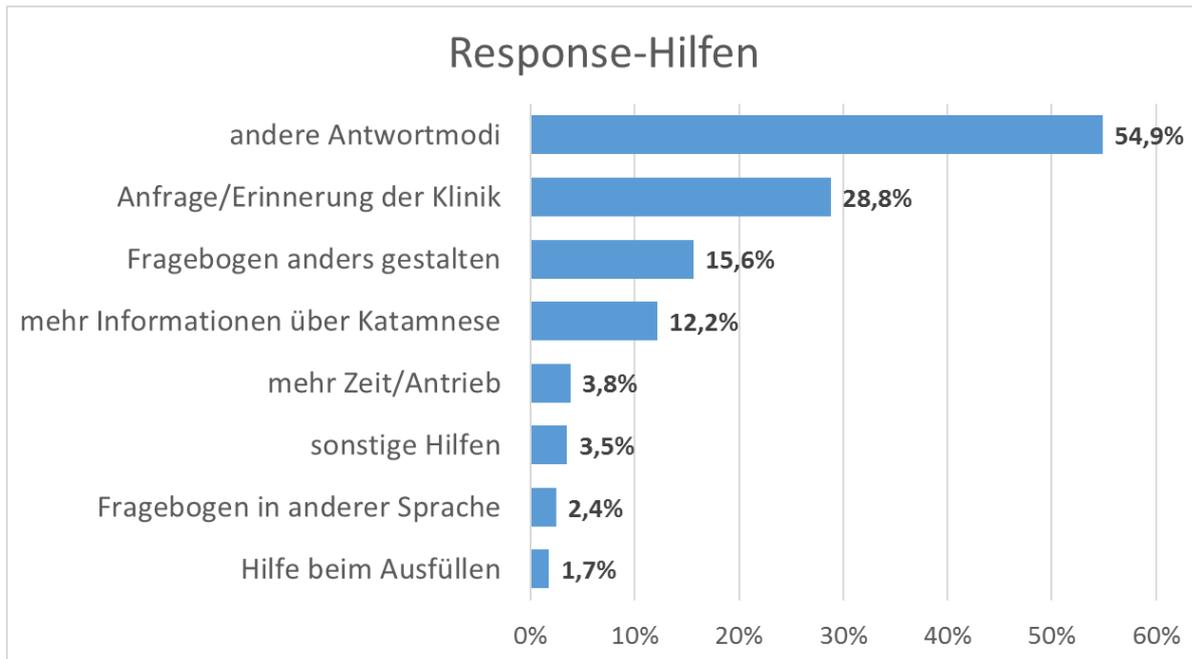


Abbildung 14: angegebene Response-Hilfen, prozentuale Verteilung der Antworten auf befragte Personen (Mehrfachnennungen waren möglich)

Mehr als die Hälfte (54,9 %, n = 158 Nennungen) der in die Auswertung eingeschlossenen Befragten geben an, dass ihnen andere Antwortmodi geholfen hätten, die primäre Non-Response zu vermeiden. Mehr als ein Viertel (28,8 %, n = 83 Nennungen) der Befragten fänden eine Anfrage/Erinnerung der Klinik (auch mit alternativen Kontaktmöglichkeiten wie SMS oder E-Mail) unterstützend, um eine primäre Non-Response zu vermeiden. Knapp jeder sechste Befragte (15,6 %, n = 45 Nennungen) schlägt eine andere Gestaltung des Katamnese-Instruments vor. Weitere 12,2 % (n = 35 Nennungen) der Befragten wünschen sich mehr bzw. bessere Informationen über die Katamnese. Persönliche Ressourcen der Befragten (3,1 %, n = 11 Nennungen), Fragebögen in einer anderen Sprache (2,0 %, n = 7 Nennungen), Hilfe beim Ausfüllen (1,4 %, n = 5 Nennungen) und sonstige Hilfen (2,8 %, n = 10 Nennungen) werden jeweils von unter 5 % der Befragten angegeben.

Abbildung 15 (auf der nächsten Seite) zeigt die angegebenen Response-Hilfen unterschieden nach Geschlecht. Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die befragten Personen in der jeweiligen Gruppe.

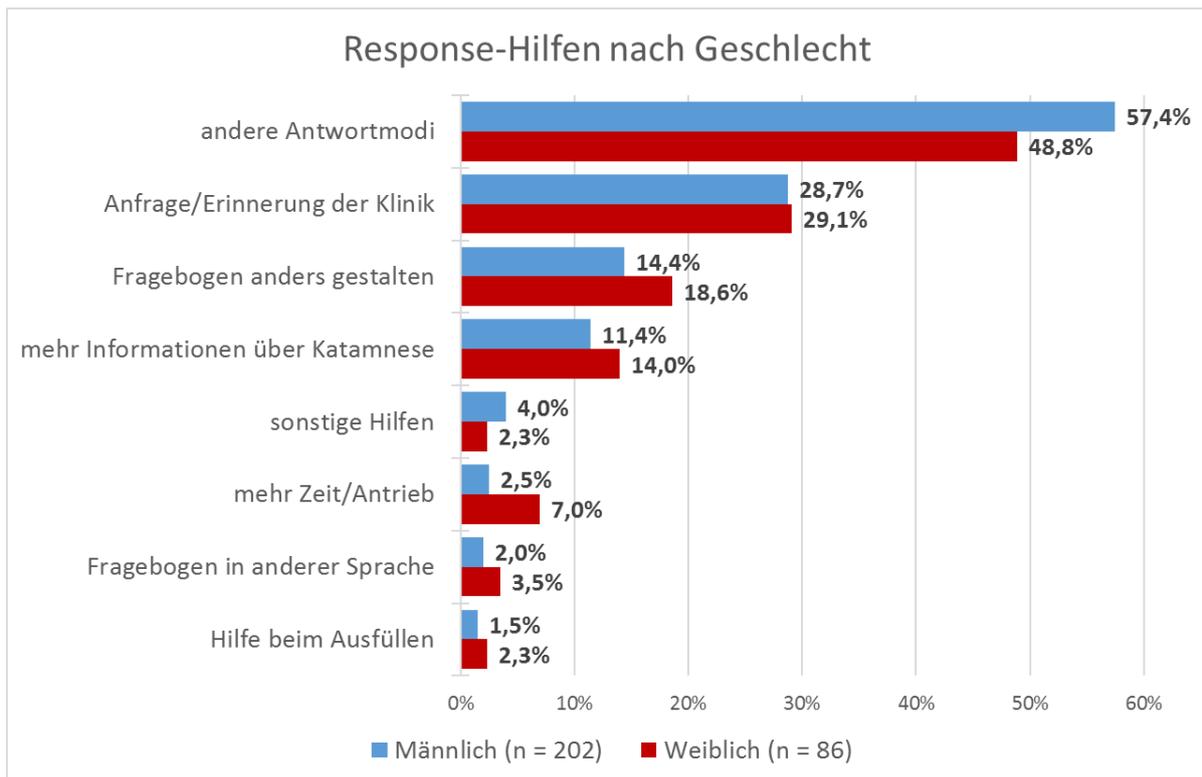


Abbildung 15: angegebene Response-Hilfen nach Geschlecht, prozentuale Verteilung der Antworten bezogen auf befragte Personen (Mehrfachnennungen waren möglich)

Es wird deutlich, dass wie auch schon bei den Gründen für Non-Response bei den möglichen Response-Hilfen geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen. So sehen mehr Männer (m) als Frauen (w) andere Antwortmodi als hilfreich für die Vermeidung einer primären Non-Response an (m: 57,4 % vs. w: 48,8 %). Etwas weniger Männer als Frauen fänden eine andere Gestaltung des Fragebogens hilfreich, um primäre Non-Response zu vermeiden (m: 14,4 % vs. w: 18,6 %). Bei der Betrachtung der Gründe für Non-Response (siehe Kapitel 4.5 Gründe für Non-Response) gaben Frauen häufiger zeitliche Gründe für die primäre Non-Response an, als dies bei Männern der Fall war. Analog dazu sieht auch ein größerer Anteil an Frauen persönliche Ressourcen in Form von Zeit und Antrieb als hilfreich für die Vermeidung einer primären Non-Response an (m: 2,5 % vs. w: 7,0 %).

4.7 Merkmale der Routinekatamnese in den beteiligten Kliniken

Im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2016 wurden im Rahmen einer standardisierten Online-Befragung Daten zum Ablauf und zur Durchführung der Routinekatamnese in den beteiligten Kliniken erhoben. Es liegen 45 vollständige Befragungsdatensätze von 49 angeschriebenen Kliniken vor, was einer Rücklaufquote von 91,8 % entspricht. Tabelle 31 zeigt die Ergebnisse der Befragung.

Katamneseerkmale	n	%
erfasste Kontaktmöglichkeiten der Rehabilitanden		
Adresse	44	97,8
Festnetznummer	36	80,0
Mobilnummer	34	75,6
E-Mail-Adresse	25	55,6
Aufklärung zur Katamnese		
Informationsveranstaltung	23	52,3
persönliches Gespräch	29	65,9
persönliches Gespräch und Informationsveranstaltung	8	18,2
Durchführung der Katamnese		
Versand von Erinnerungen bei Non-Response	43	95,6
telefonisches Nachfassen	18	40,0
Einsatz von Online-Katamnese	3	6,7
Einsatz von Katamnese-Bögen in anderer Sprache	1	2,2
verwendete Katamnesebögen		
langer Fragebogen	24	53,3
kurzer Fragebogen	11	24,4
langer und kurzer Fragebogen	10	22,2
Zuständigkeiten für Dokumentation der Katamnese		
feste Zuständigkeiten für Dokumentation	44	97,8
Zuständigkeit mehrerer Bereiche für Katamnese	7	15,6
weitere Kontaktversuche mit Rehabilitanden		
Kontaktaufnahme zwischen Reha-Ende und Katamnese-Versand	14	31,1

Tabelle 31: Katamneseerkmale der beteiligten Kliniken, prozentuale Angaben bezogen auf die Gesamtzahl der befragten Kliniken (n = 45)

Nahezu allen befragten Kliniken bewahren die Adresse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zum Katamnese-Versand auf (97,8 %). Ebenso gibt es in fast allen befragten Kliniken feste Zuständigkeiten

für die Dokumentation der Katamnese (97,8 %). Fast alle befragten Kliniken versenden Erinnerungen, sollte das erste Katamnese-Anschreiben nicht beantwortet werden (95,6 %). In allen weiteren dargestellten Merkmalen unterscheiden sich die Kliniken teilweise sehr deutlich. Das beginnt bei den erfassten Kontaktmöglichkeiten, der Information und Durchführung der Katamnese über die verwendeten Instrumente bis hin zur Frage, ob die Kliniken zwischen Ende der Rehabilitation und dem Versand der Katamnese Kontakt mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufnehmen.

Tabelle 32 zeigt die Verteilung der Bereiche, die in den befragten Kliniken für die Katamnese zuständig sind. Wie in Tabelle 31 bereits ersichtlich wurde, sind in sieben der befragten Kliniken mehrere Bereiche für die Katamnese zuständig. Die dargestellten Zahlen sind Auswertungen von Mehrfachnennungen und ergeben daher bei Aufsummierung über 100 %.

