



GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE MBH

IANVA

Jahresbericht 2006

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.

KONZEPT

IANUA – Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie in Saarlouis ist seit 1992 eine anerkannte Einrichtung der ambulanten Suchtrehabilitation. Die Einrichtung arbeitet unter der Rechtsform einer GmbH. Sie erhält keine öffentlichen Fördermittel. Sie ist Mitglied im Fachverband Sucht.

IANUA arbeitet auf der Grundlage „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankte vom 04.05.2001“. Die Einrichtung versteht sich als Teil einer komplexen gemeindepsychiatrisch orientierten Versorgung psychisch Kranker. Sie ist integriert in den Strukturen der ambulanten und stationären Krankenbehandlung, den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sowie der sozialen Rehabilitation in Form gemeindenaher komplementärer psychiatrischer Versorgungsstrukturen.

IANUA verfügt über ein integriertes Programm zur Behandlung Abhängigkeitskranker in der Vorphase zur Rehabilitation, über ein umfangreiches, differenziertes Rehabilitations- und Nachsorgeangebot für Abhängigkeitskranke sowie über Angebote zur Prävention in der Suchtarbeit.

Strukturmerkmale

IANUA – Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie, liegt in der Stadt Saarlouis, dem städtischen Mittelpunkt des dazugehörigen Landkreises. Saarlouis gilt als die „heimliche Hauptstadt“ des Saarlandes. Das Einzugsgebiet der Einrichtung reicht jedoch weit über den Landkreis Saarlouis hinaus, im Norden bis an den Hunsrück, im Westen bis an die französisch-luxemburgische Grenze, im Südosten bis nach Saarbrücken. Allein der Landkreis Saarlouis hat eine Einwohnerzahl von 211.800, im gesamten beschriebenen Gebiet leben 800.000 Einwohner. Vereinzelt werden auch französische Patienten behandelt, die langjährige Berufspendler ins Saarland sind. Die Stadt wird geprägt durch ihre Grenznähe zu Frankreich sowie durch ihre Funktion als industrieller Mittelpunkt der Automobilindustrie, des Bergbaus und der Stahlproduktion im Saarland. Die Einrichtung liegt zentral in der Stadt in unmittelbarer Nähe des Busbahnhofs. Neben der guten

Anbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist die Stadt über die Anbindung an zwei Autobahnen aus allen Teilen des Saarlandes schnell zu erreichen.

Die Einrichtung verfügt über zwei Gruppenräume, die jeweils für 15 Patienten genutzt werden können. Es stehen drei Therapeutenzimmer zur Verfügung, von denen eins vom Arzt der Einrichtung als Untersuchungszimmer mit genutzt wird. Neben dem Sekretariat befindet sich das Wartezimmer, das in den Abendstunden als zusätzlicher Gruppenraum mit genutzt werden kann. Es gibt einen Aufenthaltsraum für die Patienten mit gut ausgestatteter Küche.

IANUA behandelt **Abhängigkeitskranke mit substanzbedingten Störungen von Alkohol, Medikamenten und Drogen**. Zu Beginn der Behandlung muß die Fähigkeit zur Einsicht und zur beständigen und zuverlässigen Mitarbeit vorhanden sein. Ausgeschlossen sind Patienten mit schwerwiegenden körperlichen, psychischen, geistigen und sozialen Schäden, die ein stationäres Behandlungs- und Rehabilitationsangebot notwendig machen. Im Rehabilitationsbereich verfügt die Einrichtung über 90 Rehabilitationsplätze.

Die Einrichtung hält ein **multiprofessionelles Team** aus Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern vor. Der verantwortliche Arzt ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatische Medizin. Sein ständiger Vertreter ist ebenfalls Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. In der Einrichtung arbeiten Diplompsychologen/Diplompsychologinnen und Diplomsozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen mit abgeschlossener Weiterbildung gemäß den Anforderungen des Verbandes der Rentenversicherungsträger. In der Verwaltung sind eine Sekretärin sowie Hilfskräfte im Schreibdienst und in der Dokumentation tätig. Der aktuelle Personalstandsplan wird regelmäßig den Rehabilitationsleistungsträgern vorgelegt.

Konzeptmerkmale

Dokumentation

In der Einrichtung wird eine **Basisdokumentation** mit dem Datenerhebungssystem „**Ebis/Patfak light**“ durchgeführt. Diese Basisdokumentation erlaubt Aussagen im Rahmen des

„Deutschen Kerndatensatzes“. Eine kontinuierliche **Verlaufsdokumentation** dient als Grundlage zur Erstellung des „einheitlichen Reha-Entlassungsberichtes“.

Vernetzung

Die Einrichtung verfügt im Rahmen der **externen Vernetzung** über eine eingespielte Zusammenarbeit mit Hausärzten, fachärztlichen Vertragsärzten, der ortsansässigen psychiatrischen Fachklinik, den Allgemeinkrankenhäusern, Betriebssozialdiensten, werksärztlichen Diensten sowie dem psychosozialen Dienst des Gesundheitsamtes. Im Rahmen umfassender Rehabilitationspläne arbeitet die Einrichtung zusammen mit Einrichtungen der beruflichen und sozialen Rehabilitation vor Ort. Dazu gehören insbesondere die Rehabilitationsdienste der Agentur für Arbeit sowie die komplementären Einrichtungen der gemeindenahen Psychiatrie im Bereich der sozialen Rehabilitation.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation besteht eine **Kooperationsvereinbarung mit den Kliniken Daun**, Thommener Hohe, im Rahmen des **ST-A-R-S-Programmes**. Es handelt sich dabei um ein von allen Rehabilitationsleistungsträgern anerkanntes Programm kombiniert ambulant/stationärer Suchtrehabilitation im Rahmen eines modularen Gesamtkonzeptes.

Qualitätssicherung, Ergebniskontrolle

Die Einrichtung beteiligt sich am **Qualitätssicherungsprogramm des Verbandes der Rentenversicherungsträger**. Im Rahmen von „Ebis“ werden **katamnestische Untersuchungen** durchgeführt. Die Deutsche Rentenversicherung Bund übermittelt Katamnesedaten über den Versicherungsverlauf ihrer Rehabilitationspatienten. Die Einrichtung beteiligt sich an **externen Qualitätszirkeln**. Ein **interinstitutionell / interdisziplinärer Zirkel** in der Einrichtung **IANUA** ist von der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer zertifiziert. In der Einrichtung finden regelmäßige, wöchentliche Teambesprechungen im Sinne einer Fallkonferenz statt. Der verantwortliche Arzt der Einrichtung besitzt die dazu notwendige Supervisionskompetenz in Form einer Weiterbildungsermächtigung der Ärztekammer des Saarlandes für den Bereich „Psychotherapie“ berufsbegleitend für einen Zeitraum von drei Jahren sowie für die Gebiete „Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ jeweils für ein Jahr. Neue Mitarbeiter der Einrichtung befinden sich

zusätzlich in fortlaufender regelmäßiger interner Supervision beim Arzt der Einrichtung über einen Zeitraum von etwa zwei Jahren. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit zur externen Supervision für Mitarbeiter. Die externe Teamsupervision umfasst vierteljährlich vier Stunden.

Theoriemodell

Sucht ist eine **bio-psycho-soziale** Krankheit, bei der es durch wechselseitig-rückwirkende Störungen zu einer komplexen Beeinträchtigung des sich selbst regulierenden inneren Gleichgewichts des Menschen in seiner Gesamtheit kommt. Nur als Abstrahierung dieses Prozesses lassen sich zum deskriptiven Verständnis ein toxikomanes, ein psychisches, ein somatisches und ein soziales Syndrom voneinander trennen. Die Syndromebenen ermöglichen aber, die eingetretenen Schädigungen (Impairments) zu erfassen, das Ausmaß der Fähigkeitsstörungen (Disabilities) und der sozialen Beeinträchtigungen (Handicaps) zu beschreiben und den Ressourcen eines Menschen gegenüberzustellen.

Die Einrichtung arbeitet auf der Grundlage der **psychoanalytisch/psychodynamischen Entwicklungs- und Krankheitslehre**.

Die Sucht wird dabei verstanden als gescheiterter Anpassungsversuch auf dem Boden einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung. Als Ausgangspunkt einer defizitär integrierten Struktur finden sich häufig nicht ausreichend stabile und haltgebende frühe Beziehungserfahrungen. Diese führen einerseits zu einem gestörten Selbstbild und Selbsterleben mit Beeinträchtigung der Affektregulation und andererseits zu Beziehungsstörungen. Intrapsychische Störungen und interpersonelles Verhalten verstärken sich gegenseitig in einem **zyklisch-maladaptiven Prozess**. Das Wahrnehmen von Situationen der Gegenwart wird nach alten Mustern verzerrt. Es findet sich ein Mangel an positiver Erwartung und Phantasie. Wünsche nach Zuwendung, Liebe und Fürsorge werden nicht antizipiert, nicht in sich selbst aktiviert und nicht bei anderen provoziert. Stattdessen kommt es zu Vernachlässigung, Bemächtungsverhalten und Kränkungen. Süchtige Kollusionen ersetzen stabile Bindungen.

Der Gebrauch einer psychotropen Substanz stellt in Konfliktsituationen den Versuch dar, das labile narzisstische innere Gleichgewicht zu stabilisieren und dient der Bedürfnisregulation. Der Suchtmittelgebrauch wird zur pathogenen Bewältigungsmöglichkeit. Die „Einnahme“ des Mittels verstärkt als „Falsches Objekt“ die Selbstbildstörung, durch die toxischen Wirkungen die Beeinträchtigung von Selbst- und

Außenwahrnehmung und durch die süchtigen Peer-Group-Erfahrungen das krankhafte Beziehungsverhalten.

Über die neurobiologischen Wirkungen entsteht eine irreversible Gegenregulation mit überdauerndem Niederschlag im Erregungs-/Hemmungsgleichgewicht des neuronalen Netzwerkes. Als klinische Zeichen dafür finden sich die Unfähigkeit zur Abstinenz und/oder der Kontrollverlust. Darüber ist Sucht als eigenständige Krankheit entstanden, in der die Grundstörung dialektisch aufgehoben ist. Dadurch ist die Notwendigkeit eines **eigenständigen Krankheitsmodells** und einer von der Behandlung der Grundstörung unterschiedenen Therapie essentiell. Dies bedingt die Hierarchie der Diagnosesysteme und die zentrale Bedeutung von Abstinenz. Wir verstehen also Gesundheit als Wiederherstellung eines in sich stabilen Gleichgewichtes im neuronalen Netzwerk. Dies schließt den Gebrauch von Entwöhnungsmitteln (Disulfiram, Naltrexon, Acamprosat) aus.

Nur unter **Abstinenzbedingungen** kann der letztlich somatisch verfestigte Krankheitsprozess unterbrochen werden und Alternativen in Behandlung und Rehabilitation eröffnet werden. In der Suchtentwicklung kann es zu verfestigten Lebensweisen in krankheitserhaltenden sozialen Situationen (Drogenmilieu, Freizeitverhalten, Peer-Groups) kommen. Da in diesen Situationen pathogene Handlungsbereitschaften aktiviert werden, kann eine Trennung von dem sozialen Umfeld neben der Suchtmittelabstinenz als Therapievoraussetzung notwendig sein.

Die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung hat die Suchtmittelabstinenz als unabdingbare Voraussetzung. Die Stärkung der Abstinenzmotivation bleibt im Verlauf das übergeordnete Ziel. Die Rückfallbearbeitung hat in der Abfolge der Interventionen immer Priorität.

Da Sucht verstanden wird als zyklisch-maladaptiver Prozess von intrapsychischen Strukturen und interpersonellem Verhalten, besteht das Grundgerüst der Behandlung in der Form der **Gruppentherapie als „interaktionell-analytische Therapie“**. Die Erfahrung der Pluralität in der Gruppe konfrontiert den Patienten mit der Notwendigkeit als einer unter vielen zu existieren, begrenzt Größenideen und Tendenzen zu Bemächtungsverhalten in dyadischen Beziehungen. Die gleichzeitige Erfahrung der Einzigartigkeit unter anderen gibt die Möglichkeit der Abgrenzung und der Verselbständigung.

In der Gruppe erlebt der Patient, daß er nicht souverän ist, sondern auf das Miteinander und auf plurale Beziehungen zur Bedürfnisbefriedigung angewiesen ist. Er wird in der

Gruppe mit den Folgen des eigenen Tuns unmittelbar konfrontiert. Die Aufgabe des Therapeuten ist die Bearbeitung aller destruktiven Impulse, um sich selbst und die Gruppe als Ganzes, als haltgebenden Möglichkeitsraum zu bewahren und alternative Bindungserfahrungen zu fördern. So kann sich Distanz zu destruktiven Selbstanteilen entwickeln und deren Wirkung gemildert werden. Über die Trauer über Versäumtes ist Betroffenheit über den Täteraspekt möglich. Die Wiedergutmachung wird eine Zukunftsaufgabe. In der Gruppe werden freundliche soziale Kompetenzen eingeübt. Gefördert wird die Entwicklung zu hoffnungsvollen, wohlthätigen Erwartungen für die Zukunft.

Integriertes Programm zur Behandlung Abhängigkeitskranker in der Vorphase zur Rehabilitation

Die **Vereinbarung Abhängigkeitserkrankte** vom 04.05.2001 fordert in der Anlage 1, dass ambulante Rehabilitationseinrichtungen ein **integriertes Behandlungsprogramm** neben dem im Rahmen der Rehabilitation finanzierten Leistungsspektrum vorhalten. Dieses umfasst insbesondere:

- Diagnostik und Indikationsstellung
- Motivationsklärung und Motivierung
- therapeutische Einzel- und Gruppengespräche
- Beteiligung der Bezugspersonen am therapeutischen Prozeß
- begleitende Hilfen im sozialen Umfeld
- Krisenintervention
- Vorbereitung der stationären Leistungen zur Rehabilitation
- ggf. Zusammenarbeit im Therapieverbund (ambulante und stationäre Einrichtungen)
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Prävention

In der Anlage 3 der Vereinbarung wird festgelegt, daß zur differenzierten Indikationsstellung zur Rehabilitation eine **vier- bis sechswöchige Vorbereitungsphase** unter Abstinenzbedingungen in der Einrichtung voranzugehen hat.

Wir verstehen die Vorphase zur Rehabilitation als **eine intensive ambulante, medizinische Versorgung** von Abhängigkeitserkrankten mit **umfassender Diagnostik** und **medizinisch-psychotherapeutischer Behandlung**.

Die Phase zwischen Entzug und Beginn der Rehabilitation ist für Suchtkranke eine **äußerst kritische Zeit**, in der sie in vielerlei Hinsicht besonders vulnerabel sind. Über mehrere Wochen liegt weiterhin ein gestörter Hirnstoffwechsel, ein reduziertes geistiges Leistungsvermögen, eine Störung der Biorhythmen, wie der Schlaf-tätigkeit sowie eine deutlich reduzierte Stresstoleranz vor. Erst im Verlauf von Wochen bilden sich substanzbedingte Angststörungen oder affektive Störungen zurück.

Erst nach Ablauf von etwa 6 bis 8 Wochen kann psychiatrisch-differentialdiagnostisch entschieden werden, ob neben der Abhängigkeitserkrankung eine weitere spezifische komorbide psychiatrische Erkrankung vorliegt. Unter psychodynamischen Gesichtspunkten konfrontiert die erreichte Suchtmittelabstinenz den Erkrankten mit seiner inneren sowie interpersonellen Konflikthaftigkeit und stellt seine bisherigen pathogenen Bewältigungsmöglichkeiten im Rahmen der Suchtentwicklung in Frage. Dies alles erklärt die **besondere Anfälligkeit für Suchtmittelrückfälle** in dieser Zeit. Gleichzeitig findet sich häufig im sozialen Umfeld eine akute Krise, etwa als Partnerschaftskrise in der Familie oder ein Konflikt am Arbeitsplatz. Der frühzeitige Einbezug von wichtigen Bezugspersonen ist aus diesem Grunde notwendig. Die Zwischenphase zwischen Entzug und Rehabilitation fordert also die umfassendsten fachlichen Kompetenzen bezüglich Diagnostik und Behandlung. Die Differentialindikation zu einer Rehabilitationsmaßnahme wird heutzutage verstanden als Ergebnis eines rückbezüglichen Prozesses im Rahmen differentialdiagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Die therapeutischen Erfahrungen der Vorphase stabilisieren einen Patienten in einer äußerst kritischen Phase; sie bilden die Grundlage für eine **differenzierte Indikationsentscheidung**, die von allen Beteiligten getragen werden kann.

Die Indikationsentscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation wird auf Grundlage der Anlage 3 zur „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 getroffen. Dabei gelten folgende Kriterien:

1. Eine ambulante Rehabilitation (Entwöhnung) kommt insbesondere in Betracht, wenn folgende Kriterien zutreffen:

- 1.1 Die Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet sind so ausgeprägt, daß eine ambulante Behandlung Erfolg versprechend erscheint und eine stationäre Behandlung nicht oder nicht mehr erforderlich ist.
- 1.2 Das soziale Umfeld des/der Abhängigkeitskranken hat (noch) stabilisierende/unterstützende Funktion. Soweit Belastungsfaktoren bestehen, müssen diese durch bedarfsgerechte therapeutische Leistungen aufgearbeitet werden. Es ist nicht ausreichend, daß die ambulante Behandlungsstelle allein die Funktion des intakten sozialen Umfeldes übernimmt.
- 1.3 Die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht oder nicht mehr erforderlich, da hiervon keine maßgeblichen negativen Einflüsse auf den therapeutischen Prozeß zu erwarten sind.
- 1.4 Der/die Abhängigkeitskranke ist beruflich (noch) ausreichend integriert. Jedoch schließen Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit eine ambulante Entwöhnung nicht aus. Die sich abzeichnende Notwendigkeit zur Reintegration in das Erwerbsleben wird durch eine wohnortnahe Rehabilitation unterstützt.
- 1.5 Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.
- 1.6 Es ist erkennbar, daß die Fähigkeit
 - zur aktiven Mitarbeit,
 - zur regelmäßigen Teilnahme und
 - zur Einhaltung des Therapieplansin Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung vorhanden ist.¹
- 1.7 Der/die Abhängigkeitskranke ist bereit und in der Lage, abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm regelmäßig teilzunehmen.
- 1.8 Auch bei einem langen oder intensiven Suchtverlauf kann die Indikation für eine ambulante Entwöhnung bestehen.

¹ Das kann angenommen werden, wenn der/die Abhängigkeitskranke insbesondere während der Motivationsphase die von der Beratungsstelle bzw. Beratungs- und Behandlungsstelle gesetzten Grenzen und Vorgaben akzeptieren und einhalten konnte. Die der Rehabilitation vorangehende Motivationsphase dauert mindestens 4 Wochen, wobei ein regelmäßiger Besuch vorausgesetzt wird.

1.8 Ausreichende Mobilität ist vorhanden, d. h. die tägliche An- und Abfahrt z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist möglich. Der/die Abhängigkeitskranke muß in der Lage sein, innerhalb einer angemessenen Zeit (ca. 45 Minuten) die Einrichtung zu erreichen bzw. nach Hause zurück zu kehren.

2. Kontraindikationen

Kontraindikationen zur ambulanten Rehabilitation sind akute Suizidgefährdung, akutbehandlungsbedürftige Psychosen, schwere hirnorganische Störungen sowie schwere andere organische Erkrankungen, die eine eigene Rehabilitationsnotwendigkeit bedingen.

Die Vorbereitungsphase dauert mindestens 4 bis 6 Wochen und soll einen Zeitraum von 6 Monaten keinesfalls überschreiten. Sie endet mit Aufnahme der Rehabilitation auch bei Vermittlung in eine stationäre Maßnahme.

Im Einzelnen umfasst die **Vorbereitungsbehandlung**:

- Diagnostik der Suchterkrankung mit eigen- und fremdanamnestischen Angaben unter Berücksichtigung medizinischer Vorbefunde
- Feststellung der Art und Ausprägung des Suchtmittelgebrauchs
- Feststellung körperlicher und psychischer Störungen
- Klärung der sozialen Situation
- Feststellung des Rehabilitationsbedarfs
- Feststellung der Rehabilitationsfähigkeit
- Abklärung der Notwendigkeit und eventuelle Einleitung einer Entzugsbehandlung, ambulant oder stationär
- Kontinuierliche Begleitung während der Entzugsbehandlung
- Kontinuierliche psychotherapeutische Interventionen als Einzel- und Gruppentherapie von der Kontaktaufnahme bis zur Überleitung in die weiterführende Rehabilitation.
- einmal wöchentlich eine 90-minütige Gruppenbehandlung, ein bis mehrfach wöchentlich 60-minütige Einzeltherapie)
- Kriseninterventionen und ständige Rufbereitschaft
- Formulierungen der Rehabilitationsziele
- Aussagen zur Prognose

- Aussagen zur Motivation
- Rückfallbearbeitung
- Abstinenzkontrollen
- Koordinierung der begleitenden vertragsärztlichen Behandlung (Hausärzte, Fachärzte)
- Koordinierung und Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst der Betriebe und Betriebsärzten
- eventuell Abklärung und Einleitung notwendiger beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen, Absprachen mit dem Arbeitsamt
- möglichst früher Einbezug von Angehörigen des Patienten
- Rehabilitationsantragstellung

IANUA hat mit mehreren gesetzlichen **Krankenkassen** (Landesverband der Betriebskrankenkassen Rheinland-Pfalz/Saar, IKK Südwest Direkt) **Kooperationsvereinbarungen** zur Ausgestaltung und Förderung der Rehabilitationsvorphase geschlossen. Die Krankenkassen nutzen das Behandlungsangebot der Einrichtung im Rahmen ihrer Case-Management-Programme zur Abklärung des individuellen Rehabilitationsbedarfs ihrer Versicherten sowie zur Verbesserung der Überleitung von medizinischer Krankenbehandlung zur Rehabilitation.

IANUA ist Vertragspartner einer Integrierten Versorgung der Deutschen Angestellten-Krankenkasse für Abhängigkeitskranke im Einzugsgebiet von Saarlouis. Das Versorgungsmodell ist die Reduzierung der Schnittstellenproblematik, die Früherkennung, die Frühintervention, die Verhinderung von chronischen Verläufen, sowie die zielgerichtete Zuführung zur Rehabilitation.

Rehabilitationsphase

Die ambulante Suchtrehabilitation in der Einrichtung umfasst einen Zeitraum mit einer **Dauer von bis zu 18 Monaten**. Die Regelrehabilitationszeit beträgt ca. 12 Monate, im begründeten Einzelfall kann eine Verlängerung auf 18 Monate erfolgen. Während dieser Zeit können maximal 120 therapeutische Einzel- oder Gruppengespräche sowie - wenn erforderlich - bis zu 12 therapeutische Gespräche mit Bezugspersonen erfolgen. Dabei besteht das kontinuierliche therapeutische Programm aus mindestens zwei

therapeutischen Leistungen pro Woche, wobei Gruppengespräche ergänzt werden durch obligatorische, stetig stattfindende Einzelgespräche bzw. Kriseninterventionstermine. Während der ambulanten Rehabilitation gelten die Richtlinien der jeweils zuständigen Leistungsträger.

Der Ablauf der Rehabilitation ist inhaltlich in drei Abschnitte gegliedert. Im ersten Abschnitt (4-6 Wochen) liegt der Schwerpunkt der Arbeit in einem umfassenden Assessment und Überprüfung und Weiterentwicklung des Rehabilitationsgesamtplans im Sinne eines adaptiven Vorgehens. Es geht um die Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zum Bezugstherapeuten, um die Entwicklung einer haltgebenden Gruppenkohärenz. In der Auseinandersetzung um das Behandlungssetting, stehen u. a. die Erarbeitung von Grundarbeitsfähigkeiten wie Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Sorgfalt und Beständigkeit, soziale Fähigkeiten wie Zusammenarbeit, Kritikfähigkeit, Umgang mit Autoritäten und Umgang in der Gruppe sowie Aspekte des Selbstbildes mit Selbstständigkeit, Übernahme von Eigenverantwortung, Selbsteinschätzung, Selbstgewissheit und Selbstwirksamkeit im Mittelpunkt. Die Krankheitseinsicht soll vertieft werden, eine emotionale Akzeptanz der Abhängigkeitserkrankung soll sich entwickeln. Darüber soll sich eine eigenständige stabile Abstinenzmotivation herausbilden.

Im zweiten Abschnitt (8-9 Monate) geht es um die vertiefte therapeutische Arbeit an zugrundeliegenden inneren und interaktionellen Konflikten, um die Bearbeitung belastender Kontextfaktoren in Familie und Arbeit sowie um den Aufbau alternativer haltgebender Bewältigungsmechanismen im Lebensalltag und im Beruf. In diesem Abschnitt wird verstärkt mit Bezugspersonen gearbeitet.

Der dritte Abschnitt (4-6 Wochen) dient der Ablösung aus dem Rehabilitationsprozess. Es ist der Abschnitt des Übergangs und der Vermittlung in weiterführende Maßnahmen, insbesondere in Selbsthilfegruppen und in besonderen Fällen in eine weiterführende psychotherapeutische Behandlung. In diesem Abschnitt geht es um die Bilanzierung des Prozesses und um die abschließende Einschätzung aller Beteiligten mit der Notwendigkeit einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung.

Dem Umgang mit **Rückfällen** innerhalb der Rehabilitation kommt eine entscheidende Bedeutung zu. Die Abstinenzkontrolle ist dabei unverzichtbar. Jeder Rückfall ist Anlass, den therapeutischen Prozess neu zu überdenken und anzupassen. Nach Analyse und Durcharbeitung des Rückfalls wird beobachtet, ob der Patient Konsequenzen aus dem Rückfall zieht und sein diesbezügliches Verhalten ändert. Nach dem zweiten Rückfall

endet die ambulante Rehabilitation, wenn ersichtlich wird, daß der Patient sein süchtiges Leben fortführen will.

Für Patienten, die nach dem zweiten Rückfall weiter behandlungsmotiviert sind und für die eine gute Rehabilitationsprognose gilt, kann die ambulante Rehabilitation kurzfristig im Rahmen eines **modularen Ansatzes** in eine **kombiniert ambulant-stationäre Rehabilitation** umgewandelt werden. Dazu ist ein Umwandlungsantrag beim zuständigen Rehabilitationsleistungsträger erforderlich. Das so genannte ST-A-R-S-Programm ist auch als kurzfristige Krisenintervention bei ambulant nicht aufzuarbeitenden schweren sozialen Konflikten im Umfeld möglich. Die Grundlage dafür bildet eine Kooperationsvereinbarung mit den Kliniken Daun. Die stationäre Rehabilitation dauert maximal vier Wochen. Danach erfolgt die Rückkehr in die ambulante Bezugsgruppe. Bei schweren Rückfällen, die eine erneute stationäre Entzugsbehandlung notwendig machen, wird der Rehabilitationsleistungsträger informiert, der über die Fortführung der ambulanten Suchtrehabilitation entscheidet.

Rehabilitationsdiagnostik

Wir verstehen die Rehabilitationsdiagnostik als einen **fortlaufenden Prozess**, der ein **adaptives Vorgehen der Interventionen** möglich macht. Die Grundlage bildet die umfassende Diagnostik des Assessments in der Vorphase. Die medizinische Diagnostik umfaßt neben den aktuellen Befunden den kontinuierlichen Einbezug ergänzender vertragsärztlicher hausärztlicher und fachärztlicher Befunde. Die psychiatrische Befunderhebung orientiert sich am AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie), die psychotherapeutisch-psychodynamische Diagnostik am OPD (Operationalisierte psychodynamische Diagnostik). Störungen der Funktionen und Fähigkeiten werden im Rahmen des ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) erfasst und klassifiziert. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik wird ergänzt durch Testverfahren. Eingesetzt werden standardisierte Leistungstests sowie Persönlichkeitstests. Die spezielle Analyse der Arbeitssituation kann ergänzt werden durch eine Testdiagnostik zum arbeitsbezogenen Verhalten. Die Aufgabe des Arztes der Einrichtung ist die verantwortliche Leistungserbringung. Er ist verantwortlich für die Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussuntersuchung inklusive des ärztlichen Reha-Entlassungsberichtes mit sozialmedizinischer Leistungsbeurteilung. Er ist darüber hinaus zuständig für die Erstellung des Rehabilitationsplanes und entscheidet

über die Therapiefrequenzen. Er koordiniert ergänzende ärztliche Behandlungen und Hilfen außerhalb der Rehabilitation und arbeitet verantwortlich in Fall- und Teambesprechungen im adaptiven Prozess der Rehabilitation mit. Schwerpunkt der psychologischen Tätigkeit ist die Testdiagnostik; Schwerpunkt der sozialarbeiterischen Tätigkeit sind die ergänzenden sozialtherapeutischen Leistungen mit Sozialanamnese, beruflicher und Familienanamnese.

Wir verstehen unsere Arbeit als interdisziplinären Prozess, der zwischen den einzelnen beteiligten Berufsgruppen in regelmäßigen Fallbesprechungen integriert wird.

Therapeutische Interventionen

Die ambulante Suchtrehabilitation wird in der Regel in einer **geschlossenen Gruppe** von 10 bis 12 Patienten durchgeführt. Behandelt werden alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige polytoxikomane Patienten mit Ausschluss von reinen Heroin- und Kokainabhängigen. Die Gruppen werden geschlechtsgemischt besetzt. Aus konzeptionellen Erwägungen werden Patienten mit unterschiedlichen Abhängigkeitsdiagnosen gemeinsam in eine Gruppe integriert. Dadurch wird das Verständnis der Austauschbarkeit der Suchtmittel gefördert, was wiederum einer Suchtverlagerung vorbeugt. Der Blick ist auf die Sucht gerichtet, nicht ausschließlich auf die spezifische Ausprägungsform. Bei Beginn der Rehabilitation wird mit den Patienten ein **schriftlicher Therapievertrag** (*siehe Anlage*) abgeschlossen. Im weiteren Verlauf werden gemeinsam **verbindliche Therapieziele** besprochen und vereinbart. Während des gesamten Verlaufs besteht eine stabile therapeutische Situation zu einem **Bezugstherapeuten/-therapeutin**. Über eine Vertretungsregelung wird die Rehabilitation auch in Urlaubszeiten und Krankheitszeiten des Bezugstherapeuten sichergestellt. Wöchentlich werden zwei therapeutische Leistungen in der Gruppe zu je 100 Minuten erbracht. Der therapeutische Prozess wird ergänzt und vertieft durch **Einzelgespräche**, insbesondere auch zur Bearbeitung von akuten Krisensituationen, zur Vertiefung der therapeutischen Arbeit, zur Therapieplanung, zur Absprache von verbindlichen Therapiezeiten und zur Überprüfung der Erreichung der Ziele. Abgestimmt auf die beruflichen Erfordernisse der Rehabilitanden bieten wir Rehabilitationsgruppen sowohl vormittags als auch nachmittags und in den Abendstunden an.

Innerhalb des Einzugsgebiets der Einrichtung gibt es eine Vielzahl von Betrieben, in denen Schichtarbeit geleistet wird. Um den besonderen Erfordernissen der Arbeitssituation von Patienten aus diesen Betrieben gerecht zu werden, hält die Einrichtung ein spezielles

Angebot für Schichtarbeiter vor. Dabei handelt es sich um alternierende Gruppen, die wochenweise vor- oder nachmittags stattfinden. Dazu wird das Konzept modifiziert (Slow-Open-Groups).

Während des gesamten Rehabilitationsverlaufs werden Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess einbezogen. Dies geschieht sowohl punktuell in Form einzelner **Paar- oder Familiengespräche** als auch in Form eines Gruppenprozesses, bei dem die Angehörigen mit einbezogen werden. Es werden mindestens drei **Wochenendseminare** für Betroffene und deren Angehörige veranstaltet. Dafür stehen vom Leistungsträger zusätzliche Angehörigenleistungen zur Verfügung. Die Angehörigenarbeit dient der Aufdeckung und Bearbeitung co-süchtiger Beziehungsstrukturen, der Hilfestellung im Umgang mit dem Veränderungsprozess des Patienten, der Förderung von Verständnis für den Suchtkranken und den Angehörigen. Bei den Seminaren werden die Methoden der Information, der Gruppen- und Familienarbeit benutzt. Es besteht die Möglichkeit, Angehörige in eine Gruppe für Angehörige von Suchtkranken (indikative Psychotherapie) zu vermitteln.

Neben dem fortlaufenden Prozess in der Bezugsgruppe gibt es die Möglichkeit, im Rahmen **indikativer Gruppen** eine problemorientierte Klärung und Vertiefung zu erreichen. Diese werden geleitet von dafür fachlich qualifiziertem Personal. Die indikativen Gruppen umfassen insbesondere **„Raucherentwöhnung“**, **„Schmerz-, Körperwahrnehmung/Körpertherapie“**, **„Entspannungstraining“** sowie **„Essstörungen“** und dienen insbesondere der Förderung ressourcenorientierter Veränderungs- und Lösungsmöglichkeiten.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der **Beratung von arbeitslosen Patienten**. Die **klinische Sozialarbeit** bietet die Möglichkeit sozialrechtlicher Beratung, der Vermittlung und Koordination ergänzender Hilfen sowie der Information und Motivation im Rahmen psychoedukativer Arbeit. Dadurch wird es möglich, im Rahmen des ambulanten Settings den Rehabilitationsprozess mit ergänzenden Hilfen der beruflichen Wiedereingliederung und mit ergänzenden sozialen Hilfen zu verzahnen. Es erfolgt bei jedem Patienten eine **Analyse der beruflichen Situation** und des konkreten Arbeitsplatzes. Dabei wird der Vorteil des ambulanten Behandlungssettings, d. h. die Nähe zum beruflichen Alltag mit seinen Schwierigkeiten und Bedingungen genutzt. Es geht darum, mögliche aktuelle Probleme auf dem Arbeitsplatz zu identifizieren, deren Hintergründe und Zusammenhänge zu beleuchten und Lösungen mit dem Patienten zu erarbeiten.

