



GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE MBH

IANVA

Jahresbericht 2007

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.

Jahresbericht 2007 - Inhaltsverzeichnis

Konzept	1
Strukturmerkmale	1
Konzeptmerkmale	2
Dokumentation	2
Vernetzung	3
Qualitätssicherung, Ergebniskontrolle	3
Theoriemodell	4
Integriertes Programm zur Behandlung Abhängigkeitskranker in der Vorphase zur Rehabilitation	6
Rehabilitationsphase	10
Rehabilitationsdiagnostik	12
Therapeutische Interventionen	13
Ziele	15
Nachsorge	15
Prävention	16
Basisdokumentation 2007	18
Vorwort	18
Zusammenfassung 2005	19
Zusammenfassung 2006	20
Zusammenfassung 2007	21
1. Orientierungsphase (inkl. Ambulanter Qualifizierter Entzug)	22
1.1 Leistungsträger und Überweisungskontext	22
1.1.1 Rehabilitationsleistungsträger in der Orientierungsphase	22
1.1.2 Krankenkassenzugehörigkeit	23
1.1.3 Art der Vermittlung	23
1.1.4 Indikationsstellung (<i>Hauptdiagnose</i>)	24
1.2 Patientenmerkmale	27
1.2.1 Alter	27
1.2.2 Geographische Herkunft	28
1.2.3 Familienstand	30
1.2.4 Partnersituation/Wohnverhältnis	30
1.3 Ausbildung und Erwerbstätigkeit	32
1.3.1 Höchster Ausbildungsabschluss/Schulabschluss	32

1.3.2 Erwerbstätigkeit	33
1.3.3 Lebensunterhalt und problematische Schulden	34
1.4 Angaben zum Abhängigkeitsverlauf	36
1.4.1 Abhängigkeitsdauer	36
1.4.2 Vorbehandlungen vor Behandlungsbeginn	39
1.4.3 Entzugsbehandlung vor Behandlungsbeginn	40
1.4.4 Ambulante/stationäre Entwöhnungsbehandlungen vor Behandlungsbeginn	41
1.4.5 Erstbehandlung/Erst-/Wiederaufnahme in unserer Einrichtung	42
1.5 Behandlungsverlauf.....	43
1.5.1 Vermittlungsquote.....	43
1.5.2 Art der Beendigung der Vorbereitungsphase.....	47
1.5.3 Behandlungsdauer der Orientierungsphase	48
2. Patienten in ambulanter Rehabilitation	51
2.1 Leistungsträger und Überweisungskontext	51
2.1.1 Leistungsträger der Rehabilitationsbehandlung.....	51
2.1.2 Art der Vermittlung.....	52
2.1.3 Hauptdiagnose (Indikationsstellung).....	53
2.2 Patientenmerkmale	55
2.2.1 Alter	55
2.2.2 Geographische Herkunft.....	55
2.2.3 Familienstand	57
2.2.4 Partnersituation.....	57
2.3 Ausbildung und Erwerbstätigkeit	59
2.3.1 Höchster Ausbildungsabschluss/Schulabschluss	59
2.3.2 Erwerbstätigkeit	60
2.3.3 Lebensunterhalt und problematische Schulden	62
2.4 Angaben zum Abhängigkeitsverlauf	64
2.4.1 Abhängigkeitsdauer	64
2.4.2 Vorbehandlungen vor Behandlungsbeginn	66
2.4.3 Entzugsbehandlung und Beratung vor Behandlungsbeginn	67
2.4.4 Ambulante / stationäre Entwöhnungsbehandlungen vor Behandlungsbeginn	68
2.5 Behandlungsverlauf.....	69
2.5.1 Art der Beendigung.....	69
2.5.2 Beurteilung der Symptomatik am Ende der Rehabilitation.....	70
2.5.3 Behandlungsdauer der ambulante Rehabilitation	72

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 Grenznahe 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:

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.

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.

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.

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.

Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.

Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit

- zur aktiven Mitarbeit,
- zur regelmäßigen Teilnahme und
- zur Einhaltung des Therapieplans

in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung vorhanden ist.¹

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.

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 Selbständigkeit, 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 ambulante-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 Selbsthilfegruppenarbeit 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-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

I A N U A

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

Basisdokumentation 2007

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 Kerndatensatz 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 2007 (n=367), 67 Prozent davon sind Männer, 33 Prozent Frauen. Die Missingquote der einzelnen Variablen liegt jeweils unter einem Prozent.

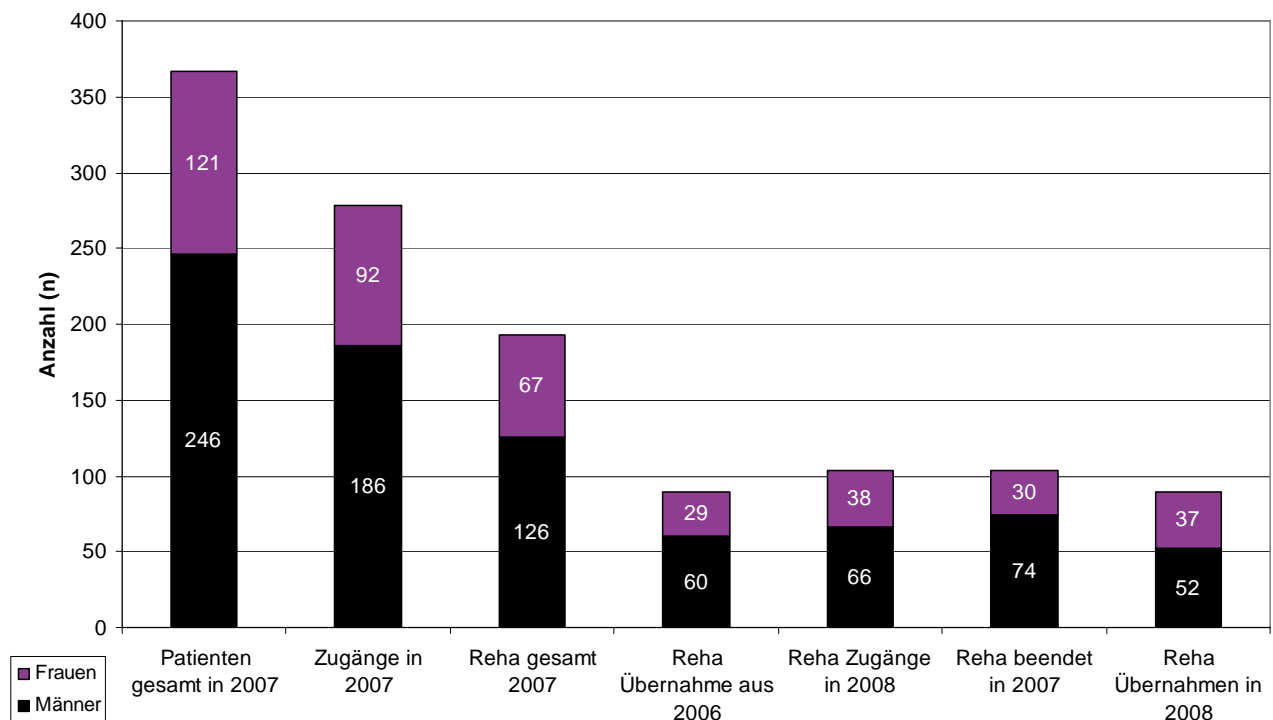


Abbildung 1. Patienten im Jahr 2007 (n=367)

Im Jahr 2007 wurden insgesamt 278 Patienten neu aufgenommen, 186 Männer und 92 Frauen. Insgesamt befanden sich 193 Patienten in ambulanter Suchtrehabilitationsmaßnahme. Es wurden 89 Patienten aus dem Jahr 2006 weiterbehandelt und ebenfalls 89 Patienten ins Jahr 2008 übernommen. 104 Patienten beendeten im Jahr 2007 ihre ambulante Suchtrehabilitation und 104 nahmen eine solche auf. Es befanden sich zum Jahresende noch 9 Patienten in der Orientierungsphase.

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

Zusammenfassung 2007

Vorbereitungsphase

Krankenkasse

AOK:	29,3 %
IKK:	14,7 %
BKK:	14,0 %
Ersatzkassen:	35,2 %

Vermittlung

74,36 % aus Vertragsarztbereich

Hauptdiagnose

F10.2	64,5 %
F12.2	8,1 %
F13.2	5,5 %
F19.2	26,7 %

Abhängigkeitsdauer

durchschnittliche
Abhängigkeitsdauer 13,86 Jahre

Alter

Durchschnitt: 41,01 Jahre

Bildung

Hauptschule:	60,4 %
Realschule:	17,9 %
Abitur:	12,5 %

Erwerbsstatus

arbeitslos Männer:	23,1 %
arbeitslos Frauen:	23,1 %

Vorbehandlungen

Erstbehandlung	46,2 %
vorher Reha	ambl. 43,5 % stat.: 20,5 %

Vermittlungsquote

Durchschnitt:	51,28
Managed-Care:	52,41 %
ohne Programm	51,16 %

Dauer

ohne Vermittlung	35,77 Tage 3,67 Leistungen
mit Vermittlung	59,36 Tage 9,28 Leistungen

Rehabilitationsphase

Rehaleistungsträger

	Männer	Frauen
DRB	21,6 %	36,6 %
DRSaar	66,2 %	60,6 %
DRBkn	5,4 %	3,3 %
GKV	4,1 %	13,3 %

Vermittlung

75,9 % aus Vertragsarztbereich

Hauptdiagnose

F10.2	75,0 %
F12.2	6,73 %
F13.2	2,88 %
F19.2	17,5 %

Abhängigkeitsdauer

durchschnittliche
Abhängigkeitsdauer 16,3 Jahre

Alter

Durchschnitt: 43,12 Jahre

Bildung

Hauptschule:	61,5 %
Realschule:	23,1 %
Abitur:	10,6 %

Erwerbsstatus

	Beginn	Ende
arbeitslos Männer:	20,2 %	12,1 %
arbeitslos Frauen:	26,6 %	30,0 %

Vorbehandlungen

Erstbehandlung	43,3 %
vorher Reha	ambl. 21,6 % stat.: 22,9 %

Art der Beendigung

planmäßig	66,35 %
-----------	---------

Dauer

unplanmäßig	111,2 Tage 25,1 Leistungen
planmäßig	328,7 Tage 96,7 Leistungen

1. Orientierungsphase (inkl. Ambulanter Qualifizierter Entzug).

In diesem Abschnitt werden alle Patienten betrachtet, die im Jahr 2007 ihre Orientierungsphase abgeschlossen haben: n=273, Männer n=182 (66,6%), Frauen n=91 (33,4%).

1.1 Leistungsträger und Überweisungskontext

1.1.1 Rehabilitationsleistungsträger in der Orientierungsphase

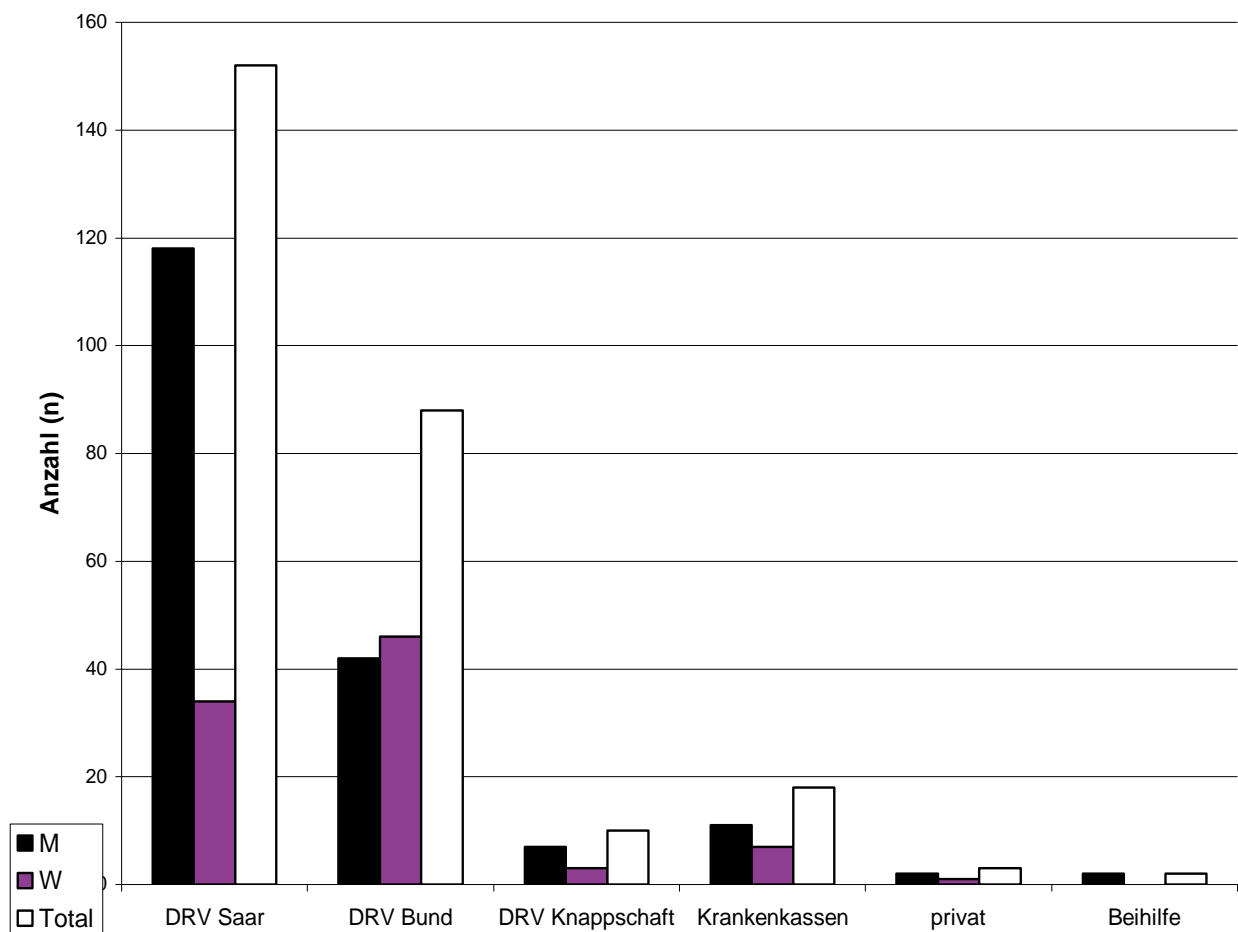


Abbildung 2. Leistungsträger (n=273)

Betrachtet man die Gesamtheit der Patienten, wären die Rentenversicherungsträger bei dem überwiegenden Teil als Rehabilitationsleistungsträger (91,57%) zuständig. Bei den Männern dominiert die DRV Saar mit 64,8 Prozent vor der DRV Bund mit 23,1 Prozent. Die Frauen sind mit 50,6 Prozent deutlich häufiger DRV Bund versichert als die Männer, analog liegt der DRV Saar – Anteil bei ihnen nur bei 37,4 Prozent. Die Krankenkassen folgen mit 6,05 Prozent (m) und 7,69 Prozent (w) folgen. Die Privatzahler und die Patienten mit Beihilfe als Leistungsträger spielen kaum eine Rolle.

1.1.2 Krankenkassenzugehörigkeit

Die Ersatzkassen haben insgesamt einen Anteil von 35,16 Prozent, damit verloren sie 5 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr. Die AOK stieg im Vorjahresvergleich um 5 Prozentpunkte auf 29,3 Prozent, die Innungskrankenkassen liegen bei 14,7 Prozent und die Bundesknappschaft liegt 3,3 Prozent. Die Betriebskrankenkassen sind mit 14 Prozent vertreten; davon versichert die BKK Ford 58 Prozent der behandelten Patienten. Das ist mit der Ortsansässigkeit der Ford-Werke in Saarlouis zu erklären.