Katamnesezuständigkeiten in den Kliniken		
Bereich	n	%
Verwaltung	29	64,4
Qualitätsmanagement	6	13,3
wissenschaftliche Mitarbeiter/Assistenten	6	13,3
therapeutische Mitarbeiter	6	13,3
sonstige Mitarbeiter	3	6,7
Leitung	2	4,4

Tabelle 32: Katamnesezuständigkeiten in den Kliniken nach Bereichen, prozentuale Verteilung bezogen auf die befragten Kliniken (n = 45), Mehrfachnennungen möglich

Die Verteilung zeigt, dass sich die Zuständigkeiten in den Kliniken sehr individuell gestalten, die Verwaltung aber die mit großem Abstand größte Gruppe darstellt. In nahezu zwei Drittel der befragten Kliniken ist die Verwaltung für die Katamnese verantwortlich. Dazu zählen auch Mitarbeiter in der Aufnahme, dem Sekretariat oder Dokumentationsassistenten. In einigen Kliniken gehört die Katamnese zur Leitungsaufgabe (4,4 %) oder wird vom Qualitätsmanagement (13,3 %) durchgeführt. In einigen Kliniken fällt die Katamnese in den Verantwortungsbereich der wissenschaftlichen Mitarbeiter (13,3 %). In drei der befragten Kliniken sind eigens Mitarbeiter für diesen Bereich angestellt worden (sonstige Mitarbeiter, 6,7 %). In einigen Kliniken liegt die Verantwortung für die Katamnese bei den therapeutisch tätigen Mitarbeitern (13,3 %).

Tabelle 33 zeigt die durchschnittlichen Werte für den indizierten Aufwand der Routinekatamnese aufgeteilt nach Klinikgröße. Die Werte bewegen sich im Bereich von 0 bis 1. Wobei 0 die geringste Aus-

prägung des Katamnese-Aufwands darstellt (lediglich ein einmaliges Anschreiben) und 1 den größtmöglichen Aufwand repräsentiert (mehrmalige Erinnerungen, telefonisches Nachfassen und Kontaktaufnahme nach Reha-Ende). Es wird deutlich, dass mit steigender Klinikgröße der betriebene Aufwand für die Katamnese steigt. Kleine und mittelgroße Kliniken ähneln sich im durchschnittlichen Aufwand für die Katamnese, während große Kliniken im Durchschnitt mehr Aufwand betreiben.

Mittelwert des indizierten Katamnese-Aufwands nach Klinikgröße

Klinikgröße	M	SD	n
kleine Klinik (< 50 Plätze)	,48	,25	11
mittelgroße Klinik (50 - 100 Plätze)	,55	,15	19
große Klinik (> 100 Plätze)	,71	,22	15

Tabelle 33: Mittelwerte und Standardabweichungen (SD) des indizierten Katamnese-Aufwands der befragten Kliniken (n = 45)

Tabelle 34 zeigt die durchschnittlichen Rücklaufquoten der Routinekatamnese im Jahr 2015 nach der Klinikgröße. Es wird deutlich, dass große Kliniken im Vergleich zu kleinen und mittelgroßen Kliniken eine höhere Ausschöpfungsquote der Katamnese erreichen.

Mittelwert der Katamnese-Rücklaufquote 2015 nach Klinikgröße

Klinikgröße	M	SD	n
kleine Klinik (< 50 Plätze)	42,99	16,53	11
mittelgroße Klinik (50 - 100 Plätze)	41,90	11,63	18
große Klinik (> 100 Plätze)	47,40	15,26	14

Tabelle 34: Mittelwerte und Standardabweichungen (SD) der Katamnese-Rücklaufquote der befragten Kliniken (n = 43)

5. Diskussion

5.1 Vergleichbarkeit der Studienstichprobe mit den Katamnesepopulationen der Fachverbände

Die Durchführung der vorliegenden Studie basierte auf den Grundsätzen guter wissenschaftlicher Forschung, d.h. die Patienten wurden zuerst über den Ablauf, die Ziele und den möglichen Nutzen der Studie informiert, bevor sie gebeten wurden, schriftlich in die Teilnahme einzuwilligen. Dieses Vorgehen bedeutete, dass dem Schritt der Einwilligung in die Teilnahme an der Katamnese, der routinemäßig durch die Kliniken erfolgt, ein weiterer Schritt hinzugefügt werden musste. Dieser zusätzliche Schritt hat eventuell dazu geführt, dass nur ein geringer bzw. selektiver Teil der Population, d.h. der Patienten, die im Rekrutierungszeitraum in den Studienkliniken behandelt wurden und den Einschlusskriterien der Studie entsprachen, durch die Studie befragt werden konnte. Da von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die nicht in die Studie eingewilligt haben, keinerlei Informationen zur Verfügung stehen, muss sich der Vergleich der Eigenschaften der realisierten Stichprobe auf Daten der Fachverbände stützen, die die Verteilungen der soziodemographischen Eigenschaften ihrer Katamnesebefragungen in jährlichen Abständen veröffentlichen. Hier lässt sich zeigen, dass die Unterschiede in den Stichproben (Katamnesebefragungen der Fachverbände vs. Studie) nur wenige Prozentpunkte ausmachen bzw. die Mittelwerte nur geringe Unterschiede aufweisen. Zumindest auf der Grundlage der beobachteten Eigenschaften der Personen lassen sich keine Unterschiede erkennen, die den Schluss rechtfertigen, dass die Studienstichprobe maßgeblich von den Stichproben der Katamnesebefragungen der Fachverbände des Entlassungsjahrgangs 2014 abweicht.

5.2 Deskription und Analyse des Antwortverhaltens

5.2.1 Vergleich soziodemographischer Merkmale der Responder und Non-Responder

Beim Vergleich zwischen Non-Respondern und Respondern zeigt sich, dass Studienteilnehmende, von denen eine Katamneseantwort vorliegt, im Durchschnitt fast 5 Jahre älter sind als Non-Responder. Auch beim Vergleich der anderen sozio-demographischen Kategorien (Geschlecht, Bildungsstand, Erwerbstätigkeit) zeigen sich Unterschiede zwischen diesen Antwortergruppen. Dieser Befund deckt sich mit Befunden aus unterschiedlichen anderen Befragungen (Heath et al., 2001; Martikainen, Laaksonen, Piha, & Lallukka, 2007; Torvik, Rognmo, & Tambs, 2012), die eine Auswertung der Non-Responder hinsichtlich soziodemographischer Daten vorgenommen haben. Hierbei ist anzumerken, dass es sich bei den vorliegenden Studien um allgemeine Bevölkerungsumfragen oder um Non-Response Befragungen mit anderen Schwerpunkten handelte als in der vorliegenden Studie. Auch zum negativen Einfluss der Anzahl an Vorbehandlungen auf die Antwortbereitschaft liegt eine Studie vor

(Ahacic, Kareholt, Helgason, & Allebeck, 2013), die einen ähnlich starken Zusammenhang berichtet. Es ist also davon auszugehen, dass soziodemographische und behandlungsspezifische Eigenschaften sowie die Erkrankungsgeschichte die Wahrscheinlichkeit einer Katamneseantwort beeinflussen.

Bei der Betrachtung der Ausprägungen bzw. der Häufigkeiten der soziodemographischen und der Prozessmerkmale der Behandlung (Behandlungsdauer, Art der Entlassung) über die Befragungsphasen (Phase 1 bis Phase 3) der vorliegenden Non-Response-Befragung fällt auf, dass sich die Merkmale häufig mit dem Zeitverlauf der Befragung ändern: Je früher eine Person antwortet desto älter ist die Person, Frauen antworten früher als Männer, Studienteilnehmende mit Partner antworten früher, höhere Schulbildung geht einher mit früherem Antworten und auch die planmäßige Beendigung der Behandlung erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Katamnese beantwortet wird. Es kann somit gezeigt werden, dass sich die Answerergruppen (Early-, Late-, Non-Responder) systematisch voneinander unterscheiden.

Die im deskriptiven Teil der Studie beschriebenen Ergebnisse zum Antwortverhalten lassen sich mit Hilfe der logistischen Regressionsanalyse in Teilen bestätigen. Betrachtet man die Ergebnisse der Analyse so zeigt sich, dass Alter, Erwerbstätigkeit zu Beginn der Behandlung, planmäßige Beendigung der Behandlung und eine geringe Zahl an Vorbehandlungen einen signifikanten positiven Einfluss auf das Antwortverhalten haben.

5.2.2 Vergleich der Respondergruppen (Early-Late) mit den Non-Respondern

Beim differenzierteren Blick auf die Gruppe der Responder (Early-, Late-Responder) im Vergleich zu den Non-Respondern zeigen sich abgestufte Unterschiede in den Gruppenzusammensetzungen. Am Beispiel der Geschlechtsverteilung zeigt sich, dass der Anteil weiblicher Early-Responder höher ist als der Anteil der Frauen in der Gesamtstichprobe und bei den Non-Respondern. Das heißt, es antworten eher Frauen auf die initialen Versuche der Klinik (Anschreiben und Erinnerungsschreiben) als in der Gruppe der Late-Responder bzw. Non-Responder, denen zusätzliche Möglichkeiten zur Beantwortung der Katamnese gegeben wurden. Die Gruppe der Late-Responder ähnelt in den Mittelwerten (z.B. Alter, Behandlungsdauer) und prozentualen Verteilungen der kategorialen Variablen (z.B. Familienstand, Partnerbeziehung) eher der Gesamtgruppe als die Gruppe der Early-Responder der Gesamtgruppe ähnelt. Insofern weisen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung teilweise in die Richtung der Befunde einer Meta-Analyse von Groves und Peytcheva (2008), in der festgestellt wurde, dass sich Late-Responder und Non-Responder substantiell voneinander unterscheiden. Die Gruppe der Late-Responder unterscheidet sich allerdings auch deutlich von der Gruppe der Early-Responder.

5.2.3 Vergleich zwischen den Late-Respondern (Post, Online, Telefon)

Auch in den nach Antwortmodus unterschiedenen Gruppen der Late-Responder (Post, Online, Telefon) zeigen sich Unterschiede der soziodemographischen und Prozesseigenschaften. Beim Vergleich dieser Gruppen fällt auf, dass sich die Gruppen Online-Responder und Telefon-Responder stärker ähneln als die Gruppe der Post-Responder und der Online-Responder, obgleich diese Gruppe zum gleichen Zeitpunkt befragt wurden. Aus der Wahl des Antwortmodus ergibt sich eine andere Gruppenzusammensetzung. Die Ergebnisse zeigen, dass durch die Vorgabe verschiedener Antwortmodi unterschiedliche Personengruppen erreicht und zur Teilnahme an der Katamnese bewegt werden können.

5.2.4 Erhöhung der Rücklaufquote durch unterschiedliche Befragungsmethoden

In den Kliniken wurde eine durchschnittliche Rücklaufquote von 46,6 % erreicht, wobei nur zwei Kontaktversuche für die Realisierung der Befragung zur Verfügung standen. Bei den Versuchen, die Studienteilnehmenden durch weitere Kontakte und unterschiedliche Antwortmöglichkeiten zu erreichen, zeigte sich, dass die Kontaktaufnahme per Telefon zu einer höheren Ausschöpfungsquote (19,3 %) führt als die Befragung per Post bzw. Online (16,9 %). Da sich die verbleibende zu befragende Gruppe der Studienteilnehmenden mit jedem Befragungsschritt um die Zahl der Katamneseantworter verringert, ist davon auszugehen, dass sich die verbleibenden Gruppen (nach Befragungsphase 1 und nach Befragungsphase 2, siehe Tabelle 35) hinsichtlich ihrer Befragungsbereitschaft bzw. Erreichbarkeit von der Gruppe der Early-Responder unterscheiden.

