



GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE MBH

IANVA

Jahresbericht 2005

IANUA – im Lateinischen Ausdruck für Tür, Zugang, Durchgang – ist der Ort, an dem der doppelköpfige Gott Janus Wache hält: der Ort der Verbindung von der Innenwelt zur Außenwelt. Als Gott der Schwelle sah Janus, was kam und ging, den Ursprung im Vergangenen und das Ziel in der Zukunft. Er galt als Hüter des Hauses und Gott des Anfangs.

Suchtkrank sein heißt: sein eigenes "Haus" schlecht zu behüten; seinen Körper und seine Seele zu schädigen und zu zerstören. Suchtkrank sein heißt auch: "zu" sein. Es bedeutet, den Zugang nach innen zum Selbst und nach außen zu den Mitmenschen destruktiv zu versperren.

In der Abstinenz wird dieser Zugang wieder frei. Abstinenz ermöglicht den Kontakt mit dem eigenen inneren Leben und mit den anderen Menschen. Der Blick wird wieder frei nach beiden Seiten. Zurückschauend wird das Alte erkannt, um es für die Zukunft fruchtbar zu machen. Die Öffnung in der Gruppe ermöglicht die Überwindung innerer und äußerer Lebenskrisen.

Wenn der Mensch etwas Neues beginnt, dann tritt er gleichsam durch ein Tor und begibt sich in einen anderen Raum. In diesem Sinn will IANUA ein Ort des Durchgangs und des Neubeginns sein.

Inhaltsverzeichnis Basisdokumentation 2005

Vorwort	1
Zusammenfassung	2
1. Beratungs-/Vorbereitungspatienten	3
1.1 Leistungsträger und Überweisungskontext	3
1.1.1 Rehabilitationsleistungsträger aller Patienten	3
1.1.2 Krankenkassenzugehörigkeit.....	4
1.1.3 Art der Vermittlung.....	4
1.1.4 Indikationsstellung (Hauptdiagnose).....	5
1.1.4.1 Indikationsstellung in Bezug auf das Geschlecht	6
1.1.4.2 Indikationsstellung in Bezug auf das Alter.....	7
1.2 Patientenmerkmale	8
1.2.1 Alter	8
1.2.2 Geographische Herkunft.....	8
1.2.3 Familienstand	10
1.2.4 Partnersituation.....	10
1.3 Ausbildung und Erwerbstätigkeit	11
1.3.1 Schulbildung	11
1.3.2 Erwerbstätigkeit	11
1.4 Angaben zum Abhängigkeitsverlauf	12
1.4.1 Abhängigkeitsdauer	12
1.4.2 Vorbehandlungen vor Behandlungsbeginn.....	15
1.4.3 Entgiftungsbehandlung vor Behandlungsbeginn	15
1.4.4 Ambulante/stationäre Entwöhnungsbehandlungen vor Behandlungsbeginn	16
1.4.5 Erstbehandlung/Erst-/Wiederaufnahme in Abhängigkeit der Hauptdiagnose	17
1.5 Behandlungsverlauf	18
1.5.1 Vermittlungsquote.....	18
1.5.1.1 Vermittlungsquote bezogen auf das Geschlecht	19
1.5.1.2 Vermittlungsquote bezogen auf die Hauptdiagnose.....	20
1.5.1.3 Vermittlungsquoten bezogen auf die einzelnen Krankenkassen	20
1.5.1.4 Vermittlungsquoten in Managed-Care-Programmen der Krankenkassen	21
1.5.2 Art der Beendigung der Vorbereitungsphase.....	22
1.5.3 Behandlungsdauer der Vorbereitungsphase	24
1.5.3.1 Behandlungsdauer der planmäßig beendeten Beratungspatienten	24

1.5.3.2 Behandlungsdauer der unplanmäßig beendeten Beratungspatienten	25
1.5.3.3 Behandlungsdauer der in ambulante Suchtrehabilitation vermittelten Beratungspatienten	26
2. Patienten in ambulanter Rehabilitation.....	27
2.1 Leistungsträger und Überweisungskontext	27
2.1.1 Leistungsträger der Rehabilitationsbehandlung.....	27
2.1.2 Art der Vermittlung.....	28
2.1.3 Indikationsstellung (Hauptdiagnose).....	29
2.1.3.1 Indikationsstellung in Bezug auf das Geschlecht	29
2.1.3.2 Indikationsstellung in Bezug auf das Alter.....	30
2.2 Patientenmerkmale	31
2.2.1 Alter	31
2.2.2 Geographische Herkunft.....	32
2.2.3 Familienstand	33
2.2.4 Partnersituation.....	34
2.3 Ausbildung und Erwerbstätigkeit	34
2.3.1 Schulbildung	34
2.3.2 Erwerbstätigkeit	35
2.4 Angaben zum Abhängigkeitsverlauf	36
2.4.1 Abhängigkeitsdauer	36
2.4.2 Vorbehandlungen vor Behandlungsbeginn.....	38
2.4.3 Entgiftungsbehandlung vor Behandlungsbeginn	39
2.4.4 Ambulante / stationäre Entwöhnungsbehandlungen vor Behandlungsbeginn ...	39
2.5 Behandlungsverlauf.....	40
2.5.1 Art der Beendigung.....	40
2.5.2 Behandlungsdauer der Rehabilitationsphase	41
2.5.2.1 Behandlungsdauer der planmäßig beendeten Rehabilitationspatienten	41
2.5.2.2 Behandlungsdauer der unplanmäßig beendeten Rehabilitationspatienten	42

Basisdokumentation 2005

Vorwort

Die Basisdokumentation ist eine deskriptive Auswertung der Stamm- und Kerndaten, die mit dem Programm „Ebis – Einrichtungsbezogenes Informationssystem“ der GSDA GmbH Höhenkirchen für alle Patienten der Einrichtung lanua G.P.S. mbH erhoben worden sind. Da „Ebis“ für Beratungsstellen konzipiert wurde, ist eine differenzierte Betrachtungsweise von Patienten in der Vorphase zur Rehabilitation und in der eigentlichen Rehabilitationsphase nur mit großem Aufwand möglich. Daher mussten über die Daten des Ebis-Systems hinaus weitere Variablen definiert werden. Im Kerndatensatz sind die bundesweit einheitlichen Fragen des „Deutschen Kerndatensatzes Sucht“ enthalten. Die Auswertung erfolgte mit Excel/Access bzw. statistische Berechnungen mit SPSS.

Die Auswertung bezieht sich auf alle Patienten des Jahres 2005 (n=361), 64,8 Prozent davon sind Männer, 35,2 Prozent Frauen.

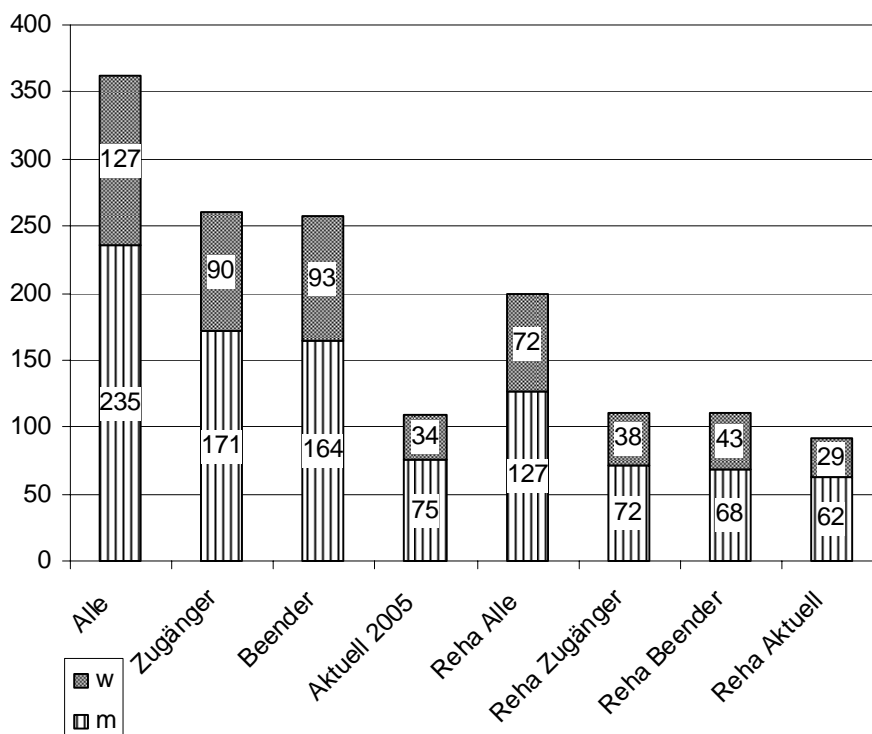


Abbildung 1. Patienten im Jahr 2005

unserer Einrichtung (m=62, w=29). 110 Patienten nahmen im Jahr 2005 eine ambulante Rehabilitation in unserer Einrichtung auf, 111 Patienten beendeten eine Rehabilitation.

Zum Jahresende 2005 wurden 109 Patienten behandelt, davon 75 Männer und 34 Frauen. Im Jahr 2005 gab es insgesamt 261 Erstgespräche, 25 mehr als im Jahr 2004 (n=236); 2003 (n=213). Am Ende des Jahres 2005 befanden sich aktuell 91 Patienten in ambulanter Rehabilitation in

Rehabilitation in

Zusammenfassung

Vorbereitungsphase

Krankenkasse

AOK:	24 %
IKK:	14 %
BKK:	10 %
Ersatzkassen:	36 %

Vermittlung

65 % aus Vertragsarztbereich

Hauptdiagnose

F10.2	72 %
F12.2	4,9 %
F13.2	4,7 %
F19.2	13,9 %

Abhängigkeitsdauer

durchschnittliche
Abhängigkeitsdauer 13 Jahre

Alter

Durchschnitt: 41,3 Jahre

Bildung

Hauptschule:	57 %
Realschule:	25 %
Abitur:	10 %

Erwerbsstatus

arbeitslos Männer:	26 %
arbeitslos Frauen:	18 %

Vorbehandlungen

Erstbehandlung	56 %
vorher Reha	29 %

Vermittlungsquote

Durchschnitt:	54 %
Managed-Care:	70 %
ohne Programm	48 %

Dauer

ohne Vermittlung	22 Tage
	5,4 Leistungen
mit Vermittlung	45 Tage
	14,7 Leistungen

Rehabilitationsphase

Rehaleistungsträger

	Männer	Frauen
BfA	30 %	53 %
LVA	53 %	36 %
Bkn	9%	1%
GKV	6 %	10 %

Vermittlung

72 % aus Vertragsarztbereich

Hauptdiagnose

F10.2	77 %
F12.2	4,0 %
F13.2	5,0 %
F19.2	10,6 %

Abhängigkeitsdauer

durchschnittliche
Abhängigkeitsdauer 12 Jahre

Alter

Durchschnitt: 43,5 Jahre

Bildung

Hauptschule:	57 %
Realschule:	25 %
Abitur:	12 %

Erwerbsstatus

arbeitslos Männer:	16 %
arbeitslos Frauen:	19 %

Vorbehandlungen

Erstbehandlung	44 %
vorher Reha	28 %

Art der Beendigung

planmäßig	68 %
-----------	------

Dauer

unplanmäßig	110 Tage
	23 Leistungen
planmäßig	331 Tage
	79 Leistungen

1. Beratungs-/Vorbereitungspatienten

1.1 Leistungsträger und Überweisungskontext

1.1.1 Rehabilitationsleistungsträger aller Patienten

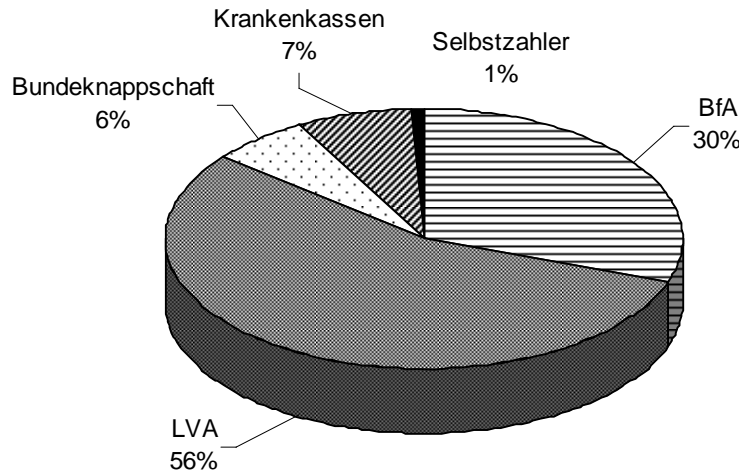


Abbildung 2a. Leistungsträger (m) (n=235)

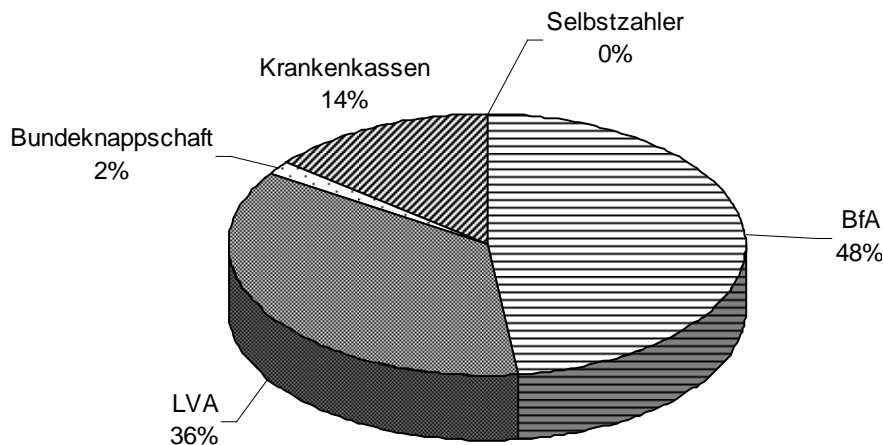


Abbildung 2b. Leistungsträger (w) (n=127)

Betrachtet man die Gesamtheit der Patienten, wären die Rentenversicherungsträger bei dem überwiegenden Teil als Rehaleistungsträger (85%) zuständig. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte hätte bei den Männern einen Anteil von 30 Prozent und bei den Frauen von 48 Prozent. Die Landesversicherungsanstalten kämen zusammen bei den Männern auf 56 Prozent und bei den Frauen auf 36 Prozent. Die Krankenkassen würden mit 7 Prozent (m) und 14 Prozent (w) folgen, dahinter die Bundesknappschaft mit 6 Prozent (m) und 2 Prozent (w).

Im Vergleich zum Vorjahr ist eine geringe Verschiebung von den Krankenkassen hin zu den Rentenversicherungen zu erkennen. So sanken die prozentualen Anteile der Krankenkassen um 5 Prozent bei den Männern und 8 Prozent bei den Frauen.

1.1.2 Krankenkassenzugehörigkeit

Die Ersatzkassen haben insgesamt einen Anteil von 36,3 Prozent, die AOK von 24,1 Prozent, die Innungskrankenkassen von 14,1 Prozent und die Bundesknappschaft von 5 Prozent. Die Betriebskrankenkassen sind mit 10,3 Prozent vertreten; davon versichert die BKK Ford 57 Prozent der behandelten Patienten. Das ist mit der Ortsansässigkeit der Ford-Werke in Saarlouis zu erklären.

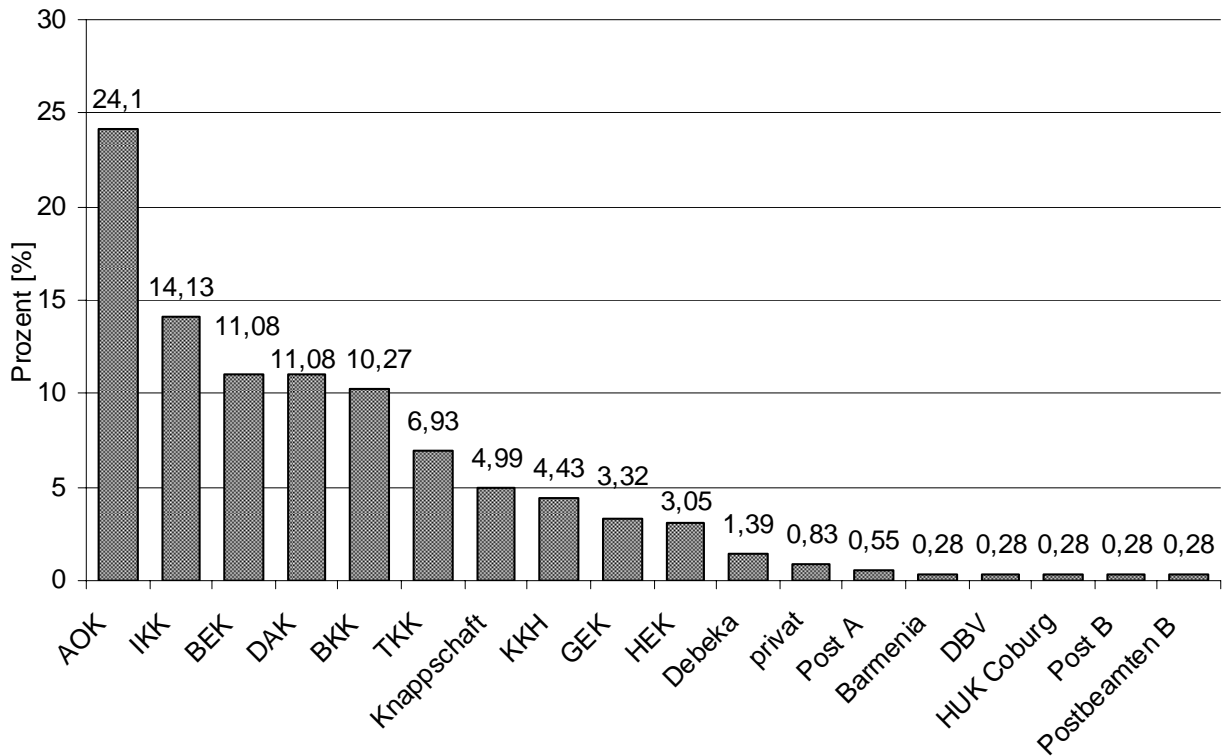


Abbildung 3. Krankenkassenzugehörigkeit (n=361)

1.1.3 Art der Vermittlung

65,4 Prozent der Patienten werden aus dem vertragsärztlichen Bereich in die Einrichtung vermittelt. Seit Juli 2005 besteht zwischen der DAK, 25 Hausarztpraxen, der psychiatrischen Facharztpraxis Steffen und Ilanua G.P.S. ein Vertrag zur „Integrierten Versorgung Suchtkranker“. Die stationären Suchteinrichtungen vermitteln 14,4 Prozent der Patienten. Angehörige / Freunde und Arbeitgeber haben einen Anteil von 7,8 Prozent. Suchtberatungsstellen vermitteln so gut wie nie (ca. 1 Prozent) in unsere Einrichtung.

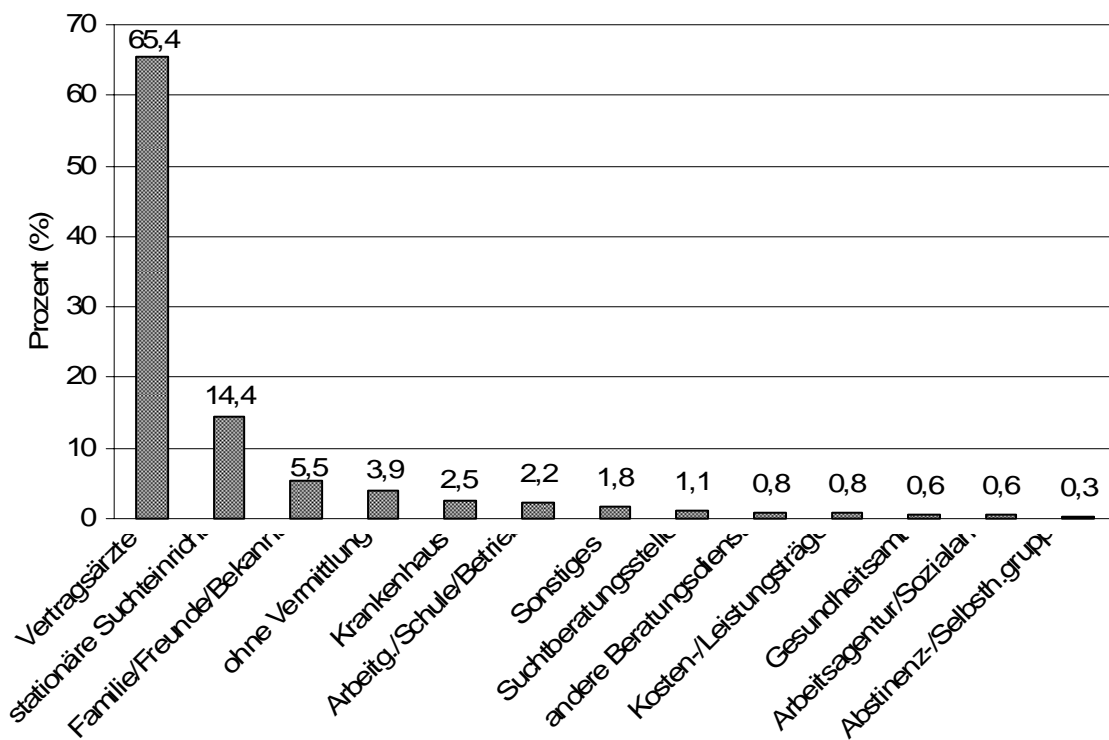


Abbildung 4. Art der Vermittlung (n=361)

1.1.4 Indikationsstellung (Hauptdiagnose)

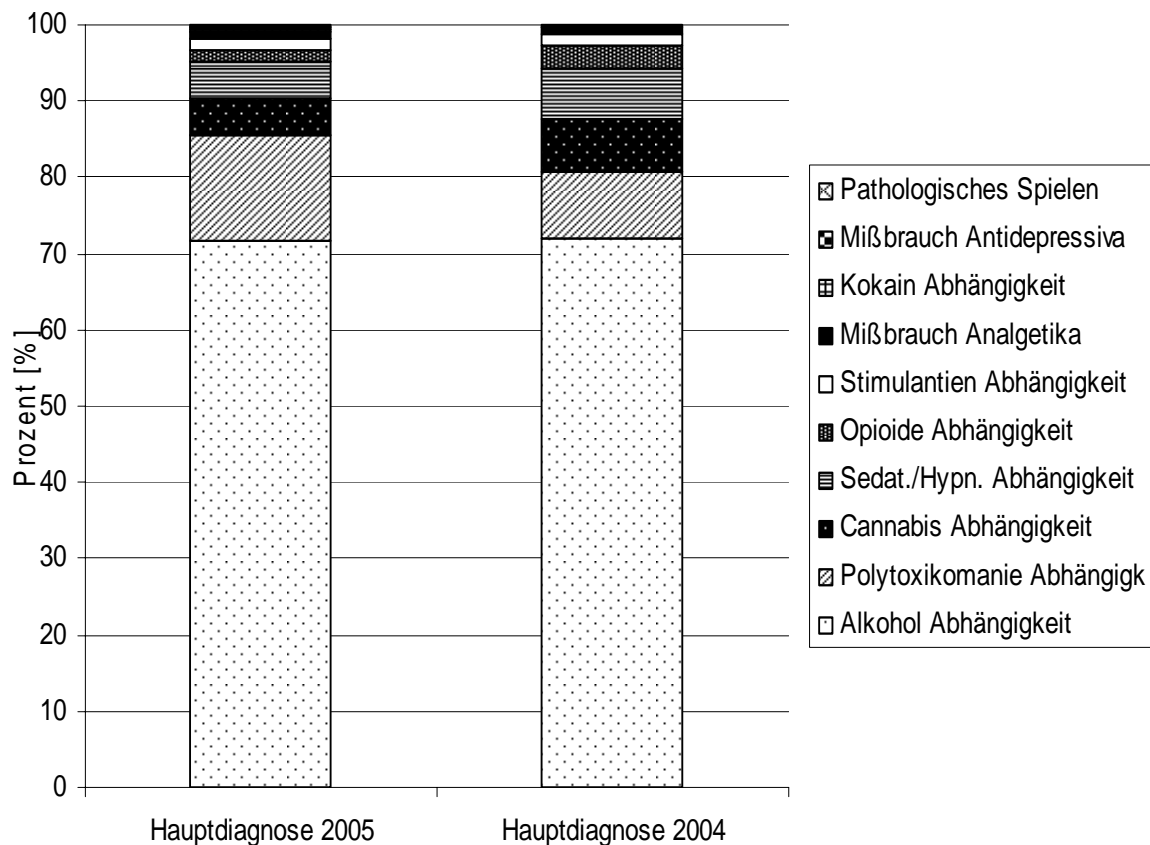


Abbildung 5. Hauptdiagnose 2005 (n=361) / 2004 (n=332)

Die Alkoholabhängigkeit (F10.2) ist mit 71,7 Prozent der häufigste Aufnahmegrund in unserer Einrichtung. Die Polytoxikomanie / andere psychotrope Substanzen (F19.2) ist mit 13,9 Prozent die zweitgrößte Gruppe, mit einem deutlich größeren Anteil als im Jahr 2004 (8,5 Prozent). Es folgen mit 4,9 Prozent die Abhängigkeit von Cannabis (F12.2), mit 4,7 Prozent die Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika (F13.2), sowie mit insgesamt 1,9 Prozent Abhängigkeiten von Opioiden (F11.2) und Cocain (F14.2).

