

Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf Einrichtungen der Suchtrehabilitation und -nachsorge

Jennifer Marie Burchardi, Stefanie Köhn, Dr. Eva Jansen, Dr. Anna Schlumbohm, Friedericke Schall, Lukas Kirchhübel, Prof. Dr. Karla Spyra und Martin Brünger, Berlin

Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, Inanspruchnahme, Rahmenbedingungen und Personalsituation von Einrichtungen der Suchtrehabilitation während der SARS-CoV-2-Pandemie zu beschreiben. Hierzu wurden im Laufe der Jahre 2021 und 2022 (1) eine Onlinebefragung von Suchtrehabilitationseinrichtungen zu zwei Zeitpunkten (t1: n = 336, t2: n = 415), (2) Interviews mit n = 26 Behandlerinnen und Behandlern und (3) eine Hybridbefragung mit n = 460 Personen in Suchtrehabilitation oder -nachsorge durchgeführt sowie (4) Routinedatenstatistiken zur Inanspruchnahme herangezogen. Ergebnisse: 2020 und 2021 erfolgten jeweils circa 10 Prozent weniger Suchtrehabilitationen im Vergleich zu 2019. Besonders stark fiel der Rückgang bei Frauen und bei Alkoholabhängigkeit aus. Die wirtschaftlichen Folgen aufgrund der gesunkenen Nachfrage sowie die Implementierung und Umsetzung von Hygienekonzepten stellten die Einrichtungen vor Herausforderungen und gingen mit Umstellungen in der Teamarbeit und Mehrbelastungen für das Personal einher. Zugleich wurden Entwicklungen angestoßen, die Chancen für die Weiterentwicklung der Suchtrehabilitation über die Pandemie hinaus bieten.

1. Hintergrund

Die Suchtrehabilitation weist im Vergleich zur übrigen medizinischen Rehabilitation einige Spezifika auf, die im Kontext der SARS-CoV-2-Pandemie potenziell relevant sind. Hierzu gehören besondere Zugangswege in die Rehabilitation. Neben Entgiftungsstationen in Akutkrankenhäusern spielen Suchtberatungsstellen eine zentrale Rolle, welche den im Antragsprozess in der Regel benötigten Sozialbericht erstellen (Weissing 2017).

Weiterhin ist das Spektrum der Einrichtungen äußerst heterogen. Es reicht von kleinen, nahezu ausschließlich gemeinnützig oder kommunal getragenen Suchtberatungsstellen bis hin zu großen Fachkliniken mit mehreren Hundert Betten, teils privatwirtschaftlich geführt.

Die Dauer der Rehabilitation übersteigt mit durchschnittlich 86 Tagen diejenige in der somatischen Rehabilitation mit 23 Tagen bei Weitem (Deutsche Rentenversicherung Bund

2022a). Die Kosten für Suchtrehabilitationsleistungen liegen dementsprechend deutlich höher (Deutsche Rentenversicherung Bund 2020a). Eine Besonderheit ist auch, dass in der stationären Suchtrehabilitation Doppelzimmer noch weit verbreitet sind, was aus Infektionsschutzgründen in einer Pandemie problematisch sein kann (Vogelgesang 2020).

Neben der stationären und der ganzzeitig ambulanten Rehabilitation, die im Grundsatz so auch in den übrigen Fachgebieten der Rehabilitation bestehen und an die sich eine Nachsorgeleistung anschließen kann, existieren zwei weitere Leistungsformen in der Suchtrehabilitation: Dies ist zum einen als alltags- beziehungsweise berufsbegleitendes Angebot die ambulante Rehabilitation, die zunächst sechs Monate andauert und zweimal auf insgesamt maximal 18 Monate verlängert werden kann. Zum anderen kann sich an eine stationäre Rehabilitation für besonders in ihrer Teilhabe eingeschränkte Personen die Adaption als zweite Phase

der Rehabilitation mit einer Dauer von weiteren etwa drei bis vier Monaten anschließen. Deren Kernelemente sind Belastungserprobungen und zumindest ein Betriebspraktikum. Eine weitere Besonderheit der Leistungserbringung in der Suchtrehabilitation ist die Kombinationsbehandlung, bei der stationäre und ambulante Leistungsformen nahtlos kombiniert werden (Deutsche Rentenversicherung Bund 2022a).

Die Rehabilitandenstruktur unterscheidet sich deutlich von derjenigen in der übrigen medizinischen Rehabilitation. Hierzu gehören ein hoher Männeranteil, ein niedriges mittleres Alter, ein niedriger sozioökonomischer Status mit einer Überrepräsentation von zum Beispiel Arbeitslosen, Wohnungslosen, Menschen in betreutem Wohnen und Gefangenen und ein hohes Ausmaß an psychischer und somatischer Komorbidität (Schwarzkopf et al. 2022). Diese vulnerablen Personengruppen könnten von der Pandemie besonders betroffen sein (Vogelgesang 2020; Weissinger 2020).

Daneben sind in der Pandemie Änderungen im Zugang zu Suchtmitteln und im Konsumverhalten zu verzeichnen. Je nach Suchtmittel und untersuchter Population ist die Studienlage hier uneinheitlich (Koopmann et al. 2020; Manthey et al. 2020). Bereits in der Anfangszeit wurde vermutet, dass die Pandemie einen Nährboden für Abhängigkeitskrankheiten darstellen könnte (Georgiadou et al. 2020). Als neue beziehungsweise potenziell in der Pandemie verstärkt auftretende Motive für einen erhöhten Substanzkonsum beziehungsweise ein vermehrtes Suchtverhalten werden Langeweile, Einsamkeit und Angst vor Ansteckung beschrieben (Lochbühler 2021). Es ist aus vorherigen Studien bekannt, dass diese Faktoren bestehende Suchterkrankungen verstärken beziehungsweise die Rückfallgefahr erhöhen können (Henkel und Zemlin 2009).

Ziel der Studie „Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf Zugang, Inanspruchnahme und Ausgestaltung der Suchtrehabilitation (CoV-AZuR)“ war es daher, pandemiebedingte Veränderungen in der

Suchtrehabilitation und -nachsorge auf empirischer Basis zu beschreiben und mögliche Schlussfolgerungen für die postpandemische Zeit abzuleiten.

Konkret wird in diesem Beitrag folgende Fragestellung untersucht: Welche Veränderungen während der Pandemie zeigten sich für die Suchtrehabilitation in Bezug auf Inanspruchnahme, auf organisatorische, strukturelle und wirtschaftliche Rahmenbedingungen sowie auf Personalmanagement und Teamarbeit?

2. Methoden

2.1 Studiendesign

Es wurde eine explorative Beobachtungsstudie mit Mixed-Methods-Ansatz durchgeführt. Um verschiedene Akteure und Perspektiven einzubinden, wurden vier Studienmodule konzipiert: Die ersten beiden Studienmodule fokussieren auf die Perspektive der Suchttherapieeinrichtungen und adressieren sowohl Einrichtungseleitungen (Studienmodul I) als auch dort tätige Behandlerinnen und Behandler (Studienmodul II). Studienmodul III spiegelt die Sichtweise von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wider. Die Inanspruchnahme wird in Studienmodul IV anhand von Routinedatenstatistiken abgebildet.

Abbildung 1 (siehe Anhang) zeigt die monatlichen COVID-19-bezogenen Todesfälle in Deutschland von März 2020 bis Dezember 2022 (Robert Koch-Institut 2023) und wie sich die vier Studienmodule zeitlich in den Pandemieverlauf einordnen.

Die Bearbeitung der Studie folgte der Leitlinie und Empfehlung zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP) (Hoffmann et al. 2019). Die Berichterstattung orientiert sich am STROBE-Statement für Beobachtungsstudien (von Elm et al. 2007). Die Studie wurde beim Deutschen Register Klinischer Studien registriert (DRKS00030913). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin erteilte ein Ethikvotum (EA4/069/21). Kooperationspartner der Stu-

die waren der Bundesverband Suchthilfe und der Fachverband Sucht+. Die Deutsche Rentenversicherung Bund förderte die Studie.

2.2 Modul I: Einrichtungsbefragung

Die quantitative Onlinebefragung von Einrichtungen der Suchtrehabilitation und -nachsorge wurde als Vollerhebung aller ambulanten und stationären Einrichtungen in Deutschland zu zwei Zeitpunkten im Herbst 2021 (t1) und im Sommer 2022 (t2) durchgeführt.

Einschlusskriterium war, dass eine Einrichtung zumindest einen der vier möglichen Leistungstypen der Suchtrehabilitation (stationäre Rehabilitation (STR), Adaption (ADA), ganztägig ambulante Rehabilitation (TAR) beziehungsweise ambulante Rehabilitation (ARS)) und/oder den Leistungstyp Suchtnachsorge (NAS) anbietet.

Hierzu wurde eine Einrichtungsdatenbank auf Basis mehrerer Quellen aufgebaut: das Verzeichnis von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), die Einrichtungsverzeichnisse des Bundesverbandes Suchthilfe und des Fachverbandes Sucht+ und das Webportal der Deutschen Rentenversicherung für Rehanachsorge www.nachderreha.de.

Nach Entfernen von Dopplungen ergaben sich n = 1 092 Einträge. Hiervon waren einige Einrichtungen per E-Mail nicht erreichbar oder boten keinen der genannten Leistungstypen (mehr) an, sodass zu t1 n = 1 049 und zu t2 n = 1 044 Einrichtungen der Suchtrehabilitation und -nachsorge per E-Mail kontaktiert werden konnten.

Zielgruppe der Befragung unter anderem zu organisatorischen, strukturellen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sowie zu Personalmanagement und Teamarbeit war die kaufmännische, ärztliche oder therapeutische Leitung der Einrichtung. Verfügte eine Einrichtung über mehrere Standorte, war die Beantwortung einzeln oder für mehrere Standorte gemeinsam möglich.

Einige Fragen wurden separat für jeden der fünf genannten Leistungstypen erfasst. Die meisten Fragen wurden hingegen pro Einrichtung lediglich einmal gestellt. Dafür wurden für einen Teil der Analysen alle Einrichtungen einem von drei Settings zugeordnet:

- Setting 1 „stationäre Einrichtungen“: Einrichtungen mit ausschließlich stationärem Angebot inklusive Adaption,
- Setting 2 „gemischt stationär-ambulante Einrichtungen“: (in Abbildungen aus Platzgründen „stat.-amb. Einrichtungen“): Einrichtungen mit kombiniert stationär-ambulante Angebot sowie alle Einrichtungen mit ganztägig ambulanter Rehabilitation,
- Setting 3 „ambulante Einrichtungen“: Einrichtungen mit ausschließlich berufs-/alltagsbegleitendem ambulante Angebot (ambulante Rehabilitation und/oder Nachsorge).

Die Ergebnisse werden deskriptiv mit relativen Häufigkeiten grafisch mittels Balkendiagrammen dargestellt, teils stratifiziert für die drei Settings beziehungsweise fünf Leistungstypen. Aus Platzgründen sind in gestapelten Balkendiagrammen Anteile < 5 Prozent nicht mit Angabe des konkreten Prozentwertes aufgeführt. Freitextantworten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und bei hinreichend großer Anzahl an Rückmeldungen quantifiziert.

2.3 Modul II: Behandlerinterviews

In Ergänzung zur strukturierten Einrichtungsbefragung wurden leitfadengestützte Interviews mit n = 26 ärztlichen oder therapeutischen Behandlerinnen und Behandlern, die in Einrichtungen der Suchtrehabilitation tätig sind, zu zwei Zeitpunkten geführt. Die Gespräche fanden Ende 2021 beziehungsweise Anfang 2022 (t1) und im Herbst 2022 (t2) per Videotelefonie statt. Die Audioaufnahmen wurden transkribiert und mithilfe der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet (Kuckartz

2022). Daneben wurden strukturiert Angaben zur Person (unter anderem Geschlecht, Alter, Profession, Berufserfahrung) erhoben. Bei Zitaten werden Erhebungszeitpunkt (t1 oder t2), ID des Interviews und die in dieser Einrichtung angebotenen Leistungstypen angegeben.

2.4 Modul III: Rehabilitandenbefragung

Um die Einrichtungsperspektive zu ergänzen, wurden in einer quantitativen Hybridbefragung in der ersten Jahreshälfte 2022 Menschen, die zum Befragungszeitpunkt eine Suchtrehabilitation oder eine Nachsorge nach vorheriger Suchtrehabilitation absolvierten, strukturiert unter anderem zur Wahrnehmung der Erreichbarkeit des Suchthilfesystems und von Hygienemaßnahmen in Suchtrehaeinrichtungen befragt. Die Rekrutierung der Studienteilnehmenden erfolgte vor Ort in insgesamt n=34 ambulanten und stationären Suchtrehaeinrichtungen. Die Teilnahme war wahlweise papierbasiert oder online möglich. Um unterschiedliche Phasen der Pandemie abdecken zu können, wurde ein Verhältnis von 2:1 bei der Rekrutierung von Personen in Rehabilitation und solchen in Nachsorge (NAS) mit einer Gesamtziel-fallzahl von n=450 angestrebt. Ergänzend wurden soziodemografische Variablen (unter anderem Geschlecht, Alter, Schulabschluss, berufliche Situation, Migrationsbiografie) in Anlehnung an den Kerndatensatz Sucht erhoben (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2021).

2.5 Modul IV: Routinestatistiken zur Suchtrehabilitation

Neben den in den Studienmodulen I bis III beschriebenen Primärerhebungen wurden Routinedatenstatistiken herangezogen, um die Inanspruchnahme der Suchtrehabilitation im Pandemieverlauf beschreiben zu können. Hierfür wurden für die vorliegende Arbeit die jährlich herausgegebenen Statistikbände der

Deutschen Rentenversicherung und der Reha-Bericht 2022 herangezogen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2020b; Deutsche Rentenversicherung Bund 2021; Deutsche Rentenversicherung Bund 2022b; Deutsche Rentenversicherung Bund 2022a). Neben der Gesamtzahl abgeschlossener Maßnahmen wurden auch stratifizierte Auswertungen nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Suchtmittelgruppe und Maßnahmeart im Zeitvergleich 2019 bis 2021 betrachtet.

3. Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung

In der Einrichtungsbefragung konnten für den ersten Erhebungszeitpunkt im Herbst 2021 (t1) n=336 auswertbare Fragebögen für die Analysen berücksichtigt werden, zum zweiten Zeitpunkt im Sommer 2022 (t2) waren es n=415. Der Großteil der Fragebögen wurde von den Einrichtungsleitungen für einen Einrichtungsstandort ausgefüllt, ein Teil berichtete für zwei oder mehr Standorte. Insgesamt werden in der Einrichtungsbefragung zu t1 n=556 und zu t2 n=615 Standorte repräsentiert.

Aufgrund der anonymen Erhebungsweise war es nicht möglich, im Falle einer Beantwortung für mehrere Standorte zu prüfen, ob diese in der Einrichtungsdatenbank als separate Einträge aufgeführt sind, sodass für die Rücklaufquote nur ein Korridor berichtet werden kann. Dieser lag zu t1 zwischen 32 und 53 Prozent, zu t2 zwischen 40 und 59 Prozent.

Der überwiegende Teil der teilnehmenden Einrichtungen bot mehrere Leistungstypen an. Etwa drei Viertel der Einrichtungen gaben an, Suchtnachsorge (NAS) anzubieten, etwas mehr als die Hälfte eine ambulante medizinische Rehabilitation (ARS). Ein gutes Fünftel der Einrichtungen bot die stationäre Suchtrehabilitation (STR) an. Selten wurden ein Adaptionsangebot (ADA) und die ganztägig ambulante Suchtrehabilitation (TAR) vorgehalten.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung Einrichtungen

(Fallzahl t1/t2)	t1		t2	
	n	%	n	%
Leistungstypen (Mehrfachnennungen möglich) (n = 336/415)				
stationäre medizinische Rehabilitation (STR)	72	21,4	87	21,0
Adaption (ADA)	46	13,7	48	11,6
ganztägig ambulante Rehabilitation (TAR)	31	9,2	30	7,2
ambulante medizinische Rehabilitation (ARS)	183	54,5	209	50,4
Nachsorge (NAS)	248	73,8	316	76,1
Settings (n = 336/415)				
stationäre Einrichtungen (rein stationäres Angebot)	58	17,3	68	16,4
gemischt stationär-ambulante Einrichtungen (inklusive TAR)	39	11,6	35	8,4
ambulante Einrichtungen (nur ARS und/oder NAS)	239	71,1	312	75,2
ausfüllende Person (Mehrfachnennungen möglich) (n = 306/391)				
Geschäftsleitung/Kaufmännische Leitung	57	18,6	69	17,6
Ärztliche Leitung	39	12,7	37	9,5
Psychologische/Therapeutische Leitung	179	58,5	208	53,2
Pflegerische Leitung	0	0,0	0	0,0
sonstige Funktion	67	21,9	128	32,7

Quelle: Einrichtungsbefragung t1 (Herbst 2021) und t2 (Sommer 2022).