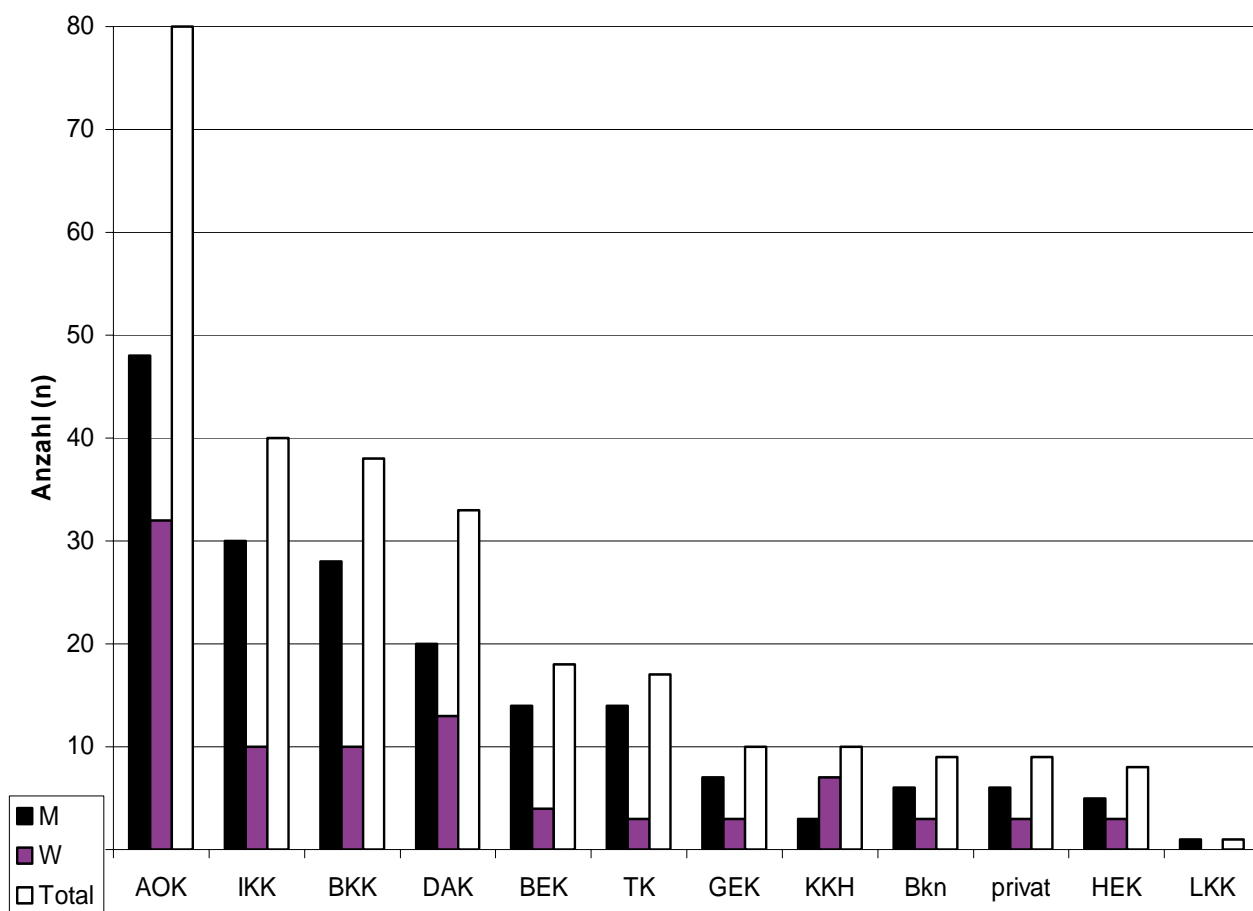


Abbildung 3. Krankenkassenzugehörigkeit (n=273)

1.1.3 Art der Vermittlung

74,36 Prozent der Patienten werden aus dem vertragsärztlichen Bereich in die Einrichtung vermittelt. Seit Juli 2005 besteht zwischen der DAK, seit Januar 2007 auch mit der AOK, 25 Hausarztpraxen, der psychiatrischen Facharztpraxis Steffen und lanua G.P.S. ein Vertrag zur „Integrierten Versorgung Suchtkranker“. Die stationären Suchteinrichtungen vermitteln 3,66 Prozent der Patienten. Angehörige / Freunde und Arbeitgeber haben einen Anteil von 4,39 Prozent. Suchtberatungsstellen vermitteln so

gut wie nie (1,8 Prozent) in unsere Einrichtung. Im Vergleich zum Vorjahr zeigte sich, dass Krankenhäuser mit 5,13 Prozent erstmals einen nennenswerten Anteil an den vermittelnden Instanzen einnehmen. Ebenfalls 5,13 Prozent kommen ohne Vermittlung bzw. sind auf unser Angebot durch das Internet aufmerksam geworden.

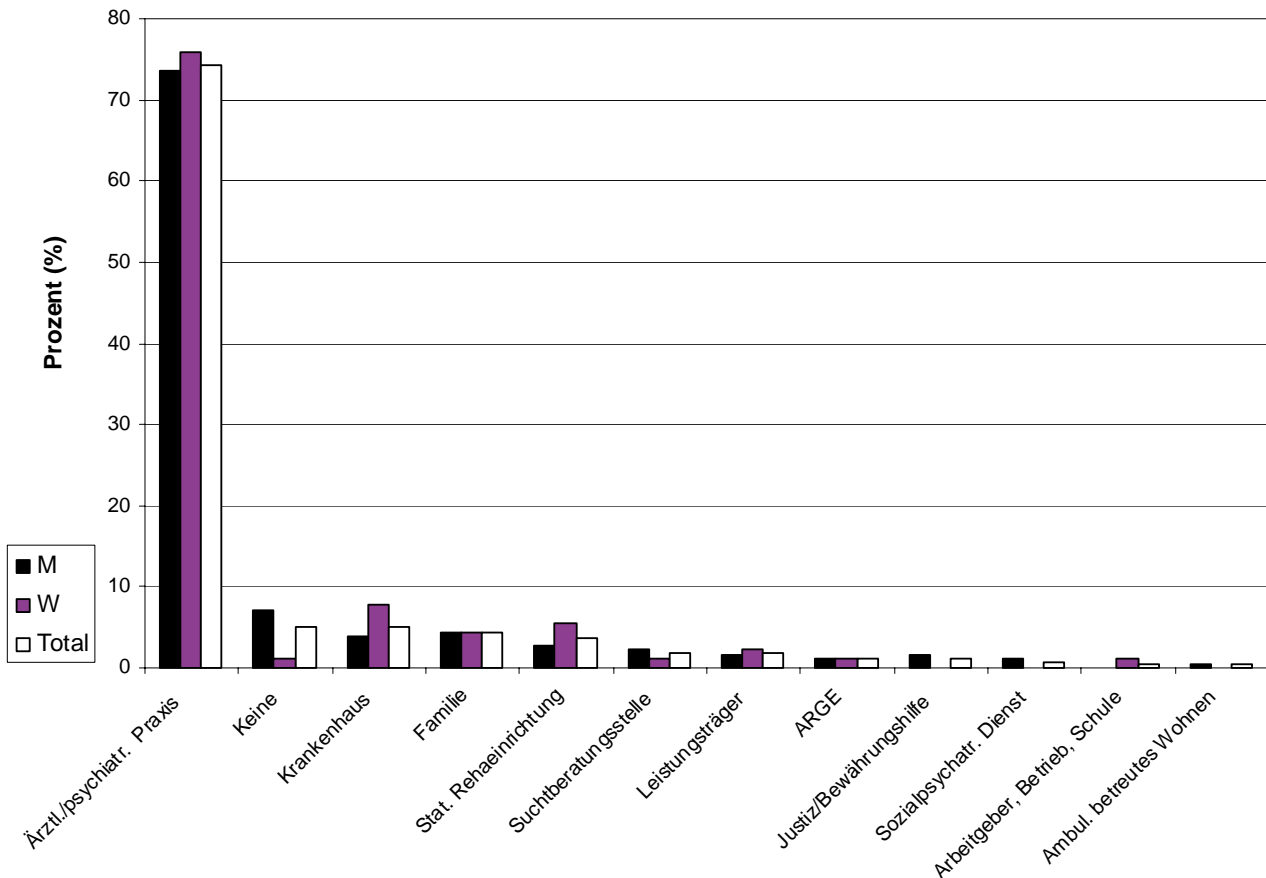


Abbildung 4 Vermittelnde Instanz (n=273)

1.1.4 Indikationsstellung (*Hauptdiagnose*)

1.1.4.1 Indikationsstellung in Bezug auf das Geschlecht

Durch den neuen Deutschen Kerndatensatz Sucht kam es zu Verzerrungen der Hauptdiagnosen im Vergleich zum Vorjahr, da die Diagnose Polytoxikomanie extra verschlüsselt wurde. Nachfolgend sind die führenden Hauptsubstanzen bzw. Abhängigkeitsdiagnosen angegeben und zusätzlich der Anteil derer, bei denen eine Polytoxikomanie bestand.

Die Alkoholabhängigkeit (F10.2) ist mit 64,47 Prozent der häufigste Aufnahmegrund in unserer Einrichtung (m=69,23% vs. w=55%). Die Abhängigkeit von „anderen psychotropen“ Substanzen ist mit 13,55 Prozent die zweitgrößte Gruppe. Die Hauptdiagnose Cannabisabhängigkeit (F.12.2) blieb im Vergleich zum Vorjahr mit 8,05

Prozent stabil (2006: 8,9 Prozent; 2005: 4,9 Prozent). Es folgen mit 5,5 Prozent die Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika (F13.2), sowie mit insgesamt 3,6 Prozent Abhängigkeiten von Opioiden (F11.2) und Cocain (F14.2).

Die Diagnose **Polytoxikomanie** wurde insgesamt bei **13,2 Prozent** verschlüsselt, bei 10,5 Prozent der Männer und 18,68 Prozent der Frauen. Da vor allem in der Umstellungsphase Anfang der Jahres 2007 einige Polytoxikomane noch unter Abhängigkeit von „anderen psychotropen“ Substanzen (ebenfalls F19.2) verschlüsselt wurden, ist von einem deutlich höheren Anteil dieser Diagnose auszugehen. Es wurden bei keinem Patienten beide Diagnosen verschlüsselt, so dass sie addiert werden können. Damit ergibt sich ein prozentualer Anteil der Hauptdiagnose Polytoxikomanie von **26,74 Prozent**.

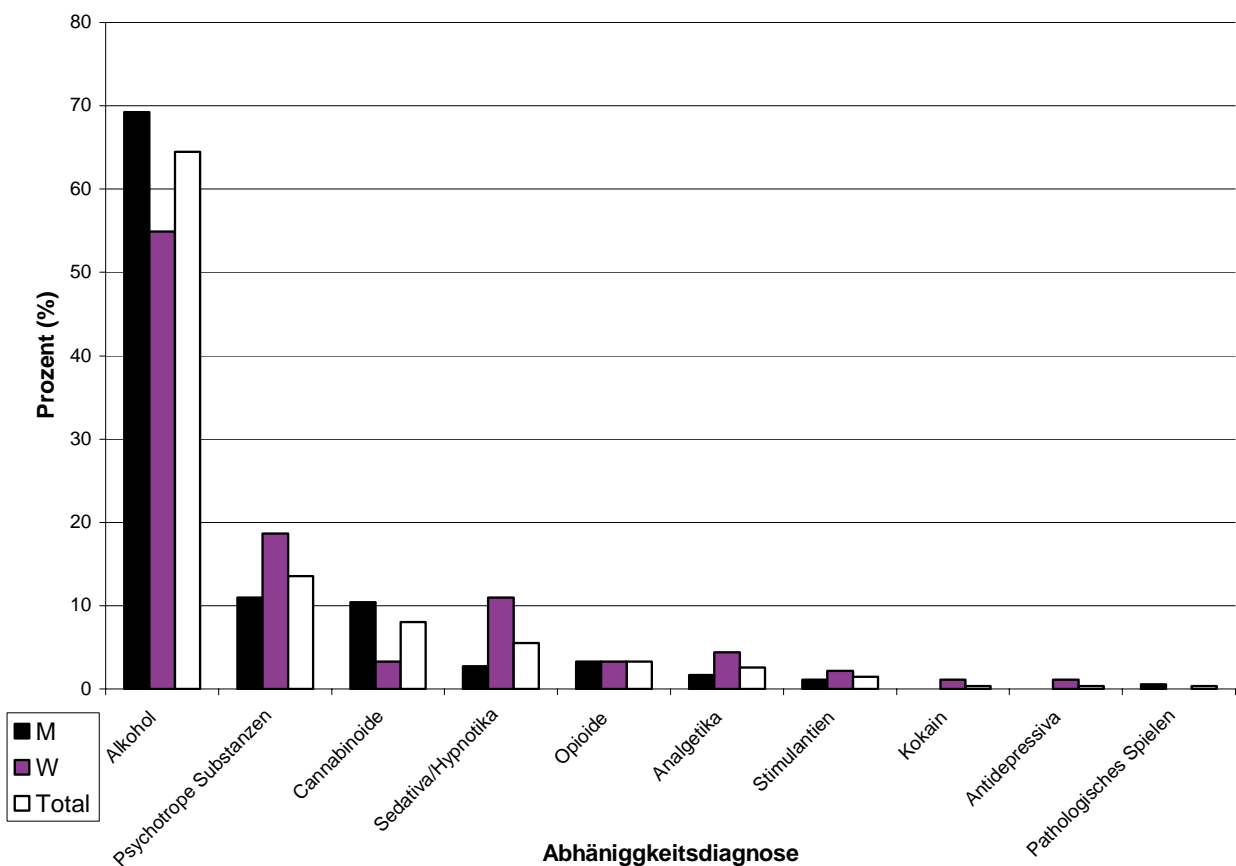


Abbildung 5. Hauptsubstanz der Hauptdiagnose bezogen auf das Geschlecht (n=273)

1.1.4.2 Indikationsstellung in Bezug auf das Alter

Die meisten Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit sind zwischen 35 und 54 Jahre alt, der Mittelwert beträgt 43,87 Jahre. Bei den Cannabisabhängigen ist ein deutlicher Peak zwischen 20 und 29 Jahren zu erkennen, der Mittelwert liegt bei 26,77 Jahren. Dagegen sind die Abhängigen von Sedativa und Hypnotika deutlich älter, ihr Peak liegt

bei 45 bis 60 Jahren und ihr Mittelwert bei 56,33 Jahren. Eindeutige Aussagen zu den Hauptdiagnosen Opioid-, Kokainabhängigkeit und sonstigen Stimulantien können auf Grund der kleinen Fallzahlen nicht getroffen werden.

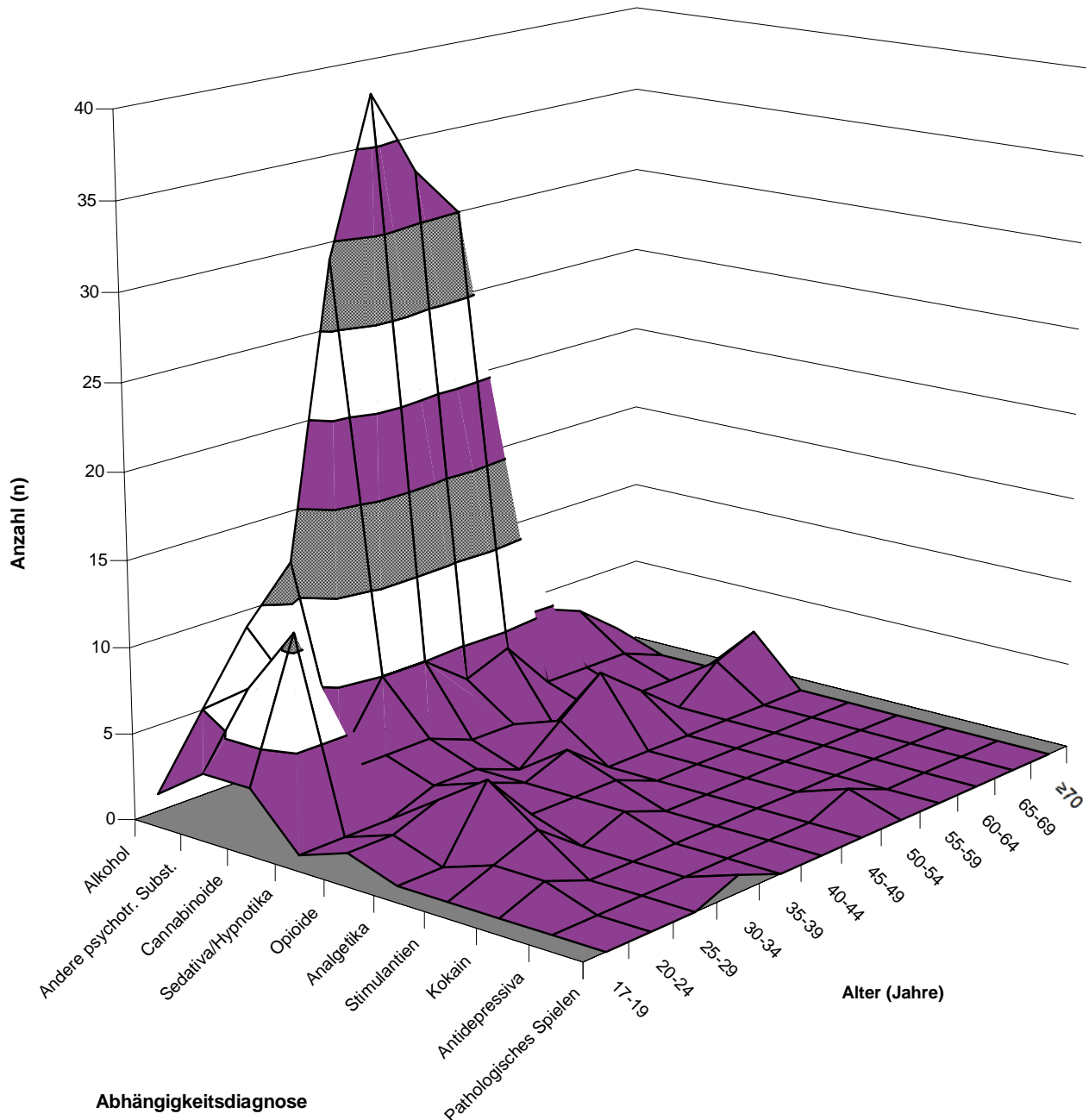


Abbildung 6. Indikationsstellung in Bezug auf das Alter (n=273)

Da die Diagnosen Polytoxikomanie und Abhängigkeit von „anderen psychotropen“ Substanzen das gleiche Patientengut darstellen, verlaufen auch ihre Alterskurven analog. Es ist eine relative Gleichverteilung vom 20. bis 54. Lebensjahr, mit leichtem Abfall bei steigendem Alter, zu erkennen. Das mittlere Alter liegt bei 35,46 Jahren. Damit sind Polytoxikomane im Schnitt bei Behandlungsbeginn neun Jahre jünger als Alkoholabhängige und zehn Jahre älter als Cannabisabhängige.