1.1.4.1 Indikationsstellung in Bezug auf das Geschlecht

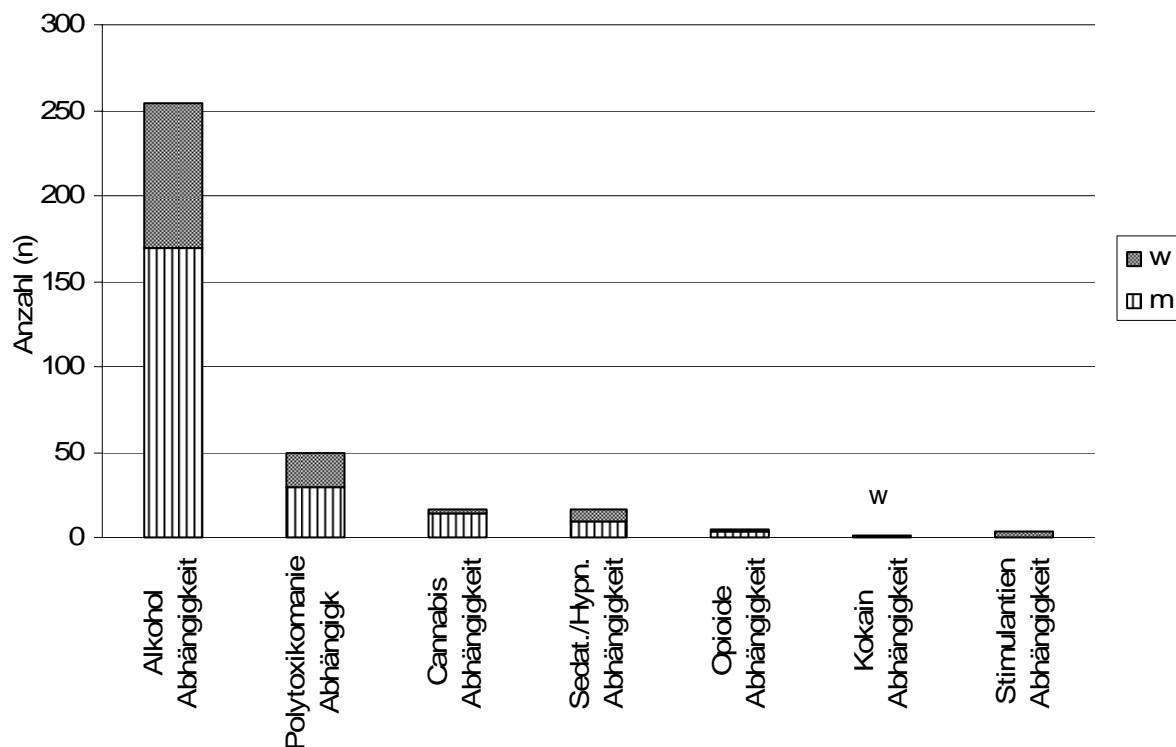


Abbildung 6. Indikationsstellung / Geschlecht

Abbildung 6 stellt die Variabilität der Hauptdiagnose bezogen auf das Geschlecht dar. Sie zeigt, dass deutlich mehr Männer als Frauen eine Alkoholabhängigkeit oder Cannabisabhängigkeit aufweisen. Dagegen stellen die Frauen alleine die Indikation Stimulantien-Abhängigkeit. Bei der Indikationsstellung Polytoxikomanie und Sedativa/Hypnotika kann kein geschlechtsspezifischer Unterschied festgestellt werden.

1.1.4.2 Indikationsstellung in Bezug auf das Alter

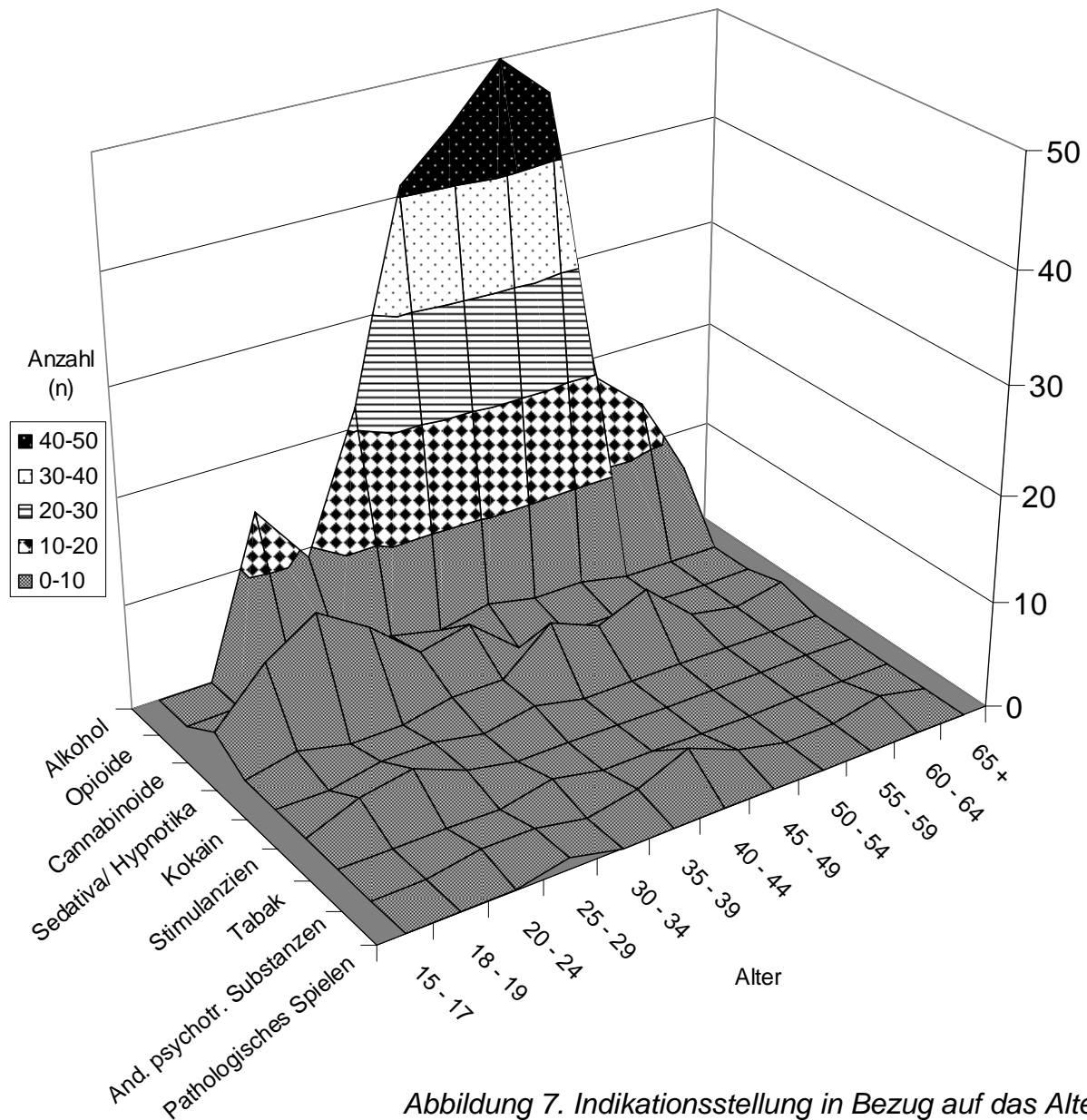


Abbildung 7. Indikationsstellung in Bezug auf das Alter

Die meisten Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit (F10.2) sind zwischen 35 und 55 Jahre alt, der Mittelwert beträgt 44,1 Jahre. Die Opioidabhängigen (F11.2) sind zwischen 20 und 44 Jahre alt, der Mittelwert liegt hier bei 32,7 Jahren. Bei den Cannabisabhängigen ist ein deutlicher Peak zwischen 15 und 30 Jahren zu erkennen, der Mittelwert liegt bei 24,6 Jahren. Dagegen sind die Abhängigen von Sedativa und Hypnotika (F13.3) deutlich älter, ihr Peak liegt bei 40 bis 55 Jahren und ihr Mittelwert bei 44,9 Jahren. Die Stimulantienabhängigkeit ist eher eine Erkrankung des dritten Lebensjahrzehntes (19 bis 28 Jahre) mit einem Mittelwert bei 22,1 Jahren. Die Polytoxikomanie / Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen ist hingegen wieder in den mittleren Jahren zwischen 35 und 55 Jahren angesiedelt. Ihr Mittelwert beträgt 42 Jahre.

1.2 Patientenmerkmale

1.2.1 Alter

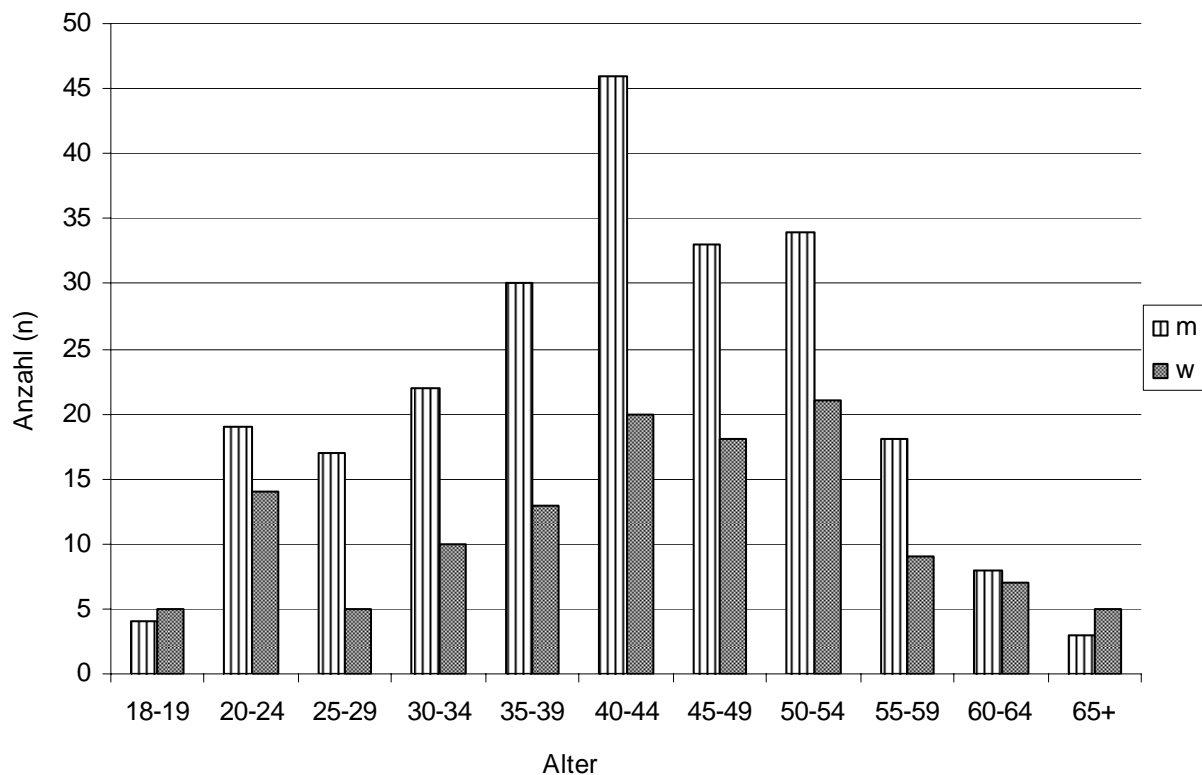


Abbildung 8. Altersverteilung der Patienten (n=361)

Das Durchschnittsalter aller Patienten beträgt 41,3 (41,9 in 2004) Jahre, das Minimum liegt bei 18, das Maximum bei 72 Jahren. 68,4 Prozent der Patienten liegen im Altersbereich zwischen 30 und 54 Jahren. Das Durchschnittsalter der Männer beträgt 41 Jahre, das der Frauen 41,8 Jahre. Im Vergleich zum Jahr 2004 ist ein größerer Gipfel im Bereich von 20-29 Jahren.

1.2.2 Geographische Herkunft

81,7 Prozent der Patienten wohnen im Landkreis Saarlouis, 17,5 Prozent in der Stadt Saarlouis, die Sitz der Einrichtung ist. Die restlichen 64,3 Prozent kommen aus den umliegenden Ortschaften Bous, Dillingen, Ensdorf, Lebach, Rehlingen-Siersburg, Saarwellingen, Schwalbach, Schwarzenholz, Wadgassen, Wallerfangen und Überherrn. In einem größeren Abstand wohnen 19,7 Prozent. Aus den grenznahen Orten in Frankreich stammen 0,9 Prozent. Aus den deutschen überregionalen Gebieten kamen 0,3 Prozent unserer Patienten. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Patienten aus dem Landkreis Saarlouis leicht gestiegen, der aus der Stadt Saarlouis selbst leicht gefallen.

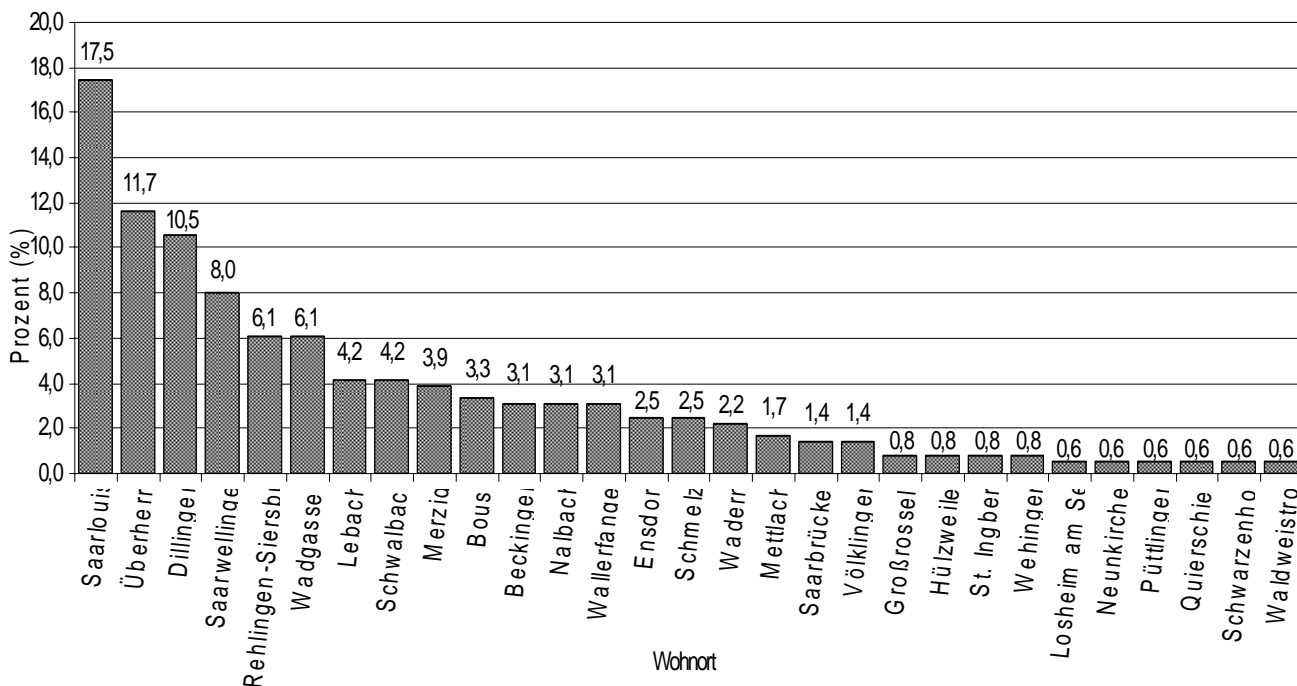


Abbildung 9. Geographische Herkunft (n=361)

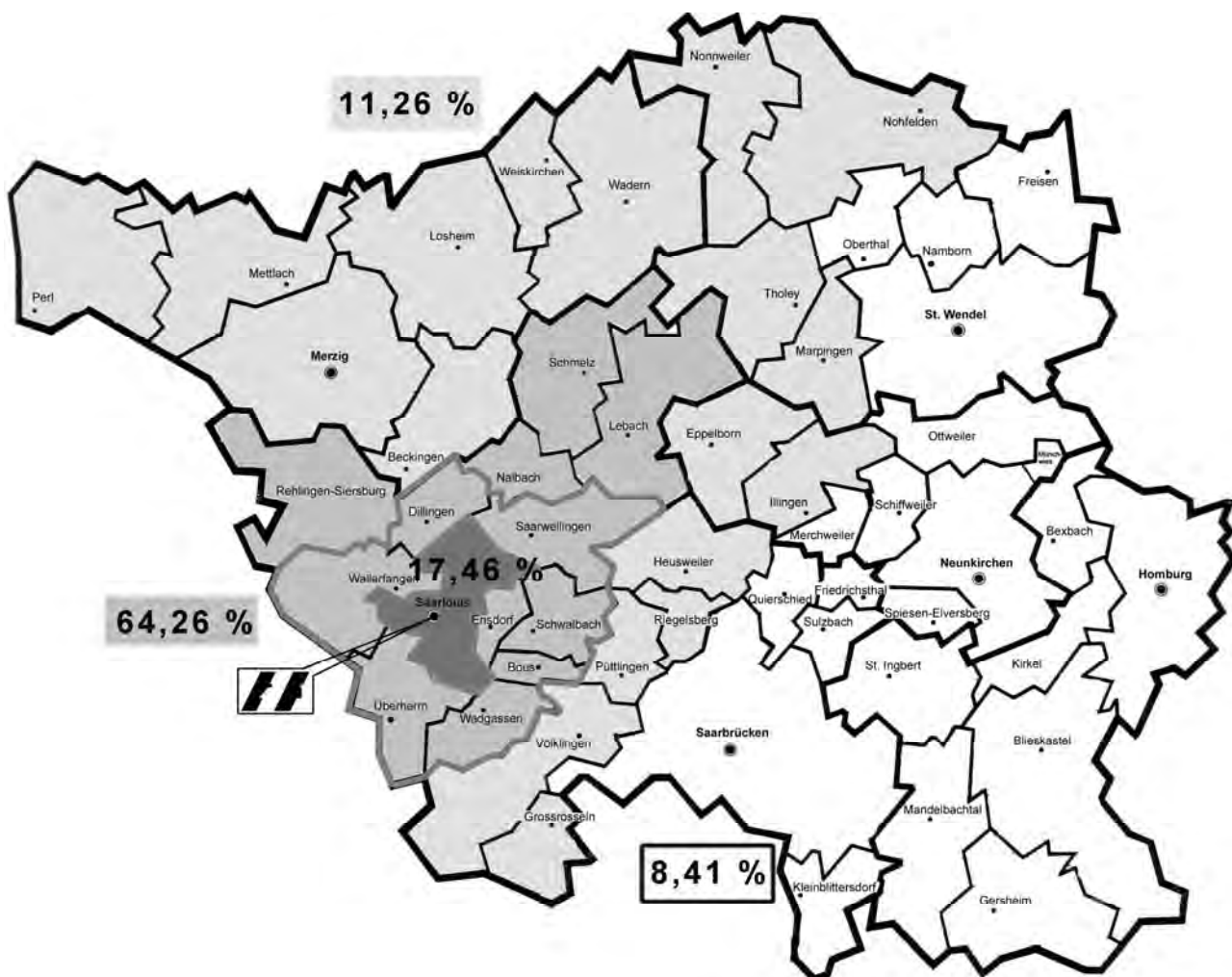


Abbildung 10. Saarlandkarte mit den Haupteinzugsgebieten der Einrichtung

1.2.3 Familienstand

Verheiratet sind zu Therapiebeginn 39 Prozent, weitere 9,7 Prozent sind zwar verheiratet, leben aber getrennt. 17,5 Prozent sind geschieden und 2,2 Prozent verwitwet. Ledig sind 31,6 Prozent aller Patienten. Größere geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich des Familienstandes sind nicht gegeben. Statistisch signifikante Unterschiede zum Betreuungsende liegen ebenfalls nicht vor ($p=0,312$).

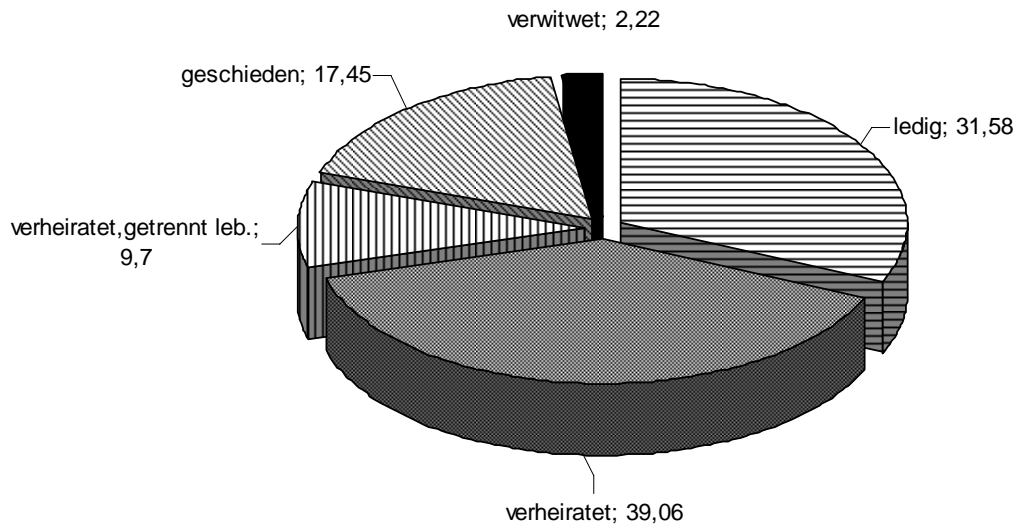


Abbildung 11. Familienstand zu Beginn der Therapie (n=361)

1.2.4 Partnersituation

In einer festen Beziehung leben 61,2 Prozent der Patienten, in einer zeitweiligen Beziehung 3,6 Prozent und 35,2 Prozent sind allein stehend. Auch hier gibt es keine statistischen signifikanten Unterschiede zum Vorjahr ($p=0,293$). Im Vergleich zum Vorjahr leben 4,2 Prozent der Patienten mehr in einer festen Beziehung.