Gemäß der im Methodenteil beschriebenen Zuordnung lässt sich ein Sechstel der teilnehmenden Einrichtungen als „stationäre Einrichtungen“ mit ausschließlich stationärem Angebot klassifizieren, ein Zehntel als „gemischt stationär-ambulante Einrichtungen“ (inklusive Einrichtungen mit ganztägig ambulanter Rehabilitation) und etwas mehr als 70 Prozent als „ambulante Einrichtungen“, die ein rein berufs-/alltagsbegleitendes Angebot in Form der ambulanten Suchtrehabilitation und/oder Suchtnachsorge vorhalten.

Überwiegend füllten psychologische beziehungsweise therapeutische Leitungspersonen den Fragebogen aus. Dies galt insbesondere für die ambulante Suchtrehabilitation. Im stationären Bereich erfolgte die Beantwortung vielfach durch die Geschäftsführung beziehungsweise Kaufmännische Leitung oder durch die Ärztliche Leitung (Tabelle 1). Mit allen 26 Interviewpartnerinnen und -partnern konnten zu beiden Zeitpunkten t1 Ende 2021/Anfang 2022 und t2 im Herbst 2022 Behandlerinterviews geführt werden. Je die Hälfte der befragten Personen waren Frau-

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung Rehabilitandenbefragung

	n	%
Geschlecht (n = 432)		
männlich	313	72,5
weiblich	118	27,3
divers	1	0,2
Alter (n = 415)		
mittleres Alter in Jahren (SD)	46,0 (13,3)	
Schulabschluss (n = 444)		
derzeit in Schulausbildung	2	0,5
ohne Schulabschluss abgegangen	13	2,9
Haupt-/Volksschulabschluss	109	24,5
Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	175	39,4
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	139	31,3
anderer Schulabschluss	6	1,4
berufliche Situation vor Suchtrehabilitation (n = 442)		
erwerbstätig	273	61,8
arbeitslos, ALG I	44	10,0
arbeitslos, ALG II (Hartz IV)/Grundsicherung	55	12,4
in Schule/Studium/Ausbildung	18	4,1
in Rente/Pension	38	8,6
Sonstiges (zum Beispiel Hausfrau/-mann)	14	3,2
Migrationsbiografie		
im Ausland geboren (n = 441)	49	11,1
Mutter/Vater im Ausland geboren (n = 444)	78	17,6

Quelle: Rehabilitandenbefragung 2022.

en und Männer. Das mediane Alter lag bei 53,5 Jahren, die mediane Berufserfahrung im Bereich Suchtrehabilitation bei 16,5 Jahren. Neben elf Ärztinnen und Ärzten und fünf Psy-

chologinnen und Psychologen wurden zehn Personen aus dem Bereich Sozialpädagogik beziehungsweise Sozialarbeit interviewt. Viele verfügten zusätzlich über eine sucht-

Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung Rehabilitandenbefragung, Suchtanamnese

	n	%
Setting (n = 460)		
Suchtrehabilitation	303	65,9
Suchtnachsorge	157	34,1
Leistungstyp (nur Suchtrehabilitation) (n = 276)		
stationäre medizinische Rehabilitation	110	39,9
Adaption	1	0,4
ganztägig ambulante Rehabilitation	1	0,4
ambulante medizinische Rehabilitation	164	59,4
Art der Suchterkrankung (n = 460, Mehrfachnennungen möglich)		
Alkoholabhängigkeit	371	80,7
Cannabisabhängigkeit	73	15,9
Abhängigkeit von anderen Substanzen (außer Tabak)	72	15,7
Medikamentenabhängigkeit	18	3,9
pathologisches Glücksspiel	27	5,9
pathologischer PC-/Internetgebrauch	5	1,1
andere nicht stoffgebundene Suchterkrankungen (zum Beispiel Essverhalten)	8	1,7
vorherige Entzugsbehandlung (n = 446)		
ja	249	55,8
früher durchgeführte Suchtrehabilitation (n = 457)		
ja	199	43,5

Quelle: Rehabilitandenbefragung 2022.

therapeutische Qualifikation (Daten nicht gezeigt).

Bei der Rehabilitandenbefragung wurden insgesamt n = 460 Fragebögen in die Analysen eingeschlossen. Knapp drei Viertel der Teilnehmenden waren männlich, das mittlere Alter lag bei 46 Jahren. Zusammengekommen wiesen gut 70 Prozent einen Realschul-

abschluss beziehungsweise das Abitur oder einen vergleichbaren Abschluss auf. 62 Prozent gaben an, erwerbstätig zu sein, während Arbeitslosigkeit mit Bezug von ALG I oder ALG II von zusammen 22 Prozent dokumentiert wurde. 11 Prozent der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gaben an, selbst im Ausland geboren zu sein, in Bezug auf

mindestens ein Elternteil war dies bei knapp 18 Prozent der Fall (Tabelle 2).

Tabelle 3 gibt einen Überblick über einige suchtbezogene Angaben der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Zwei Drittel der 460 Befragten absolvierten zum Befragungszeitpunkt eine Suchtrehabilitation, hiervon 40 Prozent im stationären Setting und knapp 60 Prozent im ambulanten Setting. Das andere Drittel befand sich bereits in der Nachsorge nach Suchtrehabilitation. Vier Fünftel gaben Alkoholabhängigkeit als Art der Suchterkrankung an, jeweils etwa ein Sechstel Cannabisabhängigkeit und Abhängigkeit von anderen Substanzen (außer Tabak). Medikamentenabhängigkeit wiesen 4 Prozent der teilnehmenden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf. Pathologisches Glücksspiel und pathologischer PC-/Internetgebrauch wurden zusammen von 7 Prozent der Befragten berichtet.

56 Prozent der Teilnehmenden hatten zuvor eine Entgiftungs- beziehungsweise Entzugsbehandlung. Etwa 44 Prozent berichteten, bereits zum wiederholten Male eine Suchtrehabilitation durchzuführen.

3.2 Inanspruchnahme

Statistiken der Deutschen Rentenversicherung zeigen, dass die Anzahl der abgeschlossenen Suchtrehabilitationen im Laufe der Pandemie zurückging. Im Jahr 2020 wurden 10 Prozent und im Jahr 2021 9 Prozent weniger Suchtrehabilitationen im Vergleich zu 2019 durchgeführt. Der Rückgang war bei Frauen höher als bei Männern und bei Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit höher als bei solchen mit einer anderen Staatsangehörigkeit. Das mittlere Alter blieb unverändert bei circa 43 Jahren. Im Bereich Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit fiel der Rückgang erheblich größer aus als bei illegalen Drogen. Bei illegalen Drogen erreichte die Anzahl der Suchtrehabilitationen 2021 fast wieder das Niveau des Jahres 2019. Besonders rückläufig waren 2020 und 2021 auch die Kurzzeitbehandlung und die Adaption (Tabelle 4).

Die Anzahl der abgeschlossenen Suchtrehabilitationen korrespondierte mit der ebenfalls rückläufigen Anzahl von Anträgen, Bewilligungen und angetretenen Leistungen. Allerdings ging der Anteil der angetretenen an bewilligten Suchtrehabilitationen von 79 Prozent im Jahr 2019 auf 70 Prozent im Jahr 2021 zurück (Daten nicht gezeigt) (Erbstößer et al. 2022).

Die rückläufige Nachfrage ging mit analogen Veränderungen auf der Angebotsseite und der wirtschaftlichen Lage der Einrichtungen einher. Dies wird in den Abschnitten 3.3.3 und 3.3.4 dargelegt.

Um mögliche Gründe für Veränderungen in der Inanspruchnahme zu explorieren, wurde in der Rehabilitandenbefragung die Wahrnehmung des Suchthilfesystems während der Pandemie erfasst. Dieses wurde insgesamt positiv wahrgenommen. Knapp ein Viertel der Befragten war allerdings zunächst über die Behandlungsmöglichkeiten eher oder ganz verunsichert und ein Fünftel gab (eher) an, nicht ausreichend professionelle Hilfe erhalten zu haben. 12 Prozent hatten pandemiebedingt (eher) Schwierigkeiten, sich über Möglichkeiten einer Suchtrehabilitation beziehungsweise Nachsorge zu informieren. In einer ähnlichen Größenordnung wurde berichtet, dass die Suchthilfe und -beratung in der Nähe schwer oder gar nicht persönlich erreichbar war (13 Prozent) und überwiegend telefonische oder Onlinegespräche wahrgenommen wurden (15 Prozent). Immerhin 11 Prozent stimmten der Aussage eher oder voll zu, von keiner Klinik zur Entgiftung aufgenommen worden zu sein (Abbildung 2, siehe Anhang).

Einige der 460 Befragten ergänzten in einem Freitextfeld (n = 71) Hinweise, die vonseiten des Suchthilfesystems vor Beginn ihrer Suchtrehabilitation hilfreich gewesen wären: kürzere Wartezeiten (Antragstellung bis Behandlungsbeginn) (16 Prozent), persönliche Beratungsgespräche (11 Prozent), umfassendere Beratung (zum Beispiel ausreichend Zeit) (9 Prozent) und bessere Erreichbarkeit (Leistungsträger, Suchtberatung, Rehabilitationseinrichtung) (7 Prozent).

Tabelle 4: Abgeschlossene Suchtrehabilitationen 2019 bis 2021

	2019	2020	2020 versus 2019	2021	2021 versus 2019
Suchtrehabilitationen gesamt	43 125	38 819	-10,0 %	39 183	-9,1 %
Geschlecht					
Männer	32 233	29 262	-9,2 %	29 468	-8,6 %
Frauen	10 892	9 557	-12,3 %	9 715	-10,8 %
Durchschnittsalter in Jahren	42,9	43,0	0,2 %	42,8	-0,2 %
Staatsangehörigkeit					
deutsch	39 495	35 451	-10,2 %	35 669	-9,7 %
nicht deutsch	3 630	3 368	-7,2 %	3 514	-3,2 %
Suchtmittelgruppe					
Alkohol	25 483	22 274	-12,6 %	21 529	-15,5 %
illegale Drogen	11 335	10 518	-7,2 %	11 076	-2,3 %
Medikamente	497	435	-12,5 %	437	-12,1 %
Art der Entwöhnungsbehandlung					
Regelbehandlung	31 754	28 926	-8,9 %	29 041	-8,5 %
Kurzzeitbehandlung	4 931	4 341	-12,0 %	4 047	-17,9 %
Adaption	4 379	3 790	-13,5 %	3 876	-11,5 %

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund 2020b; Deutsche Rentenversicherung Bund 2021; Deutsche Rentenversicherung Bund 2022b; eigene Darstellung.

3.3 Rahmenbedingungen

Nachfolgend werden pandemiebedingte Veränderungen der organisatorischen, strukturellen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen von Suchtrehaeinrichtungen dargelegt. Dies umfasst Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen, den Umgang mit dem Impfstatus beziehungsweise mit Impfungen sowohl bei Rehabilitandinnen und bei Rehabilitanden als auch beim Personal, Veränderungen im Leistungsangebot, die wirtschaftliche Situation der Suchtrehaeinrichtungen sowie die Wahrnehmung von Informationen, Vorgaben und Unterstützungsangeboten verschiedener Akteure, hierunter staatliche Institutionen, Leistungsträger und Fachverbände.

3.3.1 Hygiene-/Infektionsschutzmaßnahmen

Fast alle Einrichtungen berichteten, umfangreiche Vorkehrungen zum Infektionsschutz getroffen zu haben. Hierzu gehörten unter anderem Test- und Maskenpflichten, Abstandsregeln, Gruppengrößenreduktion, Erweiterung räumlicher Kapazitäten, Umwandlung von Doppelzimmern in Einzelzimmer und restriktivere Ausgangs-, Besuchs- und Heimfahrtregelungen.

Der infolge der Implementierung von Hygiene- und Abstandsregeln entstandene Raum-mangel führte bei etwa 70 Prozent der Einrichtungen zu Problemen bei der Umsetzung von Therapie und Aufenthalt (Daten nicht gezeigt). Zur Schaffung zusätzlicher räumlicher

Kapazitäten wurden am häufigsten Räume umgewidmet (je nach Setting 37 bis 59 Prozent) und bisher nicht oder wenig verwendete Räume neu genutzt (23 bis 44 Prozent). Teilweise wurde dem Raummangel durch zusätzliche räumliche Ausstattung (zum Beispiel Trennwände) begegnet (12 bis 21 Prozent). Ein knappes Viertel der ambulanten und 18 Prozent der gemischt stationär-ambulanten Einrichtungen mieteten zusätzliche Räumlichkeiten an (Abbildung 3, siehe Anhang).

Von gut einem Drittel der Einrichtungen mit stationärem Angebot wurde zu beiden Befragungszeitpunkten angegeben, dass pandemiebedingt die Anzahl der Einzelzimmer erhöht wurde. Etwa die Hälfte dieser Einrichtungen plante, auch nach Ende der Pandemie mehr Einzelzimmer vorzuhalten (Daten nicht gezeigt).

Gemäß Rehabilitandenbefragung fiel die subjektive Wahrnehmung von Hygienemaßnahmen (zum Beispiel Maskenpflicht, veränderte Besuchsregeln) heterogen aus. Während ein Drittel der Befragten der Aussage eher oder vollständig zustimmte, sich durch die Hygienemaßnahmen stark eingeschränkt gefühlt zu haben, fühlten sich 42 Prozent eher oder gar nicht eingeschränkt. Das übrige Viertel gab teils/teils an (Abbildung 4, siehe Anhang).

3.3.2 Umgang mit Impfstatus/Impfungen

Im Herbst 2021 gaben die Einrichtungsleitungen an, dass etwa 70 Prozent der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu Rehabeginn einen vollständigen Coronaimpfschutz aufwiesen, im Sommer 2022 wurde der Anteil geimpfter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf gut 80 Prozent geschätzt. Bei etwa einem Drittel der Einrichtungen war das Vorliegen eines vollständigen Impfstatus zumindest zeitweise Voraussetzung für die Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung, während in zwei Dritteln der Einrichtungen eine solche Pflicht zu keinem Zeitpunkt be-

stand (Daten nicht gezeigt). Teilweise wurde dies in den im Herbst 2022 durchgeführten Interviews auch ökonomisch begründet:

„In der Adaption ist es ganz klar eine Belegungsfrage. Also wir waren so schlecht belegt, dass wir gesagt haben: Die Hürde jetzt noch aufrechterhalten, dann können wir zumachen. Also das ist mehr eine wirtschaftliche Entscheidung gewesen, ein Stück weit, ja.“ (t2/15 TAR, ADA).

Beim Personal wurde der Anteil vollständig geimpfter Beschäftigter im Herbst 2021 auf etwa 90 Prozent geschätzt, im Sommer 2022 auf 94 Prozent (Daten nicht gezeigt).

Die einrichtungsbezogene Impfpflicht wurde von der deutlichen Mehrheit der Einrichtungsleitungen eher oder ganz positiv gesehen (je nach Setting 59 bis 85 Prozent). Bei den ausschließlich ambulanten Einrichtungen fiel die Zustimmung mit 59 Prozent am geringsten aus. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der ambulanten Einrichtungen nicht der einrichtungsbezogenen Impfpflicht unterlag und daher die Frage als nicht beurteilbar klassifizierte (Abbildung 5, siehe Anhang).

Zum Teil führte die einrichtungsbezogene Impfpflicht zu Problemen im Team. Je nach Setting berichteten 23 bis 30 Prozent der Einrichtungsleitungen von Konflikten, in 6 bis 12 Prozent der Einrichtungen kam es diesbezüglich zu Kündigungen. Versetzungen in andere Arbeitsbereiche waren Einzelfälle. Auf der anderen Seite gaben je nach Setting 22 bis 30 Prozent der Einrichtungen an, dass die einrichtungsbezogene Impfpflicht kaum problematisch gewesen sei und 28 bis 43 Prozent, dass sie zu keinerlei Problemen geführt habe (Abbildung 6, siehe Anhang).

Laut den im Herbst 2022 geführten Interviews mit 26 Behandlerinnen und Behandlern bestand in drei Einrichtungen die Sorge, impfunwillige Mitarbeitende zu verlieren. Eine interviewte Person gab an, aus diesem Grund ganz auf die Kontrolle des Impfstatus bei Mitarbeitenden der Einrichtung verzichtet zu haben.