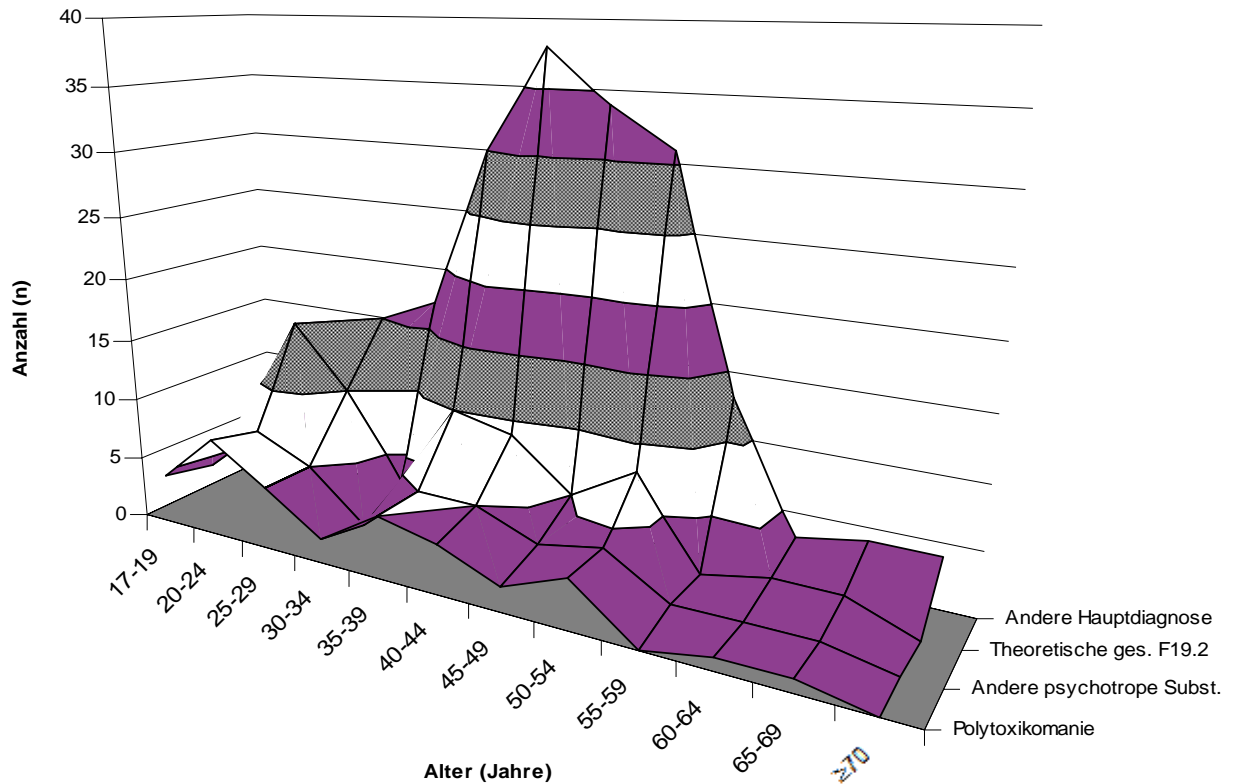


Abbildung 7. Indikationsstellung in Bezug auf das Alter und F19.2 (n=273)

1.2 Patientenmerkmale

1.2.1 Alter

Das Durchschnittsalter aller Patienten beträgt 41,01 Jahre (2006: 44,38; 2005: 41,3; 2004: 41,9 Jahre), das Minimum liegt bei 17, das Maximum bei 80 Jahren. Das Durchschnittsalter der Männer beträgt 39,76 Jahre, das der Frauen 43,51 Jahre. Die Männer, die im Jahr 2007 ihre Orientierungsphase beendeten, waren im Schnitt sechs Jahre jünger als im vorangegangenen Jahr. Auf Grund der großen Standardabweichung bleibt dieser Unterschied nicht signifikant mit einem statistische Wert $p=0,21$ und einem 95%-Konfidenzintervall von $[-2,7;11,7]$. Das Alter der Frauen blieb zum Vorjahr unverändert.

Der Trend, der seit letztem Jahr zu beobachten ist und zu einem zweiten Häufigkeitstypus um das 25. Lebensjahr führt, setzt sich in diesem Jahr weiter fort. Bei den Männern ist ebenfalls ein weiterer leichter Anstieg um das 53. Lebensjahr zu beobachten.

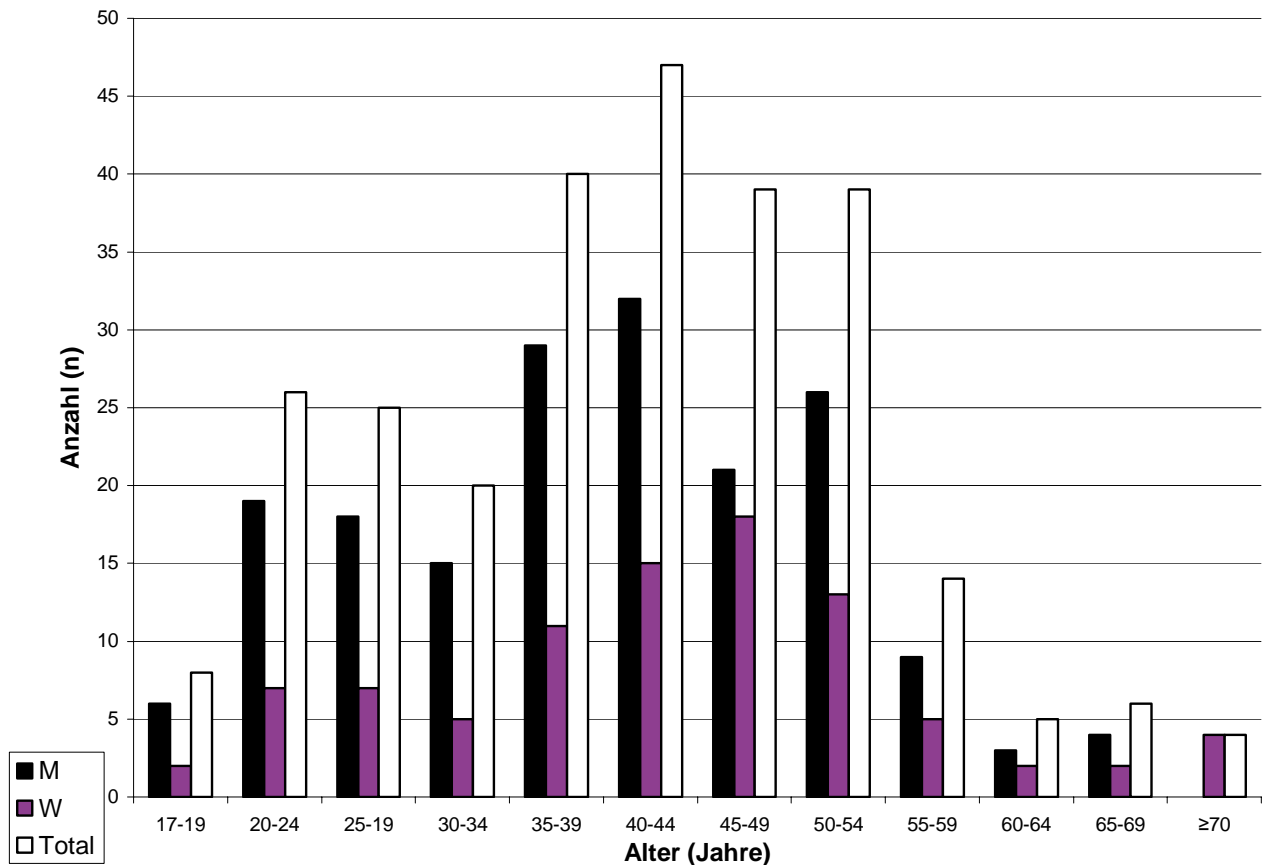


Abbildung 8. Altersverteilung der Patienten (n=273)

1.2.2 Geographische Herkunft

69,9 Prozent der Patienten wohnen im Landkreis Saarlouis, 23,07 Prozent in der Stadt Saarlouis, die Sitz der Einrichtung ist. Die restlichen 46,88 Prozent kommen aus den umliegenden Ortschaften. In einem größeren Abstand wohnen 21,97 Prozent. Aus den grenznahen Orten in Frankreich stammen 3,66 Prozent. Aus den deutschen überregionalen Gebieten kamen 0,36 Prozent unserer Patienten. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anfahrtsweg zu unserer Einrichtung leicht weiter geworden, vor allem der Anteil der Patienten aus Frankreich hat sich fast verdreifacht. Die Schwankungen sind statistisch nicht signifikant.

In der Abbildung 9 sind der Übersichtlichkeit halber nur Wohnorte mit mindestens drei Patienten abgebildet.

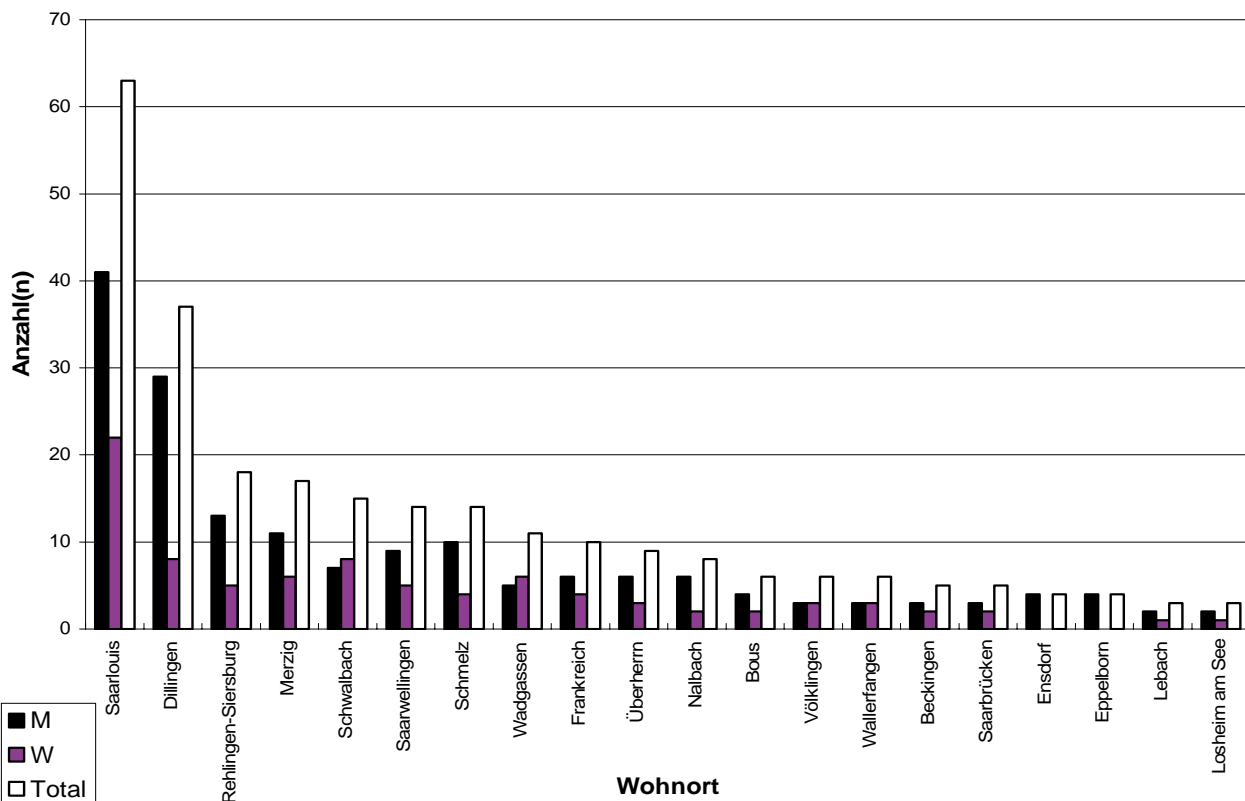


Abbildung 9. Geographische Herkunft (n=273)

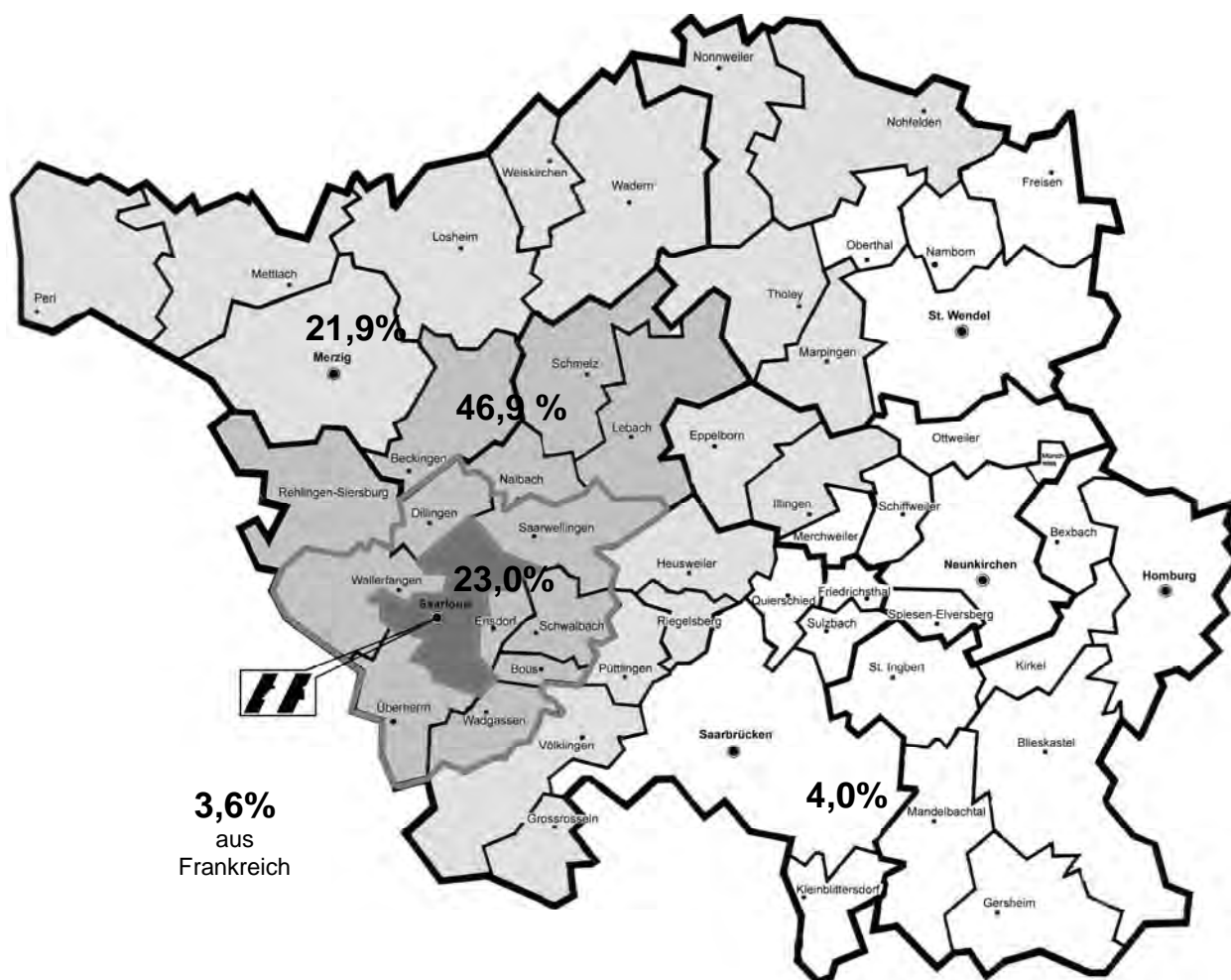


Abbildung 10. Saarlandkarte mit den Haupteinzugsgebieten der Einrichtung (n=273)

1.2.3 Familienstand

Verheiratet sind zu Therapiebeginn 37,7 Prozent, weitere 8,45 Prozent sind zwar verheiratet, leben aber getrennt. 19,4 Prozent sind geschieden und 2,19 Prozent verwitwet. Auffallend ist, dass der Anteil der geschiedenen Frauen mit 27,47 Prozent deutlich größer ist als bei Männern mit 15,38 Prozent. Die Frauen sind ebenfalls viermal häufiger verwitwet als Männer. Ledig sind 32,23 Prozent aller Patienten. Die Männer sind häufiger ledig als die Frauen (m=40,11 Prozent vs. w=16,48 Prozent). Es sind ca. 5 Prozent mehr Männer und weniger Frauen ledig im Vergleich zum Vorjahr, es besteht kein signifikanter Unterschied.

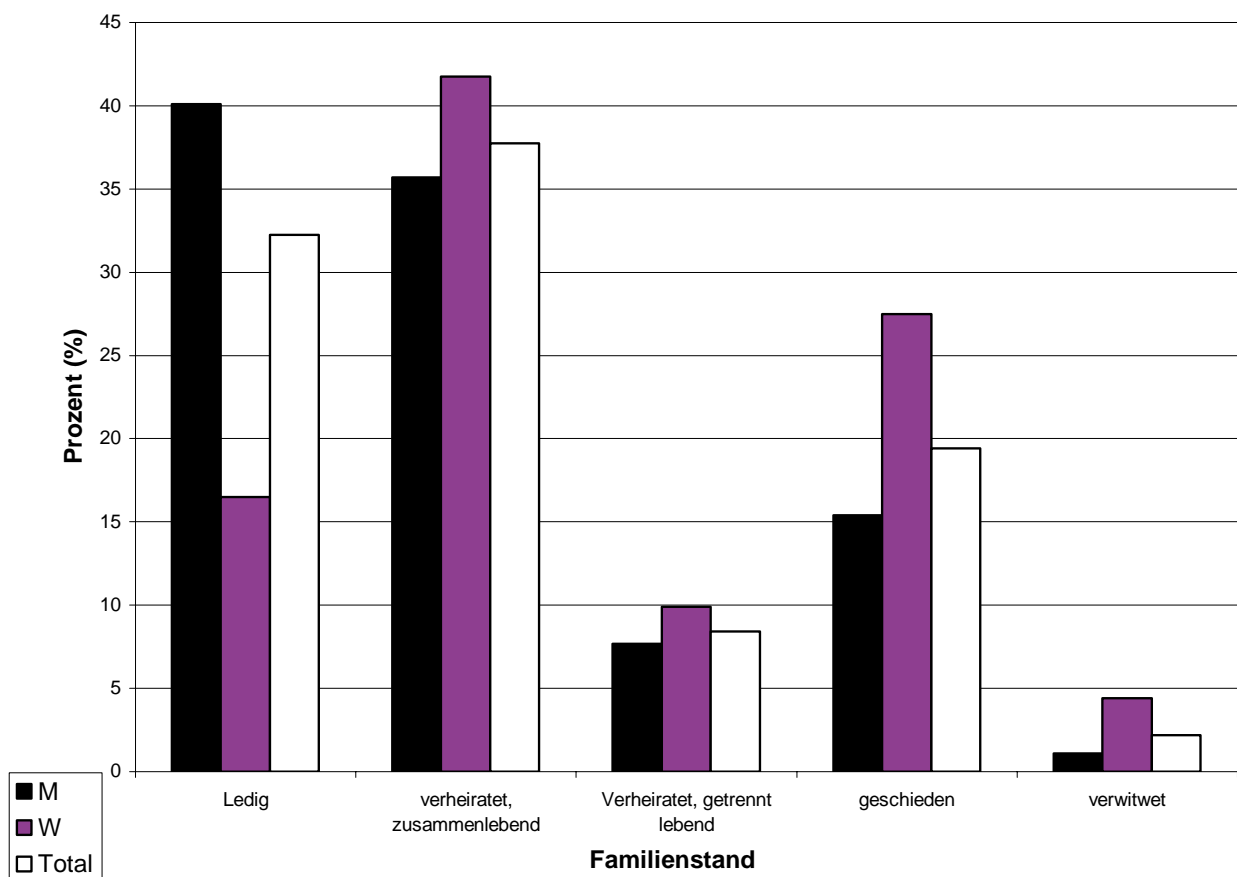


Abbildung 11. Familienstand zu Beginn der Therapie (n=273)

1.2.4 Partnersituation/Wohnverhältnis

In einer festen Beziehung leben zu Beginn der Behandlung 56 Prozent der Patienten, in einer zeitweiligen Beziehung 4,4 Prozent und 38,1 Prozent sind allein stehend. Frauen sind tendenziell öfter in einer festen Beziehung als Männer (m=40,66% vs. w=32,97%). Zwei Männer machten zu diesem Item keine Angaben.