Ziele

Grundsätzliche Ziele der Suchtrehabilitation sind das Erreichen einer **stabilen und zufriedenen Abstinenz**, die **möglichst umfassende Aufarbeitung der dahinterstehenden Persönlichkeitsproblematik**, die **volle Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit** sowie die **Integration in Arbeit, Beruf und Gesellschaft**.

Das Rehabilitationsprogramm mit seinem interdisziplinären Ansatz dient der umfassenden Analyse der Abhängigkeitsentwicklung mit dem Ziel der vertieften Krankheitseinsicht und der stabilen Abstinenzentscheidung. Im Mittelpunkt stehen dabei Rückfallanalyse und der Erwerb von Rückfallbewältigungsstrategien. Auf dieser Grundlage wird eine Verbesserung des Interaktionsverhaltens, der Beziehungsfähigkeit, der Selbst- und Fremdwahrnehmung und der Anpassungs- und Bewältigungsfähigkeit angestrebt. Die Verzahnung der Rehabilitationsinterventionen mit der begleitenden ambulanten Vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht die langfristige Mitbehandlung vorhandener somatischer Suchtfolgeerkrankungen.

Nachsorge

Die Einrichtung verfügt über ein **spezifisches Nachsorgeprogramm** für Patienten nach vorangegangener stationärer Suchtrehabilitation. In einem Zeitraum von einem halben Jahr können 20 therapeutische Einzel- oder Gruppensitzungen sowie bis zu zwei Therapiegespräche für Bezugspersonen durchgeführt werden. Eine einmalige Verlängerung der Maßnahme ist in begründeten Fällen möglich. Die Nachsorge dient der Stabilisierung der erreichten Suchtmittelabstinenz und stellt insbesondere eine ergänzende Hilfe im Rahmen weiter notwendiger psychosozialer Eingliederung dar. Die Nachsorge wird durchgeführt in Form von **Einzelbetreuung** oder als **spezifische, psychoedukativ ausgerichtete Gruppenbehandlung**. Wir halten dafür eine spezielle Nachsorgegruppe vor, die wöchentlich 100 Minuten lang stattfindet. Die Einrichtung arbeitet mit verschiedenen Selbsthilfegruppen zusammen. Bereits in der Rehabilitationsphase wird die Kontaktaufnahme der Patienten zu **Selbsthilfegruppen** angeregt und unterstützt. Spätestens gegen Ende der Rehabilitationsmaßnahme wird auf einen überlappenden Übergang in die Selbsthilfgruppenarbeit Wert gelegt. Bei Co-Morbidität wird eine weiterführende psychiatrisch / psychotherapeutische Behandlung mit dem Patienten besprochen und in die Wege geleitet.

Prävention

IANUA - Gesellschaft für **Prävention** und Sozialtherapie ist darüber hinaus auch auf dem Gebiet der Prävention von Suchterkrankungen tätig. Es ist sinnvoll und notwendig, nicht nur Hilfen für bereits von der Suchterkrankung Betroffene anzubieten, sondern auch im Vorfeld der Erkrankung durch geeignete Maßnahmen einer süchtigen Entwicklung vorzubeugen. Nur so kann dem stetigen Anstieg der Anzahl von Suchtkranken begegnet werden.

IANUA arbeitet auf der Grundlage **gemeindepsychiatrischer Prinzipien**. Sie richtet dementsprechend ihre präventive Tätigkeit konkret an den Erfordernissen und Bedürfnissen von Einrichtungen und Personen ihres Einzugsgebietes aus. Aus dem breiten Spektrum möglicher Präventionsmaßnahmen wird eine **schwerpunktmäßige und projektbezogene Arbeit** angeboten. Dabei ist die Absprache, die Koordination und die Zusammenarbeit mit anderen auf diesem Gebiet tätigen Institutionen erforderlich.

IANUA arbeitet kontinuierlich mit im **Arbeitskreis „Suchtprävention“ des Landkreises**. In diesem sind auch das örtliche Gesundheitsamt, weitere Beratungsstellen, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen, das Jugendamt, die Polizei und Schulen vertreten. Es wird jährlich ein **gemeinsames Aktionsprogramm** mit wechselnden Themenschwerpunkten und Veranstaltungen erarbeitet und durchgeführt.

Eine wichtige Zielgruppe sind dabei Kinder und Jugendliche. Von daher kommt der Präventionsarbeit mit Lehrern und in der Jugendarbeit Tätigen eine besondere Schlüsselstellung zu. **IANUA** bietet für diese Zielgruppen eine langfristige **Informations- und Fortbildungsmöglichkeit** einschließlich **Supervision**. Projektbezogen mit thematischen Schwerpunkten führt **IANUA** auch in Einrichtungen Veranstaltungen zur Suchtprävention durch.

IANUA berät darüber hinaus Betriebe bei der Einrichtung und Durchführung **betrieblicher Suchtkrankenarbeit**. Dazu gehören die Analyse suchtbedingter betrieblicher Schwierigkeiten, die Entwicklung von Konzepten zu ihrer Überwindung sowie die dazugehörige Realisierung von Programmen mit Supervision durch qualifiziertes Fachpersonal. Auch hier bietet **IANUA** spezielle Seminare zur Information und Schulung von Führungskräften.

Im Rahmen der **Fort- und Weiterbildung** bietet **IANUA** für Ärzte die Möglichkeit zum Erwerb der Fachkunde **„Suchtmedizinische Grundversorgung“** im Rahmen eines einjährigen Curriculums. Ebenso besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einer **Balint-**
16

Gruppe für Hausärzte. Es werden zweimal jährlich **Fortbildungsveranstaltungen** zum Thema „Diagnostik von Suchterkrankungen“ für kooperierende Vertragsärzte angeboten. Für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten in Weiterbildung ist es möglich, in der Einrichtung als **Co-Therapeuten** notwendige Behandlungserfahrungen zu machen. Der verantwortliche Arzt der Einrichtung ist zur Weiterbildung ermächtigt in den Gebieten „Psychiatrie“ und Psychotherapeutische Medizin“ sowie für den Bereich „Psychotherapie“. **IANUA** beteiligt sich an wissenschaftlichen Kongressen und stellt seine Arbeit dort zur Diskussion.

IANUA veröffentlicht jährlich auf der Grundlage des deutschen Kerndatensatzes die Ergebnisse ihrer Tätigkeit.

verantwortlich:

Sonja Steffen, Dipl.-Sozialarbeiterin, Leiterin der Einrichtung

Rainer Steffen, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie, verantwortender Arzt der Einrichtung

IANUA

Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH

Lisdorfer Straße 2

66740 Saarlouis

Tel. 06831-460055

Fax 06831-460057

info@ianua-gps.de

www.ianua-gps.de

Stand: 27.10.2006

Inhaltsverzeichnis Basisdokumentation 2006

Vorwort	1
Zusammenfassung 2005	2
Zusammenfassung 2006	3
1. Beratungs-/Vorbereitungspatienten	4
1.1 Leistungsträger und Überweisungskontext	4
1.1.1 Rehabilitationsleistungsträger aller Patienten	4
1.1.2 Krankenkassenzugehörigkeit	5
1.1.3 Art der Vermittlung	5
1.1.4 Indikationsstellung (<i>Hauptdiagnose</i>)	6
1.1.4.1 Indikationsstellung in Bezug auf das Geschlecht	7
1.1.4.2 Indikationsstellung in Bezug auf das Alter	8
1.2 Patientenmerkmale	9
1.2.1 Alter	9
1.2.2 Geographische Herkunft	9
1.2.3 Familienstand	11
1.2.4 Partnersituation	11
1.3 Ausbildung und Erwerbstätigkeit	12
1.3.1 Schulbildung	13
1.3.2 Erwerbstätigkeit	13
1.4 Angaben zum Abhängigkeitsverlauf	15
1.4.1 Abhängigkeitsdauer	15
1.4.2 Vorbehandlungen vor Behandlungsbeginn	17
1.4.3 Entzugsbehandlung vor Behandlungsbeginn	18
1.4.4 Ambulante/stationäre Entwöhnungsbehandlungen vor Behandlungsbeginn	19
1.4.5 Erstbehandlung/Erst-/Wiederaufnahme in Abhängigkeit der Hauptdiagnose	20
1.5 Behandlungsverlauf	21
1.5.1 Vermittlungsquote	21
1.5.1.1 Vermittlungsquote bezogen auf das Geschlecht	22
1.5.1.2 Vermittlungsquote bezogen auf die Hauptdiagnose	23
1.5.1.3 Vermittlungsquoten bezogen auf die einzelnen Krankenkassen	23
1.5.1.4 Vermittlungsquoten in Managed-Care-Programmen der Krankenkassen	24
1.5.2 Art der Beendigung der Vorbereitungsphase	25
1.5.3 Behandlungsdauer der Vorbereitungsphase	26

1.5.3.1 Einzeltermine in der Rehavorphase	26
1.5.3.2 Gruppentermine (Orientierungsgruppe) in der Rehavorphase	27
1.5.3.3 Behandlungszeitraum (Tage) in der Rehavorphase	28
2. Patienten in ambulanter Rehabilitation.....	29
2.1 Leistungsträger und Überweisungskontext	29
2.1.1 Leistungsträger der Rehabilitationsbehandlung.....	29
2.1.2 Art der Vermittlung.....	30
2.1.3 Indikationsstellung (Hauptdiagnose).....	30
2.1.3.1 Indikationsstellung in Bezug auf das Geschlecht	31
2.1.3.2 Indikationsstellung in Bezug auf das Alter.....	31
2.2 Patientenmerkmale	32
2.2.1 Alter	32
2.2.2 Geographische Herkunft.....	33
2.2.3 Familienstand	35
2.2.4 Partnersituation.....	35
2.3 Ausbildung und Erwerbstätigkeit	36
2.3.1 Schulbildung	37
2.3.2 Erwerbstätigkeit	37
2.4 Angaben zum Abhängigkeitsverlauf	39
2.4.1 Abhängigkeitsdauer	39
2.4.2 Vorbehandlungen vor Behandlungsbeginn.....	41
2.4.3 Entzugsbehandlung vor Behandlungsbeginn	42
2.4.4 Ambulante / stationäre Entwöhnungsbehandlungen vor Behandlungsbeginn ...	43
2.5 Behandlungsverlauf.....	44
2.5.1 Art der Beendigung.....	44
2.5.2 Beurteilung der Symptomatik am Ende der Rehabilitation.....	46
2.5.3 Behandlungsdauer der ambulante Rehabilitation	47
2.5.3.1 Anzahl der Einzeltermine in der ambulanten Rehabilitation	47
2.5.3.2 Anzahl der Gruppentermine in der ambulanten Rehabilitation	48
2.5.3.3 Behandlungsdauer der ambulanten Rehabilitation.....	49

Basisdokumentation 2006

Vorwort

Die Basisdokumentation ist eine deskriptive Auswertung der Stamm- und Kerndaten, die mit dem Programm „Patfak light“ der Firma Redline data, 23623 Ahrensböck, für alle Patienten der Einrichtung lanua G.P.S. mbH erhoben worden sind. Verwendet wurde dabei der Deutsche Kerndaten Satz Sucht nach „Ebis“ (GSDA, Höhenkirchen). Im Kerndatensatz sind die bundesweit einheitlichen Fragen des „Deutschen Kerndatensatzes Sucht“ enthalten. Sie wurden durch einrichtungsspezifische Items ergänzt. Die Auswertung erfolgte mit Excel bzw. statistische Berechnungen mit SPSS.

Die Auswertung bezieht sich auf alle Patienten des Jahres 2006 (n=360), 69,3 Prozent davon sind Männer, 30,7 Prozent Frauen. Die Missingquote der einzelnen Variablen liegt jeweils unter 0,5 Prozent.

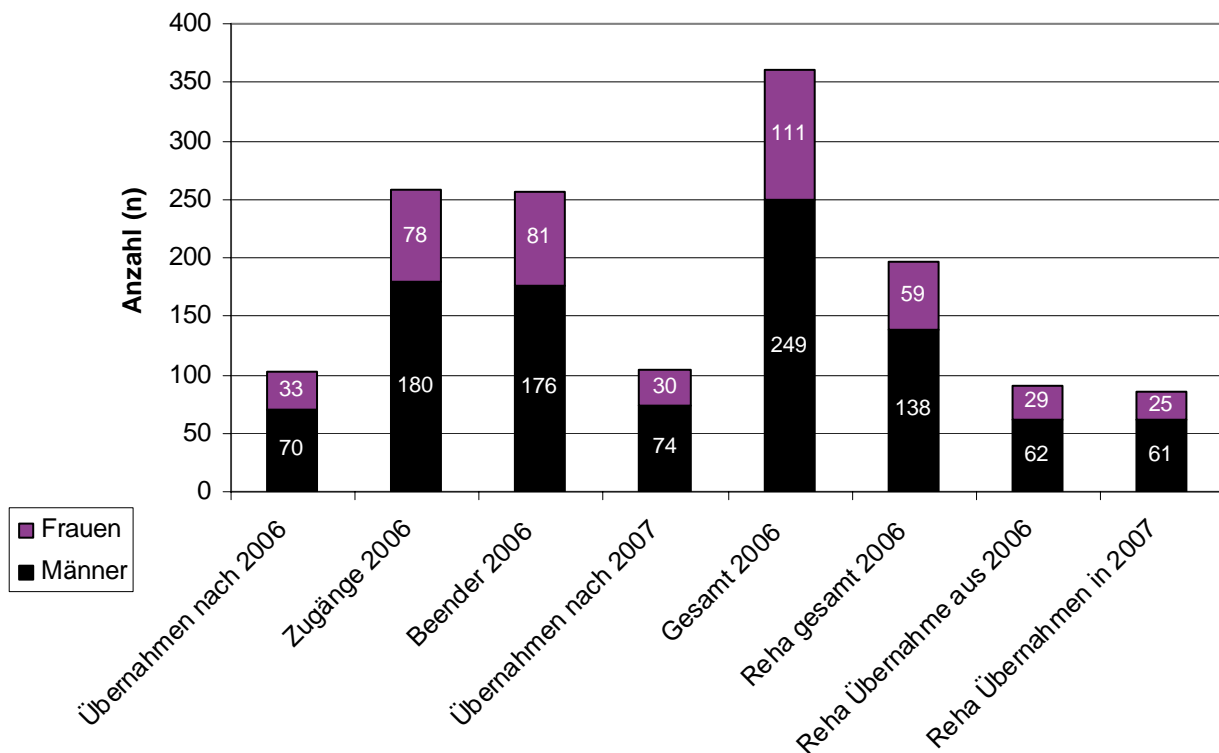


Abbildung 1. Patienten im Jahr 2006

Zum Jahresende 2006 wurden 104 Patienten behandelt, davon 74 Männer und 30 Frauen. Im Jahr 2006 fanden insgesamt 258 Erstgespräche statt (2005: n=261). Am Ende des Jahres 2005 befanden sich aktuell 86 Patienten in ambulanter Rehabilitation in unserer Einrichtung (m=61, w=25). Insgesamt wurden 197 Patienten im Jahr 2006 im Rahmen einer ambulanten Suchtrehabilitationsmaßnahme in unserer Einrichtung behandelt, 138 Männer und 59 Frauen.

Zusammenfassung 2005

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	43,5 %
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

Zusammenfassung 2006

Vorbereitungsphase

Krankenkasse

AOK:	24,2 %
IKK:	15,3 %
BKK:	11,6 %
Ersatzkassen:	40,5 %

Vermittlung

70,8 % aus Vertragsarztbereich

Hauptdiagnose

F10.2	53,6 %
F19.2	30,8 %
F12.2	8,9 %
F13.2	4,2 %

Abhängigkeitsdauer

durchschnittliche
Abhängigkeitsdauer 15,3 Jahre

Alter

Durchschnitt: 44,38 Jahre

Bildung

Hauptschule:	56,6 %
Realschule:	21,6 %
Abitur:	11,1 %

Erwerbsstatus

arbeitslos Männer:	33 %
arbeitslos Frauen:	34 %

Vorbehandlungen

Erstbehandlung	42,9 %
vorher Reha	34,3 %

Vermittlungsquote

Durchschnitt:	55,26 %
Managed-Care:	58,2 %
ohne Programm	53,5 %

Dauer

ohne Vermittlung	25,7 Tage
	2,7 Leistungen
mit Vermittlung	49,4 Tage
	9,6 Leistungen

Rehabilitationsphase

Rehaleistungsträger

	Männer	Frauen
DRB	27,5 %	47,4 %
DRSaar	57,9 %	42,4 %
DRBkn	5,79 %	1,69 %
GKV	4,34 %	6,77 %

Vermittlung

69,3 % aus Vertragsarztbereich

Hauptdiagnose

F10.2	64,9 %
F12.2	6,09 %
F13.2	5,58 %
F19.2	22,3 %

Abhängigkeitsdauer

durchschnittliche
Abhängigkeitsdauer 18,6 Jahre

Alter

Durchschnitt: 43,65 Jahre

Bildung

Hauptschule:	57,8 %
Realschule:	22,8 %
Abitur:	4,00 %

Erwerbsstatus

arbeitslos Männer:	21,8 %
arbeitslos Frauen:	22,0 %

Vorbehandlungen

Erstbehandlung	42,6 %
vorher Reha	33,9 %

Art der Beendigung

planmäßig	67,25 %
-----------	---------

Dauer

unplanmäßig	154,2 Tage
	33,6 Leistungen
planmäßig	266,3 Tage
	59,2 Leistungen

1. Beratungs-/Vorbereitungspatienten

1.1 Leistungsträger und Überweisungskontext

1.1.1 Rehabilitationsleistungsträger aller Patienten

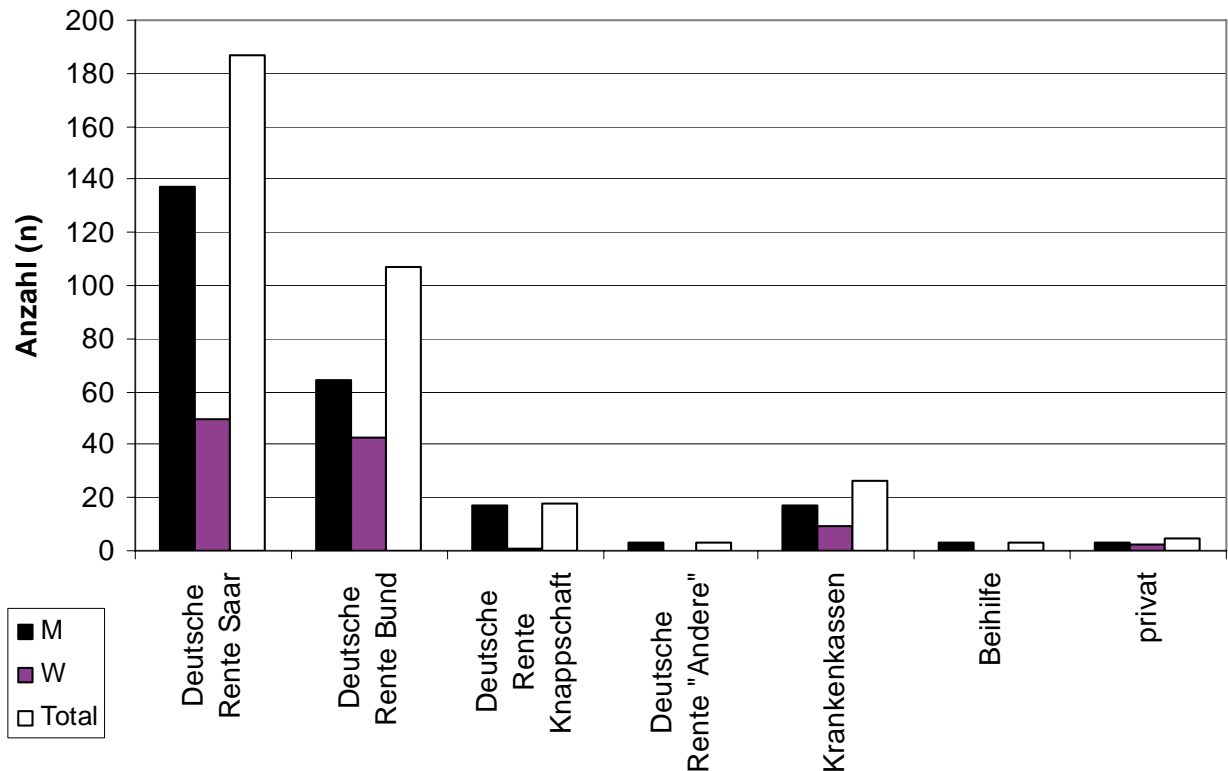


Abbildung 2. Leistungsträger (n=360)

Betrachtet man die Gesamtheit der Patienten, wären die Rentenversicherungsträger bei dem überwiegenden Teil als Rehabilitationsleistungsträger (87,51%) zuständig. Die Deutsche Rente Bund hätte bei den Männern einen Anteil von 55 Prozent und bei den Frauen von 45 Prozent. Die anderen Deutschen Rentenversicherungen kämen zusammen bei den Männern auf 33,7 Prozent und bei den Frauen auf 39,66 Prozent. Die Krankenkassen würden mit 6,8 Prozent (m) und 8 Prozent (w) folgen. Die Privatzahler und die Patienten mit Beihilfe spielen als Leistungsträger kaum eine Rolle. Im Vergleich zum Vorjahr ist eine deutliche Zunahme der Patienten in der Deutschen Rente Bund (ehemalig BfA) zu beobachten, was am wahrscheinlichsten mit dem Strukturausgleich im Rahmen der Neuordnung der deutschen Rentenversicherungen zusammenhängt. Deutlich ist auch der um 6 Prozent geringere Anteil der Frauen mit der Krankenkasse als Leistungsträger.

1.1.2 Krankenkassenzugehörigkeit

Die Ersatzkassen haben insgesamt einen Anteil von 40,5 Prozent, damit erhöhte sich ihr Anteil um 4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Die AOK bleibt stabil bei 24,1 Prozent, ebenso die Innungskrankenkassen mit 15,2 Prozent und die Bundesknappschaft mit 3,8 Prozent. Die Betriebskrankenkassen sind mit 11,6 Prozent vertreten; davon versichert die BKK Ford 45 Prozent der behandelten Patienten. Das ist mit der Ortsansässigkeit der Ford-Werke in Saarlouis zu erklären.

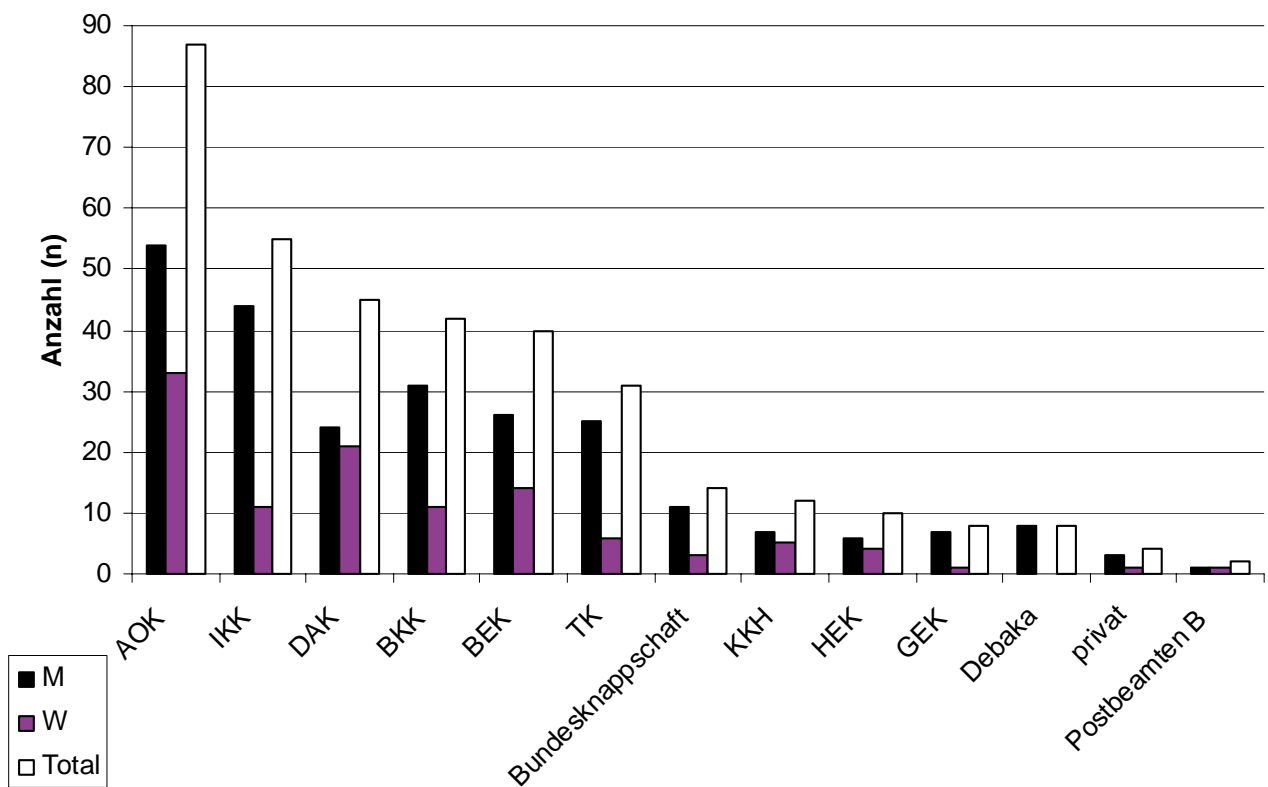


Abbildung 3. Krankenkassenzugehörigkeit (n=360)

1.1.3 Art der Vermittlung

70,8 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 Ianua G.P.S. ein Vertrag zur „Integrierten Versorgung Suchtkranker“. Die stationären Suchteinrichtungen vermitteln 11,1 Prozent der Patienten. Angehörige / Freunde und Arbeitgeber haben einen Anteil von 6,6 Prozent. Suchtberatungsstellen vermitteln so gut wie nie (0,8 Prozent) in unsere Einrichtung.

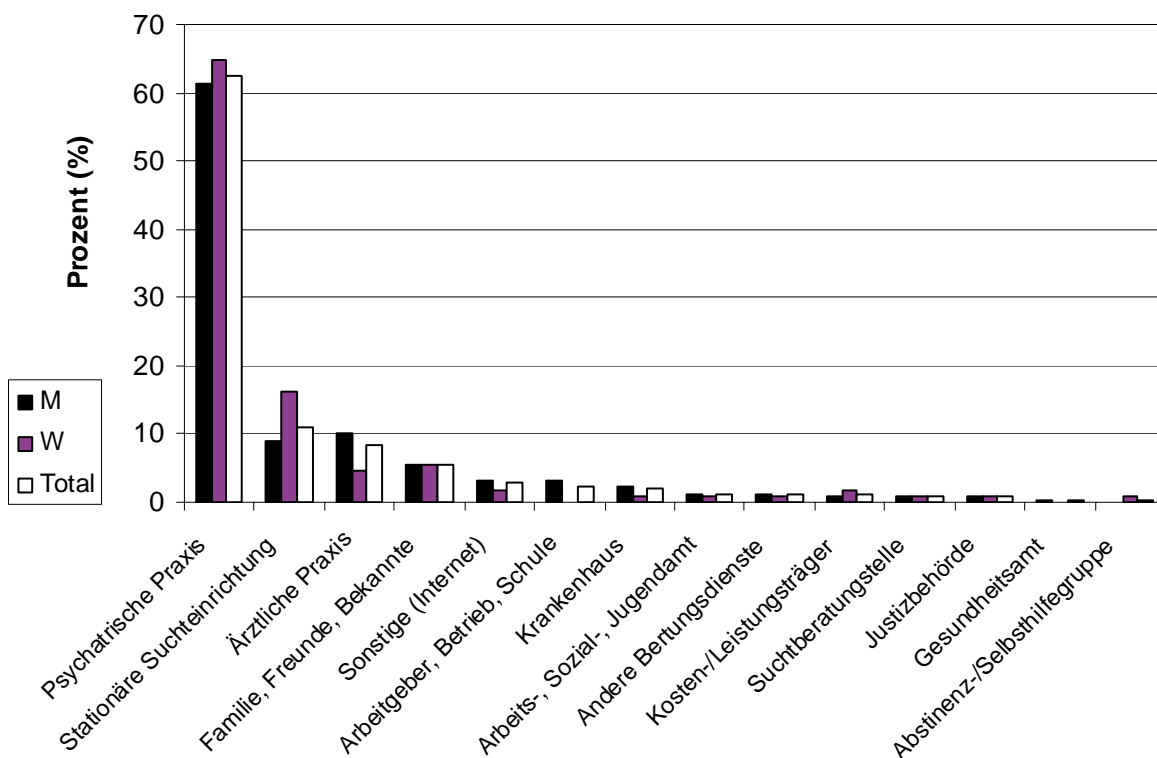


Abbildung 4. Art der Vermittlung (n=360)

1.1.4 Indikationsstellung (Hauptdiagnose)

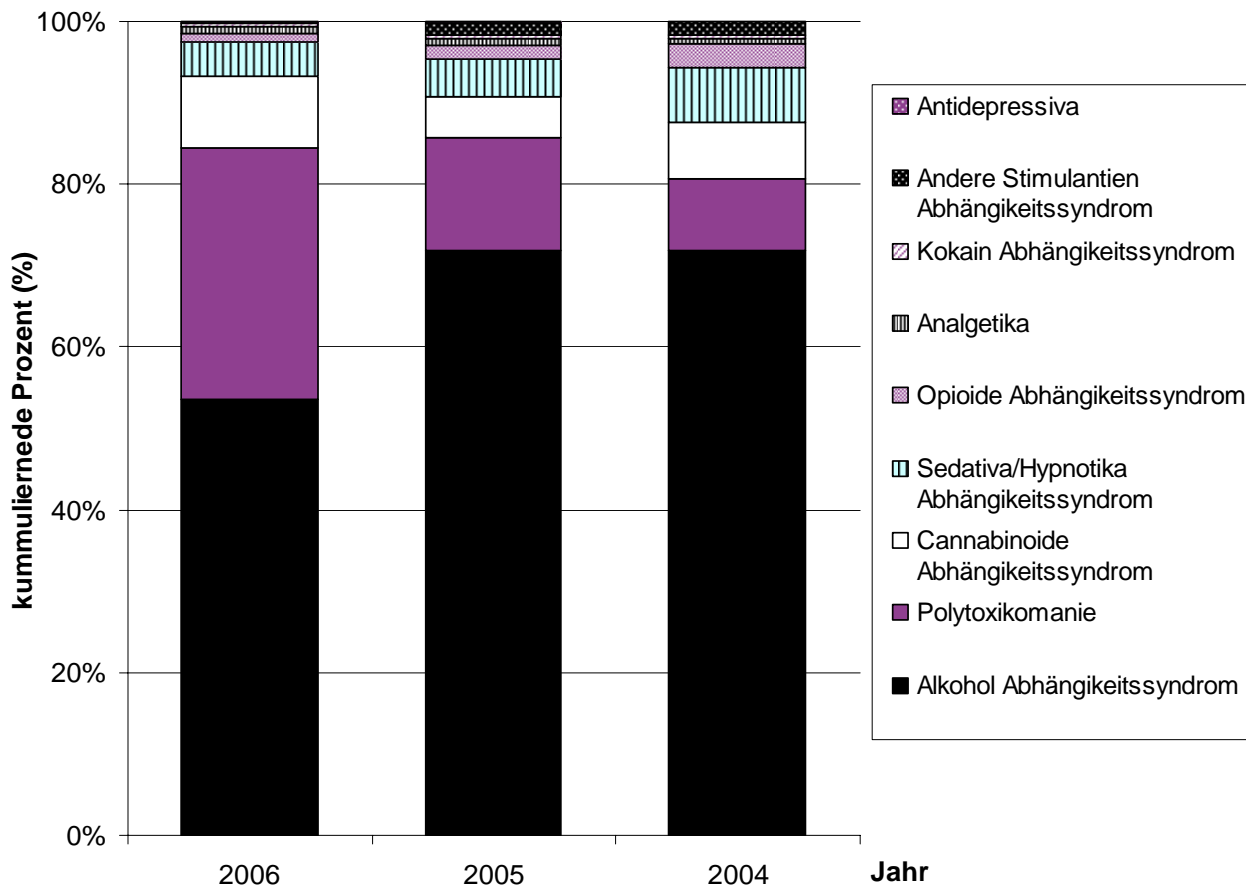


Abbildung 5. Hauptdiagnosen (n=360)

Die Alkoholabhängigkeit (F10.2) ist mit 53,6 Prozent der häufigste Aufnahmegrund in unserer Einrichtung. Die Polytoxikomanie (F19.2) ist mit 30,8 Prozent die zweitgrößte Gruppe, mit einem wesentlich größeren Anteil als im Jahr 2005 (13,9 Prozent) und 2004 (8,5 Prozent). Ebenfalls verdoppelte sich die Hauptdiagnose Cannabisabhängigkeit (F.12.2) auf 8,9 Prozent (2005: 4,9 Prozent). Es folgen mit 4,2 Prozent die Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika (F13.2), sowie mit insgesamt 1,4 Prozent Abhängigkeiten von Opioiden (F11.2) und Cocain (F14.2).