3.3.3 Veränderungen im Leistungsangebot

Eine generelle Einstellung von Reha- oder Nachsorgeleistungen in Suchtrehaeinrichtungen während der Pandemie war selten. Auch eine Veränderung bei sonstigen (nichtrehabilitativen) Leistungen in diesen Einrichtungen, wie zum Beispiel Entgiftungen, wurde nur in Einzelfällen berichtet. Zu Unterbrechungen beziehungsweise Abbrüchen von laufenden Rehaleistungen in der 1. Welle (März bis Mai 2020) kam es je nach Setting bei 20 bis 26 Prozent der Einrichtungen (nicht gezeigt). Die häufigsten genannten Gründe hierfür waren landesrechtliche beziehungsweise behördliche Anordnungen, gefolgt von innerbetrieblichen Gründen (Abbildung 7, siehe Anhang).

In den stationären Einrichtungen kam es in der ersten Welle (März bis Mai 2020) bei 40 Prozent der Einrichtungen zu einem Aufnahmestopp für neue Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, in gemischt stationär-ambulanten Einrichtungen bei etwa 15 Prozent und bei 11 Prozent in rein ambulanten Einrichtungen (Daten nicht gezeigt). Auch hier waren die häufigsten Gründe innerbetrieblich bedingt (je nach Setting 40 bis 52 Prozent) oder aufgrund landesrechtlicher beziehungsweise behördlicher Anordnungen (31 bis 41 Prozent). Eine weitere Rolle für Aufnahmestopps spielten in gemischt stationär-ambulanten (27 Prozent) und rein ambulanten Einrichtungen (33 Prozent) Unsicherheiten bezüglich der Vergütung und Leistungserbringung. 34 Prozent der Leitungen von stationären Einrichtungen gaben Vorgaben der Leistungsträger an (Abbildung 8, siehe Anhang). In Einrichtungen mit ambulanten Angeboten dauerte der Aufnahmestopp in der ersten Welle im Mittel acht Wochen und in stationären Einrichtungen etwa vier Wochen (Daten nicht gezeigt).

Pandemiebedingt erforderliche Reduzierungen von Behandlungsplätzen in Suchtrehaeinrichtungen wurden separat auf Ebene der fünf Leistungstypen im Herbst 2021 erhoben. In der stationären (48 Prozent) und ganztä-

gig ambulanten Rehabilitation (55 Prozent) berichtete dies etwa jede zweite Einrichtung. In den anderen Leistungstypen Adaption (23 Prozent), ambulante Rehabilitation (33 Prozent) und Nachsorge (19 Prozent) gab dies ein geringerer Anteil der Einrichtungsleitungen an (Abbildung 9, siehe Anhang).

Das Ausmaß der Reduktion von Behandlungsplätzen fiel in der ersten Welle besonders hoch aus. Musste die Anzahl der Behandlungsplätze reduziert werden, betrug die Reduktion 23 Prozent für die stationäre Rehabilitation, bei den anderen Leistungstypen waren es sogar 33 bis 46 Prozent der Behandlungsplätze (Daten nicht gezeigt). Die am häufigsten genannten Gründe waren ein Mangel an Therapieräumen sowie ein Mangel an Rehabilitandenzimmern aufgrund zunehmender Einzelbelegung. Weitere Gründe waren das Freihalten von Zimmern für die Notfallversorgung sowie Personalmangel aufgrund kleiner Gruppen beziehungsweise hoher Fehlzeiten (Abbildung 10, siehe Anhang).

3.3.4 Wirtschaftliche Situation

Die Hälfte der stationären (49 Prozent) und der gemischt stationär-ambulanten Einrichtungen gab im Herbst 2021 an, die Pandemie habe keine finanziellen Auswirkungen, bei den ambulanten Einrichtungen lag dieser Anteil bei 61 Prozent. Doch ein beträchtlicher Anteil der Einrichtungen, insbesondere im stationären Bereich (51 Prozent), musste Investitionen zurückstellen. Für je nach Setting 9 bis 15 Prozent der Einrichtungen bedeutete die Pandemie gemäß Einrichtungsleitungen eine Gefährdung ihrer Liquidität. Selten wurden Schließungen einzelner Abteilungen (2 bis 4 Prozent) und Personalentlassungen (0 bis 3 Prozent) berichtet (Abbildung 11, siehe Anhang).

Das Unternehmensergebnis als Saldo aus Betriebseinnahmen und -ausgaben der Einrichtungen hat sich laut Angaben der Einrichtungsleitungen in den Jahren 2020 und 2021 gegenüber dem vorpandemischen

Jahr 2019 tendenziell verschlechtert. Während für das Jahr 2020 42 Prozent der stationären, 54 Prozent der gemischt stationär-ambulanten und 35 Prozent der ambulanten Einrichtungen ein verschlechtertes Unternehmensergebnis angaben, berichteten ein verbessertes Ergebnis lediglich 4 bis 12 Prozent der Einrichtungsleitungen. Bei mehr als der Hälfte der stationären Einrichtungen verschlechterte sich das Unternehmensergebnis 2021 (t2) nochmals, während es sich bei den gemischt stationär-ambulanten (41 Prozent) und ambulanten Einrichtungen (28 Prozent) etwas verbesserte (Abbildung 12, siehe Anhang).

Um pandemiebedingte Einnahmeausfälle und Mehrausgaben zu berücksichtigen, wurden durch Leistungsträger und aufgrund gesetzlicher Regelungen temporär Kompensationszahlungen geleistet. Am häufigsten erhielten rein stationäre (58 Prozent) und gemischt stationär-ambulante Einrichtungen (63 Prozent) pandemiebedingte Ausgleichszahlungen zusätzlich zum grundsätzlich gewährten Corona-Zuschlag der Leistungsträger. 40 Prozent der stationären und 43 Prozent der gemischt stationär-ambulanten Einrichtungen erhielten im Herbst 2021 (noch) Ausgleichszahlungen nach Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG), gefolgt von Ausgleichszahlungen nach § 111d SGB V (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) (22 Prozent beziehungsweise 17 Prozent). Vereinzelt wurde Kurzarbeitergeld gezahlt. Hingegen erhielten 88 Prozent der Einrichtungen im rein ambulanten Bereich keine Ausgleichszahlungen über den Corona-Zuschlag hinaus. Insbesondere der Erhalt von Ausgleichszahlungen nach SodEG war zum zweiten Befragungszeitpunkt im Sommer 2022 deutlich rückläufig, sodass der Anteil von Einrichtungen ohne Erhalt von Ausgleichszahlungen für stationäre Einrichtungen auf 63 Prozent und gemischt stationär-ambulante Einrichtungen auf 55 Prozent stieg. Bei den ambulanten Einrichtungen war diesbezüglich keine nennenswerte Änderung (87 Prozent) zu verzeichnen (Abbildung 13, siehe Anhang).

In den meisten Einrichtungen deckten die Ausgleichszahlungen die Einnahmeausfälle laut Einrichtungsleitungen überwiegend oder zumindest zum Teil ab. Eine vollständige oder Überkompensation berichteten ein Zehntel der Einrichtungen mit gemischt stationär-ambulante Angebot und noch seltener rein stationäre und ambulante Einrichtungen. Ebenfalls bei einem Zehntel der Einrichtungen deckten die Kompensationszahlungen die Einnahmeausfälle kaum ab. Das Erfordernis von Rückzahlungen von erhaltenen SodEG-Ausgleichszahlungen wurde nur sehr vereinzelt berichtet (Daten nicht gezeigt).

Die meisten pandemiebedingten Investitionen wurden laut Einrichtungsleitungen für Infektionsschutzmaterial getätigt, gefolgt von technischer und räumlicher Ausstattung, zum Beispiel Laptops und Trennwände (Abbildung 14, siehe Anhang).

3.3.5 Unterstützung durch Akteursgruppen

Zum ersten Erhebungszeitpunkt der Einrichtungsbefragung im Herbst 2021 wurde die Beurteilung von Vorgaben und Unterstützung durch die zuständigen Leistungsträger, die Fachverbände, das zuständige Gesundheitsamt und andere staatliche Institutionen beziehungsweise Behörden erhoben.

Die Beurteilung von Informationen zum Umgang mit der SARS-CoV-2-Pandemie durch die genannten Akteure unterschieden sich gering zwischen den drei Settings. Die Informationsvermittlung durch Fachverbände wurde als besonders gut eingeschätzt (je nach Setting 60 bis 68 Prozent mit guter oder sehr guter Bewertung), eine (sehr) schlechte Beurteilung gaben maximal 6 Prozent. Auch Informationen und Unterstützung durch die zuständigen Leistungsträger wurden eher positiv bewertet (je nach Setting 40 bis 51 Prozent gut oder sehr gut), eine negative Bewertung gaben 11 bis 14 Prozent der Einrichtungsleitungen. Die übrigen Einrichtungsleitungen waren geteilter Ansicht. Hin-

sichtlich der Gesundheitsämter und anderer staatlicher Institutionen beziehungsweise Behörden überwog in den ausschließlich stationären und ambulanten Einrichtungen eine positive Bewertung, während sich in gemischt stationär-ambulanten Einrichtungen positive und negative Einschätzungen in etwa die Waage hielten (Abbildung 15, siehe Anhang).

Zudem bewerteten die Einrichtungen die Regelungen der Leistungsträger zu modifizierter Leistungserbringung/Abrechnung während der Pandemie (zum Beispiel telefonische/digitale Leistungserbringung, Verlängerung der Gültigkeit von Bewilligungsbescheiden). Erneut zeigten sich geringe Unterschiede zwischen den drei Settings. Im rein ambulanten Bereich wurden die Regelungen von den Einrichtungsleitungen am positivsten bewertet. Hier berichtete die große Mehrheit, dass die Regelungen eine flexible Leistungserbringung ermöglichten (81 Prozent). Zwei Drittel fanden, dass die Regelungen (eher) recht unbürokratisch beziehungsweise pragmatisch (66 Prozent) waren sowie zeitnah erfolgten (65 Prozent) und etwa die Hälfte empfand, dass die Regelungen zwischen den verschiedenen Leistungsträgern gut abgestimmt (45 Prozent) und Behandlungsabbrüche verhindert wurden (56 Prozent). Die Zustimmung war in den beiden anderen Settings etwas zurückhaltender, insbesondere was die Abstimmung der Regelungen zwischen den verschiedenen Leistungsträgern betraf (Abbildung 16, siehe Anhang).

3.4 Personal und Teamarbeit

Dieser Abschnitt stellt Personalsituation und -management sowie das Arbeiten in Sucht- und rehaeinrichtungen unter Pandemiebedingungen in den Vordergrund.

3.4.1 Personalsituation

Die Einrichtungsbefragung erfasste zu beiden Zeitpunkten die Auswirkungen der Pan-

demie auf Personalsituation und -management. Diese waren nach Einschätzung der Einrichtungsleitungen in allen drei Settings erheblich. Hierzu gehören zum ersten Befragungszeitpunkt im Herbst 2021 in absteigender Häufigkeit eine Reduktion oder Einstellung von Fortbildungen, mehr Homeoffice, Mehrarbeit/Überstunden und Verschiebung von Urlaub. Daneben wurden als Herausforderungen krankheitsbedingte Ausfälle beim Personal, besondere Regelungen für Risikobeschäftigte, Abbau von Überstunden beziehungsweise Resturlaub sowie erhöhter Personalbedarf genannt. Ein erhöhter Personalbedarf trat vor allem in rein stationären Rehabilitationseinrichtungen beziehungsweise gemischt stationär-ambulanten Einrichtungen auf, hingegen seltener in rein ambulanten Einrichtungen.

Zum zweiten Befragungszeitpunkt im Sommer 2022 hatten die pandemiebedingten Auswirkungen auf die Personalsituation etwas abgenommen, lagen jedoch noch auf einem hohen Niveau. Eine Ausnahme stellte der Personalausfall durch Krankheit dar: Hier stieg der Anteil an Nennungen im Vergleich zur ersten Erhebung erheblich an und war mit Nennungen je nach Setting zwischen 61 und 85 Prozent die am häufigsten berichtete pandemiebedingte Auswirkung auf das Personalmanagement (Abbildung 17, siehe Anhang).

3.4.2 Teamarbeit

Es kam ebenfalls zu pandemiebedingten Veränderungen in der Teamarbeit. Im Herbst 2021 bekundeten je nach Setting 74 bis 82 Prozent der Einrichtungen erhebliche Veränderungen, im Sommer 2022 ging dieser Anteil bei den stationären Einrichtungen leicht von 74 Prozent auf 67 Prozent zurück und halbierte sich in gemischt stationär-ambulanten und rein ambulanten Einrichtungen auf 37 bis 41 Prozent (Daten nicht gezeigt). Die häufigsten Veränderungen umfassten die Einführung von digitalen Teamsitzungen, weniger Möglichkeiten zur Supervision und we-

niger Teamsitzungen. Digitale Teamsitzungen wurden in rein stationären Einrichtungen seltener eingeführt als in gemischt stationär-ambulanten beziehungsweise rein ambulanten Einrichtungen. Teamkonflikte hinsichtlich COVID-19 wurden von je nach Setting 18 bis 27 Prozent der Einrichtungsleitungen im Herbst 2021 berichtet, im Sommer 2022 wurden diese – wie die meisten anderen Veränderungen in der Teamarbeit – mit 12 bis 22 Prozent seltener genannt (Abbildung 18, siehe Anhang).

Weitere Aspekte, die in der Kategorie „Sontiges“ genannt wurden, waren Mehrbelastungen des Teams durch weniger Austausch untereinander, Wechseldienste, häufig wechselnde Regelungen, weniger Entlastungsmöglichkeiten und mehr Organisationsaufgaben. Jedoch gab es gleichzeitig mehr Zeit für konzeptionelle Arbeit und einen stärkeren Zusammenhalt im Team.

In den Interviews Ende 2021/Anfang 2022 wurden vornehmlich der Mangel an Teamsitzungen, die Entfremdung von Kolleginnen und Kollegen sowie technische Schwierigkeiten angeschnitten. In den Folgeinterviews im Herbst 2022 wurde deutlich, dass der Einsatz digitaler Techniken zum Beispiel für Teamsitzungen trotz anfänglicher Bedenken zur Normalität wurde:

„Videokonferenzen sind wesentlich selbstverständlicher geworden, das war am Anfang ja auch mit [...] Abwehr oder zumindest mit Ängsten besetzt gewesen. Da ist glaube ich mittlerweile völlig weg.“ (t2/2 STR, ADA, ARS, TAR, NAS).

Besonders jüngere Beschäftigte fanden schnell Zugang und unterstützten Kolleginnen und Kollegen mit technischen Problemen. Insgesamt befanden die Einrichtungsleitungen ihre Beschäftigten als recht offen, zumindest übergangsweise digitale Tools zur internen Kommunikation zu verwenden. Es wurde zudem angegeben, dass digitale Tools auch die externe Kommunikation (zum Beispiel mit Fachverbänden, Arbeitskreisen, externen Zuweisern oder Beratungsstellen)

und Fortbildungen vereinfachten und weniger Reisetätigkeit notwendig machten. Daneben wurde ein Krisenmanagement implementiert, wie fünf Personen berichteten:

„Also, was sehr hilfreich war, was ich auf jeden Fall wieder so machen würde, ist, sehr rasch einen Krisenstab einzuberufen und der regelmäßig tagt und immer die Situation beleuchtet, abschätzt, was zu tun ist und dann Entscheidungen trifft.“ (t2/2 STR, ADA, ARS, TAR, NAS).

3.4.3 Berufliche Mehrbelastungen

Im Herbst 2021 berichtete ein sehr hoher Anteil der Einrichtungsleitungen in stationären (90 Prozent) und gemischt stationär-ambulanten Einrichtungen (97 Prozent) sowie 77 Prozent der ambulanten Einrichtungen von pandemiebedingten beruflichen Mehrbelastungen beim Personal. Zum zweiten Befragungszeitpunkt im Sommer 2022 ging der Anteil zurück, jedoch gab weiterhin die Mehrheit der Einrichtungen berufliche Mehrbelastungen an (Abbildung 19, siehe Anhang).

Folgende Arten von potenziellen Mehrbelastungen beziehungsweise Änderungen in der Ausgestaltung der Arbeit wurden in absteigender Häufigkeit genannt: Hygiene- und Schutzmaßnahmen, höhere Arbeitsintensität beziehungsweise Mehrarbeit, veränderte Teamarbeit und veränderte Arbeitsinhalte, Umstellung auf digitale therapeutische Angebote, Homeoffice und veränderte Arbeitszeiten (Abbildung 20, siehe Anhang).

3.4.4 Private Mehrbelastungen

Pandemiebedingte private Mehrbelastungen beim Personal wurden vergleichbar häufig wie berufliche Mehrbelastungen genannt. Über 80 Prozent der Einrichtungsleitungen berichteten im Herbst 2021 von privaten Mehrbelastungen, im Sommer 2022 reduzierte sich dieser Anteil auf je nach Setting

58 bis 71 Prozent der Einrichtungen (Abbildung 21, siehe Anhang).