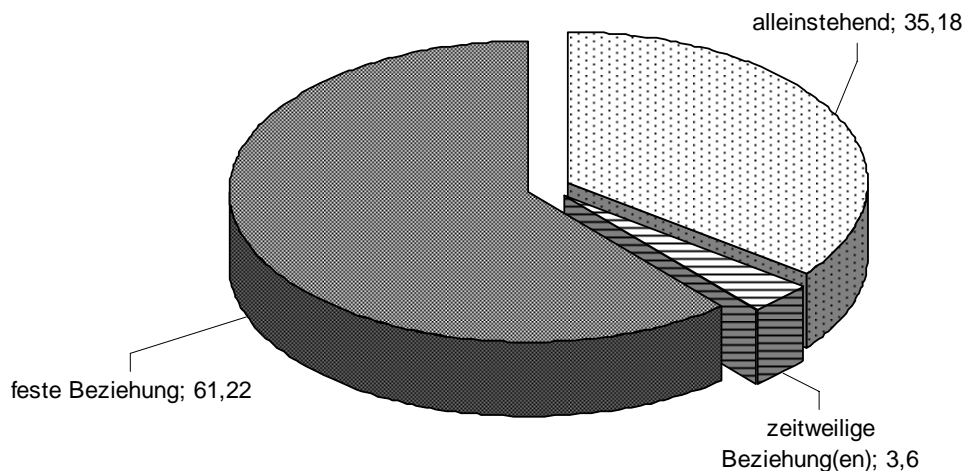


Abbildung 12. Partnersituation zu Beginn der Therapie (n=361)

1.3 Ausbildung und Erwerbstätigkeit

Bezüglich Ausbildung und Erwerbstätigkeit gibt es keine signifikanten Unterschiede zum Vorjahr, was auf ein stabiles Grundkollektiv deutet. Die p-Werte lagen im Bereich von $p=0,08-0,4$.

1.3.1 Schulbildung

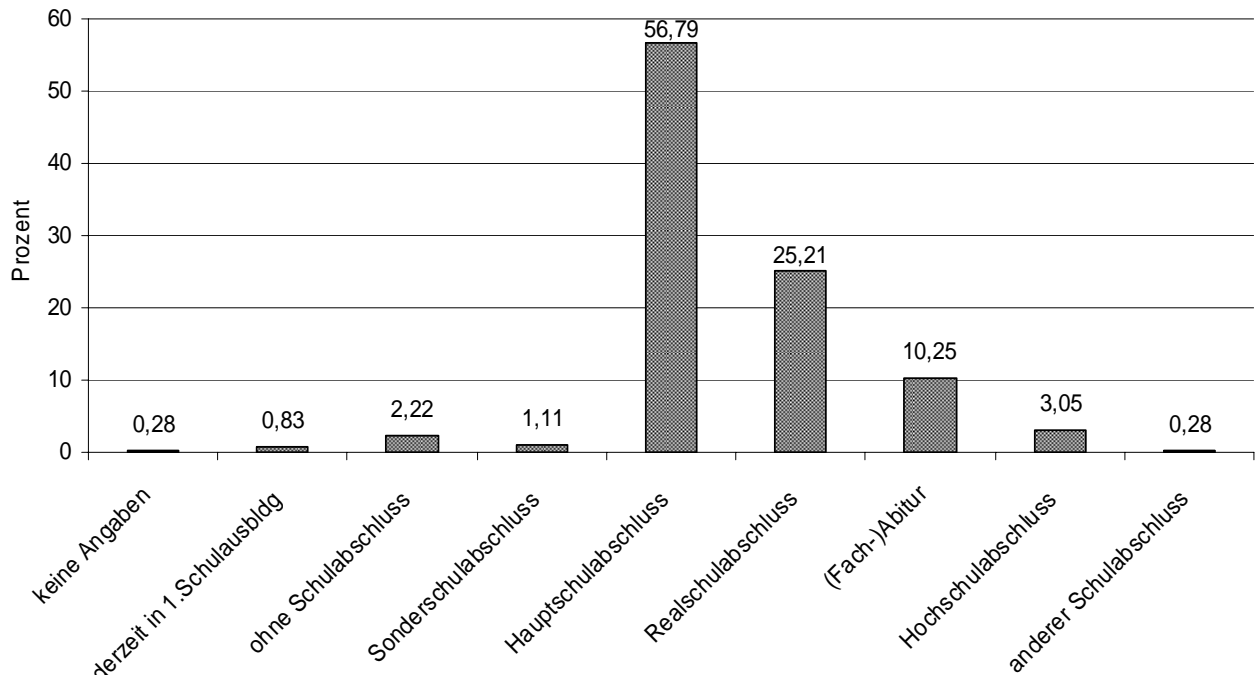


Abbildung 13. Schulbildung bei Aufnahme (n=361)

56,8 Prozent der Patienten haben einen Hauptschulabschluss, 25,2 Prozent einen Realschulabschluss und 10,3 Prozent haben (Fach-) Abitur. Nur 3 Prozent können ein abgeschlossenes Hochschulstudium vorweisen. Ohne Schulabschluss sind 2,2 Prozent der Patienten und 0,8 Prozent befinden sich noch in Schulausbildung. Keine Angaben machten 0,3 Prozent der Patienten.

1.3.2 Erwerbstätigkeit

Bezüglich der Erwerbstätigkeit der Patienten sind deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten. Der Status wird am Beginn und am Ende der Behandlung erhoben. Daraus ergeben sich unterschiedliche Grundzahlen (n) in der Betrachtung. In der graphischen Darstellung wird zwischen Männern und Frauen unterschieden.

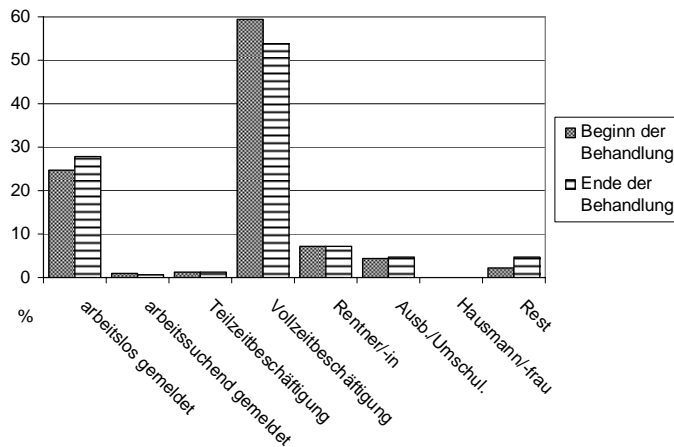


Abbildung 14. Erwerbstätigkeit Männer
($n_{\text{Beginn}}=234$, $n_{\text{Ende}}=169$)

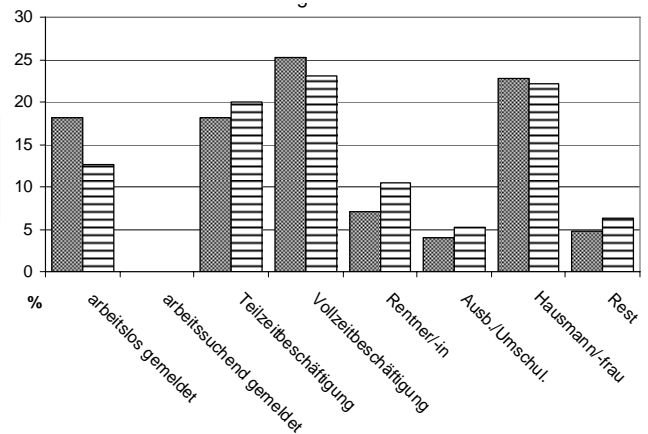


Abbildung 15. Erwerbstätigkeit Frauen
($n_{\text{Beginn}}=127$, $n_{\text{Ende}}=95$)

Insgesamt 60,7 Prozent der Männer und 43,3 Prozent der Frauen sind zu Beginn der Therapie erwerbstätig. Arbeitslos / arbeitssuchend sind 25,6 Prozent der Männer und 18,1 Prozent der Frauen. 22,8 Prozent der Frauen nehmen als Hausfrau nicht am Erwerbsleben teil. Es befinden sich 4,3 Prozent der Männer und 3,9 Prozent der Frauen in Ausbildung oder einer Umschulung. Die Antworten „sonstige“ und „unbekannt“ wurden in der Kategorie Rest zusammengefasst.

55,1 Prozent der Männer und 43,3 Prozent der Frauen haben bei der Entlassung eine Voll- oder Teilzeitstelle. Während der Vorbereitungsphase hat sich der Erwerbsstatus kaum geändert.

Der Arbeitslosenanteil der Männer stieg während des Behandlungszeitraums um 3,1 Prozent an. Bei den Frauen waren zum Ende der Behandlung 5,4 Prozent weniger arbeitslos. Der Anteil der Arbeitssuchenden veränderte sich nicht.

7,3 Prozent der Männer und 7 Prozent der Frauen sind zu Beginn der Behandlung berentet. Am Ende der Rehabilitationsvorphase sind es 10,5 Prozent der Frauen. Die hinzugekommenen Rentnerinnen rekrutieren sich hauptsächlich aus den „Arbeitslosen“ zu Beginn der Behandlung.

1.4 Angaben zum Abhängigkeitsverlauf

1.4.1 Abhängigkeitsdauer

Die Abhängigkeitsdauer bezieht sich auf alle vergebenen Abhängigkeitsdiagnosen ($n=654$). Damit wurden im Schnitt zwei Einzeldiagnosen pro Patient vergeben.

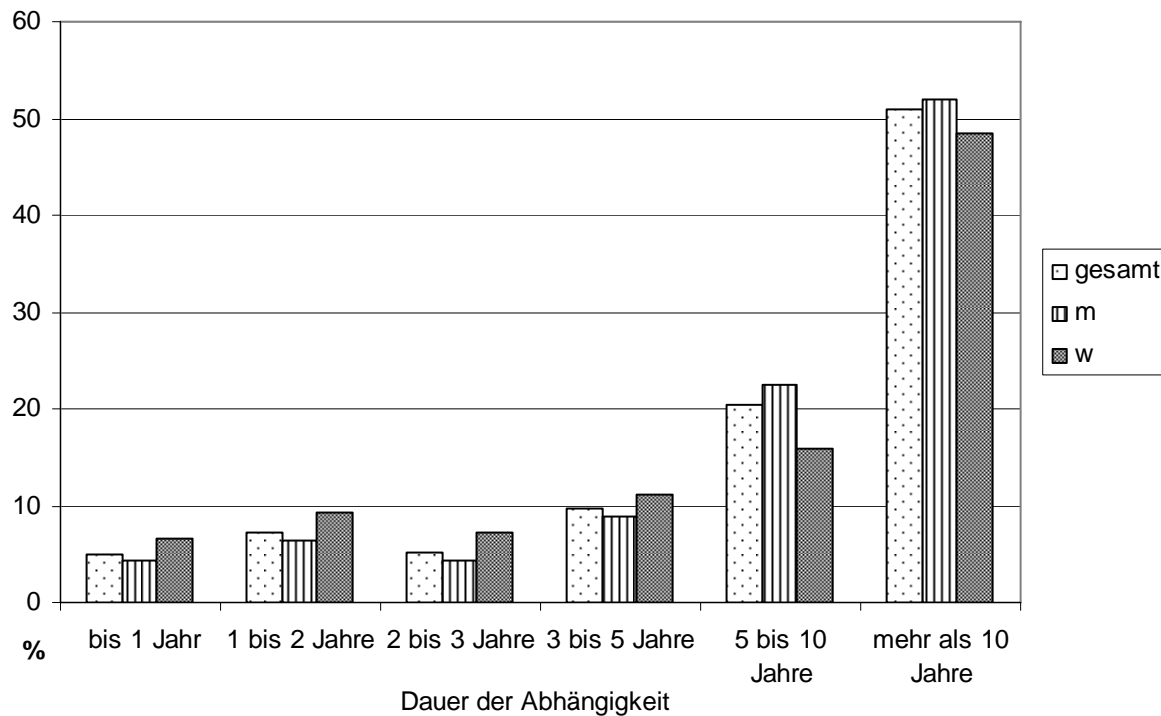


Abbildung 16. Abhängigkeitsdauer (gesamt/m/w) bis zur Aufnahme bei lanua G.P.S.

Eine Abhängigkeitsdauer unter einem Jahr besteht bei 5,1 Prozent der Diagnosen (4,4 Prozent bei den Männern und 6,6 Prozent bei den Frauen). Damit waren signifikant mehr Patienten mit einer Abhängigkeitsdauer bis zu einem Jahr in Behandlung, $p=0,029$.

Eine Abhängigkeitsdauer bis zu drei Jahren wird insgesamt von 17,5 Prozent angegeben (15,1 Prozent der Männer und 23 Prozent der Frauen). 30,1 Prozent der Patienten sind zwischen vier und zehn Jahre lang abhängig (31,4 Prozent der Männer und 27 Prozent der Frauen). Es sind also 50,9 Prozent aller Patienten länger als 10 Jahre abhängig, bevor sie in unserer Einrichtung eine Behandlung aufnehmen (51,9 Prozent bei den Männern und 48,5 Prozent bei den Frauen).

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer bei den Männern beträgt 13,2 Jahre und bei den Frauen 12,8 Jahre.

In Abbildung 17 ist die Abhängigkeitsdauer in Bezug zur Hauptdiagnose dargestellt. Mit Behandlungsaufnahme ist die Aufnahme in unsere Einrichtung gemeint. Auffällig ist die lange Abhängigkeitsdauer der Alkoholiker (F10) vor Behandlungsbeginn. 54 Prozent sind zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme bei lanua G.P.S. seit mehr als zehn Jahren abhängig. Die mittlere Abhängigkeitsdauer für Alkoholiker beträgt 13,6 Jahre. Sie liegt damit deutlich über der mittleren Abhängigkeitsdauer für Cannabis, Sedativa und

Hypnotika, sowie für Polytoxikomanie / andere Substanzen mit jeweils 8,4 bis 8,6 Jahren.

	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F19
bis 1 Jahr	4,1 %	8 %	1,5 %	11,1 %	17,4 %	9,5 %	8,3 %	27,3 %
bis 2 Jahre	5,6 %	0 %	14,9 %	17,8 %	4,4 %	17,5 %	0 %	0,00 %
bis 3 Jahre	4,1 %	8 %	14,9 %	6,7 %	4,4 %	7,9 %	0 %	9,1 %
bis 5 Jahre	10,5 %	4 %	11,9 %	8,9 %	13,0 %	12,7 %	8,3 %	18,2 %
bis 10 Jahre	22,1 %	32 %	20,9 %	17,8 %	26,1 %	22,2 %	33,3 %	18,2 %
mehr als 10 Jahre	53,6 %	48 %	35,8 %	37,8 %	34,8 %	30,2 %	50,0 %	27,3 %

Tabelle1 : Dauer der Abhängigkeit in Bezug auf die Aufnahme bei lanua G.P.S. mbH und auf die Einzeldiagnosen (n=654)

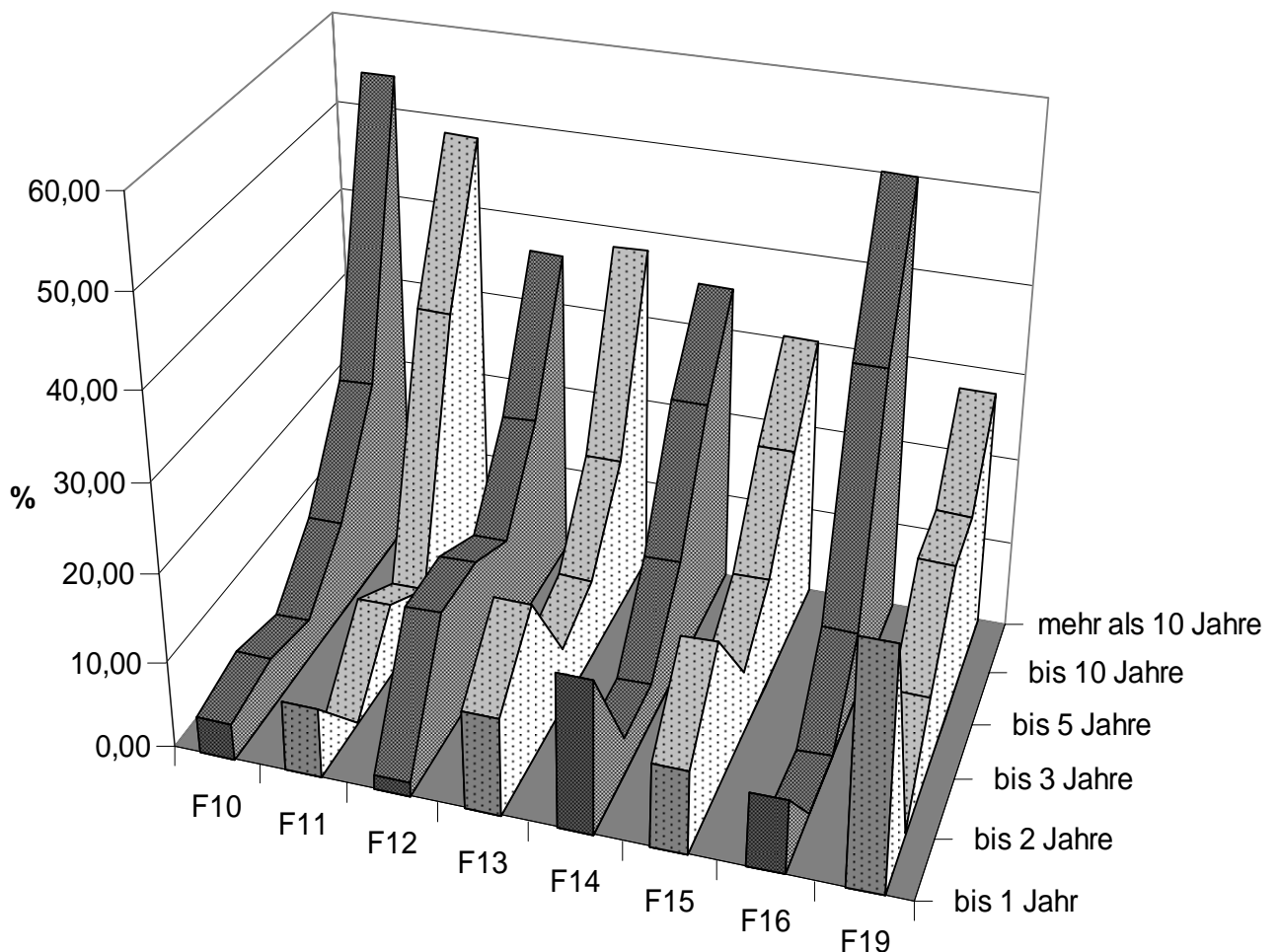
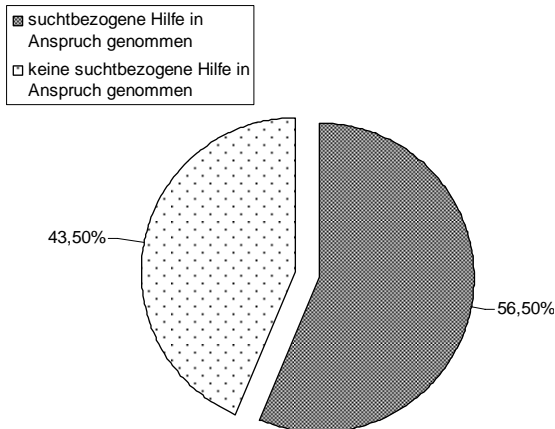


Abbildung 17. Vergleich der Abhängigkeitszeit bezogen auf die Diagnose bis zur Aufnahme bei lanua G.P.S.mbH

1.4.2 Vorbehandlungen vor Behandlungsbeginn



Bei 43,5 Prozent der Patienten handelt es sich um die Erstbehandlung. 56,5 Prozent der Patienten hatten schon früher eine suchtbezogene Behandlung oder Beratung.

Abbildung 18. je zuvor suchtbezogene Hilfe ja / nein (n=361)

40 Prozent derer mit vorangegangener suchtbezogener Hilfe hatten eine oder mehrere ambulante Suchtberatungen in Anspruch genommen, 67,5 Prozent waren entgiftet worden und 9,3 Prozent hatten eine Selbsthilfegruppe besucht. Bei 17,6 Prozent war eine ambulante und bei 34,8 Prozent eine stationäre Entwöhnungsmaßnahme vorangegangen.

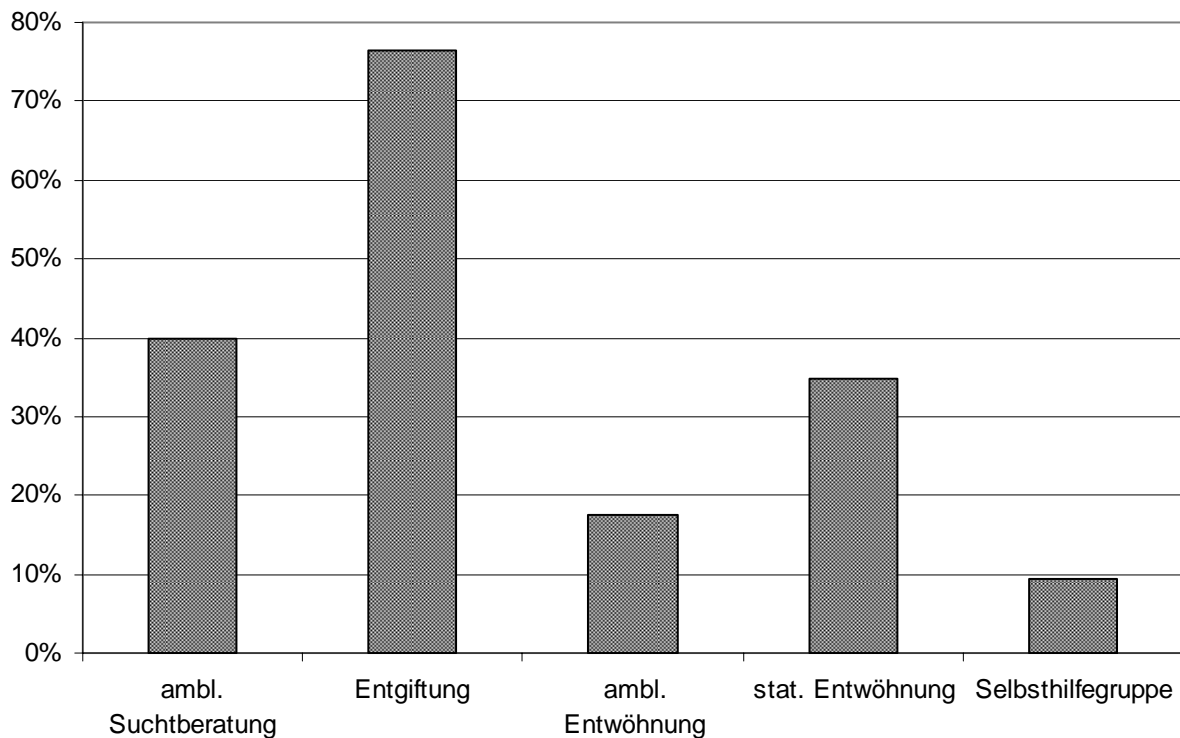


Abbildung 19. Anteil der verschiedenen Vorbehandlungen an der Gesamtzahl der Vorbehandlungen (n=204)

1.4.3 Entgiftungsbehandlung vor Behandlungsbeginn

Hier wurden nur Entgiftungsbehandlungen vor Behandlungsbeginn berücksichtigt, nicht aber die Entgiftungsbehandlung im Rahmen dieser Behandlung.