1.1.4.1 Indikationsstellung in Bezug auf das Geschlecht

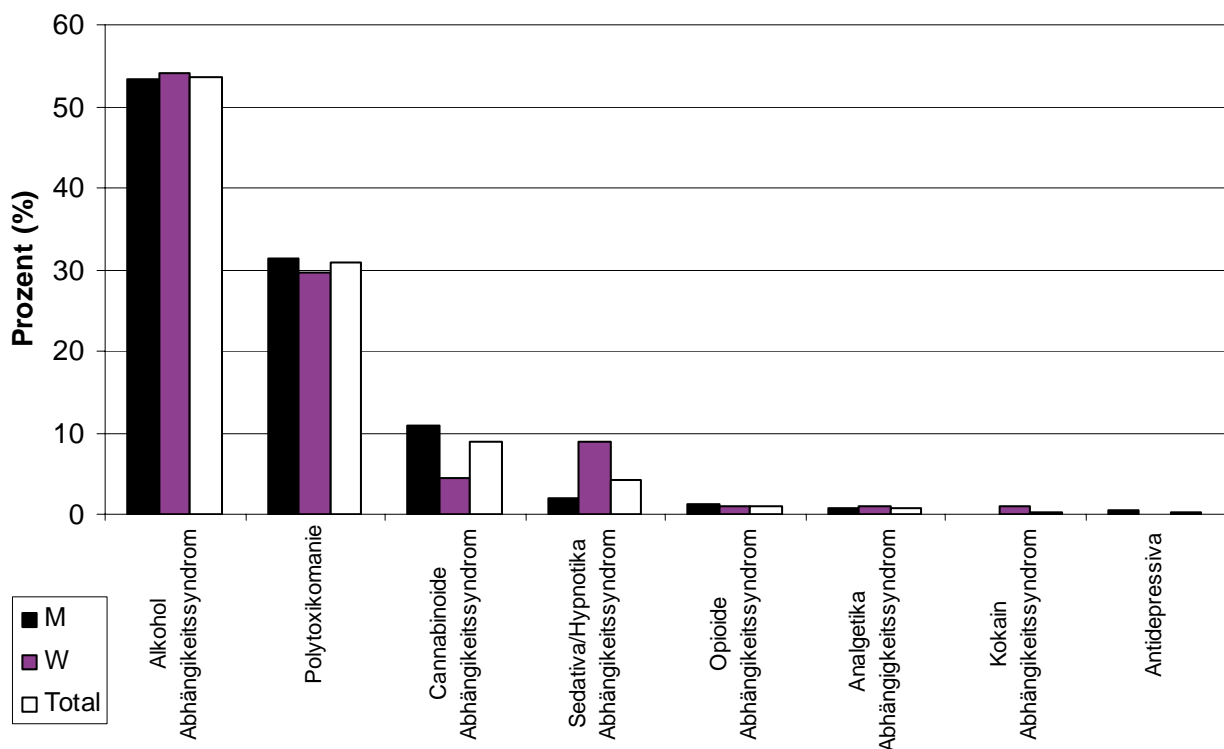


Abbildung 6. Indikationsstellung / Geschlecht (n=360)

Abbildung 6 stellt die Variabilität der Hauptdiagnose bezogen auf das Geschlecht dar. Erstmals ist der prozentuale Anteil der Alkoholabhängigkeit bei Männern und Frauen gleich groß. Analoges gilt für die Polytoxikomanie. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied fällt nur bei Cannabis und Sedative/Hypnotika auf. Männer dominieren bei der Hauptdiagnose Cannabisabhängigkeit (m:w; 10,8% vs. 4,5%) und Frauen bei der Abhängigkeit von Sedative/Hypnotika (m:w; 2% vs. 9%).

1.1.4.2 Indikationsstellung in Bezug auf das Alter

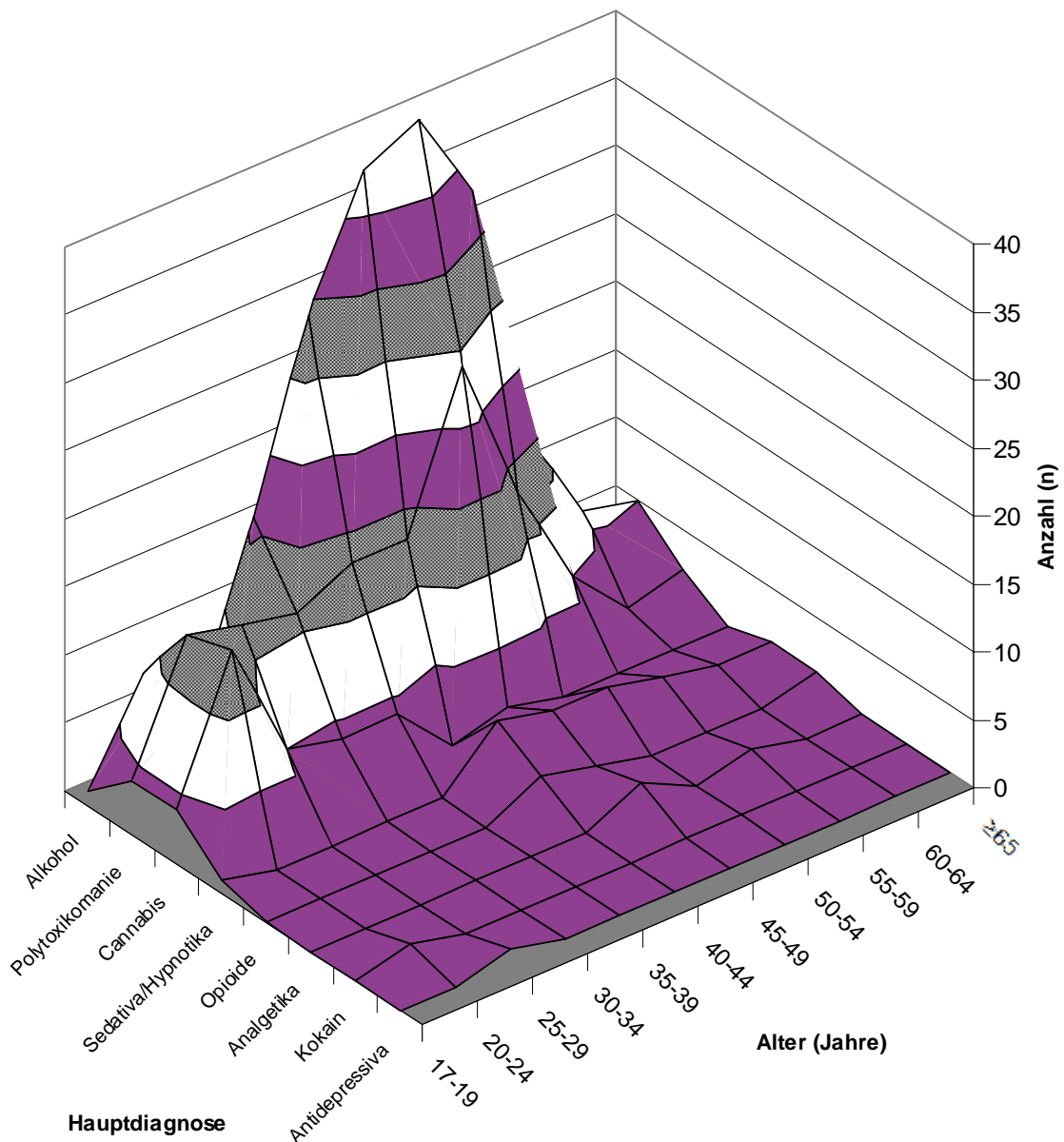


Abbildung 7. Indikationsstellung in Bezug auf das Alter (n=360)

Die meisten Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit sind zwischen 35 und 55 Jahre alt, der Mittelwert beträgt 44,2 Jahre. Die Alterskurve der Patienten mit der Hauptdiagnose Polytoxikomanie verläuft analog, wobei der Anstieg schon ab dem 20. Lebensjahr zu beobachten ist, ihr Mittelwert beträgt 41.8 Jahre. Bei den Cannabisabhängigen ist ein deutlicher Peak zwischen 18 und 26 Jahren zu erkennen, der Mittelwert liegt bei 27,6 Jahren. Dagegen sind die Abhängigen von Sedativa und Hypnotika deutlich älter, ihr Peak liegt bei 36 bis 55 Jahren und ihr Mittelwert bei 49,2 Jahren. Eindeutige Aussagen zu den Hauptdiagnosen Opioid-, Kokainabhängigkeit und sonstigen Stimulantien können auf Grund der kleinen Fallzahlen nicht getroffen werden.

1.2 Patientenmerkmale

1.2.1 Alter

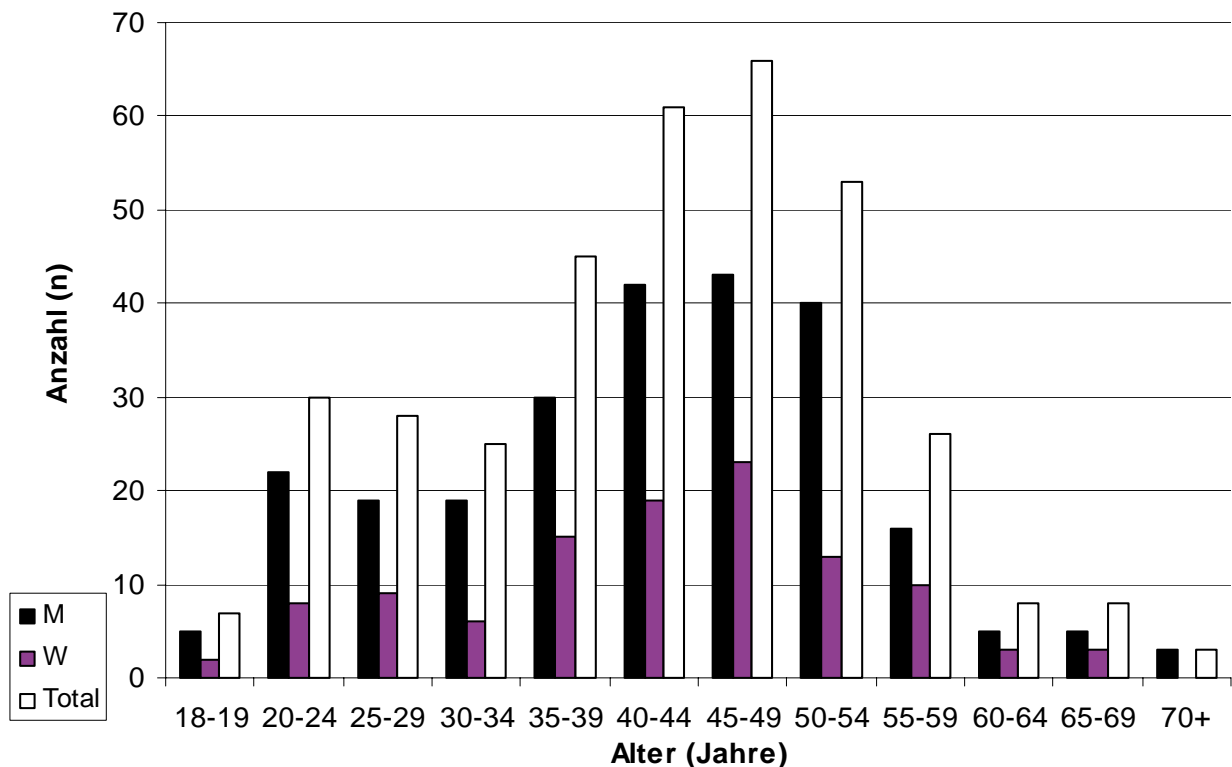


Abbildung 8. Altersverteilung der Patienten (n=360)

Das Durchschnittsalter aller Patienten beträgt 44,38 (2005: 41,3; 2004: 41,9) Jahre, das Minimum liegt bei 18, das Maximum bei 75 Jahren. Das Durchschnittsalter der Männer beträgt 45,21 Jahre, das der Frauen 42,52 Jahre. Der Trend, der seit letztem Jahr zu beobachten ist und zu einem zweiten Häufigkeitsgipfel um das 25. Lebensjahr führt, setzt sich in diesem Jahr weiter fort.

1.2.2 Geographische Herkunft

71,8 Prozent der Patienten wohnen im Landkreis Saarlouis, 21,4 Prozent in der Stadt Saarlouis, die Sitz der Einrichtung ist. Die restlichen 50,5 Prozent kommen aus den umliegenden Ortschaften. In einem größeren Abstand wohnen 24,2 Prozent. Aus den grenznahen Orten in Frankreich stammen 1,4 Prozent. Aus den deutschen überregionalen Gebieten kamen 0,2 Prozent unserer Patienten. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Patienten aus dem Landkreis Saarlouis leicht gefallen, der aus der Stadt Saarlouis selbst leicht gestiegen. In der Abbildung 9 sind der Übersichtlichkeit halber nur Wohnorte mit mindestens drei Patienten abgebildet.

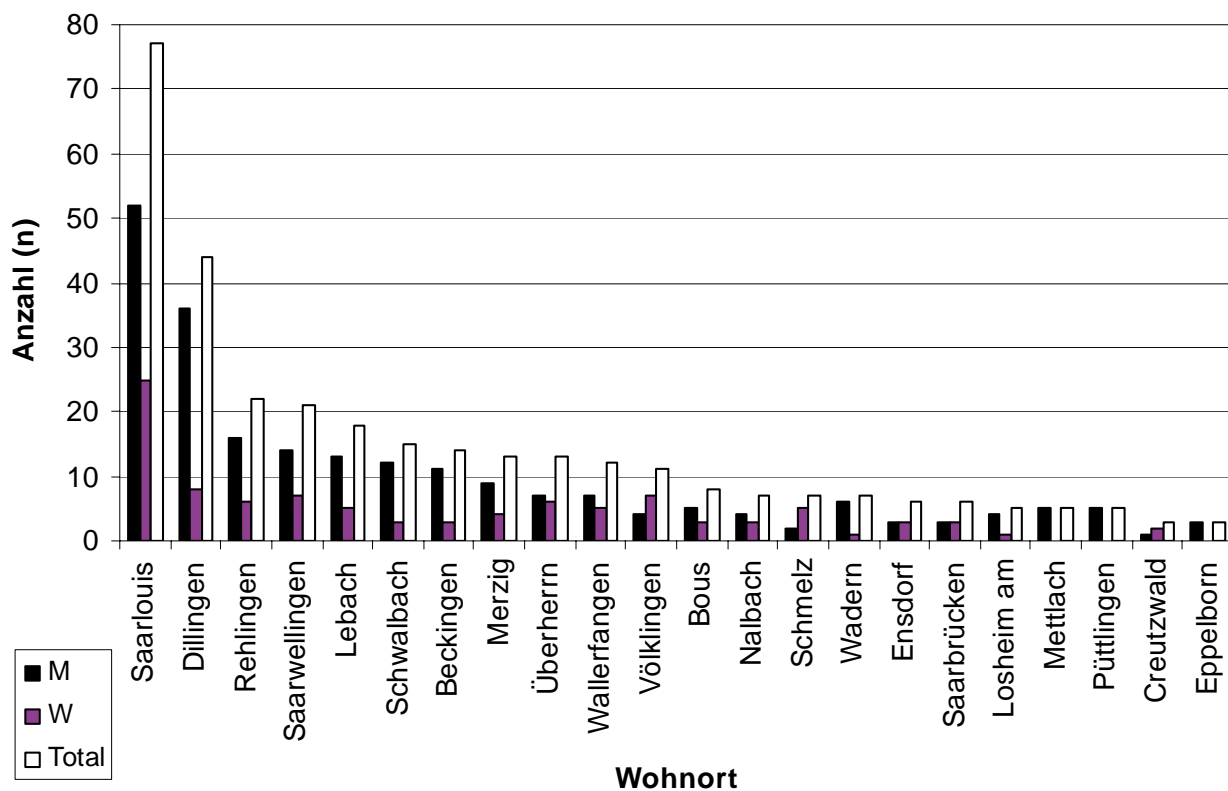


Abbildung 9. Geographische Herkunft (n=360)

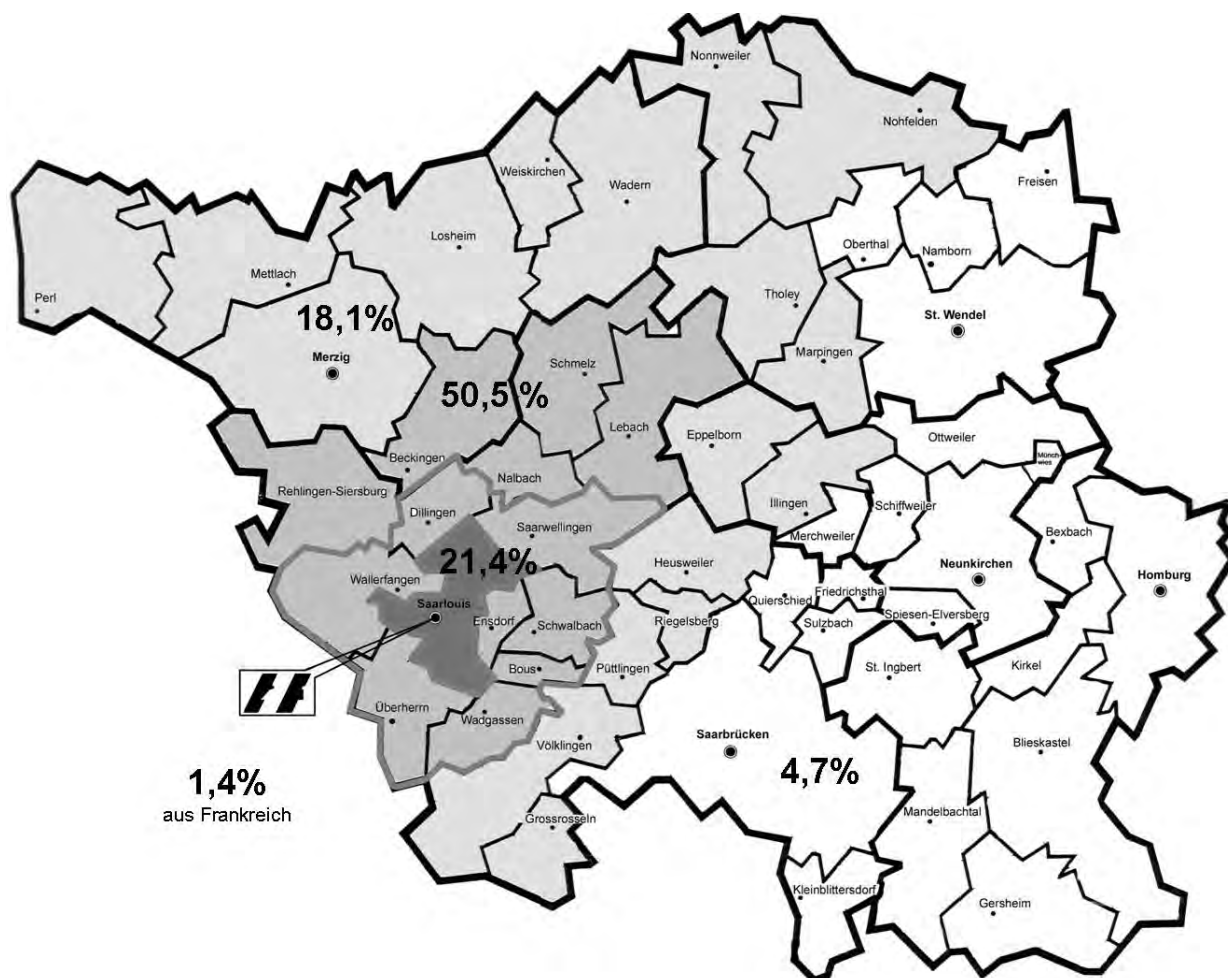


Abbildung 10. Saarlandkarte mit den Haupteinzugsgebieten der Einrichtung

1.2.3 Familienstand

Verheiratet sind zu Therapiebeginn 36,6 Prozent, weitere 10,3 Prozent sind zwar verheiratet, leben aber getrennt. 20,5 Prozent sind geschieden und 1,9 Prozent verwitwet. Auffallend ist, dass der Anteil der geschiedenen Frauen mit 27,9 Prozent deutlich größer ist als bei Männern mit 17,3 Prozent. Frauen sind ebenfalls achtmal häufiger verwitwet als Männer. Ledig sind 30,6 Prozent aller Patienten. Männer sind häufiger ledig als Frauen (M=34,9 Prozent vs. W=20,7 Prozent).

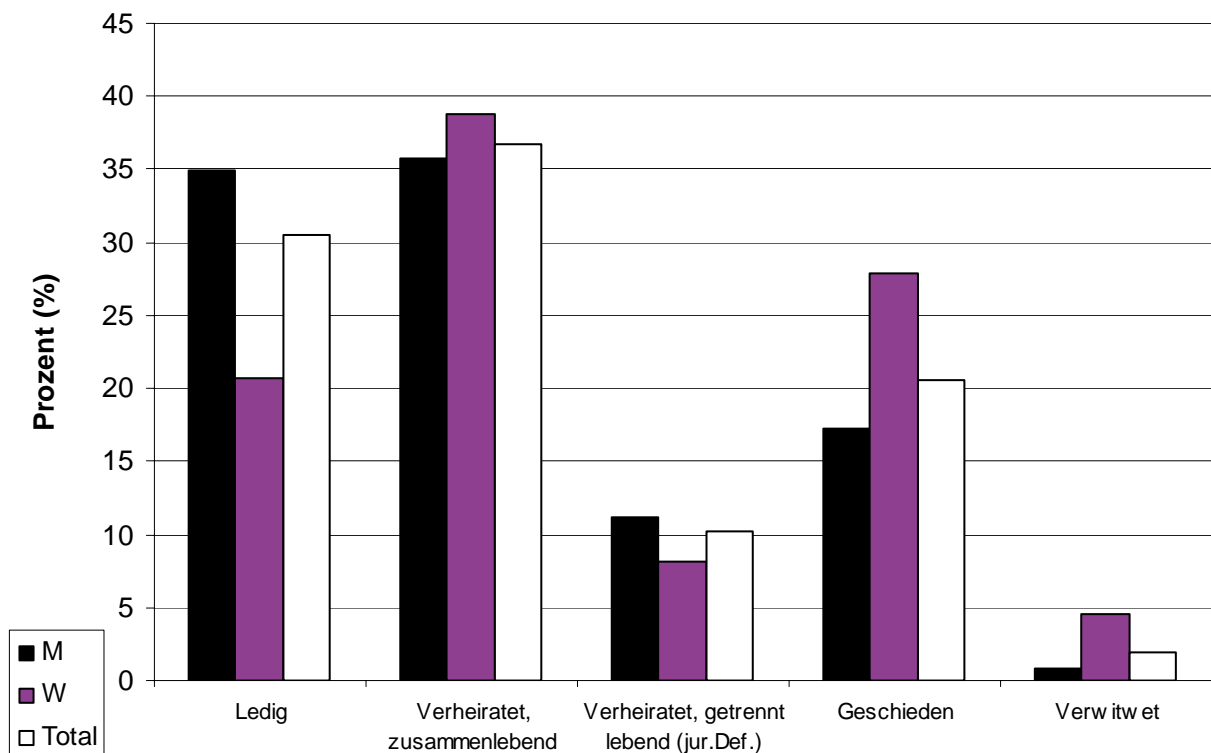


Abbildung 11. Familienstand zu Beginn der Therapie (n=360)

1.2.4 Partnersituation

In einer festen Beziehung leben zu Beginn der Behandlung 57,2 Prozent der Patienten, in einer zeitweiligen Beziehung 4,7 Prozent und 38 Prozent sind allein stehend. Im Vergleich zum Vorjahr geben 4 Prozent der Patienten weniger an in einer festen Beziehung zu leben. Am Ende der Behandlung (n=257) leben 55,6 Prozent in einer festen und 5 Prozent in einer zeitweiligen Beziehung. 39,3 Prozent sind alleinstehend. Frauen sind tendenziell öfter in einer festen Beziehung und haben weniger zeitweilige Beziehungen als Männer.

87 Prozent der Patienten leben selbstständig in einer eigenen Wohnung und 12,5 Prozent bei anderen Personen (meist bei den Eltern).

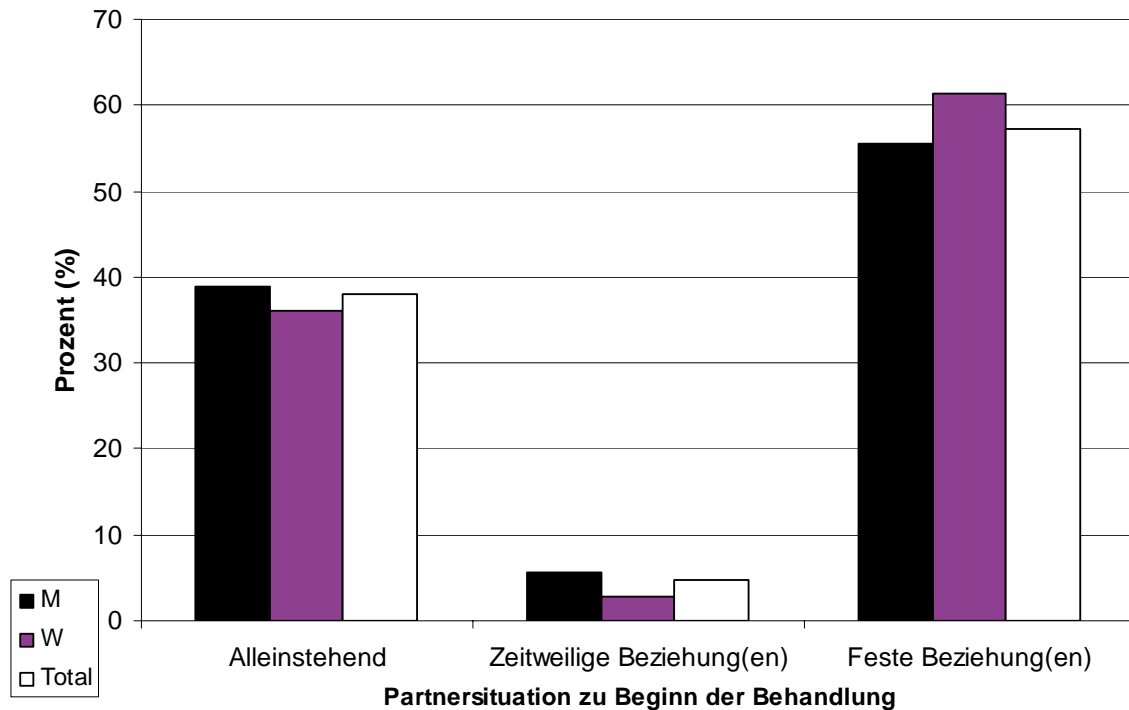


Abbildung 12a. Partnersituation zu Beginn der Behandlung (n=360)

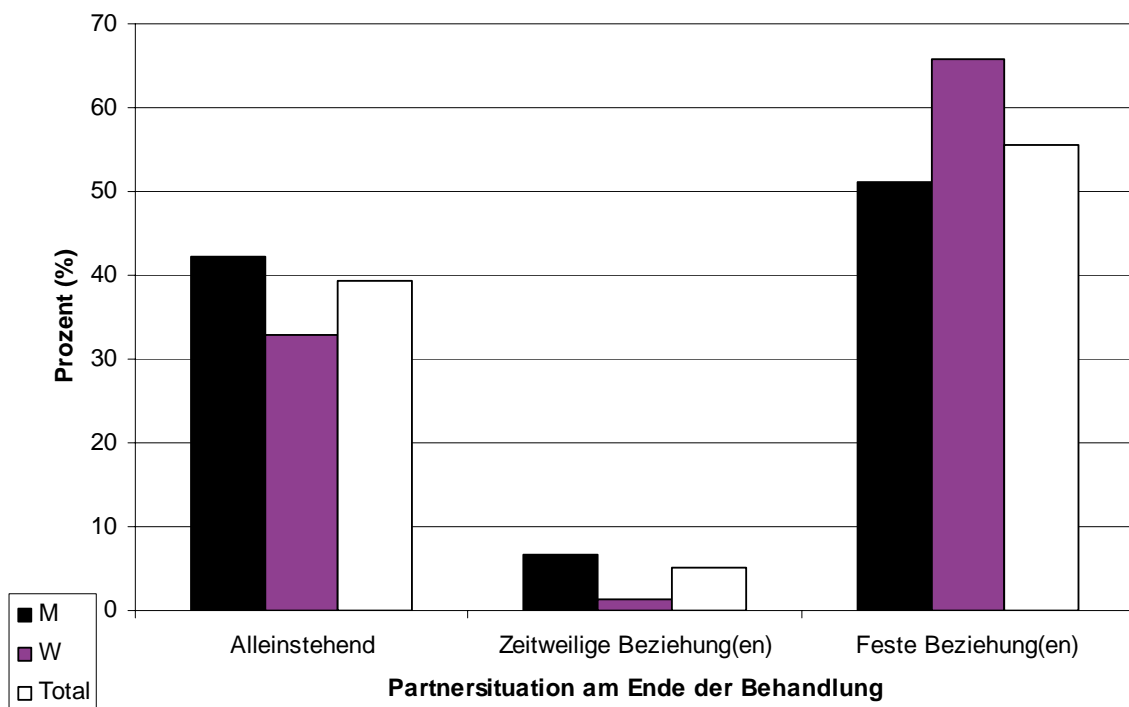


Abbildung 12b. Partnersituation zum Ende der Behandlung (n=257)

1.3 Ausbildung und Erwerbstätigkeit

Die Verteilungen bezüglich der Ausbildung und Erwerbstätigkeit sind über Jahre konstant und schwanken statistisch nicht signifikant ($p > > 0,05$) im Sinne einer Standardabweichung um den Mittelwert.

1.3.1 Schulbildung

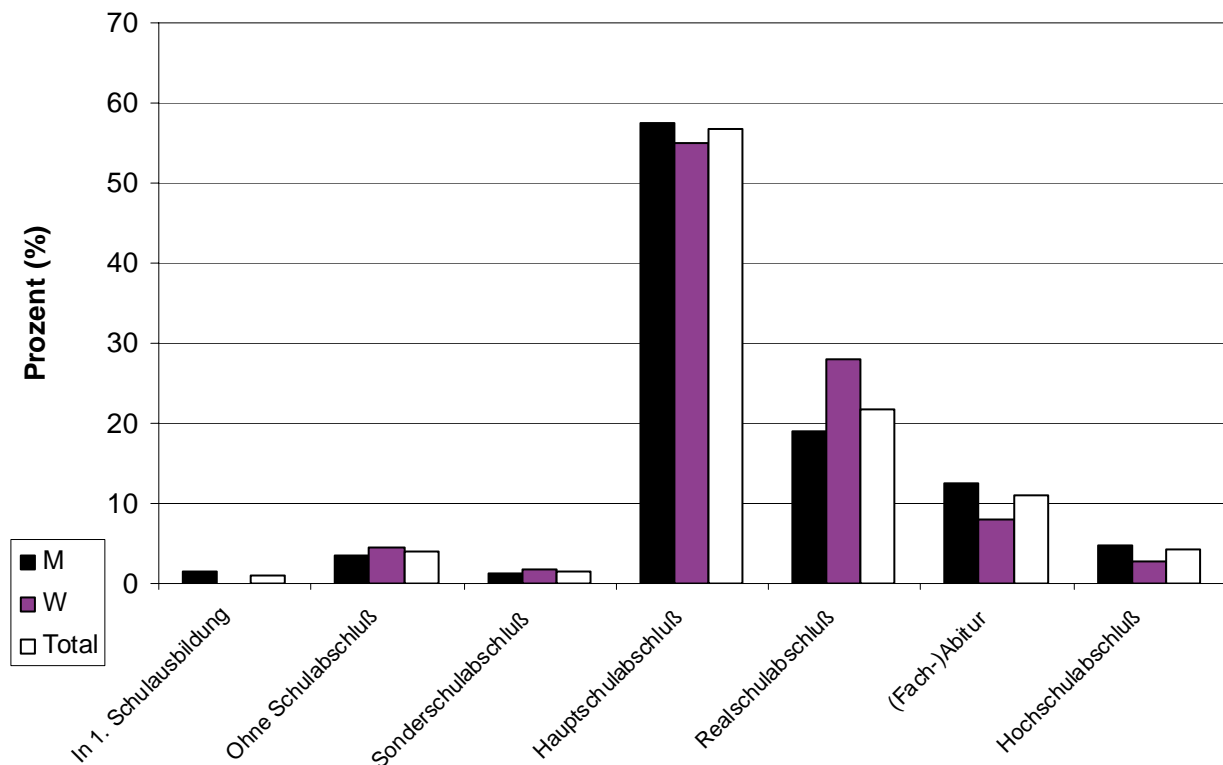


Abbildung 13. Schulbildung bei Aufnahme (n=360)

56,6 Prozent der Patienten haben einen Hauptschulabschluss, 21,6 Prozent einen Realschulabschluss und 11,1 Prozent haben (Fach-) Abitur. Nur 4,2 Prozent können ein abgeschlossenes Hochschulstudium vorweisen. Ohne Schulabschluss sind 3,8 Prozent der Patienten und 1,1 Prozent befinden sich noch in Schulausbildung.

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.

64,6 Prozent der Männer und 34,4 Prozent der Frauen sind zur Beginn der Behandlung in einer Vollzeitbeschäftigung. Es sind deutlich mehr Frauen im Rahmen einer Teilzeitbeschäftigung angestellt (m:w, 3% vs. 24%). Arbeitslos gemeldet sind 33 Prozent der Männer und 34 Prozent der Frauen. Der Anteil der Arbeitslosen stieg seit dem Vorjahr bei den Männern 7 Prozent und bei Frauen um 12 Prozent. Die Änderungen im Laufe der Behandlung sind nicht signifikant.