Besonders häufig genannte Arten privater Mehrbelastungen waren psychische Anspannung und Stress, Angst vor Ansteckung sowie Belastung durch vermehrte häusliche Kinderbetreuung beziehungsweise Home-schooling. Daneben wurden Mehrbelastungen durch soziale Isolation und reduzierte Work-Life-Balance genannt. Im Sommer 2022 zu t2 wurden die Belastungen etwa gleich häufig berichtet wie im Herbst 2021. Die Sorge um die eigene COVID-19-Erkrankung beziehungsweise die von Angehörigen wurde erstmals zu t2 erhoben und von 70 Prozent der Befragten genannt (Abbildung 22, siehe Anhang).

4. Diskussion

4.1 Inanspruchnahme

In den Jahren 2020 und 2021 war ein Rückgang bei abgeschlossenen Suchtrehabilitationen im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung um jeweils etwa 10 Prozent im Vergleich zum Vorpandemiejahr 2019 zu verzeichnen. Dieser Rückgang fiel somit niedriger aus als für die gesamte medizinische Rehabilitation. Hier kam es 2020 zu einem Rückgang um knapp 18 Prozent und 2021 um gut 15 Prozent gegenüber 2019 (Deutsche Rentenversicherung Bund 2022a). Auch die Auslastung in den medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sank gemäß Statistischem Bundesamt von 85 Prozent im Jahr 2019 erheblich auf 68 Prozent beziehungsweise 72 Prozent in den Jahren 2020 beziehungsweise 2021 (Statistisches Bundesamt 2022a).

Der Rückgang abgeschlossener Suchtrehabilitationen während der Pandemie schließt an einen bereits in den Jahren vor der Pandemie zu beobachtenden Rückgang um etwa ein Drittel seit 2010 an. Dieser Rückgang lässt sich jedoch nicht mit einem entsprechend gesunkenen Rehabedarf erklären (zum Teil ist hierfür eine in diesem Zeitraum

geänderte statistische Erfassung verantwortlich). Zur Anzahl der Suchtnachsorgeleistungen im Jahresvergleich liegen keine Daten vor. Vergleicht man alle Nachsorgeleistungen der Deutschen Rentenversicherung, so zeigt sich zwischen dem Jahr 2019 und dem Jahr 2021 ein Anstieg um etwa 1 Prozent auf 178 902 Nachsorgeleistungen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2022a). Bereits 2020 stellte die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen in einem Positionspapier die Bedeutung des Suchthilfesystems gerade auch in Krisenzeiten heraus und forderte eine Aufrechterhaltung und Anpassung von Suchthilfeangeboten an die geänderten Rahmenbedingungen unter Einschluss von Politik und Leistungsträgern. Dies schließt die Informationsvermittlung an Hilfesuchende und Angehörige in Pandemiezeiten ein (Raiser et al. 2020). Die Befragung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zeigte, dass trotz Pandemiebedingungen die Wahrnehmung des Suchthilfesystems insgesamt positiv eingeschätzt wurde. Jedoch waren etwa 20 Prozent bis 25 Prozent der Befragten zunächst über Behandlungsmöglichkeiten verunsichert und erhielten nach eigenen Angaben nicht zeitnah ausreichend professionelle Hilfe.

Neben der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen bei bestehendem Rehabedarf ist auch die Effektivität dieser Maßnahmen bedeutsam. Im Bereich der Suchtrehabilitation stellt die Abstinenzaufrechterhaltung über die Rehabilitation hinaus einen zentralen Erfolgsparameter dar. Da für den Pandemiezeitraum bislang nur eingeschränkt Auswertungen der routinemäßig durchgeführten Katamnese zwölf Monate nach Rehaende zur Verfügung stehen, lassen sich aktuell allerdings nur bedingt Aussagen zu etwaigen Veränderungen beim langfristigen Behandlungserfolg treffen. Auswertungen der Deutschen Rentenversicherung und von Suchtfachverbänden sowie die Deutsche Suchthilfestatistik legen nahe, dass der kurzfristige Behandlungserfolg im Jahr 2020 leicht rückläufig war, sich im Jahr 2021 jedoch wieder stabilisierte. Dies zeigen bei-

spielsweise Analysen zur Arbeitsfähigkeit bei Rehaende und zu regulären versus vorzeitigen Entlassungen für den Bereich Alkoholabhängigkeit (Erbstößer et al. 2022).

Wie eigene Analysen zeigen, decken sich die Routinedatenauswertungen mit Einschätzungen von Einrichtungsleitungen der Suchtrehabilitation. Die Einrichtungen gaben zudem Schwierigkeiten bei der Einleitung weiterführender Maßnahmen nach Rehaende an. Am häufigsten traten Probleme bei der Vermittlung in Selbsthilfegruppen auf, jedoch waren auch der Zugang in Nachsorge, in ambulante Psychotherapie und in berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen inklusive Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erschwert. Im Sommer 2022 wurden solche Hemmnisse seltener als noch im Herbst 2021 berichtet, jedoch gab es Ausnahmen wie die ärztliche und psychotherapeutische ambulante Versorgung (Brünger et al. 2023).

4.2 Rahmenbedingungen

Die Suchtrehaeinrichtungen waren gezwungen, mit Pandemiebeginn in kürzester Zeit ein umfassendes Hygiene- und Infektionsschutzkonzept zu erstellen und zu implementieren und dies regelmäßig an die aktuellen Vorgaben und die jeweilige Pandemiesituation anzupassen. Hierzu gehörten unter anderem Test- und Maskenpflichten, Abstandsregeln, Gruppengößenreduktion, Erweiterung räumlicher Kapazitäten, Umwandlung von Doppelzimmern in Einzelzimmer und restriktivere Ausgangs-, Besuchs- und Heimfahrtregelungen.

Als eine der größten Schwierigkeiten erwies sich Raummangel infolge der Umsetzung der Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen. Zudem wurde von gut einem Drittel der Einrichtungen mit stationärem Angebot die Anzahl der Einzelzimmer erhöht. Hiervon möchte über die Hälfte auch über die Pandemie hinaus mehr Einzelzimmer vorhalten. Dem Mangel an Räumen wurde unter anderem mit der Umwidmung und Anmietung von

Räumen sowie der Reduktion von Behandlungsplätzen begegnet. Die Befunde der vorliegenden Studie quantifizieren und bestätigen entsprechende nicht empirisch abgesicherte Beschreibungen aus dem ersten Pandemiejahr (Vogelgesang 2020).

Zum zweiten Befragungszeitpunkt im Sommer beziehungsweise Herbst 2022 waren viele Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen bereits gelockert, zum Beispiel Test- und Maskenpflichten sowie Ausgangs-, Besuchs- und Heimfahrtregelungen. Die Implementierung dieser Maßnahmen und Anpassung der entsprechenden Abläufe erwies sich teils als problematisch. Dies wurde auch in einer Studie für die gesamte medizinische Rehabilitation gezeigt (Annac et al. 2023b). Die Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen hatte zudem erheblichen Einfluss auf das Rehakonzept und auf einzelne therapeutische Leistungsangebote. Eigene Analysen auf Basis der Einrichtungsbefragung zeigen, dass bei nahezu allen therapeutischen Rehabilitations- und Nachsorgeangeboten von der Mehrzahl der Einrichtungsleitungen Änderungen berichtet wurden.

Dies betraf zum einen psycho- und suchtherapeutische Angebote: Annähernd alle Einrichtungen reduzierten die Gruppengröße, beispielsweise um Abstandsregeln einhalten zu können. Vier Fünftel der Einrichtungen verlagerten Gruppentherapien zeitweise ins Freie. Die Hälfte bot übergangsweise Ersatzangebote an, insbesondere durch Umstellung auf Einzeltherapien, „Stillarbeit“ und telefonische sowie videogestützte Einzel- und Gruppenangebote. Angehörigenorientierte Interventionen mussten erheblich reduziert oder ebenfalls auf digitale Formen umgestellt werden. Bedingt durch strikte Ausgangs- und Heimfahrtregelungen waren externe Belastungserprobungen nur eingeschränkt möglich.

Zum anderen waren auch in der Sport- und Bewegungstherapie, bei Entspannungsverfahren, gestalterischen und künstlerischen Therapien sowie bei Vorträgen zur Gesundheitsbildung Änderungen in der Art der Leistungserbringung erforderlich. Die Themen der

Vorträge wurden von drei Vierteln der Einrichtungen pandemiespezifisch angepasst.

Externe Arbeitserprobungen und betriebliche Praktika mussten insbesondere in den ersten beiden Pandemie Jahren zumeist entfallen. Dies war weitgehend restriktiven Regeln bei kooperierenden Unternehmen geschuldet. Teilweise konnte dies durch Erweiterung berufsbezogener Angebote innerhalb der Rehabilitationseinrichtung aufgefangen werden. Ein Drittel der Einrichtungen ermöglichte zudem digital durchgeführte externe Arbeitserprobungen.

Am seltensten mussten Sozialberatung und Entlassungsmanagement im Pandemieverlauf angepasst werden. Bei allen therapeutischen Leistungsangeboten wurden Änderungen in der zweiten Befragung im Sommer 2022 deutlich seltener als noch im Herbst 2021 berichtet (Brünger et al. 2023).

Die erheblichen Änderungen in der Art der Durchführung von therapeutischen Leistungsangeboten spiegeln sich nicht in der Dokumentation dieser Leistungen in den Rehaentlassungsberichten wider. Analysen der Deutschen Rentenversicherung für den Bereich Rehabilitation bei Abhängigkeitskrankheiten anhand der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) zeigten keine substanziellen Änderungen bei der rehabilitativen Versorgung für die Jahre 2019 bis 2021 (Erbstößer et al. 2022). Dies lässt sich auch damit erklären, dass die Leistungsträger den Suchtrehaeinrichtungen temporär ermöglichten, therapeutische Angebote in alternativer Form, zum Beispiel telefonisch oder digital, durchzuführen. Die Mindestanforderungen der Rehatherapiestandards Alkoholabhängigkeit konnten so in Bezug auf fast alle „evidenzbasierten Therapiemodule“ (ETM) auch im Jahr 2020 erfüllt werden (Deutsche Rentenversicherung Bund 2022a).

Neben der Implementierung von Infektionsschutzmaßnahmen mit den oben genannten Folgen waren die Suchtrehaeinrichtungen auch gezwungen, im Einklang mit gesetzlichen beziehungsweise behördlichen Vorgaben eine Position zur Coronaschutzimpfung

bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie bei Beschäftigten zu entwickeln. Die auf eine Impfung bezogenen Einstellungen unterschieden sich deutlich zwischen den Einrichtungen. Auf der einen Seite nahm etwa ein Drittel der Einrichtungen zeitweise ausschließlich geimpfte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf. Auf der anderen Seite verzichteten die meisten Einrichtungen, teils auch aus ökonomischen Gründen, auf eine Impfpflicht, unterstützten jedoch ungeimpfte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Impfwunsch. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht für das Personal wurde von den Einrichtungsleitungen mehrheitlich begrüßt. Allerdings traten auch Konflikte in der Belegschaft in Bezug auf die Coronaschutzimpfung auf, die in Einzelfällen zu Kündigungen oder Versetzungen führten.

Abbrüche oder Unterbrechungen laufender Rehaleistungen, ein Aufnahmestopp und die generelle Einstellung von rehabilitativen und weiteren, nichtrehabilitativen Leistungen waren am häufigsten in der ersten Welle im Frühjahr 2020 zu verzeichnen, traten jedoch in der Minderheit der Einrichtungen auf. Dies geht einher mit Beschlüssen der wichtigsten Leistungsträger, die Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen vom prinzipiell für die medizinische Rehabilitation empfohlenen Aufnahmestopp ausdrücklich auszunehmen (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2020). Gleichwohl reduzierte sich insbesondere infolge behördlicher Vorgaben oder aus innerbetrieblichen Gründen in allen Leistungstypen die Anzahl der Behandlungsplätze in der ersten Welle und abgeschwächt darüber hinaus. Dieses Phänomen zeigte sich auch in der medizinischen Rehabilitation insgesamt (Osterloh 2021).

Die wirtschaftliche Situation der Einrichtungen gestaltete sich 2020 und 2021 im Vergleich zu 2019 auch unter Berücksichtigung von Ausgleichszahlungen für etwa jede zweite Einrichtung mit stationärem Angebot und jede dritte ambulante Einrichtung schwieriger. Diese Differenz zwischen den verschiedenen Settings lässt sich auch durch die unterschiedliche Finanzierungsstruktur von

stationären und ambulanten Einrichtungen erklären. Die schwierige wirtschaftliche Situation – insbesondere bedingt durch eine geringere Auslastung und pandemiebedingte Mehrausgaben – eines beträchtlichen Teils der Einrichtungen führte unter anderem zu einer Rückstellung von Investitionen. Personalentlassungen und Schließungen wurden hingegen selten berichtet. Das Statistische Bundesamt berichtete damit übereinstimmend für die Jahre bis 2021, dass sich trotz der erheblich geringeren Auslastung die personelle Ausstattung in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Pandemieverlauf kaum reduziert hat (Statistisches Bundesamt 2022b). Im Jahr 2022 kamen mit der gestiegenen Inflation im Energiebereich und darüber hinaus weitere ökonomische Herausforderungen für die Einrichtungen hinzu.

Diese Studienergebnisse korrespondieren mit Befunden aus der gesamten medizinischen Rehabilitation. Eine Onlineumfrage von 79 orthopädischen, kardiologischen und neurologischen Rehabilitationseinrichtungen zeigte ebenfalls erhebliche Umsatzeinbußen und erhöhte Ausgaben für infektionsprophylaktische Maßnahmen. Das Ausmaß wirtschaftlicher Folgen hing dabei weniger vom Fachgebiet als vielmehr von regionalen Faktoren ab (von Eiff et al. 2022). Es bleibt abzuwarten, ob sich der seit Jahren bestehende Konsolidierungsprozess in der deutschen Rehabilitationslandschaft mit Schließungen und Übernahmen einzelner Einrichtungen beziehungsweise Einrichtungsgruppen durch größere Verbände infolge der Pandemie langfristig verstärken wird (von Eiff et al. 2020). In den Ende 2022 geführten Interviews wurde vereinzelt berichtet, dass benachbart gelegene Suchtrehaeinrichtungen schließen mussten oder eine Schließung drohte.

Die Suchtrehaeinrichtungen bewerteten Vorgaben und Unterstützungsangebote der Fachverbände ganz überwiegend positiv, auch die Leistungsträger erhielten eine eher positive Bewertung. Hingegen wurden Gesundheitsämter und andere staatliche Institutionen beziehungsweise Behörden

kritischer bewertet. Dies deckt sich mit Berichten, dass Einrichtungen durch gesetzliche Ankündigungen teils sehr verunsichert waren (Raiser et al. 2020). Eine bundesweite Querschnittsstudie zur medizinischen Rehabilitation generell stellte die Bedeutung von Unterstützungsangeboten (wie zum Beispiel Handlungsanleitungen und finanzielle Unterstützung beispielsweise für die Einführung von digitalen Technologien) heraus, die aus Sicht eines beträchtlichen Teils der dort befragten Einrichtungsleitungen nicht in ausreichendem Maße erfolgt sind (Annac et al. 2023b).

4.3 Personal und Teamarbeit

Auch die Personalsituation und Teamarbeit in Suchtrehaeinrichtungen war infolge der SARS-CoV-2-Pandemie gravierenden Änderungen unterworfen. Zu den größten Herausforderungen für das Personalmanagement gehörten erhebliche krankheitsbedingte Ausfälle beim Personal, die 2022 noch größer ausfielen als 2020 und 2021. Dies deckt sich mit Auswertungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK und des Instituts für Weltwirtschaft, welche für 2022 jeweils einen historischen Höchststand des Krankenstandes verzeichneten (Groll 2023; Wissenschaftliches Institut der AOK 2023).

Drei Viertel der Einrichtungen berichteten im Herbst 2021 von Veränderungen in der Teamarbeit, 2022 ging der Anteil insbesondere im ambulanten Bereich zurück. Zu Veränderungen gehörten vor allem digitale Teamsitzungen und online durchgeführte Supervisionen sowie Fort- und Weiterbildungen. Die qualitativen Daten wiesen zudem auf einen verstärkten Teamzusammenhalt und ein im Pandemieverlauf verbessertes Krisenmanagementsystem hin.

Berufliche und private pandemiebedingte Mehrbelastungen beim Personal wurden von den meisten Einrichtungsleitungen im Herbst 2021 berichtet, zum zweiten Befragungszeitpunkt im Sommer 2022 war dies leicht rückläufig mit einem Anteil von etwa

zwei Drittel der Einrichtungen. Als berufliche Belastungen wurden hauptsächlich Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen und höhere Arbeitsintensität sowie veränderte Arbeitsinhalte genannt, als private Belastungen Stress und psychische Anspannung, Angst vor Ansteckung und Homeschooling. Im Sommer 2022 war die Sorge um eine eigene COVID-19-Erkrankung oder die von Angehörigen die mit 70 Prozent am häufigsten genannte Belastung.