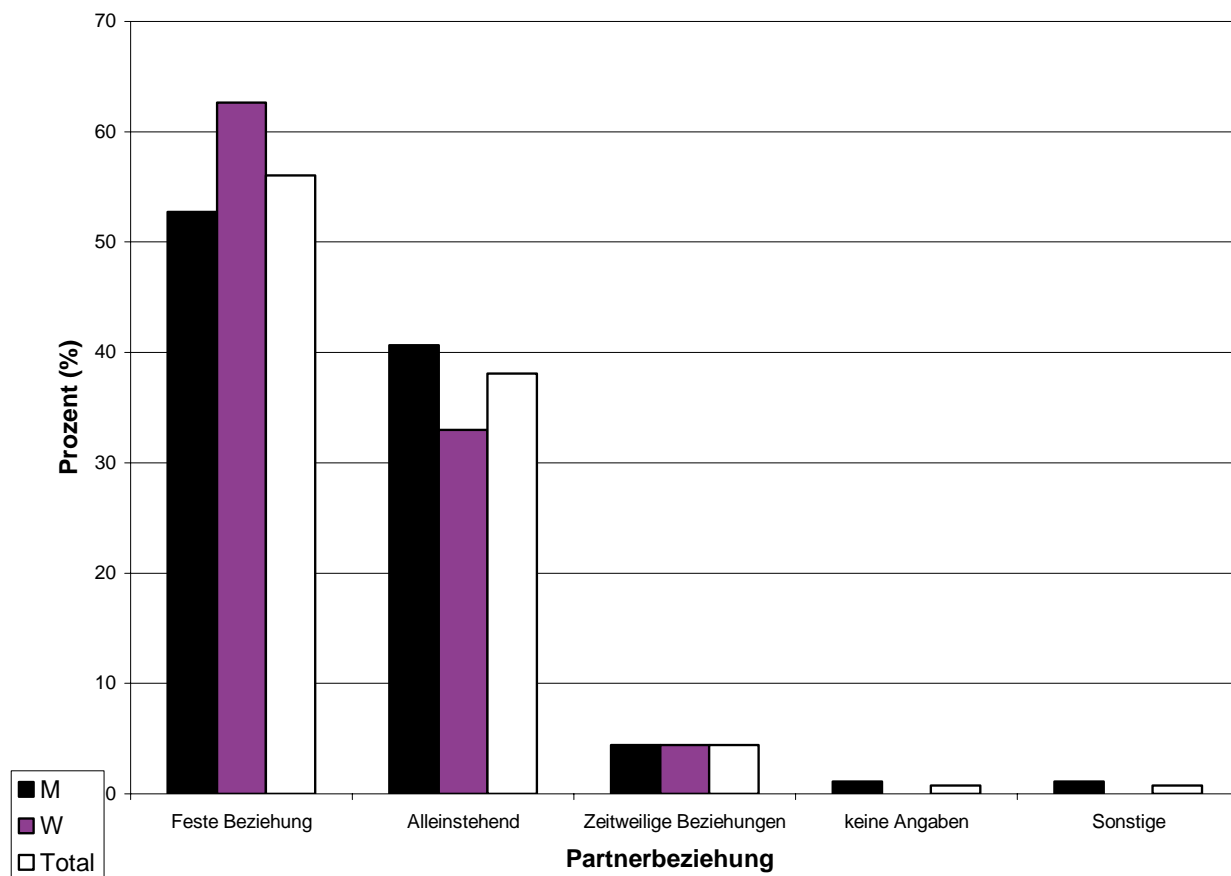


Abbildung 12. Partnersituation (n=273)

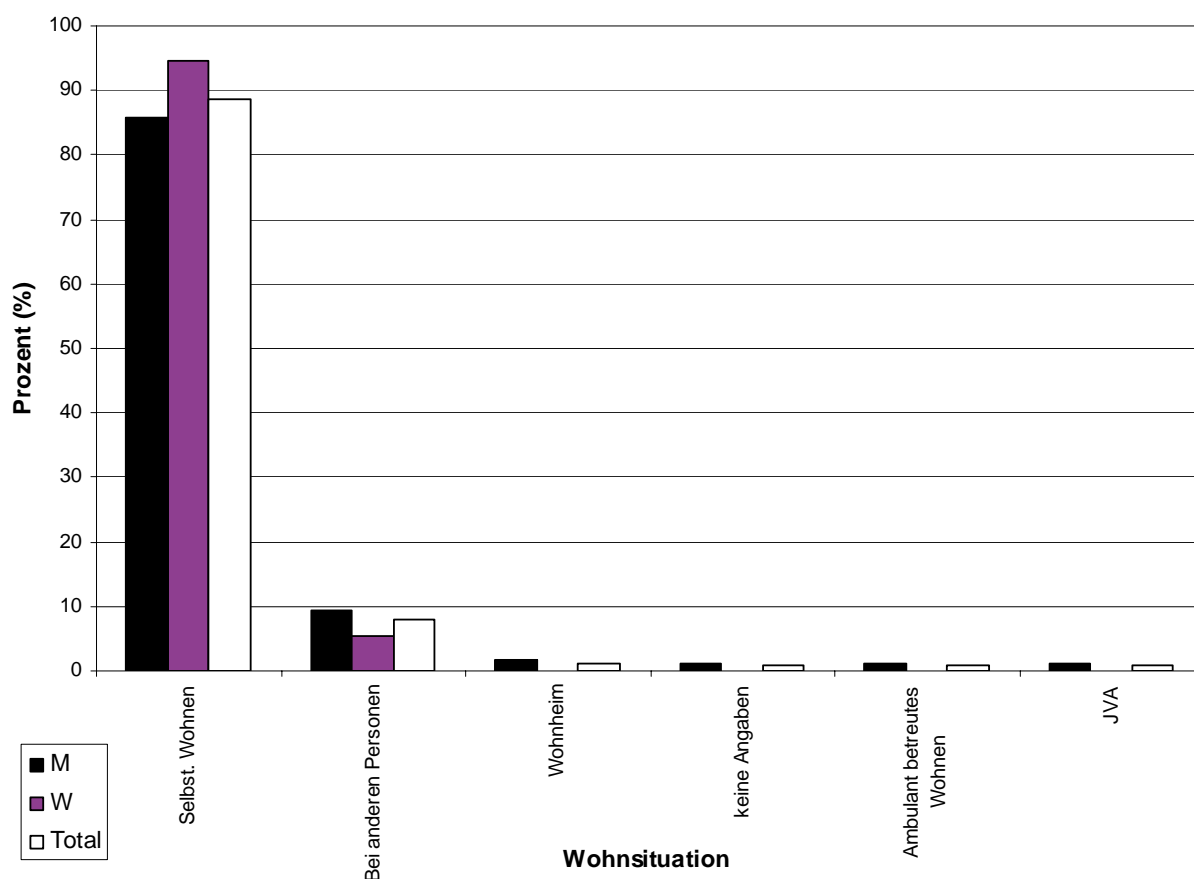


Abbildung 13. Wohnsituation (n=273)

88,6 Prozent der Patienten leben selbstständig in der eigenen Wohnung, dabei wohnen Frauen mit 94,5 Prozent häufiger selbstständig als Männer mit 85,71 Prozent. 9,3 Prozent der Männer und 8 Prozent der Frauen leben bei anderen Personen wie den Eltern. Jeweils zwei Männer wohnten im Jahr 2007 im betreuten Wohnen, in einem Wohnheim oder befanden bis zum Behandlungsbeginn im Strafvollzug.

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 Höchster Ausbildungsabschluss/Schulabschluss

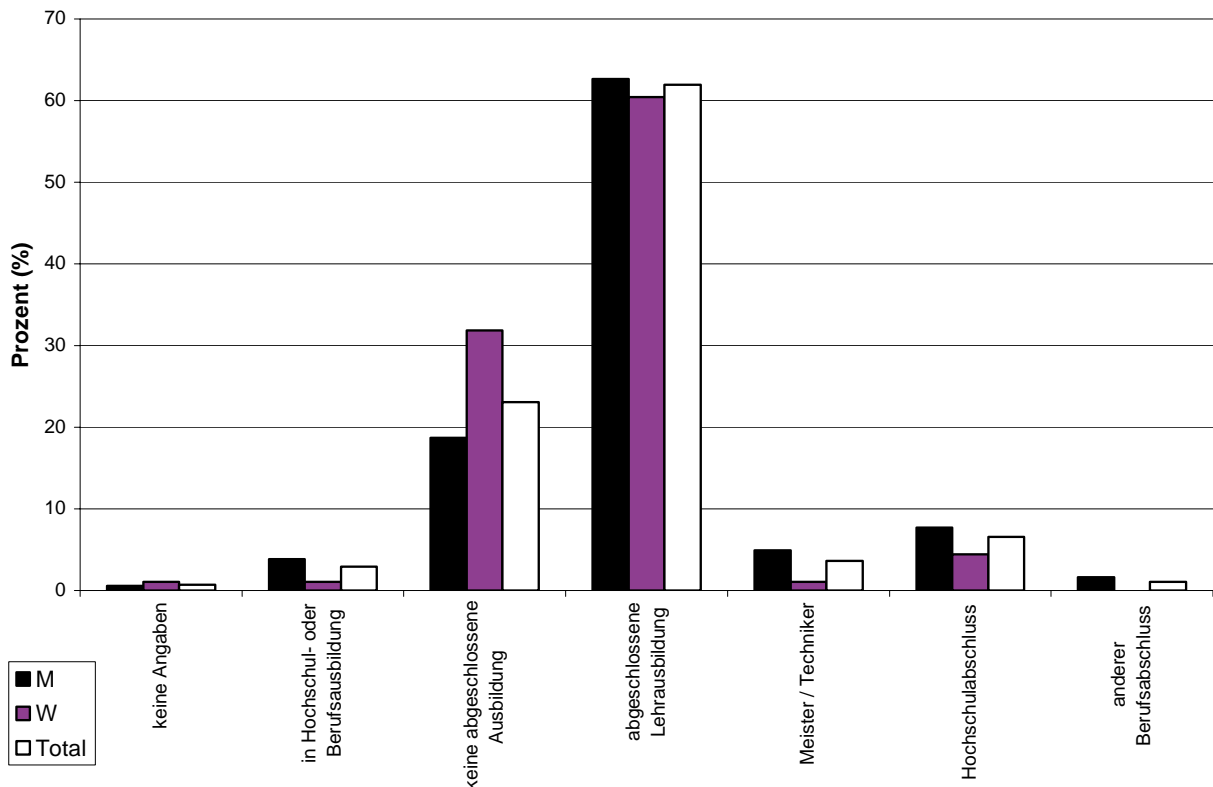


Abbildung 14. Höchster Ausbildungsabschluss bei Aufnahme (n=273)

61,9 Prozent der Patienten haben eine abgeschlossene Lehre, 6,6 Prozent einen Hochschulabschluss (m=7,7% vs. w=4,4%) und 3,7 Prozent einen Meisterbrief (m=5% vs. w=1%). Ohne abgeschlossene Ausbildung sind signifikant mehr Frauen als Männer, $p=0,0147$ (Chi-Quadrat) (m=18,7% vs. w=31,9%). 0,7 Prozent der Patienten machten zu dieser Fragestellung keine Angaben.

60,4 Prozent der Patienten haben den Hauptschulabschluss, 17,9 Prozent einen Realschulabschluss und 12,45 Prozent (Fach-) Abitur. Ohne Schulabschluss sind 5,5 Prozent der Patienten und 1,5 Prozent befinden sich noch in der Schulausbildung. Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede und alle Patienten machten Angaben zu diesem Item.

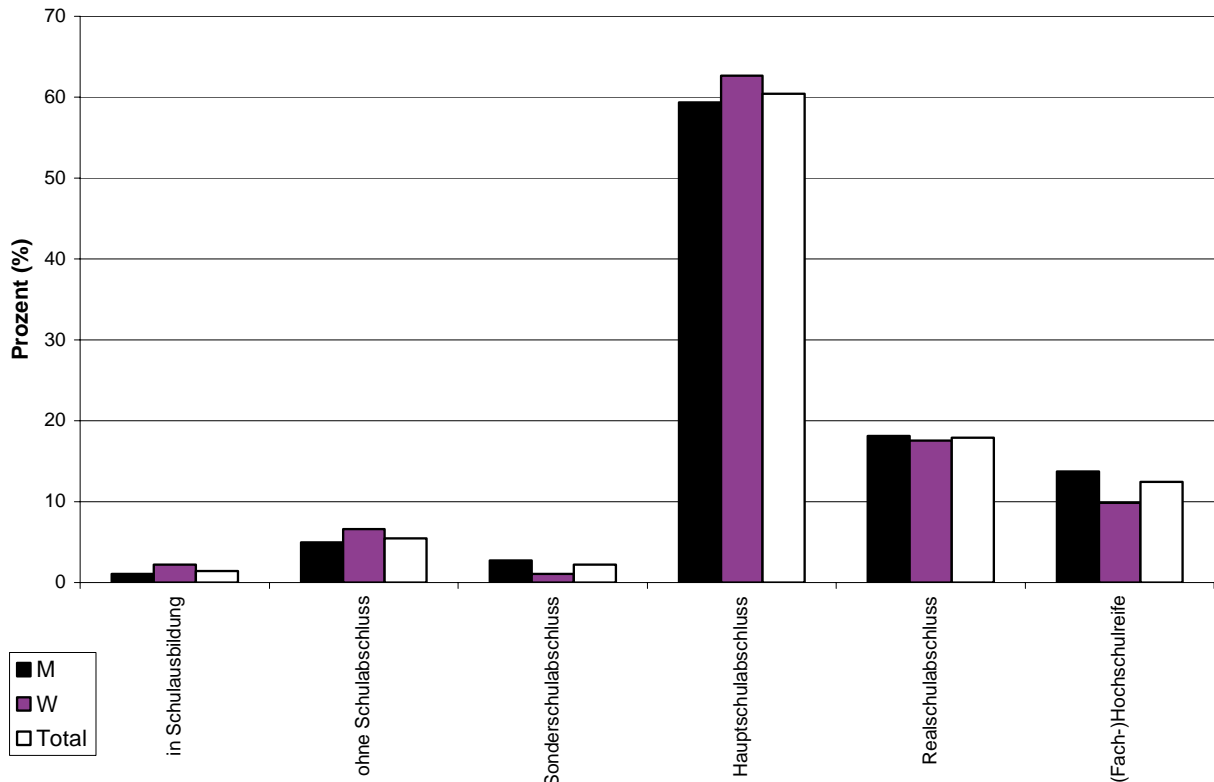


Abbildung 15. Höchster Schulabschluss bei Aufnahme (n=273)

1.3.2 Erwerbstätigkeit

51,2 Prozent der Patienten befinden sich in einem Beschäftigungsverhältnis (m=65% vs. w=41,7%) und fünf Prozent selbstständig, somit sind insgesamt 55,2 Prozent erwerbstätig. 17,6 Prozent beziehen Arbeitslosengeld II und 5,5 Prozent Arbeitslosengeld I und sind damit arbeitslos. Das bedeutet im Vergleich zum Vorjahr einen Rückgang des Arbeitslosenanteils um sieben Prozent. In einer Schul-, Berufsausbildung oder beruflichen Rehabilitation befinden sich 4,8 Prozent. Unter den Frauen sind 16,5 Prozent nicht beruflich tätig und sind Hausfrau. 8,8 Prozent der Frauen und 6 Prozent der Männer befinden sich in Rente bzw. Pension.