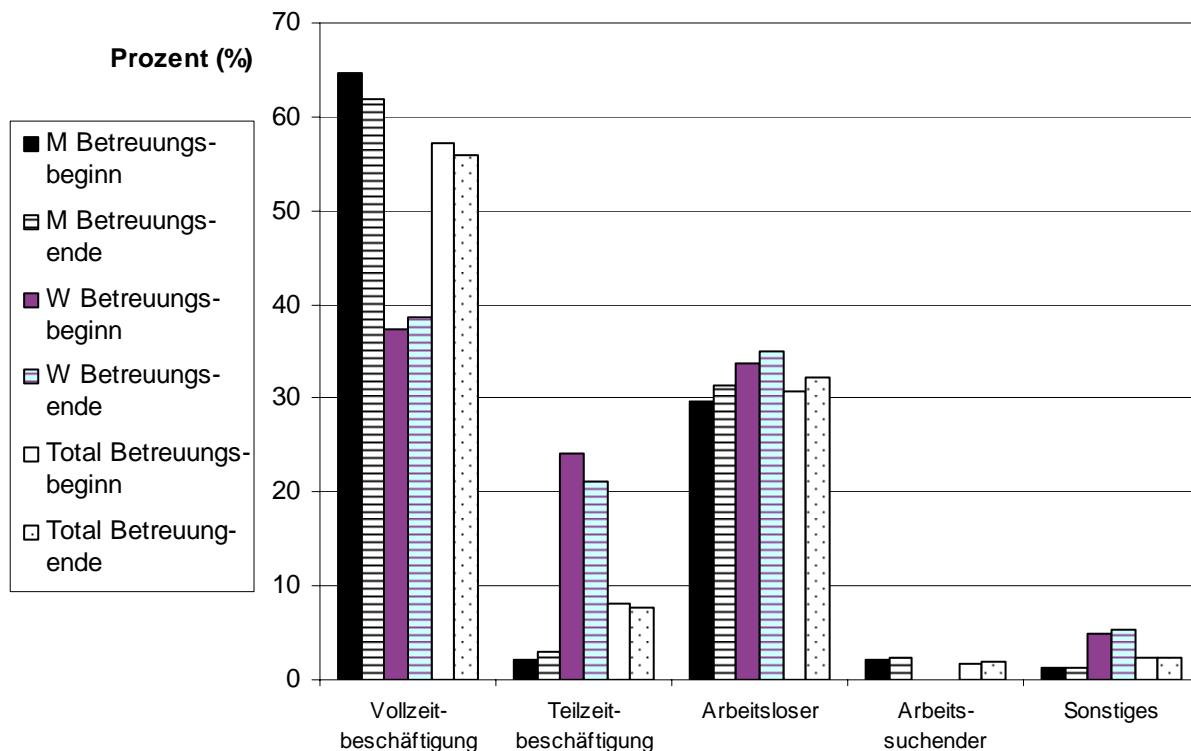


Abbildung 14. Beschäftigungsverhältnis ($n_{\text{Beginn}}=360$, $n_{\text{Ende}}=220$)

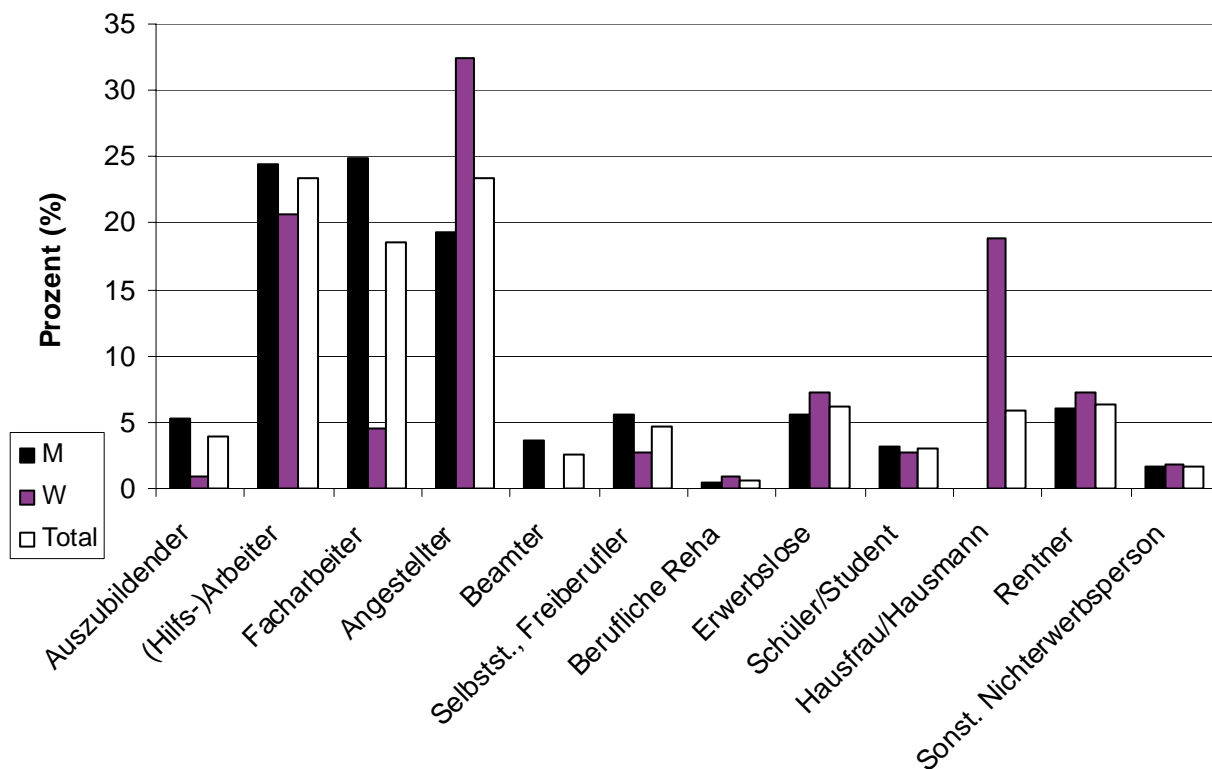


Abbildung 15. Erwerbsstatus ($n=360$)

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Erwerbsstatus sind vor allem bei den Facharbeitern (m:w, 24,9% vs. 4,5%) Angestellten (m:w, 19,3% vs. 32,4%) und Hausfrauen/Hausmännern (m:w, 0% vs. 18,9%) zu beobachten.

1.4 Angaben zum Abhängigkeitsverlauf

1.4.1 Abhängigkeitsdauer

Die Abhängigkeitsdauer bezieht sich auf alle vergebenen Abhängigkeitsdiagnosen (n=531) im Jahr 2006, mit der Ausnahme der Tabakabhängigkeit, die hier nicht berücksichtigt wurde. Damit wurden im Schnitt 1,5 Diagnosen pro Patient vergeben.

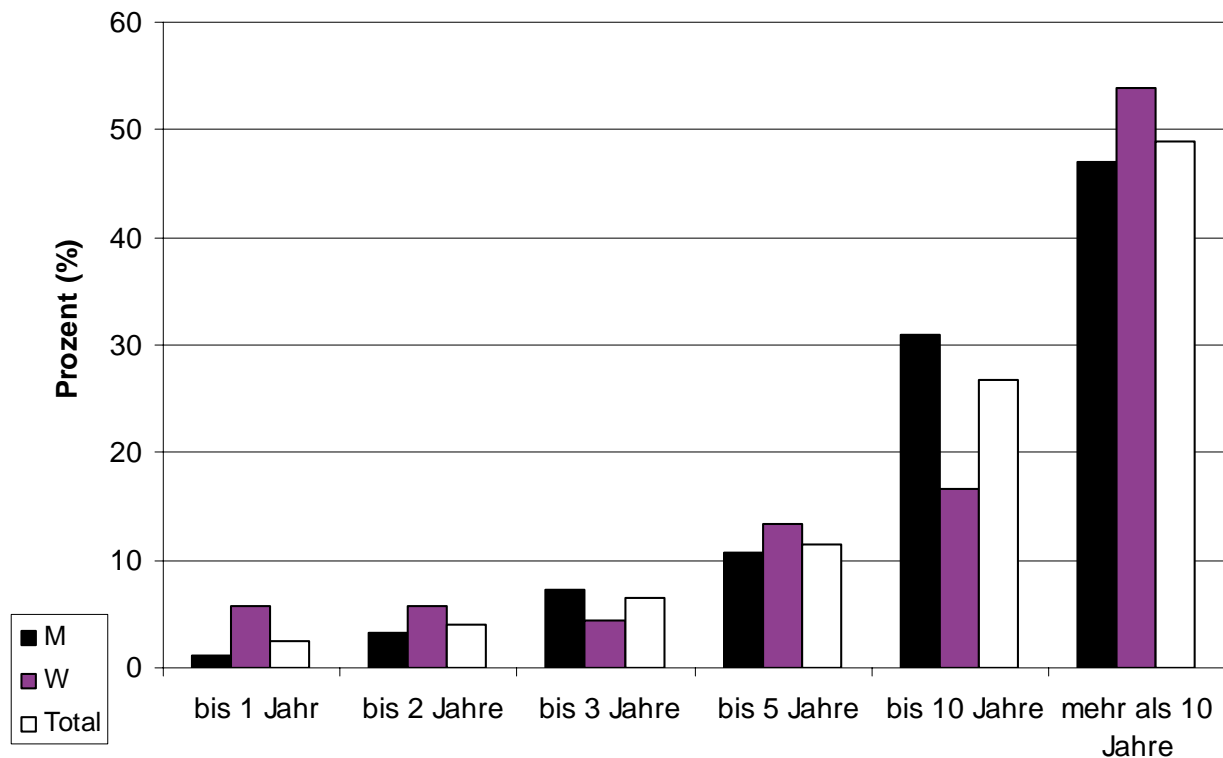


Abbildung 16. Abhängigkeitsdauer bis zur Aufnahme bei lanua G.P.S. (n=531)

Eine Abhängigkeitsdauer unter einem Jahr besteht bei 2,5 Prozent der Diagnosen (1,1 Prozent bei den Männern und 5,8,3 Prozent bei den Frauen). Dies ist ein deutlicher Rückgang im Vergleich zum Vorjahr, indem noch 5,1 Prozent der Patienten eine Abhängig unter einem Jahr aufwiesen.

Eine Abhängigkeitsdauer zwischen einem und drei Jahren wird insgesamt von 10,35 Prozent angegeben (10,4 Prozent der Männer und 10,5 Prozent der Frauen). 38,3 Prozent der Patienten sind zwischen vier und zehn Jahre lang abhängig (41,6 Prozent der Männer und 30,1 Prozent der Frauen). Es sind also 48,9 Prozent aller Patienten länger als 10 Jahre abhängig, bevor sie in unserer Einrichtung eine Behandlung aufnehmen (46,9 Prozent bei den Männern und 53,8 Prozent bei den Frauen).

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer bei den Männern beträgt 14,6 Jahre und bei den Frauen 15,3 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. 59,7 Prozent sind zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme bei lanua G.P.S. seit mehr als zehn Jahren abhängig. Die mittlere Abhängigkeitsdauer für Alkoholiker beträgt 14,6 Jahre. Sie liegt damit deutlich über der mittleren Abhängigkeitsdauer für Cannabis (11 J), Sedativa und Hypnotika (7,7 J), Opioide (8,9 J) sowie für andere psychotrope Substanzen (10,5 J). Beim Vergleichen mit den Vorjahresdaten ist zu beachten, dass die Werte zur Polytoxikomanie aus Kodierungsgründen nach dem Deutschen Kerndatensatz nicht mehr übereinstimmen.

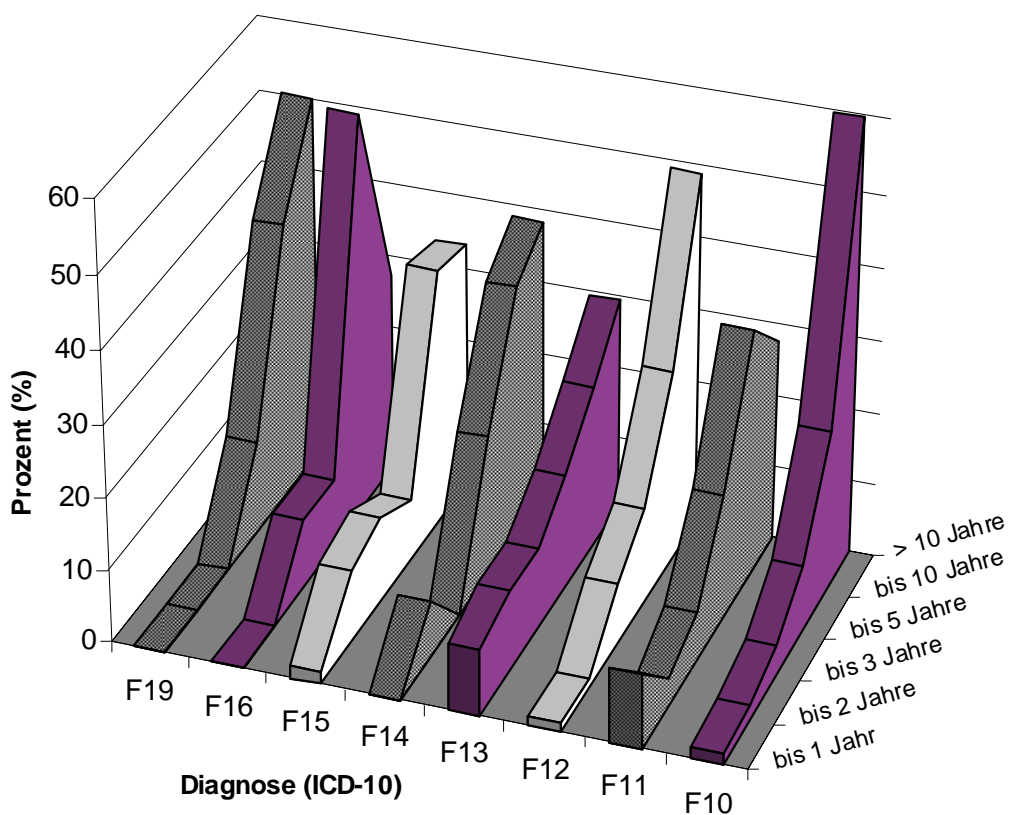


Abbildung 17. Vergleich der Abhängigkeitszeit bezogen auf die Diagnose bis zur Aufnahme bei lanua G.P.S.mbH

	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F19
bis 1 Jahr	1,5 %	10,3 %	1,2 %	9,1 %	0 %	1,6 %	0 %	0 %
bis 2 Jahre	2,2 %	3,5 %	1,2 %	11,4 %	7,7 %	10 %	0 %	0 %
bis 3 Jahre	4,4 %	6,9 %	8,5 %	11,4 %	0 %	11,6 %	9,1 %	0 %
bis 5 Jahre	9,6 %	17,2 %	13,4 %	15,9 %	19,2 %	8,3 %	9,1 %	12,5 %
bis 10 Jahre	22,5 %	34,5 %	26,8 %	22,7 %	34,6 %	35 %	54,5 %	37,5 %
> 10 Jahre	59,7 %	27,6 %	48,8 %	29,5 %	38,5 %	33, %	27,3 %	50 %

Tabelle1 : Dauer der Abhängigkeit in Bezug auf die Aufnahme bei lanua G.P.S. mbH und auf die Einzeldiagnosen (n=531)

1.4.2 Vorbehandlungen vor Behandlungsbeginn

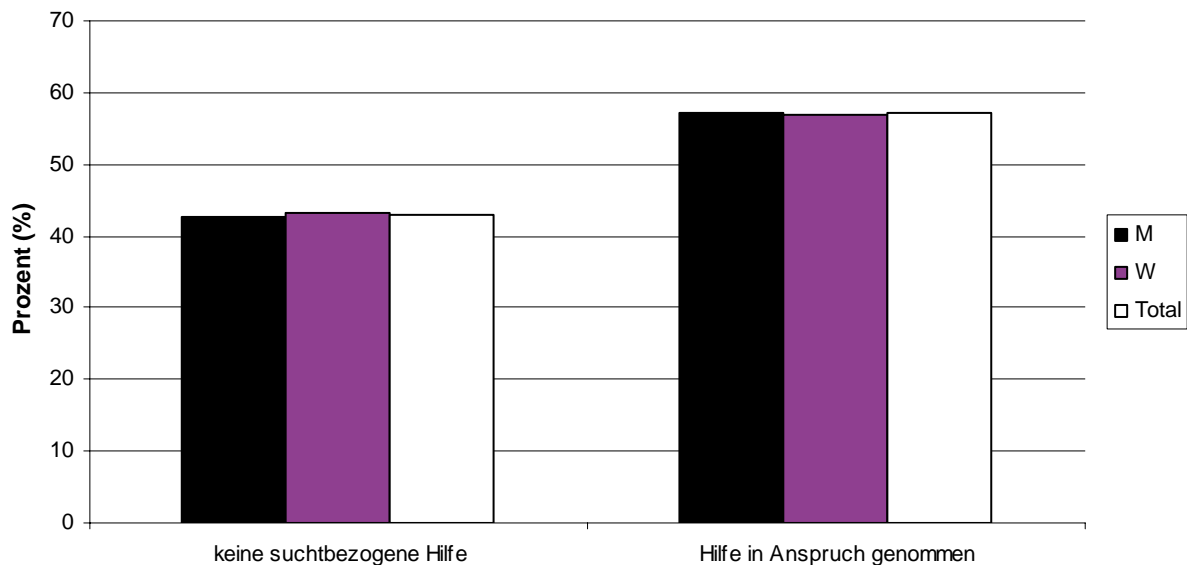


Abbildung 18. je zuvor suchtbezogene Hilfe: ja / nein (n=360)

Bei 42,9 Prozent der Patienten handelt es sich um die Erstbehandlung. 57,1 Prozent der Patienten hatten schon früher eine suchtbezogene Behandlung oder Beratung in Anspruch genommen.

24,2 Prozent aller Patienten nahmen schon einmal das Angebot einer ambulanten Suchtberatung an. Auffallend ist hier der niedrige Anteil von 18,9 Prozent der Frauen im vergleich zu 26,6 Prozent der Männer. An einer Entgiftungs- bzw. Entzugsbehandlung nahmen 41,8 Prozent der Patienten teil. 34,3 Prozent der Patienten berichteten über mindestens eine Suchtrehabilitationsmaßnahme in der Vergangenheit. Eine ambulante Suchtrehabilitation gaben 9,5 Prozent der Patienten an, ein stationäre 23,9 Prozent. Die teilstationäre Suchtrehabilitationsmaßnahme ist mit unter einem Prozent nur in Einzelfällen beschrieben. Nur 9,7 Prozent besuchten in der Vergangenheit eine suchtbezogene Selbsthilfegruppe. Dieser niedrige Anteil ist erschreckend, da in aktuellen Publikationen von Soyka et al. (M. Bottlender, M. Soyka: Prädiktion des Behandlungserfolges 24 Monate nach ambulanter Entwöhnungstherapie: Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen. Fortschr Neurol Psychiat 2005; 73: S.150-155) nochmals die Bedeutung einer Selbsthilfegruppe für die dauerhafte Abstinenz unterstrichen wurde. Die enge Anbindung an eine Selbsthilfegruppe muss daher immer auch Ziel der Suchtbehandlung sein.

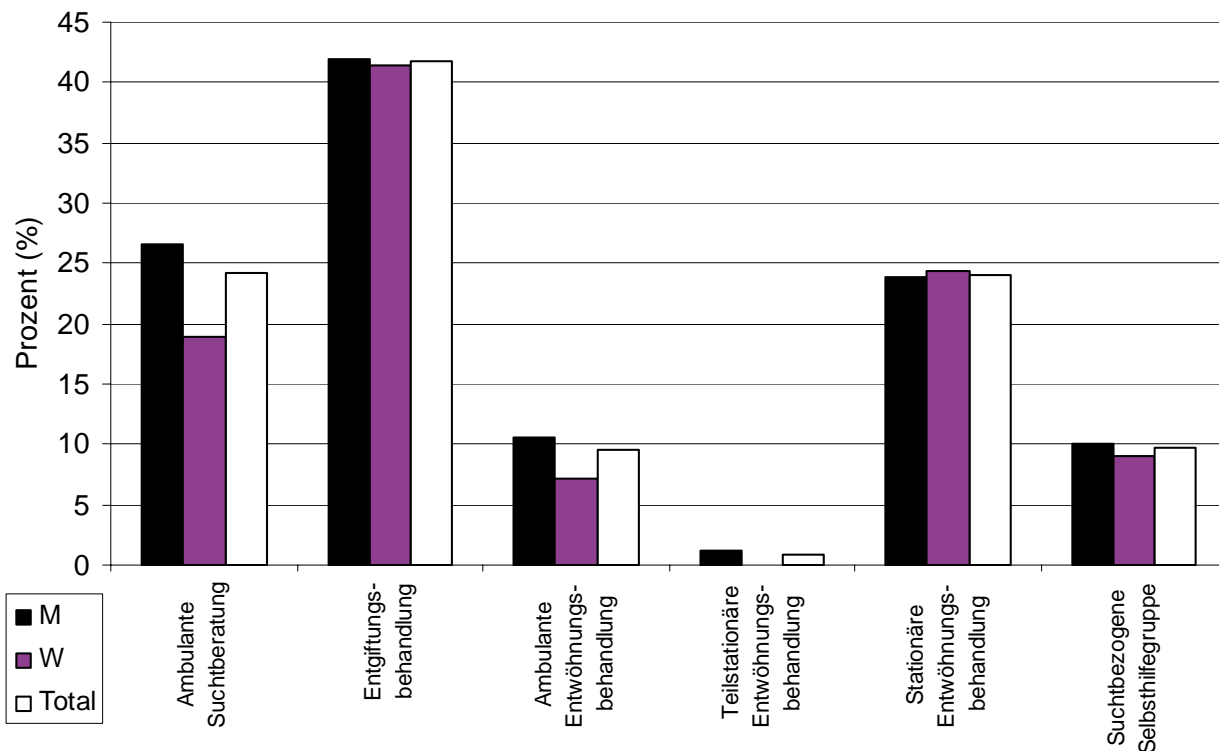


Abbildung 19. Anteil der Vorbehandlungen bezogen auf alle Patienten (n=360)

1.4.3 Entzugsbehandlung vor Behandlungsbeginn

Hier wurden nur Entzugsbehandlungen vor Behandlungsbeginn berücksichtigt, nicht aber die Entgiftungsbehandlung im Rahmen dieser Behandlung (n_{Patienten}=148).

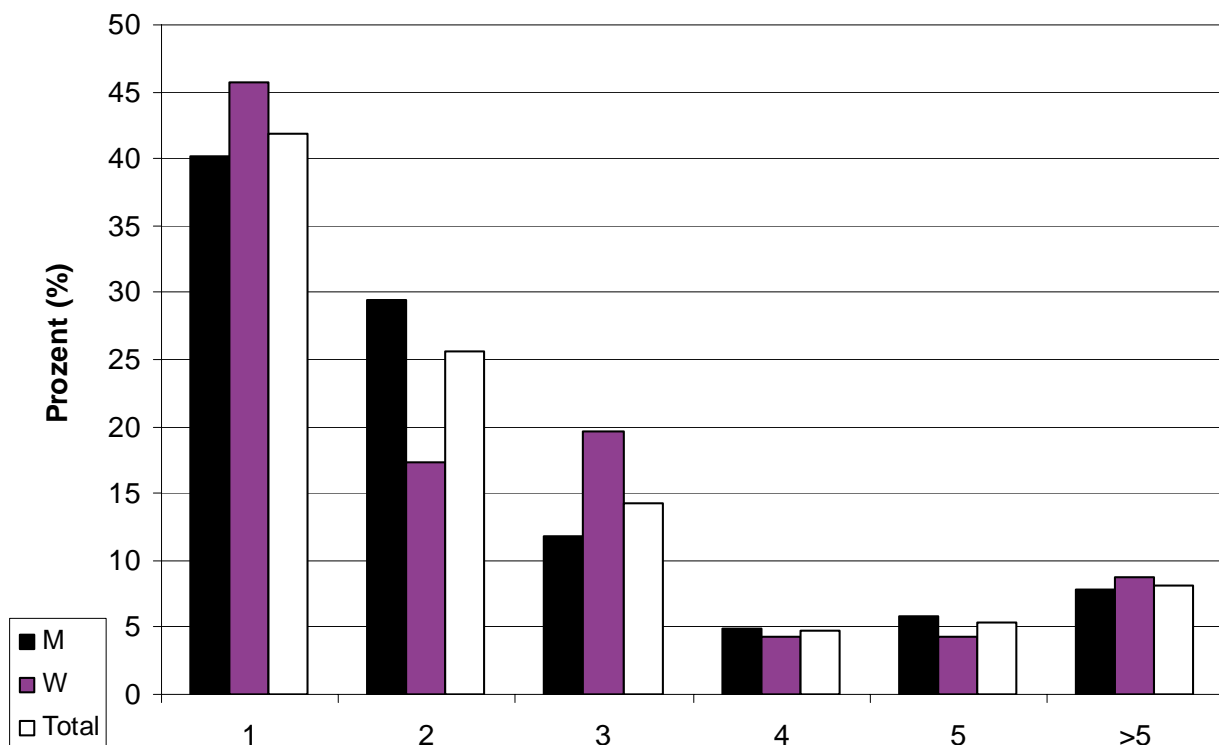


Abbildung 20. Entzugsbehandlungen vor Behandlungsbeginn (n=148)

58,2 Prozent der Patienten hatten sich vor Behandlungsbeginn noch keiner Entzugsbehandlung unterzogen. Von den 41,8 Prozent, die eine solche Behandlung in Anspruch genommen hatten, taten dies 41,9 Prozent einmal, 25,7 Prozent zweimal, 14,2 Prozent dreimal und 18,2 Prozent viermal und öfter. 3,3 Prozent der Patienten unterzogen sich zehnmal oder öfter einer Entzugsbehandlung, ein Patient 16 mal. 89,2 Prozent der Patienten beendeten die letzte Maßnahme planmäßig.

1.4.4 Ambulante/stationäre Entwöhnungsbehandlungen vor Behandlungsbeginn

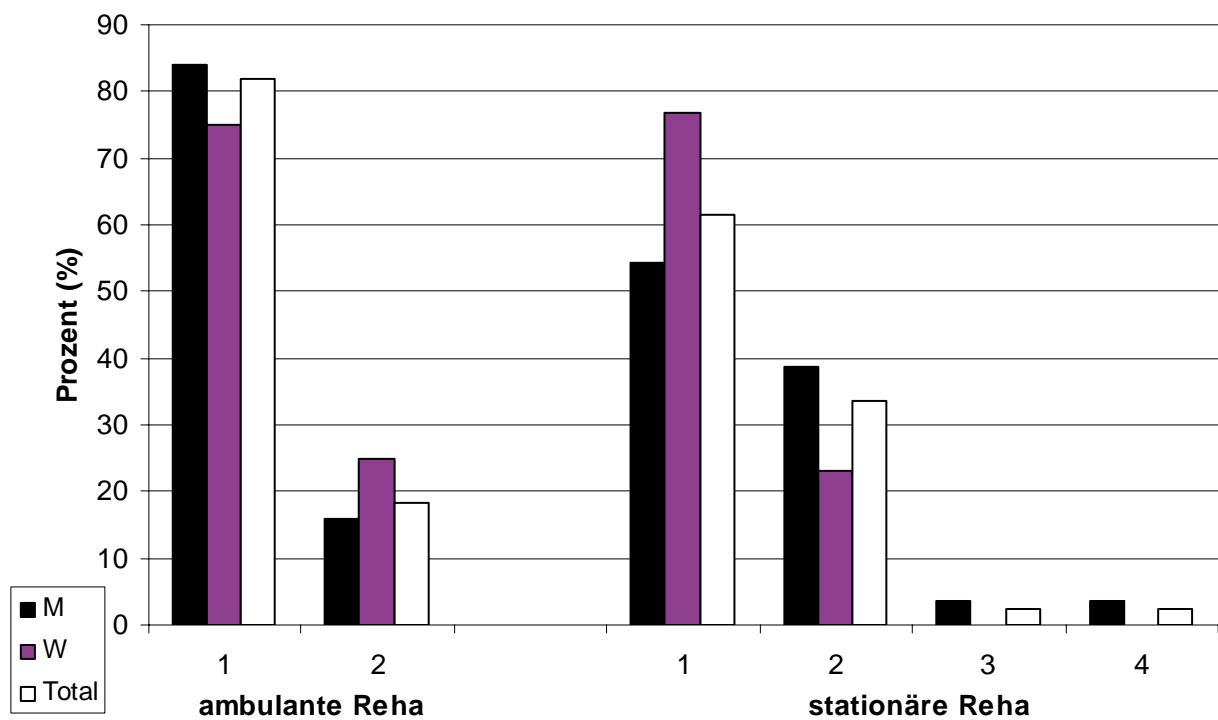


Abbildung 21/22: amb. Entwöhnungen (n=33) und stat. Entwöhnungen (n=83)

Von den 9,5 Prozent der Patienten mit ambulanten Entwöhnungsbehandlungen fallen eine Behandlung auf 81,8 Prozent und zwei Behandlungen auf 18,2 Prozent der Patienten. Der geschlechtsspezifische Unterschied, mit dem Trend der häufigeren ambulanten Behandlung von Frauen, ist auf Grund der kleinen Fallzahl nicht aussagekräftig.

Unter den 23,9 Prozent der Patienten mit stationären Entwöhnungsbehandlungen in der Vorgeschichte zeigt sich ein deutlicherer geschlechtsspezifischer Trend. So hat keine Frau mehr als zwei Entwöhnungsmaßnahmen angegeben, aber fünf Prozent der Männer, die ebenfalls in der Kategorie mit zwei Vorbehandlungen mit 38,6 Prozent gegenüber 23 Prozent bei den Frauen häufiger vertreten sind.

1.4.5 Erstbehandlung/Erst-/Wiederaufnahme in Abhängigkeit der Hauptdiagnose

Es wurden zwei der wichtigsten Hauptdiagnosen (F10.2/F.12.2) unseres Patientengutes ausgewählt. Auf Grund der Datenstruktur des Deutschen Kerndatensatzes Sucht im Jahr 2006 ist diese Aussage für die polytoxikoman Abhängigen nicht zu treffen.

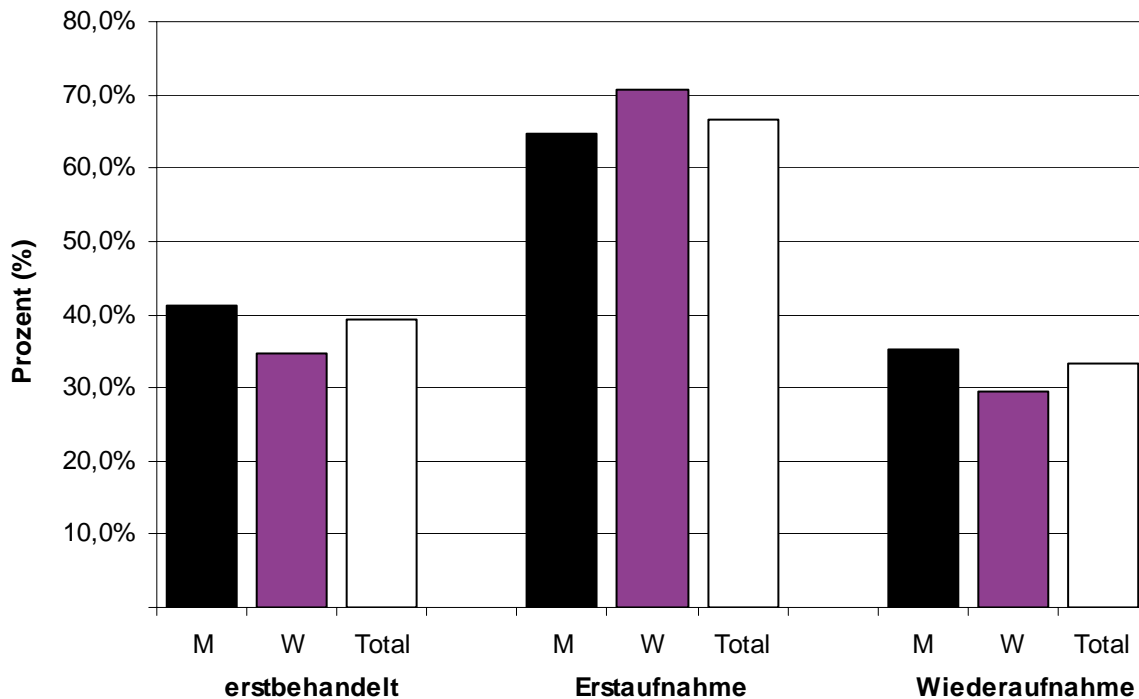


Tabelle 2 a: Vorbehandlungen und Aufnahmen bei lanua bezogen auf das Geschlecht und die Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit (n=262)

Für 66,7 Prozent der Alkoholabhängigen ist es die erste Aufnahme in unserer Einrichtung, darüber für 39,3 Prozent die erste suchtspezifische Behandlung überhaupt. 33,3 Prozent von ihnen hatten vorher schon einmal Kontakt mit unserer Einrichtung, wobei hier nicht zwischen einem Beratungskontakt, dem qualifizierten ambulanten Entzugs, einer Motivationsbehandlung, einer ambulanten Suchtrehabilitation oder der Nachsorgebehandlung unterschieden wird.

Bei den Cannabisabhängigen ist ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied zu erkennen. So ist es für alle Patientinnen die erste Aufnahme in unserer Einrichtung und nur 37,5 Prozent gaben einen suchtspezifischen Kontakt in der Vorgeschichte an. Bei den Männern wurden 69,2 Prozent erstmalig in unserer Einrichtung behandelt und für 42,2 Prozent war es die erste Behandlung überhaupt. 30,8 Prozent der Männer hatten bereits früher Kontakt mit unserer Einrichtung.