Der Befragungsablauf trägt diesem Sachverhalt insofern Rechnung, dass die dritte Phase der Befragung telefonisch geschieht und vom Studienteilnehmenden den geringsten Aufwand erfordert. Die postalische Antwort auf die lange Version des Fragebogens erfordert den Aufwand der Beantwortung und des Verschickens des Briefumschlags durch Studienteilnehmende. In der zweiten Phase der Befragung (Charité-Befragung: Kurzfragebogen und Online) reduziert sich der Befragungsaufwand aus der Sicht der Befragten, da der Kurzfragebogen weniger Beantwortungszeit benötigt und der Onlinefragebogen zudem keinen Versand des Fragebogens erfordert. In der dritten Phase der Befragung wird den verbliebenen Studienteilnehmern noch mehr Befragungsaufwand abgenommen, da ihm die Fragen und Antwortmöglichkeiten vorgelesen werden. Im Vergleich zur Phase 2 der Befragung können Studienteilnehmende in Phase 3 (Charité-Befragung: Telefoninterview) eher passiv bleiben, ihre aktive Beteiligung beschränkt sich auf das Antworten. Geschieht eine telefonische Kontaktaufnahme durch die Klinik könnte die Quote der Verweigerer dieser Befragung gegebenenfalls verringert werden, da der Befragte zu der Klinik einen persönlicheren Bezug hat als zur Forschungseinrichtung. Gleichwohl die telefonische Kontaktaufnahme (5 Kontaktversuche an unterschiedlichen Tagen zu unterschiedlichen Uhrzeiten) eine aufwändige Methode der Realisierung von Katamnesebefragungen darstellt, ist ihre

Erfolgsquote eine gute Möglichkeit die Ausschöpfungsquote zu erhöhen und ansonsten schwer erreichbare, d.h. seltener antwortende Gruppen an Studienteilnehmenden zu erreichen. In machen Kliniken konnten telefonisch bis zu 71,0 % an Studienteilnehmenden zusätzlich befragt werden.

Es konnte gezeigt werden, dass in Phase 2 der Befragung 16,9 % (322 von 1909) der primären Non-Responder und in Phase 3 der Befragung 19,3 % (307 von 1587) der sekundären Non-Responder zur Beantwortung der Katamnese bewegt werden konnten. Insgesamt betrug die Konvertierungsrate 32,9 % (629 von 1909). Somit kann festgestellt werden, dass ein erhöhter Aufwand bei der Befragung in der Regel auch zu einer verbesserten Ausschöpfungsrate der Katamnese führt.

5.3. Deskription und Analyse des Abstinenzverhaltens

Der katamnestiche Erfolg der stationären Entwöhnungsbehandlung wird durch die berichtete Abstinenz im Katamnesezeitraum (30 Tage-Abstinenz und Abstinenz seit Behandlungsende) definiert. Bei der Deskription des Abstinenzverhaltens nach den Berechnungsformen der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie konnte gezeigt werden, dass nicht alle Non-Responder per se als rückfällig einzustufen sind, um eine valide Beurteilung der katamnestiche Erfolgsquote zu erhalten (siehe Abschnitt 4.3.8). Hätten sich alle später Antwortenden (Late-Responder) tatsächlich als rückfällig erwiesen, wären alle dort dargestellten und nach DGSS 4 berechneten katamnestiche Erfolgsquoten über die Befragungsphasen hinweg unverändert geblieben. Mit der Erhöhung der Ausschöpfungsquoten geht aber auch wie erwartet eine Veränderung der Erfolgsquoten einher.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass beim katamnestiche Erfolg weniger soziodemographische und behandlungsspezifische Prädiktoren relevant (d.h. statistisch bedeutsam) sind als bei der Vorhersage des Antwortverhaltens. Das Alter, der Beziehungsstatus und die geschlechtsspezifischen Unterschiede (nur graduell unterschiedlich beim Antwortverhalten) spielen beim Abstinenzverhalten keine bedeutsame Rolle bei dessen Vorhersage. Signifikante Prädiktoren für das Abstinenzverhalten sind der Erwerbsstatus, die Art der Beendigung der Behandlung und die Anzahl der Vorbehandlungen. Dieser Befund zeigt, dass die soziodemographischen Unterschiede in Alter und Beziehungsstatus in dieser Studie zwar auf das Antwortverhalten wirken aber nicht auch auf das Abstinenzverhalten. Bei den Vorbehandlungen und der Behandlungsbeendigung zeigt sich erwartungskonform ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Prädiktoren und der Abstinenz. Menschen mit vielen Vorbehandlungen und nicht planmäßiger Behandlungsbeendigung zeigen geringere Abstinenzquoten. Auch die Erwerbstätigkeit spielt in der vorliegenden Studie eine bedeutsame Rolle bei der Prädiktion der Abstinenz, dies wird auch durch epidemiologische Studien zum Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Arbeitslosigkeit gestützt (Henkel, 2008; Jacobi et al., 2004).

Im Epidemiologischen Suchtsurvey (Piontek, Kraus, Matos, & Atzendorf, 2016), der das Konsumverhalten der Studienteilnehmenden erfasst, konnte gezeigt werden, dass Late-Responder einen höheren Konsum von Alkohol zeigen als Early-Responder. Auch in der vorliegenden Studie kann gezeigt werden, dass die Gruppe der Late-Responder, eher einen wiederkehrenden Konsum berichtet als die Gruppe der Early-Responder, in der insgesamt weniger Rückfälle berichtet werden.

Unterscheidet man die Gruppe der Late-Responder nochmals nach dem Antwortzeitpunkt bzw. dem damit verbundenen Antwortmodus kann kein weiterer Abfall der katamnestischen Erfolgsquote im zeitlichen Verlauf der Non-Responder-Befragung beobachtet werden. Die Gruppe der Personen, die nach Befragungsphase 2 (Charité Post- bzw. Online-Befragung) antworteten, unterscheidet sich im Hinblick auf ihre Abstinenzquote nicht signifikant von der Gruppe der in Befragungsphase 3 antwortenden Personen (Charité Telefonbefragung). Bei einer Bewertung der Validität der Berechnungsformeln der Deutschen Gesellschaft für Suchttherapie und Suchtforschung (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001) sollte dieser Umstand berücksichtigt werden.

Ganz allgemein zeigt sich, dass sich durch die zusätzlichen Bemühungen um weitere Antwortende und die damit einhergehende erhöhte Ausschöpfungsquote auch die katamnestische Erfolgsquote in der Studienpopulation erhöht. Durch einen Zuwachs von ca. 17 % an Antwortenden kann die berechnete Erfolgsquote nach DGSS 4 um ca. 9% ansteigen, da eben nicht alle Non-Responder auch im Katamnesezeitraum rückfällig geworden sind. Immerhin sind ca. 64 % der Late-Responder im Katamnesezeitraum zumindest im Zeitraum von 30 Tagen vor der Befragung abstinent geblieben (siehe Abschnitt 4.3.7 und 4.3.8).

5.4 Gründe für Non-Response und Response-Hilfen

5.4.1 Gründe für Non-Response

Die Gruppe der Late-Responder kann über die von ihnen genannten Gründe für ihre Antwortverweigerung in Verbindung mit soziodemographischen Daten (z.B. Alter, Geschlecht) charakterisiert werden.

Mit einem Anteil von 42,3 % werden zeitliche Gründe von den befragten Late-Respondern als Ursache für eine primäre Non-Response angegeben. Die Befragten nahmen zum Befragungszeitpunkt aufgrund anderer Verpflichtungen oder Zeitmangels nicht an der Befragung teil. Da die befragten primären Non-Responder die Befragung nicht grundsätzlich ablehnten, können diese Angaben eher als „weiche“ Gründe für eine primäre Non-Response angesehen werden (Neller, 2005). Aus der Literatur ist bekannt, dass es oft gelingt Personen in der Gruppe dieser „weichen Verweigerer“ durch einen erhöhten Befragungsaufwand doch noch zu konvertieren und zu befragen (vgl. z.B. ebd.). Der große Anteil dieser

Gründe unter den doch noch erreichten Teilnehmenden in der vorliegenden Untersuchung bestätigt diese Befunde. Schon aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, weitere Anstrengungen im Rahmen der Katamnese zu unternehmen und die Anzahl der Kontaktversuche bei primär nicht erreichten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu erhöhen.

Die organisatorischen Gründe bilden die zweitgrößte Gruppe unter den geschilderten Gründen für eine primäre Non-Response (36,2 %). Darunter wurden Gründe zusammengefasst, wie z.B. dass an der aktuellen Adresse kein Fragebogen erhalten wurde. Wie die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, kann auch der Anteil dieser für die Katamnese „schwerer erreichbaren“ Personen durch zusätzliche Aktivitäten (z.B. Recherche von aktuellen Adressdaten, Kontaktaufnahme über andere Wege als den Postversand oder ein Wechsel des Befragungsmodus) verringert werden.

Durch die zusätzlichen Befragungsaktivitäten im Rahmen der Studie konnten Personen befragt werden, die zunächst unwillig oder demotiviert waren, an der Befragung teilzunehmen, die unzufrieden mit der Behandlung in der Klinik waren oder auch solche, die mit der Lebensphase abgeschlossen haben und nicht an die Behandlung erinnert werden wollen. Auch diese Gründe werden eher als „weicher“ Verweigerungsgrund aufgefasst. Solche persönlichen Gründe für die primäre Non-Response wurden von 34,4 % der Befragten geäußert.

Zusammenfassend kann mit Blick auf die von den konvertierten primären Non-Respondern genannten Gründe für die primäre Non-Response festgehalten werden, dass es durch die Befragung gelang, vor allem Personen zur Teilnahme an der Befragung zu bewegen, die eher „weiche“ Verweigerungsgründe oder organisatorische Gründe angaben. Die drei am häufigsten genannten Kategorien von Gründen wurden von jeweils über einem Drittel der Befragten angegeben. Ein jeweils kleinerer Anteil der konvertierten primären Non-Responder gibt inhaltliche Gründe (16,1 %), gesundheitliche Gründe (inklusive Rückfälligkeit, 11,5 %) oder formale Gründe (10,2 %) für die primäre Non-Response an. Ob diese Gründe (besonders die gesundheitlichen und inhaltlichen Gründe) eher dazu führen, dass zu befragende Personen gar nicht antworten und deshalb im Rahmen der Befragung nicht konvertiert werden konnten oder die Verteilungsverhältnisse der angegebenen Gründe den tatsächlichen Verhältnissen in der Gesamtgruppe der primären Non-Responder entsprechen, kann mit der vorliegenden Untersuchung nicht geklärt werden.

Bei den angegebenen Gründen für Non-Response werden Unterschiede zwischen den Geschlechtern deutlich. Weibliche Befragte geben im Vergleich zu männlichen Befragten häufiger zeitliche Gründe an (w: 44,8 % vs. m: 33,6 %).

Dabei geben weibliche Befragte weniger häufig organisatorische Gründe für die primäre Non-Response an als männliche (w: 24,4 % vs. m: 36,1 %). In diesem Befund spiegelt sich auch der zeitliche

Befragungsablauf der Studie wider. Wie weiter oben berichtet wird (siehe Kapitel 4.3.4), sind unter den frühen Antwortern auf die Non-Response-Befragung (Befragung per Post) anteilig häufiger Frauen (37,3 %) als in der gesamten Gruppe der Late-Responder (28,6 %) vertreten. Der höhere Anteil an Männern, der organisatorische Gründe für Non-Response angibt, muss auch von dem Hintergrund betrachtet werden, dass später antwortende Late-Responder, die per Telefon erreicht wurden, eher männlich sind (76,9 %).

Ein eher neutraler Grund, der nicht so sehr mit der zeitlichen Abfolge der Befragung in Zusammenhang steht, sind die gesundheitlichen Gründe (inklusive Rückfälligkeit). Hier fällt auf, dass antwortende Frauen eher gesundheitliche Gründe angeben (14,5 %) als antwortende Männer (10 %).

Die Betrachtung der Anzahl der angegebenen Gründe für primäre Non-Response nach Geschlecht zeigt, dass Frauen (MW: 1,53; SD: 0,94) im Durchschnitt etwas mehr Auskünfte geben als Männer (MW: 1,40; SD: 0,81), wenn Sie nach Ihren primären Verweigerungsgründen befragt werden.