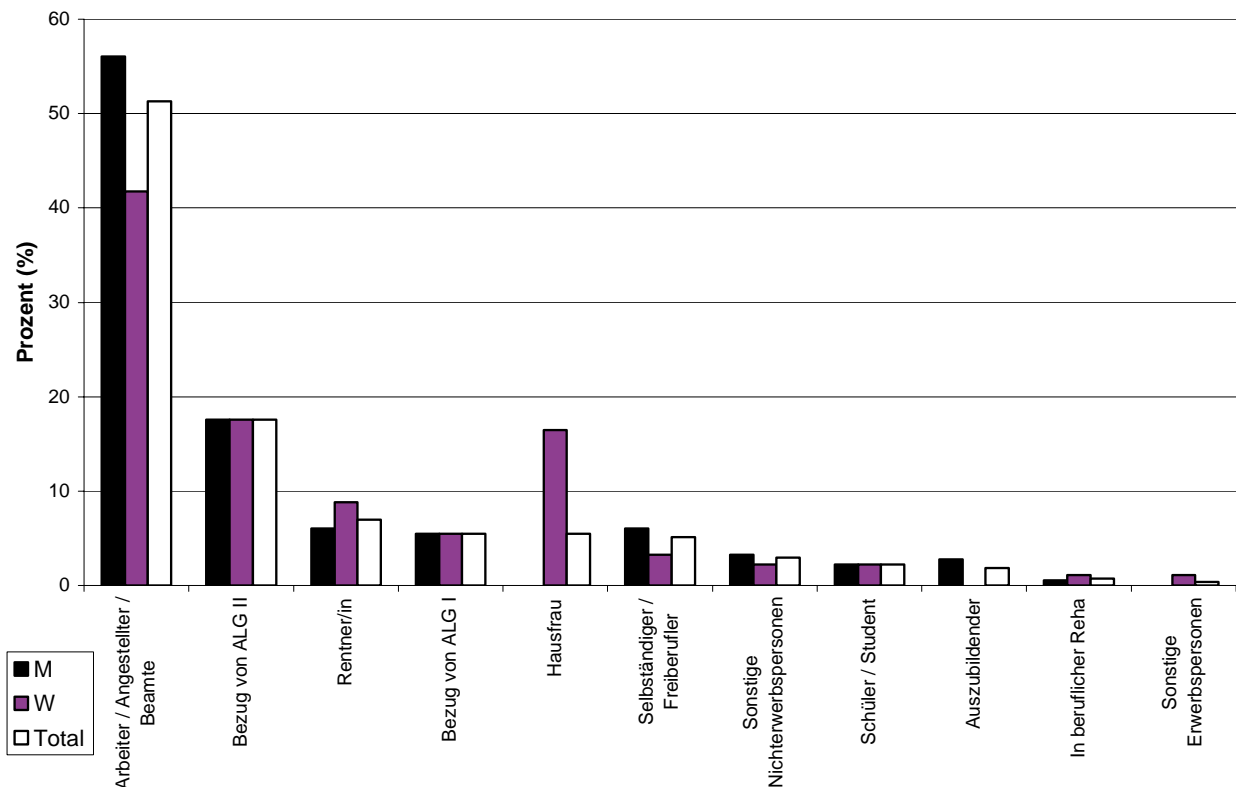


Abbildung 16. Erwerbssituation (n=273)

1.3.3 Lebensunterhalt und problematische Schulden

55,7 Prozent der Patienten bestreiten ihren Lebensunterhalt hauptsächlich aus eigenem Einkommen (m=64,3% vs. w=38,5%). Der niedrigere Anteil unter den Frauen gleicht sich durch den größeren Anteil an der Finanzierung durch den oder die Angehörigen von 20,1 Prozent (vs. m=3,8%) wieder aus. 21,3 Prozent der Patienten bestreiten ihren Lebensunterhalt durch Arbeitslosengeld I oder II. Sieben Prozent finanzieren sich über Rentenzahlungen. Einkommen aus der Sozialhilfe, Krankengeld, Vermögen oder unregelmäßiges Einkommen spielen kaum eine Rolle.

Problematische Schulden haben insgesamt 19,4 Prozent der Patienten, wobei Männer mit 21 Prozent häufiger Schulden haben als Frauen mit 15 Prozent. Eine Schuldenlast bis zu 10.000 € ist bei 11,4 Prozent der Patienten zu erkennen, ca. 4 Prozent haben Schulden bis 25.000 € und immerhin 3 Prozent mehr als 50.000 €. Da dieses Item erstmalig für alle Patienten systematisch erhoben worden ist, können noch keine Aussagen über dessen Bedeutung und Konsequenzen gemacht werden.

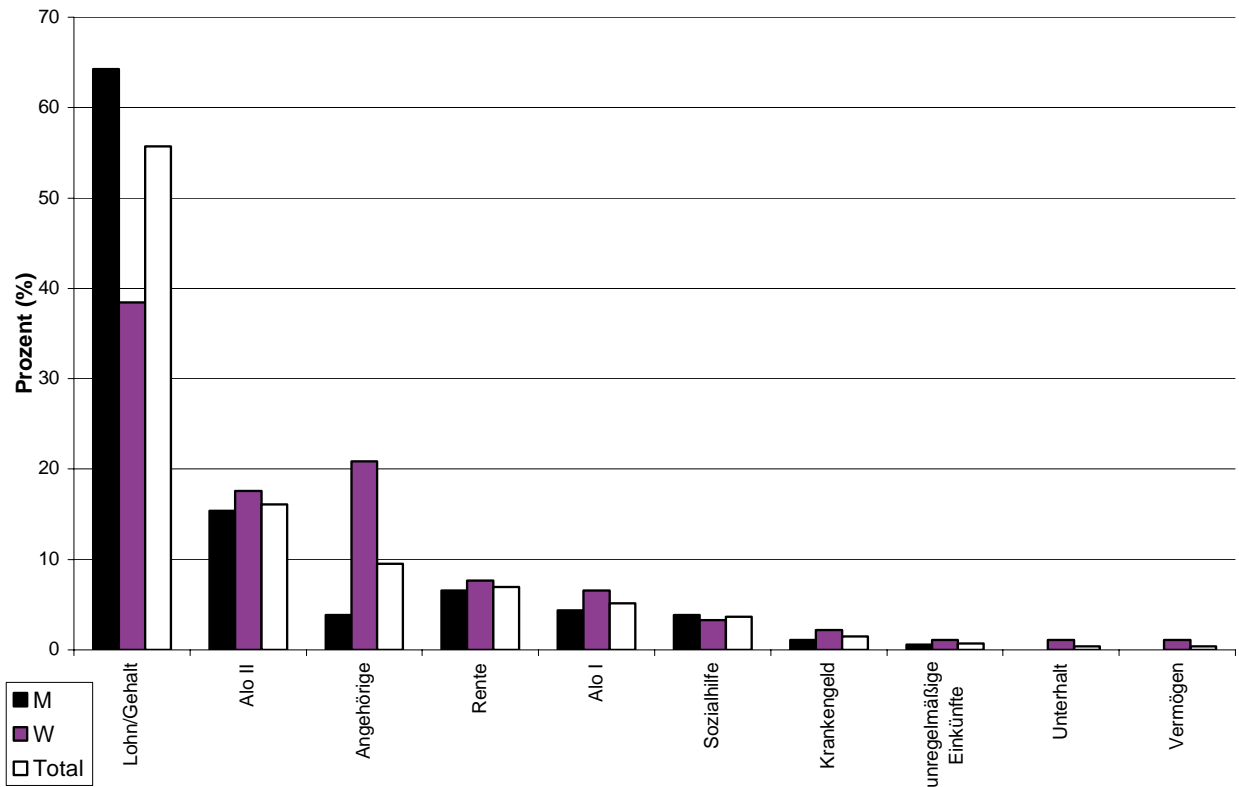


Abbildung 17. Hauptlebensunterhalt (n=273)

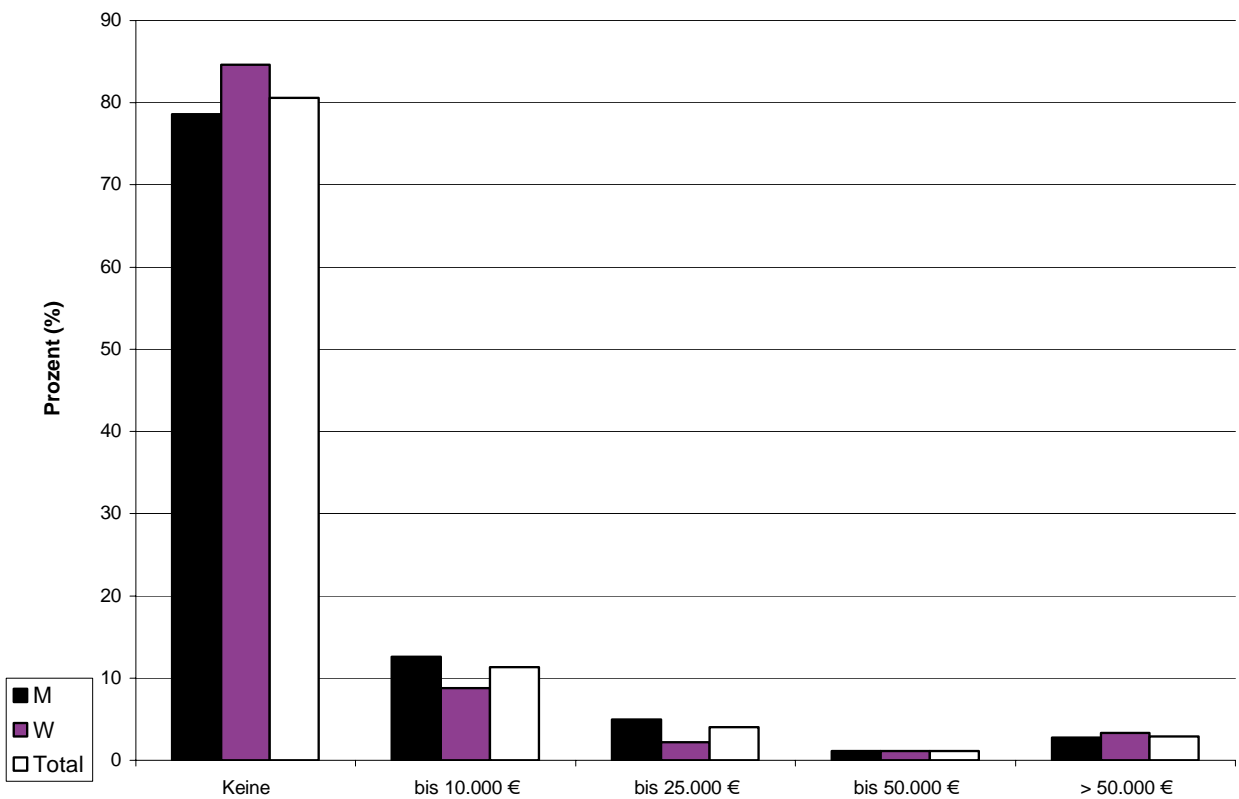


Abbildung 18. Problematische Schulden (n=273)

1.4 Angaben zum Abhängigkeitsverlauf

1.4.1 Abhängigkeitsdauer

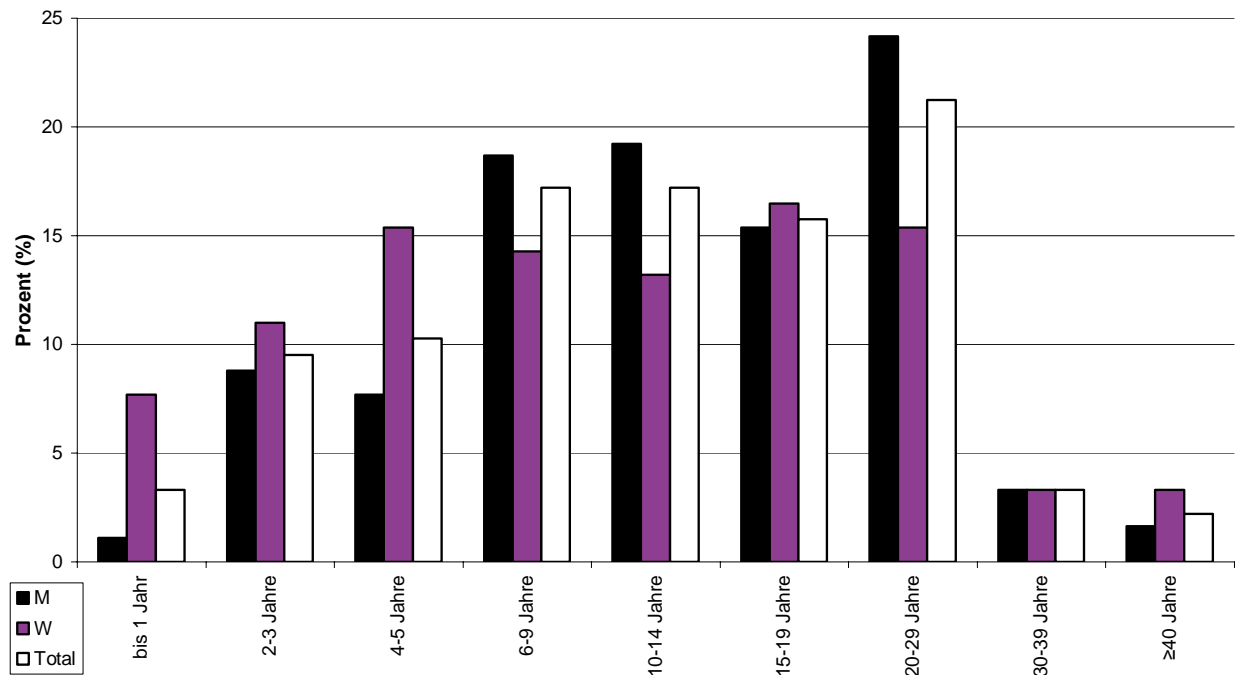


Abbildung 19. Abhängigkeitsdauer bis zur Aufnahme bei lanua G.P.S. (n=273)

Die Abhängigkeitsdauer bezieht sich auf alle vergebenen Hauptdiagnosen. Eine Abhängigkeitsdauer von bis zu einem Jahr beobachtet man bei nur 1,1 Prozent der Männer, aber bei 7,7 Prozent der Frauen. Auch in der Klasse der Abhängigkeitsdauer zwischen zwei und fünf Jahren dominieren die Frauen mit 26,4 Prozent gegenüber den Männern mit 16,5 Prozent. Es ist kein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied in den Abhängigkeitszeiten zwischen sechs und 19 Jahren zu erkennen. Ab einer Abhängigkeitsdauer von 20 Jahren dominieren die Männer mit 29,1 Prozent gegenüber den Frauen mit 21,9 Prozent.

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer der Männer liegt bei 14,5 Jahren und bei 12,6 Jahren bei den Frauen. Frauen nehmen demnach früher ein ambulantes Suchtbehandlungsangebot an als Männer.

Erstkonsum der führenden Substanz in der Abhängigkeitsdiagnose

Das mittlere Alter des Erstkonsums der führenden Substanz in der Abhängigkeitsdiagnose liegt bei $18,3 \pm 8,5$ Jahren. Männer haben ihren Erstkonsum mit 17 Jahren im Schnitt drei Jahre früher als Frauen mit 21 Jahren. Bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres ist bei 89 Prozent der Männer und 68 Prozent der Frauen

erstmalig konsumiert worden. Bei den Frauen folgt ein weiterer „Erstkonsumgipfel“ zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr. Jenseits des 30. Lebensjahres haben noch 16,5 Prozent der Frauen Erstkonsum mit ihrem Suchtmittels, was auf den wohl späteren Erstkonsum der bei Frauen stark vertretenen Sedativa und Hypnotika zurückzuführen ist. Männer haben in diesem Lebensalter lediglich noch in fünf Prozent der Fälle der Erstkontakt mit ihrem Suchtmittel.

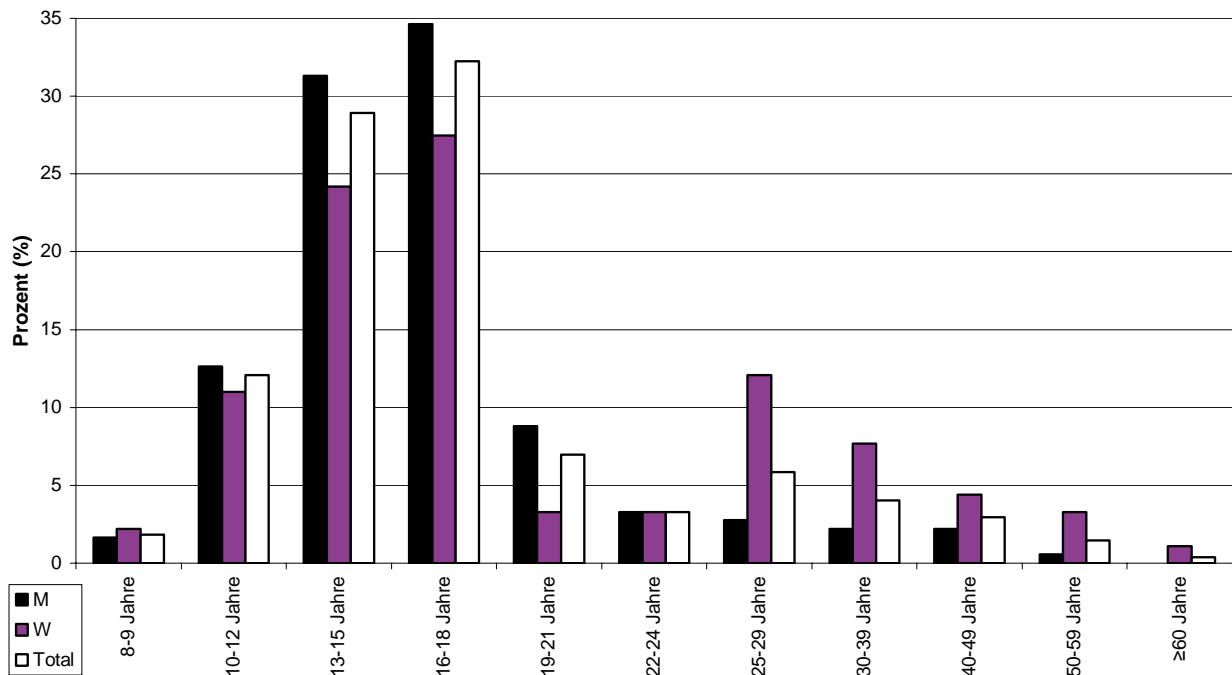


Abbildung 20. Alter bei Erstkonsum (Jahre) der führenden Substanz (m/w) (n=273)

Bezieht man den Erstkonsum nicht auf das Geschlecht sondern auf die Substanz, so ergibt sich folgende Verteilung in Abbildung 21.

Der Erstkonsum von Alkohol erfolgt vor allem zwischen dem 8. und 21. Lebensjahr, wobei ebenfalls der oben beschriebenen Gipfel der Frauen um das 27. Lebensjahr herum auffällt. Die Latenzzeit bis zur Entwicklung der manifesten Suchterkrankung beträgt im Schnitt 11,8 Jahre. Cannabis wird zwischen dem 13. und 18. Lebensjahr erstmalig konsumiert, die Latenzzeit liegt knapp unter einem Jahr. Die Gruppe der Polytoxikomanen liegt mit einem Erstkonsumalter von 20,6 Jahren und einer Latenzzeit von 4,8 Jahren im mittleren Bereich. Ebenfalls dort angesiedelt liegt der Erstkonsum von Opioiden (22,4 Jahre, Latenz 1,44 Jahre). Allerdings ist auf Grund der kleinen Fallzahl in dieser Gruppe und bei den Stimulantien keine sichere Aussage möglich. Mit einem mittleren Alter von 37,7 Jahren und einer Latenzzeit von fünf Jahren, erfolgt sowohl der Erstkonsum als auch die Suchterkrankung von Sedativa und Hypnotika relativ spät.