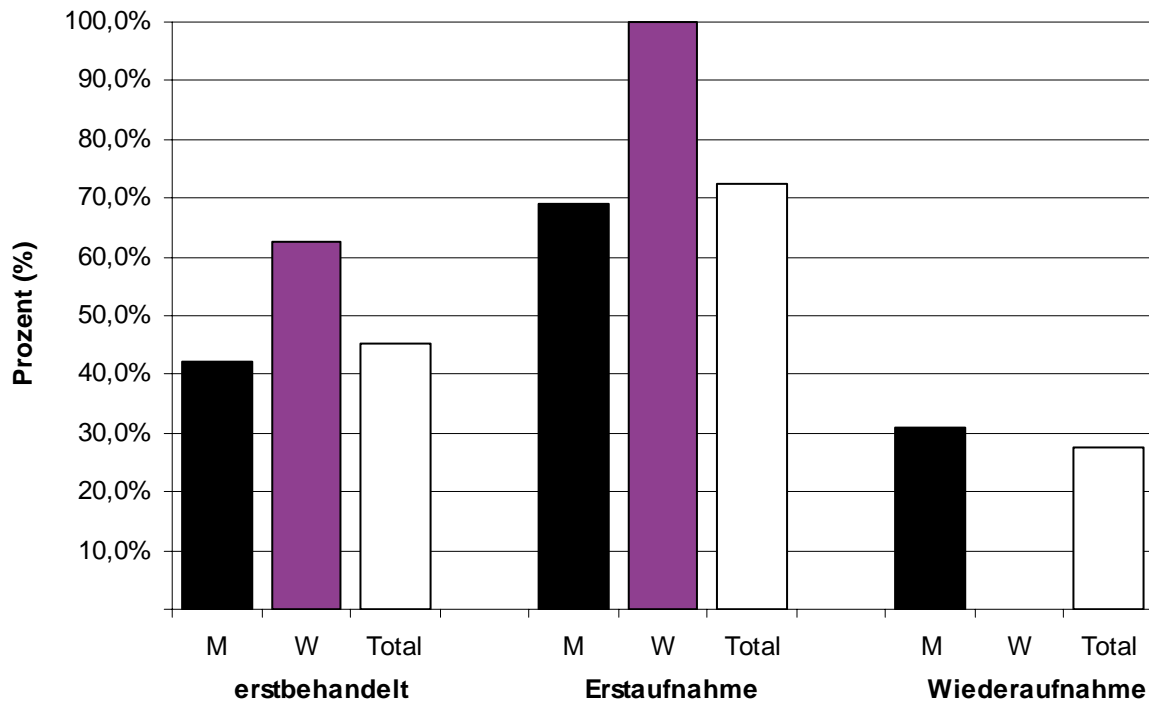


Tabelle 2 b: Vorbehandlungen und Aufnahmen bei lanua bezogen auf das Geschlecht und die Hauptdiagnose Cannabisabhängigkeit (n=83)

1.5 Behandlungsverlauf

Bei allen Patienten, die in unsere Einrichtung aufgenommen wurden, wurde ein qualifizierter ambulanter Entzug in Kooperation mit der psychiatrischen Praxis Steffen durchgeführt.

1.5.1 Vermittlungsquote

In die Berechnung der Vermittlungsquote gehen alle neu aufgenommene Patienten aus dem Jahr 2006 ein (n=258). 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 **55,26 Prozent** der Patienten vermittelt, d.h. 142 Patienten. 52,9 Prozent sind in eine ambulante Suchtrehabilitation und 1,95 Prozent in eine stationäre Suchtrehabilitation vermittelt worden. Die Vermittlungsquote unserer Einrichtung ist über Jahre konstant (2002: 51,6%; 2003: 55,8%; 2004: 52,6%; 2005: 54,02%), sie schwankt mit 2% um 53,5 Prozent.

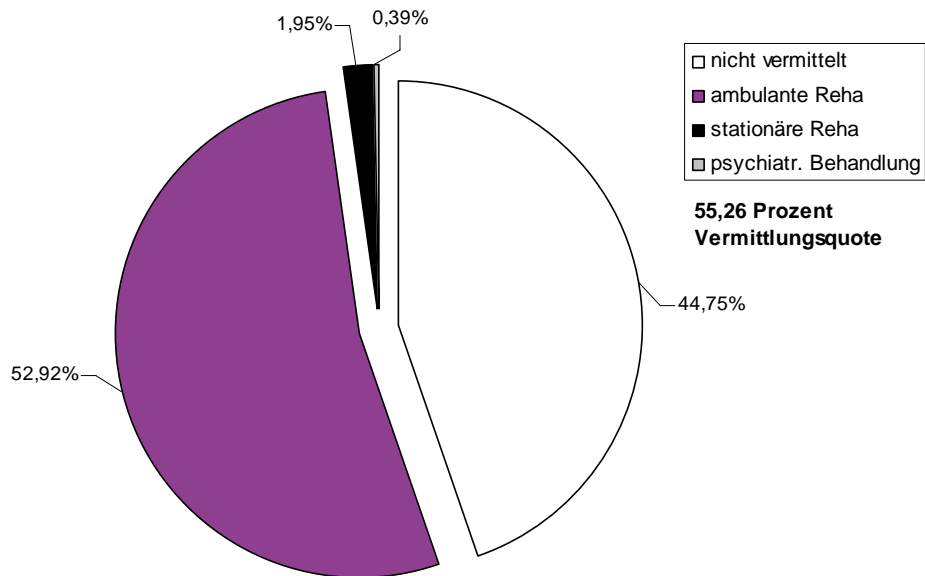


Abbildung 23. Vermittlungsquote im Jahr 2006 (n=260)

1.5.1.1 Vermittlungsquote bezogen auf das Geschlecht

Insgesamt wurden mehr Männer als Frauen vermittelt. Die Vermittlungsquote der Männer lag bei 56,98 Prozent und die der Frauen bei 51,28 Prozent. Ein Mann wurde in psychiatrische Behandlung weitervermittelt.

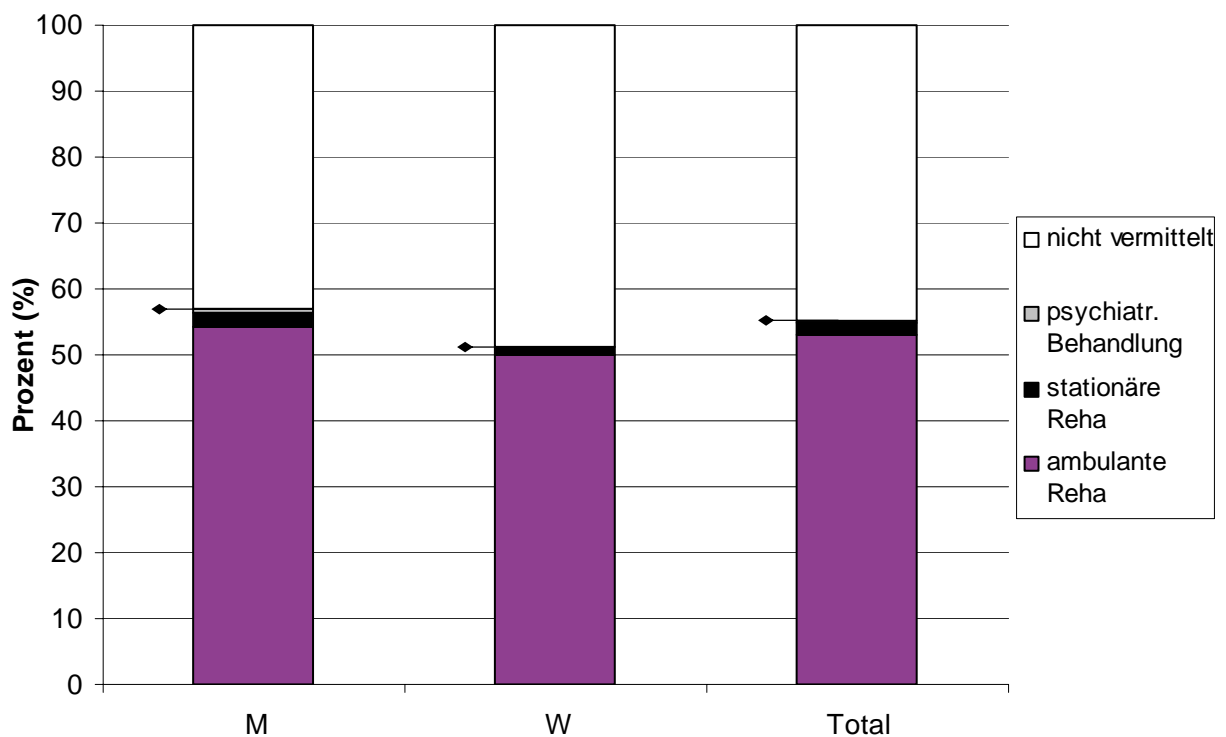


Abbildung 24. Abhängigkeit der Vermittlungsquote vom Geschlecht

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 fünf Patienten (n=254). Vorsichtig ist die Vermittlungsquote für die Diagnose F13.2 (Sedative/Hypnotika-Abhängigkeit) auf Grund der kleinen Fallzahl zu sehen.

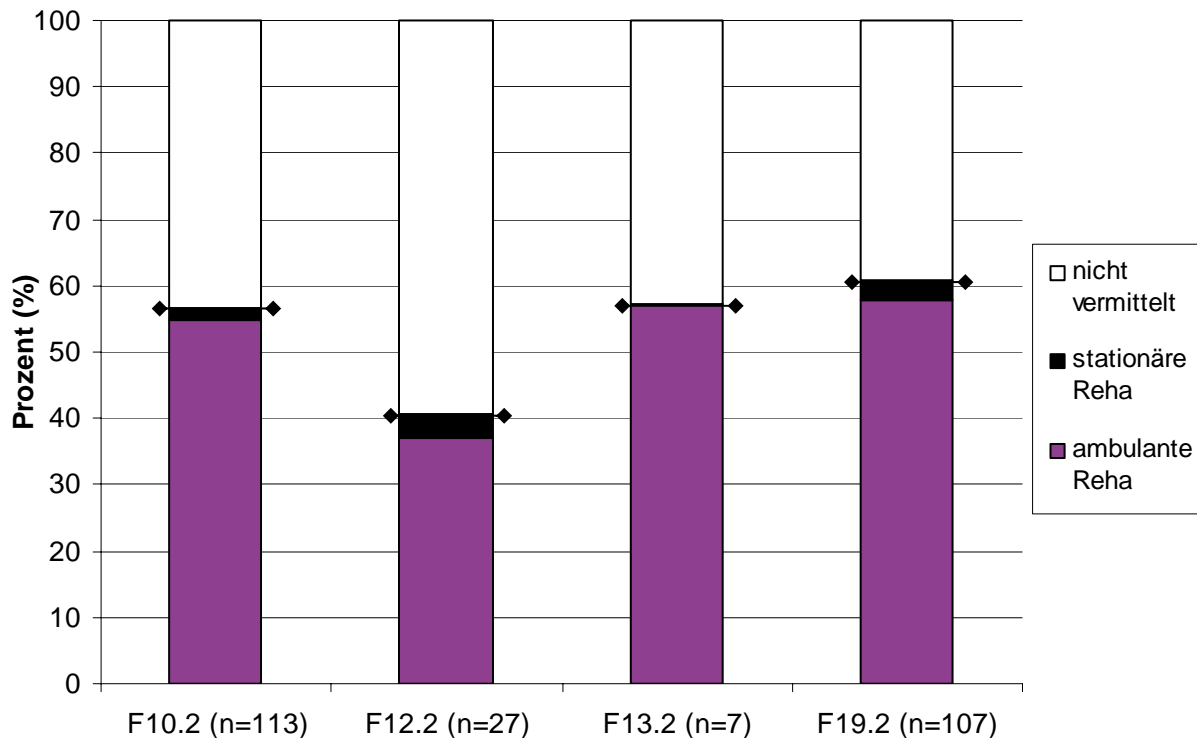


Abbildung 25. Vermittlungsquote in Abhängigkeit der Hauptdiagnose

Die Vermittlungsquote der Alkoholabhängigen (F10.2) liegt mit 56,6 Prozent leicht über der allgemeinen Vermittlungsquote. Deutlich unter der allgemeinen Vermittlungsquote liegt die Hauptdiagnose Cannabisabhängigkeit (F12.2) mit 40,7 Prozent. Die höchste Vermittlungsquote ist in der Gruppe der Polytoxikomanie (F19.2) mit 60,7 Prozent zu sehen. Diese ist im Vergleich zu 45 Prozent aus dem Vorjahr immens gestiegen. Die Vermittlungsquote von Abhängigen von Sedativa und Hypnotika (F13.2) liegt mit 57,1 Prozent auf Durchschnittsniveau.

1.5.1.3 Vermittlungsquoten bezogen auf die einzelnen Krankenkassen

Die Vermittlungsquote bei den AOK-Patienten bleibt mit 52,2 Prozent knapp unter dem Durchschnitt, ist aber deutlich höher als im Jahr 2005 (45 Prozent). Die BKK's, DAK und Bundesknappschaft liegen bei 50 Prozent. Bei den BKK's ist nur für die BKK Ford mit einer Quote von 50 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 71,4 Prozent und der TKK mit 80,9 Prozent zu beobachten. Insgesamt gingen 250 Patienten in die Berechnungen mit ein, da Krankenkassen mit weniger als fünf Mitgliedern in dieser Betrachtung nicht berücksichtigt wurden. Alle Patienten machten zu ihrer Krankenkasse eine Angabe.

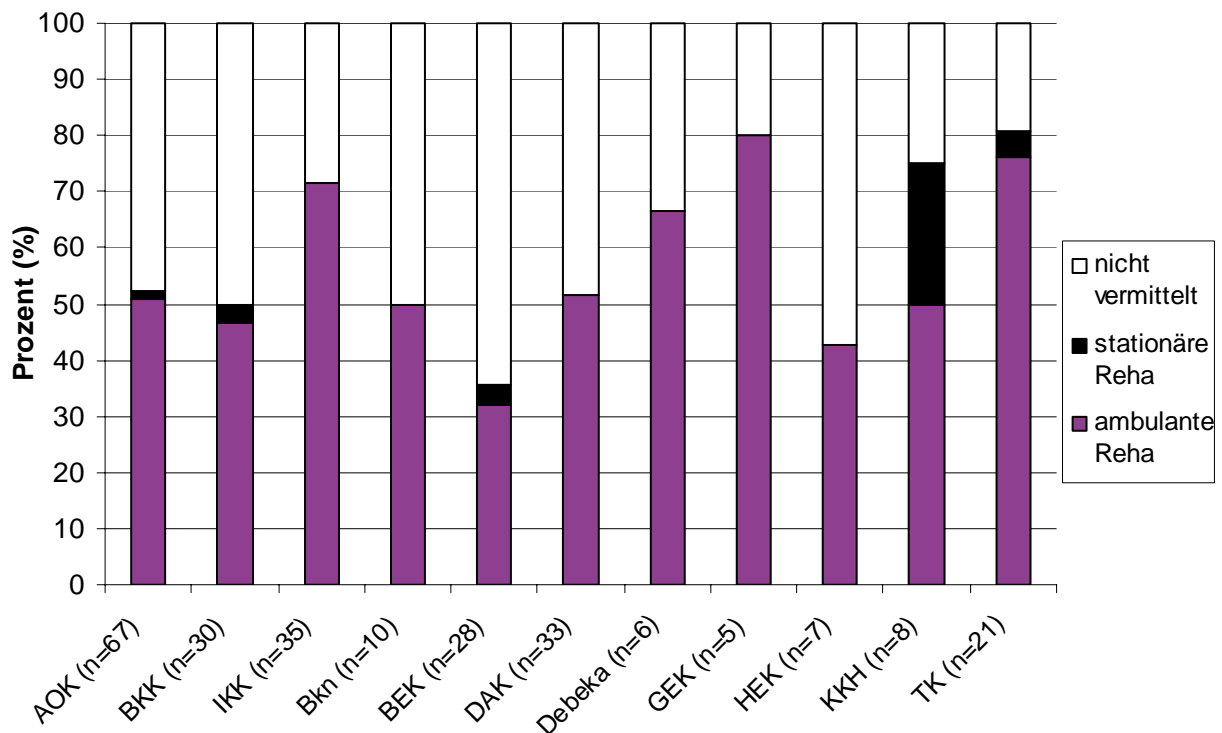


Abbildung 26a. Vermittlungsquote in Abhängigkeit der Krankenkassenzugehörigkeit (n=250)

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. 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 98 Patienten von 260 Erstkontakten in diesem Jahr teilgenommen (37,7 Prozent der Patienten), BKK: n=30, IKK: n=35, DAK-„Integrierte Versorgung Sucht“: n=33. Die Vermittlungsquote beträgt 58,2 Prozent.

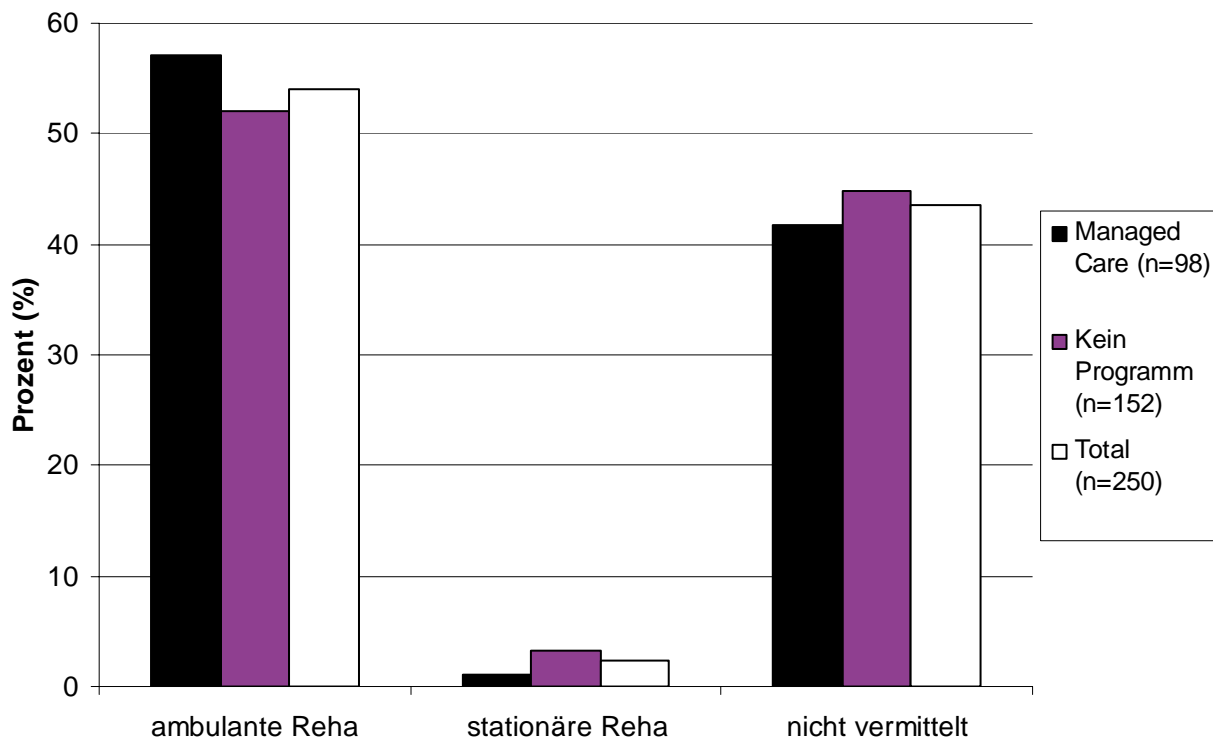


Abbildung 26b. Vermittlungsquote Managed-Care-Programm vs. Non-Programm (n=250)

Wie aus den Abbildungen zu erkennen ist, konnte im Rahmen der Managed-Care-Programmen ein leicht höherer Prozentsatz der Patienten in eine nachfolgende Rehabilitation vermittelt werden. Statistische signifikante Unterschiede gibt es nicht.

1.5.2 Art der Beendigung der Vorbereitungsphase

In die Darstellung der Art der Beendigung der Vorbereitungsphase gehen alle im Jahr 2006 aufgenommene Patienten (n=260) ein.

14,6 Prozent beendeten die Vorbereitungsbehandlung planmäßig, d.h. nach Behandlungs-/Beratungsplan und 1,15 Prozent mit therapeutischem Einverständnis. Sie nahmen nicht an einer Suchtrehabilitationsmaßnahme teil. 55 Prozent der Patienten beendeten ihre Vorbereitungsphase mit dem Beginn einer ambulanten oder stationären Suchtrehabilitation. Die restlichen 23,5 beendeten die Vorbereitungsphase

unplanmäßig: in 2,69 Prozent der Fälle wurde die Beratung von unserer Einrichtung abgebrochen, 18,5 Prozent der Patienten beendeten diese von sich aus.

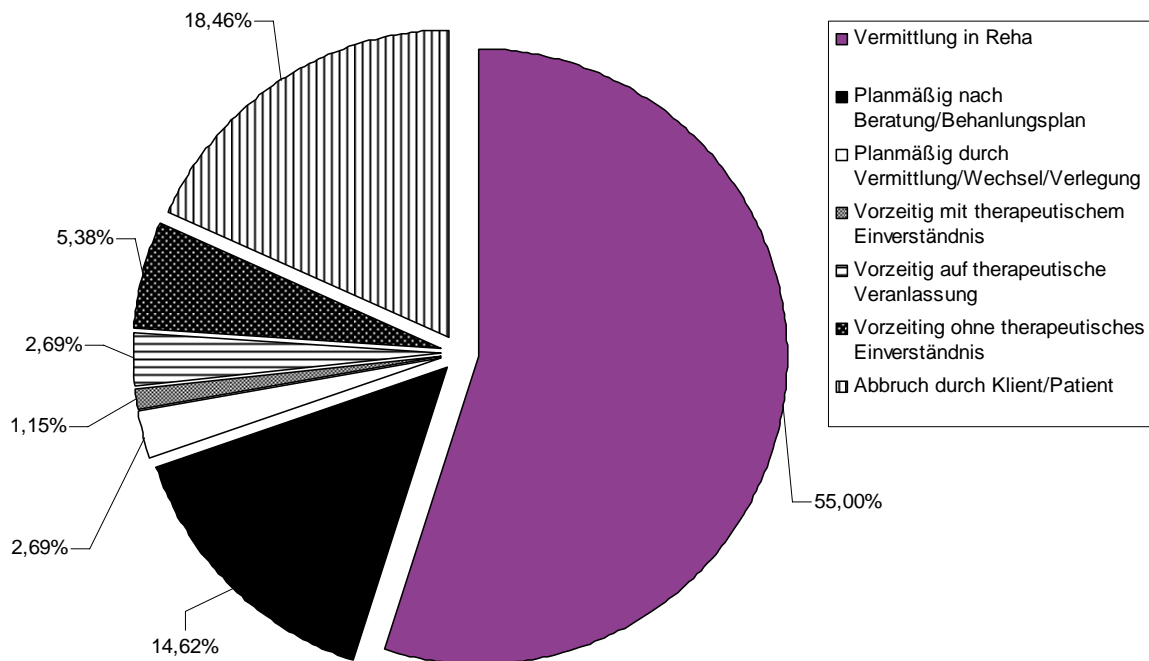


Abbildung 27. Art der Beendigung der Vorbereitungsphase 2006 (n=260)

1.5.3 Behandlungsdauer der Vorbereitungsphase

Bei der Betrachtung der Behandlungsdauer der Rehavorphase werden zwei Gruppen unterschieden: die in Rehabilitation vermittelten und die nicht vermittelten. Es gehen alle Patienten ein, die im Jahr 2006 ihre Behandlung bei uns begannen (n=260).

1.5.3.1 Einzeltermine in der Rehavorphase

In der Rehabilitationsvorphase unterscheiden sich die nicht vermittelten Patienten von den vermittelten im Hinblick auf die Anzahl der wahrgenommenen Einzeltermine deutlich. Nicht vermittelte Patienten nehmen im Mittel an 1,99 Einzelgesprächen teil und vermittelte Patienten an 5,4 Einzelgesprächen. 95 Prozent aller nichtvermittelten haben ein bis vier Einzelgespräche in Anspruch genommen, keiner mehr als sechs. Bei den erfolgreich vermittelten Patienten liegt der 95 Prozentbereich bei einem bis elf Gespräche, maximal wurden 15 Einzelgespräche wahrgenommen.

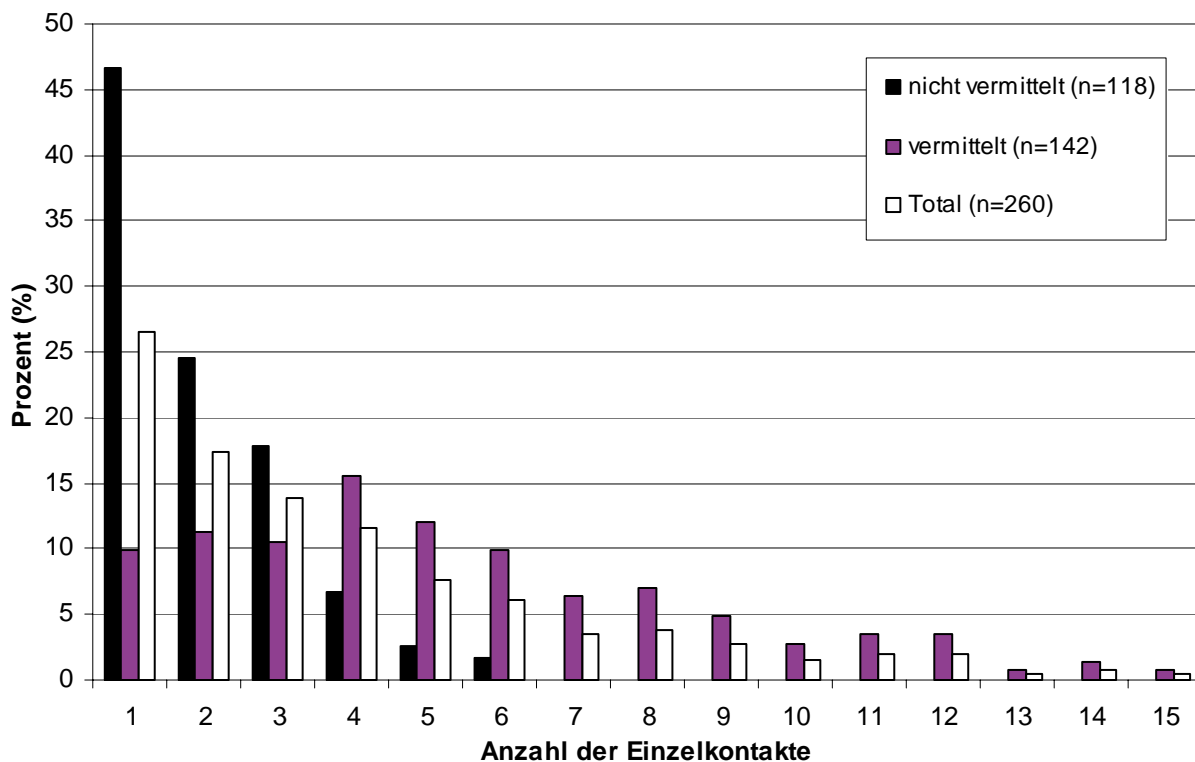


Abbildung 29. Anzahl der Einzelkontakte in der Rehavorphase (n=260)

1.5.3.2 Gruppentermine (Orientierungsgruppe) in der Rehavorphase

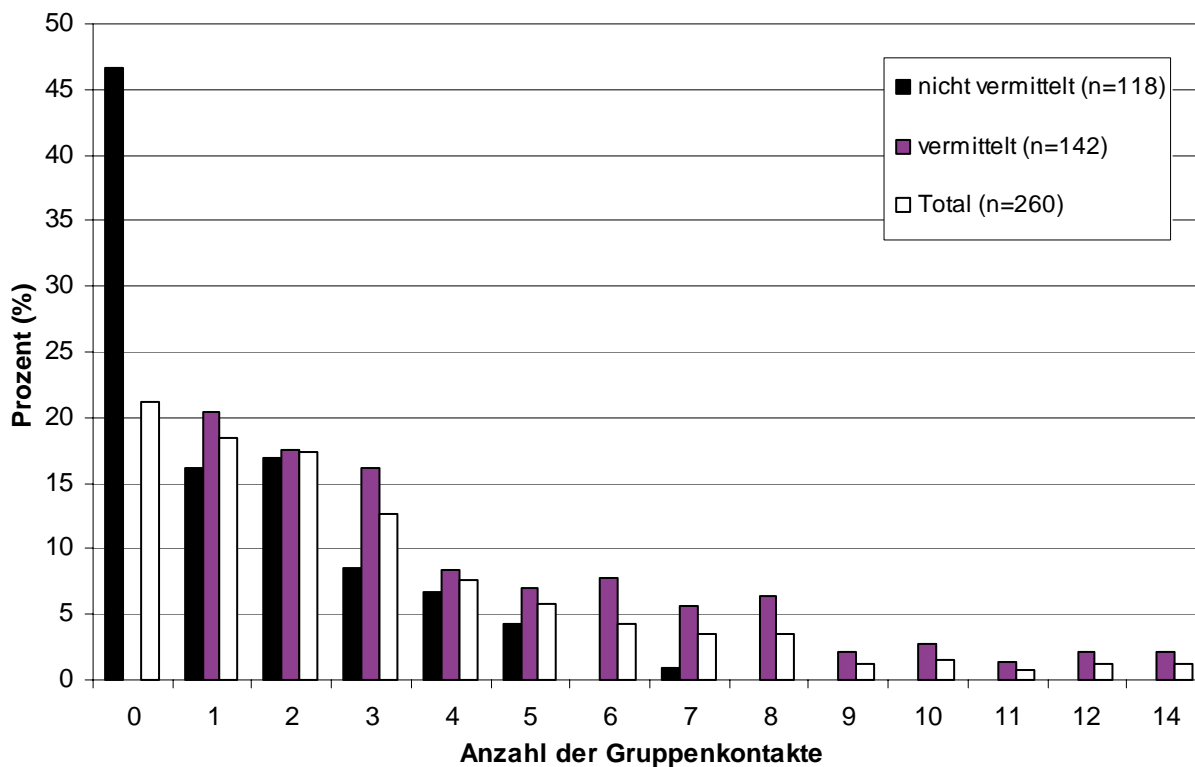


Abbildung 30. Anzahl der Gruppenkontakte in der Rehavorphase (n=260)

Von den nicht vermittelten Patienten nahmen nur 53,6 Prozent mindestens einmal an einer Orientierungsgruppe teil. Im Mittel lag die Teilnahme bei 0,83 Gruppensitzungen und nur fünf Prozent besuchten mehr als vier Orientierungsgruppen. Bei den vermittelten Patienten, die alle mindestens eine Orientierungsgruppe besuchten, liegt der Mittelwert bei 4,3 Gruppensitzungen. Maximal wurden 14 Sitzungen in Anspruch genommen bis der Patient seine weiterführende Therapie antrat.

1.5.3.3 Behandlungszeitraum (Tage) in der Rehavorphase

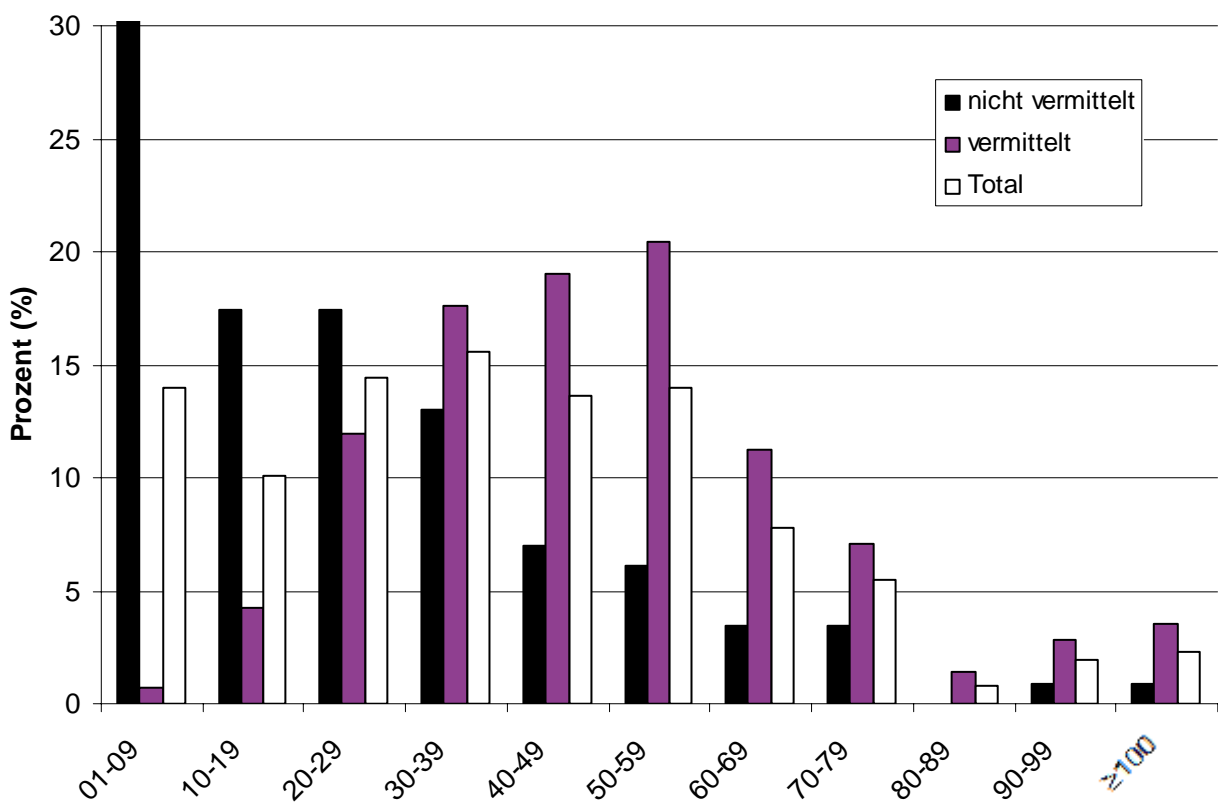


Abbildung 31. Behandlungsdauer der Rehavorphase in Tagen bezogen auf die Vermittlung in Rehabilitation (n=257)

Patienten, die nicht vermittelt wurden, verweilten 25,7 Tage in der Rehavorphase und 65 Prozent waren kürzer als 30 Tage in Behandlung. 83 Prozent der in eine Rehabilitationsmaßnahme vermittelten Patienten waren länger als 30 Tage in Behandlung, im Durchschnitt 49,4 Tage.