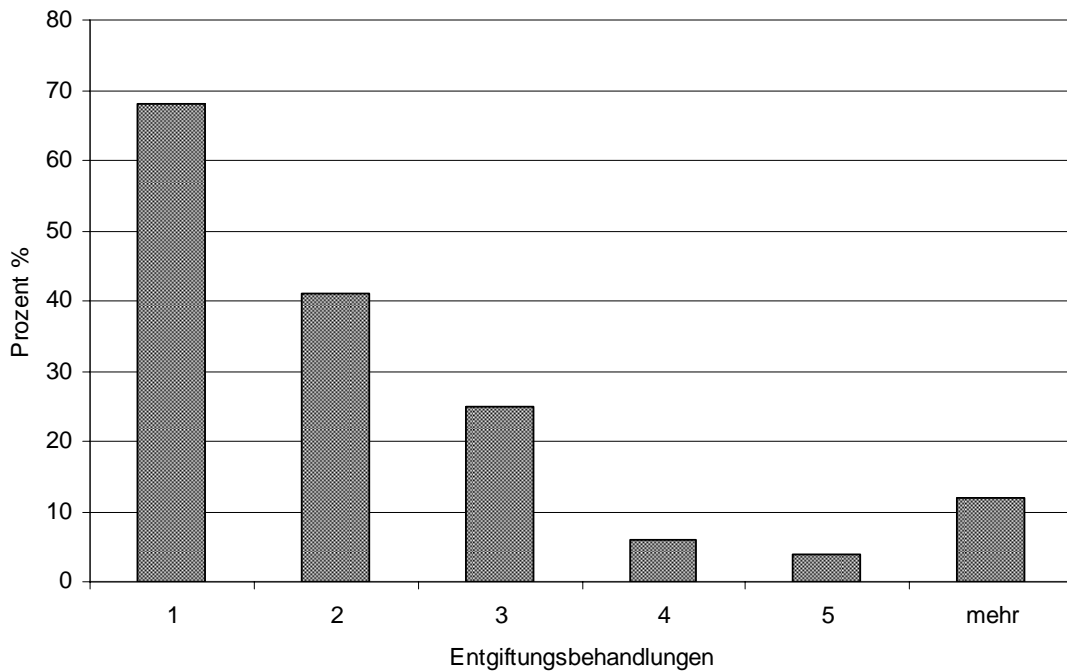


Abbildung 20. Entgiftungsbehandlungen vor Behandlungsbeginn (n=156)

56,7 Prozent der Patienten hatten sich vor Behandlungsbeginn noch keiner Entgiftungsbehandlung unterzogen. Von den 43,7 Prozent, die eine solche Behandlung in Anspruch genommen hatten, taten dies 43,6 Prozent einmal, 26,3 Prozent zweimal, 16 Prozent dreimal und 14,1 Prozent viermal und öfter. 96,3 Prozent der Patienten beendeten diese Maßnahme planmäßig.

1.4.4 Ambulante/stationäre Entwöhnungsbehandlungen vor Behandlungsbeginn

9,9 Prozent aller Patienten nahmen vor Behandlungsbeginn an einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung (17,6 Prozent der vorbehandelten, 3,1 Prozent in unserer Einrichtung) und 19,6 Prozent (34,8 Prozent der vorbehandelten) an einer stationären Entwöhnungsbehandlung teil.

Von den Patienten, die eine ambulante Entwöhnungsbehandlung in Anspruch nahmen, gaben 19,4 Prozent an, zwei und 5,6 Prozent an, drei ambulante Entwöhnungsbehandlungen absolviert zu haben. Von den Patienten, bei denen eine stationäre Entwöhnungsbehandlung vorangegangen war, hatten 26,8 Prozent zwei, 5,6 Prozent drei und 1,4 Prozent vier dieser Maßnahmen absolviert. 51,4 Prozent der ambulanten Entwöhnungsmaßnahmen und 77,6 der stationären wurden planmäßig beendet.

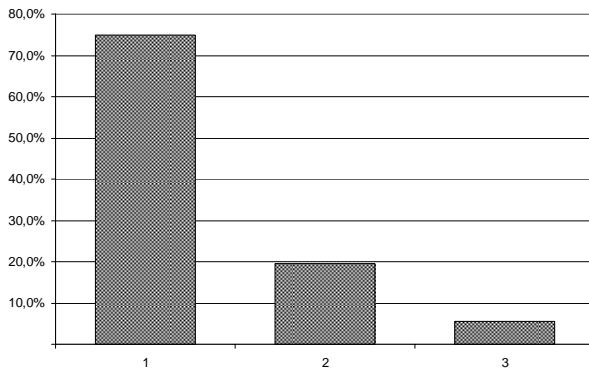


Abbildung 21. amb. Entwöhnungen (n=36)

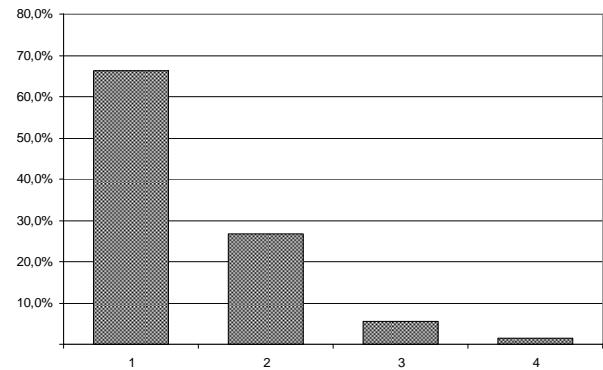


Abbildung 22. stat. Entwöhnungen (n=71)

1.4.5 Erstbehandlung/Erst-/Wiederaufnahme in Abhängigkeit der Hauptdiagnose

In Tabelle 2 sind Erstbehandlungen und Wiederbehandlungen nach Hauptdiagnosen und Geschlecht differenziert. Bei den Wiederbehandlungen wird zwischen Erstaufnahmen und Wiederaufnahmen in der Einrichtung unterschieden.

Hauptdiagnose	Männer				
	Erstbe- handelt	Wiederbehandelt		Gesamt	
		Erstauf- nahme	Wieder- aufnahme	Abs.	%
Alkohol	40,2%	68,3%	31,7%	174	75,0%
Opioide	50,0%	25,0%	75,0%	8	3,4%
Cannabinoide	37,0%	64,7%	35,3%	27	11,6%
Sedativa/ Hypnotika	77,8%	50,0%	50,0%	9	3,9%
Kokain	100,0%			1	0,4%
Stimulanzien				0	
And. psychotr. Substanzen	66,7%		100,0%	3	1,3%
Pathologisches Spielen	100,0%			1	0,4%
ohne	37,5%	60,0%	40,0%	8	3,4%
Gesamt Abs.	98	88	46	232	100,0%
%	42,2%	37,9%	19,8%	100,0%	

Hauptdiagnose	Frauen				
	Erstbe- handelt	Wiederbehandelt		Gesamt	
		Erstauf- nahme	Wieder- aufnahme	Abs.	%
Alkohol	38,9%	78,2%	21,8%	90	70,9%
Opioide	25,0%	100,0%		4	3,1%
Cannabinoide	66,7%	100,0%		6	4,7%
Sedativa/ Hypnotika	66,7%	66,7%	33,3%	9	7,1%
Kokain	50,0%	100,0%		2	1,6%
Stimulanzien	50,0%	66,7%	33,3%	6	4,7%
And. psychotr. Substanzen	40,0%	100,0%		5	3,9%
Pathologisches Spielen				0	
ohne	100,0%			5	3,9%
Gesamt Abs.	57	56	14	127	100,0%
%	44,9%	44,1%	11,0%	100,0%	

Tabelle 2 a/b: Hauptdiagnose/Aufnahmen bei lanua, m/w

Es ist zu erkennen, dass bei den alkoholabhängigen Männern die Wiederaufnahme in der Einrichtung um 10 Prozent höher lag, als bei den Frauen. Die Erstbehandlungsquote bei opioidabhängigen Männern war doppelt so groß wie bei Frauen. Bei der Indikation Cannabisabhängigkeit und Kokainabhängigkeit zeigt sich das umgekehrte Bild.

Hauptdiagnose	Alle				
	Erstbe- handelt	Wiederbehandelt		Gesamt	
		Erstauf- nahme	Wieder- aufnahme	Abs.	%
Alkohol	39,8%	71,7%	28,3%	264	73,5%
Opioide	41,7%	57,1%	42,9%	12	3,3%
Cannabinoide	42,4%	68,4%	31,6%	33	9,2%
Sedativa/ Hypnotika	72,2%	60,0%	40,0%	18	5,0%
Kokain	66,7%	100,0%		3	0,8%
Stimulanzien	50,0%	66,7%	33,3%	6	1,7%
Tabak		100,0%		1	0,3%
And. psychotr. Substanzen	50,0%	75,0%	25,0%	8	2,2%
Pathologisches Spielen	100,0%			1	0,3%
ohne	61,5%	60,0%	40,0%	13	3,6%
Gesamt Abs.	155	144	60	359	100,0%
%	43,2%	40,1%	16,7%	100,0%	

Tabelle 2 c: Hauptdiagnose/Aufnahmen bei lanua, gesamt

1.5 Behandlungsverlauf

Von der Gesamtzahl der Patienten in der Rehabilitationsvorphase wurden 73 Prozent parallel in der kooperierenden fachärztlichen Vertragsarztpraxis entgiftet.

1.5.1 Vermittlungsquote

In die Berechnung der Vermittlungsquote gehen alle neu aufgenommene Patienten aus dem Jahr 2005 ein (n=261). Der prozentuale Anteil der Vermittelten stellt die Vermittlungsquote dar. Vermittelt wurde entweder in eine ambulante oder stationäre Suchtrehabilitation, ein Patient in eine psychiatrische/psychologische Behandlung (0,4 Prozent). Insgesamt wurden im Jahr 2005 **54,02 Prozent** der Patienten vermittelt, d.h. 141 Patienten. 51,3 Prozent sind in eine ambulante Suchtrehabilitation und 2,3 Prozent in eine stationäre Suchtrehabilitation vermittelt worden. Die Vermittlungsquote unserer Einrichtung ist über Jahre konstant (2002: 51,6%; 2003: 55,8%; 2004: 52,6%), sie schwankt mit 2% um 53,5 Prozent.

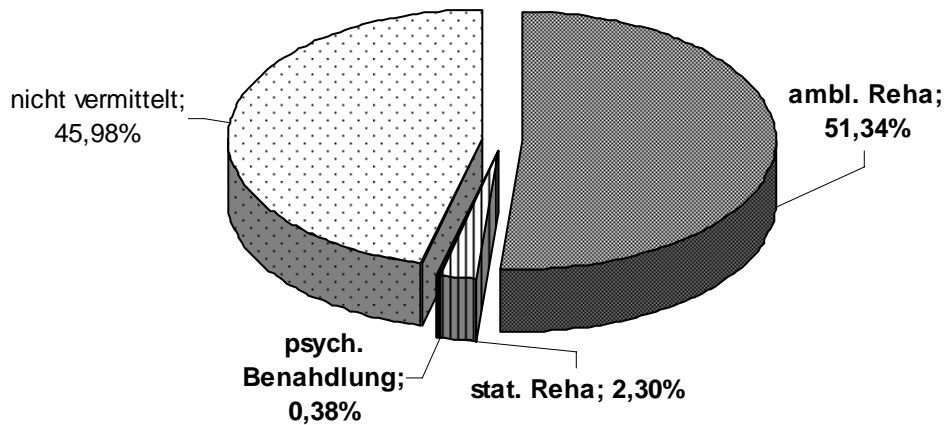


Abbildung 23. Vermittlungsquote im Jahr 2004 (n=261), Vermittlungsquote 54,02%

1.5.1.1 Vermittlungsquote bezogen auf das Geschlecht

Insgesamt wurden mehr Männer als Frauen vermittelt. Die Vermittlungsquote der Männer lag bei 56,1 Prozent und die der Frauen bei 50 Prozent. Betrachtet man nur die Vermittlungsquote in ambulante Rehabilitation, gibt es nur noch einen geschlechtsspezifischen Unterschied von 2 Prozent.

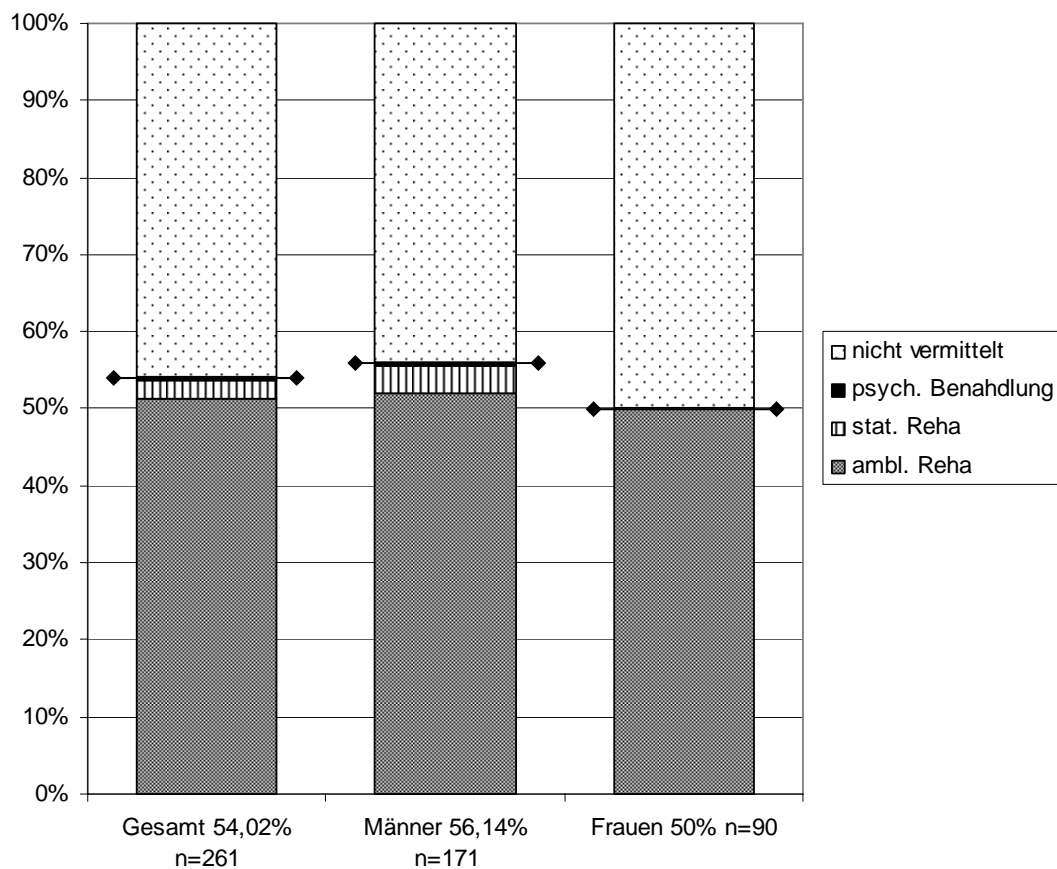


Abbildung 24. Abhängigkeit der Vermittlungsquote vom Geschlecht

1.5.1.2 Vermittlungsquote bezogen auf die Hauptdiagnose

In die Auswertung der Vermittlungsquote in Bezug auf die Hauptdiagnose wurden nur Hauptdiagnosen berücksichtigt mit mindestens zehn Patienten (n=252). Vorsichtig ist die Vermittlungsquote für die Diagnose F55 auf Grund der kleinen Fallzahl zu sehen.

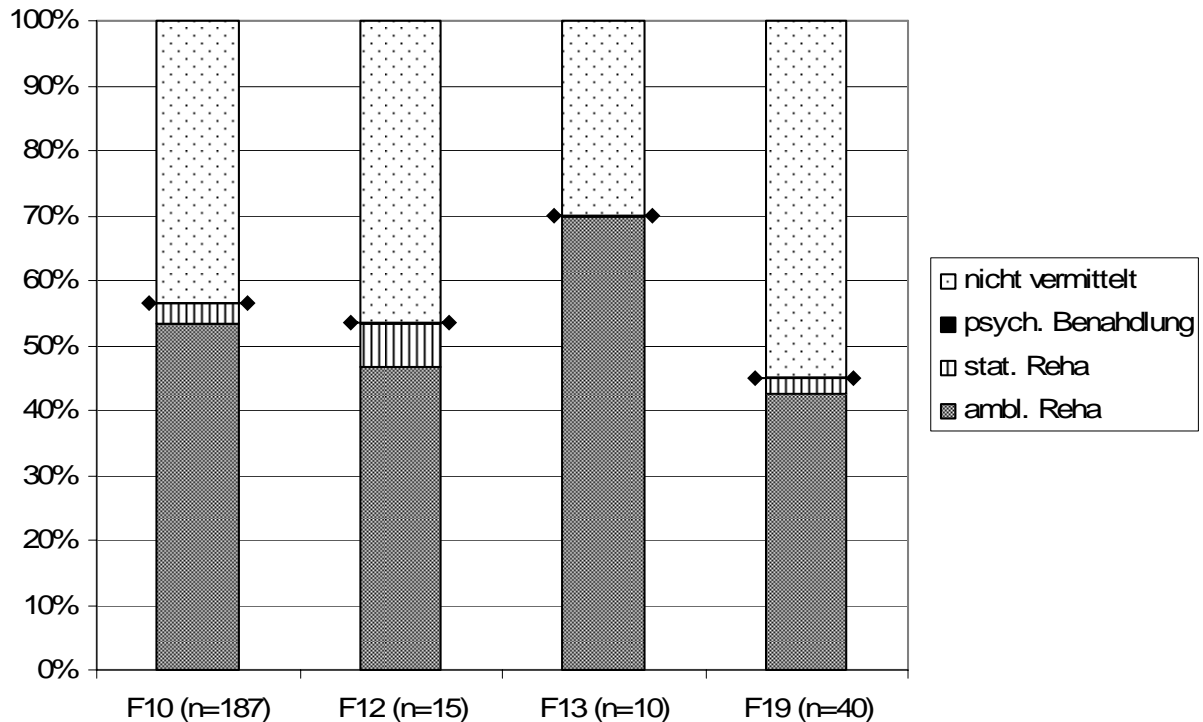


Abbildung 25. Vermittlungsquote in Abhängigkeit der Hauptdiagnose

Die Vermittlungsquote der Alkoholabhängigen (F10.2) liegt mit 56,7 Prozent leicht über der allgemeinen Vermittlungsquote. Knapp unter der allgemeinen Vermittlungsquote liegt die Hauptdiagnose Cannabisabhängigkeit (F12.2) 53,4 Prozent. Die Polytoxikomanie (F19.2) liegt mit einer Vermittlungsquote von 45 Prozent deutlich unter dem Durchschnitt. Die Vermittlungsquote von Abhängigen von Sedativa und Hypnotika (F13.2) ist mit 70 Prozent die höchste.

1.5.1.3 Vermittlungsquoten bezogen auf die einzelnen Krankenkassen

Die Vermittlungsquote ist bei den AOK-Versicherten mit 45,2 Prozent am niedrigsten. Die BEK, BKK's, Knappschaft, DAK, GEK und Postbeamtenkasse B liegen ± 4 Prozent um den Wert der allgemeinen Vermittlungsquote von 54,02 Prozent. Bei den BKK's ist nur für die BKK Ford mit einer Quote von 33,3 Prozent eine differenzierte Aussage zu treffen, da ansonsten die Fallzahlen in den einzelnen Betriebskrankenkassen zu klein

sind. Der hohe Anteil der Versicherten in der BKK Ford ist mit den ortsansässigen Fordwerken zu erklären.

Besonders hohe Vermittlungsquoten sind bei der IKK mit 71,8 Prozent und der TKK mit 70,6 Prozent zu beobachten. Bei den Versicherten der Debeka fällt der hohe Anteil an Vermittlungen in stationäre Rehabilitation auf. Die höchste Vermittlungsquote ist bei den Privatversicherten mit 83,3 Prozent (n=6) zu beobachten. Insgesamt gingen 252 Patienten in die Berechnungen mit ein, die restlichen neun gaben keine Krankenkasse an und wurden auch nicht vermittelt.

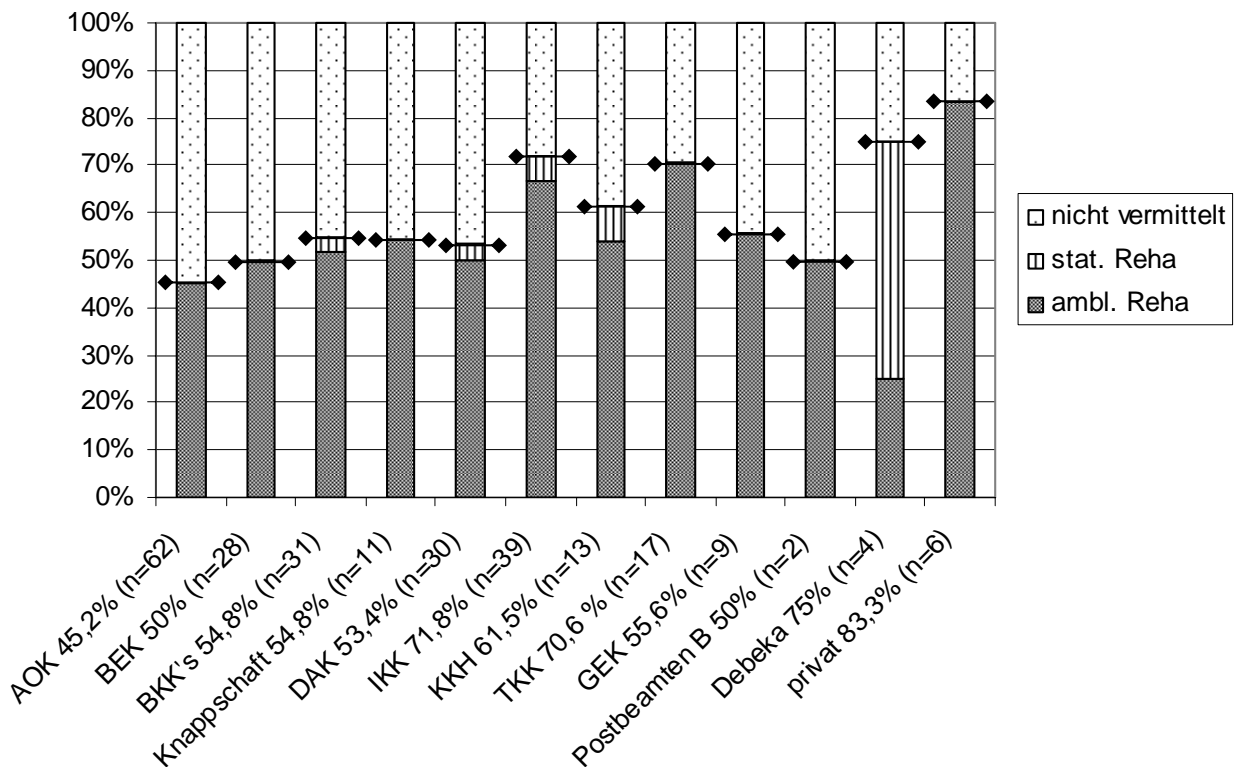


Abbildung 26a. Vermittlungsquote in Abhängigkeit der Krankenkassenzugehörigkeit (n=252)

1.5.1.4 Vermittlungsquoten in Managed-Care-Programmen der Krankenkassen

Zwischen lanua G.P.S. und Krankenkassen bestehen vertragliche Vereinbarungen zur Intensivierung der Rehabilitationsvorphase. Im Sinne von Managed-Care-Programmen werden diese Vereinbarungen von diesen Krankenkassen zu einem intensivierten Fallmanagement ihrer Versicherten genutzt. Solche Vereinbarungen bestehen mit der IKK-Südwest direkt, dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Rheinland-Pfalz/Saar, sowie als „Integrierte Versorgung Sucht“ mit der Deutschen Angestellten Krankenkasse Rheinland-Pfalz/Saar. Der Vereinbarung mit den Betriebskrankenkassen ist die BKK Ford nicht beigetreten. Für alle Versicherten der genannten Krankenkassen gelten gemeinsame Bedingungen, zu denen das

Einschreiben in ein Programm, bzw. eine besondere Zuweisung, ein festgelegtes Behandlungskonzept, eine Verlaufsmittlung an die Krankenkasse, sowie eine Evaluation gehören. Auf Grund dieser gemeinsamen Merkmale fassen wir die Patienten in diesen Programmen zu einem gemeinsamen Kollektiv zusammen und vergleichen die Ergebnisqualität mit dem Restkollektiv von Patienten.

An Managed-Care-Programmen von Krankenkassen haben insgesamt 70 Patienten von 261 Erstkontakten in diesem Jahr teilgenommen (26,8 Prozent der Patienten), BKK: n=16 ohne BKK-Ford, IKK: n=39, DAK-„Integrierte Versorgung Sucht“ (seit Juli 2005): n=15.