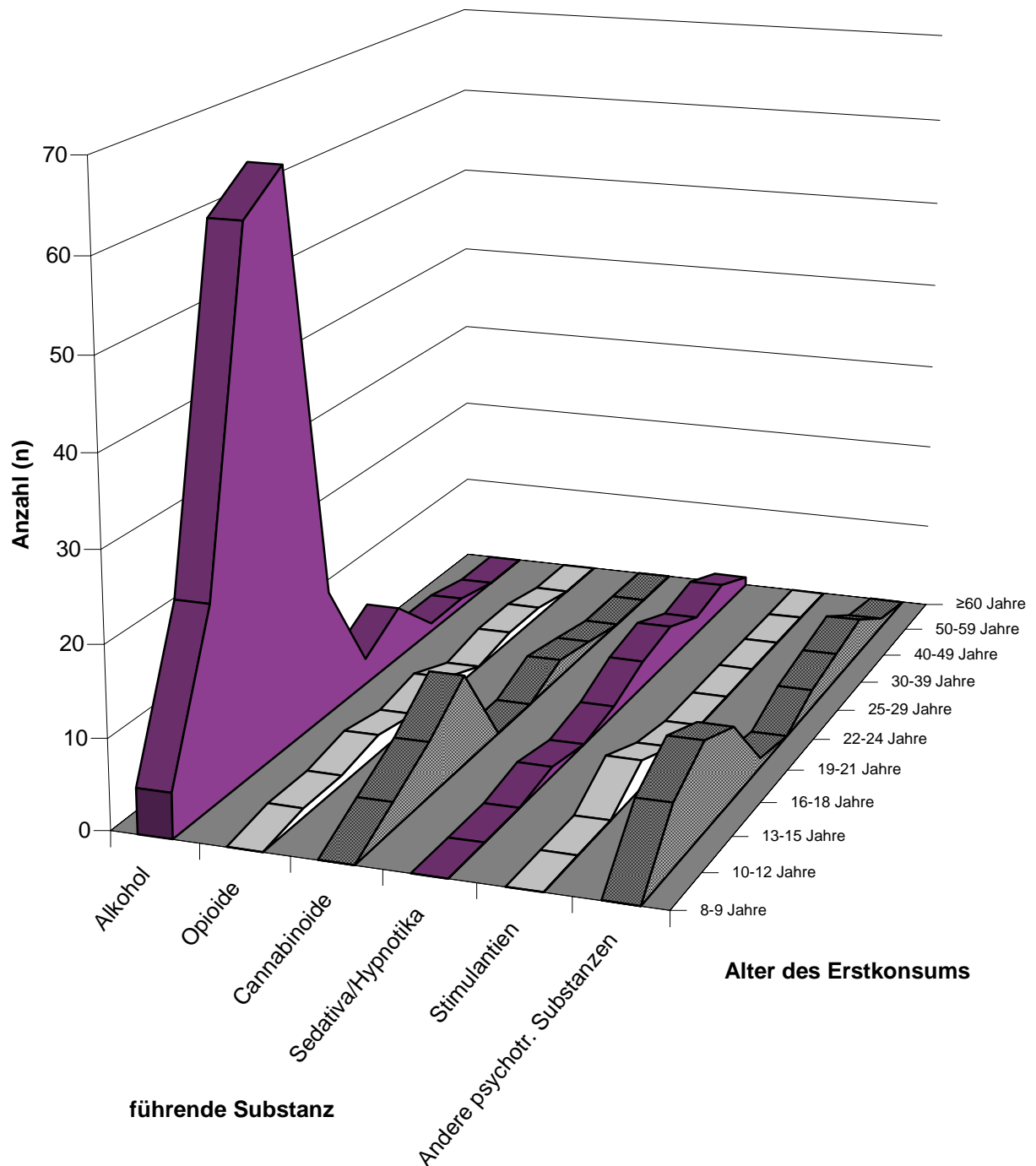


Abbildung 21. Erstkonsum bezogen auf die Substanz (n=269)

Hauptsubstanz der Suchtdiagnose	n	Alter des Erstkonsums		Latenz (Jahren)	
		MW	STD	MW	STD
Alkohol	176	15,92	4,12	11,82	9,65
Opioide	9	22,44	10,03	1,44	2,35
Cannabinoide	22	16,77	4,94	0,95	1,25
Sedativa/Hypnotika	15	37,67	13,63	5,00	7,69
Stimulantien	4	17,25	1,89	2,75	2,22
Andere psychotr. Substanz.	36	20,58	11,39	4,81	8,30
Mißbrauch	7	24,14	3,72	1,86	0,69
Total	273	18,34	8,41	8,81	9,48

1.4.2 Vorbehandlungen vor Behandlungsbeginn

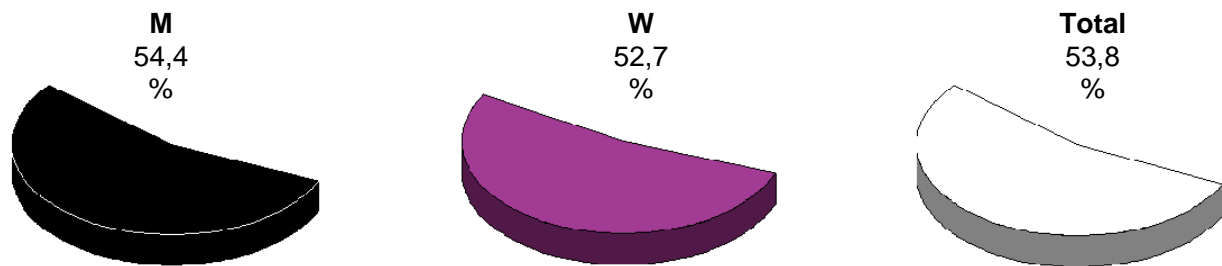


Abbildung 18. Prozentualer Anteil an Vorbehandlungen (n=273)

Bei 46,2 Prozent der Patienten handelt es sich um die Erstbehandlung. 53,8 Prozent der Patienten hatten schon früher eine suchtbetonte Behandlung oder Beratung in Anspruch genommen.

37,6 Prozent aller Patienten nahmen schon einmal das Angebot einer ambulanten Suchtberatung an. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied wie im letzten Jahr ist dieses Jahr nicht zu erkennen (m=39% vs. w=34%). An einer Entgiftungs- bzw. Entzugsbehandlung nahmen 53,11 Prozent der Patienten teil. Eine ambulante Suchtrehabilitation gaben 43,6 Prozent der Patienten an, ein stationäre 20,5 Prozent. Damit war die ambulante Suchtrehabilitation erstmals häufiger vertreten als die stationäre.

Nur 4,76 Prozent besuchten in der Vergangenheit eine suchtbetonte Selbsthilfegruppe, nochmals vier Prozent weniger als im Vorjahr. Es haben auch nur Patienten eine Selbsthilfegruppe besucht, die vorher eine ambulante Suchtrehabilitation in Anspruch genommen hatten. 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.

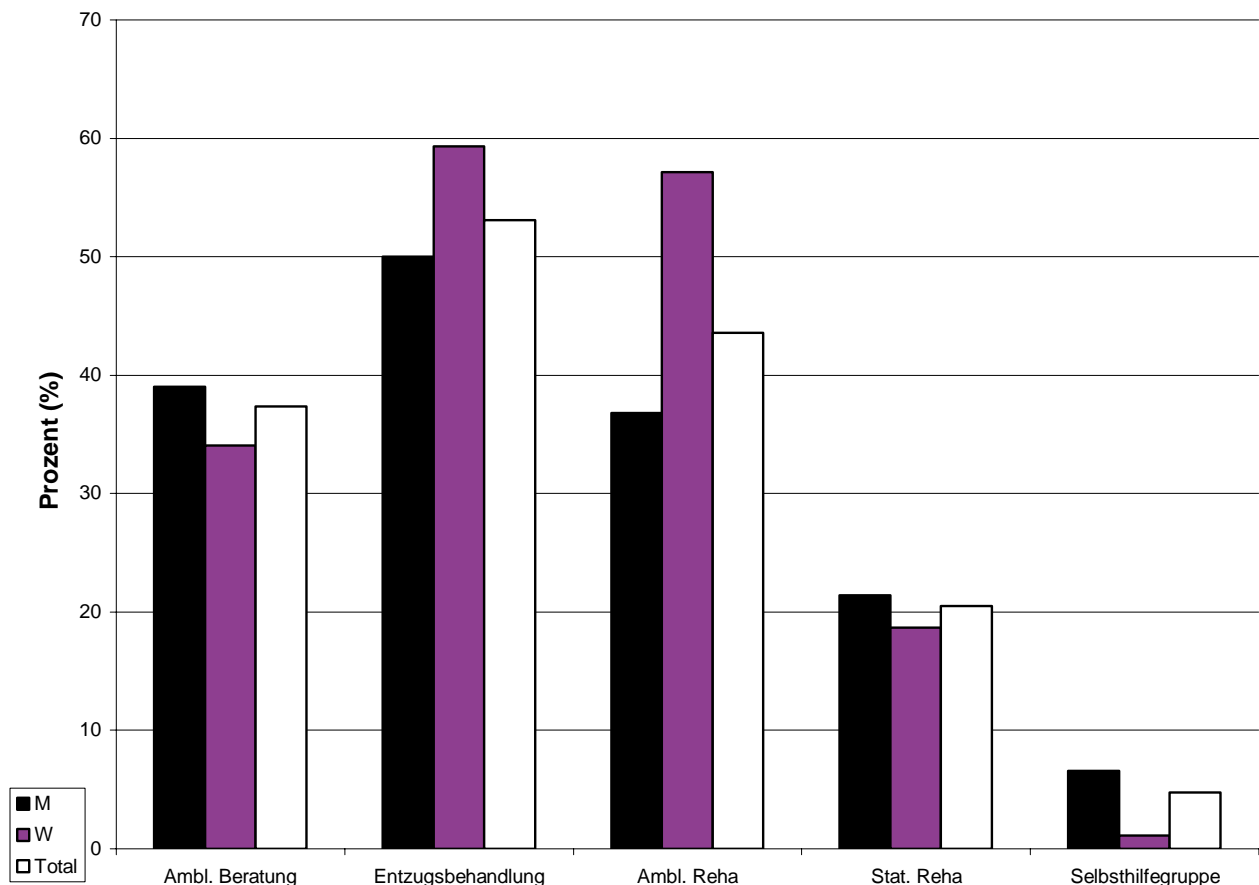


Abbildung 22. Anteil der Vorbehandlungen bezogen auf alle Patienten (n=273)

1.4.3 Entzugsbehandlung vor Behandlungsbeginn

Hier wurden nur Entzugsbehandlungen vor Behandlungsbeginn berücksichtigt, nicht aber die Entzugsbehandlung im Rahmen dieser Behandlung.

46,9 Prozent der Patienten hatten sich vor Behandlungsbeginn noch keiner Entzugsbehandlung unterzogen. Insgesamt haben 53,1 Prozent der Patienten mindestens eine Entzugsbehandlung in Anspruch genommen, 59,3 Prozent der Frauen und 50 Prozent der Männer. 22,3 Prozent taten dies einmal, 17,2 Prozent zweimal, 5,8 Prozent dreimal, 4,7 Prozent viermal und 2,9 Prozent fünfmal und öfter. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind nicht signifikant.

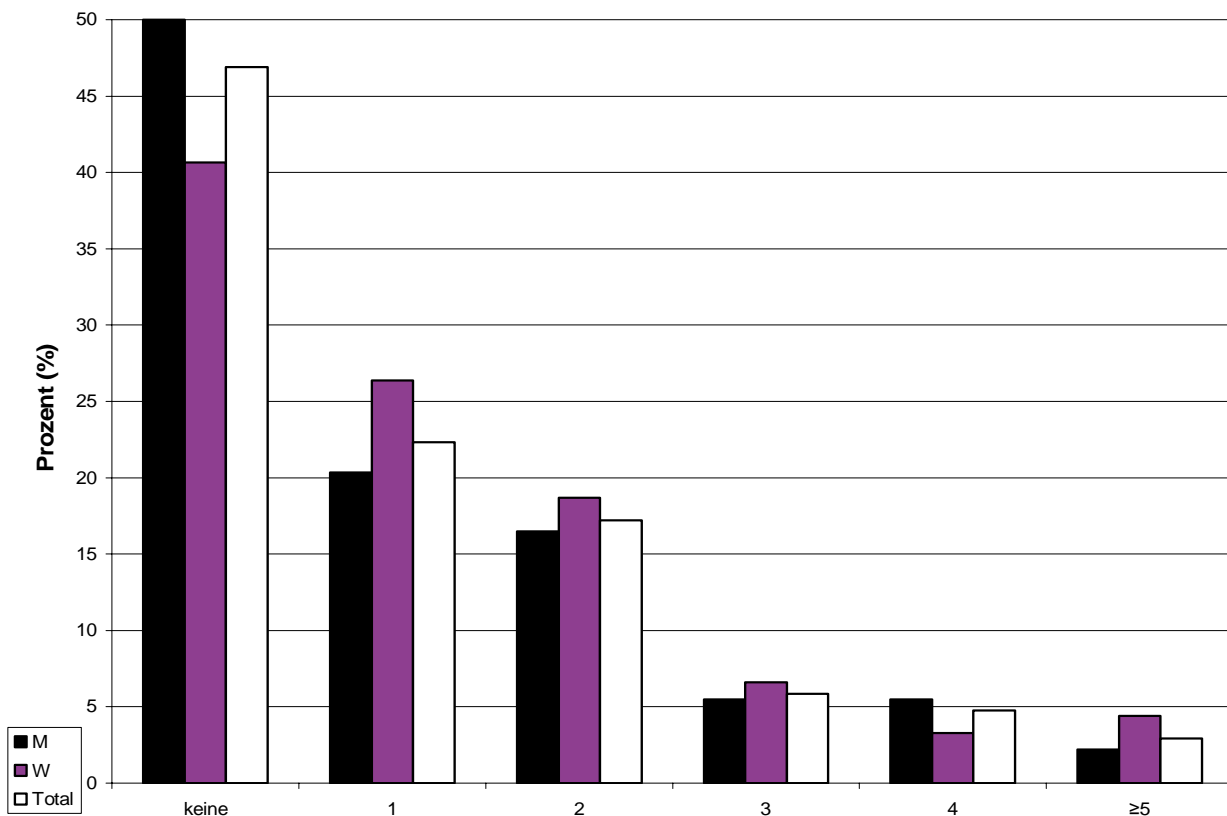


Abbildung 23. Entzugsbehandlungen vor Behandlungsbeginn (n=148)

1.4.4 Ambulante/stationäre Entwöhnungsbehandlungen vor Behandlungsbeginn

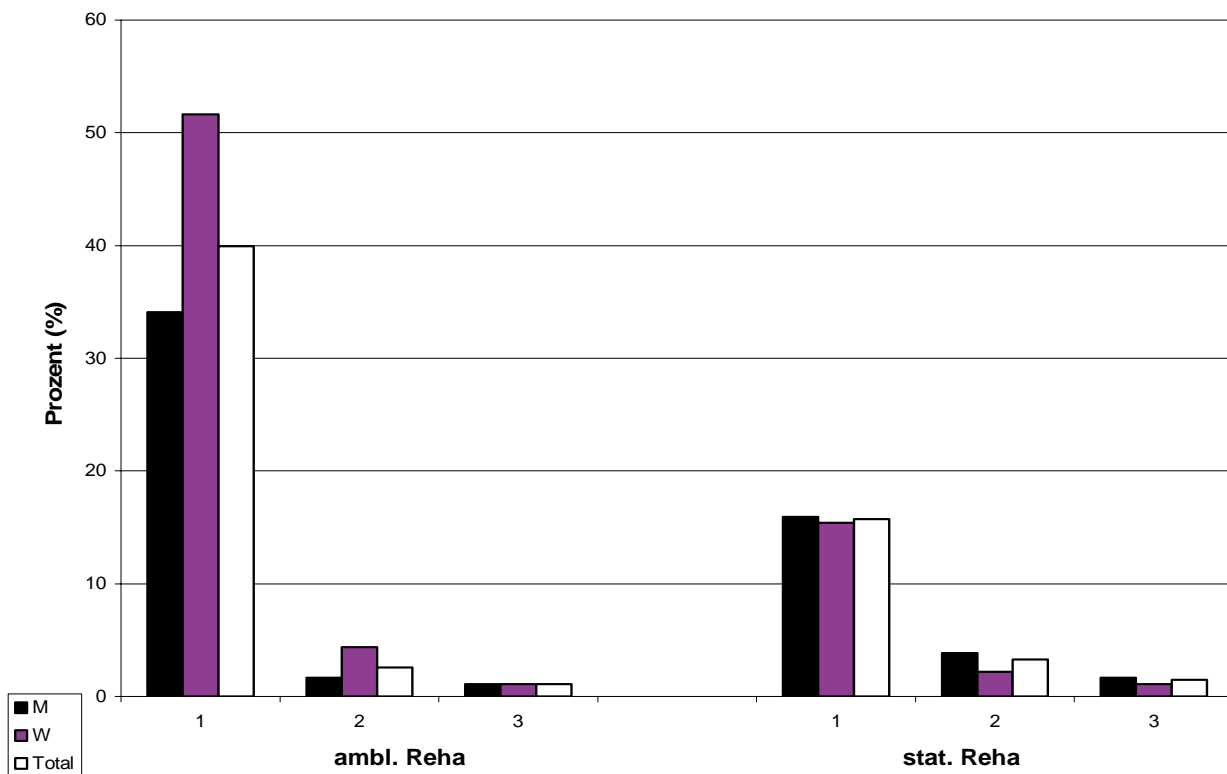


Abbildung 24. Prozentualer Anteil früherer ambl./stat. Rehabilitationen (n=273)

Insgesamt haben 39,9 Prozent der Patienten eine, 2,56 Prozent zwei und 1,1 Prozent drei ambulante Suchtrehabilitationen bereits vor Behandlungsbeginn absolviert. Der prozentuale Anteil unter den Frauen mit 51,6 Prozent bei einer und 4,4 Prozent bei zwei Rehabilitationen ist nicht signifikant größer als bei den Männern mit 34 bzw. 1,6 Prozent.