2. Patienten in ambulanter Rehabilitation

Im Jahr 2006 waren insgesamt 197 Patienten in ambulanter Rehabilitation 138 Männer und 59 Frauen. 106 begannen ihre Behandlung in 2006 und 111 beendeten diese. Am Jahresende 2006 waren noch 86 Patienten in einer laufenden ambulanten Rehabilitationsmaßnahme bei lanua G.P.S. mbH.

2.1 Leistungsträger und Überweisungskontext

2.1.1 Leistungsträger der Rehabilitationsbehandlung

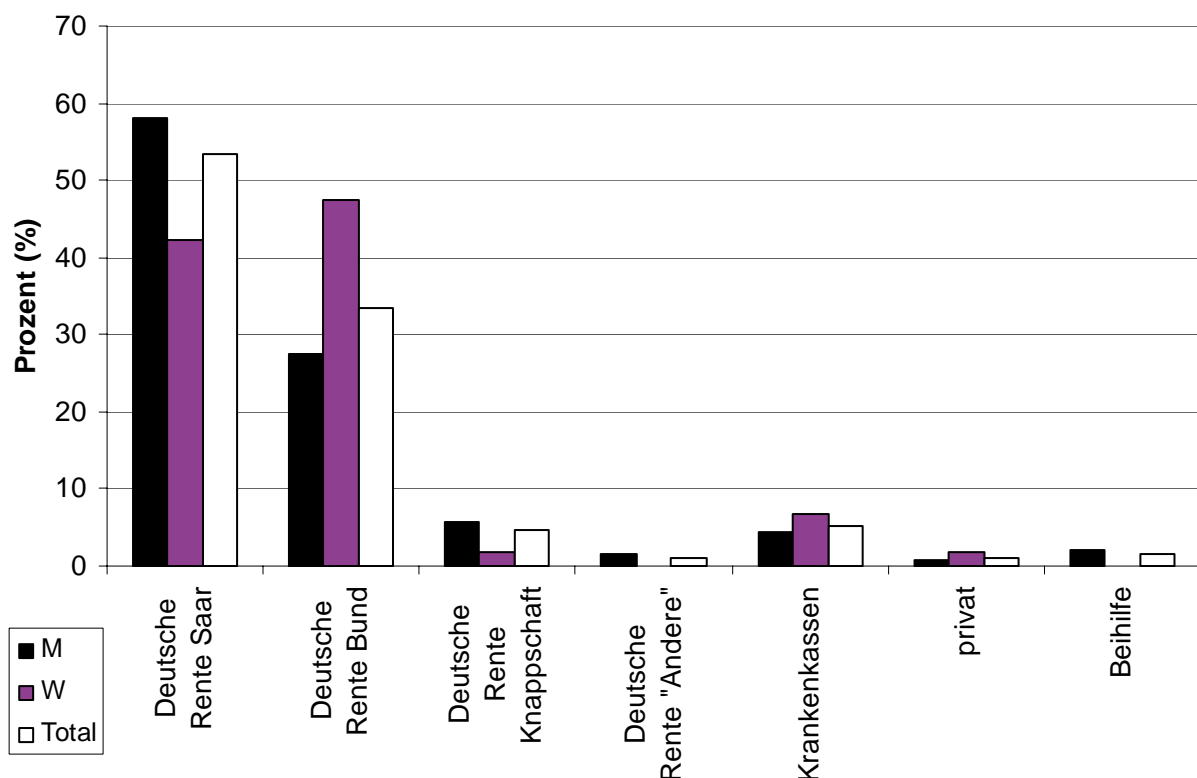


Abbildung 32. Leistungsträger der Rehabilitationsbehandlung (n=197)

Bei den Rehabilitationsbehandlungen tragen die Rentenversicherungsträger mit 92,7 Prozent bei den Männern und 91,5 Prozent bei den Frauen den überwiegenden Teil der Leistungen. Die Deutsche Rente Bund hat bei den Männern einen Anteil von 27,5 Prozent, bei den Frauen sind es 47,4 Prozent. Die Deutsche Rente Saar kommt bei den Männern auf 58 Prozent und bei den Frauen auf 42,3 Prozent. Bei den Männern entfallen darüber hinaus 5,8 Prozent auf die Deutsche Rente Knappschaft und 4,4 Prozent auf die Krankenkassen. Die Deutsche Rente Knappschaft ist als Leistungsträger bei den Frauen mit 1,7 Prozent vertreten, die Krankenkassen mit 6,8 Prozent.

2.1.2 Art der Vermittlung

69 Prozent der Rehabilitationspatienten wurden von Vertragsärzten vermittelt. Auch die übrigen Anteile verhalten sich wie bei den Beratungspatienten. 11,6 Prozent unserer Patienten werden von stationären Suchteinrichtungen vermittelt. Dies spiegelt die starke Vernetzung der Rehabilitationseinrichtung mit dem Bereich der kassenärztlichen Versorgung der Region wieder. Suchtberatungsstellen sind mit einem Vermittlungsanteil von 0,5 Prozent an den Rehabilitationspatienten vernachlässigbar. Im Jahr 2006 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.

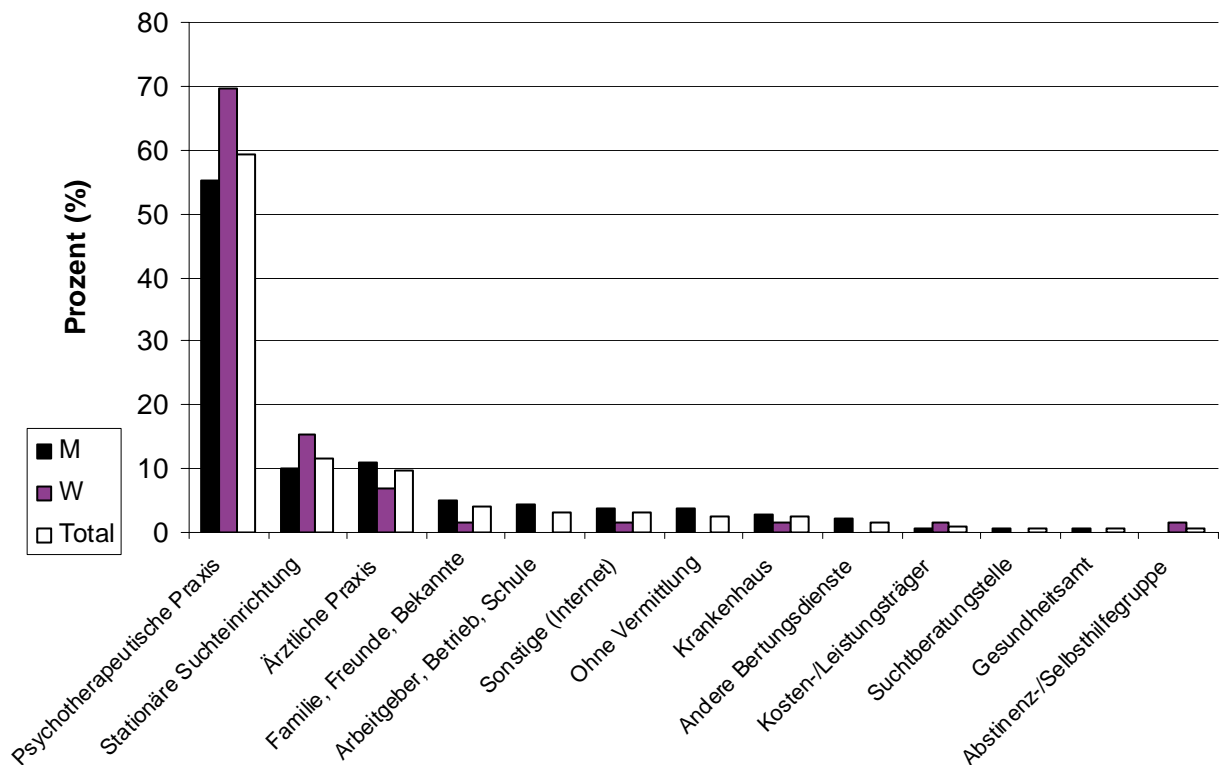


Abbildung 33. Vorbehandelnde Stelle (Reha) (n=197)

2.1.3 Indikationsstellung (Hauptdiagnose)

Es wurde keine Unterscheidung getroffen zwischen neu begonnenen Rehabilitationen im Jahr 2006 und seit 2005 laufenden, da es sich gezeigt hat, dass die Verteilung der Hauptdiagnosen über die Jahre annähernd konstant geblieben ist.

Die Alkoholabhängigkeit (F10.2) macht mit 65 Prozent die größte Hauptdiagnose aus. Die Polytoxikomanie / andere psychotrope Substanzen (F19.2) ist mit 22,3 Prozent die zweitgrößte Indikationsstellung.

Es folgt die Abhängigkeit von Cannabis (F12.2) mit 6 Prozent, von Sedativa und Hypnotika (F13.2) mit 5,6 Prozent, sowie Opiode mit 1 Prozent.

2.1.3.1 Indikationsstellung in Bezug auf das Geschlecht

Abbildung 34 zeigt die prozentualen Anteile der Diagnosen bezogen auf das Geschlecht. Die Alkoholabhängigkeit (F10.2) ist bei den Frauen mit 67,8 Prozent häufiger vertreten als bei den Männern mit 63,7 Prozent. Dafür ist der Anteil der Männer bei der Polytoxikomanie (F19.2) mit 24,6 Prozent deutlich höher als bei den Frauen mit 16,9 Prozent. Ebenso dominieren die Männer bei der Cannabisabhängigkeit (F12.2) mit 8 Prozent gegenüber 1,7 Prozent bei den Frauen. Das Abhängigkeitssyndrom von Sedativa und Hypnotika wird mit 13,5 Prozent deutlich von den Frauen dominiert (Männer: 1,4 Prozent).

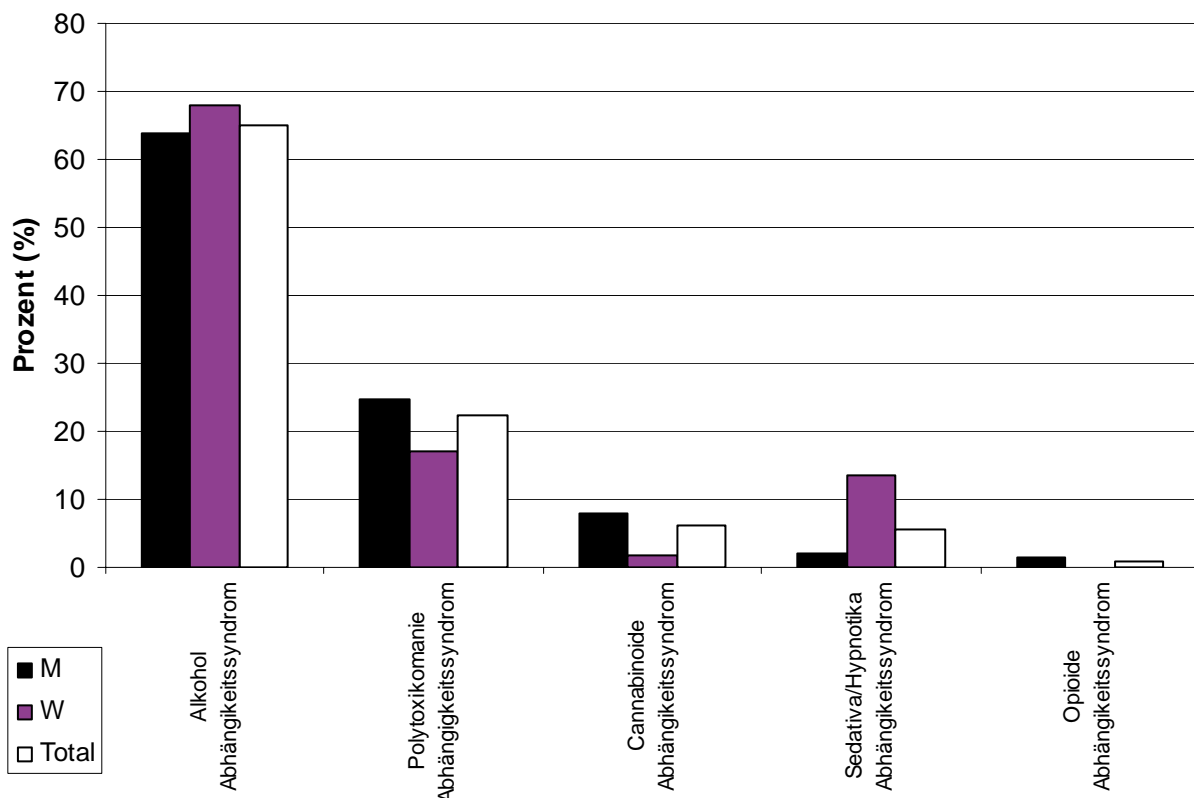


Abbildung 34. Indikationsstellung / Geschlecht (Reha) (=197)

2.1.3.2 Indikationsstellung in Bezug auf das Alter

Der Altersgipfel bei der Hauptdiagnose der Alkoholabhängigkeit liegt zwischen 40 und 54 Jahren, der Mittelwert bei 45,6 Jahren. Die zahlenmäßig zweitstärkste Hauptdiagnose der Polytoxikomanie ist mit einem mittleren Alter von 41,5 Jahren und einem Altersgipfel zwischen 40 und 50 Jahren nur durch unwesentlich jüngere

Patienten vertreten. Die Gruppe der Abhängigen nach Sedativa und Hypnotika ist mit durchschnittlich 47,6 Jahren die Älteste. Die Cannabisabhängigen sind mit 27,3 Jahren im Durchschnitt die jüngsten.

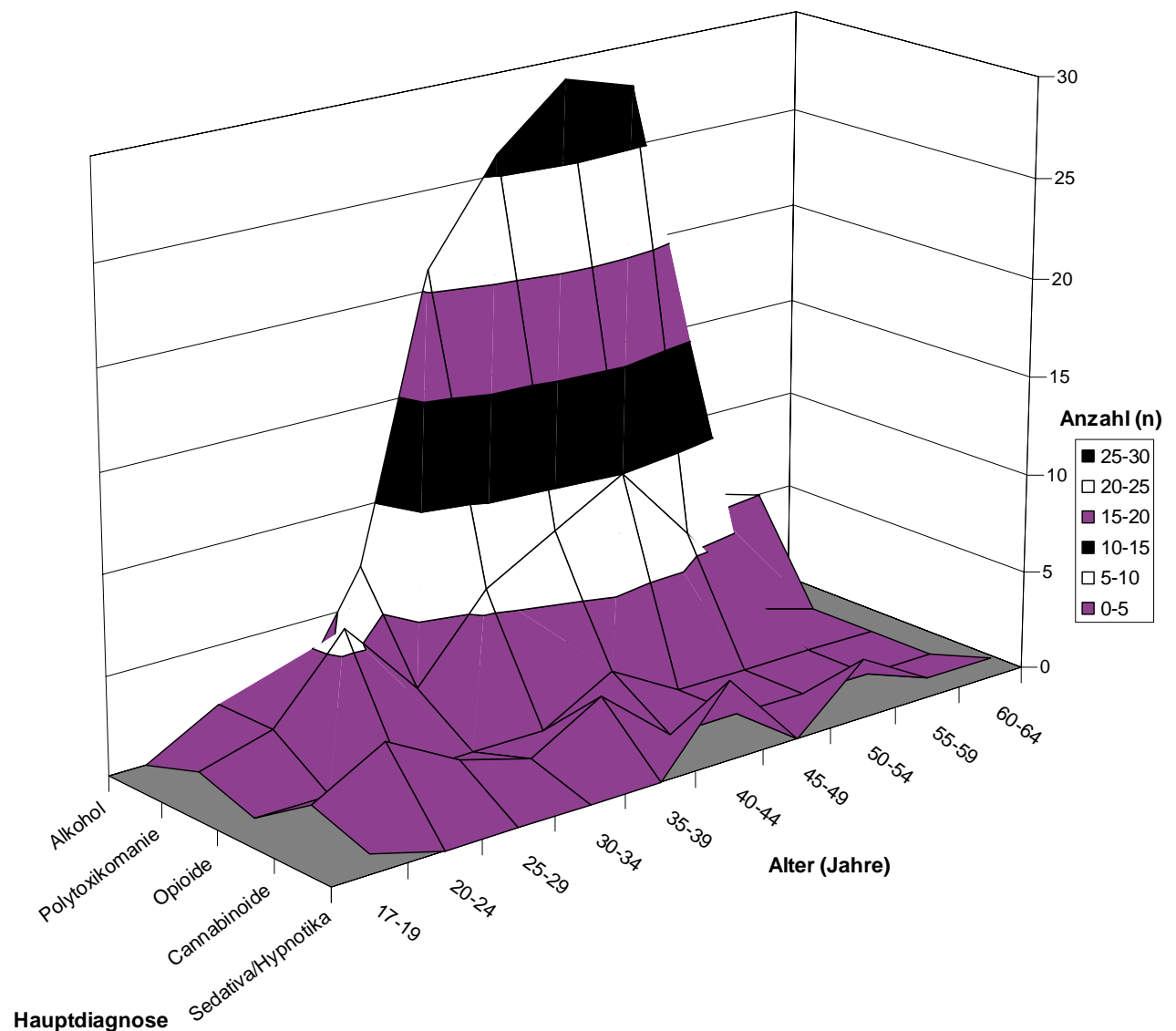


Abbildung 35. Indikationsstellung in Bezug auf das Alter der Rehabilitationspatienten (n=197)

2.2 Patientenmerkmale

2.2.1 Alter

Das Durchschnittsalter aller Patienten beträgt 43,65 Jahre, das Minimum liegt bei 17, das Maximum bei 74 Jahren. Das Durchschnittsalter der Männer beträgt 43,6 Jahre, das der Frauen 43,8 Jahre. Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen oder Rehabilitations-spezifischen Unterschiede.

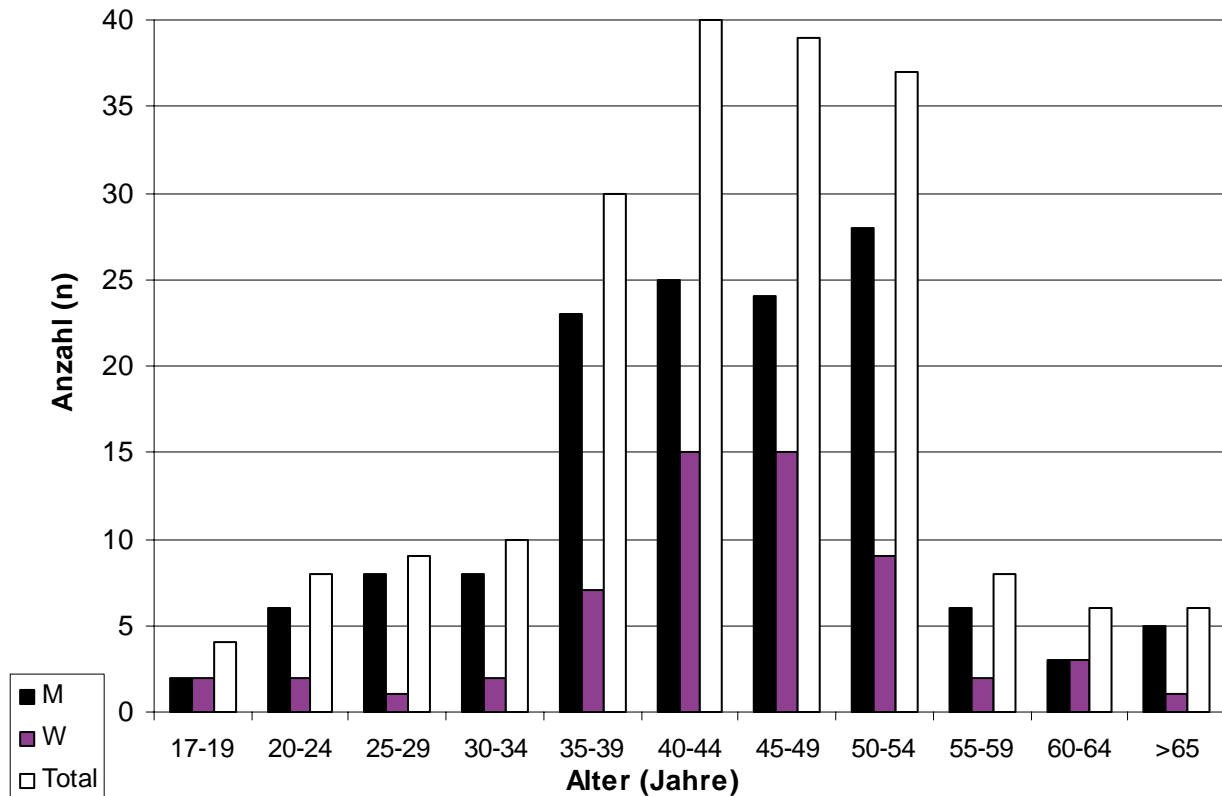


Abbildung 36. Altersverteilung der Patienten (Reha) (n=199)

2.2.2 Geographische Herkunft

67,45 Prozent der Patienten wohnen im Landkreis Saarlouis, 16,2 Prozent in der Stadt Saarlouis, die Sitz der Einrichtung ist. Die restlichen 34,5 Prozent kommen aus den angrenzenden Ortschaften Bous, Dillingen, Ensdorf, Lebach, Rehlingen-Siersburg, Saarwellingen, Schwalbach, Schwarzenholz, Wadgassen, Wallerfangen und Überherrn. Die restlichen 16,7 Prozent komplettieren den Landkreis im Norden. 18,7 Prozent der Patienten kommen aus dem Landkreis Merzig-Wadern und aus Völklingen. 10,1 Prozent wohnen mehr als 30 km von der Einrichtung entfernt, sie kommen aus der Stadt Saarbrücken und den Kreisen Homburg und St. Wendel. In den grenznahen Ortschaften in Frankreich wohnen 2,5 Prozent unserer Patienten.

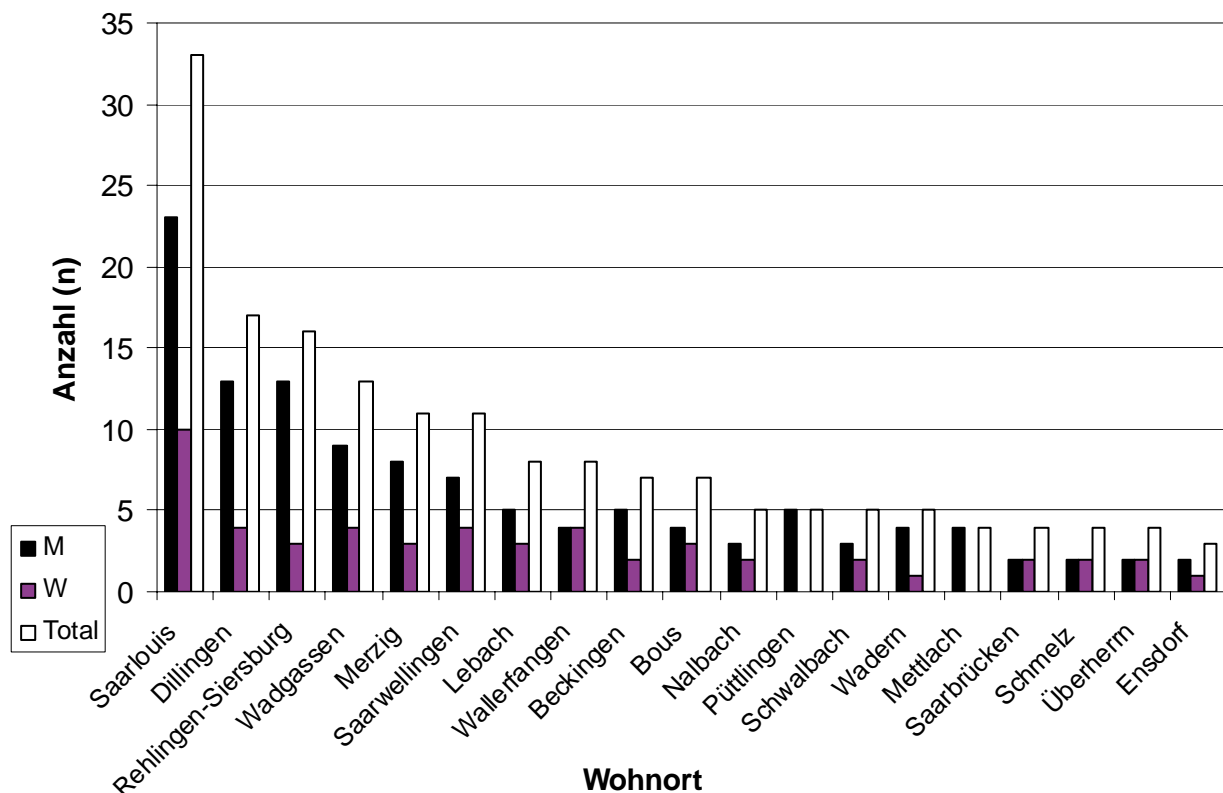


Abbildung 37. Geographische Herkunft (n=197)

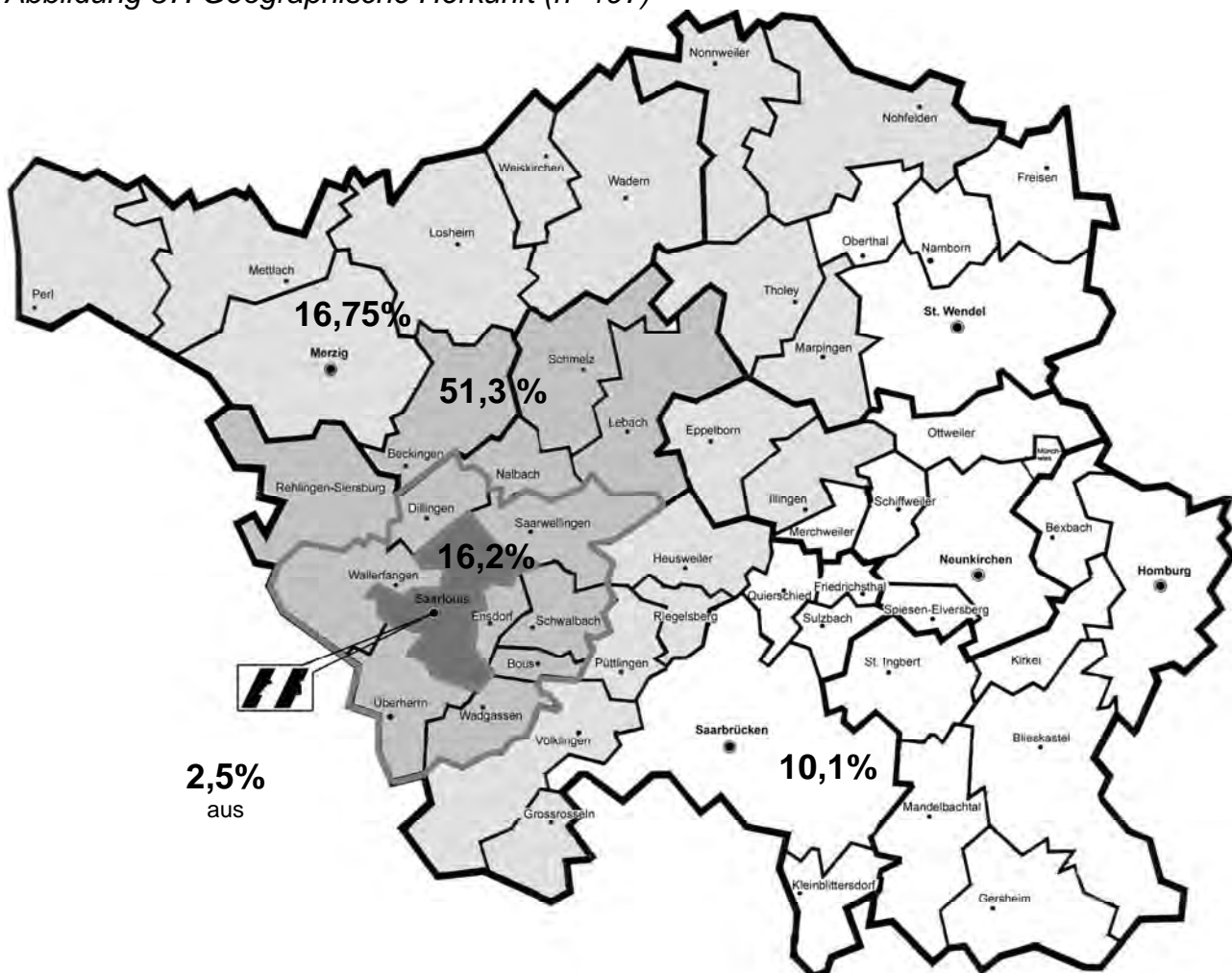


Abbildung 38. Saarlandkarte mit den Haupteinzugsgebieten den Einrichtung

2.2.3 Familienstand

Unter der Rehabilitationspatienten sind 42,1 Prozent verheiratet und leben mit ihrem Partner zusammen, 5,5 Prozent mehr als bei den Patienten in der Orientierungsphase. 12,7 Prozent sind verheiratet, leben aber getrennt, 21,8 Prozent sind geschieden und 1,5 Prozent verwitwet. Nur 21,8 Prozent der Rehabilitationspatienten geben an ledig zu sein, 26 Prozent der Männer und 11,8 Prozent der Frauen. Es zeigt sich, dass der Familienstand bei den Rehabilitanten deutlich zu stabilen Verhältnissen tendiert.

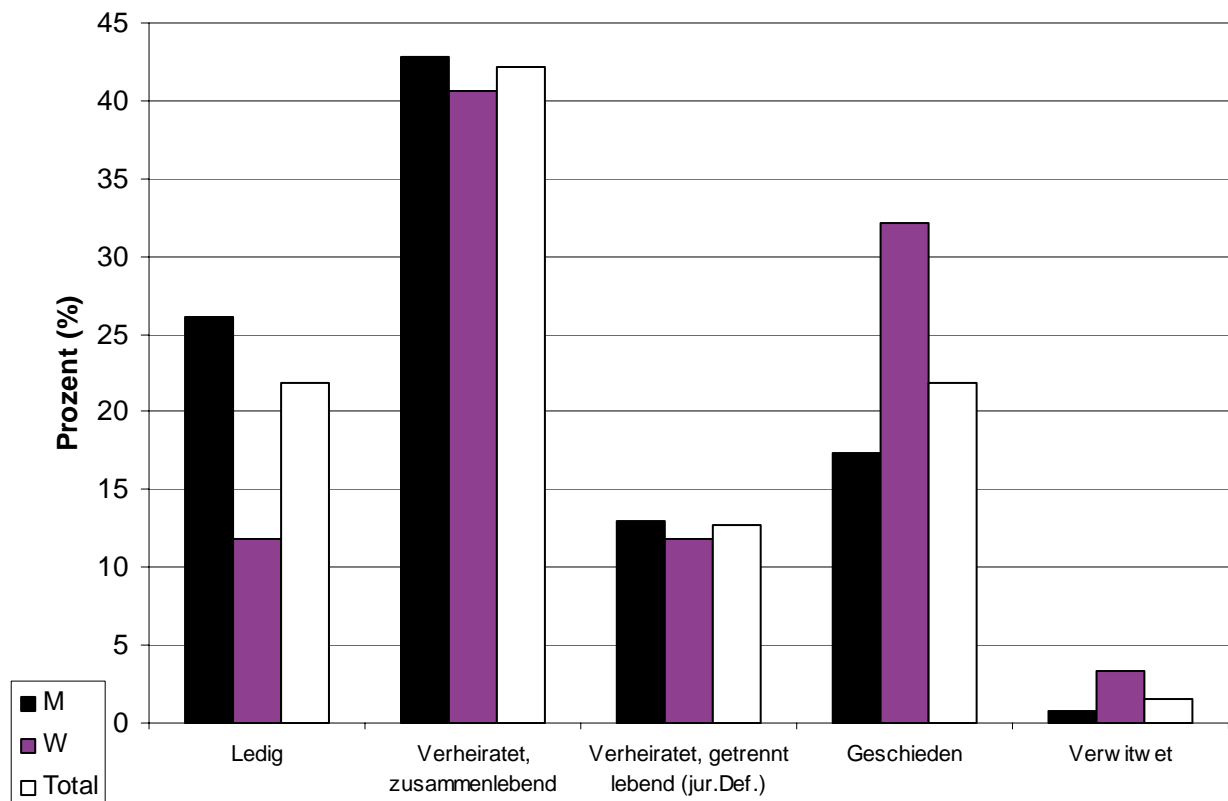


Abbildung 39. Familienstand zu Beginn der Therapie (n=197)

2.2.4 Partnersituation

Eine feste Beziehung geben zu Beginn der Rehabilitation 60,9 Prozent der Patienten an, 3,7 Prozent mehr als unter den Vorbereitungs-/Beratungspatienten. In einer zeitweiligen Beziehung befinden sich 5 Prozent und 34 Prozent sind alleinstehend. Alle Rehabilitationspatienten machten zu dieser Frage eine Angabe. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Rehabilitations- und Vorbereitungspatienten. Allenfalls ein leichter Anstieg unter den Rehabilitationspatienten in Hinblick auf feste Partnerbeziehungen.