5.4.2 Response-Hilfen

Die Verwendung anderer Antwortmodi wird von einem Großteil der Befragten (54,9 %) als Strategie befürwortet, um primäre Non-Response zu vermeiden. Dies deutet auf eine stärkere Bedeutung von Bestrebungen zur Individualisierung der Routinekatamnese hin. Die Ergebnisse legen nahe, dass eine Erhöhung der Ausschöpfungsquote erreicht werden könnte, wenn die Routinekatamnese multimodale Zugangswege zu den ehemaligen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gewährleisten könnte.

Weiterhin wird deutlich, dass auch eine erneute Kontaktaufnahme der Klinik über das praktizierte standardisierte Maß hinaus sinnvoll sein kann, um Rücklaufquoten zu erhöhen und Non-Response zu verringern, was gut ein Viertel der Befragten äußerte (28,8 %).

Knapp ein Sechstel der Befragten (15,6 %) weist auf ein Optimierungspotential bei der Gestaltung des Fragebogens hin. Hier könnten z.B. der Einsatz von Kurzbefragungsinstrumenten sowie eine übersichtlichere Gestaltung der eingesetzten Instrumente dabei helfen, dass Non-Response aufgrund zu komplexer Befragungsinstrumente verringert wird. Edwards et al. konnten zeigen, dass die Gestaltung eines Fragebogens sich direkt auf die Response der Befragung auswirken kann.

Die Auswertung der Response-Hilfen weist auch darauf hin, dass eine gute Aufklärung und Information über den Sinn und Zweck der Katamnese-Untersuchungen zu einer Erhöhung der Compliance und damit tendenziell zu einer Verringerung der Non-Response führen könnte. 12,2 % der Befragten hätten sich noch mehr und bessere Informationen gewünscht. Der geringe Prozentsatz dieser Angaben im

Vergleich zu den anderen Hilfen zeigt aber auch gleichzeitig, dass vieles von dem, das jetzt in den beteiligten Kliniken als Vorbereitung der Routinekatamnese umgesetzt wird (siehe Kapitel 4.7), gut funktioniert.

Auch bei der Frage nach den Hilfen, um primäre Non-Response zu vermeiden, werden wie schon bei den Gründen für Non-Response leichte geschlechtsspezifische Unterschiede sichtbar. Allerdings bleibt die Rangfolge der berichteten Kategorien unter den Geschlechtern gleich. Nur in einigen Kategorien (andere Antwortmodi, Fragebogen anders gestalten, mehr Informationen über Katamnese und mehr Zeit/Antrieb) bestehen kleine prozentuale Unterschiede. Eine geschlechtsspezifische Anpassung der Routine-Katamnese scheint unter diesen Umständen nicht notwendig.

Einschränkend ist zu sagen, dass Angaben zu den Response-Hilfen jeweils nur von einem Teil der erreichten Late-Responder vorliegen (288 Personen und 354 Äußerungen) und die Ergebnisse deshalb vorsichtig interpretiert werden müssen.

5.5. Befragung zur Routine-Katamnese in den Studienkliniken

Auch wenn die individuelle Ausgestaltung der Routinekatamnese in den Kliniken unterschiedlich erfolgt (siehe Tabelle 31), so wird aus den berichteten Merkmalen ersichtlich, dass die Katamnese in den Kliniken in der Mehrzahl der befragten Kliniken nicht ausschließlich als „Verwaltungsaufgabe“ angesehen wird. Im Gegenteil, es wird teilweise sehr viel Aufwand betrieben, um auf diese Weise zu einer verlässlichen Datengrundlage für die Qualitätssicherung zu gelangen. Ebenso bildet die Routinekatamnese eine wichtige Datengrundlage für wissenschaftliche Untersuchungen, die in den Verantwortungsbereich von wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern fallen. Dies spiegelt sich auch in den Zuständigkeitsbereichen für die Katamnese (Tabelle 32) wider. Die „Minimalstandards“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2008) werden von allen befragten Kliniken eingehalten. Es zeigt sich aber auch, dass der Katamneseaufwand in den Kliniken mit zunehmender Größe der Kliniken steigt. Dieser Befund deutet darauf hin, dass größere Kliniken über mehr zeitliche und personelle Kapazitäten verfügen, da diese bei einer größeren Anzahl von Behandlungsplätzen folgerichtig auch über einen größeren Verwaltungsapparat verfügen müssen. Gleichzeitig zeigt sich auch, dass die durchschnittlichen Rücklaufquoten der Routinekatamnese mit der Größe der Klinik steigen, was die Vermutung stützt, dass ein höherer Katamnese-Aufwand auch zu einer besseren Ausschöpfungsquote in der Katamnese führt.

5.6 Limitationen

Erstmals konnte im Rahmen der vorliegenden Studie eine systematische Nachbefragung von Non-Respondern im direkten Anschluss an die Routinekatamnese der Kliniken durchgeführt werden. Durch die Standardisierung und Strukturierung der Befragung wurde erreicht, dass eine valide Basis für die Schätzung von Einflussgrößen auf das Antwortverhalten sowie abstinenzbezogene Behandlungseffekte der stationären Entwöhnungsbehandlung entstand.

Einige mögliche Limitationen der vorliegenden Studie, die beim Einordnen der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten, liegen in der Organisation und dem Ablauf der Studie begründet. Gleichwohl die Bedingungen der Katamnesebefragung in den Kliniken und im Studienzentrum der Charité durch strukturierte Vorgaben im Rahmen der Studie weitestgehend standardisiert waren, hatten die Kliniken die Möglichkeit ihren üblichen Verfahrensablauf der Katamnesebefragung in der ersten Befragungsphase der Studie wie gewohnt beizubehalten. Das heißt, es gab unter den beteiligten Kliniken geringfügige Variationen, was den jeweiligen Zeitpunkt des ersten Anschreibens der Studienteilnehmenden anging. Manche Kliniken verschicken ihre Katamnesen üblicherweise 14-tägig, manche einmal im Monat oder einmal im Quartal. Da der Antwortzeitpunkt (Early-Responder vs. Late-Responder) auch einen Einfluss auf die katamnestiche Erfolgsquote hat, könnte dieser Umstand zu einer Unterschätzung des tatsächlichen abstinenzbezogenen Behandlungserfolgs führen. Da jedoch auch in den von den Fachverbänden veröffentlichten Auswertungen der Routinekatamnese diese Variationen im Befragungsverhalten der Kliniken zulässig sind, wird davon ausgegangen, dass das gewählte Verfahren in der Studie zu keinen maßgeblichen Verzerrungen der Ergebnisse geführt hat.

Einen weiteren möglichen limitierenden Faktor in Bezug auf die Validität der Ergebnisse stellt das Verfahren der Katamnese an sich dar. Die Abschätzung der katamnestiche Erfolgsquoten beruht auf den Selbstauskünften der Studienteilnehmenden und basiert damit nicht auf der Erhebung objektiver Parameter wie z.B. medizinischer Labor-Werte. Dieses Verfahren birgt deshalb immer die Gefahr der Überschätzung des abstinenzbezogenen Behandlungserfolgs, da das eigene Verhalten in einer Befragung unter Umständen positiver dargestellt wird als es wirklich war. Allerdings muss betont werden, dass die Katamnesebefragungen ein seit Jahrzehnten anerkanntes Verfahren im Bereich der Qualitätssicherung der Suchthilfe sind und auch im Kerndatensatz Katamnese ausdrücklich betont wird, dass diese als Selbstberichte erhoben werden sollen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2018).

Ein weiterer verzerrender Effekt könnte darin liegen, dass im Vergleich mit den Routinebefragungen der Kliniken die Befragung in der Studie durch das Studienzentrum der Charité durchgeführt wurde. Dies könnte einen Effekt auf die Antwortbereitschaft und somit auch auf die katamnestiche Erfolgsquote gehabt haben. In welche Richtung der mögliche Effekt geht ist dabei unklar, da es keine anderen

Studien mit einem ähnlichen Vorgehen und einer ähnlichen Thematik gibt, um eine Hypothese zu bilden. Es ist z.B. denkbar, dass die Selbstauskunft gegenüber der Charité in den unterschiedlichen Befragungsmodi (Post, Online, Telefon) aufrichtiger (validier) ist, da es keine direkte Auskunft an die Klinik über den Therapieerfolg darstellt, d.h. die Bereitschaft einen Misserfolg gegenüber einer an der Therapie unbeteiligten Institution zuzugeben womöglich größer ist, als einen Misserfolg gegenüber der behandelnden Klinik zu berichten. Ebenso könnte aber auch angenommen werden, dass die Bereitschaft, einer fremden Institution eine ehrliche Auskunft über den Therapieerfolg zu geben, geringer ausgeprägt ist als die Auskunftsbereitschaft gegenüber der vertrauten Klinik. Hier sind verschiedene Faktoren denkbar, die die Antwortbereitschaft und Aufrichtigkeit der gegebenen Auskünfte im Einzelfall beeinflussen können. Die im Rahmen der Studie in den direkten telefonischen Kontakten gemachten Erfahrungen mit den Studienteilnehmenden ließen es allerdings nicht erkennen, dass es eine Reserviertheit gegenüber der Befragung durch die Charité gab. Sollte es also zu einer Beeinflussung durch den Befragungsmodus gekommen sein, so gehen wir davon aus, dass es sich hierbei um Einzelfälle handelt und nicht um eine systematische Beeinflussung der Studienergebnisse.

Auch die besonderen Bedingungen einer Studie im Gegensatz zur Routinebefragung der Kliniken müssen bei der Einordnung der Ergebnisse der Studie Berücksichtigung finden. Im Rahmen der Studie mussten die Patientinnen und Patienten in den Kliniken ausführlich über die Studie, deren Zielstellungen und die Verwendung der erhobenen Daten aufgeklärt werden. Dieses Vorgehen führte dazu, dass nur ein Teil der Grundgesamtheit einer Teilnahme an der Studie zugestimmt hat (siehe Abschnitt 4.1.2 des Berichts). Diese Stichprobe der Grundgesamtheit könnte sich aufgrund dieses Selektionsprozesses anders verhalten als die Katamnesestichprobe der Kliniken. In den Routinebefragungen der Kliniken verweigert ein deutlich kleinerer Teil der Grundgesamtheit (alle behandelten Patienten eines Entlassungsjahrgangs) die Teilnahme an der Routinekatamnese. Im Rahmen der Studie wurde daher geprüft, ob sich die soziodemographischen Eigenschaften der Studienstichprobe von denen der Katamnese-stichproben der Fachverbände unterschied (siehe Abschnitt 4.3.5), dies ist unseres Erachtens nicht erkennbar, so dass davon auszugehen ist, dass die Studienstichprobe mit den Stichproben der Katamnese-population der Fachverbände vergleichbar ist.

Abschließend sei erwähnt, dass der Studienablauf durch die Charité festgelegt wurde, es gab also keine systematische Variation der Befragungsmodi zwischen den Kliniken. Alle Einschätzungen der Wirkung unterschiedlicher Befragungsmodi auf die Antwortbereitschaft muss unter dieser Limitation betrachtet werden. Keine Klinik konnte von Beginn an eine Online oder eine telefonische Befragung vornehmen, dies war erst in den Befragungen durch die Charité möglich. Die Beurteilung der absoluten Wirksamkeit der Nutzung einzelner Antwortmodi ist unter diesen Bedingungen nur eingeschränkt möglich. Dies war aber auch durch das Studiendesign nicht vorgesehen. Da die postalische Befragung als erster Schritt der Befragung in den meisten Kliniken üblich ist, lassen sich die von uns gemachten Befunde

zur Wirksamkeit einzelner Modi unseres Erachtens dennoch gut auf das Vorgehen der Kliniken anwenden und mögliche Auswirkungen eines gestuften Vorgehens auf die Katamneseroutinen der Kliniken übertragen.