Bei den vorangegangenen stationären Suchtrehabilitationsmaßnahmen ist kein solcher geschlechtsspezifischer Unterschied zu erkennen. 15,7 Prozent nahmen eine, 3,3 Prozent zwei und 1,5 Prozent drei Maßnahmen in Anspruch.

1.4.5 Erstbehandlung/Erst-/Wiederaufnahme in unserer Einrichtung

Für 46 Prozent der Patienten handelt es sich um die erste suchtspezifische Behandlung überhaupt. 78,7 Prozent sind erstmals in unserer Einrichtung in Behandlung und 21,2 Prozent befanden sich bereits früher bei uns in ambulanter Suchtrehabilitation oder haben an der Orientierungsphase bzw. Beratungsgesprächen teilgenommen.

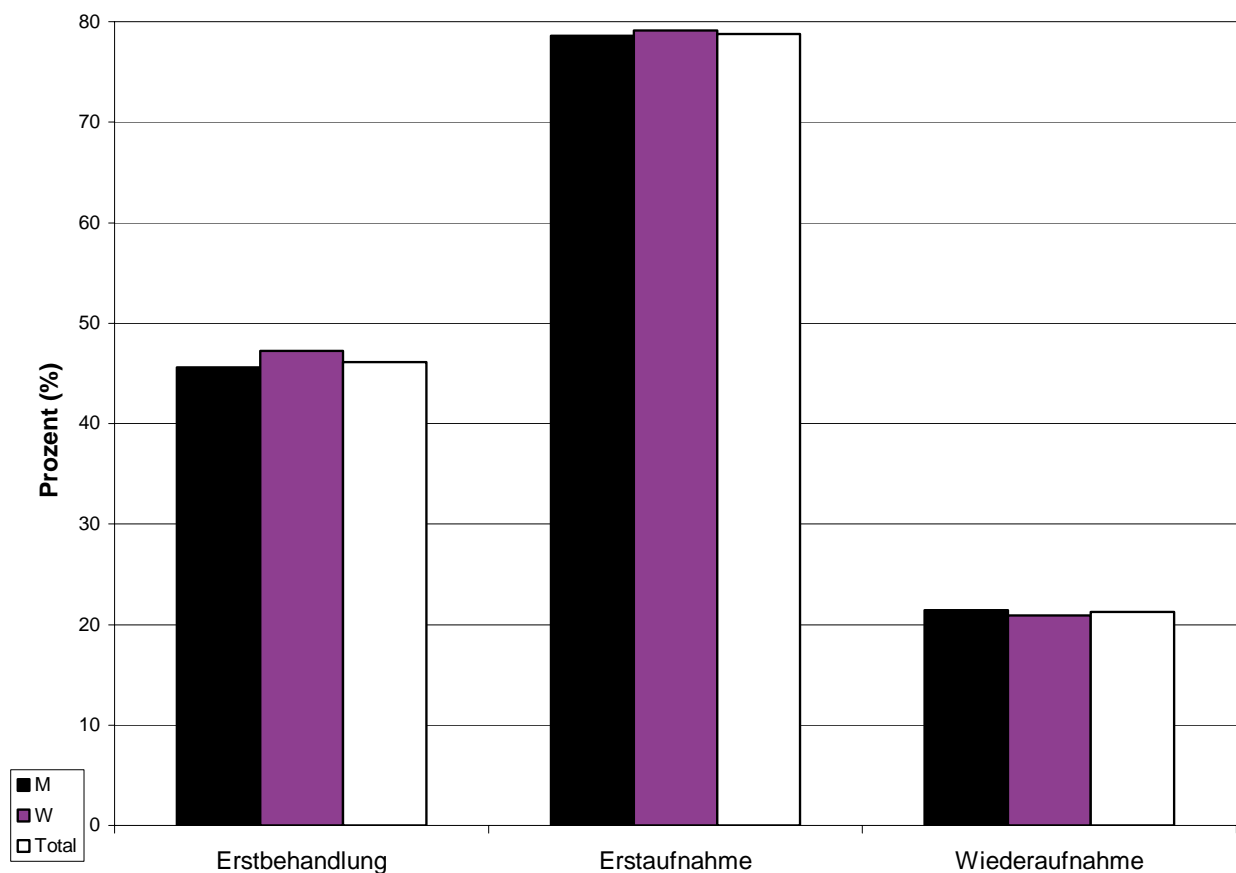


Abbildung 25. Vorbehandlungen und Aufnahmen bei lanua G.P.S. mbH bezogen auf das Geschlecht (n=273)

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 Patienten ein, die ihre Orientierungsphase im Jahr 2007 beendet hatten (n=273). Der prozentuale Anteil der Vermittelten stellt die Vermittlungsquote dar. Vermittelt wurde entweder in eine ambulante oder stationäre Suchtrehabilitation. Insgesamt wurden im Jahr 2007 **51,28 Prozent** der Patienten vermittelt, d.h. 140 Patienten. 44,69 Prozent sind in eine ambulante Suchtrehabilitation und 6,59 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%, 2006: 55,26%), sie schwankt statistisch nicht signifikant mit 2% um 53,5 Prozent.

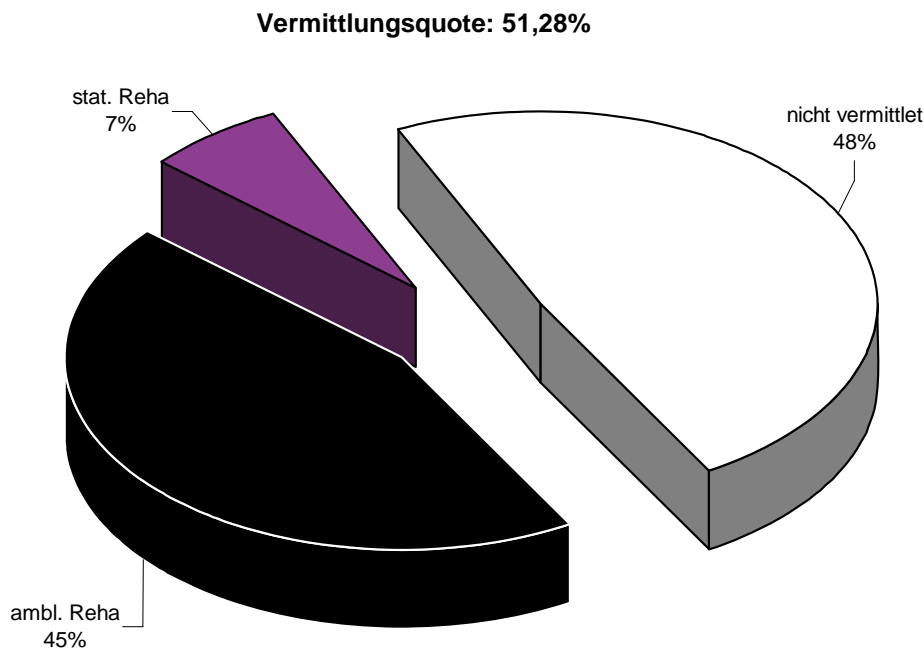


Abbildung 26. Vermittlungsquote im Jahr 2007 (n=273)

1.5.1.1 Vermittlungsquote bezogen auf das Geschlecht

Insgesamt wurden erstmals mehr Frauen als Männer vermittelt. Die Vermittlungsquote der Männer lag bei 48,9 Prozent fast zehn Prozent niedriger als im Vorjahr, vor allem die Vermittlung in ambulante Rehabilitation war mit 40,66 Prozent auffallend niedrig. 8,24 Prozent der Männer wurden in eine stationäre Suchtrehabilitationsmaßnahme

vermittelt. Dagegen wurden insgesamt 56 Prozent der Frauen, 52,7 in ambulante und 3,3 Prozent in stationäre Rehabilitation vermittelt. Die Unterschiede sind im Chi-Quadrat Test nicht signifikant.

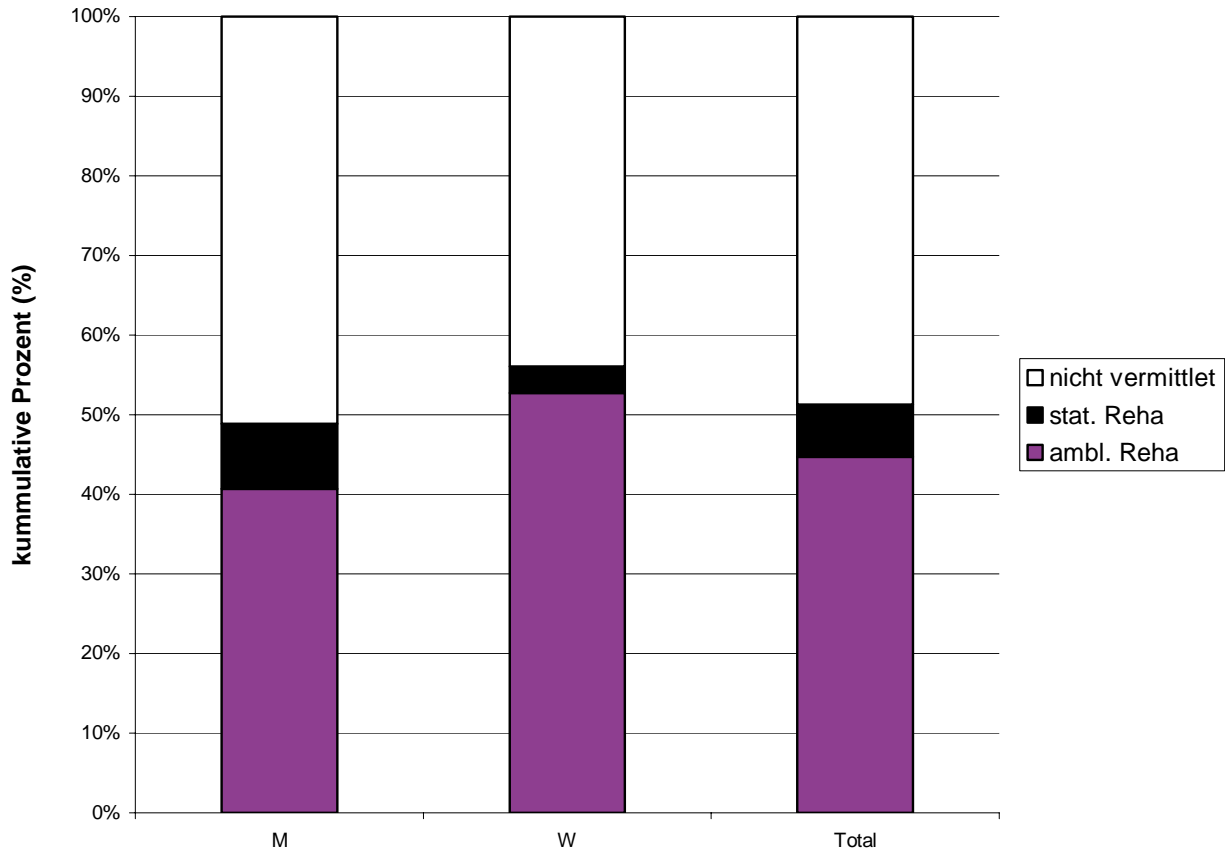


Abbildung 27. Abhängigkeit der Vermittlungsquote vom Geschlecht (n=273)

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 vier Patienten (n=269). Vorsichtig ist die Vermittlungsquote für die Diagnose F15.2 (Abhängigkeit nach Stimulantien) auf Grund der kleinen Fallzahl zu sehen.

Die Vermittlungsquote der Alkoholabhängigen (F10.2) liegt mit 52,3 Prozent in ambulante und 7,95 Prozent in stationäre Rehabilitation deutlich über der allgemeinen Vermittlungsquote. Bei der Diagnose der Polytoxikomanie (F19.2) wurden 44,4 Prozent in ambulante und 8,3 Prozent in stationäre Rehabilitation vermittelt. Die Vermittlungsquote bei den Abhängigen von Sedativa und Hypnotika liegt mit 60 Prozent auf dem gleichen hohen Niveau wie bei der Diagnose der Alkoholabhängigkeit. Patienten mit den Diagnosen der isolierten Opioid(F11.2)-, Cannabis(F12.2)- oder

Stimulantien(F15.2) -Abhängigkeit ließen sich mit prozentualen Anteilen zwischen null und 14,19 Prozent kaum vermitteln. Hier ist erst eine höhere Vermittlungsquote gegeben, wenn diese Substanzabhängigkeit mit mindestens zwei weiteren Substanzen im Sinne der Polytoxikomanie vergesellschaftet ist.

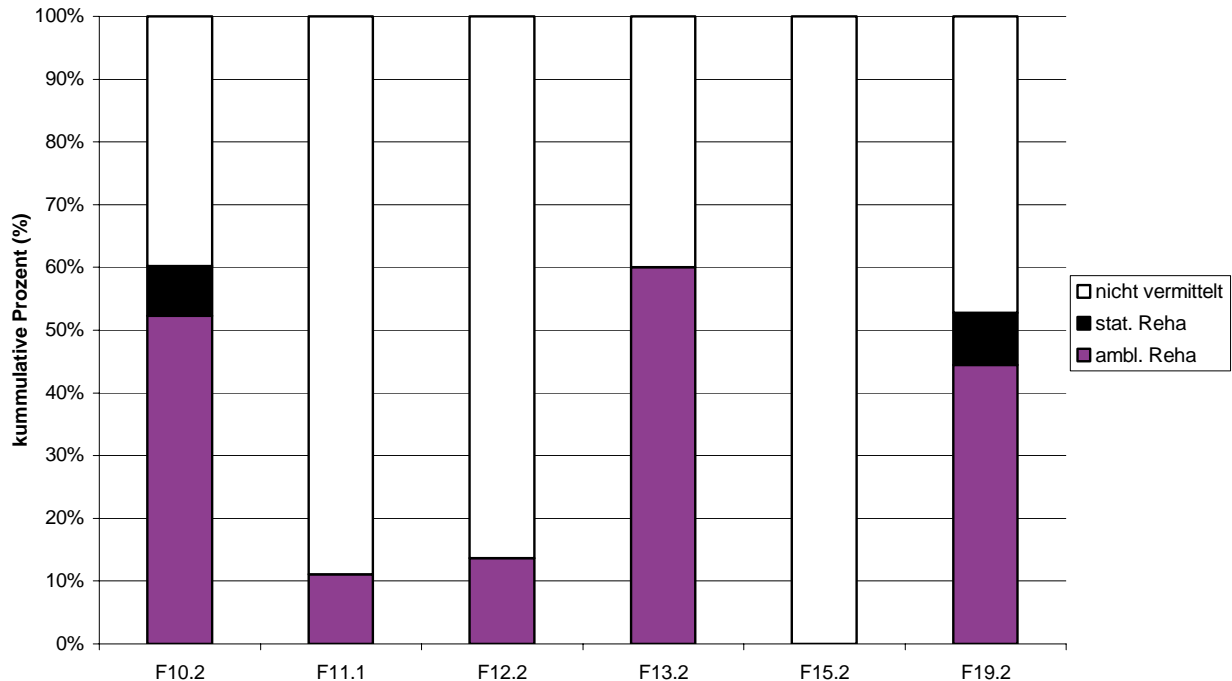


Abbildung 28. Vermittlungsquote in Abhängigkeit der Hauptdiagnose (n=269)

1.5.1.3 Vermittlungsquoten bezogen auf die einzelnen Krankenkassen

Es wurden nur Krankenkassen in die Berechnung mit eingeschlossen, die im Jahr 2007 mindestens fünf Versicherte hatten, daher bezieht sich die Abbildung nur auf n=270 Patienten.

Die Vermittlungsquote bei den AOK-Patienten (n=79) bleibt mit 53,16 Prozent knapp über dem Durchschnitt und bleibt zum Vorjahresvergleich konstant. Die DAK (n=30), BKK's (n=38), BEK (n=18) und KKH (n=10) liegen bei 50 Prozent. Zu den Spitzenreitern gehören die IKK (n=40) mit 55, die GEK mit 60 (n=10), die Privatversicherten mit 72,2 (n=11) und die HEK mit 75 Prozent (n=8). Auffallend niedrige Vermittlungsquoten sind bei der Bundesknappschaft mit 33 Prozent und der Techniker Krankenkasse mit 41 Prozent zu sehen.

In eine stationäre Rehabilitation wurden nur Patienten der Kassen AOK, DAK, HEK und IKK vermittelt, wobei die Vermittlungsquoten mit ca. 11 Prozent (DAK = 3%) relativ hoch lagen.

Auf Grund der kleinen Fallzahlen und der damit verbundenen großen Standardabweichung bleiben die Veränderungen vor allem bei der Bundesknappschaft und TK im Vergleich zum Vorjahr statistisch nicht signifikant.