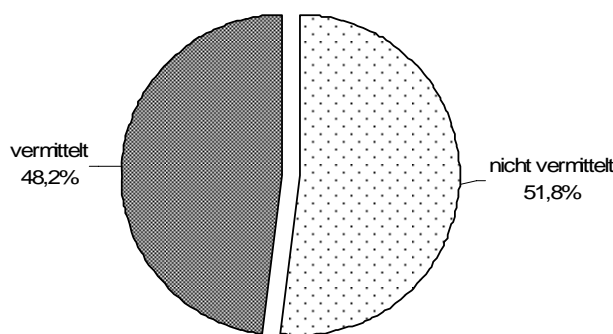


Abbildung 26b. ohne Programm (n=191)

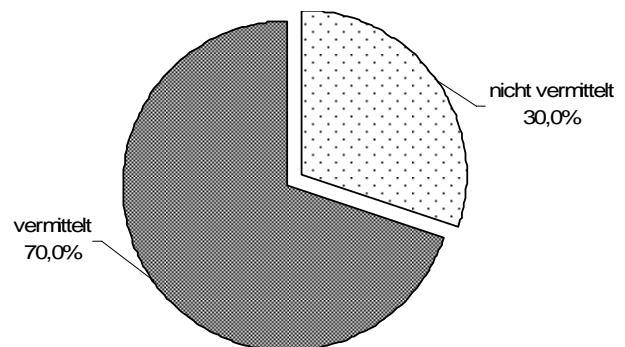


Abbildung 26c. Managed-Care-Programme (n=70)

Wie aus den Abbildungen zu erkennen ist, konnte im Rahmen der Managed-Care-Programmen ein wesentlich höherer Prozentsatz der Patienten in eine nachfolgende Rehabilitation vermittelt werden. Der statistische Vergleich zwischen den beiden Gruppen ist hoch signifikant $p=0,0016$. Auf Grund des Vergleichs gibt es also eine starke Evidenz für die Wirksamkeit von Managed-Care-Programmen zur Verbesserung der Versorgung von Suchtkranken.

1.5.2 Art der Beendigung der Vorbereitungsphase

In dieser Darstellung wird die Art der Beendigung der Vorbereitungsphase **aller** Patienten des Jahres 2005 differenziert (n=361).

Zum Jahresende 2005 waren 2,2 Prozent (n=8) der Patienten noch in einer Vorbereitungsbehandlung, d.h. sie waren zu diesem Zeitpunkt noch nicht vermittelt oder hatten die Vorbereitungsbehandlung noch nicht beendet. 13,6 Prozent (n=49) beendeten die Vorbereitungsbehandlung planmäßig und 2,2 Prozent (n=8) mit therapeutischem Einverständnis. Sie nahmen nicht an einer Suchtrehabilitationsmaßnahme teil. 64,8 Prozent (n=234) der Patienten beendeten ihre Vorbereitungsphase mit dem Beginn einer ambulanten oder stationären

Suchtrehabilitation. Die restlichen 17,2 Prozent (n=62) beendeten die Vorbereitungsphase unplanmäßig: in 1,7 Prozent der Fälle wurde die Beratung von unserer Einrichtung abgebrochen, 15,5 Prozent der Patienten beendeten diese von sich aus.

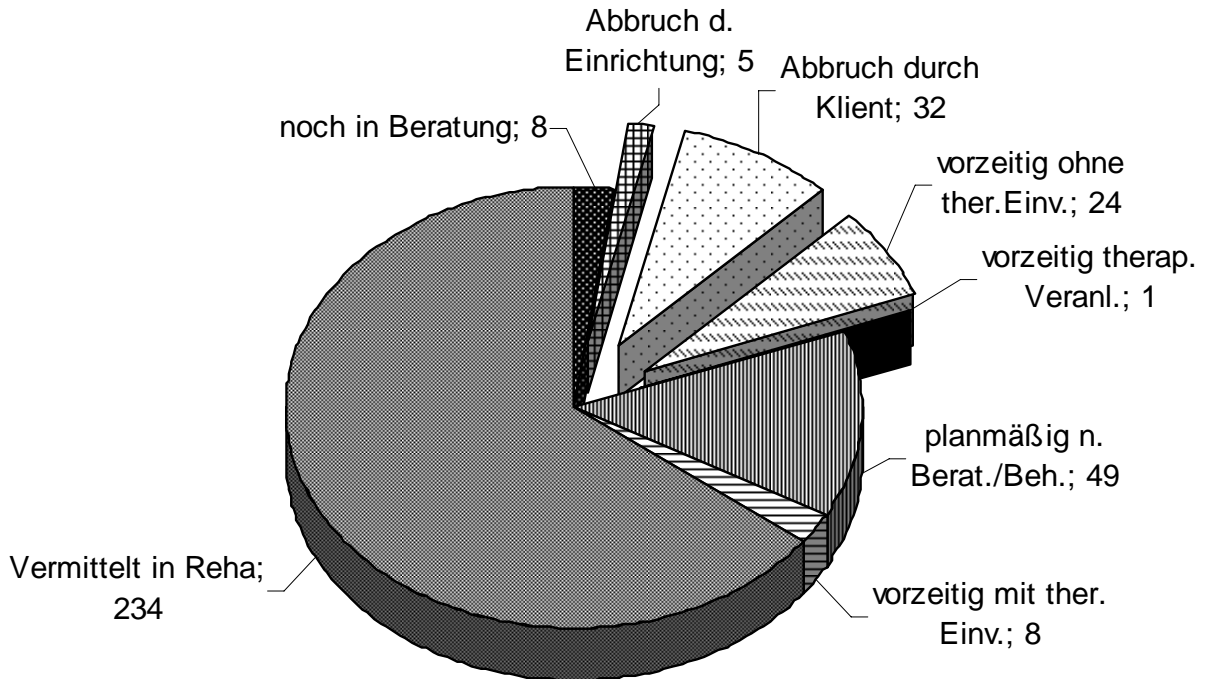


Abbildung 27. Art der Beendigung der Vorbereitungsphase aller Patienten im Jahr 2005 (n=361)

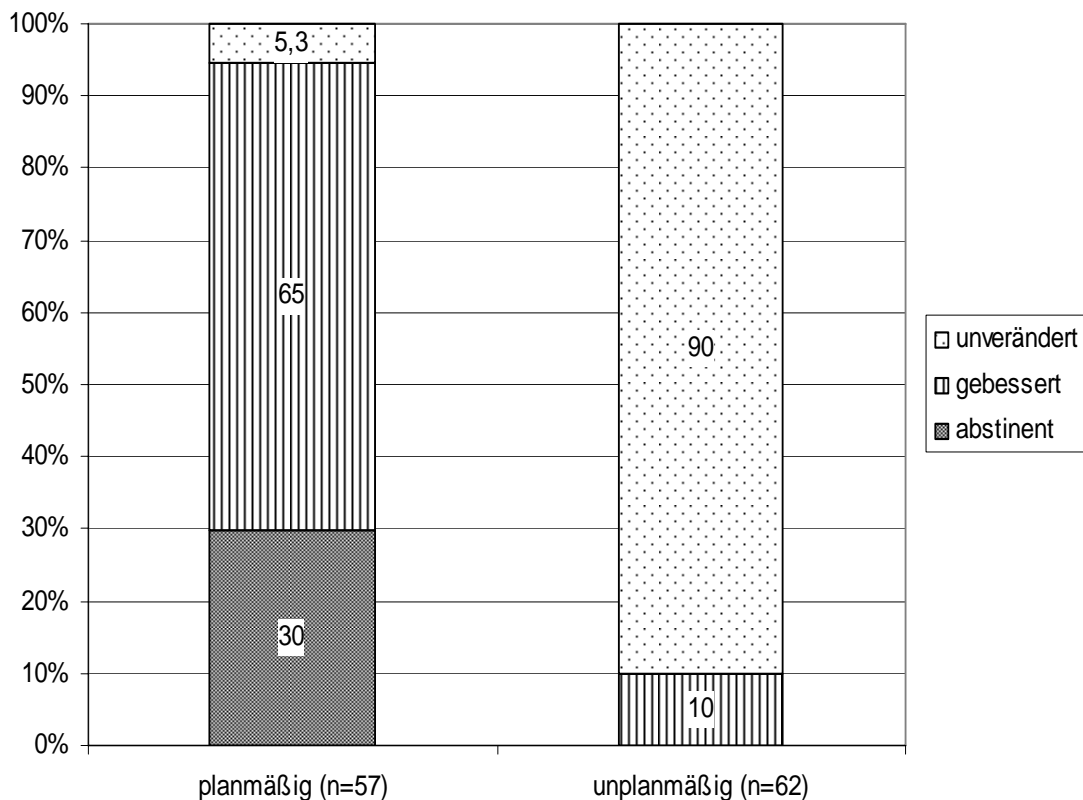


Abbildung 28. Beurteilung der Symptomatik bei Betreuungsende der Vorbereitung

Eine Beurteilung der Symptomatik am Ende der Betreuung ist nur für die nicht vermittelten und beendeten Patienten zu treffen, da dieser Punkt nur einmal am Ende der Gesamtbehandlung, also für die „Vermittelten“ am Ende ihrer Rehabilitation, erhoben wird. Von den Patienten mit unplanmäßiger Beendigung waren 10 Prozent gebessert und 90 Prozent unverändert. 30 Prozent der planmäßig Entlassenen waren abstinent, 65 Prozent gebessert und nur 5,3 Prozent beendeten unverändert in Bezug auf ihre Symptomatik.

1.5.3 Behandlungsdauer der Vorbereitungsphase

Bei der Betrachtung der Behandlungsdauer der Vorbereitungsphase werden drei Patientengruppen unterschieden. Zum einen die Beratungspatienten, die lediglich eine Beratung oder Motivationsbehandlung in Anspruch nahmen und zum anderen die Patienten, die nach der Vorbereitungsphase in eine Rehabilitation vermittelt wurden. Die Beratungspatienten werden noch einmal anhand ihrer Art der Beendigung unterschieden. Es gehen nur Patienten ein, die die Vorbereitungsphase abgeschlossen haben.

1.5.3.1 Behandlungsdauer der planmäßig beendeten Beratungspatienten

Es haben 78 im Jahr 2005 behandelte Patienten die Vorbereitungsphase planmäßig beendet. Der Median liegt bei 23,5 Tagen (3 Wochen), der Mittelwert bei 44,4 Tagen (6,3 Wochen). 25 Prozent der Patienten waren nicht länger als 7 Tage in Beratung und 25 Prozent länger als 48 Tage. Im Schnitt kamen diese Patienten zu 2,6 Einzelgesprächen und 3 Motivationsgruppen, maximal wurden 14 Einzelgespräche und 21 Motivationsgruppen besucht.

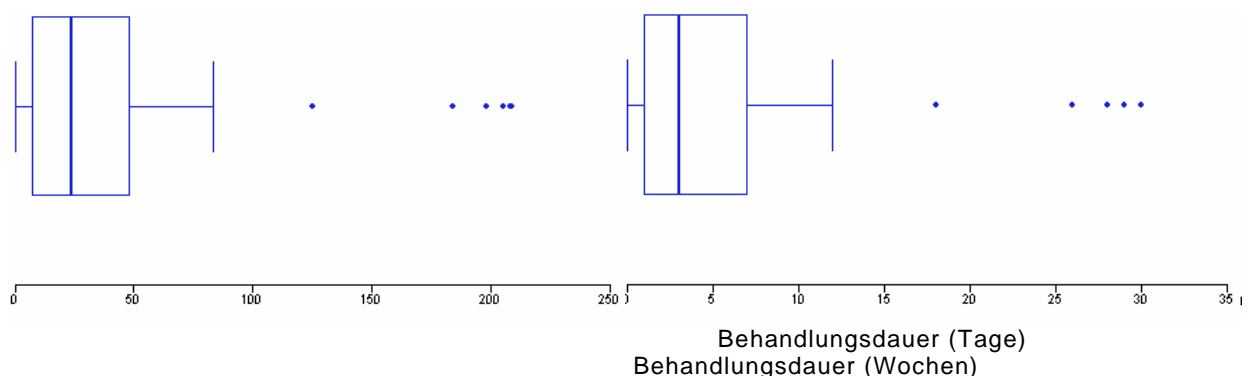


Abbildung 29. Behandlungsdauer der planmäßig beendeten Beratungspatienten in der Vorphase (n=78)

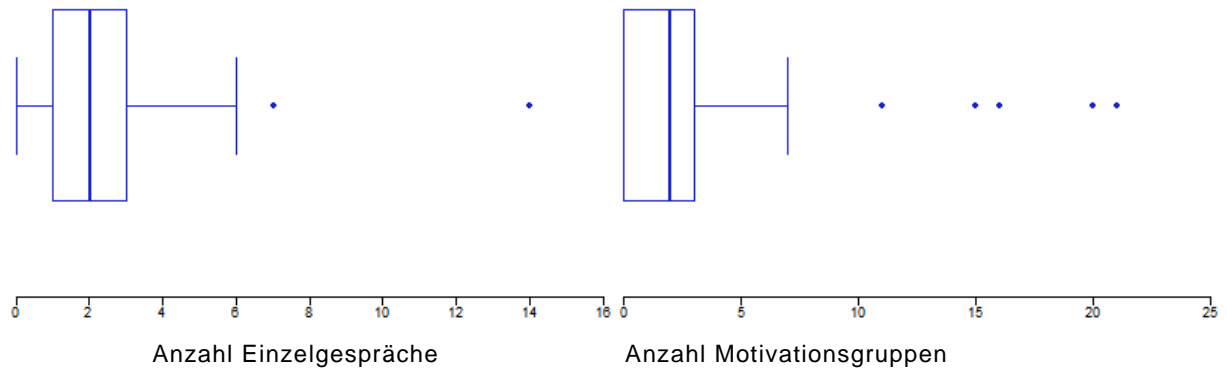


Abbildung 30. Kontakte der planmäßig beendeten Beratungspatienten in der Vorphase (n=78)

1.5.3.2 Behandlungsdauer der unplanmäßig beendeten Beratungspatienten

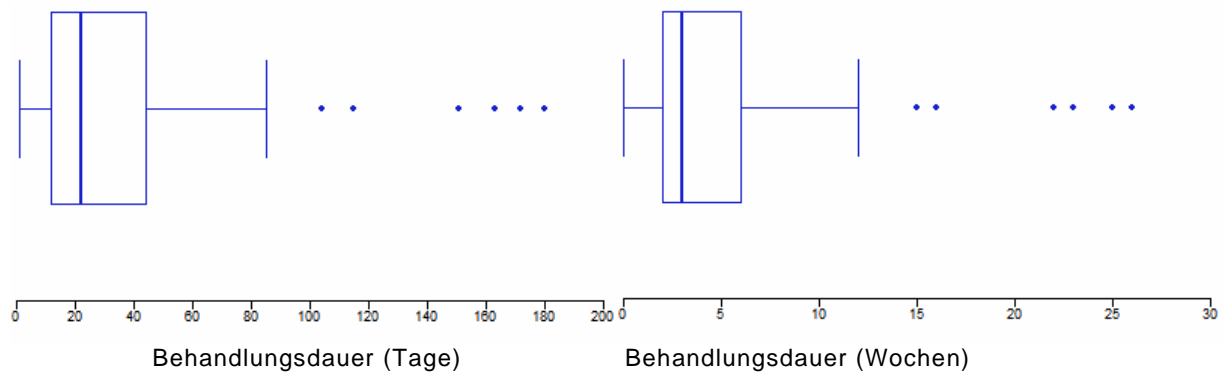


Abbildung 31. Behandlungsdauer der unplanmäßig beendeten Beratungspatienten in der Vorphase (n=78)

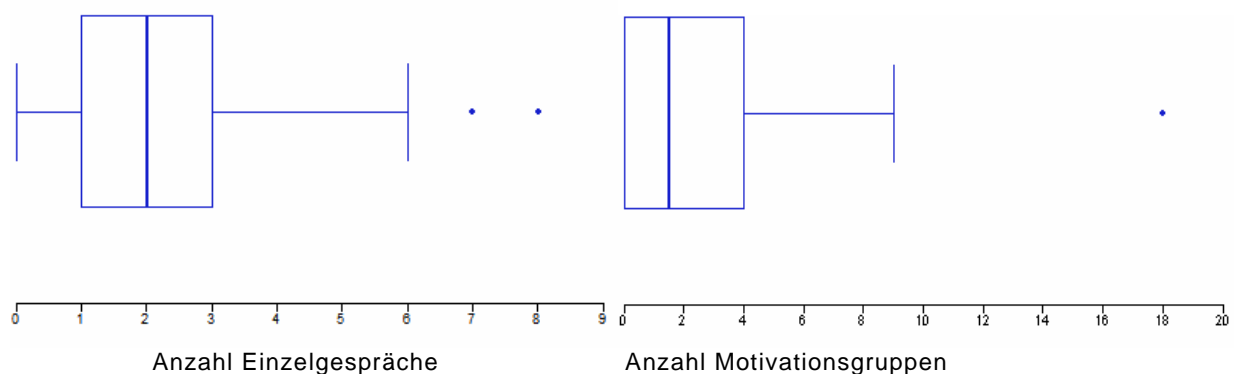


Abbildung 32. Kontakte der unplanmäßig beendeten Beratungspatienten in der Vorphase (n=78)

Es haben 78 im Jahr 2005 behandelte Patienten die Vorbereitungsphase unplanmäßig beendet. Der Median liegt bei 22 Tagen (3 Wochen), der Mittelwert bei 36,1 Tagen (5,1 Wochen). 25 Prozent der Patienten waren nicht länger als 12 Tage in Beratung und 25 Prozent länger als 42 Tage. Im Schnitt kamen diese Patienten zu 2,1 Einzelgesprächen und 2,3 Motivationsgruppen, maximal wurden 8 Einzelgespräche

und 9 Motivationsgruppen besucht. Damit sind die unplanmäßig beendeten unwesentlich kürzer in Behandlung als die planmäßig beendeten.

Im Durchschnitt hatten Patienten ohne Vermittlung in Rehabilitation einen Vorbereitungsumfang von sechs Gesprächsterminen.

1.5.3.3 Behandlungsdauer der in ambulante Suchtrehabilitation vermittelten Beratungspatienten

199 im Jahr 2005 behandelte Patienten haben ihre Vorbereitungsphase mit dem Wechsel in die ambulante Suchtrehabilitation beendet.

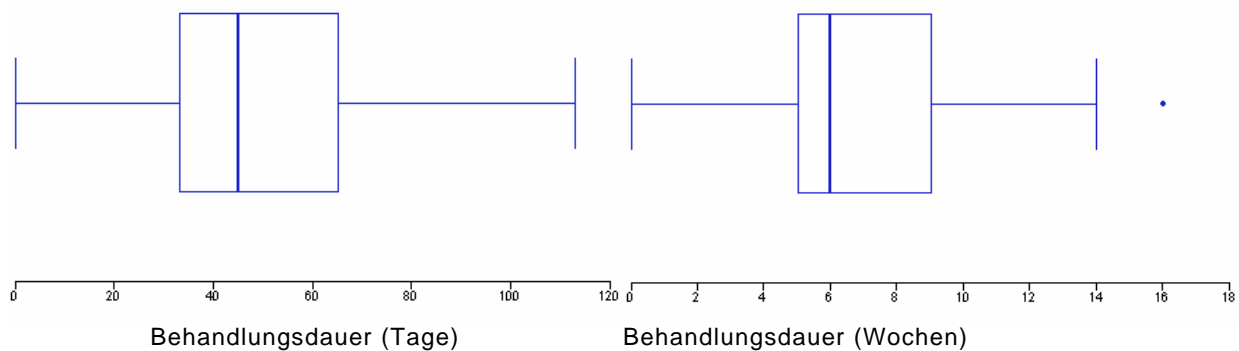


Abbildung 33. Behandlungsdauer der in ambulante Suchtrehabilitation vermittelten Beratungspatienten in der Vorphase (n=148)

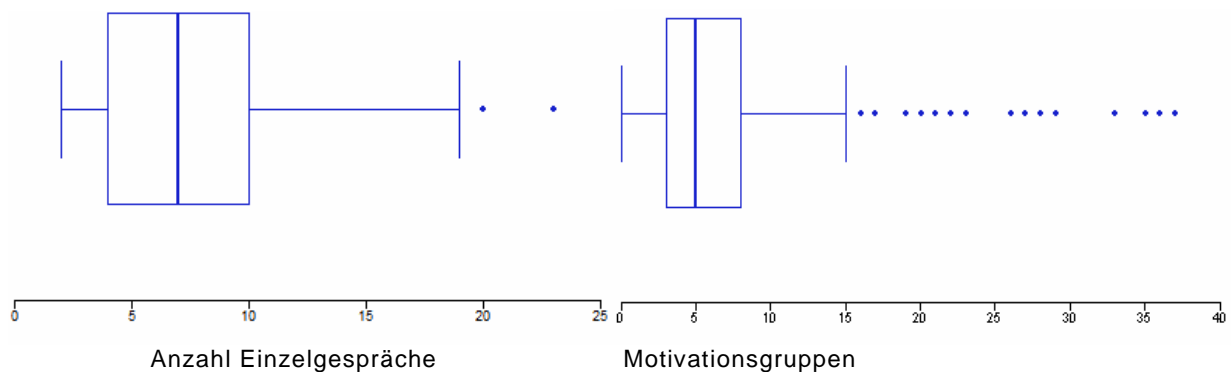


Abbildung 34. Kontakte der in ambulante Suchtrehabilitation vermittelten Beratungspatienten in der Vorphase (n=148)

Der Median liegt bei 45 Tagen (6 Wochen), der Mittelwert bei 51 Tagen (7,3 Wochen). 25 Prozent der Patienten waren nicht länger als 32,5 Tage in Beratung und 25 Prozent länger als 65,5 Tage. Im Schnitt kamen diese Patienten zu 7,4 Einzelgesprächen und 7,3 Motivationsgruppen. Maximal wurden 38 Motivationsgruppentermine wahrgenommen bzw. 23 Einzelgespräche. Die in ambulante Suchtrehabilitation vermittelten Patienten haben die mit Abstand längste Verweildauer und höchsten Kontaktzahlen in der Vorbereitungsphase.

2. Patienten in ambulanter Rehabilitation

Im Jahr 2005 waren insgesamt 199 Patienten in ambulanter Rehabilitation 127 Männer und 72 Frauen. 110 begannen ihre Behandlung in 2005 und 111 beendeten diese. Am Jahresende 2005 waren noch 91 Patienten in einer laufenden ambulanten Rehabilitationsmaßnahme bei Ilanua G.P.S. mbH.

2.1 Leistungsträger und Überweisungskontext

2.1.1 Leistungsträger der Rehabilitationsbehandlung

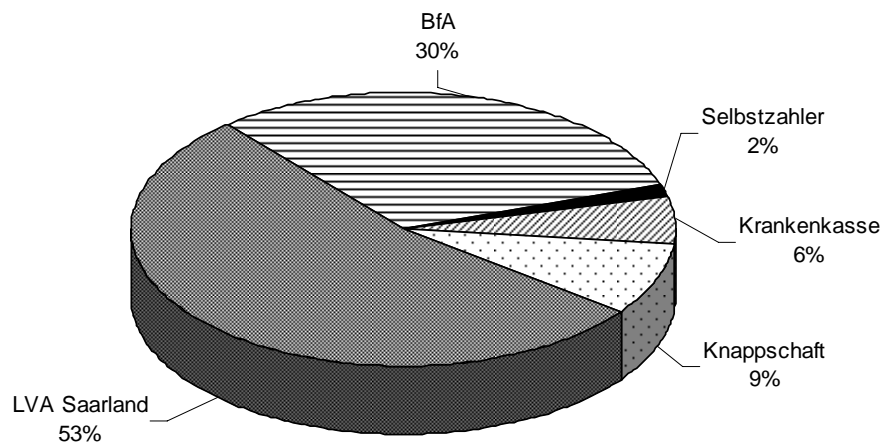


Abbildung 35a. Leistungsträger der Rehabilitationsbehandlung (m) (n=127)

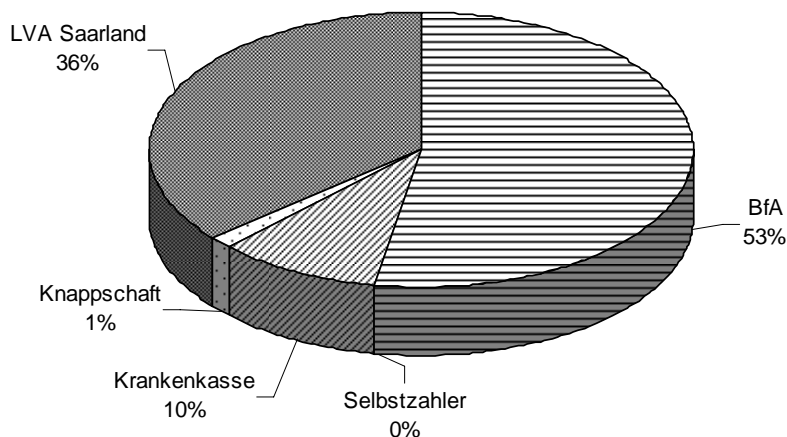


Abbildung 35b. Leistungsträger der Rehabilitationsbehandlung (w) (n=72)

Bei den Rehabilitationsbehandlungen tragen die Rentenversicherungsträger mit 83 Prozent bei den Männern und 89 Prozent bei den Frauen den überwiegenden Teil der Leistungen. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte hat bei den Männern einen Anteil von 30 Prozent, bei den Frauen sind es 35 Prozent. Die LVA für das Saarlandes kommt bei den Männern auf 53 Prozent und bei den Frauen auf 36 Prozent. Bei den Männern entfallen darüber hinaus 9 Prozent auf die Bundesknappschaft-

Rentenversicherung und 6 Prozent auf die Krankenkassen. Die Bundesknappschaft-Rentenversicherung ist als Leistungsträger bei den Frauen mit 1 Prozent vertreten. Der Anteil der Krankenkassen ist dafür mit 10 Prozent leicht größer als bei den Männern. Die AOK tritt als häufigster Leistungsträger unter den Krankenkassen bei den Frauen auf. Bei den Männern ist eine solche Unterscheidung nicht gegeben, die Krankenkassen verteilen sich gleichmäßig.