6. Gender Mainstreaming

In allen Schritten des Projektes wurden Überlegungen zu einer möglichen geschlechtsbezogenen Benachteiligung der Teilnehmenden berücksichtigt. Die Geschlechtszugehörigkeit der Teilnehmenden stellte an keinem Punkt des Prozesses einen Nachteil oder Vorteil dar. Die Aufbereitung und Analyse der erhobenen Daten berücksichtigte auch mögliche geschlechtsspezifische Besonderheiten, die bereits im Ergebnisteil dargestellt und anschließend diskutiert wurden. Zusammenfassend lässt sich aber sagen, dass sich keine relevanten geschlechtsspezifischen Aspekte für die zukünftige Ausgestaltung der Katamnese oder die Berechnung katamnestischer Erfolgsquoten innerhalb der Untersuchung finden ließen.

7. Dissemination

Schon während der Projektlaufzeit wurde die Studie im Rahmen nationaler Kongresse und Tagungen präsentiert. Nach Abschluss des Projektes sind Publikationen der Projektergebnisse geplant.

7.1 Vorträge und Präsentationen zum Projekt

Im Rahmen der folgenden Veranstaltungen konnte das Projekt einer Fachöffentlichkeit vorgestellt werden.

1. Deutscher Suchtkongress 2013 – Bonn: Vortrag am 19.09.2013
2. 28. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e.V. - Heidelberg: Vortrag am 18.06.2015
3. Deutscher Suchtkongress 2015 – Hamburg: Vortrag am 17.09.2015
4. Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP): „Gesundheit – bio.psycho.sozial 2.0“ – Berlin: Poster-Vortrag am 28.09.2016
5. Fachtag des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., Workshop für Dokumentationsbeauftragte – Kassel: Vortrag am 17.11.2016
6. Winter School der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie – Lübeck: Vortrag am 13.1.2017
7. 30. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e.V. – Heidelberg: Vortrag am 22.06.2017
8. Deutscher Suchtkongress 2017 – Lübeck: Vortrag am 18.09.2017
9. Fachtagung Management des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. – Kassel: Vortrag am 27.09.2017
10. 27. Reha-Kolloquium 2018 – München: Vortrag am 28.02.2018

7.2 Geplante Vorträge / Veranstaltungen

11. Fachgespräch zur Non-Responder-Studie – Berlin: geplante Veranstaltung am 07.06.2018
12. 31. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e.V.- Heidelberg: Vortrag angenommen: 21.06.2018
13. Deutscher Suchtkongress 2018 – Berlin: geplante Einreichung eines Beitrags

7.3 Veröffentlichung der Projektergebnisse

Der Forschungsbericht wird dem Forschungsförderer zugestellt. Dieser entscheidet über die Veröffentlichung des Forschungsberichtes. Ein zusammenfassender Kurzbericht in allgemeinverständlicher Sprache wird zusammen mit dem Projektbericht eingereicht.

Eine Projektbeschreibung ist über die Homepage des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin auch nach Abschluss des Projektes einsehbar. Weitere Veröffentlichungen sind in Form von Artikeln in deutschsprachigen Fachmagazinen vorgesehen (z.B. Rehabilitation, Sucht, Suchttherapie) sowie in internationalen Magazinen (z.B. Addiction, Quality Management in Health Care). Zur weiteren Verbreitung der Projektergebnisse sind zudem Kurzbeiträge in den Magazinen der beteiligten Fachverbände FVS e.V. und buss e.V. vorgesehen. Eine weitere Veröffentlichung und Weiterverarbeitung projektbezogener Daten soll im Rahmen einer Dissertation erfolgen.

8. Verwertung der Projektergebnisse, Empfehlungen für die Praxis

Die Ergebnisse des Projektes liefern verschiedene Hinweise, die zur Ausgestaltung der Routinekatamnese hilfreich sein können.

8.1 Praxisempfehlungen zur Verbesserung des Antwortverhaltens

Zur Erhöhung der Responderquoten in Katamneseuntersuchungen ist es ratsam, möglichst viele unterschiedliche Möglichkeiten zu nutzen, die ehemaligen Patienten zu erreichen und unterschiedliche Möglichkeiten der Beantwortung der Katamnese zuzulassen. Die Studie zeigte, dass ein mehrstufiger und strukturierter Befragungsablauf zu empfehlen ist.

In der Studie wurden unterschiedliche Befragungsmethoden (schriftlich-postalisch, schriftlich-internetgestützt, mündlich-telefonisch) eingesetzt. Es zeigte sich, dass unterschiedliche Befragungsmodi auch unterschiedliche Zielgruppen ansprechen. Auch ansonsten schwerer zu erreichende Patienten können so eine individuelle Möglichkeit zur Beantwortung der Katamnese nutzen.

Der Einsatz von unterschiedlichen Befragungsmodi setzt voraus, dass bereits in der Klinik unterschiedliche Kontaktmöglichkeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (Adresse, Festnetznummer,

Mobiltelefonnummer, E-Mail-Adresse) erfasst werden. Gegenüber den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ist zu betonen, dass diese Informationen nur zur Kontaktaufnahme im Rahmen der Katamnesebefragung genutzt werden. Diese sollten dann auch umfänglich und strukturiert genutzt werden, um Kontakt im Rahmen der Katamnese aufzunehmen. So kann Personen auf unterschiedlichen Wegen die Teilnahme an der Katamnese ermöglicht werden. Mit der Anzahl der nutzbaren Kontaktmöglichkeiten steigt auch die Wahrscheinlichkeit Teilnehmende tatsächlich über einen der Wege zu erreichen. Die Studie hat gezeigt, dass organisatorische Gründe (z.B. Nichterreichbarkeit an vorliegender Post-Adresse) sehr häufig als Gründe für eine primäre Non-Response genannt werden. Aus diesem Grund wird empfohlen bei Rückläufern aufgrund von falschen Adressen eine strukturierte Vorgehensweise zu etablieren, die eine Kontaktaufnahme unter Nutzung der bereits in der Klinik vorliegenden Kontaktinformationen vorsieht.

Die Auswertung der Gründe für Non-Response und Response-Hilfen hat gezeigt, dass individuelle Bedürfnisse in Bezug auf die Katamnese bestehen. Aus diesem Grund wäre es wünschenswert, wenn bereits bei der Entlassung bzw. während des Behandlungsaufenthalts in der Klinik geklärt wird, auf welchem Weg der Kontakt zur Katamnese aufgenommen werden soll und welcher Befragungsmodus von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bevorzugt wird. Dieses Vorgehen geht auf die individuellen Wünsche der zu befragenden Personen ein und kann damit potentiell zu einer erhöhten Teilnahmebereitschaft führen. Auf Seiten der Klinik kann entsprechend der Wünsche der zu befragenden Personen die Katamnese-Befragung langfristig geplant werden, was einen weiteren Vorteil darstellt.

Der Aufwand, der für die Katamnese betrieben werden kann, ist jeweils abhängig von den organisatorischen Möglichkeiten (zur Verfügung stehende zeitliche und personelle Ressourcen) der Kliniken, die diese Befragungen durchführen. Es wird demnach immer eine gewisse Spannweite bezüglich der Ausgestaltung der Katamnese in den Kliniken geben. Dennoch ist zu empfehlen, neben der „Standard-Befragung“ (postalische Befragung mit einem langen Befragungsinstrument) zumindest eine weitere Möglichkeit der Katamnese anzubieten. In der Studie hat sich sowohl der Einsatz eines Kurzfragebogens (Post, Online) als auch die telefonische Nachbefragung als wirksam erwiesen. Hierbei ist anzumerken, dass die für die Klinik aufwändigere telefonische Befragung auch bessere Ausschöpfungsquoten im Vergleich mit der schriftlichen Befragung (Post, Online) erzielen konnte.

Am Beispiel der Online-Befragung lässt sich zeigen, dass die Gruppenzusammensetzung der erreichten Personen deutlich von den postalisch und telefonisch Befragten abwich. Dies ist ein Hinweis darauf, dass mit Online-Befragungen andere Zielgruppen erreicht werden können als mit postalischen Befragungen. Ist eine Online-Befragung bereits implementiert, so ist davon auszugehen, dass der Befragungsaufwand ähnlich hoch ist, wie der einer weiteren postalischen Nachbefragung, es könnten aber

andere Zielgruppen erreicht werden. Einschränkend muss gesagt werden, dass in der vorliegenden Studie nur vergleichsweise wenige Personen diese Möglichkeit genutzt haben.

Telefonische Befragungen am Ende der Befragungskette können helfen, die Responderquoten zu erhöhen. Der zeitliche Aufwand seitens der Klinik für eine strukturierte telefonische Befragung ist hoch und kann vermutlich eher von größeren Kliniken erbracht werden. Gleichwohl erscheint der Aufwand für telefonische Nachfassversuche gerechtfertigt, da in der Studie durch die telefonische Befragung ein höherer Anteil an verbliebenen Studienteilnehmenden befragt werden konnte als durch die schriftliche Befragung (Post, Online). Durch die direkte Ansprache der Befragten können diese zur Teilnahme motiviert werden, gleichzeitig sinkt der Aufwand des Befragten in dieser Situation, was sich positiv auf die Antwortbereitschaft auswirken kann. Durch die telefonische Befragung konnten in der Studie Personen erreicht werden, die überwiegend organisatorische Gründe für ihr bisheriges Nicht-Antworten anführten. Das heißt, dass ein großer Anteil der Personen, die an der in der Klinik bekannten Meldeadresse nicht erreichbar sind, auf diesem Wege doch noch befragt werden könnte. Weiterhin können vermutlich auch Personen telefonisch befragt werden, denen die Teilnahme an einer schriftlichen Befragung mit einem zu hohen persönlichen Aufwand verbunden ist.

8.2 Berechnungsstandard der katamnestischen Erfolgsquote

Auf Grundlage der Ergebnisse der Studie kann gesagt werden, dass die katamnestische Erfolgsquote zwar im zeitlichen Verlauf zwischen Befragungsphase 1 (Klinikbefragung) und Befragungsphase 2 (schriftliche Non-Response-Befragung) deutlich abnimmt, aber von Befragungsphase 2 zu 3 nur ein geringer Abfall über die Zeit zu verzeichnen war. Dies unterstreicht die Vermutung, dass die Berechnungsformel nach DGSS 4 (alle behandelten Patienten eines Entlassungsjahrgangs, Nicht-Antwörter = rückfällig) zu einer Unterschätzung der wahren katamnestischen Erfolgsquote führt. Gleichwohl die katamnestische Erfolgsquote nach der ersten Befragungsphase abnimmt, kann nicht davon ausgegangen werden, dass später Antwortende bzw. Non-Responder im Katamnesezeitraum durchweg rückfällig geworden sind. Ein Gewichtungsfaktor für die Non-Responder, der die Art der Beendigung, die Anzahl der Vorbehandlungen und die Erwerbssituation zu Beginn der Behandlung einschließt, erscheint auf Basis der Ergebnisse als eine Möglichkeit für eine validere Schätzung der katamnestischen Erfolgsquote der behandelten Patienten eines Entlassungsjahrgangs.

8.3 Hinweise zur Umsetzung von Katamnesebefragungen

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat in der neuesten Veröffentlichung des Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2018) umfangreiche Empfehlungen zur Gestaltung und Durchführung der Katamnese (ebd. S. 105 – 126), zur Auswertung (ebd. S. 126 – 132) und auch zu datenschutzrechtlichen Aspekten bei der Befragung im Rahmen der bundesweit bzw. landesweit geltenden Datenschutzgesetze sowie des Telekommunikationsgesetzes zusammengetragen (ebd. S. 132 – 138). An dieser Stelle sei zunächst auf diese umfangreiche und praxisrelevante Quelle verwiesen, die unter Beteiligung maßgeblicher Akteure in diesem Fachbereich entstanden ist. Nachfolgend finden sich einige Ergänzungen dazu, die bei der praktischen Umsetzung der Katamnesebefragungen in den Kliniken besonders in Bezug auf die Nutzung mehrerer Befragungsmodi als Erkenntnisse aus dem Projekt hervorgegangen sind.