In den Interviews wünschten sich die Behandlerinnen und Behandler insgesamt größtenteils eine Beibehaltung der Möglichkeit, Homeoffice und mobiles Arbeiten in Anspruch zu nehmen. Weiterhin sprachen sie sich für die Nutzung von digital geführten Teambesprechungen, Konferenzen und Fortbildungen über die Pandemie hinaus aus.

Digitale Angebote werden auch für die Kommunikation mit dem vor- und nachgelagerten Suchthilfesystem sowie für rehabilitative Leistungsangebote selbst von einem beträchtlichen Anteil von Einrichtungen gewünscht. Hierbei sollten digitale Formen die bestehenden Vor-Ort-Angebote sowohl gemäß Einrichtungsleitungen als auch nach Einschätzung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nicht ersetzen, sondern ergänzen. Dies erfolgt insbesondere in der ambulanten Rehabilitation und in der Suchtnachsorge mit der Intention, flexiblere Leistungsangebote für eine bessere Integration in das Berufs- und Privatleben anbieten und zusätzliche Rehabilitandengruppen erreichen zu wollen (Brünger et al. 2023).

Bei der Konzeption und Implementierung von digitalen therapeutischen Angeboten sind neben rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen auch potenzielle Barrieren sowohl aufseiten der Einrichtungen als auch der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie der Angehörigen zu berücksichtigen. Zu möglichen Barrieren gehören technische Ausstattung und fehlende Kenntnis im Umgang mit solchen Techniken (Köhn et al. 2022). Weiterhin liegen zwar für einzelne Therapieelemente

wie ambulante Psychotherapie und Suchtberatung vergleichende Untersuchungen zur Wirksamkeit vor (Pritzens und Köthner 2020). Dies ist für eine komplexe, multimodale Versorgungsform wie die Suchtrehabilitation bislang jedoch kaum der Fall. Eine erste empirische Untersuchung in der ambulanten Suchtrehabilitation deutet darauf hin, dass ein Anteil digitaler Leistungen von maximal etwa 10 Prozent des gesamten Therapieumfangs eine vergleichbare Wirksamkeit hinsichtlich Rehabilitationsverlauf und Abstinenzaufrichterhaltung zeigen könnte, ein höherer Anteil jedoch negative Effekte in Bezug auf die Wirksamkeit mit sich bringt. Diese Ergebnisse sind mit Vorsicht zu interpretieren und bedürfen weiterer und vertiefter Untersuchungen (Steffen 2023).

Zu den Themen Personalmanagement und Teamarbeit in Zeiten der Pandemie liegen mittlerweile einige Studien vor. Bereits in der Anfangszeit der Pandemie wurde von einer pandemiebedingten Erschöpfung als weit verbreitetes Phänomen beim Personal in der Suchtrehabilitation berichtet (Vogelgesang 2020).

In einer kürzlich durchgeführten fachübergreifenden Interviewstudie in stationären Rehabilitationseinrichtungen zu Auswirkungen der Pandemie auf Mitarbeitende stellte das Autorenteam fest, dass Beschäftigte insbesondere geringere soziale Kontakte durch Wegfall von Pausenräumen und vermehrtes Homeoffice, einen geringeren Zugang zu Informationen und unzureichende psychosoziale Unterstützung berichteten. Sie wünschten sich zusätzliche Fortbildungen zur Bewältigung der aktuellen Situation (Pieschnik et al. 2023a). An anderer Stelle beschrieb das Autorenteam, wie mangelnde Ressourcen zu Konflikten zwischen arbeitsethischen Ansprüchen und strukturellen Zwängen führen. Dies wiederum führe mittelfristig zu einer geringeren Belastbarkeit des Personals (Pieschnik et al. 2023b).

Diese negativen Seiten unter anderem des Homeoffices spiegeln sich in der vorlie-

genden Studie zur Suchtrehabilitation und -nachsorge jedoch nicht in dem Ausmaß wider. Vielmehr scheint gerade in der ambulanten Suchtrehabilitation die Digitalisierung vor allem im Bereich Kommunikation und Fortbildung und das damit teils einhergehende Arbeiten im Homeoffice bei den Mitarbeitenden nicht von Nachteil zu sein, sondern kann potenziell zu einer Abnahme beziehungsweise Bewältigung von Belastungen beitragen.

Gemäß einer Studie aus der Anfangszeit der Pandemie in einem Universitätsklinikum beeinflussen digitale Arbeits- und Kommunikationsstrukturen die Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit und den Teamzusammenhalt überwiegend positiv (Härter et al. 2020).

Annac et al. berichteten kürzlich Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Mitarbeitenden aus zwei Rehakliniken. Das Personal schilderte hier ebenfalls eine erhöhte Arbeitsbelastung, resultierend aus veränderten Tätigkeits- und Aufgabenbereichen, verstärkt erforderlichen Absprachen sowie höherem bürokratischem Aufwand aufgrund von behördlichen Vorgaben. Organisatorische Umstrukturierungen wie verkleinerte Gruppen als auch Personalausfälle verstärkten die Arbeitsverdichtung.

Als wichtige Faktoren zur Bewältigung dieser auftretenden Belastungen im Laufe der Pandemie wurden Wissen, Verständnis und Kommunikation identifiziert. Alle Betroffenen, sowohl Mitarbeitende als auch Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, sollten demnach mit einbezogen und stets ausreichend informiert werden, um ein Wirgefühel und gegenseitiges Verständnis zu schaffen, das wiederum entlastend wirken kann (Annac et al. 2023a). Dies gilt insbesondere auch für die Prävention psychischer Belastungen (Thielmann et al. 2021).

Auch die Studie von Pieschnik et al. betonte die Bedeutung eines verstärkten Teamzusammenhalts für die Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit bei sich verändernden Rahmenbedingungen (Pieschnik et al. 2023a).

5. Stärken und Limitationen

Zu den Stärken der Studie gehört der multiperspektivische Ansatz, der unterschiedliche Akteure einbezieht. Die Verbindung von quantitativen und qualitativen Herangehensweisen und die zusätzlich zu den Primärerhebungen erfolgte Berücksichtigung von Routinedatenstatistiken ermöglichte es, Versorgungsstrukturen, -prozesse und -ergebnisse in der Suchtrehabilitation während der Pandemie umfassend beschreiben und analysieren zu können. Neben Einrichtungsleitungen wurden Behandlerinnen und Behandler in Suchtrehaeinrichtungen einbezogen. Weiterhin wurde anhand einer Hybridbefragung die Sichtweise der Personen, die sich zum Befragungszeitpunkt in Suchtrehabilitation oder -nachsorge befanden, einbezogen.

Durch die Durchführung einer Vollerhebung in Bezug auf die Einrichtungsbefragung konnte die deutsche Suchtrehabitationslandschaft in Gänze adressiert werden. Hier wurden Einrichtungen aller vier Suchtrehaleistungstypen eingeschlossen. Der zusätzliche Einbezug von Suchtnachsorgeeinrichtungen stellt einen weiteren wichtigen Mehrwert der Studie dar. Bei den weiteren Primärerhebungen wurde durch geeignete Rekrutierungsstrategien (zum Beispiel Stratifizierungen nach bestimmten Kriterien wie Setting und Indikationsspektrum) angestrebt, eine hohe Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu erreichen.

Die Rücklaufquote der Einrichtungsbefragung lag mit 32 bis 53 Prozent zu t1 beziehungsweise 40 bis 59 Prozent zu t2 trotz des großen Umfangs der beiden Fragebögen in einem hohen Bereich, der über das Maß vieler epidemiologischer Studien hinausgeht (Galea und Tracy 2007). Die hohe Teilnahmebereitschaft lässt sich auch durch die Unterstützung durch Fachverbände, den Versand mehrerer Erinnerungsschreiben und die große Relevanz des Themas aus Sicht der Einrichtungen erklären.

Die zeitlich aufeinander abgestimmte, sequenzielle Abfolge der einzelnen Studienmo-

dule und Befragungszeitpunkte ermöglichte es, Erkenntnisse aus vorherigen Erhebungsabschnitten in nachgelagerten zu berücksichtigen.

Limitierend sind mögliche Verzerrungen im Sinne eines Selektionsbias insbesondere bei der Rehabilitandenbefragung zu nennen. An der Befragung nahmen aufgrund des Rekrutierungszugangs in Einrichtungen der Suchtrehabilitation beziehungsweise -nach-sorge zwangsläufig ausschließlich Personen teil, die einen Antrag auf Suchtrehabilitation gestellt und die Rehabilitation angetreten hatten. Nicht vertreten sind Abhängigkeits-erkrankte mit Rehabilitationsbedarf, die das Suchthilfesystem im Allgemeinen – zumindest jedoch die Suchtrehabilitation im Speziellen – während der Pandemie nicht in Anspruch nehmen konnten oder wollten. Dies ist insbesondere bei der Interpretation von Ergebnissen zur subjektiven Wahrnehmung der Erreichbarkeit des Suchthilfesystems während der Pandemie zu berücksichtigen. Zudem weist die Verteilung einiger soziodemografischer Merkmale darauf hin, dass an der Studie vermehrt Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status teilgenommen haben (Schwarzkopf et al. 2022).

Bei der Einrichtungsbefragung und den Interviews wurde bei einzelnen Fragen ein länger zurückliegender Zeitraum adressiert (erste Welle der Pandemie), sodass hier ein Recall Bias mit unvollständigen oder fehlerhaften Erinnerungen nicht ausgeschlossen werden kann.

6. Fazit

Es zeigten sich erhebliche Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf Einrichtungen der Suchtrehabilitation. Die Einrichtungen wurden ab März 2020 vor außergewöhnliche, nahezu unvermittelt auftretende Herausforderungen gestellt, die in den verschiedenen Pandemiephasen ein unterschiedliches Ausmaß annahmen. Im Laufe des Jahres 2022 kamen mit Energiekrise und hoher Inflation weitere Belastungen hinzu.

Diesen Herausforderungen begegneten die Suchtrehaeinrichtungen unter anderem mit der Entwicklung und Implementierung von Hygienekonzepten sowie Umstellungen im Personalmanagement und in der Teamarbeit (und darüber hinaus zum Beispiel bei der Ausgestaltung therapeutischer Angebote) in kürzester Zeit. Dies ging – zusammen mit einer deutlich rückläufigen Nachfrage – mit einer wirtschaftlich vermehrt schwierigen Lage und mit hohen sowohl beruflichen als auch privaten Mehrbelastungen beim Personal einher.

Die in der Pandemie gemachten Erfahrungen bieten die Chance, Suchtrehaeinrichtungen für zukünftige Krisensituationen strukturell, prozessual und personell besser als vor der SARS-CoV-2-Pandemie aufzustellen. Hierzu gehören die Aufstellung von Pandemieplänen inklusive der Vorbereitung, bei Bedarf kurzfristig einen Krisenstab etablieren zu können, das Vorhalten nötiger technischer Ausstattung und von Infektionsschutzmaterialien sowie die entsprechende Qualifizierung der Belegschaft. Es ist zudem essenziell, die Erreichbarkeit und Niedrigschwelligkeit des Suchthilfesystems gerade auch in Krisenzeiten gegenüber Betroffenen und Angehörigen zu kommunizieren, um Versorgungslücken so gering wie möglich zu halten.

Daneben bieten sich Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung in der Suchtrehabilitation über Krisensituationen hinaus in der Regelversorgung. Die größte dauerhafte Veränderung dürfte der Einsatz von digitalen Technologien für Teamarbeit und interne Prozesse, für Supervisionen, Fort- und Weiterbildungen sowie die externe Kommunikation mit Vor- und Nachbehandelnden sowie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und deren Angehörigen darstellen. Die Pandemie wirkte im Bereich Digitalisierung als Katalysator.

Ob digitale Techniken auch für therapeutische Zwecke dauerhaft zum Einsatz kommen werden, wird insbesondere von der Schaffung entsprechend förderlicher Rahmenbedingungen und dem Nachweis eines

vergleichbaren Behandlungserfolges abhängen.

Um die Suchtrehabilitation für die Zukunft noch besser aufzustellen, bedarf es zum einen des Zusammenspiels von Einrichtungen mit anderen relevanten Akteuren wie Leistungsträgern, Gesetzgebern, Fachverbänden und dem übrigen Suchthilfesystem, zum anderen des Einbezugs von Mitarbeitenden- und Rehabilitandenperspektiven innerhalb der Einrichtungen.

Literatur

- Annac, K./Audia, A./Yilmaz-Aslan, Y. und Brzoska, P. (2023a):* Belastungen und Bewältigungsstrategien während der COVID-19-Pandemie aus Sicht von Mitarbeitenden von Rehabilitationseinrichtungen – Eine qualitative Studie. *DRV-Schriften*, 128: 51–53.
- Annac, K./Fieselmann, J./Yilmaz-Aslan, Y. und Brzoska, P. (2023b):* Sicherstellung medizinischer Rehabilitation in Zeiten von COVID-19 – Eine bundesweite Befragung von Einrichtungsleitungen. *DRV-Schriften*, 128: 334–336.
- Brünger, M./Burchardi, J./Jansen, E./Schall, F./Schlumbohm, A./Spyra, K. und Köhn, S. (2023):* Änderungen der Therapiegestaltung und Nutzung digitaler Angebote in der Sucht-Rehabilitation während der SARS-CoV-2-Pandemie – Eine bundesweite Befragung von Einrichtungsleitungen und Rehabilitand:innen. *Sucht-Aktuell*, 1/2023: 5–14.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2021): *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0*. Hamm, DHS.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2020a): *Reha-Atlas 2020. Die Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung in Zahlen, Fakten und Trends*. Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2020b): *Rehabilitation 2019*. Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2021): *Rehabilitation 2020*. Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2022a): *Reha-Bericht 2022. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2022b): *Rehabilitation 2021*. Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2020): *Suchtrehabilitation bleibt trotz Corona bestehen*. <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/suchtrehabilitation-bleibt-trotz-corona-bestehen/> (zuletzt abgerufen: 17.03.2023).
- Erbstößer, S./Mayer, A.-K. und Zollmann, P. (2022):* Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. In: *Reha-Bericht 2022. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Galea, S. und Tracy, M. (2007):* Participation Rates in Epidemiologic Studies. *Ann Epidemiol*, 17: 643–653. doi:10.1016/j.annepidem.2007.03.013.
- Georgiadou, E./Hillemacher, T./Müller, A./Koopmann, A./Lemenager, T. und Kiefer, F. (2020):* Die COVID-19-Pandemie als idealer Nährboden für Süchte. *Deutsches Ärzteblatt*, 117: A1251–A1254.
- Groll, D. (2023):* Zu den gesamtwirtschaftlichen Folgen des hohen Krankenstands. *Kiel Insight 2023.01*, Kiel Institut für Weltwirtschaft.
- Härter, M./Bremer, D./Scherer, M./von dem Knesebeck, O. und Koch-Gromus, U. (2020):* Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die klinische Versorgung, Arbeitsprozesse und Mitarbeitenden in der Universitätsmedizin: Ergebnisse einer Interviewstudie am UKE. *Gesundheitswesen*, 82: 676. doi:10.1055/a-1226-6828.
- Henkel, D. und Zemlin, U. (2009):* *Arbeitslosigkeit und Sucht: Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Frankfurt am Main, Fachhochschulverlag.