2.1.2 Art der Vermittlung

71,9 Prozent der Rehabilitationspatienten wurden von Vertragsärzten vermittelt. Auch die übrigen Anteile verhalten sich wie bei den Beratungspatienten. 14 Prozent unserer Patienten werden von stationären Suchteinrichtungen vermittelt. Dies spiegelt die starke Vernetzung der Rehaeinrichtung mit dem Bereich der kassenärztlichen Versorgung der Region wieder. 16,1 Prozent unserer Patienten werden von stationären Einrichtungen (psychiatrische Klinik, drei Allgemeinkrankenhäuser) vermittelt. Beratungsstellen vermitteln nicht in unsere Einrichtung. Im Jahr 2005 gaben immer mehr Patienten an, zwar von Freunden/Arbeitgeber oder Schule gedrängt worden zu sein, eine Therapie zu machen, auf unsere Einrichtung aber über das Internet und unsere Website aufmerksam geworden zu sein. Im nächsten Jahr wird eine dementsprechende Aufschlüsselung in der Art der Vermittlung integriert.

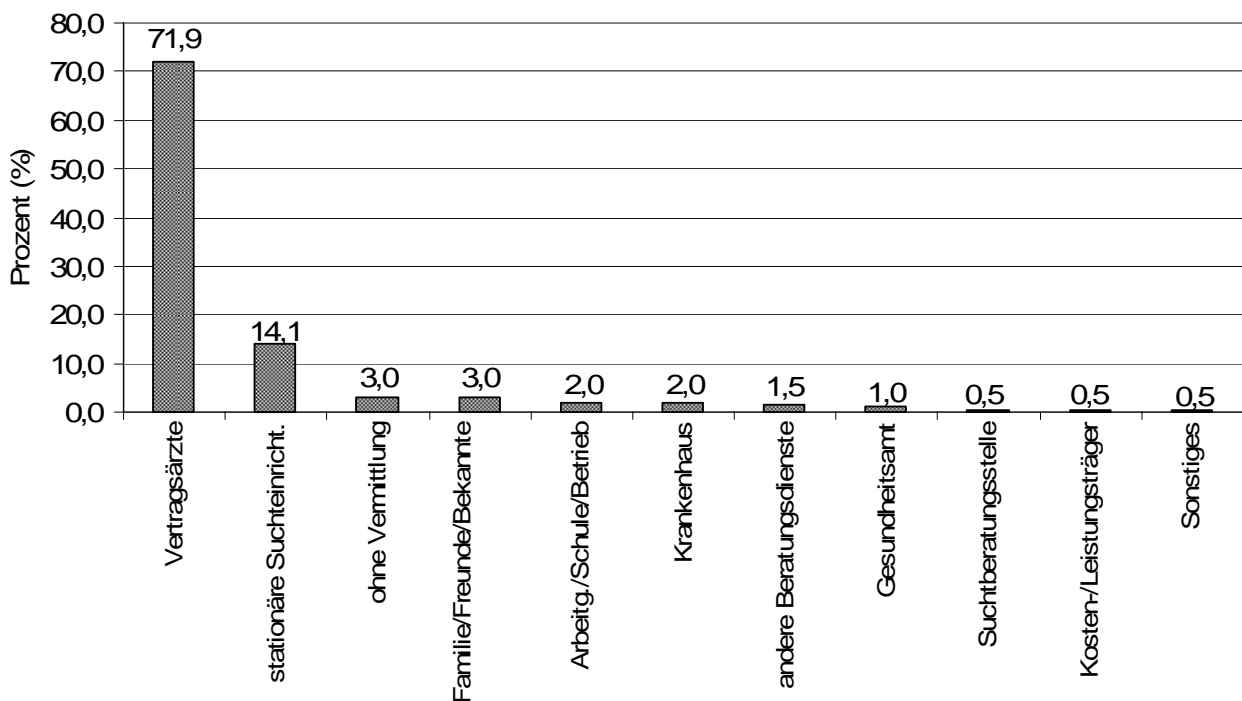


Abbildung 36. Vorbehandelnde Stelle (Reha) (n=199)

2.1.3 Indikationsstellung (Hauptdiagnose)

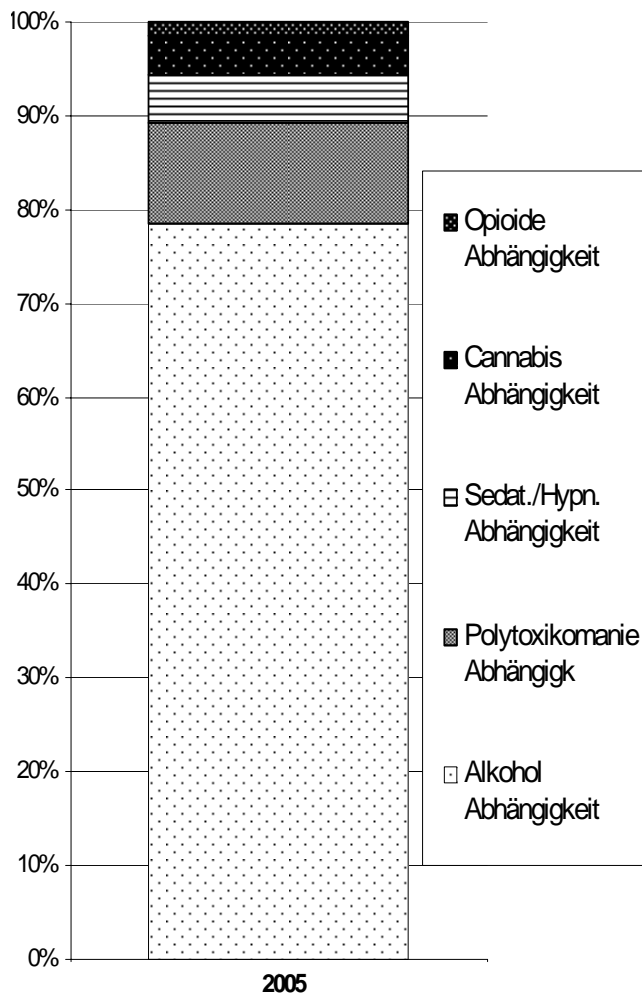


Abbildung 37. Hauptdiagnose (Reha) (n=199)

Es wurde keine Unterscheidung getroffen zwischen neu begonnenen Rehabilitationen im Jahr 2005 und seit 2004 laufenden, da es sich gezeigt hat, dass die Verteilung der Hauptdiagnosen über die Jahre annähernd konstant geblieben ist.

Die Alkoholabhängigkeit (F10.2) macht mit 77,4 Prozent die größte Hauptdiagnose aus. Die Polytoxikomanie / andere psychotrope Substanzen (F19.2) ist mit 10,55 Prozent die zweitgrößte Indikationsstellung.

Es folgt die Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika (F13.2) mit 5 Prozent, von Cannabis (F12.2) mit 4 Prozent, sowie Opioiden mit 1,5 Prozent.

2.1.3.1 Indikationsstellung in Bezug auf das Geschlecht

Abbildung 38 zeigt die prozentualen Anteile der Diagnosen bezogen auf das Geschlecht. Die Alkoholabhängigkeit (F10.2) ist mit 80,3 Prozent bei den Männern öfter vertreten als bei den Frauen (72,2 Prozent). Für die Polytoxikomanie und Cannabisabhängigkeit kann kein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied beschrieben werden. Die Diagnose Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika ist bei Frauen mit 9,7 Prozent deutlich häufiger vertreten als bei Männern mit 2,36 Prozent.

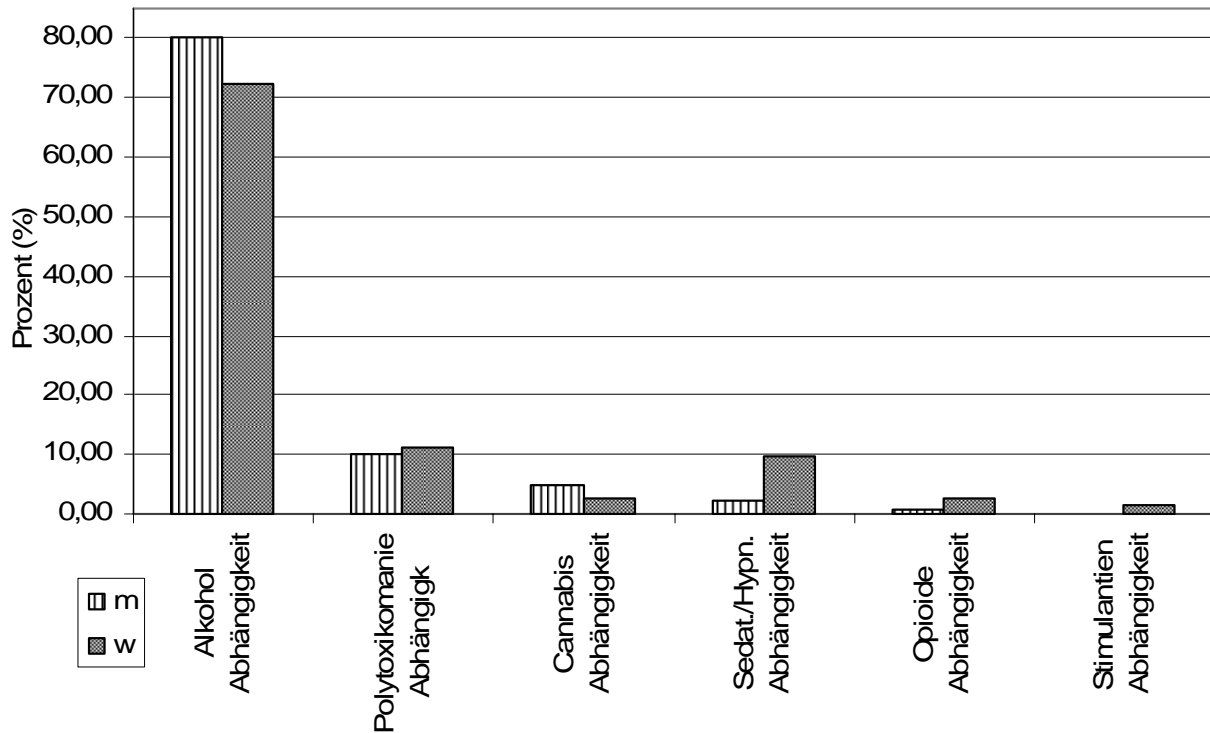


Abbildung 38. Indikationsstellung / Geschlecht (Reha) (m: n=127; w: n=72)

2.1.3.2 Indikationsstellung in Bezug auf das Alter

Bei der Diagnose F10.2 ist der Altersgipfel zwischen 30 und 60 Jahren, der Mittelwert liegt bei 44,1 Jahren. Cannabisabhängige sind zwischen 20 und 30 Jahren alt, der Mittelwert liegt bei 24,6 Jahren. Die Polytoxikomanie hat ihren Gipfel im vierten Lebensjahrzehnt, der Mittelwert beträgt 39,3 Jahre. Für die restlichen Diagnosen sind keine exakten Aussagen auf Grund der niedrigen Fallzahlen möglich.

	15-17 Jahre	18-19 Jahre	20-24 Jahre	25-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	über 60 Jahre	Mittelwert	Σ
F10.2	0	0	4	6	32	64	39	9	44,1	154
F12.2	1	0	3	3	1	0	0	0	24,6	8
F11.2	0	0	0	1	1	0	1	0	33,7	3
F19.2	1	1	3	4	8	5	0	1	39,3	21
F13.2	0	1	0	0	2	2	4	1	44,9	10
F15.2	0	0	0	1	0	0	0	0	22,0	1
Σ	2	2	10	15	43	71	45	11	41,3	199

Tabellen 3: Hauptdiagnose/Alter

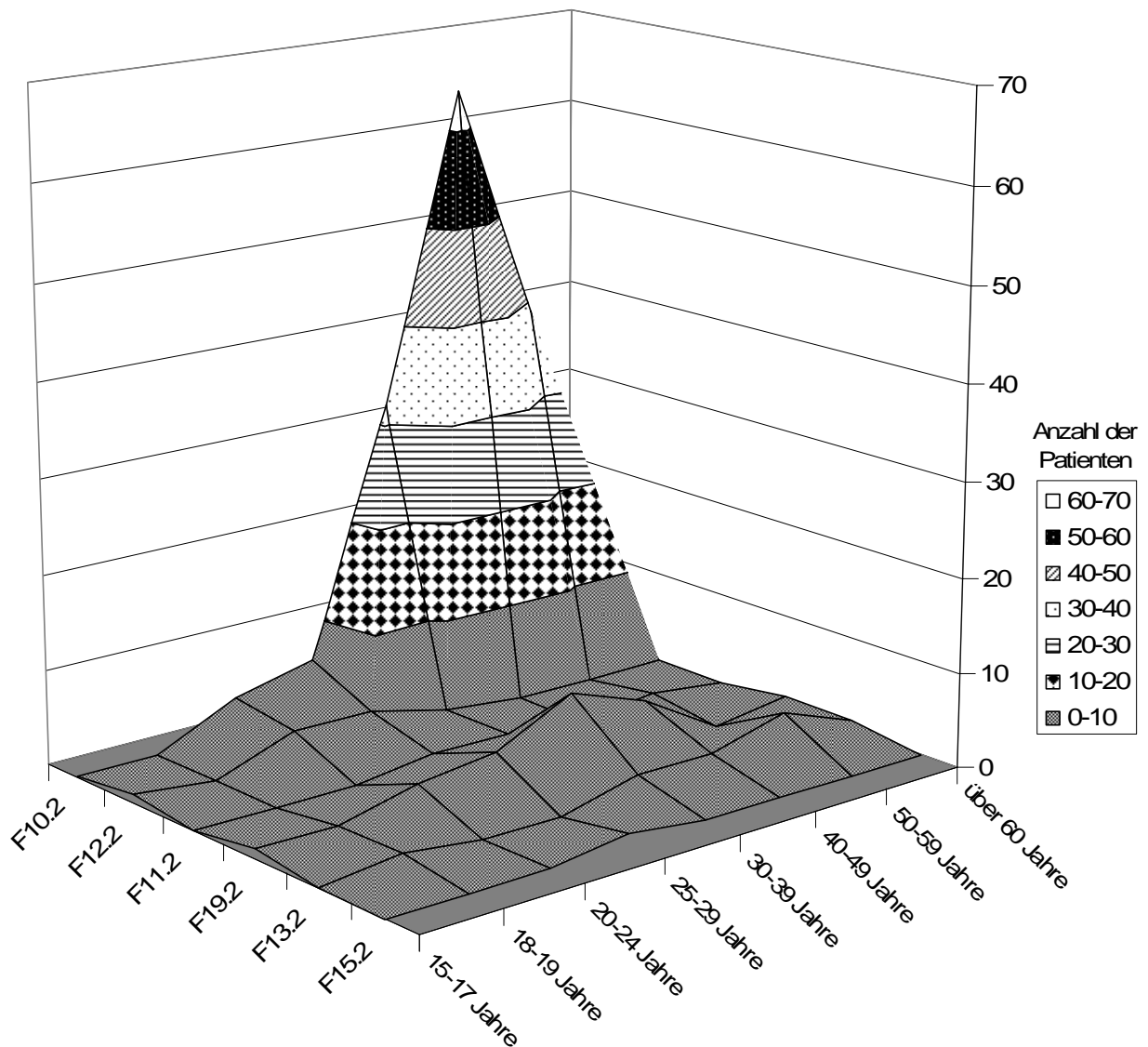


Abbildung 39. Indikationsstellung in Bezug auf das Alter der Rehabilitationspatienten (n=199)

2.2 Patientenmerkmale

2.2.1 Alter

Das Durchschnittsalter aller Patienten beträgt 43,6 Jahre, das Minimum liegt bei 19, das Maximum bei 72 Jahren. Das Durchschnittsalter der Männer beträgt 42,2 Jahre, das der Frauen 45,9 Jahre. Damit sind die Rehabilitationspatientinnen im Schnitt 3,7 Jahre älter als die Männer in Rehabilitation. Alle Rehapatienten zusammen sind 2,2 Jahre älter als die Patienten der Beratungs-/Vorbereitungsphase. Die Kurve der Frauen hat zwei Maxima, und zwar bei 40 bis 44 Jahren und bei 50 bis 54 Jahren. Bei den Männern existiert ein erster Gipfel zwischen 25 und 29 Jahren und ein zweiter zwischen 40 und 44 Jahren.

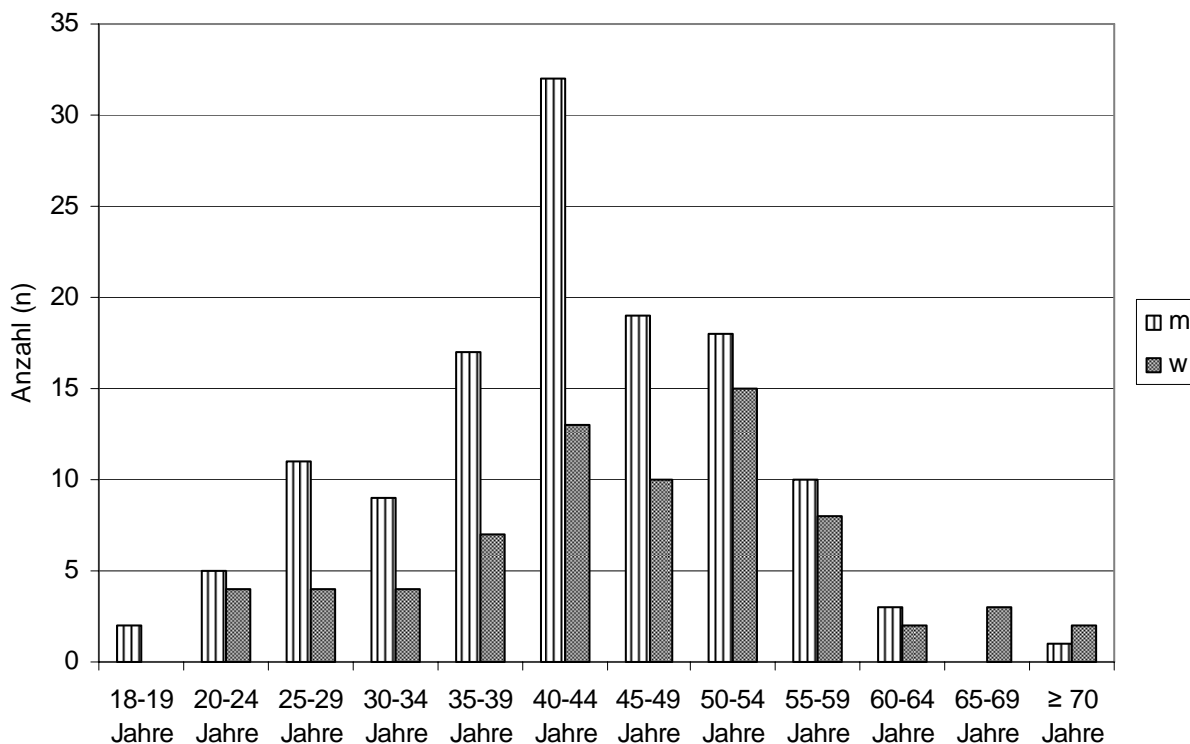


Abbildung 40. Altersverteilung der Patienten (Reha) (n=199)

2.2.2 Geographische Herkunft

71,9 Prozent der Patienten wohnen im Landkreis Saarlouis, 15,8 Prozent in der Stadt Saarlouis, die Sitz der Einrichtung ist. Die restlichen 56,1 Prozent kommen aus den umliegenden Ortschaften Bous, Dillingen, Ensdorf, Lebach, Rehlingen-Siersburg, Saarwellingen, Schwalbach, Schwarzenholz, Wadgassen, Wallerfangen und Überherrn. In einem größeren Abstand wohnen 27,1 Prozent. Aus den grenznahen französischen Orten kommt 1 Prozent der Patienten.