Die schriftliche Befragung per Post stellt den „Standard-Weg“ der Befragung im Rahmen der Katamnese dar. In der Regel holen die Kliniken bereits während des Aufenthalts, also prospektiv, die Einwilligung der Rehabilitanden zur Teilnahme an der Katamnese ein. Diese Einwilligung muss sich auf alle von der Klinik eingesetzten Befragungsmodi beziehen und die Verwendung der in der Klinik gespeicherten Kontaktdaten zum Zweck der Kontaktaufnahme im Rahmen der Katamnesebefragung umfassen. Hier sei auch noch einmal auf die Publikation zum Kerndatensatz verwiesen, in der die Inhalte einer Einwilligungserklärung zusammengestellt sind (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2018).

Werden in der Katamnese durch die Klinik andere Modi der Befragung als die schriftlich-postalische Befragung gewählt, so muss sichergestellt werden, dass es sich bei der befragten Person (1) auch um die Zielperson handelt und (2) durch die Aktivität der Befragung keine Offenbarung der Behandlung gegenüber dritten Personen und damit ein Verstoß gegen die Schweigepflicht begangen wird. Aus diesen Gründen sollte bei telefonischen und elektronischen Befragungsversuchen bzw. Kontaktaufnahmen streng darauf geachtet werden, welche Formulierungen gewählt werden und wie die Ansprache der zu befragenden Personen gestaltet wird.

Bei der telefonischen Befragung ist zunächst sicherzustellen, dass es sich bei der befragten Person auch um die Zielperson handelt. Einer kurzen Vorstellung mit seinem eigenen Namen folgt die Frage, ob man mit der Zielperson (Vorname, Nachname) spricht. Wenn dies nicht der Fall ist, kann nachgefragt werden, wann die Person erreichbar ist. Bei Rückfragen zum Zweck des Anrufs kann entgegnet werden, dass dies mit der Zielperson selbst besprochen werden müsste oder dass es sich um eine Befragung handelt, in die die Zielperson bereits eingewilligt hat. Eine zu frühe Vorstellung mit dem Kliniknamen und dem Zweck der Befragung könnte unter Umständen schon zu einer Offenbarung der Behandlung gegenüber einer dritten Person führen. Wenn die Zielperson beim Anrufversuch erreicht wurde, ist

eine ausführlichere Vorstellung durch die interviewende Person möglich. In dieser Phase geht es darum, die Zielperson davon zu überzeugen, an der Befragung teilzunehmen. Wichtig hierfür ist die Erläuterung des Sinns und Zwecks sowie den wichtigen Beitrag zur Forschung, den die befragte Person mit ihrer Teilnahme leistet. Weiterhin besteht die Möglichkeit, die Zielperson nochmals zum Umgang mit den gemachten Angaben zu informieren, so z.B., dass die Auswertung als zusammengefasste (aggregierte) Daten erfolgt und die Ergebnisse der Untersuchung keinen Rückschluss auf die befragten Personen zulassen. Für eine telefonische Befragung sollten bis zu 5 Kontaktversuche unternommen werden, möglichst zu verschiedenen Tageszeiten und Wochentagen.

Bei Kontaktversuchen per E-Mail oder SMS ist darauf zu achten, dass ein neutraler Text beim Anschreiben verwendet wird, da beim Versand einer SMS nicht geprüft werden kann, ob die Person, die die Nachricht liest, auch tatsächlich die Zielperson ist. Nachfolgend finden sich ein Beispieltext für eine SMS zur Kontaktaufnahme und Erinnerung an die Rücksendung des Fragebogens bzw. das Angebot den Fragebogen auch online auszufüllen sowie ein Beispieltext für eine ähnlich gestaltete E-Mail, welche jeweils die Behandlung nicht offenbaren.

Beispieltext für eine SMS

Guten Tag! In der letzten Woche haben wir Ihnen einen Fragebogen per Post geschickt. Wir würden uns freuen, wenn Sie diesen ausgefüllt an uns zurückschicken. Sie können den Fragebogen aber auch online ausfüllen. Sie finden ihn hier: (Internetadresse). Bitte geben Sie dann diese Kennung an: (persönlicher Zugangscode). Sollten Sie schon geantwortet haben, müssen Sie nichts weiter tun. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Ihre Reha-Einrichtung

Beispieltext für eine E-Mail

Sehr geehrte/r Dame/Herr ...,

Sie hatten sich vor ca. einem Jahr freundlicherweise dazu bereit erklärt, an einer Befragung zur Rehabilitation teilzunehmen. In der letzten Woche haben wir Ihnen einen Fragebogen per Post geschickt. Wir würden uns sehr darüber freuen, wenn Sie diesen ausgefüllt an uns zurückschicken. Falls Ihnen das Ausfüllen per Hand und das Verschicken per Post zu umständlich ist, können Sie den Fragebogen aber auch gerne online ausfüllen. Diesen finden Sie hier: (Internetadresse). Um den Fragebogen auszufüllen, geben Sie dann zu Beginn bitte diese Kennung an: (persönlicher Zugangscode). Sollten Sie mittlerweile schon geantwortet haben, müssen Sie nichts weiter tun.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

Horst Mustermann

In die Texte sollte dann jeweils die Internetadresse für die Onlinebefragung sowie ein persönlicher Zugangscode, der nur einmal vergeben wird, integriert werden. Durch den Einsatz eines persönlichen Zugangscode kann verhindert werden, dass ein Befragter doppelt antwortet. Gleichzeitig sollte bei der Online-Befragung darauf geachtet werden, dass der Fragebogen nach einer Unterbrechung wieder erneut mit dem Zugangscode aufgerufen werden kann und dieser erst ungültig wird, wenn die Online-Befragung tatsächlich abgeschlossen ist. So kann einem möglichen Komplettausfall (Unit-Non-Response) im Zusammenhang mit der unvollständigen Beantwortung der Befragung vorgebeugt werden. Datenschutzrechtlich relevant bei der Online-Befragung ist die Speicherung von IP-Adressen der Befragten. Durch eine entsprechende Einstellung bei der Online-Befragung kann die automatische Speicherung der IP-Adresse der Befragten unterbunden und damit das Recht auf informelle Selbstbestimmung der Befragten gewahrt bleiben.

Abbildung 16 zeigt beispielhaft den Ablauf einer multimodalen Katamnesebefragung. Für den Versand der 1-Jahreskatamnese wird als „Minimalstandard“ durch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen eine Schwankungsbreite von minus einem bis plus zwei Monate vorgesehen. Es wird eine Erinnerungsaktion empfohlen. Diese kann sowohl schriftlich als auch telefonisch geschehen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2018). Die weitere konkrete Ausgestaltung der Katamnese ist nach Aufwand-Nutzen-Erwägungen durch die Einrichtungen selbst zu bestimmen.

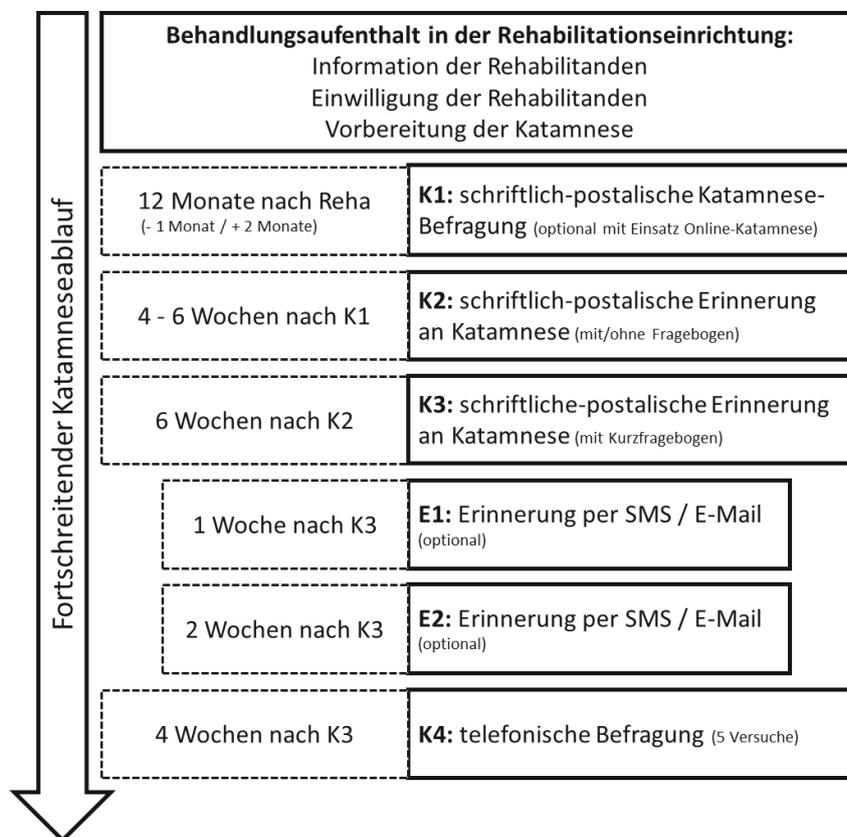


Abbildung 16: beispielhafter Ablauf einer multimodalen Katamnesebefragung

9. Literatur

- Adams, M., & Effertz, T. (2011). Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums. In M. V. Singer, A. Batra, & K. Mann (Eds.), *Alkohol, Tabak und Folgeerkrankungen* (pp. 57-61). Stuttgart: Thieme.
- Ahacic, K., Kareholt, I., Helgason, A. R., & Allebeck, P. (2013). Non-response bias and hazardous alcohol use in relation to previous alcohol-related hospitalization: comparing survey responses with population data. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 8, 10. doi:10.1186/1747-597X-8-10
- Atteslander, P. (2010). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Bachmeier, R., Feindel, H., Herder, F., Kemmann, D., Kersting, S., Lange, N., . . . Weissinger, V. (2017). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 24(1), 53-69.
- Bergmann, E., & Horch, K. (2002). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Kosten alkoholassoziierter Krankheiten - Schätzungen für Deutschland*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (2015). Zusammenfassung der Verbandsauswertung 2015. Retrieved from <http://www.suchthilfe.de/informationen/zusammenfassung-verbandsauswertung-2015.pdf>
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (2016). Auswertung der Katamnesedaten zum Entlassungsjahrgang 2014 - Alkoholeinrichtungen. Retrieved from <http://www.suchthilfe.de/informationen/Katamnesedaten-2014-Alkohol.pdf>
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (o.J.). Ziele / Aufgaben. Retrieved from <http://www.suchthilfe.de/verband/aufgaben.php>
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *Sucht*, 47(Sonderheft 2).
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2008). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe Stand: 05.10.2010* Retrieved from http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Statistik/KDS_Manual_10_2010.pdf
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2018). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0 Stand: 01.01.2018* Retrieved from http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Statistik/2018-01-01_Manual_Kerndatensatz_3.0.pdf
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Ed.) (2004). *Deutscher Kerndatensatz Katamnese*. Hamm: www.dhs.de.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2012). *Reha-Bericht 2012. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2016). *Rehabilitation 2015 - Statistik der Deutschen Rentenversicherung*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Edwards, P. J., Roberts, I., Clarke, M. J., Digiseppi, C., Wentz, R., Kwan, I., . . . Pratap, S. (2009). Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. *Cochrane Database Syst Rev*(3), MR000008. doi:10.1002/14651858.MR000008.pub4
- Fachverband Sucht e.V. (o.J.). Aufgaben - Aktivitäten - Serviceleistungen [Press release]. Retrieved from http://www.sucht.de/tl_files/pdf/aufgaben_aktivitaeten.pdf
- Groves, R. M., & Peytcheva, E. (2008). The impact of nonresponse rates on nonresponse bias: A meta-analysis. *Public Opinion Quarterly*, 72(2), 167-189. doi:10.1093/poq/nfn011
- Heath, A. C., Howells, W., Kirk, K. M., Madden, P. A., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., . . . Martin, N. G. (2001). Predictors of non-response to a questionnaire survey of a volunteer twin panel: findings from the Australian 1989 twin cohort. *Twin Res*, 4(2), 73-80.
- Henkel, D. (2008). Stand der internationalen Forschung zur Prävalenz von Substanzproblemen bei Arbeitslosen und zur Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzproblemen: Alkohol, Tabak, Medikamente, Drogen. In D. Henkel & U. Zemlin (Eds.),