- Hoffmann, W./Latza, U./Baumeister, S. E./Brünger, M./Buttmann-Schweiger, N./Hardt, J./Hoffmann, V./Karch, A./Richter, A./Schmidt, C. O./Schmidtman, I./Swart, E. und van den Berg, N. (2019): Guidelines and recommendations for ensuring Good Epidemiological Practice (GEP): a guideline developed by the German Society for Epidemiology. *Eur J Epidemiol*, 34: 301–317. doi:10.1007/s10654-019-00500-x.
- Köhn, S./Schlumbohm, A./Brünger, M./Burchardi, J. und Spyra, K. (2022): Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Therapigestaltung und Chancen der Digitalisierung in der Suchtrehabilitation und Suchtnachsorge. *DRV-Schriften*, 126: 135–137.
- Koopmann, A. G., E./Kiefer, F. und Hillemacher, T. (2020): Did the general population in Germany drink more alcohol during the COVID-19 pandemic lockdown? *Alcohol and Alcoholism*, 55: 698–699.
- Kuckartz, U. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim, Beltz Juventa.
- Lochbühler, K./Kühn, R./Maspero, S./Aydin, D. und Hulm, M. (2021): Phar-Mon plus - Der Konsum etablierter sowie neuer psychoaktiver Substanzen in unterschiedlichen Risikopopulationen.
- Manthey, J./Kilian, C./Schomerus, G./Kraus, L./Rehm, J. und Schulte, B. (2020): Alkoholkonsum in Deutschland und Europa während der SARS-CoV-2 Pandemie. *SUCHT*, 66: 247–258. doi:10.1024/0939-5911/a000686.
- Osterloh, F. (2021): Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Behandlungsstau durch Corona. *Deutsches Ärzteblatt* 118: A768–A771.
- Pieschnik, A./Ster, A./Esser, A./Stickling, S. und Razum, O. (2023a): Die Nebenwirkung: Wie kann pandemiebedingten Belastungen von Rehabilitand*innen und Mitarbeitenden in stationären Rehabilitationseinrichtungen begegnet werden? *DRV-Schriften*, 128: 445–447.
- Pieschnik, A./Ster, A./Röttger, N./Esser, A./Stickling, S. und Razum, O. (2023b): Umgang mit Verantwortung unter Ressourcenmangel: Implikationen für zukünftige Pandemien. *DRV-Schriften*, 128: 258–260.
- Pritszens, N. und Köthner, U. (2020): Drogenhilfe in Zeiten von Corona – eine Zwischenbilanz In: 7. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2020. akzept e. V. Bundesverband und Deutsche Aidshilfe. Lengerich, Papst: 14–21.
- Raiser, P./Bürkle, S./Fleischmann, H./Mäder-Linke, C./Rummel, C. und Tönsmeise, C. (2020): Die Corona-Pandemie zeigt die unverzichtbare Vernetzung von Leistungen zur Versorgung Abhängigkeitskranker auf. *SUCHT*, 66: 195–200. doi:10.1024/0939-5911/a000668.
- Robert Koch-Institut (2023): COVID-19-Todesfälle nach Sterbedatum. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVID-19_Todesfaelle.html (zuletzt abgerufen: 17.03.2023).
- Schwarzkopf, L./Künzel, J./Murawski, M. und Specht, S. (2022): Suchthilfe in Deutschland 2021. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München, Institut für Therapieforschung.
- Statistisches Bundesamt (2022a): Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Anzahl der Einrichtungen, der Betten und Patientenbewegungen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/Tabellen/gd-vorsorge-reha-jahre.html> (zuletzt abgerufen: 17.03.2023).
- Statistisches Bundesamt (2022b): Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Ärztliches und Nichtärztliches Personal der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/Tabellen/personal-reha-jahre.html> (zuletzt abgerufen: 17.03.2023).
- Steffen, D. (2023): digARS – Effektivität der ARS unter Berücksichtigung von „digita-

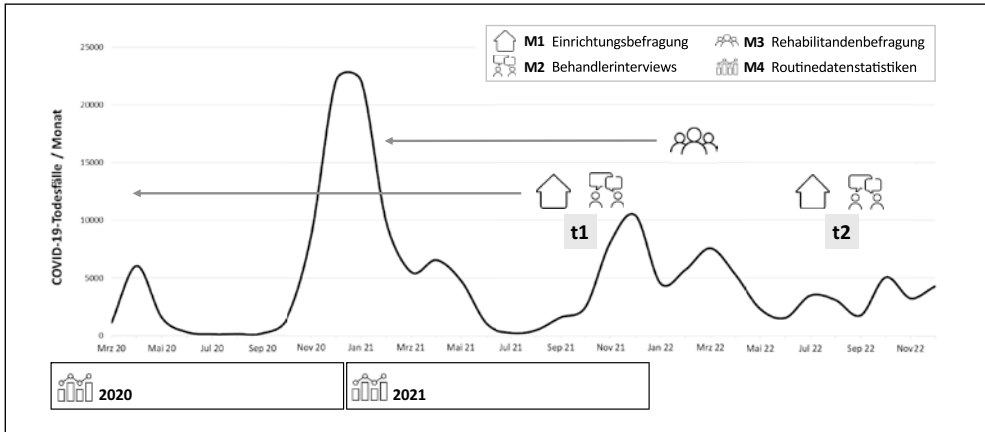
- len“ Leistungen während der Coronapandemie. DRV-Schriften, 128: 206–207.
- Thielmann, B./Schumann, H./Ulbrich, R. und Böckelmann, I.* (2021): Bedeutung der Einfluss- und protektiven Faktoren bei der psychischen Belastung von medizinischem Personal in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie. NOTARZT, 38: 86–94. doi:10.1055/a-1557-9088.
- Vogelgesang, M.* (2020): Suchtrehabilitation in Zeiten der Pandemie. SuchtAktuell, 2/2020: 14–23.
- von Eiff, M. C. und Goldschmidt, A.* (2020): Fusionen und Übernahmen in Gesundheitswirtschaft und Rehabilitation. Trends und Strategieoptionen. In: Dhein, Y. und von Eiff, W. (Hrsg.): Erfolgreiches Rehabilitationsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis. Stuttgart, Kohlhammer: 229–238.
- von Eiff, M. C./von Eiff, W. und Ghanem, M.* (2022): Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen in der Corona-Krise: Situation und postpandemische Perspektive. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 27: 88–95. doi:10.1055/a-1676-9574.
- von Elm, E./Altman, D.G./Egger, M./Pocock, S.J./Gøtzsche, P. C. und Vandenbroucke, J. P.*(2007): The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. PLOS Medicine, 4: e296. doi:10.1371/journal.pmed.0040296.
- Weissingner, V.* (2017): Zugangswege erweitern, Übergänge optimieren: Handlungsbedarf und -ansätze am Beispiel der Suchtrehabilitation. SuchtAktuell: 15–33.
- Weissingner, V.* (2020): Übersicht über Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Versorgungs- und Behandlungssystem für suchtkranke Menschen. SUCHT, 66: 183–194. doi:10.1024/0939-5911/a000667.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (2023): Post-COVID-Erkrankungen: Wenige Betroffene, aber lange Ausfallzeiten. <https://www.wido.de/news-presse/pressemitteilungen/2023/post-COVID-erkrankungen/> (zuletzt abgerufen: 17.03.2023).

Anschrift der Verfasserinnen und Verfasser:

Jennifer Marie Burchardi
 Stefanie Köhn
 Dr. Eva Jansen
 Dr. Anna Schlumbohm
 Friedericke Schall
 Lukas Kirchhübel
 Prof. Dr. Karla Spyra
 Martin Brünger
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Institut für Medizinische Soziologie
 und Rehabilitationswissenschaft
 Charitéplatz 1
 10117 Berlin

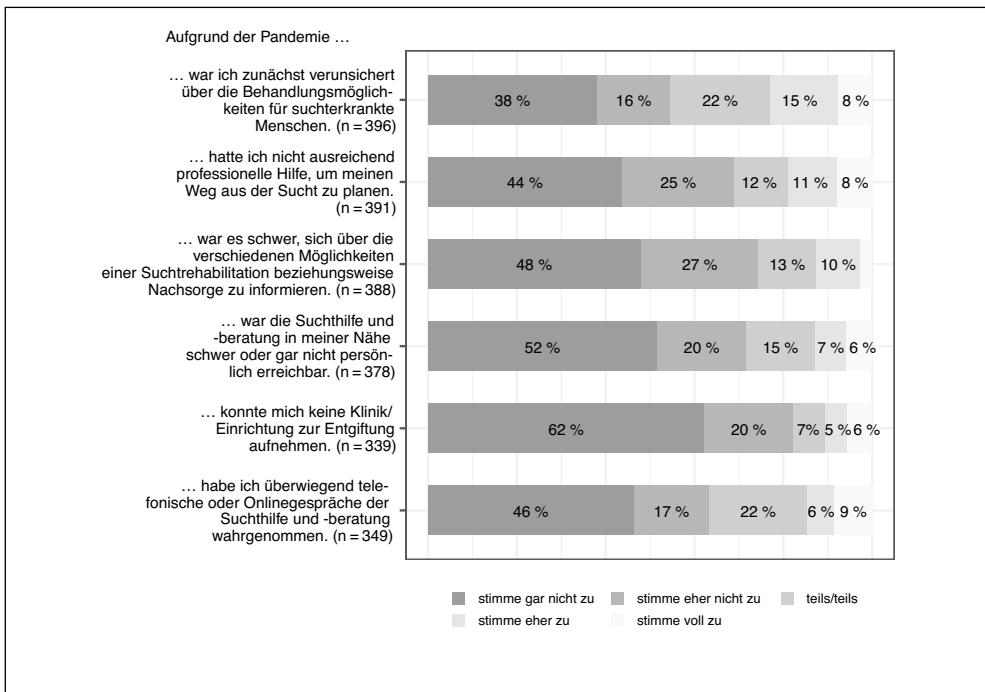
Anhang

Abbildung 1: Studienmodule mit Erhebungszeiträumen im Pandemieverlauf



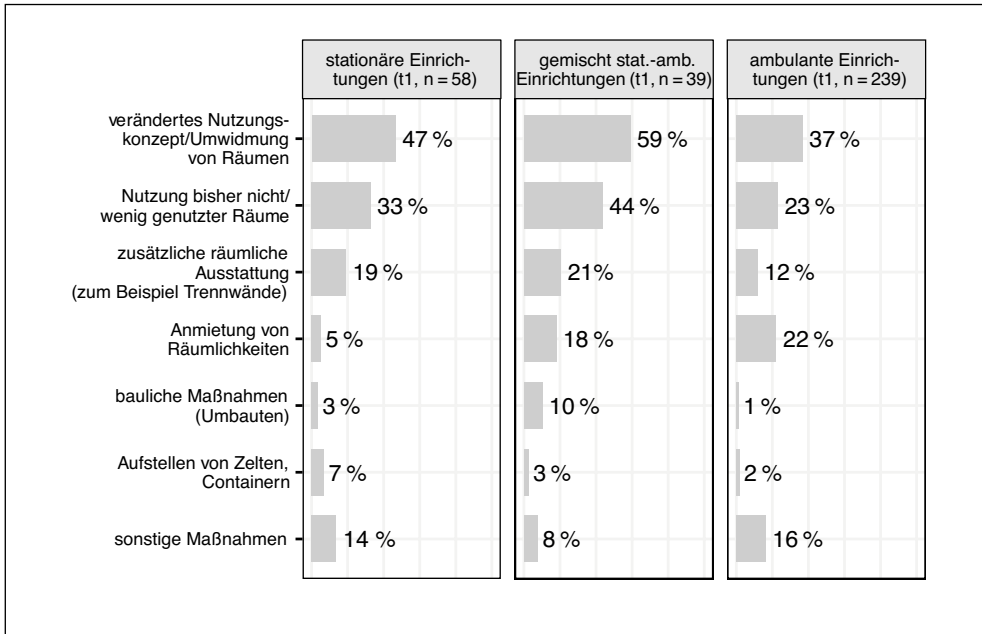
Quelle: Robert Koch-Institut 2023; eigene Darstellung.

Abbildung 2: Subjektive Wahrnehmung des Suchthilfesystems in der COVID-19-Pandemie



Quelle: Rehabilitandenbefragung 2022.

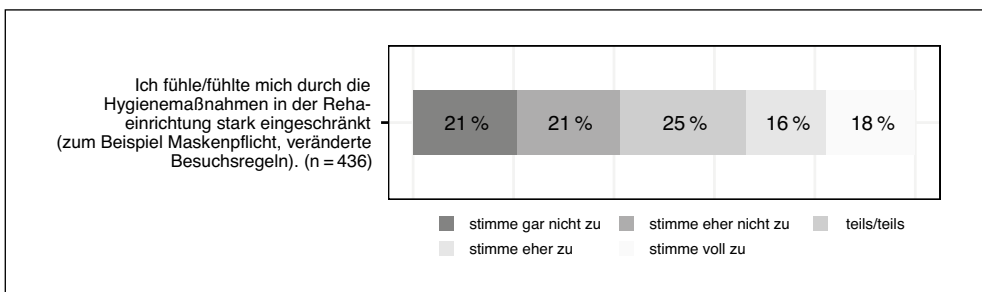
Abbildung 3: Maßnahmen zur Erweiterung räumlicher Kapazitäten



Anmerkung: Mehrfachantworten möglich.

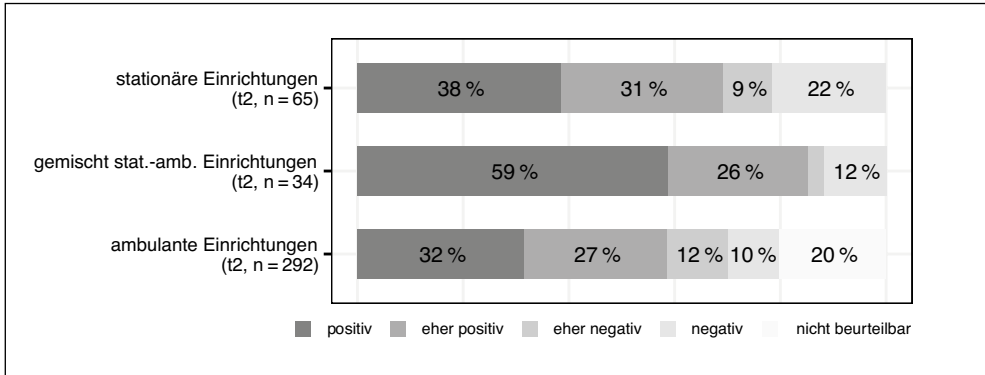
Quelle: Einrichtungsbefragung t1 (Herbst 2021).

Abbildung 4: Subjektive Wahrnehmung von Hygienemaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen



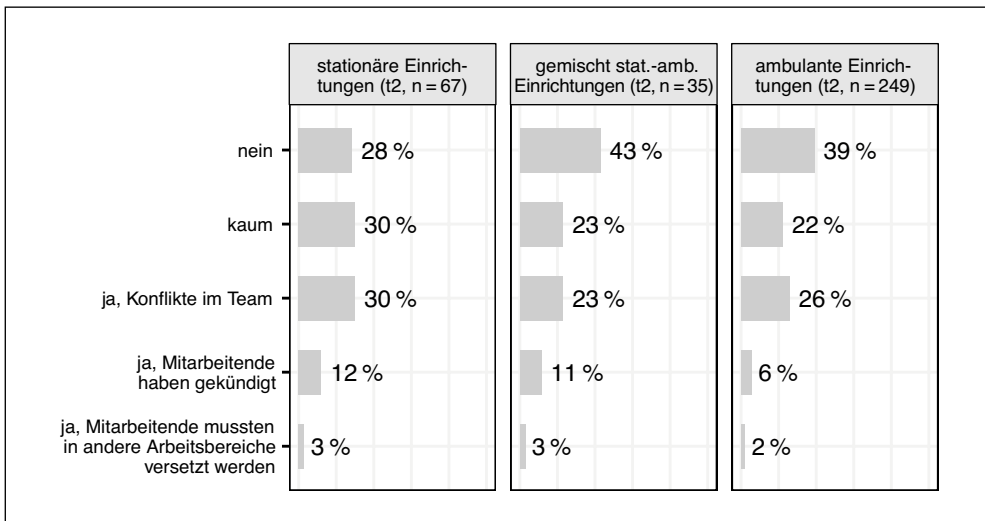
Quelle: Rehabilitandenbefragung 2022.

Abbildung 5: Bewertung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht



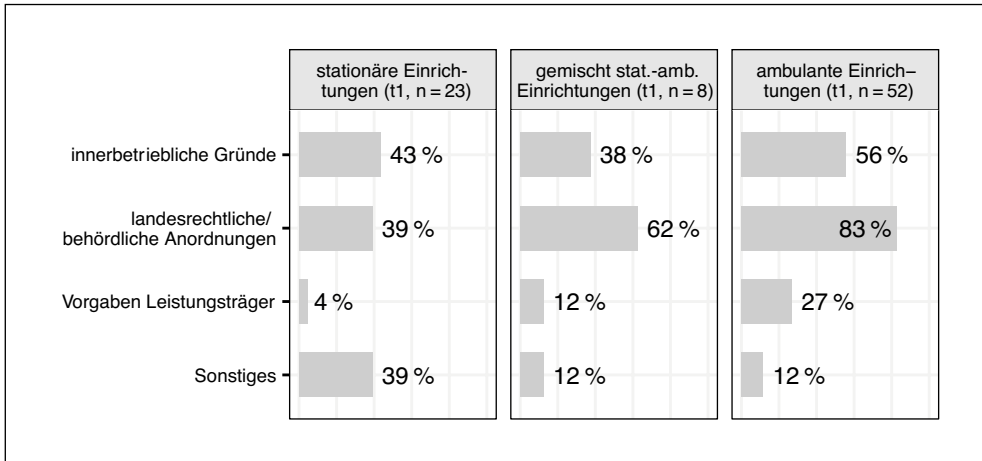
Quelle: Einrichtungsbefragung t2 (Sommer 2022).