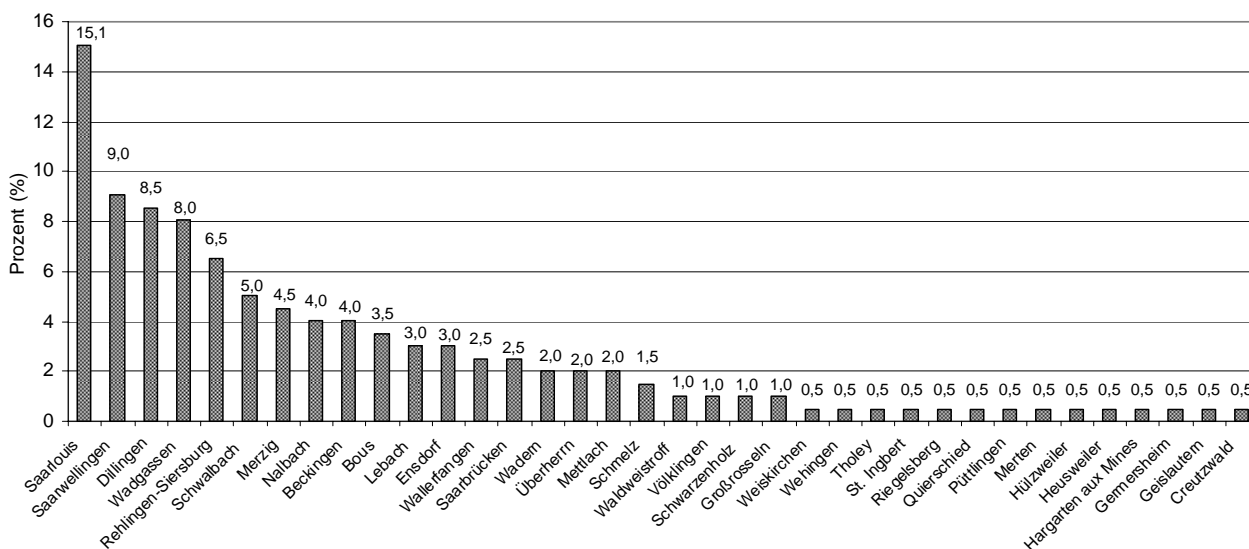


Abbildung 41. Geographische Herkunft (n=195)

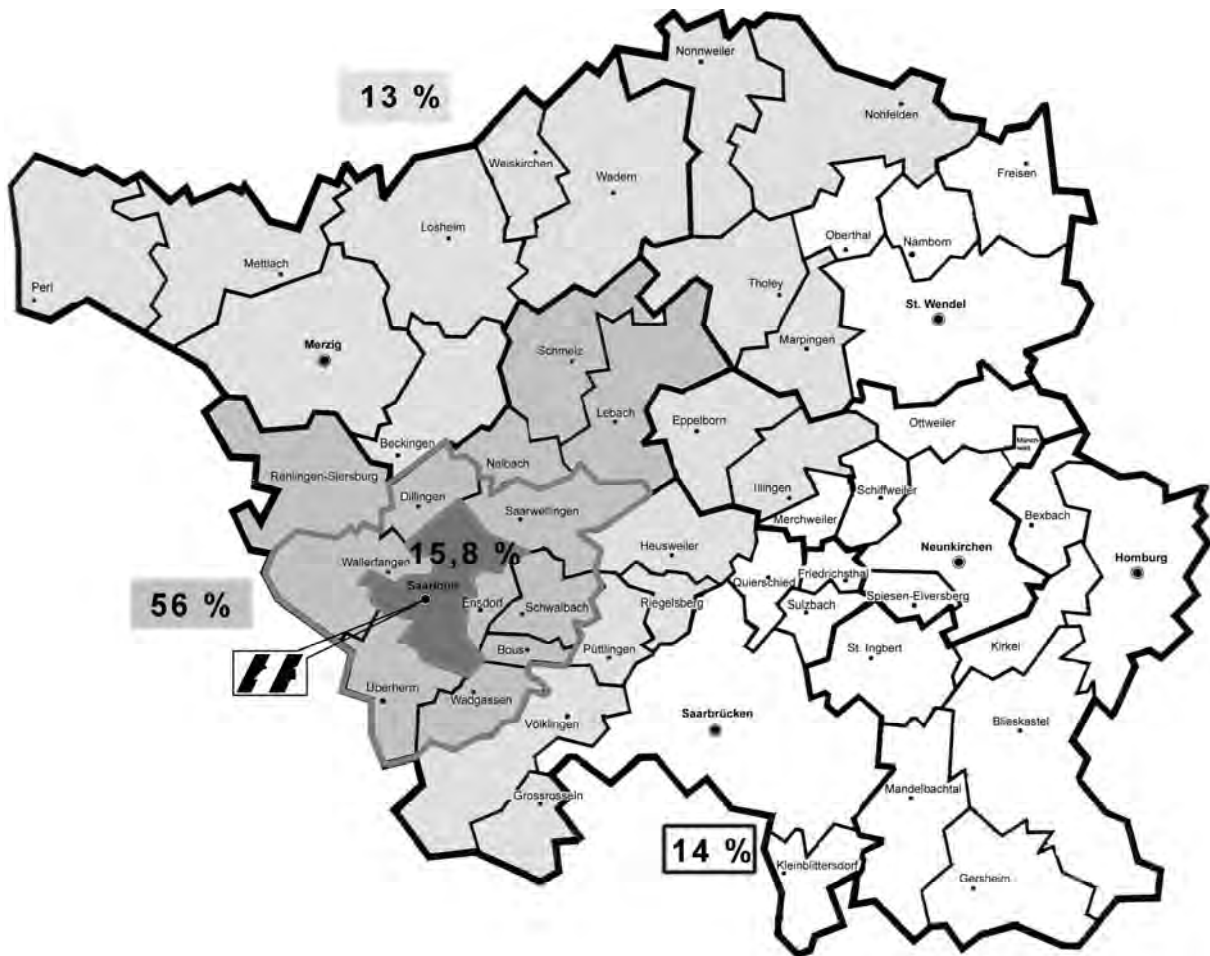


Abbildung 42. Saarlandkarte mit den Haupteinzugsgebieten den Einrichtung

2.2.3 Familienstand

Es sind unter den Rehabilitationspatienten 9 Prozent mehr verheiratet als unter den Beratungs-/Vorbereitungspatienten, insgesamt 48,2 Prozent. Weitere 12 Prozent sind zwar verheiratet, leben aber getrennt. 14 Prozent sind geschieden und 3 Prozent verwitwet. Ledig sind 22,6 Prozent aller Patienten. Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es nicht.

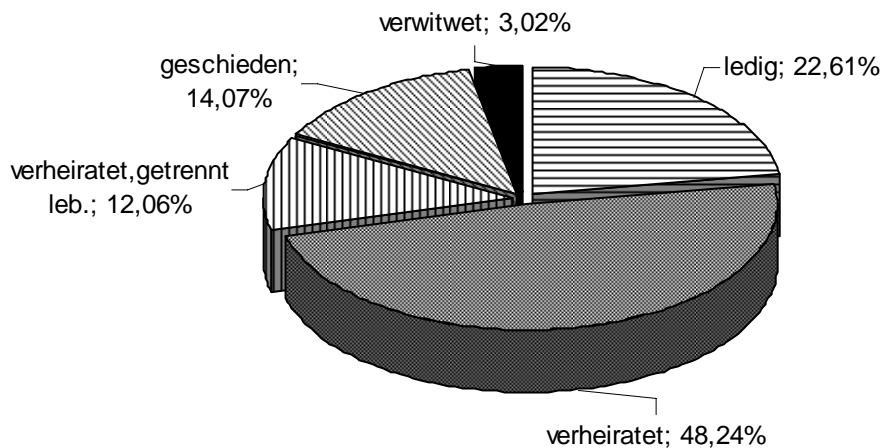


Abbildung 43. Familienstand zu Beginn der Therapie (n=199)

2.2.4 Partnersituation

Eine feste Beziehung geben 66,8 Prozent der Patienten an, 5,5 Prozent mehr als unter den Vorbereitungs-/Beratungspatienten. In einer zeitweiligen Beziehung befinden sich 4,5 Prozent und 28,6 Prozent sind alleinstehend. Alle Rehabilitationspatienten machten zu dieser Frage eine Angabe.

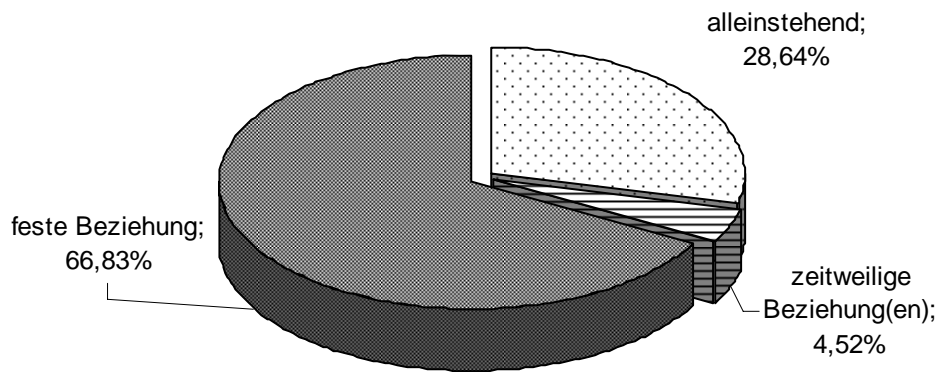


Abbildung 44. Partnersituation zu Beginn der Therapie (n=199)

2.3 Ausbildung und Erwerbstätigkeit

2.3.1 Schulbildung

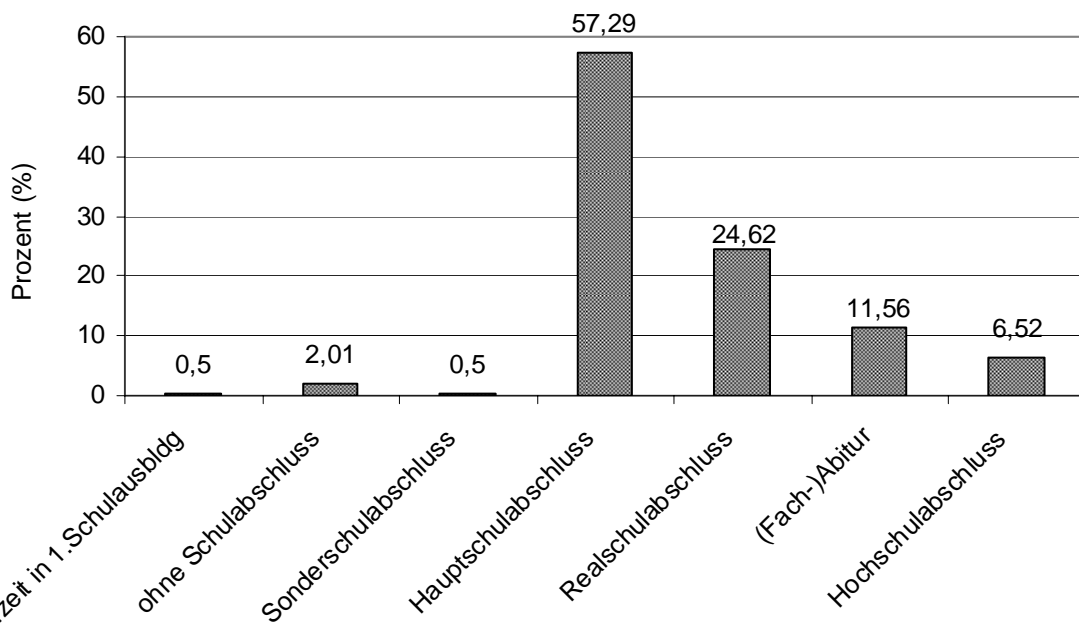


Abbildung 45. Schulbildung bei Aufnahme (n=199)

57 Prozent der Patienten haben einen Hauptschulabschluss, 24,6 Prozent einen Realschulabschluss und 11,56 Prozent haben (Fach-) Abitur. Nur 3 Prozent können ein abgeschlossenes Hochschulstudium vorweisen. Ohne Schulabschluss sind 2 Prozent der Patienten und 0,5 Prozent befinden sich noch in Schulausbildung.

2.3.2 Erwerbstätigkeit

Bei medizinischen Rehabilitationen ist die Erwerbstätigkeit der Patienten von besonderem Interesse. Die Erwerbstätigkeit am Ende der Behandlung kann nur für Patienten mit einem Abschluss der Rehabilitationsbehandlung erhoben werden, die Erwerbstätigkeit zu Beginn wird für alle Rehabilitationspatienten erfasst. Daher ergeben sich die unterschiedlichen Anzahlen der Grundgesamtheiten. Es sind deutlich geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten. In der graphischen Darstellung wird zwischen Männern und Frauen unterschieden.

Insgesamt 72,4 Prozent der Männer und 47,2 Prozent der Frauen sind unmittelbar vor der Therapie erwerbstätig, das sind vor allem bei den Männern deutlich mehr als unter den Beratungs-/ Vorbereitungspatienten(m: 60,7%; w: 43,3%). Das zeigt, dass die Erwerbstätigkeit einen positiven Einfluss auf die Aufnahme einer ambulanten Rehabilitation hat. Arbeitslos / arbeitssuchend sind 15,7 Prozent der Männer und 19,4 Prozent der Frauen, es sind ca. 10 Prozent weniger Männer arbeitslos gemeldet als unter den Beratungs-/Vorbereitungspatienten, bei den Frauen zeigt sich kein Unterschied. 23,6 Prozent der Frauen nehmen als Hausfrau nicht am Erwerbsleben teil, das sind deutlich mehr als im Jahr 2004 (14,7%). Es befinden sich 3,15 Prozent der Männer und 1,4 Prozent der Frauen in Ausbildung oder einer Umschulung. Die Antworten „sonstige“ und „unbekannt“ wurden in der Kategorie Rest zusammengefasst. 70,6 Prozent der Männer und 53,5 Prozent der Frauen haben bei der Entlassung eine Voll- oder Teilzeitstelle. Während der Rehabilitation hat sich der Erwerbsstatus kaum geändert.

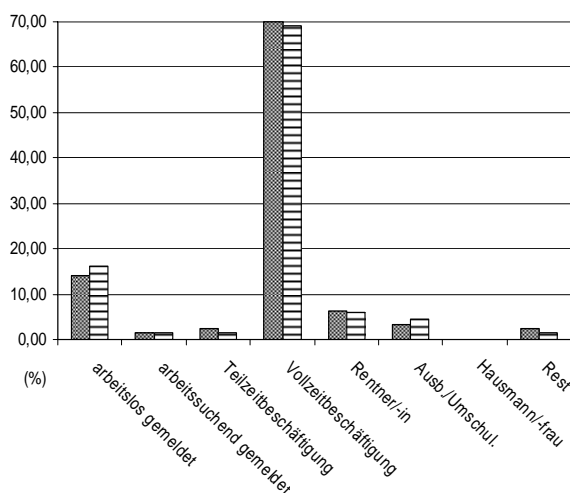


Abb. 46. Erwerbstätigkeit Männer (Reha)
(n_{Beginn}=127, n_{Ende}=68)

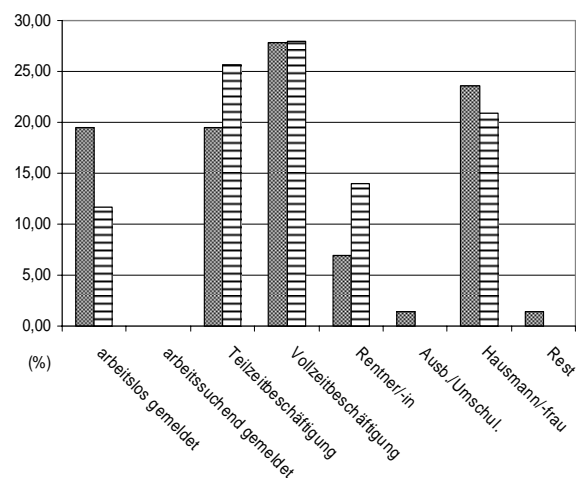


Abb. 47. Erwerbstätigkeit Frauen (Reha)
(n_{Beginn}=72, n_{Ende}=43)

Der Arbeitslosenanteil der Männer veränderte sich kaum. Es waren allerdings 7,8 Prozent weniger Frauen arbeitslos, sie gingen ca. zur Hälfte zurück ins Erwerbsleben, die anderen gingen in den Ruhestand.

Bei den Männern waren 6,3 Prozent und bei den Frauen 6,9 Prozent der Rehabilitationspatienten zu Beginn der Rehabilitation in Rente. Bei den Männern änderte sich der Anteil der Rentner zum Rehabilitationsende nicht.

2.4 Angaben zum Abhängigkeitsverlauf

2.4.1 Abhängigkeitsdauer

Die Abhängigkeitsdauer bezieht sich auf alle Einzeldiagnosen, die für unsere ambulanten Rehabilitationspatienten vergeben wurden (n=283), die Tabakabhängigkeit wurde nicht mit eingeschlossen. Sie wird errechnet aus der Differenz zwischen dem aktuellen Alter und dem Alter des Störungsbeginns.

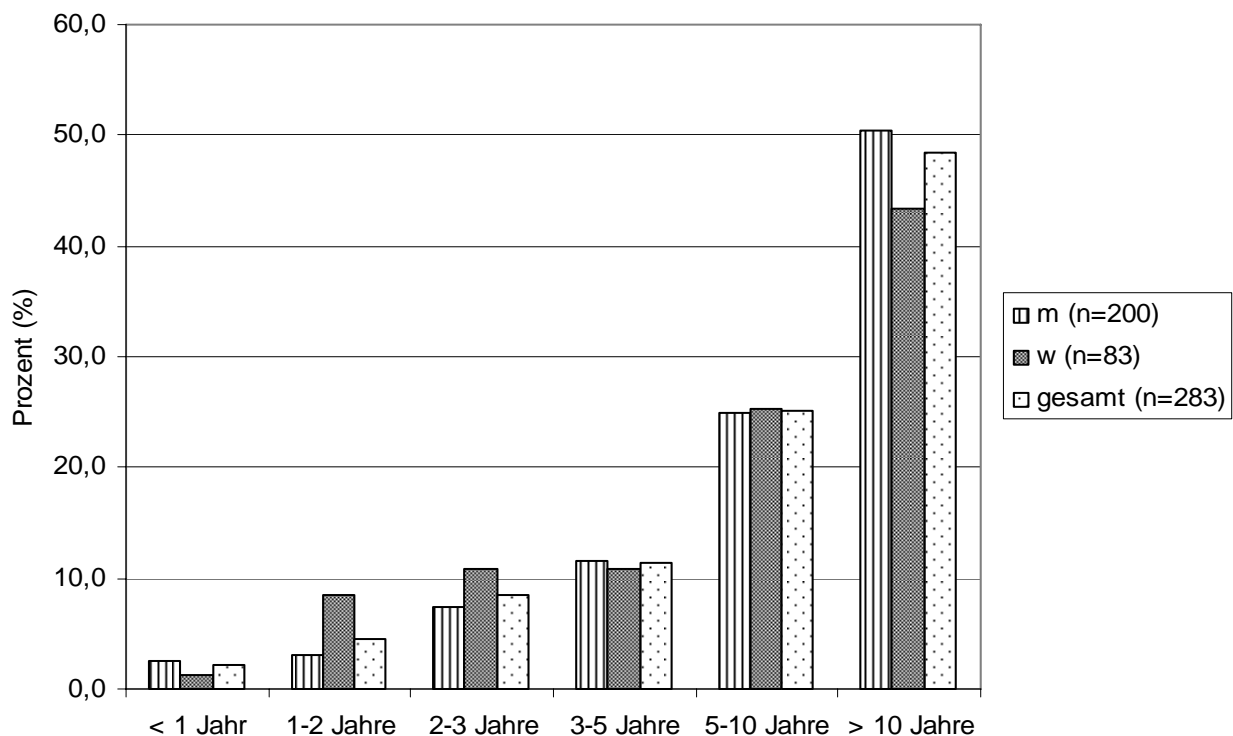


Abbildung 48a. Abhängigkeitsdauer (m/w/gesamt) der Rehabilitationspatienten bis zur Aufnahme bei lanua G.P.S. (n=283)

Eine Abhängigkeitsdauer bis zu drei Jahren wird insgesamt von 15,2 Prozent angegeben, von 13 Prozent der Männer und 20,5 Prozent der Frauen. Es zeigt sich, dass die Frauen im Vergleich zu den Männern im Bereich der Abhängigkeitsdauer bis zu drei Jahren deutlich häufiger vertreten sind. 36,4 Prozent der Patienten sind

zwischen vier und zehn Jahren lang abhängig, 36,5 Prozent der Männer und 36,1 Prozent der Frauen. Dies bedeutet, dass 48,4 Prozent aller Patienten länger als zehn Jahre abhängig sind, bevor sie die Behandlung in unserer Einrichtung aufnehmen. Bei den Männern sind das 50,5 Prozent und den Frauen 43,4 Prozent. Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer bei den Männern beträgt 12,2 Jahre und bei den Frauen 12 Jahre.

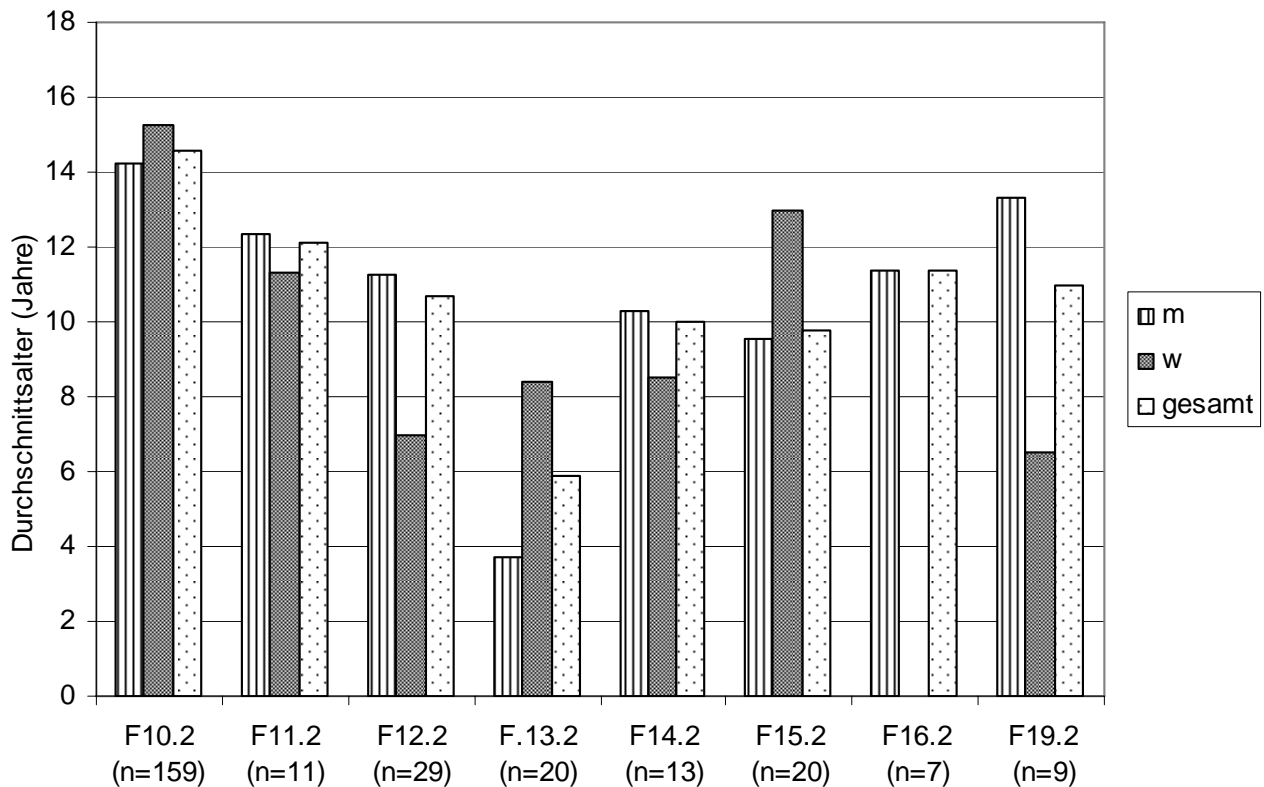
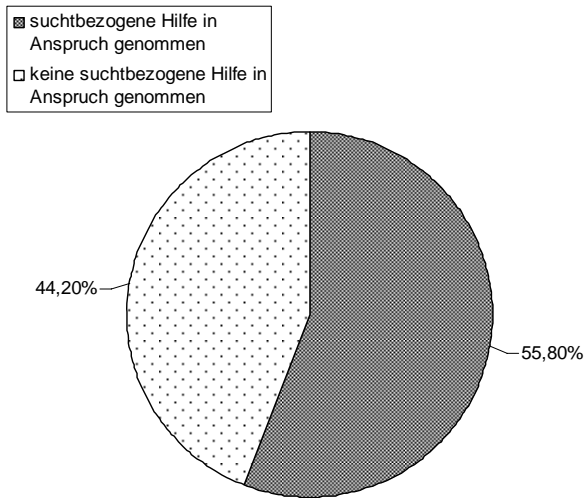


Abbildung 48b. Vergleich der Abhängigkeitsdauer bezogen auf die Diagnose der Rehabilitationspatienten bei der Aufnahme in lanua (n=283)

Niedrige mittlere Abhängigkeitszeiten sind bei Patienten für die Diagnosen F13.2 (Sedativa/Hypnotika) und F55 (Analgetika/Antidepressiva) zu beobachten. Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit (F10.2) haben die längste Abhängigkeitsdauer mit 14,6 Jahren. Der restlichen Durchschnittswerte liegen in einem Bereich $\pm 1,5$ Jahre um 10,5 Jahren Abhängigkeit.

Geschlechtsspezifische Unterschiede fallen vor allem für die Diagnosen F12.2 (Cannabinoide), F13.2 (Sedativa/Hypnotika) und F19.2 (Polytoxikomanie) auf. Männer weisen eine deutlich längere Abhängigkeit bei den Diagnosen F12.2 und F19.2 auf als Frauen. Im Gegensatz dazu sind Frauen viel länger abhängig nach Sedativa und Hypnotika als Männer.

2.4.2 Vorbehandlungen vor Behandlungsbeginn



Für 44,2 Prozent der Rehabilitationspatienten ist es die erste Behandlung. Diese Patienten nahmen bis zur Aufnahme bei lanua noch nie eine Entzugsbehandlung oder einer ambulante/stationäre Entwöhnungsbehandlung in Anspruch.