- Arbeitslosigkeit und Sucht - Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (pp. 10-69). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Hoffmann, W., Terschuren, C., Holle, R., Kamtsiuris, P., Bergmann, M., Kroke, A., . . . Latza, U. (2004). [The problem of response in epidemiologic studies in Germany (Part II)]. *Gesundheitswesen*, 66(8-9), 482-491. doi:10.1055/s-2004-813094
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*, 34(4), 597-611. doi:10.1017/S0033291703001399
- Kraus, L. (2010). Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. *SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 56(5).
- Kreuter, F. (2013). Facing the Nonresponse Challenge. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 645(1), 23-35. doi:Doi 10.1177/0002716212456815
- Lehner, B., & Kepp, J. (2016). Daten, Zahlen und Fakten. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Ed.), *Jahrbuch Sucht 2016* (pp. 9-35). Lengerich: Pabst.
- Martikainen, P., Laaksonen, M., Piha, K., & Lallukka, T. (2007). Does survey non-response bias the association between occupational social class and health? *Scand J Public Health*, 35(2), 212-215. doi:10.1080/14034940600996563
- Missel, P., Bick, S., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., . . . Weissinger, V. (2013). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 20(1), 13-34.
- Naumann, B., & Bonn, V. (2016). Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Ed.), *Jahrbuch Sucht 2016* (pp. 200-216). Lengerich: Pabst.
- Neller, K. (2005). Kooperation und Verweigerung: eine Non-Response-Studie. *ZUMA Nachrichten*, 29(57), 9-36.
- Pabst, A., Kraus, L., Matos, E. G. d., & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, 59(6), 321-331. doi:10.1024/0939-5911.a000275
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kunzel, J., & Steppan, M. (2011). Deutsche Suchthilfestatistik 2009 ein Überblick der wichtigsten Ergebnisse. *Sucht*, 57(6), 421-430. doi:10.1024/0939-5911.a000148
- Piontek, D., Kraus, L., Matos, E. G. d., & Atzendorf, J. (2016). Der Epidemiologische Suchtsurvey 2015: Studiendesign und Methodik. *Sucht*, 62(5), 259-269.
- Schnell, R. (1997). *Nonresponse in Bevölkerungsumfragen: Ausmaß, Entwicklung und Ursachen*. Opladen: Leske+Budrich.
- Statistisches Bundesamt. (2017). *Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Karnkenhäusern (einschl. Sterbe-und Stundenfälle) 2016*. Wiesbaden.
- Studer, J., Baggio, S., Mohler-Kuo, M., Dermota, P., Gaume, J., Bertholet, N., . . . Gmel, G. (2013). Examining non-response bias in substance use research-Are late respondents proxies for non-respondents? *Drug Alcohol Depend*, 132(1-2), 316-323. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.02.029
- Torvik, F. A., Rognmo, K., & Tambs, K. (2012). Alcohol use and mental distress as predictors of non-response in a general population health survey: the HUNT study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(5), 805-816. doi:10.1007/s00127-011-0387-3
- Zhao, J., Stockwell, T., & Macdonald, S. (2009). Non-response bias in alcohol and drug population surveys. *Drug and Alcohol Review*, 28, 648-657.

10. Anhang

10.1 Non-Response-Fragebogen

Auf den folgenden drei Seiten findet sich das für den Zweck der Studie entwickelte und in der Non-Response-Befragung eingesetzte Kurzbefragungsinstrument in der postalisch eingesetzten Version. Dieses Instrument wurde auch als Online-Variante umgesetzt und diente als Leitfaden für die telefonische Nachbefragung der Studienteilnehmenden.



PatientInnenbefragung

Erhebungsbogen ein Jahr
nach Ende der Rehabilitation
(Kurzfragebogen)

Studien-ID:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Bitte tragen Sie hier das heutige Datum ein:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Wie war Ihre Partnersituation in den letzten 12 Monaten überwiegend?

Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen.

Ich war überwiegend/ich hatte überwiegend

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> alleinstehend | 3 <input type="checkbox"/> feste Beziehung |
| 2 <input type="checkbox"/> zeitweilige Beziehung(en) | 4 <input type="checkbox"/> sonstiges |

3. Wie war Ihre Erwerbssituation in den letzten 12 Monaten überwiegend?

Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen.

Ich war überwiegend

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Auszubildender | 6 <input type="checkbox"/> arbeitslos mit Bezug von ALG I |
| 2 <input type="checkbox"/> Arbeiter/Angestellter/Beamter | 7 <input type="checkbox"/> arbeitslos mit Bezug von ALG II, auch 1€-Job |
| 3 <input type="checkbox"/> Selbständiger/Freiberufler | 8 <input type="checkbox"/> Schüler/Student |
| 4 <input type="checkbox"/> sonstige Erwerbsperson
(z. B. Wehrdienst, in Elternzeit,
mithelfender Familienangehöriger) | 9 <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann |
| 5 <input type="checkbox"/> in beruflicher Rehabilitation | 10 <input type="checkbox"/> Rentner |
| | 11 <input type="checkbox"/> Sonstiges ohne Erwerbstätigkeit |

4. Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig, also krankgeschrieben?

Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen.

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> ja, zurzeit arbeitsunfähig | 2 <input type="checkbox"/> nein |
|---|---------------------------------|

5. Sind Sie zurzeit arbeitslos gemeldet?

Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen.

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> ja, zurzeit arbeitslos gemeldet | 2 <input type="checkbox"/> nein |
|--|---------------------------------|

6. Haben Sie in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit Ihrer Suchterkrankung Hilfen in Anspruch genommen? Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen.

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> nein | 2 <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ |
|---------------------------------|--|

7. Waren Sie seit Ihrer Entlassung aus der Behandlung in der Klinik durchgehend abstinent von Alkohol, Medikamenten, die eine Abhängigkeit erzeugen*, und Drogen?

* Bei den Medikamenten sind nur solche mit Abhängigkeitspotenzial bedeutsam, die Sie ohne ärztliche Verordnung oder über das ärztlich verordnete Maß hinaus genommen haben. Von einer ärztlichen Verordnung kann nur ausgegangen werden, wenn der Arzt die Medikamente verordnet hat, obwohl Sie ihn über Ihre Abhängigkeitserkrankung informiert haben. Medikamente, die Sie während eines Krankenhausaufenthalts erhalten haben, werden beim Suchtmittelkonsum nicht berücksichtigt.

1 **Ja**, ich bin seit Entlassung aus der Klinik durchgehend abstinent.



bitte weiter bei Frage 10
auf der nächsten Seite

2 **Nein**, ich habe seit meiner Entlassung aus der Klinik Suchtmittel genommen



bitte beantworten Sie auch die
Fragen 8 und 9 auf dieser Seite

und zwar

1 Alkohol

2 Medikamente

3 Drogen

Bitte Zutreffendes ankreuzen.
Mehrfachnennungen sind möglich.

8. Wie viele Wochen nach Behandlungsende in der Klinik waren Sie abstinent?

Ich war Wochen abstinent.

9. Seit wie vielen Wochen sind Sie wieder abstinent?

Ich bin seit Wochen wieder abstinent.

1 Ich bin zurzeit nicht abstinent.

10. Warum haben Sie den Fragebogen aus Ihrer Klinik bisher nicht ausgefüllt und/oder zurückgeschickt? Mehrfachnennungen sind möglich.

- 1 Durch meine Abstinenz habe ich mit dieser Lebensphase abgeschlossen.
- 2 Gesundheitliche Probleme haben mich davon abgehalten, den Fragebogen auszufüllen.
Falls ja, welche? _____
- 3 Die Fragen waren mir unangenehm.
- 4 Ich halte den Fragebogen für unnütz.
- 5 Der Fragebogen war mir zu lang.
- 6 Die Fragen waren mir unverständlich.
- 7 Ich habe keinen Fragebogen bekommen.
- 8 Es fehlte ein frankierter Rückumschlag.
- 9 Der Fragebogen war nicht anonymisiert.
- 10 Mir wurde von der Teilnahme abgeraten.
- 11 Ich habe den Fragebogen verlegt.
- 12 Ich war zu sehr mit anderen Dingen beschäftigt oder habe vergessen den Fragebogen auszufüllen.
- 13 anderer Grund: _____
- 14 Ich möchte meine Gründe nicht nennen.

11. Was hätte Sie dabei unterstützt den Fragebogen aus der Klinik auszufüllen und zurückzusenden? Mehrfachnennungen sind möglich.

- 1 mehr Informationen über die Befragung (z. B. Informationsveranstaltung oder Gespräch in der Klinik)
- 2 eine Erinnerung an den Fragebogen (z. B. per SMS oder E-Mail)
- 3 eine übersichtlichere Gestaltung des Fragebogens
- 4 verständlichere Fragen
- 5 die Möglichkeit den Fragebogen im Internet auszufüllen
- 6 die Möglichkeit die Fragen in einem persönlichen oder telefonischen Gespräch zu beantworten
- 7 ein Fragebogen in einer anderen Sprache (z. B. türkisch, russisch, englisch ...)
- 8 sonstiges: _____

Sie sind nun am Ende des Fragebogens angelangt.

1. Bitte überprüfen Sie, ob Sie auf der ersten Seite des Fragebogens bei Frage 1 das heutige Datum eingetragen haben.
2. Bitte stecken Sie den Fragebogen in den beigegefügt Umschlag und geben ihn möglichst noch heute zur Post. Sie benötigen hierfür keine Briefmarke.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und alles Gute.

10.2 Klinik-Befragung zur Katamnese

Auf den folgenden Seiten wird das eingesetzte Instrument zur Befragung der Studienkliniken zum Ablauf der Routinekatamnese abgebildet. Die Auswertungen dazu befinden sich in Kapitel 4.7.