Abbildung 6: Probleme mit der einrichtungsbezogenen Impfpflicht



Quelle: Einrichtungsbefragung t2 (Sommer 2022).

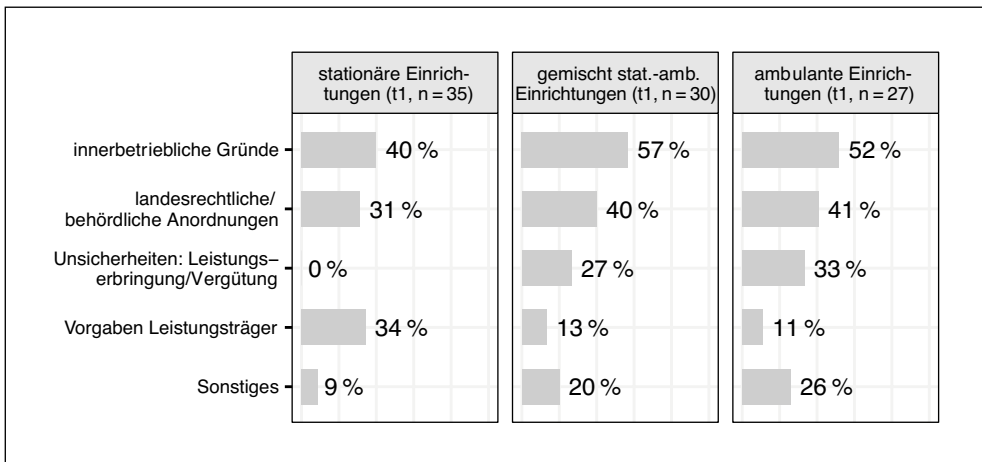
Abbildung 7: Gründe für einen Abbruch laufender Rehaleistungen in der 1. Welle



Anmerkungen: falls Leistungen in 1. Welle abgebrochen wurden; Mehrfachantworten möglich.

Quelle: Einrichtungsbefragung t1 (Herbst 2021).

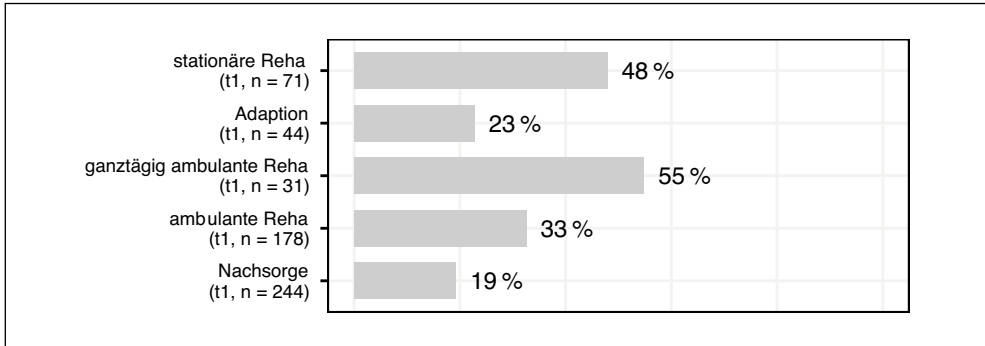
Abbildung 8: Gründe für einen Aufnahmestopp in der 1. Welle



Anmerkungen: falls Aufnahmestopp in erster Welle erfolgt, Mehrfachantworten möglich.

Quelle: Einrichtungsbefragung t1 (Herbst 2021).

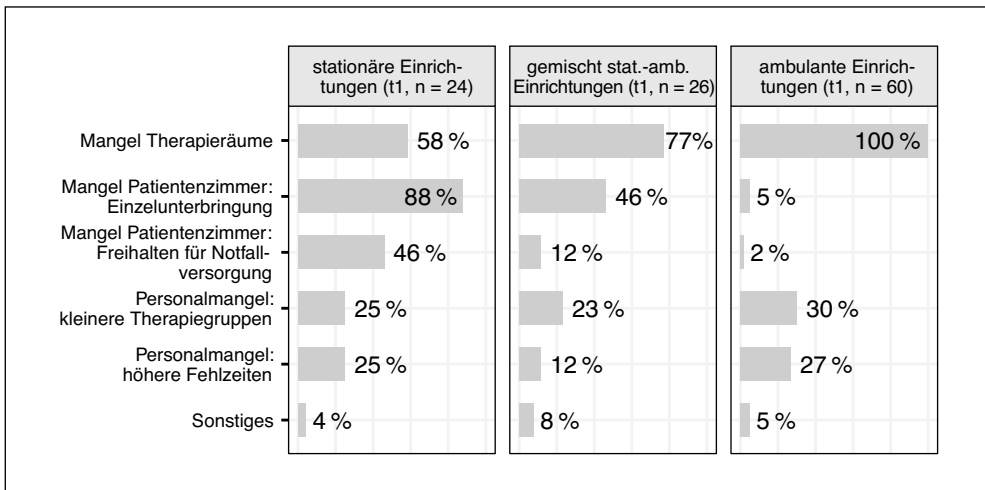
Abbildung 9: Anteil der Einrichtungen mit Reduktion von Behandlungsplätzen



Anmerkung: Mehrfachantworten möglich.

Quelle: Einrichtungsbefragung t1 (Herbst 2021).

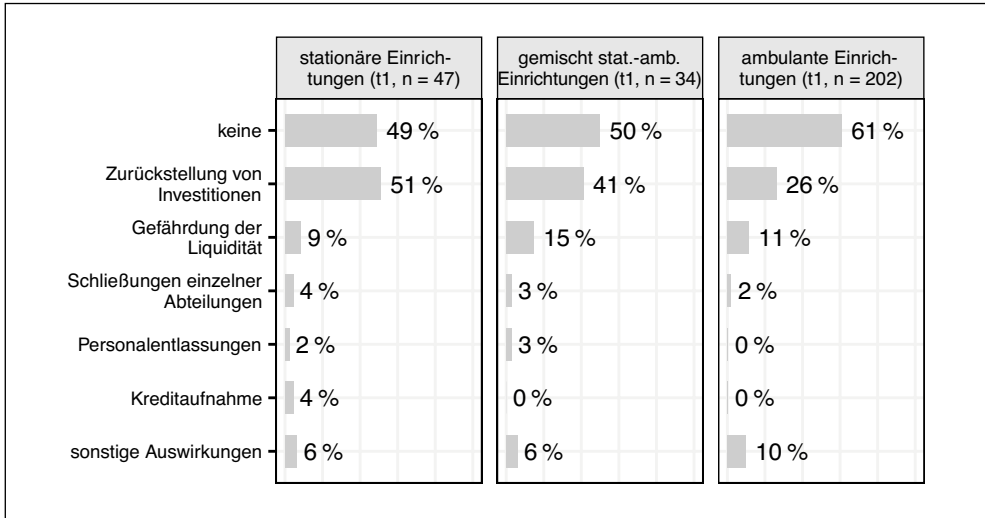
Abbildung 10: Ursachen für die Reduktion von Behandlungsplätzen



Anmerkungen: Falls Behandlungsplätze reduziert wurden, Mehrfachantworten möglich.

Quelle: Einrichtungsbefragung t1 (Herbst 2021).

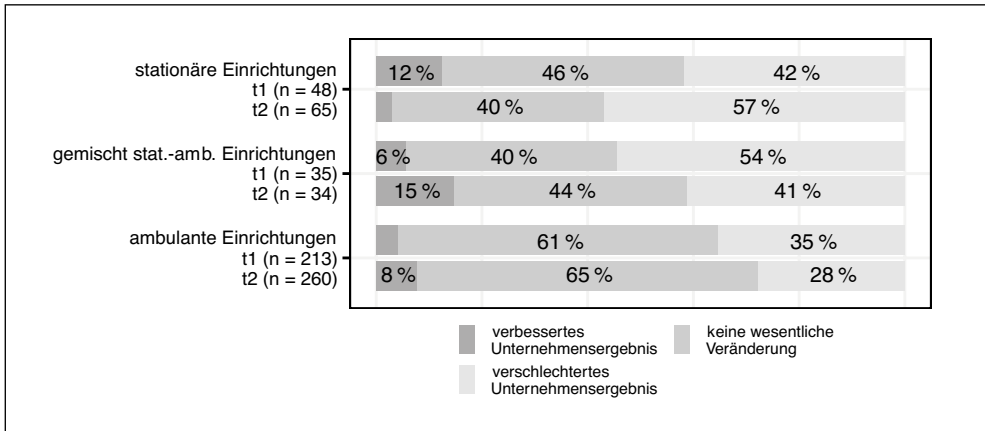
Abbildung 11: Finanzielle Auswirkungen der COVID-19-Pandemie



Anmerkung: Mehrfachantworten möglich.

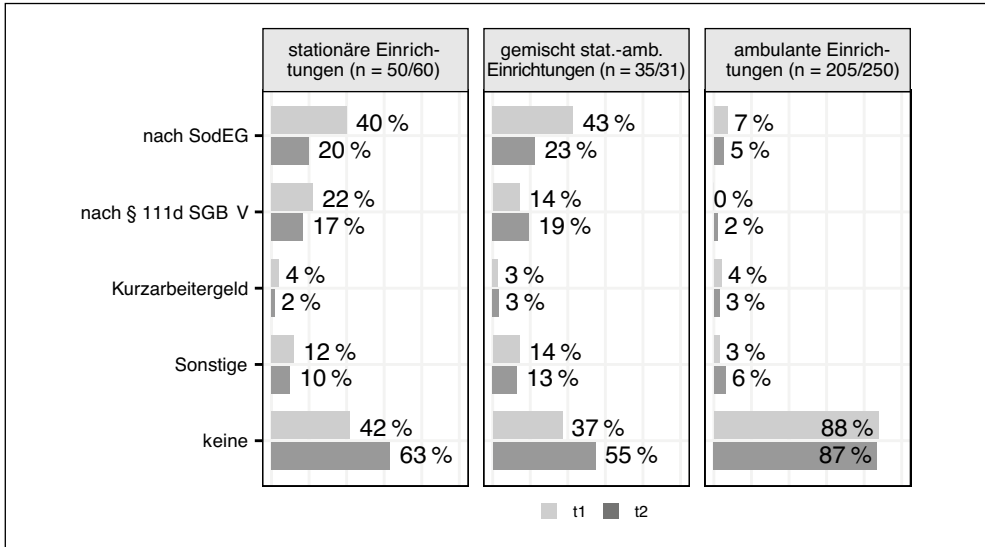
Quelle: Einrichtungsbefragung t1 (Herbst 2021).

Abbildung 12: Unternehmensergebnis 2020 (t1)/2021 (t2) im Vergleich zu 2019



Quelle: Einrichtungsbefragung t1 (Herbst 2021) und t2 (Sommer 2022).

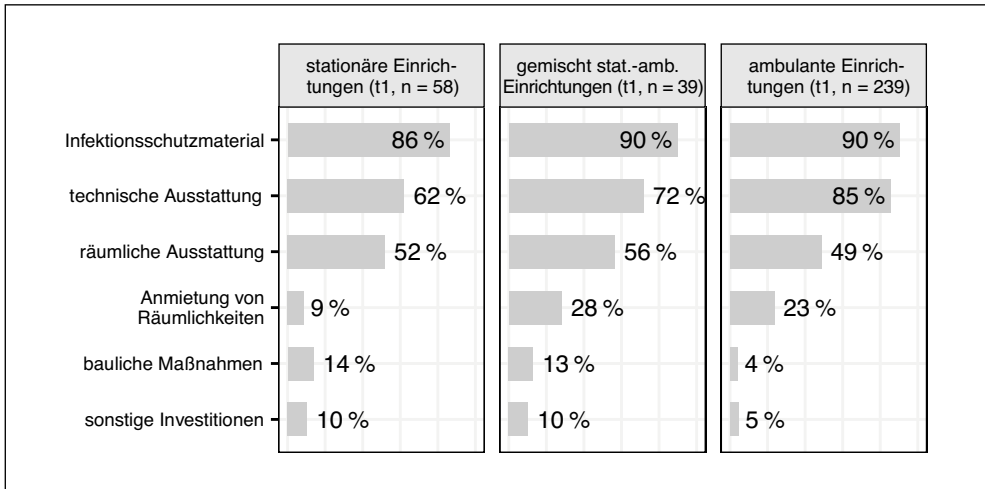
Abbildung 13: Erhalt pandemiebedingter Ausgleichszahlungen



Anmerkung: Mehrfachantworten möglich.

Quelle: Einrichtungsbefragung t1 (Herbst 2021) und t2 (Sommer 2022).

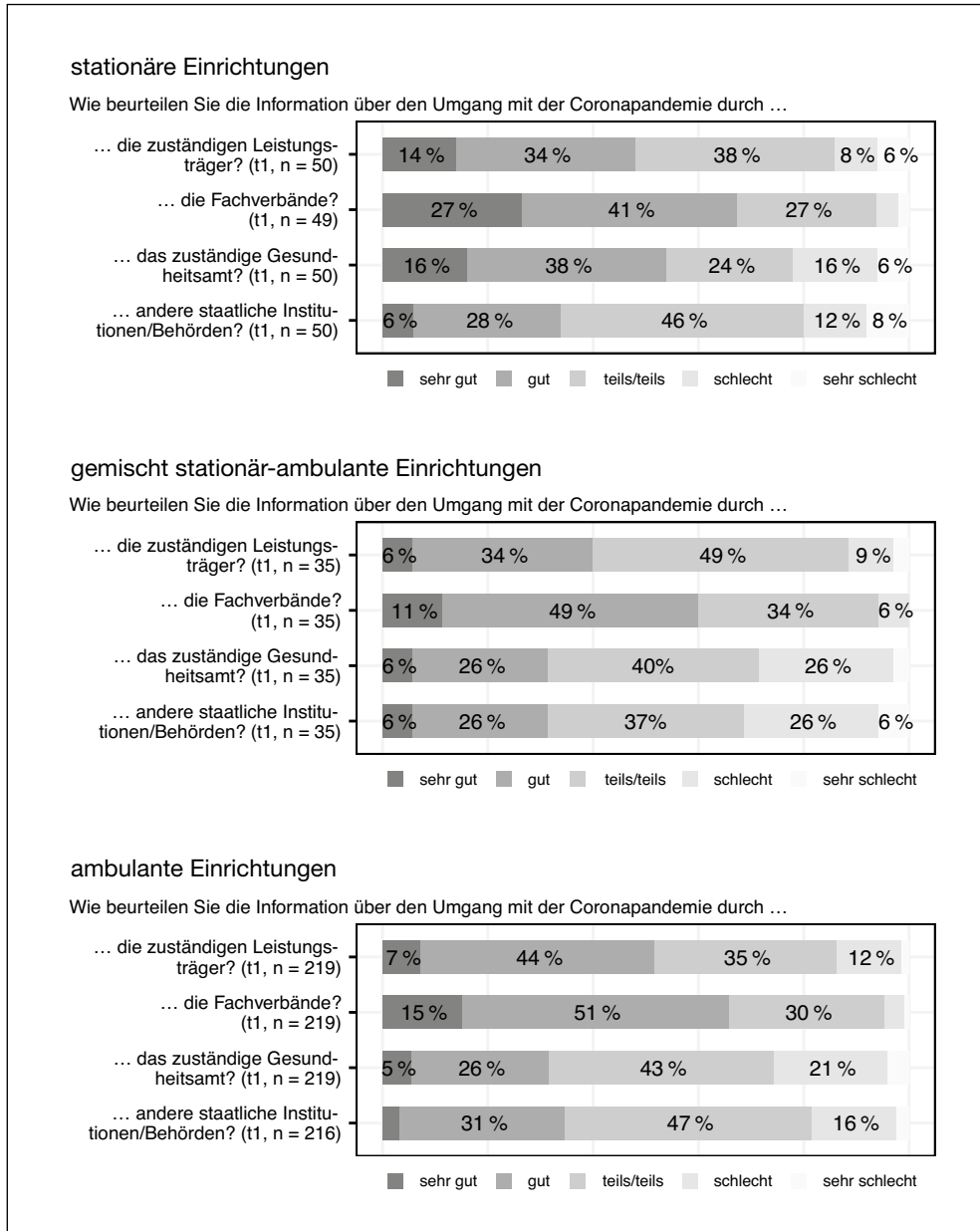
Abbildung 14: Pandemiebedingte Investitionen



Anmerkung: Mehrfachantworten möglich.