Abbildung 49: je zuvor suchtbezogene Hilfe ja/nein (n=199)

55,8 Prozent der Rehabilitationspatienten (n=111) nahmen schon mindestens einmal eine Entzugsbehandlung in Anspruch. Von diesen 111 Patienten nahmen 42,3 Prozent eine ambulante Suchtberatung in Anspruch, 76,6 Prozent wurden entgiftet und 9,9 Prozent besuchten eine Selbsthilfegruppe. 30,9 Prozent der Rehabilitationspatienten waren vor Behandlungsbeginn schon einmal in stationärer Entwöhnungsbehandlung und 19,8 in ambulanter Entwöhnungsbehandlung.

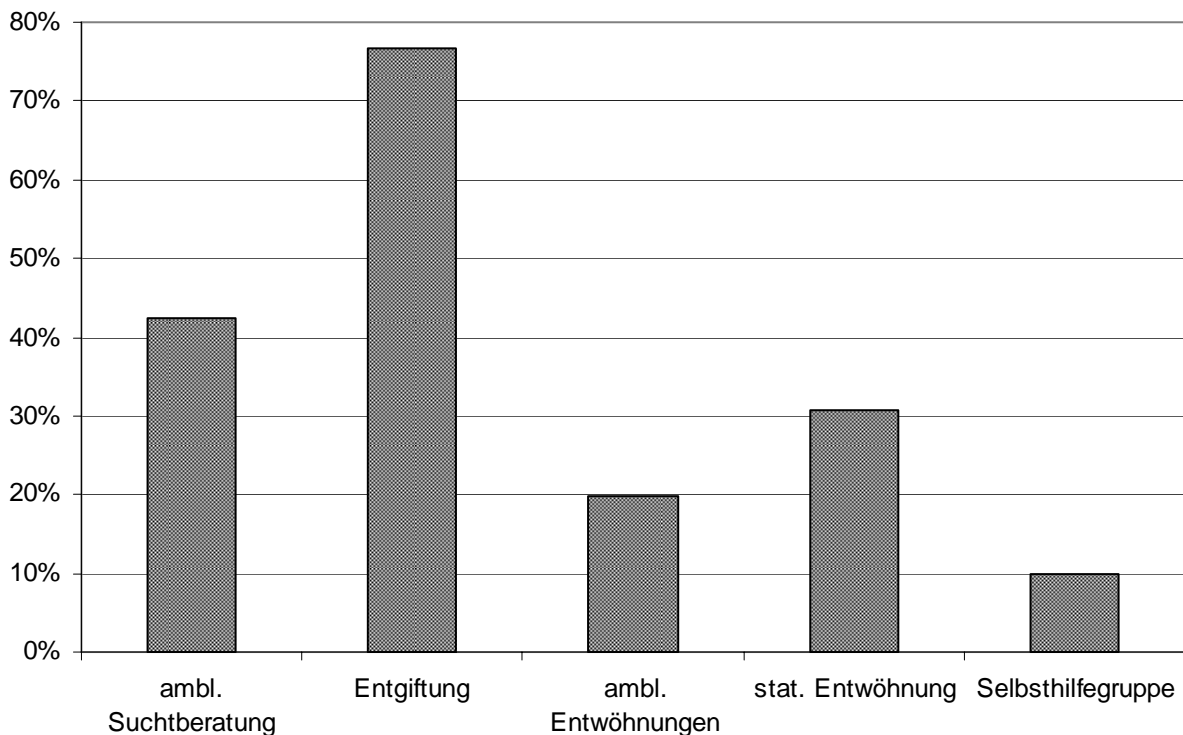


Abbildung 50. Anzahl der Entzugsbehandlungen (n=111)

2.4.3 Entgiftungsbehandlung vor Behandlungsbeginn

Hier wurden nur Entgiftungsbehandlungen vor Behandlungsbeginn berücksichtigt, nicht aber die Entgiftungsbehandlung im Rahmen dieser Behandlung. 56 Prozent der Rehabilitationspatienten sind in einer ergänzenden, parallel laufenden Maßnahme in der kooperierenden, psychiatrischen Facharztpraxis entgiftet worden.

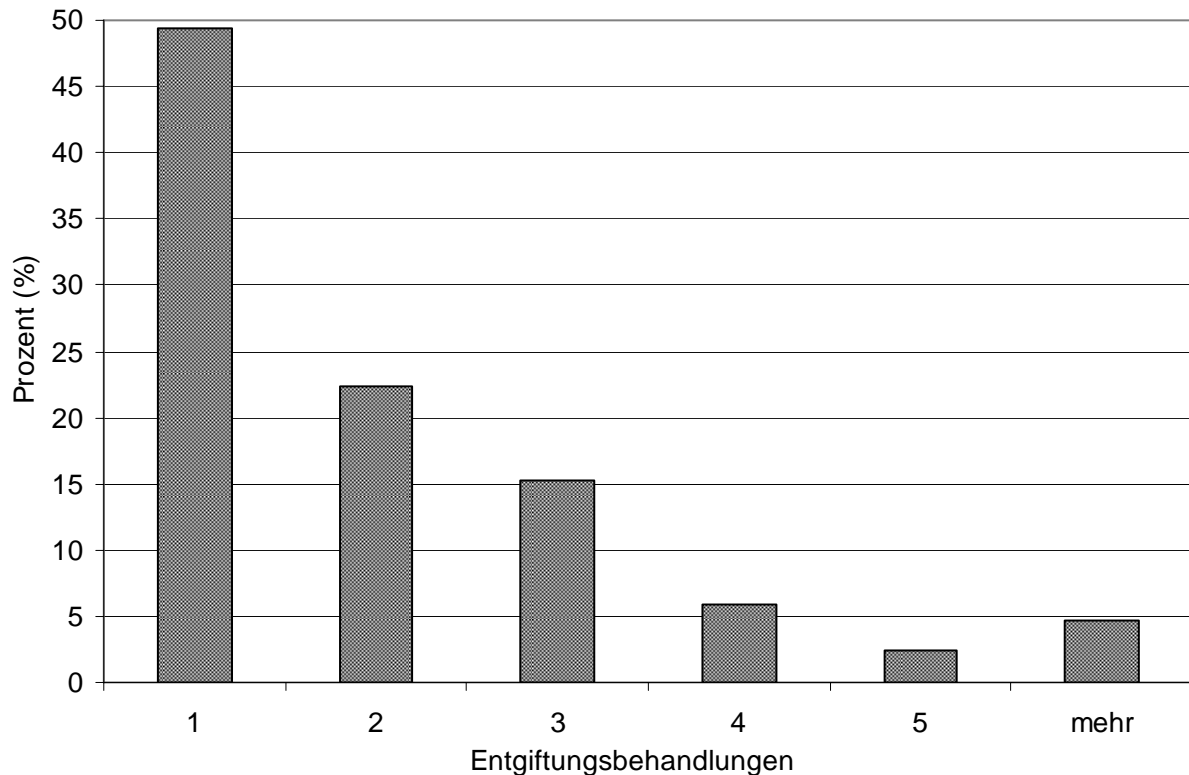


Abbildung 51. Entgiftungsbehandlungen vor Rehabilitationsbeginn (n=85)

57,3 Prozent der Patienten hatten sich vor Behandlungsbeginn noch keiner Entgiftungsbehandlung unterzogen. Von den 42,7 Prozent, die eine solche Behandlung in Anspruch genommen hatten, taten dies 49,4 Prozent einmal, 22,4 Prozent zweimal, 15,3 Prozent dreimal und 12,9 Prozent viermal und öfter. 94,3 Prozent der Patienten beendeten diese Maßnahme planmäßig.

2.4.4 Ambulante / stationäre Entwöhnungsbehandlungen vor Behandlungsbeginn

11 Prozent aller Patienten nahmen vor Behandlungsbeginn an einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung und 17 Prozent an einer stationären Entwöhnungsbehandlung teil. Von den Patienten, die eine ambulante Entwöhnungsbehandlung in Anspruch nahmen, gaben 13,6 Prozent an, zwei und 4,6 Prozent an, drei ambulante Entwöhnungsbehandlungen absolviert zu haben. Zwei

stationäre Entwöhnungsbehandlungen sind mit 26,5 Prozent, drei und vier Entwöhnungsbehandlungen vor Behandlungsbeginn sind mit 2,9 Prozent vertreten. 55,4 Prozent der ambulanten Entwöhnungsmaßnahmen und 74,6 der stationären wurden planmäßig beendet.

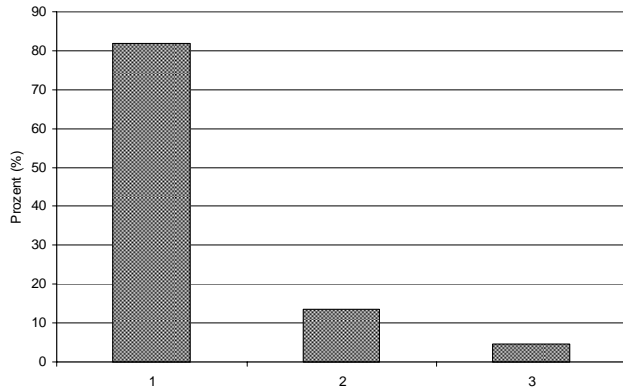


Abbildung 52. amb. Entwöhnungen (n=22)

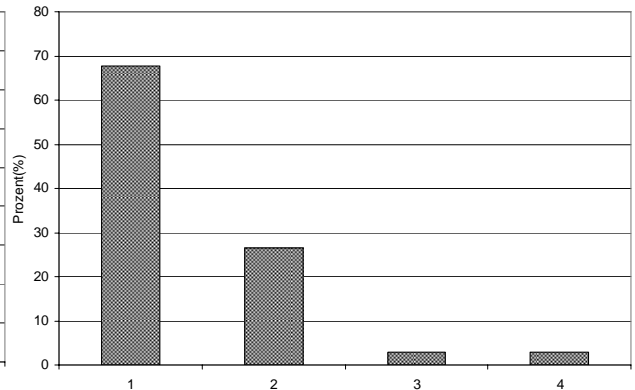


Abbildung 53. stat. Entwöhnungen (n=34)

2.5 Behandlungsverlauf

2.5.1 Art der Beendigung

Unter eine planmäßige Beendigung fallen die reguläre Beendigung nach Beratung bzw. Behandlungsplan, der Wechsel der Rehabilitationsform, sowie die vorzeitige Beendigung mit therapeutischem Einverständnis und auf therapeutische Veranlassung.

Nur 25,2 Prozent der Rehabilitationspatienten brechen die Behandlung vorzeitig ab oder beenden die ambulante Rehabilitation ohne therapeutisches Einverständnis. Die Einrichtung beendet von ihrer Seite aus in 6,3 Prozent der Fällen die Behandlung. 67,6 Prozent der Rehabilitationspatienten beenden die ambulante Rehabilitation regulär oder werden planmäßig vermittelt (2,5 Prozent).

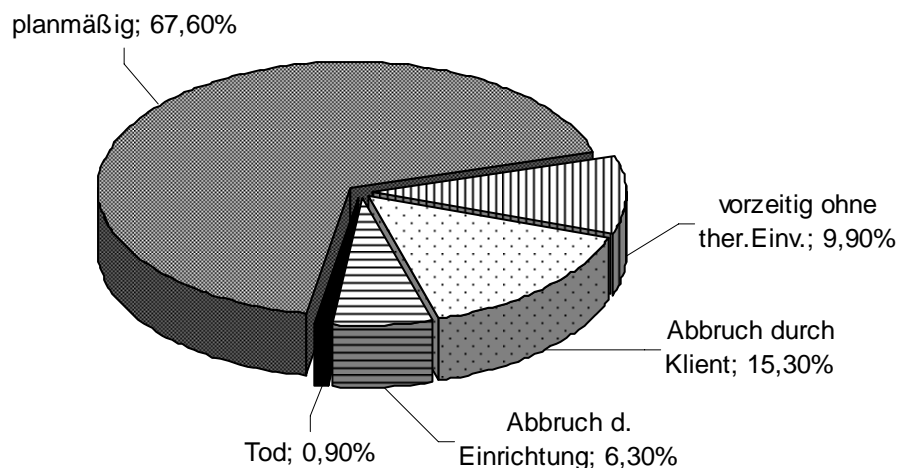


Abbildung 54. Art der Beendigung der Patienten in ambulanter Rehabilitation (n=111)

Im Jahr 2004 beendeten 79 Prozent ihre Maßnahme planmäßig. Die Differenz könnte durch die planmäßige Beendigung einer Rehabilitationsgruppe in der ersten Januarwoche 2004 erklärt werden. Wenn diese Patienten herausgerechnet werden, so liegt die planmäßige Beendigung in 2004 bei 69 Prozent. Etwas vergleichbares ereignete sich 2005 nicht.

2.5.2 Behandlungsdauer der Rehabilitationsphase

2.5.2.1 Behandlungsdauer der planmäßig beendeten Rehabilitationspatienten

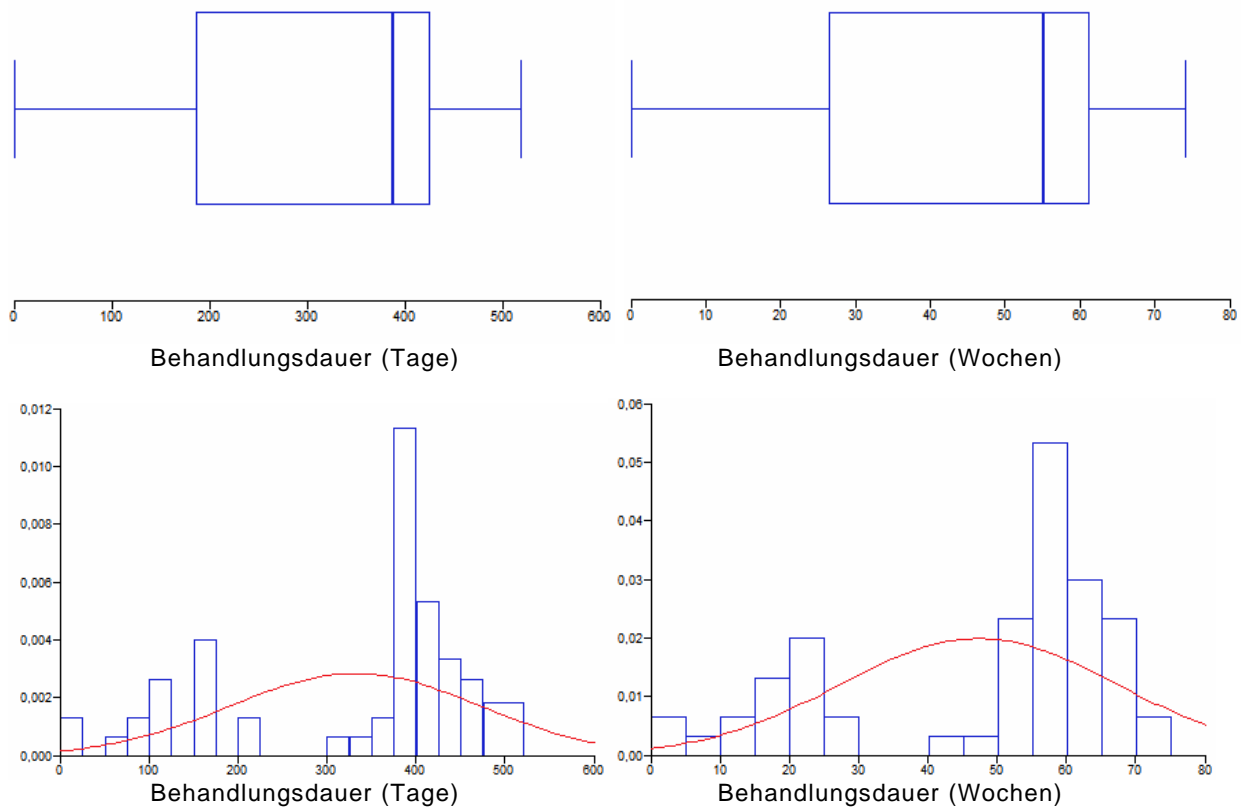


Abbildung 55. Behandlungsdauer der planmäßig beendeten ambulanten Suchtrehabilitationspatienten (n=60)

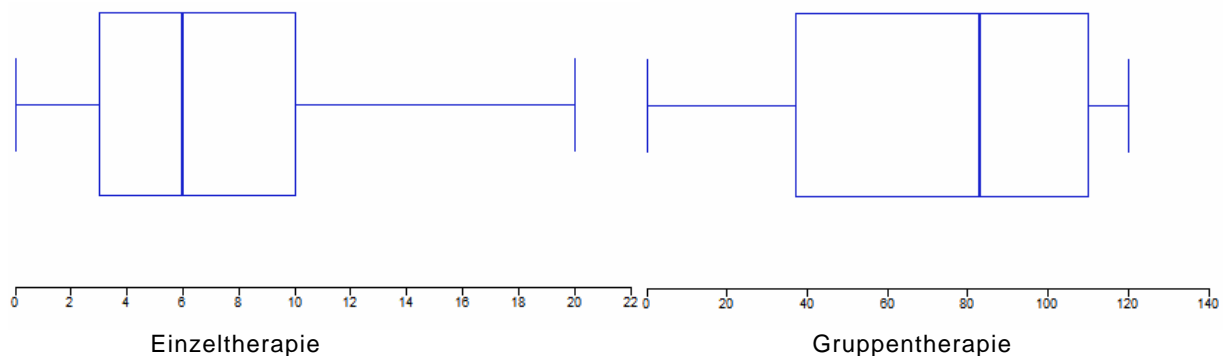


Abbildung 56. Kontakte der planmäßig beendeten ambulanten Suchtrehabilitationspatienten (n=60)

Bei den Patienten mit planmäßigem Abschluss liegt der Mittelwert bei 331 Tagen oder 47,3 Wochen (Median bei 387 Tagen), die Standardabweichung bei 140 Tagen. Nur ein Viertel ist weniger als 186 Tage in Behandlung. 25 Prozent sind länger als 424 Tage in Behandlung. Die maximale Behandlungsdauer beträgt 518 Tage. Im Schnitt nehmen die Rehabilitationspatienten an 9,6 Einzelgesprächen und 69,4 Gruppengesprächen teil. In der Darstellung sind zwei Zeitengipfel zu erkennen, einmal um 125 Tage herum und bei ca. 400 Tagen. Die Patienten teilen sich also in eine Gruppe mit kurzer und eine mit langer Behandlungszeit.

2.5.2.2 Behandlungsdauer der unplanmäßig beendeten Rehabilitationspatienten

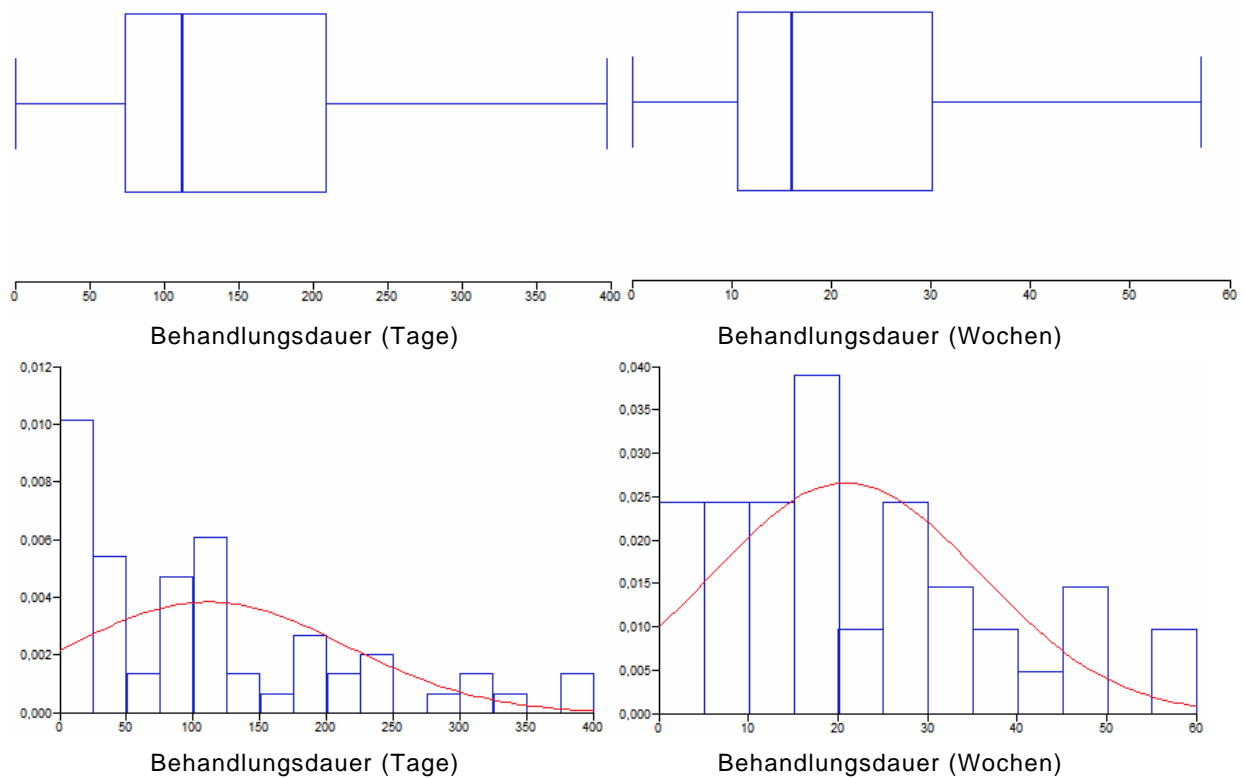


Abbildung 57. Behandlungsdauer der unplanmäßig beendeten ambulanten Suchtrehabilitationspatienten (n=60)

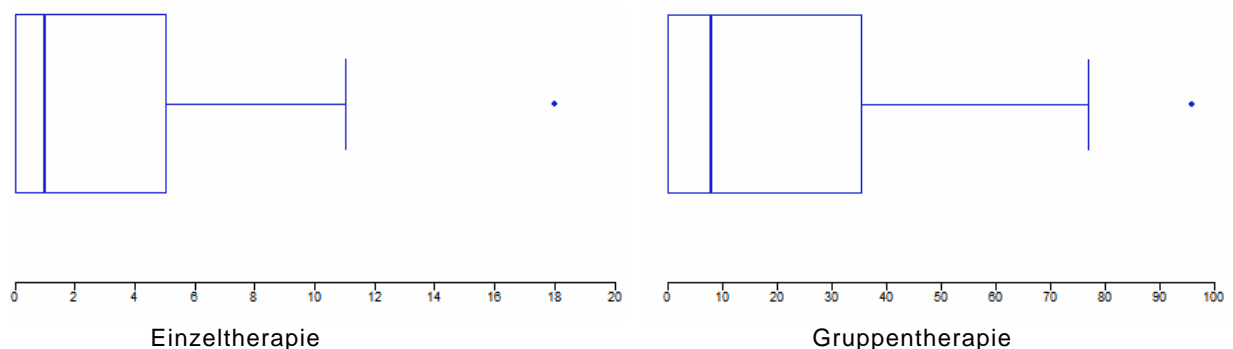


Abbildung 58. Kontakte der unplanmäßig beendeten ambulanten Suchtrehabilitationspatienten (n=60)

Bei den Patienten mit unplanmäßigem Abschluss liegt der Mittelwert bei 110,4 Tagen oder 19,5 Wochen (Median bei 89 Tagen), die Standardabweichung bei 104 Tagen. Nur ein Viertel ist weniger als 24 Tage in Behandlung. 25 Prozent sind länger als 184 Tage in Behandlung. Die maximale Behandlungsdauer beträgt 397 Tage. Im Schnitt nehmen die Rehabilitationspatienten, die vorzeitig unplanmäßig ihre Behandlung beenden, an 2,8 Einzelgesprächen und 20,6 Gruppengesprächen teil. Es zeigt sich, dass die Patienten in den ersten 20 Wochen am meisten gefährdet sind, die Behandlung vorzeitig und unplanmäßig zu beenden.

David Steffen
davidsteffen@ianua-gps.de



IANVA

LISDORFER STRASSE 2
66740 SAARLOUIS
TEL. 0 68 31 - 46 00 55 - 56
FAX 0 68 31 - 46 00 57

www.ianua-gps.de - info@ianua-gps.de