88,2 Prozent der Patienten leben selbstständig in einer eignen Wohnung und 11,4 Prozent bei anderen Personen (meist bei den Eltern).

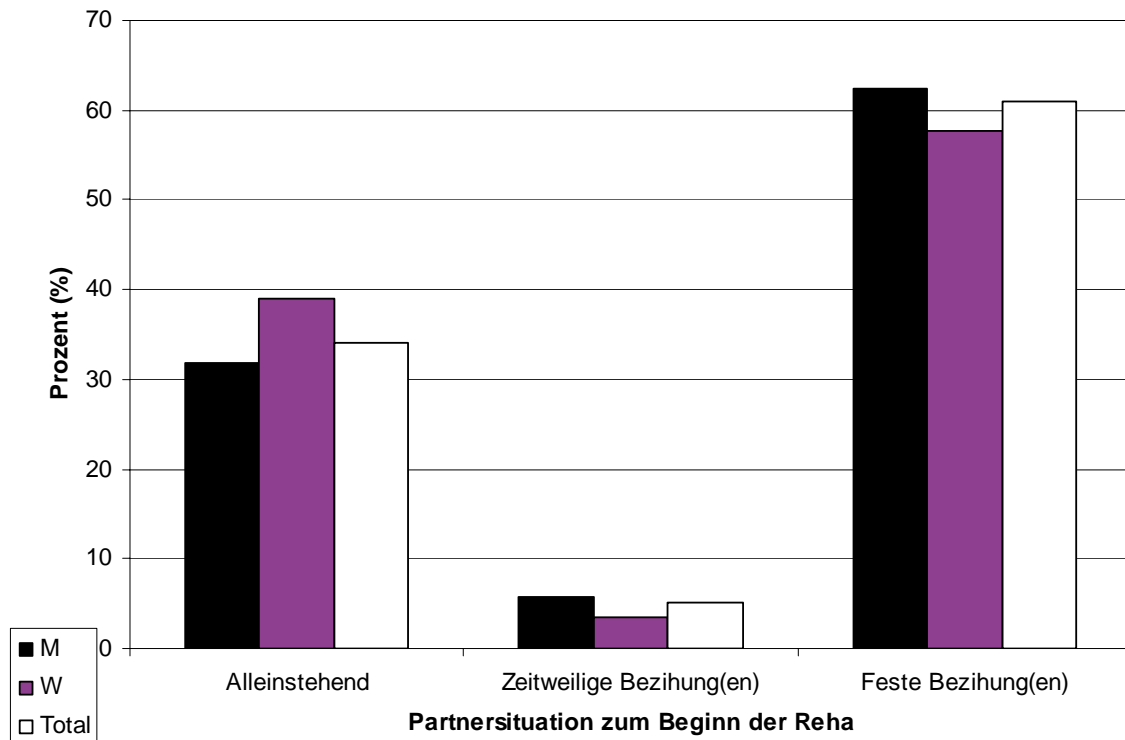


Abbildung 40a. Partnersituation zu Beginn der Rehabilitation (n=199)

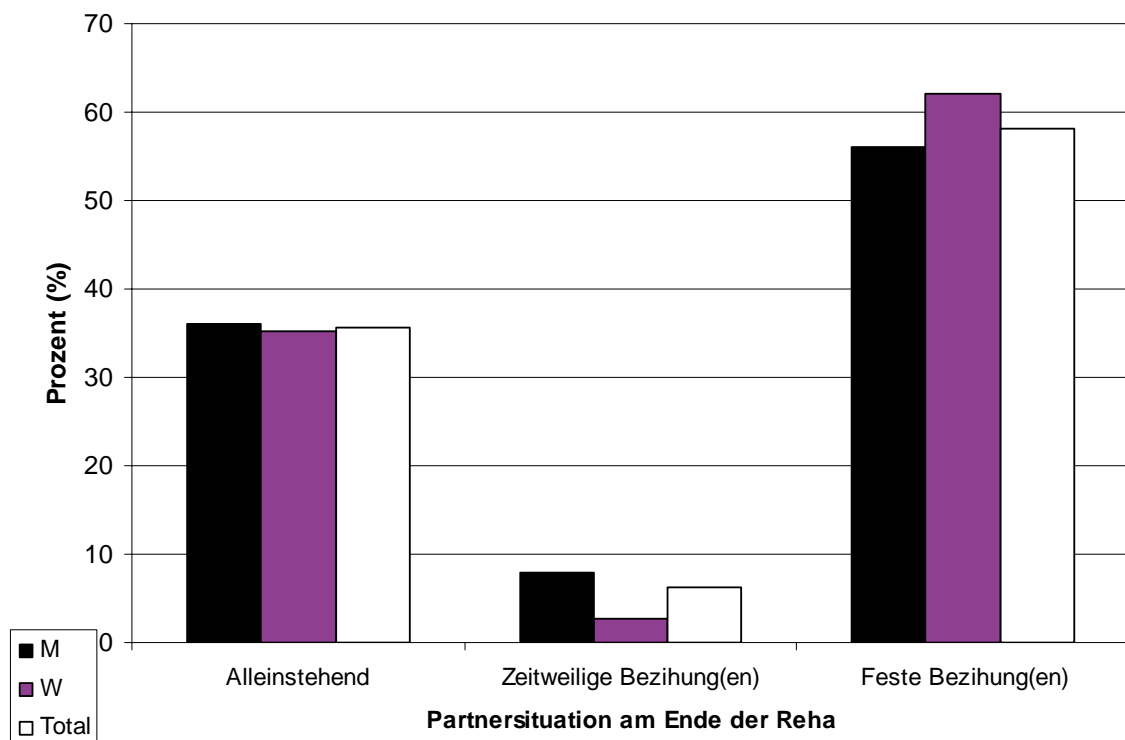


Abbildung 40b. Partnersituation zum Ende der Rehabilitation (n=112)

2.3 Ausbildung und Erwerbstätigkeit

Es existieren keine signifikanten Unterschiede über die Jahre in Bezug auf die Merkmale zur Ausbildung und Erwerbstätigkeit, sie sind konstant.

2.3.1 Schulbildung

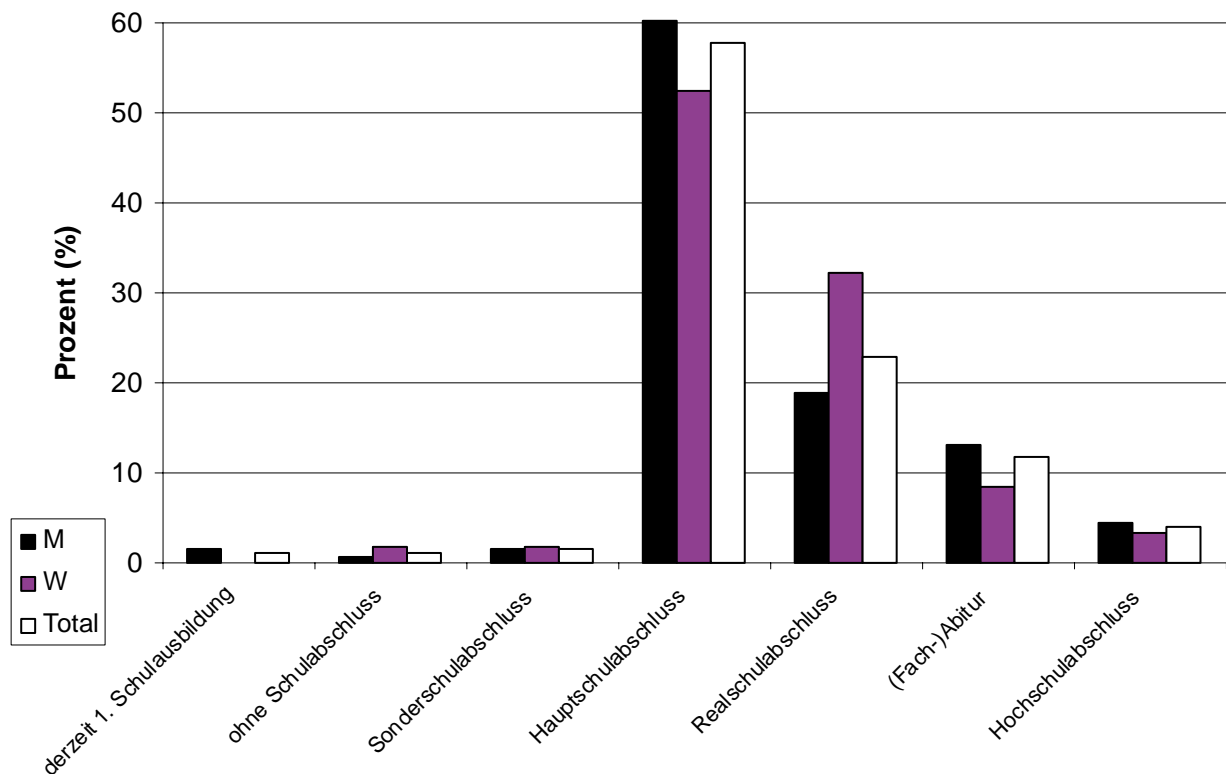


Abbildung 41. Schulbildung bei Aufnahme (n=197)

57,8 Prozent der Patienten haben einen Hauptschulabschluss, 22,8 Prozent einen Realschulabschluss und 11,67 Prozent haben (Fach-)Abitur. Nur 4 Prozent können ein abgeschlossenes Hochschulstudium vorweisen. Ohne Schulabschluss ist 1 Prozent der Patienten und ebenfalls 1 Prozent befinden sich noch in der Schulausbildung.

2.3.2 Erwerbstätigkeit

Bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ist die Erwerbstätigkeit der Patienten von besonderem Interesse. Sie wird am Beginn und Ende der Rehabilitation erhoben. So kommt es auch zu den unterschiedlichen Gesamtzahlen, da sich noch Patienten in laufender Rehabilitation am Jahresende 2006 befanden. Es sind deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede zu erkennen.

73,2 Prozent der Männer und 42,4 Prozent der Frauen sind zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme in einer Vollzeitbeschäftigung, deutlich mehr als bei den Patienten in der Vorbereitungsphase. Es sind deutlich mehr Frauen im Rahmen einer Teilzeitbeschäftigung angestellt als Männer (m:w, 3% vs. 30,5%). Arbeitslos gemeldet sind 21,8 Prozent der Männer und 22 Prozent der Frauen. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Arbeitslosenanteil leicht gestiegen. Änderungen im Verlauf der Reha sind nicht

signifikant. Es ist deutlich zu erkennen, dass Rehabilitationspatienten im Vergleich zu Patienten in der Vorbereitungsphase öfter ein festes Beschäftigungsverhältnis haben. Dies ist also als Prädiktor zur erfolgreichen Aufnahme einer Rehabilitationsmaßnahme anzunehmen.

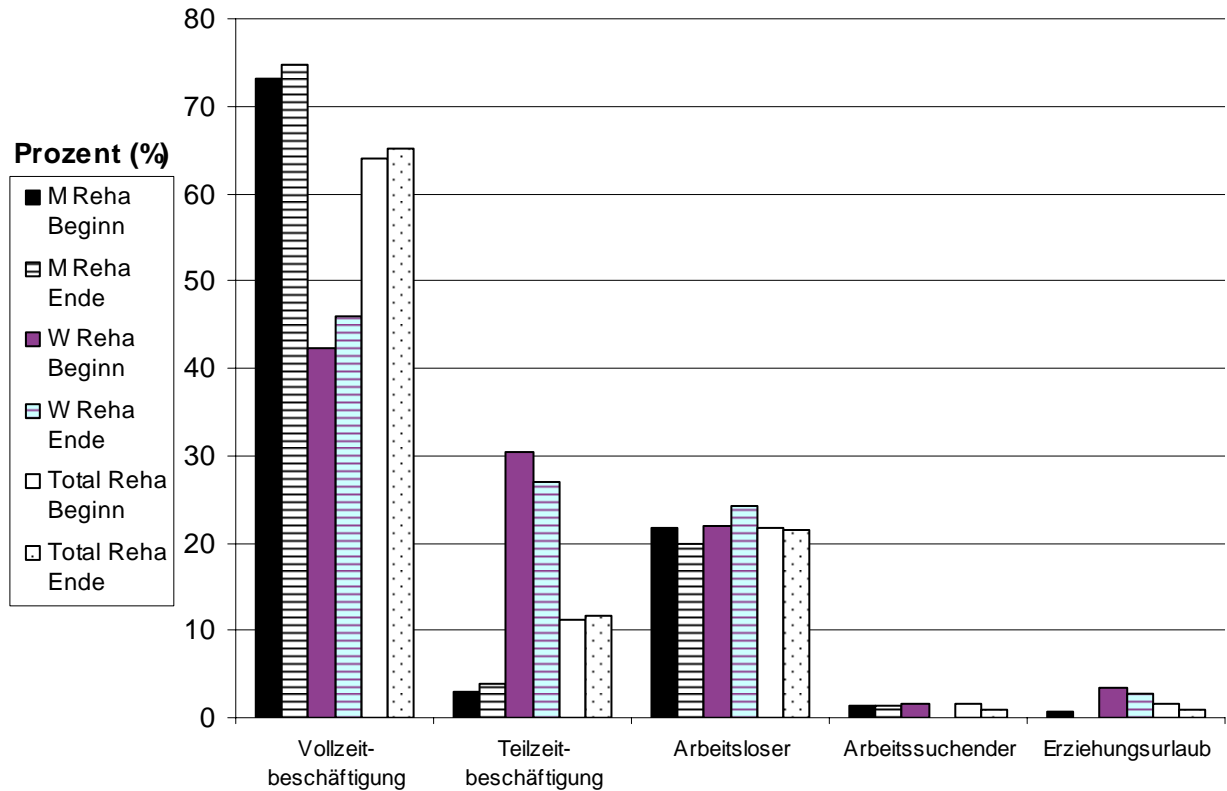


Abb. 42. Beschäftigungsverhältnis (Reha) (n_{Beginn}=197, n_{Ende}=112)

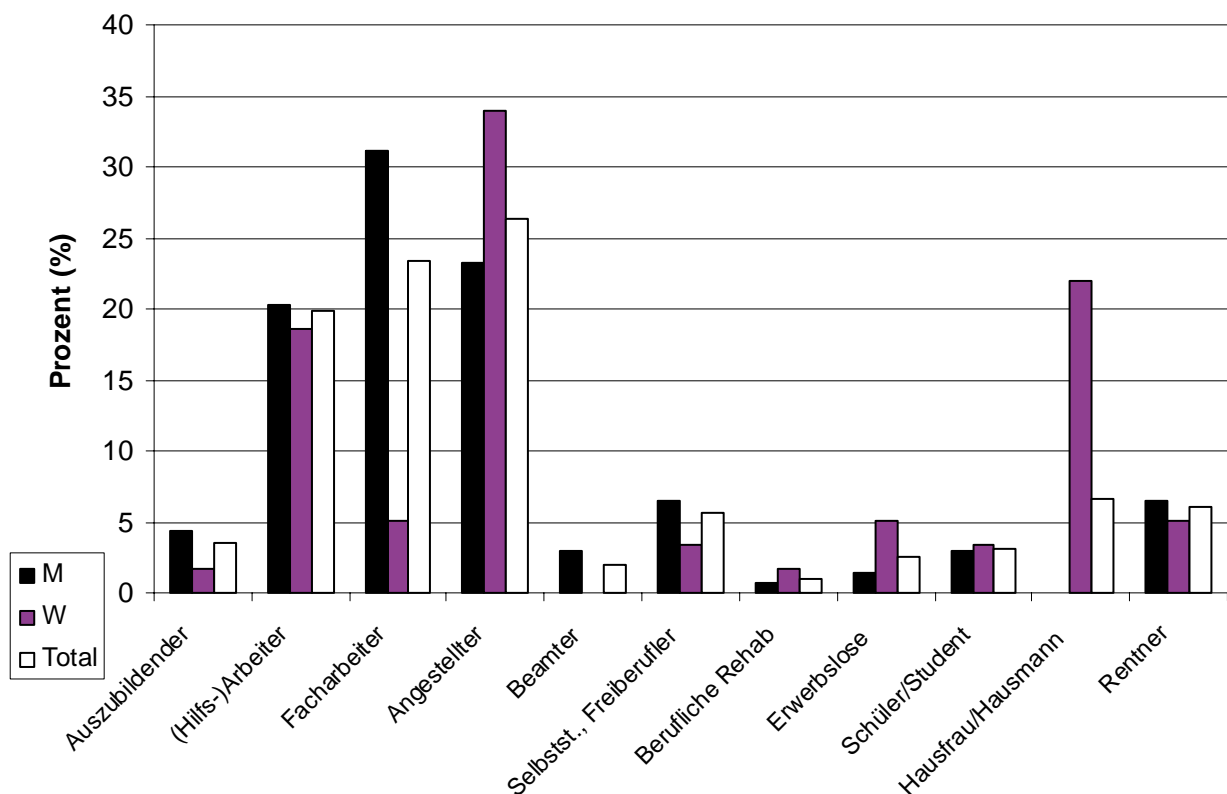


Abb. 43. Erwerbsstatus (Reha) (n=197)

2.4 Angaben zum Abhängigkeitsverlauf

2.4.1 Abhängigkeitsdauer

Die Abhängigkeitsdauer bezieht sich auf die Hauptdiagnosen, die für unsere ambulanten Rehabilitationspatienten vergeben wurden (n=197). Sie wird errechnet aus der Differenz zwischen dem aktuellen Alter und dem Alter des Störungsbeginns.

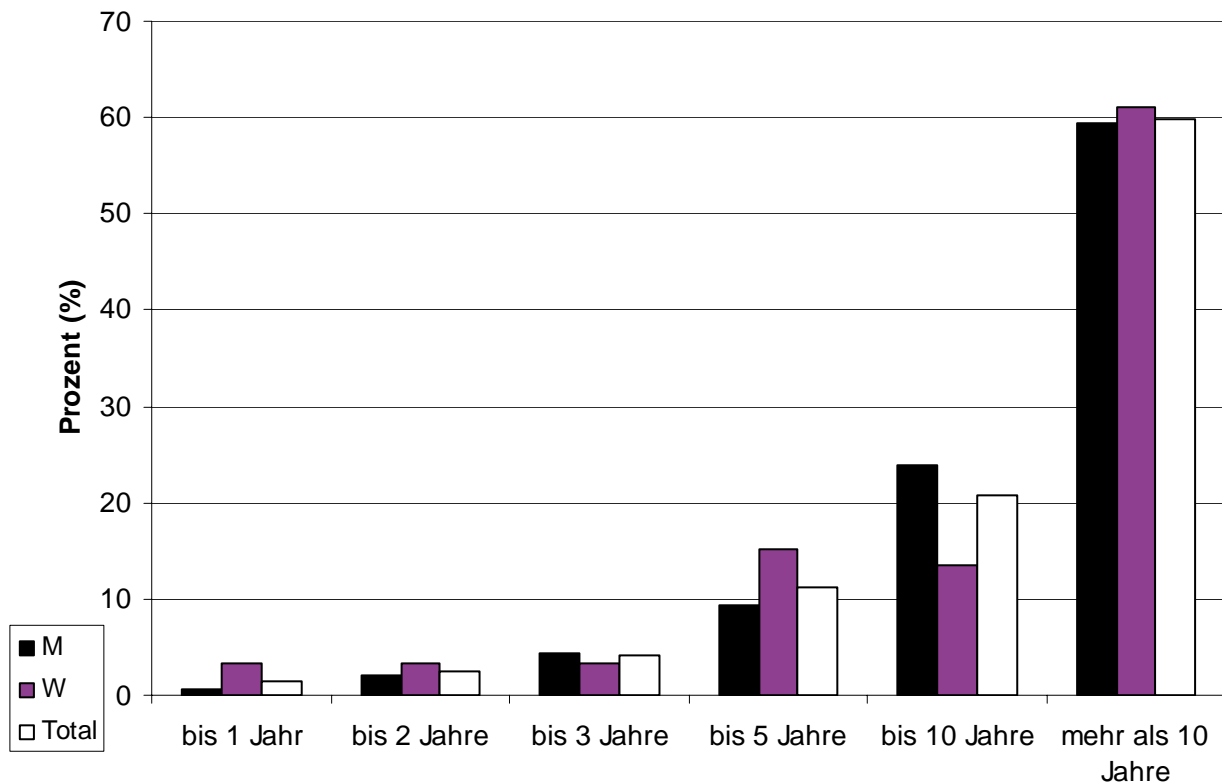


Abbildung 44. Abhängigkeitsdauer (m/w/gesamt) der Rehabilitationspatienten bis zur Aufnahme bei lanua G.P.S. (n=197)

Eine Abhängigkeitsdauer bis zu drei Jahren wird insgesamt von 8,12 Prozent angegeben, von 7,2 Prozent der Männer und 10,2 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. 31,9 Prozent der Patienten sind zwischen vier und zehn Jahren lang abhängig, 33,3 Prozent der Männer und 28,8 Prozent der Frauen. Dies bedeutet, dass 59,9 Prozent aller Patienten länger als zehn Jahre abhängig sind, bevor sie die Behandlung in unserer Einrichtung aufnehmen. Bei den Männern sind das 59,4 Prozent und den Frauen 61 Prozent. Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer bei den Männern beträgt 19,6 Jahre, bei den Frauen 17,1 Jahre und insgesamt bei 18,67 Jahren.

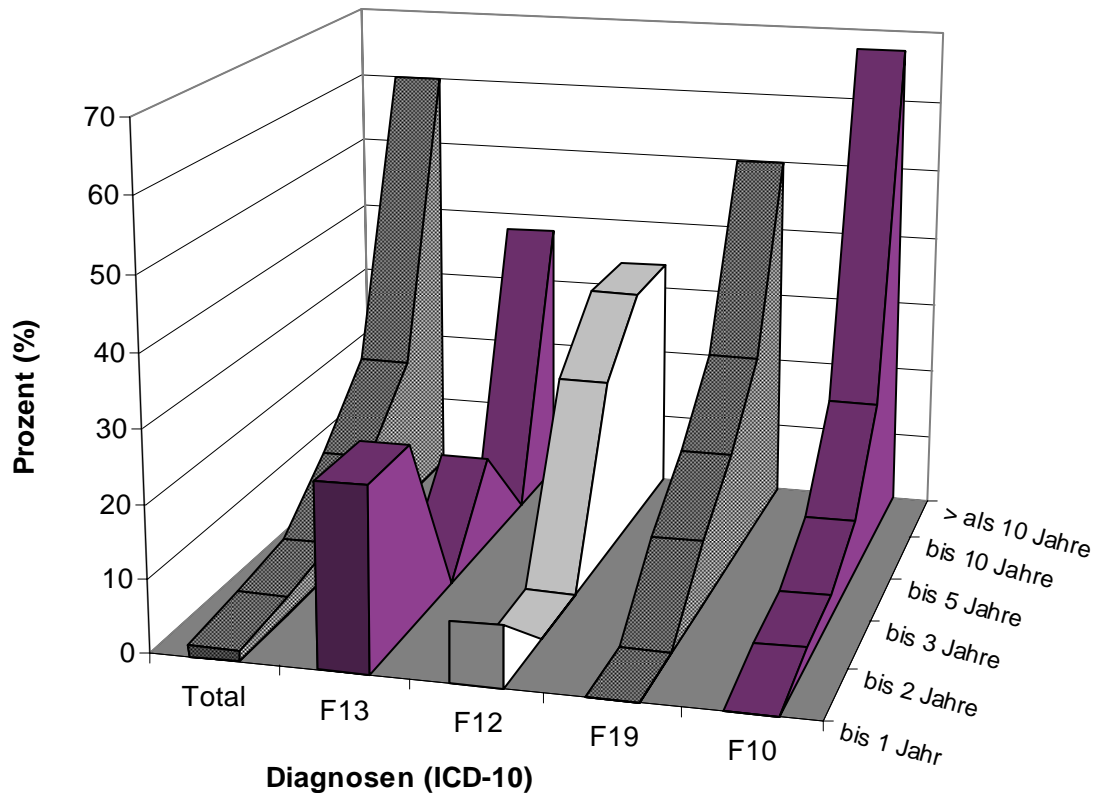


Abbildung 45. Vergleich der Abhängigkeitsdauer bezogen auf die Diagnose der Rehabilitationspatienten bei der Aufnahme in lanua (n=195)

In die Darstellung der Abbildung 45 flossen nur Hauptdiagnosen mit mindestens acht Fällen ein, so dass die Diagnose der Opioidabhängigkeit hier nicht vertreten ist. Der exponentiellen Anstiege bei den Hauptdiagnosen der Alkoholabhängigkeit und der Polytoxikomanie bestimmen durch ihre Fallzahl die Kurve aller Patienten maßgeblich. So sind 95 Prozent der Alkoholabhängigen und 90 Prozent der Polytoxikoman-Abhängigen über fünf Jahre abhängig. Nur bei den Hauptdiagnosen der Abhängigkeit von Sedativa/Hypnotika und von Cannabis können prozentual mehr Patienten mit kürzeren Abhängigkeitszeiten erreicht werden.

	F10 (n=128)	F19 (n=44)	F12 (n=12)	F13 (n=11)	Total
bis 1 Jahr	0 %	0 %	8,33 %	25,0 %	1,55 %
bis 2 Jahre	2,34 %	0 %	0 %	25,0 %	2,58 %
bis 3 Jahre	3,12 %	9,01 %	0 %	0 %	4,12 %
bis 5 Jahre	7,81 %	15,91 %	25,0 %	12,5 %	11,3 %
bis 10 Jahre	19,53 %	25,0 %	33,3 %	0 %	20,6 %
> 10 Jahre	67,19 %	50,0 %	33,3 %	37,5 %	59,8 %
Mean [Jahre]	18	21,6	8,25	11,3	18,67
SEM [Jahre]	12,42	14,63	4,7	14,5	13,1

Tabelle2: Dauer der Abhängigkeit in Bezug auf die Aufnahme der Rehapatienten bei lanua und auf die Hauptdiagnosen (n=195)

2.4.2 Vorbehandlungen vor Behandlungsbeginn

Für 42,6 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.

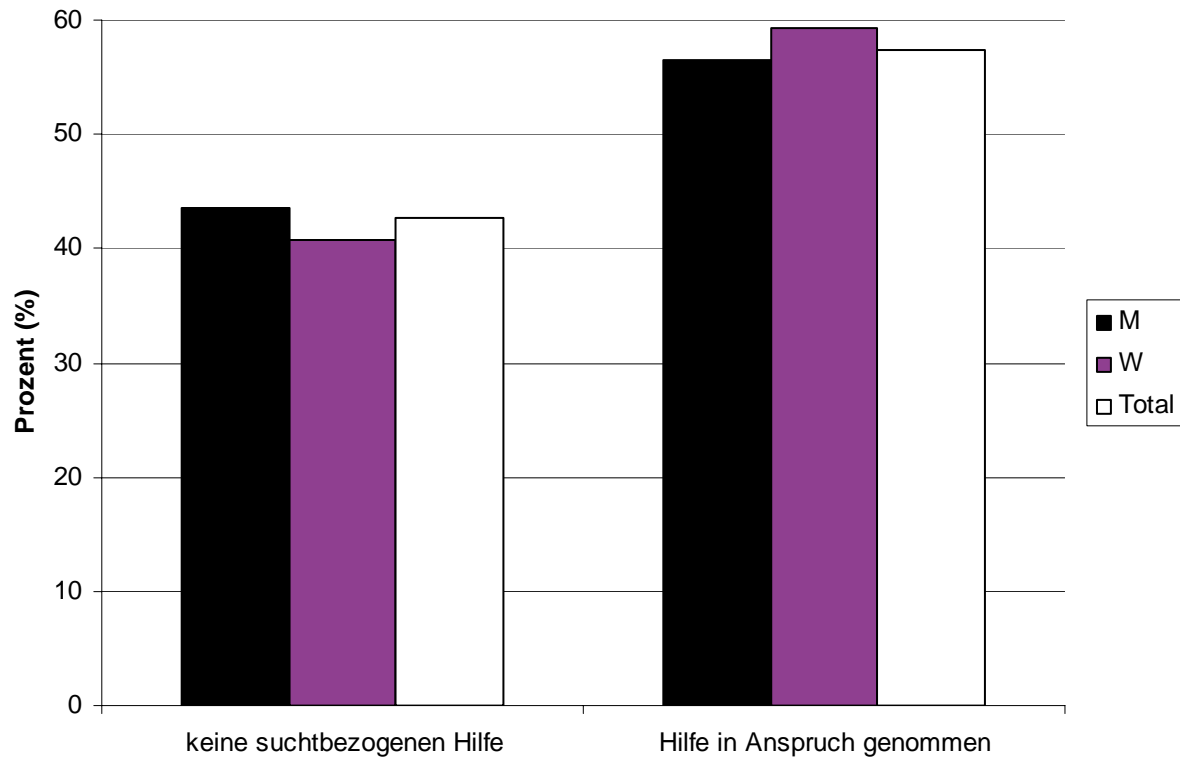


Abbildung 46: je zuvor suchtbezogene Hilfe ja/nein (n=197)

57,36 Prozent der Rehabilitationspatienten (n=113) nahmen schon mindestens einmal eine Entzugsbehandlung in Anspruch. Für 42,6 Prozent der Patienten war es der erste Kontakt mit einer suchtspezifischen Einrichtung. Die vorgeschaltet Behandlung im Rahmen der Vorbereitungsphase in unserer Einrichtung wurde nicht berücksichtigt.

22,8 Prozent aller Rehabilitationspatienten gaben an mindestens einmal eine ambulante Suchtberatung in Anspruch genommen zu haben. An einer Entgiftungs- bzw. Entzugsbehandlung nahmen 42,1 Prozent der Patienten teil. 11,1 Prozent berichteten eine ambulanten Suchtrehabilitationsmaßnahme und 22,8 Prozent eine stationären absolviert zu haben. 12,6 Prozent berichten eine suchtspezifische Selbsthilfegruppe besucht zu haben, dies sind zwar drei Prozent mehr als unter den Vorbereitungspatienten aber immer noch erschreckend wenige.

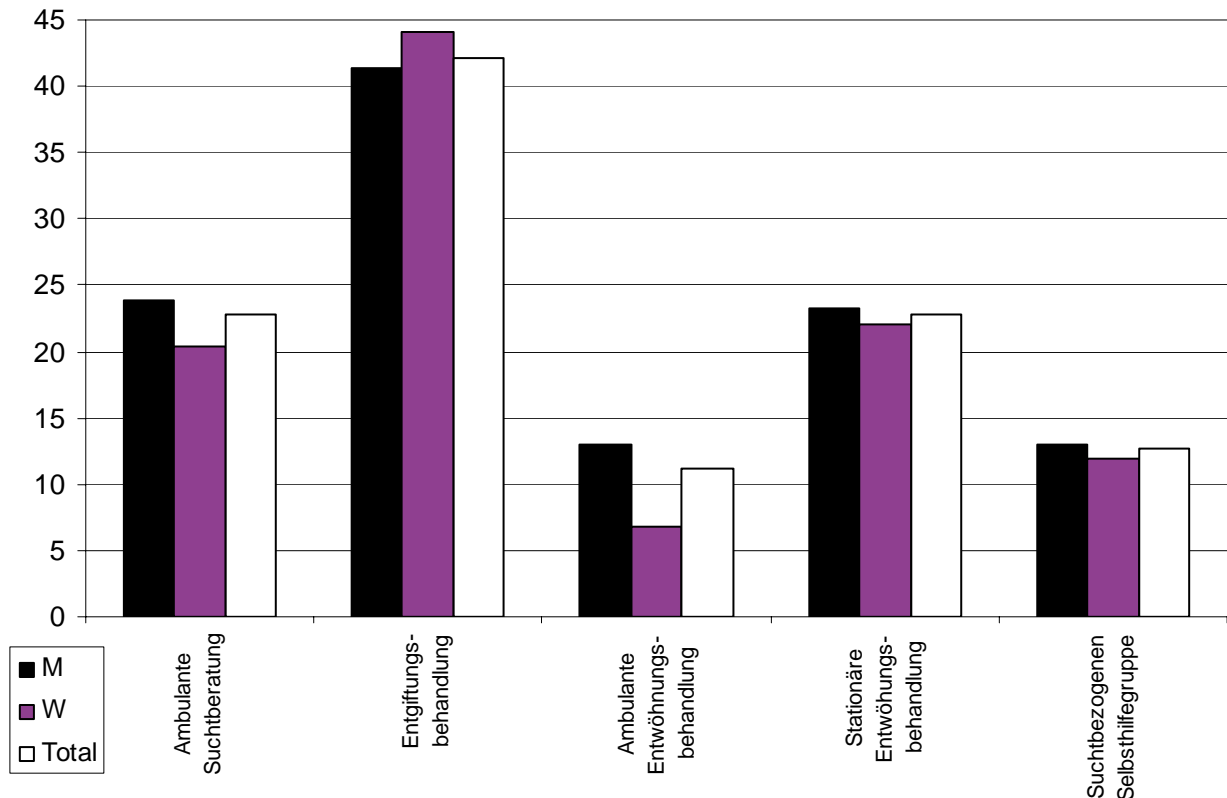


Abbildung 47. Anteil der Vorbehandlungen bezogen auf alle Rehapatienten (n=197)

2.4.3 Entzugsbehandlung vor Behandlungsbeginn

Hier wurden nur Entzugsbehandlungen vor Behandlungsbeginn berücksichtigt, nicht aber die Entzugsbehandlung im Rahmen dieser Behandlung. 58 Prozent der Rehabilitationspatienten sind in einer ergänzenden, parallel laufenden Maßnahme in der kooperierenden, psychiatrischen Facharztpraxis entzogen worden.