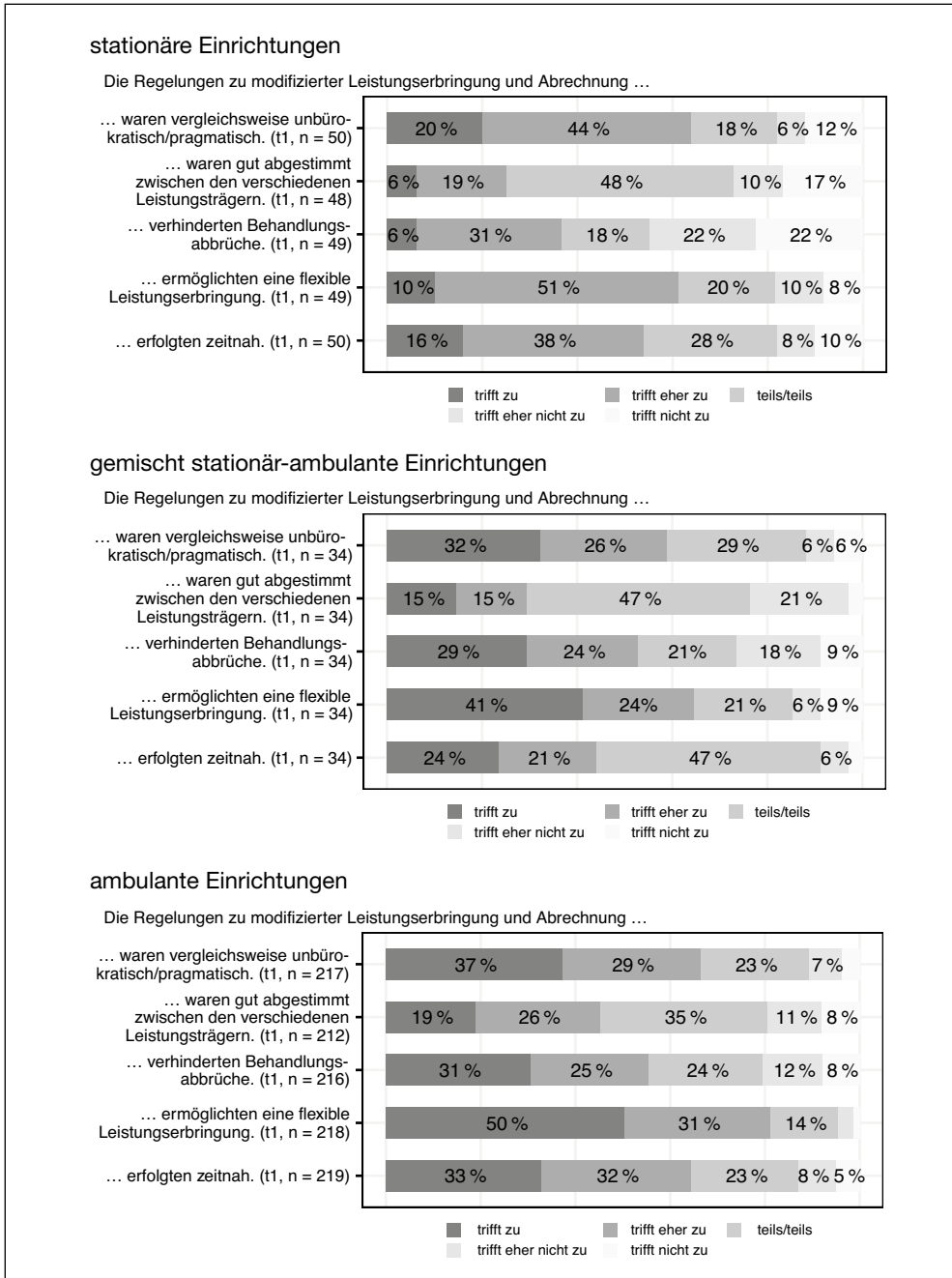
Quelle: Einrichtungsbefragung t1 (Herbst 2021).

Abbildung 15: Beurteilung von Informationen zum Umgang mit der COVID-19-Pandemie



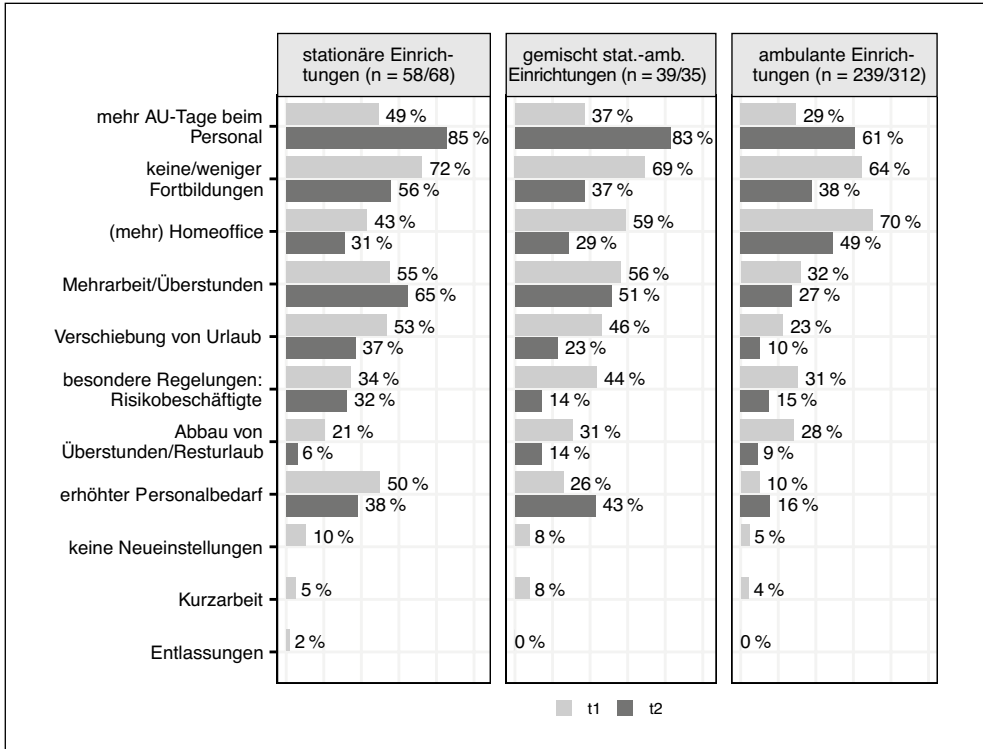
Quelle: Einrichtungsbefragung t1 (Herbst 2021).

Abbildung 16: Bewertungen von Regelungen der Leistungsträger zu modifizierter Leistungserbringung/Abrechnung



Quelle: Einrichtungsbefragung t1 (Herbst 2021).

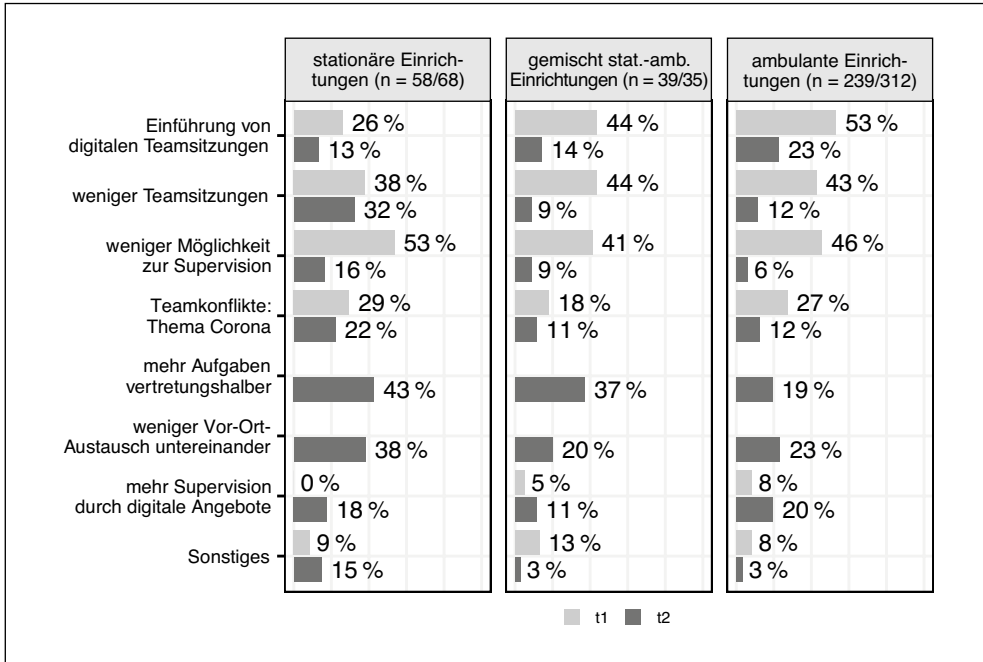
Abbildung 17: Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Personalsituation und -management



Anmerkung: Mehrfachantworten möglich.

Quelle: Einrichtungsbefragung t1 (Herbst 2021) und t2 (Sommer 2022).

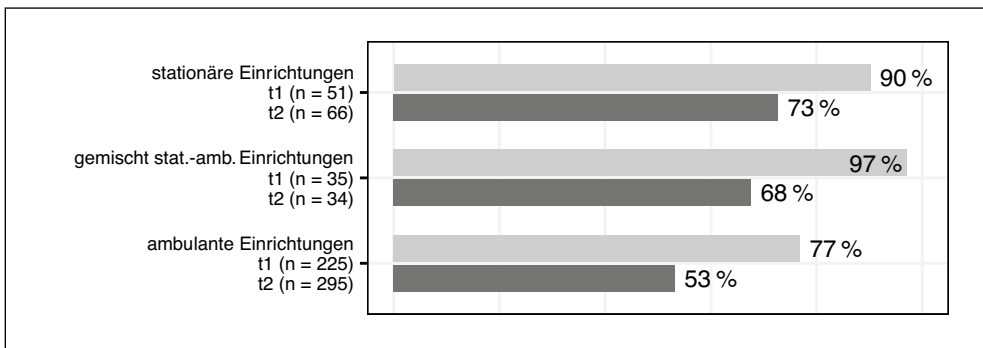
Abbildung 18: Art der Veränderungen in Teamarbeit



Anmerkung: Mehrfachantworten möglich.

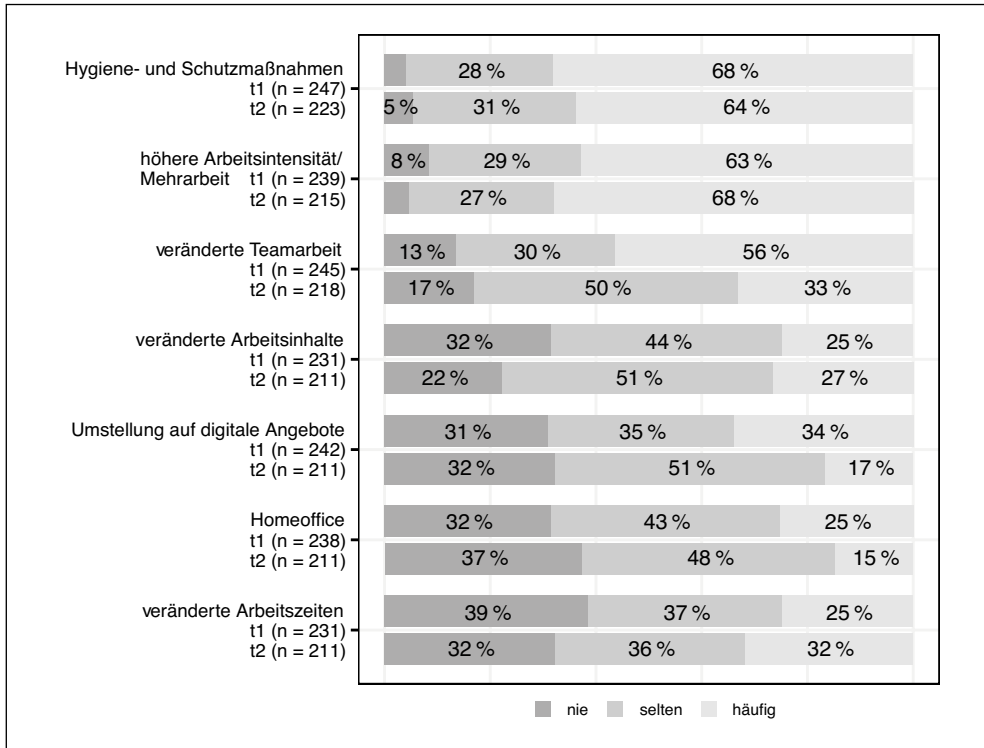
Quelle: Einrichtungsbefragung t1 (Herbst 2021) und t2 (Sommer 2022).

Abbildung 19: Berufliche Mehrbelastungen beim Personal



Quelle: Einrichtungsbefragung t1 (Herbst 2021) und t2 (Sommer 2022).

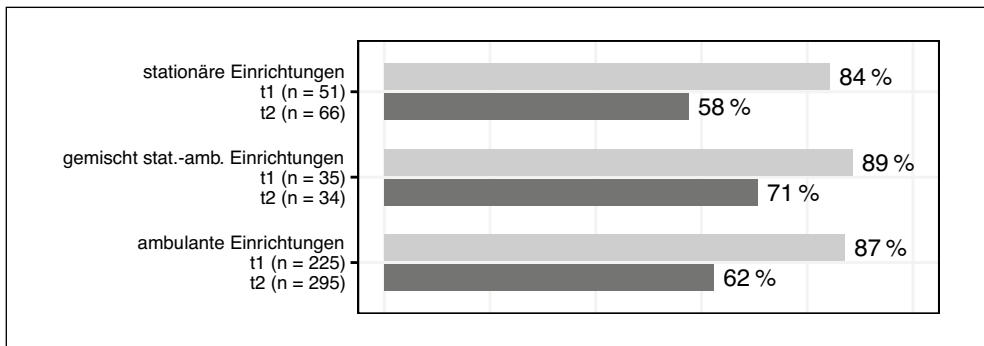
Abbildung 20: Art der beruflichen Mehrbelastungen beim Personal



Anmerkungen: falls Vorliegen von beruflichen Mehrbelastungen bejaht wurde.

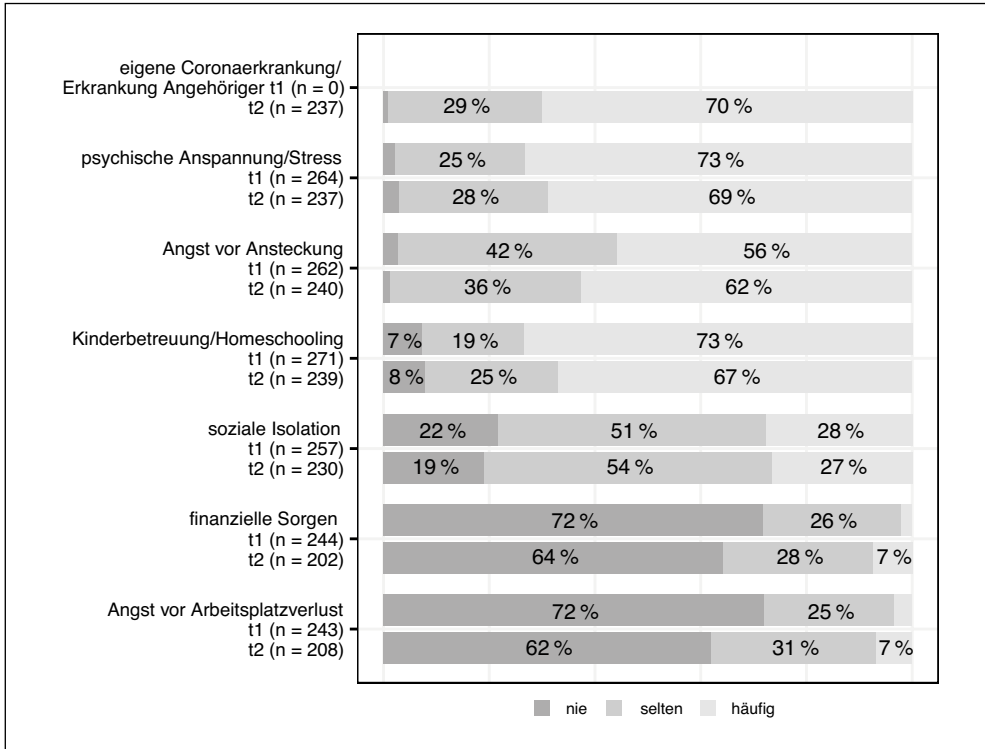
Quelle: Einrichtungsbefragung t1 (Herbst 2021) und t2 (Sommer 2022).

Abbildung 21: Private Mehrbelastungen beim Personal



Quelle: Einrichtungsbefragung (Herbst 2021) und t2 (Sommer 2022).

Abbildung 22: Art der privaten Mehrbelastungen beim Personal



Anmerkungen: falls Vorliegen von privaten Mehrbelastungen bejaht wurde. Erstes Item zu t1 nicht erhoben.

Quelle: Einrichtungsbefragung t1 (Herbst 2021) und t2 (Sommer 2022).