1.	Wie werden die Patienten in Ihrer Klinik über die Katamnese informiert?
-	In einem persönlichen Gespräch
-	Während einer Informationsveranstaltung
-	Weiteres
2.	Wann findet das persönliche Gespräch statt?
-	Anfang der Reha
-	Ende der Reha
-	Während der Reha
-	Kein fester Zeitpunkt, variabel
-	Weiteres
3.	Wie oft findet das persönliche Gespräch statt?
-	1mal
-	2mal
-	3mal
4.	Wer informiert die Patienten im persönlichen Gespräch?
5.	Wie lange dauert das persönliche Gespräch?
-	Das Gespräch dauert ca. --- min
6.	Wann findet die Informationsveranstaltung statt?
-	Anfang der Reha
-	Ende der Reha
-	Während der Reha
-	Kein fester Zeitpunkt, variabel
-	Weiteres
7.	In welcher Regelmäßigkeit findet die Informationsveranstaltung statt?
-	Wöchentlich
-	2-Wöchentlich
-	Monatlich
-	Vierteljährig
-	Halbjährig
-	Sonstiges
8.	Wer führt die Informationsveranstaltung durch?
9.	Wie lange dauert die Informationsveranstaltung?
-	Die Informationsveranstaltung dauert --- min
10.	Wann erfolgt die Einwilligung in die Katamnese?
-	Zu Beginn der Reha
-	Während der Reha
-	Am Ende der Reha

11.	Wie werden die Einwilligungen für die Katamnese eingesammelt?
-	Die Einwilligungen werden aktiv von der Klinik eingesammelt
-	Die Patienten geben sie selbst ab
-	Im Anschluss an die Informationsveranstaltung
-	Sonstiges
12.	Werden die Rehabilitanden an die Einwilligung zur Katamnese erinnert?
-	Ja
-	Nein
13.	Auf welche Weise wird an die Einwilligung der Rehabilitanden zur Katamnese erinnert?
-	Schriftlich
-	Mündlich
-	Sonstiges: ---
14.	Welche Art von Katamnesefragebogen verwendet Ihre Klinik?
-	Langen Fragebogen
-	Kurzen Fragebogen
-	Beides
15.	Versenden Sie Erinnerungen bei Nicht-Antwort auf das erste Katamnese-Anschreiben?
-	Ja
-	Nein
16.	Wie oft wird postalisch erinnert?
-	Einmal
-	Zweimal
-	Dreimal
-	Weiteres
17.	In welchem Zeitraum nach dem ersten Anschreiben versenden Sie die Erinnerungen?
-	Einen Monat nach Versand des ersten Anschreibens
-	Zwei Monate nach Versand des ersten Anschreibens
-	Wenn Zeit dazu ist
-	Sonstiges
18.	Wie erfolgt die erste Erinnerung?
-	Erinnerungsschreiben ohne Fragebogen
-	Erinnerungsschreiben mit Langfragebogen
-	Erinnerungsschreiben mit Kurzfragebogen
19.	Wie erfolgt die zweite Erinnerung?
-	Erinnerungsschreiben ohne Fragebogen
-	Erinnerungsschreiben mit Langfragebogen
-	Erinnerungsschreiben mit Kurzfragebogen
20.	Wie erfolgt die dritte Erinnerung?
-	Erinnerungsschreiben ohne Fragebogen
-	Erinnerungsschreiben mit Langfragebogen
-	Erinnerungsschreiben mit Kurzfragebogen

21.	Weitere Maßnahmen zur Erinnerung
-	Keine weiteren Maßnahmen
-	Telefonisches Nachfassen
-	Erinnerung per E-Mail
-	Erinnerung per SMS
-	Weiteres
22.	Wie läuft das Telefongespräch ab?
-	Ausfüllen des Fragebogens am Telefon
-	Erinnerung an das Ausfüllen des Fragebogens und Bitte an Zusendung
-	Beides
-	Weiteres
23.	Wer ruft die ehemaligen Rehabilitanden an?
24.	Wann erfolgt der Katamnese-Versand?
-	Wochenweise (jeweils 12 Monate nach Entlassung +/- 2 Wochen)
-	Monatsweise (einmal pro Entlass-Monat)
-	Quartalsweise (jeweils drei Entlass-Monate zusammengefasst)
-	Wenn Zeit dafür ist, in der Regel alle --- Wochen
25.	Besteht zwischen dem Ende der Rehabilitation und dem Zeitpunkt der Katamnese Kontakt zwischen Patienten und Klinik?
-	Ja
-	Nein
26.	Kontakt der Klinik zwischen Reha-Ende und Katamnese?
-	Wie? ---
-	Wie oft? ---
-	Wann? ---
27.	Vergeben Sie Anreize der Gegenleistungen für die Teilnahme an der Katamnese-Befragung?
-	Ja
-	Nein
28.	Wie viel Prozent der Rehabilitanden Ihrer Klinik (indikationsübergreifend) erklären sich zur Teilnahme an der Katamnese bereit?
29.	Rücklaufquote auf das erste Anschreiben ohne Erinnerung?
30.	Rücklaufquote auf die erste Erinnerung?
31.	Rücklaufquote auf die zweite Erinnerung?
32.	Rücklaufquote auf die dritte Erinnerung?
33.	Rücklaufquote auf die telefonische Befragung?
34.	Wie hoch war die Rücklaufquote Ihrer Klinik auf die Katamnese-Befragung im letzten Jahr insgesamt?
35.	Wie viel Prozent der Rehabilitanden Ihrer Klinik mit der Diagnose F10.2 erklären sich zur Teilnahme an der Katamnese bereit?

36.	Gibt es ein standardisiertes Vorgehen bei falschen Adressen?
-	Ja, und zwar ---
-	Nein
37.	Welches Programm benutzen Sie für die Eingabe der Katamnese-Daten?
38.	Welche Mitarbeiter sind für die Dokumentation der Katamnese zuständig?
39.	Handelt es sich um eine feste Zuständigkeit?
-	Ja, nur bestimmte Mitarbeiter beschäftigen sich mit der Katamnese-Dokumentation
-	Nein, die Zuständigkeit für die Katamnese-Dokumentation wechselt
40.	Gibt es weitere Besonderheiten im Zusammenhang mit der Katamnese in Ihrer Klinik?
41.	Wie viele Fachabteilungen hat Ihre Klinik?
42.	Anzahl der Betten in der jeweiligen Fachabteilung?
-	Name der Fachabteilung: ---
-	Anzahl der Betten: ---
43.	Welche Kontaktmöglichkeiten der Rehabilitanden, die in die Katamnese eingewilligt haben, werden in der Klinik hinterlegt?
-	Adresse
-	Festnetznummer
-	Mobiltelefon
-	E-Mailadresse
44.	An welche Stelle(n) werden die Katamnese-Daten übermittelt?
-	buss
-	FVS
-	DHS
-	Andere Institute bzw. auswertende Einrichtungen: ---
45.	Setzen Sie den Katamnesebogen in unterschiedlichen Sprachversionen ein?
-	Ja
-	Nein
46.	Geben Sie Ihren Patienten die Möglichkeit, den Fragebogen im Internet auszufüllen (Online-katamnese)?
-	Ja
-	Nein
47.	Wie hoch ist die Rücklaufquote dieser Bögen?
48.	In welchen Sprachen bieten Sie den Katamnesebogen an?

10.3 Ausschöpfungsquoten im Befragungsablauf

In Tabelle 35 werden die Ausschöpfungsquoten der Kliniken nach den einzelnen Phasen der Befragung dargestellt sowie die Anzahl der in der jeweiligen Phase befragten und verbliebenen Studienteilnehmenden. Bei der folgenden Ergebnisbeschreibung wird Klinik 25 nicht einbezogen, da nur 2 Studienteilnehmer in der Klinik rekrutiert werden konnten, von denen zudem keine Katamnesen realisiert wurden. Die Ausschöpfungsquote der Stichprobe liegt bei 64,2 % (Spannweite in den Kliniken 50 % bis 87,5 %). Nach der ersten Phase der Befragung, d.h. der Befragung durch die Kliniken, wurde ein Rücklauf von durchschnittlich 46,6 % realisiert (Spannweite: 20,0 % bis 71,0 %). Während der zweiten Phase der Befragung, d.h. der Befragung durch die Charité (Kurzfragenbogen per Post und Online) beantworteten im Durchschnitt 16,9 % (Spannweite 0 % bis 75,0 %) der verbliebenen Studienteilnehmenden die Katamnese (n = 322 davon 62 Online und 260 postalisch). In der telefonischen Befragung wurden im Durchschnitt 19,3 % der Katamnesen beantwortet (Spannweite 0 % bis 42,9 %).

Klinik- nummer	Gesamt			Katamnesen Phase 1			Katamnesen Phase 2			Katamnesen Phase 3	
	Fälle	Katam- nesen	%	n	%	Übergabe Phase 2	n	%	Übergabe Phase 3	n	%
1	8	7	87,5	4	50,0	4	3	75,0	1	0	0
3	99	58	58,6	46	46,5	53	7	13,2	46	5	10,9
4	122	81	66,4	64	52,5	58	10	17,2	48	7	14,6
5	65	43	66,2	26	40,0	39	10	25,6	29	7	24,1
9	15	8	53,3	8	53,3	7	0	0,0	7	0	0
10	135	76	56,3	52	38,5	84	16	19,0	68	8	11,8
11	124	76	61,3	53	42,7	71	4	5,6	67	19	28,4
12	54	30	55,6	19	35,2	35	5	14,3	30	6	20
13	84	48	57,1	34	40,5	50	5	10,0	45	9	20
14	50	29	58	22	44,0	28	3	10,7	25	4	16
15	60	37	61,7	29	48,3	31	1	3,2	30	7	23,3
16	74	43	58,1	32	43,2	42	4	9,5	38	7	18,4
17	286	153	53,5	100	35,0	186	24	12,9	162	29	17,9
18	23	19	82,6	16	69,6	7	0	0,0	7	3	42,9
19	241	201	83,4	171	71,0	72	15	20,8	57	15	26,3
22	76	59	77,6	45	59,2	31	6	19,4	25	8	32
23	21	15	71,4	12	57,1	9	3	33,3	6	0	0
25	2	0	0	0	0,0	2	0	0,0	2	0	0
26	116	87	75	63	54,3	53	14	26,4	39	10	25,6
28	108	60	55,6	44	40,7	64	8	12,5	56	8	14,3
29	56	33	58,9	19	33,9	37	8	21,6	29	6	20,7
30	35	19	54,3	13	37,1	22	2	9,1	20	4	20
31	227	145	63,9	98	43,2	129	26	20,2	103	21	20,4
33	55	37	67,3	27	49,1	29	6	20,7	23	4	17,4
34	48	38	79,2	28	58,3	20	6	30,0	14	4	28,6
35	24	14	58,3	10	41,7	14	3	21,4	11	1	9,1
36	53	35	66	30	56,6	23	2	8,7	21	3	14,3
37	22	16	72,7	12	54,5	10	3	30,0	7	1	14,3
38	25	14	56	9	36,0	16	1	6,3	15	4	26,7
40	10	5	50	2	20,0	8	2	25,0	6	1	16,7
41	26	18	69,2	9	34,6	17	4	23,5	13	5	38,5
42	43	24	55,8	18	41,9	25	2	8,0	23	4	17,4
43	17	9	52,9	6	35,3	11	2	18,2	9	1	11,1
44	69	48	69,6	40	58,0	29	6	20,7	23	2	8,7
45	58	40	69	31	53,4	27	7	25,9	20	2	10
46	5	3	60	3	60,0	2	0	0,0	2	0	0
47	48	37	77,1	30	62,5	18	3	16,7	15	4	26,7
48	57	40	70,2	25	43,9	33	4	12,1	29	11	37,9
49	42	25	59,5	19	45,2	23	2	8,7	21	4	19
50	112	57	50,9	34	30,4	78	12	15,4	66	11	16,7
52	54	39	72,2	27	50,0	27	6	22,2	21	6	28,6
54	44	22	50	17	38,6	27	2	7,4	25	3	12
56	59	38	64,4	29	49,2	30	6	20,0	24	3	12,5
57	30	16	53,3	9	30,0	22	5	22,7	17	2	11,8
58	185	127	68,6	95	51,4	91	20	22,0	71	12	16,9
61	31	20	64,5	9	29,0	22	3	13,6	19	8	42,1
62	16	12	75	8	50,0	8	2	25,0	6	2	33,3
64	306	200	65,4	144	47,1	171	30	17,5	141	26	18,4
65	58	37	63,8	28	48,3	30	9	30,0	21	0	0
Gesamt	3578	2298	64,2	1669	46,6	1909	322	16,9	1587	307	19,3

Tabelle 35: Ausschöpfungsquoten (in Prozent) im Befragungsablauf nach Kliniken