57,8 Prozent der Patienten hatten sich vor Behandlungsbeginn noch keiner Entzugsbehandlung unterzogen. Von den 42,1 Prozent, die eine solche Behandlung in Anspruch genommen hatten, taten dies 46,9 Prozent einmal, 26,5 Prozent zweimal, 14,45 Prozent dreimal und 12 Prozent viermal und öfter. 93,3 Prozent der Patienten beendeten diese Maßnahme planmäßig. Geschlechtsspezifische signifikante Unterschiede gibt es nicht.

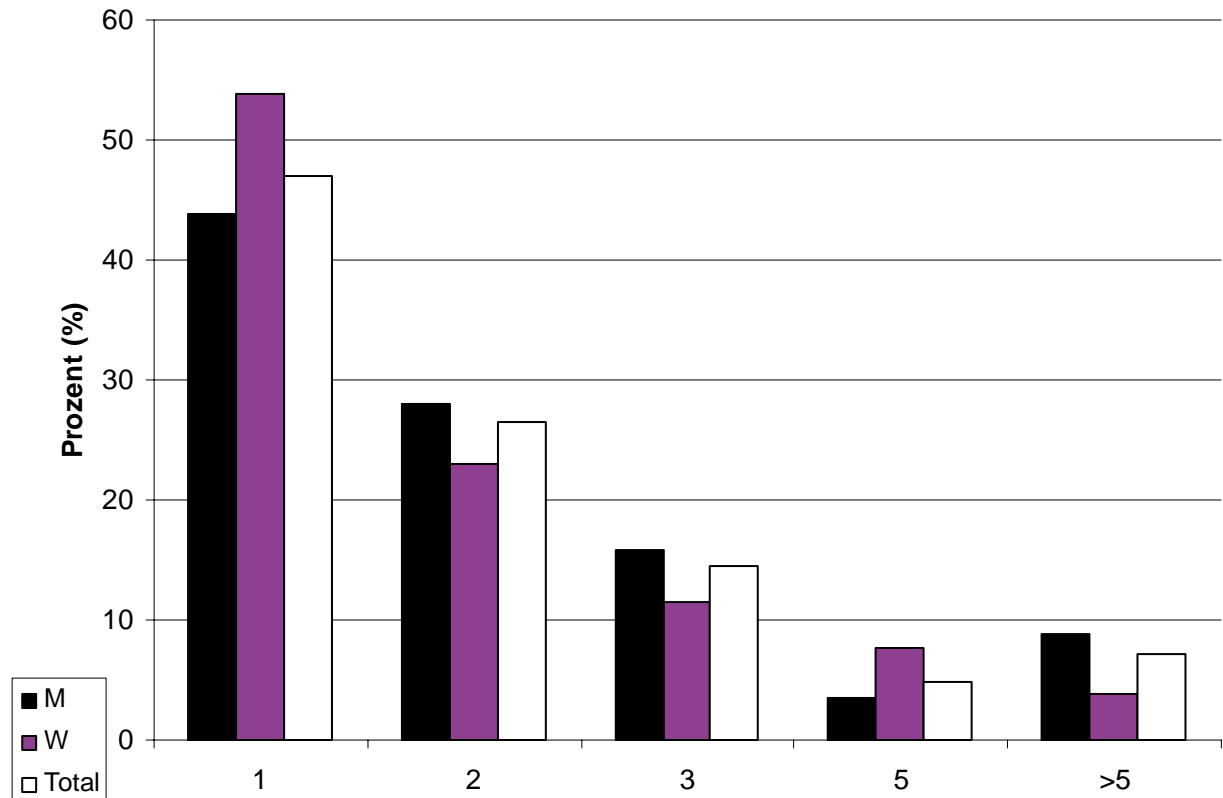


Abbildung 48. Entgiftungsbehandlungen vor Rehabilitationsbeginn (n=85)

2.4.4 Ambulante / stationäre Entwöhnungsbehandlungen vor Behandlungsbeginn

11 Prozent aller Patienten nahmen vor Behandlungsbeginn an einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung und 22,8 Prozent an einer stationären Entwöhnungsbehandlung teil. Von den Patienten, die eine ambulante Entwöhnungsbehandlung in Anspruch nahmen, gaben 77,3 Prozent an eine und 22,7 Prozent an zwei in Anspruch genommen zu haben. Eine stationäre Entwöhnungsbehandlung ist mit 77,3 Prozent vertreten, zwei mit 22,2 Prozent und drei bzw. vier mit je 2,22 Prozent.

56,4 Prozent der ambulanten Entwöhnungsmaßnahmen und 71,2 der stationären wurden planmäßig beendet.

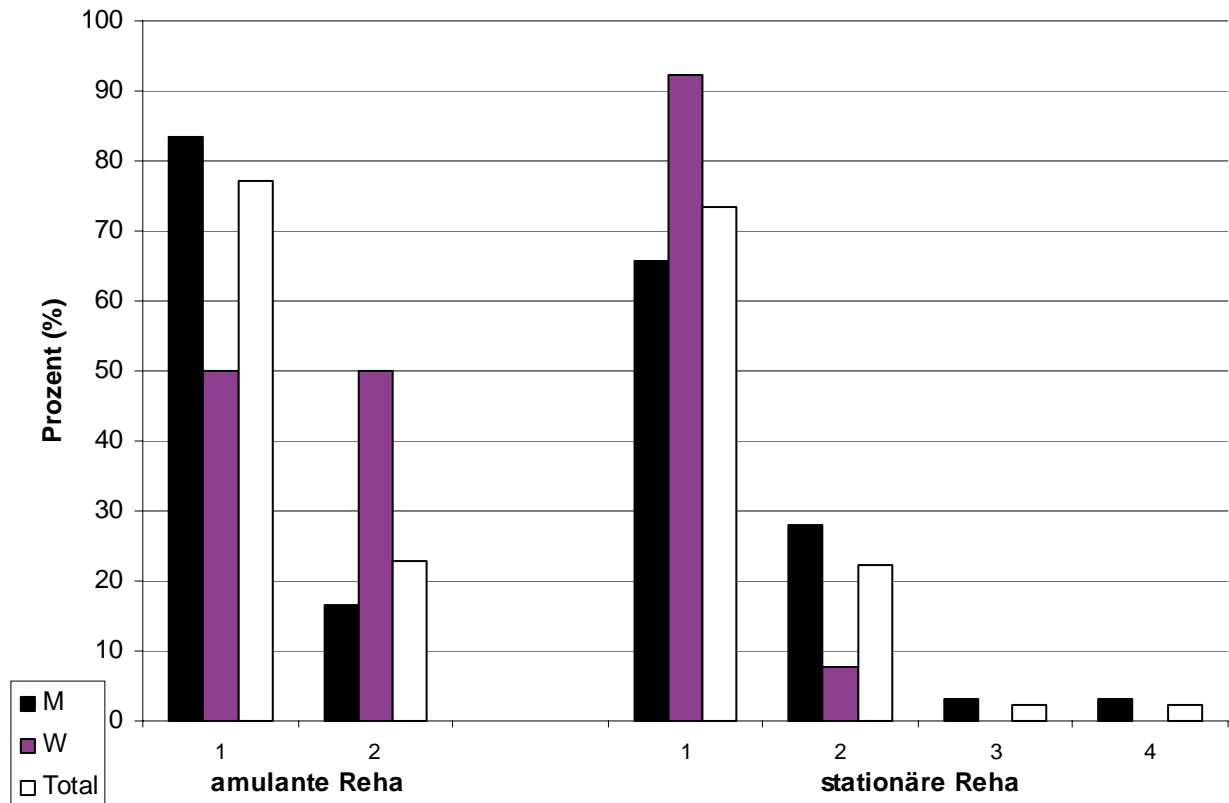


Abbildung 49. amb. Entwöhnung (n=22) und stat. Entwöhnung (n=45)

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. 23 Prozent der Patienten beenden die Rehabilitationsmaßnahme vorzeitig ohne therapeutisches Einverständnis, 6,2 Prozent brechen die Behandlung von sich aus ab und 2,65 Prozent werden von der Einrichtung disziplinarisch entlassen. 67,25 Prozent der Rehabilitationspatienten beenden die ambulante Rehabilitation regulär oder werden planmäßig vermittelt (2,5 Prozent). Frauen beenden ihre Rehabilitationsmaßnahme nicht häufiger planmäßig, werden aber häufiger mit therapeutischem Einverständnis bzw. auf therapeutische Veranlassung entlassen oder werden öfter planmäßig vermittelt. Der Anteil der unplanmäßig beendeten ambulanten Rehabilitationsbehandlungen unterscheiden sich bei Männer und Frauen nicht (m:w, 33%, vs. 31,6%).

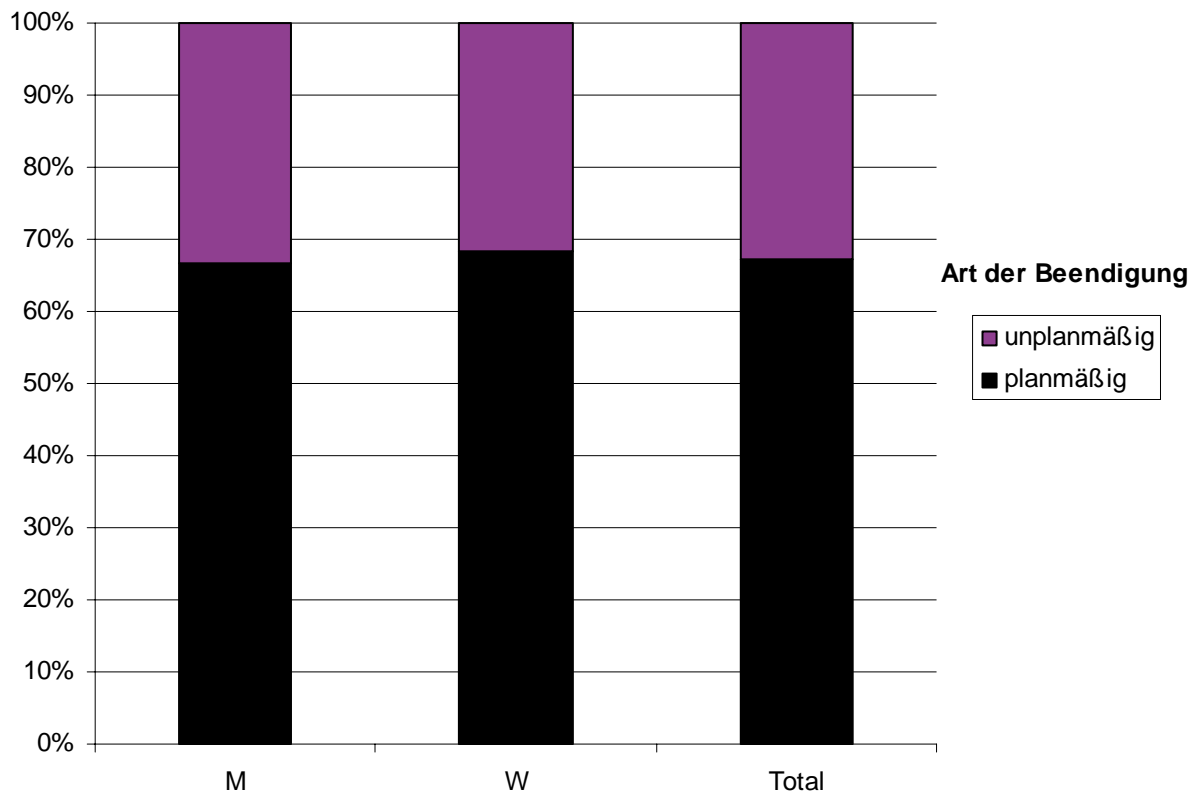


Abbildung 50. Art der Beendigung der Patienten in ambulanter Rehabilitation I (n=113)

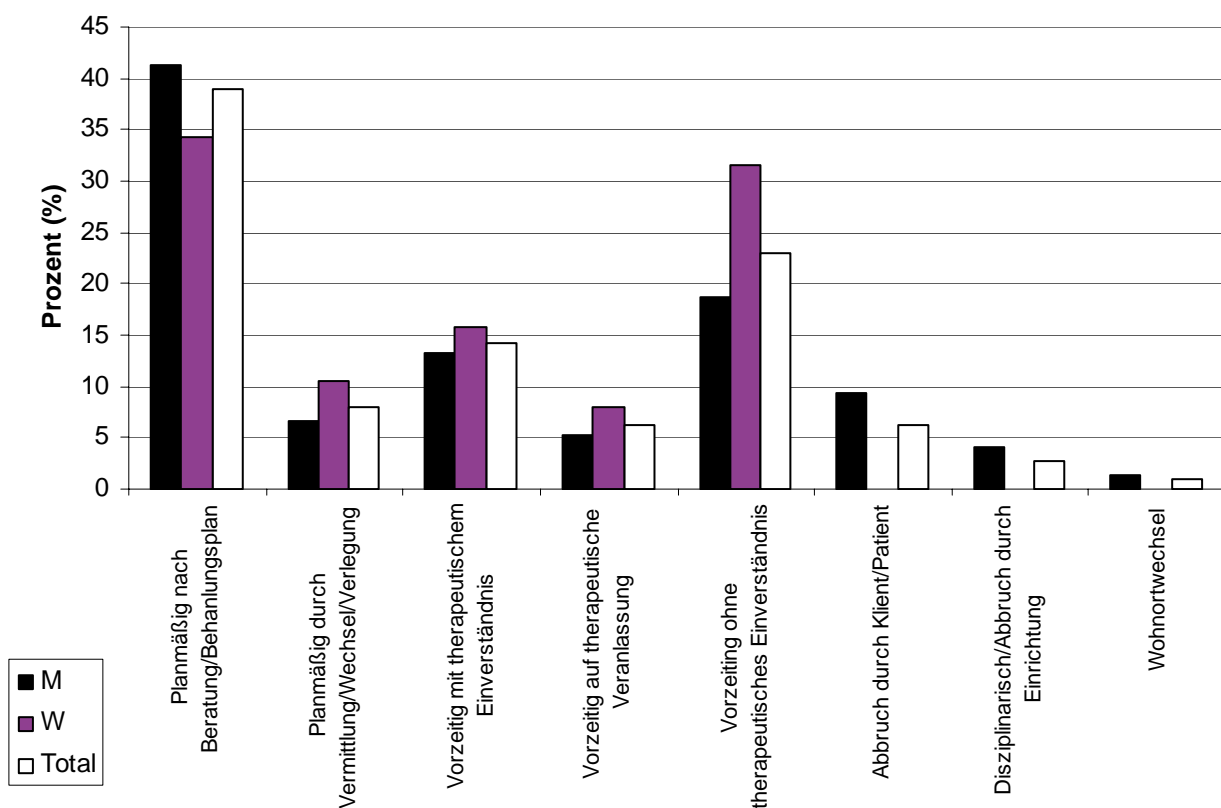


Abbildung 51. Art der Beendigung der Patienten in ambulanten Reha II (n=113)

2.5.2 Beurteilung der Symptomatik am Ende der Rehabilitation

54,6 Prozent der Männer und 44,7 Prozent der Frauen beenden die Rehabilitation behoben/abstinent. Die Symptomatik wird bei den Männern zu 28 Prozent als gebessert, 13,3 Prozent als unverändert und zu 4 Prozent als verschlechtert eingestuft. Der Anteil der gebesserten Symptomatik ist bei den Frauen mit 36,8 Prozent deutlich größer als bei den Männern. 15,7 Prozent der Frauen weisen eine unveränderte Symptomatik auf und bei 2,6 Prozent verschlechterte sich die Symptomatik.

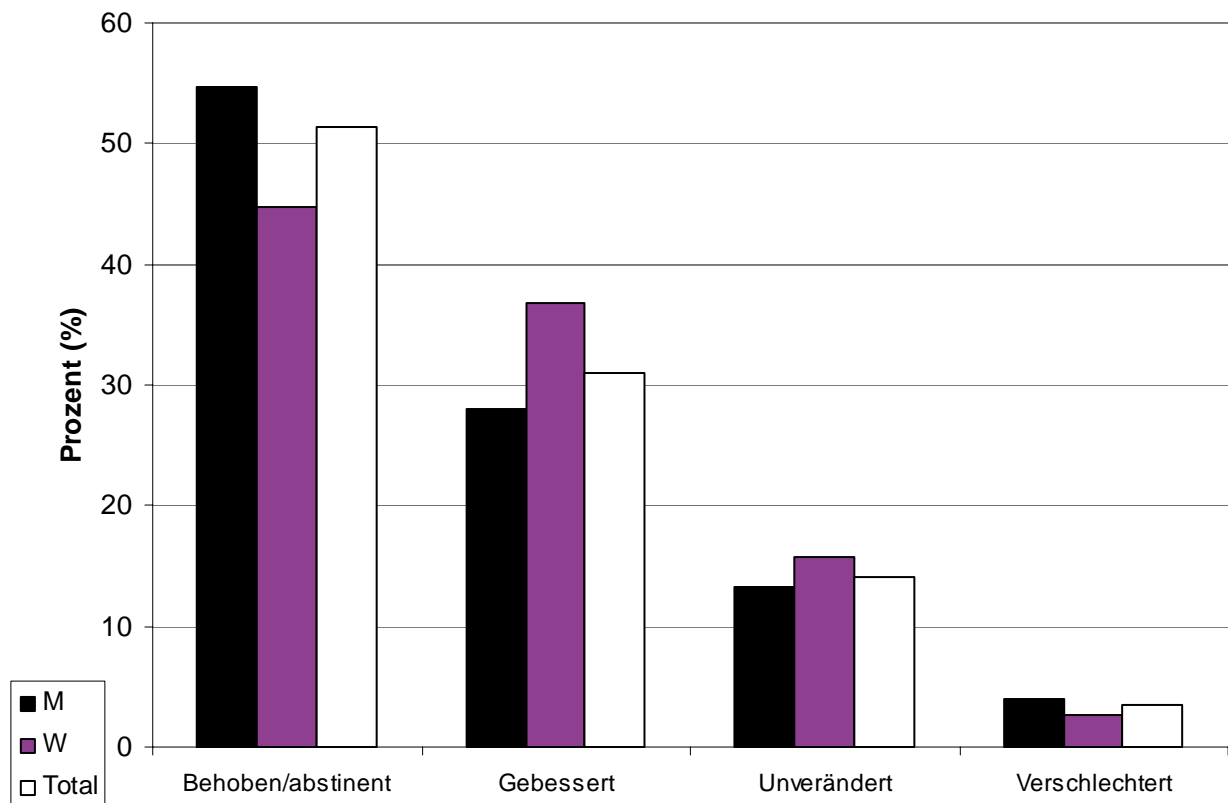


Abbildung 52. Beurteilung der Symptomatik in Bezug auf das Geschlecht (n=113)

Bezieht man die Beurteilung der Symptomatik auf die Art der Beendigung, so ergibt sich das in Abbildung 53 gezeigt differenzierte Bild. Bei der planmäßigen Beendigung fällt die Beurteilung der Symptomatik wie zu erwarten durchgehend als behoben/abstinent aus. Bei der planmäßigen Vermittlung in eine stationäre Rehabilitationsform oder ST.A.R.S. zeigt sich ein durchwachsendes Bild in Bezug auf die Symptomatik, was die Grundproblematik und damit auch die Indikation zum Wechsel der Rehabilitationsform widerspiegelt. Eine Verschlechterung der Symptomatik ist bei den Beendigungen ohne therapeutisches Einverständnis und beim disziplinarischen Abbruch durch die Einrichtung zu erkennen.

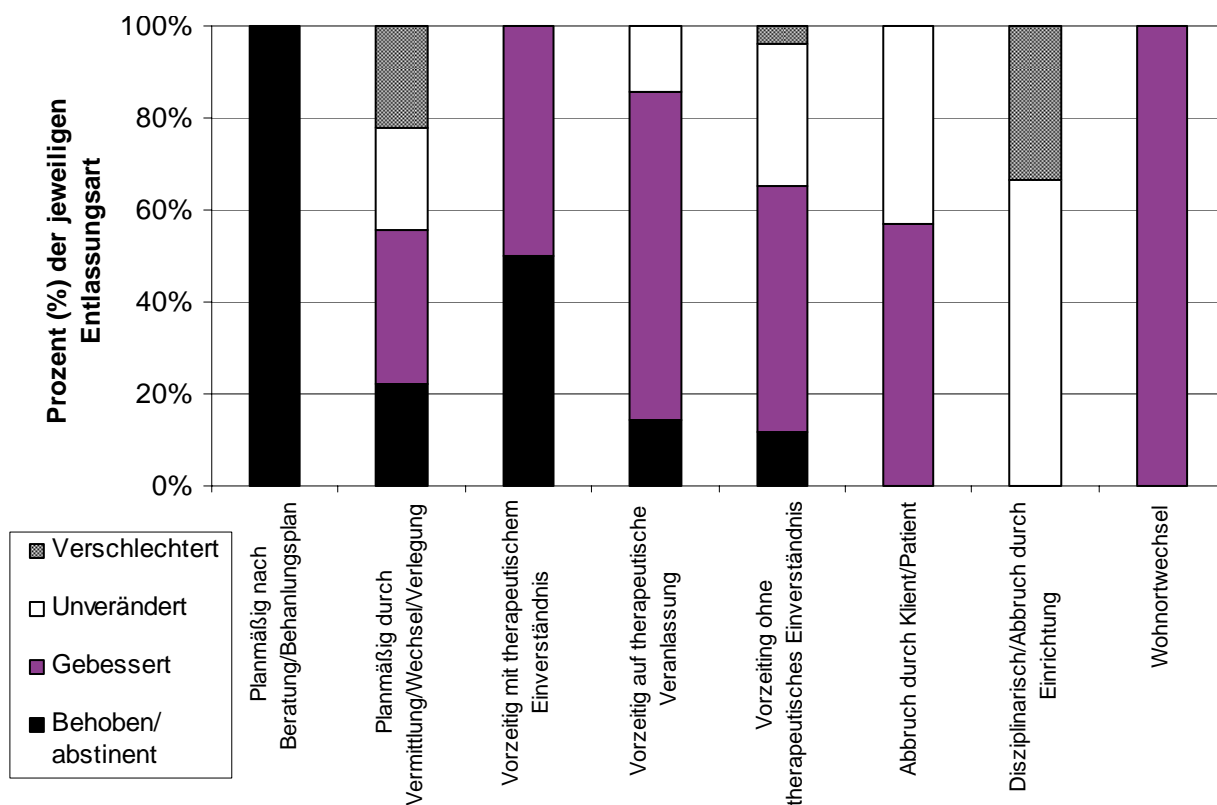


Abbildung 53. Beurteilung der Symptomatik in Bezug auf die Art der Beendigung (n=113)

2.5.3 Behandlungsdauer der ambulante Rehabilitation

2.5.3.1 Anzahl der Einzeltermine in der ambulanten Rehabilitation

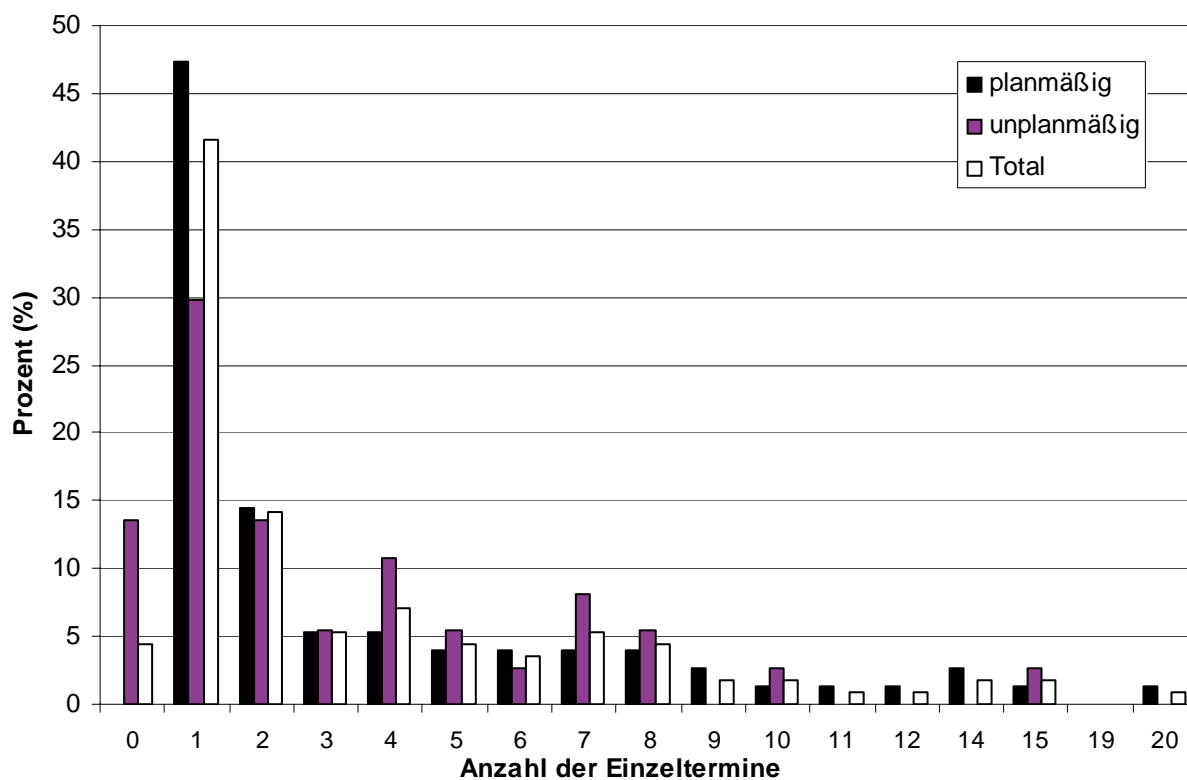


Abbildung 54. Anzahl der Einzeltermine bezogen auf die Art der Beendigung (n=113)

Die mittlere Anzahl der Einzeltermine während der Rehabilitation unterscheiden sich nicht in Hinblick auf die Art der Beendigung. So nehmen planmäßig beendete 3,65 Einzelgespräche und unplanmäßig beendete 3,15 Einzelgespräche wahr. Ein bis zehn Termine fallen auf 95 Prozent der planmäßig beendeten Patienten, bei den unplanmäßig beendeten sind es null bis acht Termine.

2.5.3.2 Anzahl der Gruppentermine in der ambulanten Rehabilitation

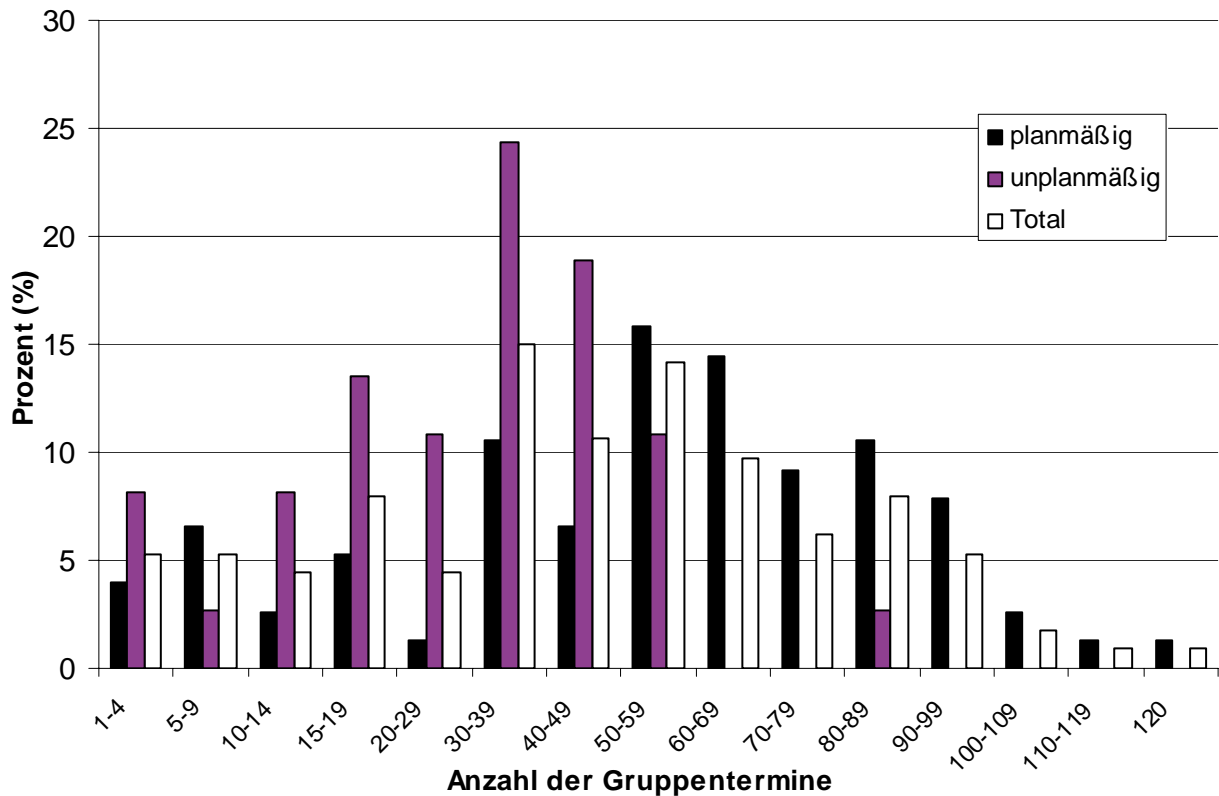


Abbildung 55. Anzahl der Gruppentermine bezogen auf die Art der Beendigung (n=113)

Bei den Gruppenterminen wird nicht zwischen Gruppenterminen mit und ohne Angehörige unterschieden, so dass maximal 128 Termine inklusiver der Einzeltermine möglich wären. Planmäßig beendete Patienten nahmen durchschnittlich an 55,46 Gruppenterminen teil, das 95-Prozent-Quantil reicht von 5 bis 109 Terminen. Unplanmäßig beendete Patienten besuchten dagegen im Schnitt nur 30,5 Gruppentermine, das 5-Prozent-Quantil reicht von 1 bis 55 Terminen

2.5.3.3 Behandlungsdauer der ambulanten Rehabilitation

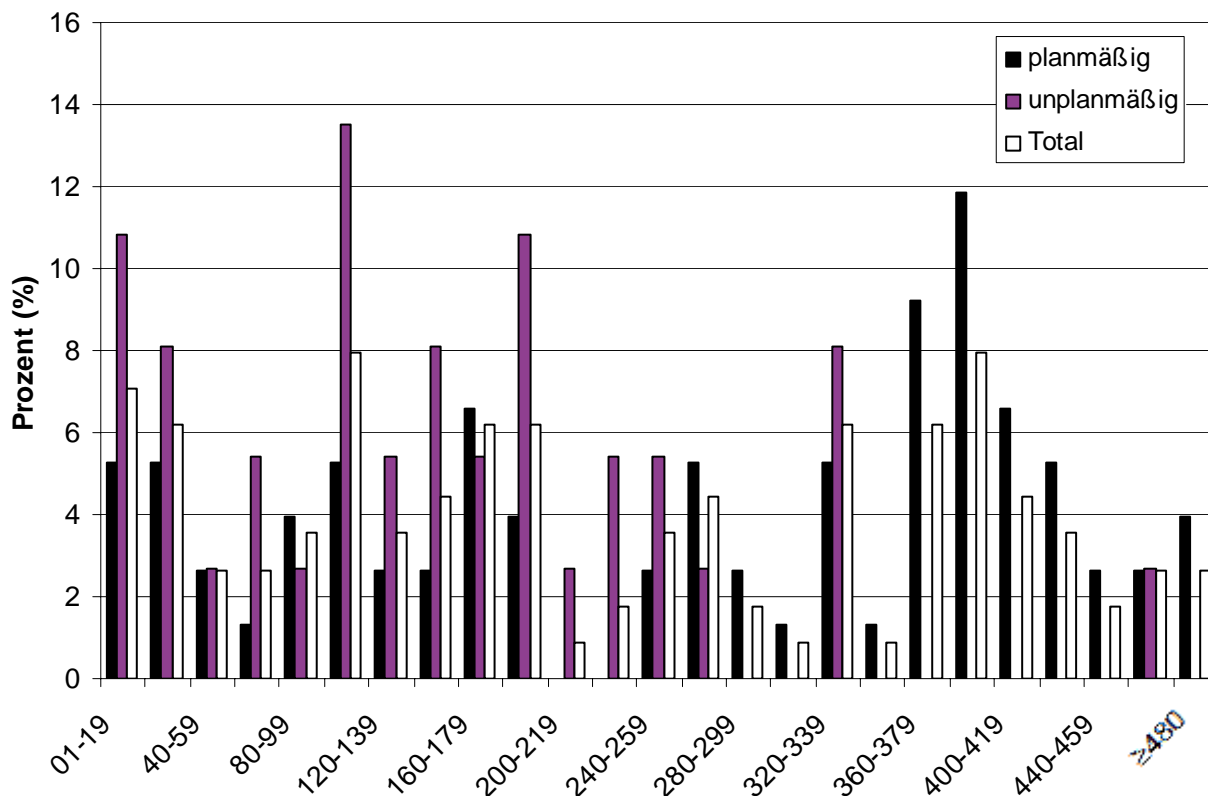


Abbildung 56. Dauer der Rehabilitation in Tagen bezogen auf die Art der Beendigung (n=113)

Planmäßig beendete Patienten verweilen durchschnittlich 266,3 Tage in der ambulanten Rehabilitation, unplanmäßig entlassene im Schnitt 154,2 Tage. 60 Prozent der planmäßig beendeten sind länger als 240 Tage in der Rehabilitation und 80 Prozent der unplanmäßig beendeten weniger als 210 Tage.

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