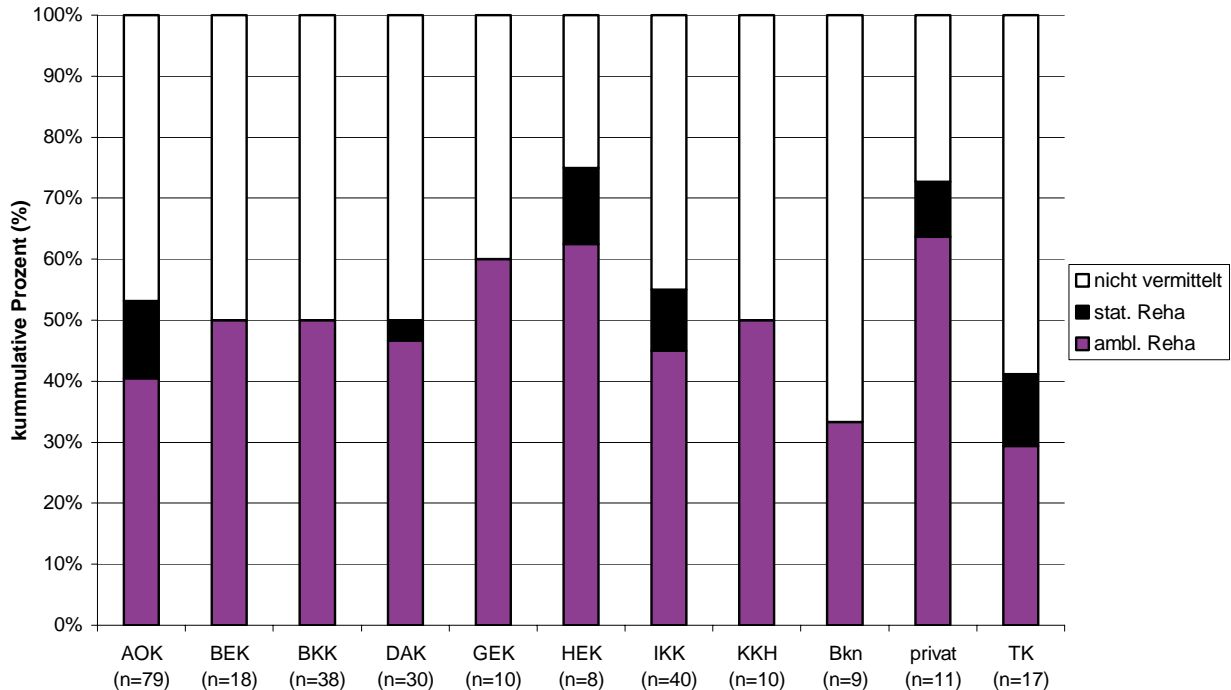


Abbildung 29. Vermittlungsquote in Abhängigkeit der Krankenkassenzugehörigkeit (n=270)

1.5.1.4 Vermittlungsquoten in Managed-Care-Programmen der Krankenkassen

Zwischen Ianua 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 und der AOK für das Saarland. Für alle Versicherten der genannten Krankenkassen gelten gemeinsame Bedingungen, zu denen das Einschreiben in ein Programm, bzw. eine besondere Zuweisung, ein festgelegtes Behandlungskonzept, eine Verlaufsmitteilung 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 187 Patienten von 273 Erstkontakten in diesem Jahr teilgenommen (68,5 Prozent der Patienten), BKK: n=38, IKK: n=40, DAK/AOK-„Integrierte Versorgung Sucht“: n=109. Damit waren doppelt so viele Patienten in einem Managed-Care Programm wie im Vorjahr. Die Vermittlungsquote beträgt 52,41 Prozent. Auf Grund der deutlich gestiegenen Fallzahlen und tendenziell prognostisch schlechteren Patienten in diesem Kollektiv als in den Vorjahren fällt der Unterschied zu den Patienten ohne eine solches Programm mit 1,3 Prozent, statistisch nicht signifikant, nur sehr gering aus.

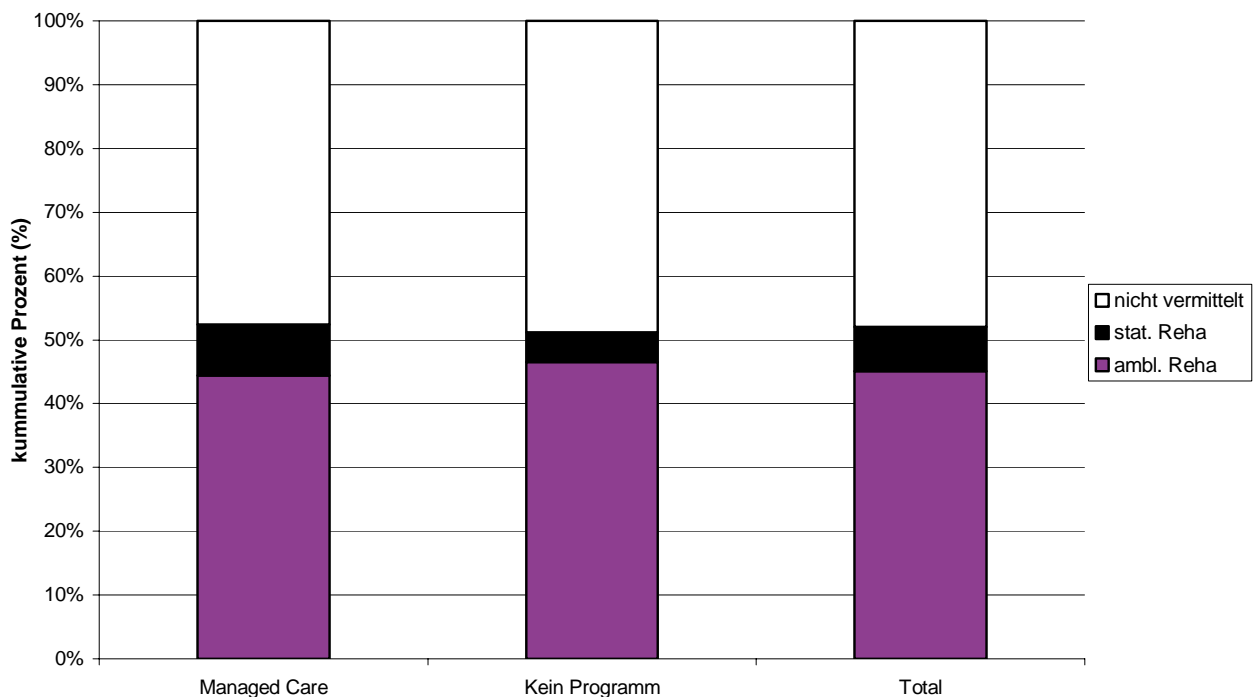


Abbildung 30. Vermittlungsquote Managed-Care vs. kein Programm (n=273)

1.5.2 Art der Beendigung der Vorbereitungsphase

Insgesamt beendeten 51,16 Prozent ihre Orientierungsphase durch eine Vermittlung in ambulante oder stationäre Suchtrehabilitationsmaßnahme. 8,8 Prozent beendeten regulär nach Beratungs-/Behandlungsplan ohne Rehabilitationsmaßnahme.

39,9 Prozent beendeten ihre Orientierungsphase unplanmäßig, wobei der größte Anteil mit 31,1 Prozent die Behandlung selbstständig ohne Einverständnis der Therapeutin oder des Therapeuten abbrach.

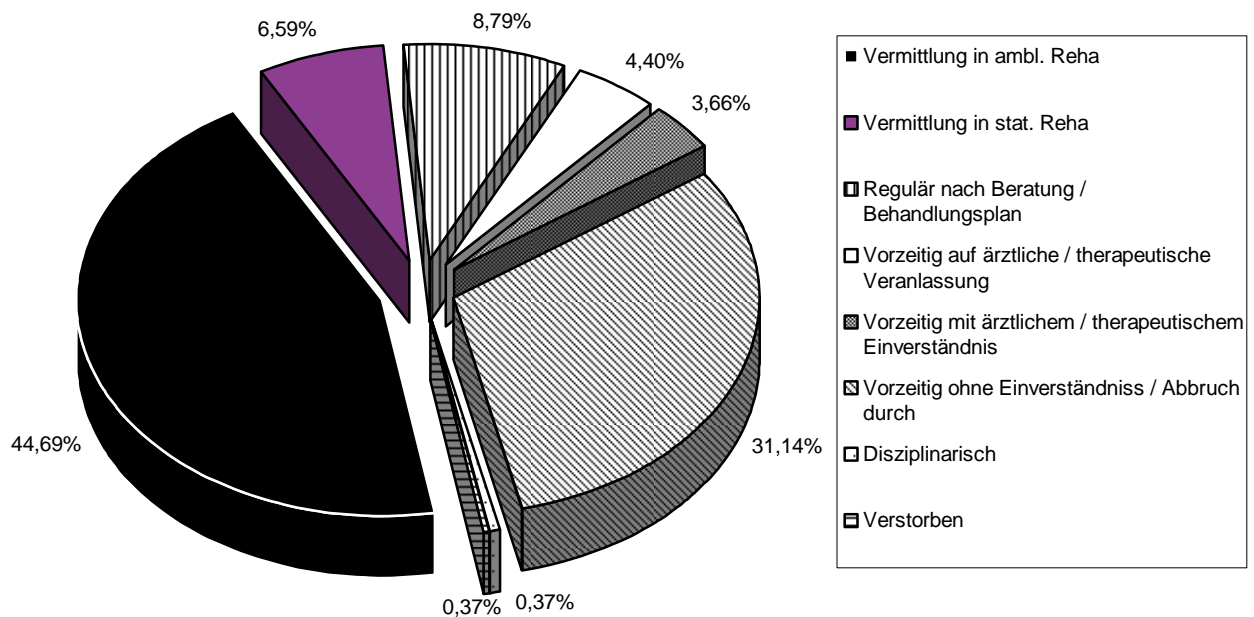


Abbildung 31. Art der Beendigung der Vorbereitungsphase 2007 (n=273)

1.5.3 Behandlungsdauer der Orientierungsphase

Bei der Betrachtung der Behandlungsdauer der Orientierungsphase werden zwei Gruppen unterschieden: die in Rehabilitation vermittelten und die nicht vermittelten. Es gehen alle Patienten ein, die im Jahr 2007 ihre Orientierungsphase bei uns beendeten (n=273). Insgesamt nahmen Patienten, die nicht vermittelt werden konnten 3,67 Leistungen und solche die vermittelt wurden 9,28 Leistungen in Anspruch. Die Arztkontakte sind dabei nicht berücksichtigt. Der deutliche Unterschied zum Vorjahr kommt durch die fehlende Hinzurechnung von Telefon- und Briefkontakten in diesem Jahr zustande. Es wurden ausschließlich in der Einrichtung erbrachte Gesprächsleistungen gewertet.

1.5.3.1 Einzeltermine in der Orientierungsphase

In der Orientierungsphase 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 2,16 Einzelgesprächen teil und vermittelte Patienten an 4,27 Einzelgesprächen. 95 Prozent aller Nichtvermittelten haben ein bis fünf Einzelgespräche in Anspruch genommen, keiner mehr als neun. Bei den erfolgreich vermittelten Patienten liegt der 95 Prozentbereich bei einem bis sieben Gespräche, maximal wurden 9 Einzelgespräche wahrgenommen. 3,76 Prozent der nicht vermittelten Patienten haben kein Einzelgespräch wahrgenommen, sondern nur eine oder mehrere Orientierungsgruppentermine wahrgenommen.

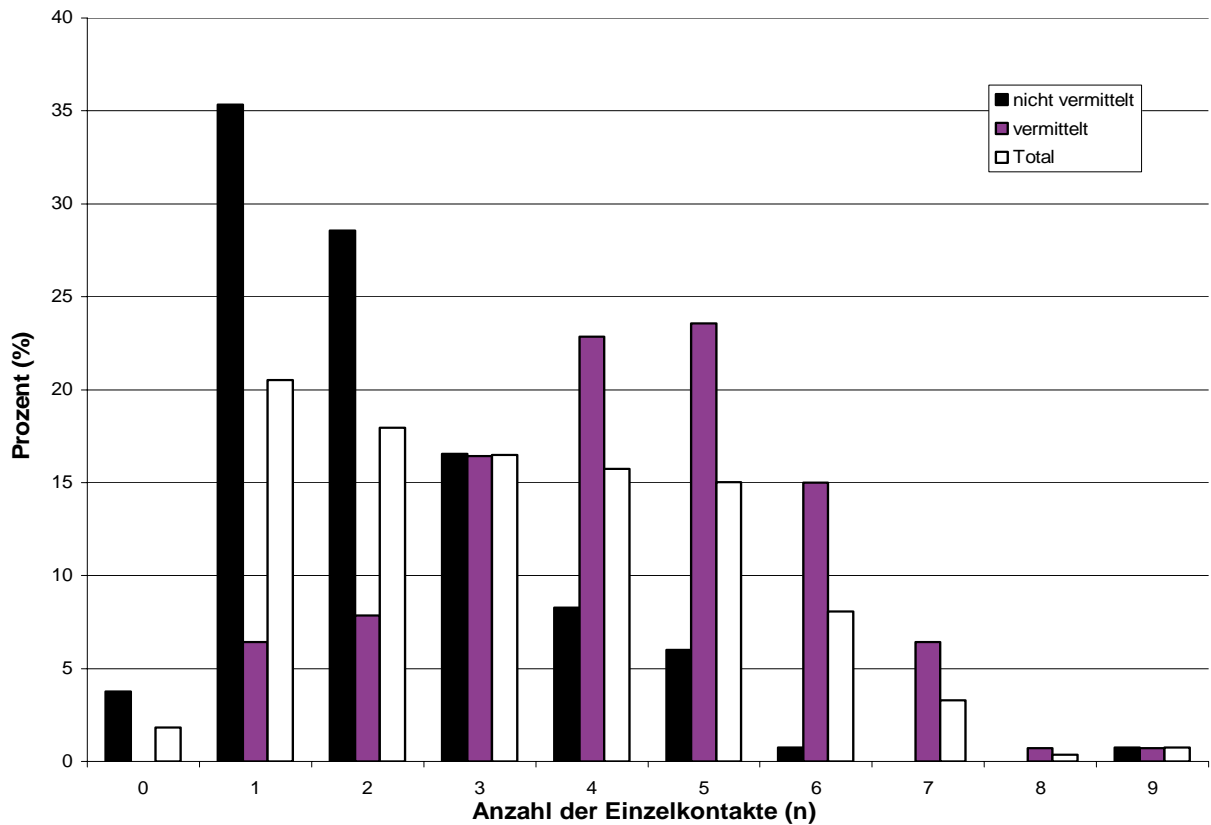


Abbildung 32. Anzahl der Einzelkontakte in der Orientierungsphase (n=273)

1.5.3.2 Gruppentermine (Orientierungsgruppe) in der Orientierungsphase

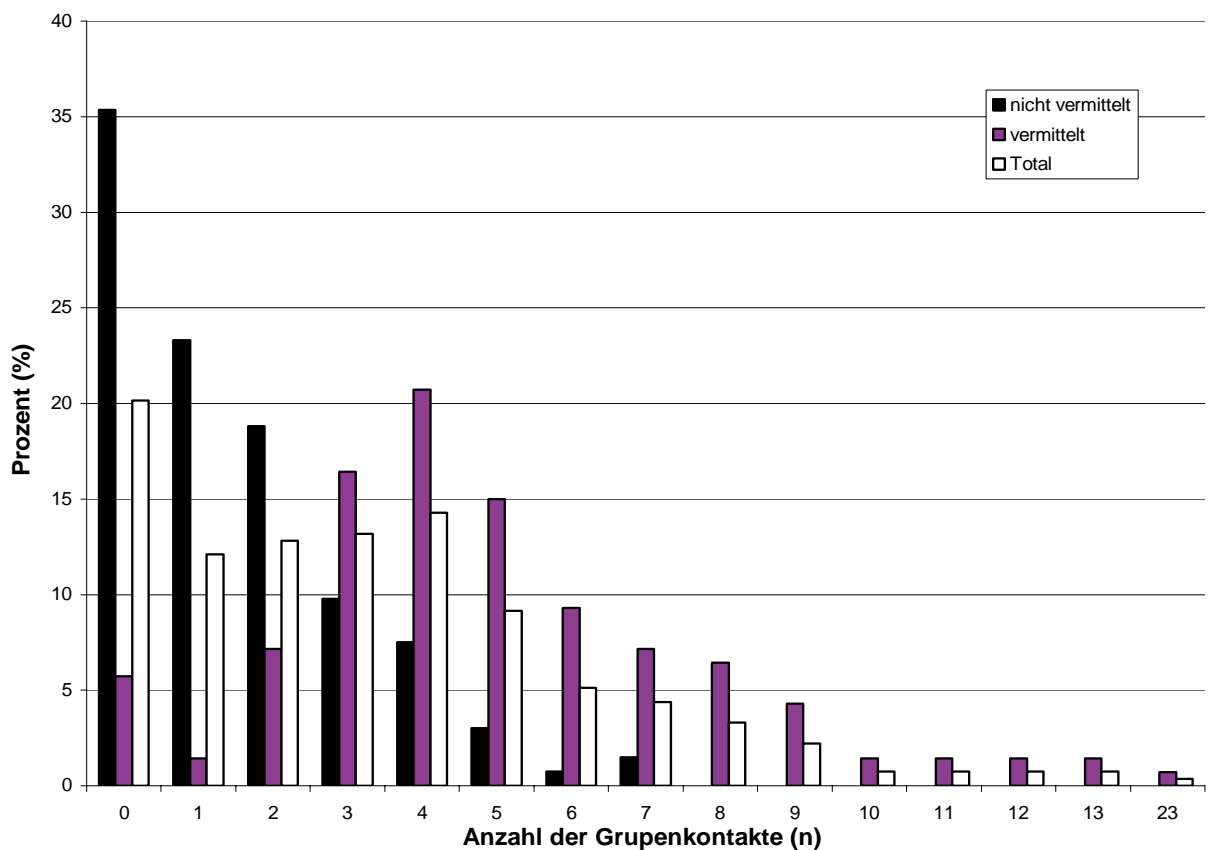


Abbildung 33. Anzahl der Gruppenkontakte in der Orientierungsphase (n=273)

Von den nicht vermittelten Patienten nahmen 64 Prozent mindestens einmal an einer Orientierungsgruppe teil. Im Mittel lag die Teilnahme bei 1,5 Gruppensitzungen und nur 5,26 Prozent besuchten mehr als vier Orientierungsgruppen. Bei den vermittelten Patienten, liegt der Mittelwert bei 5 Gruppensitzungen. Maximal wurden einmalig 23 Sitzungen in Anspruch genommen bis der Patient seine weiterführende Therapie antrat.

1.5.3.3 Behandlungszeitraum (Tage) in der Orientierungsphase

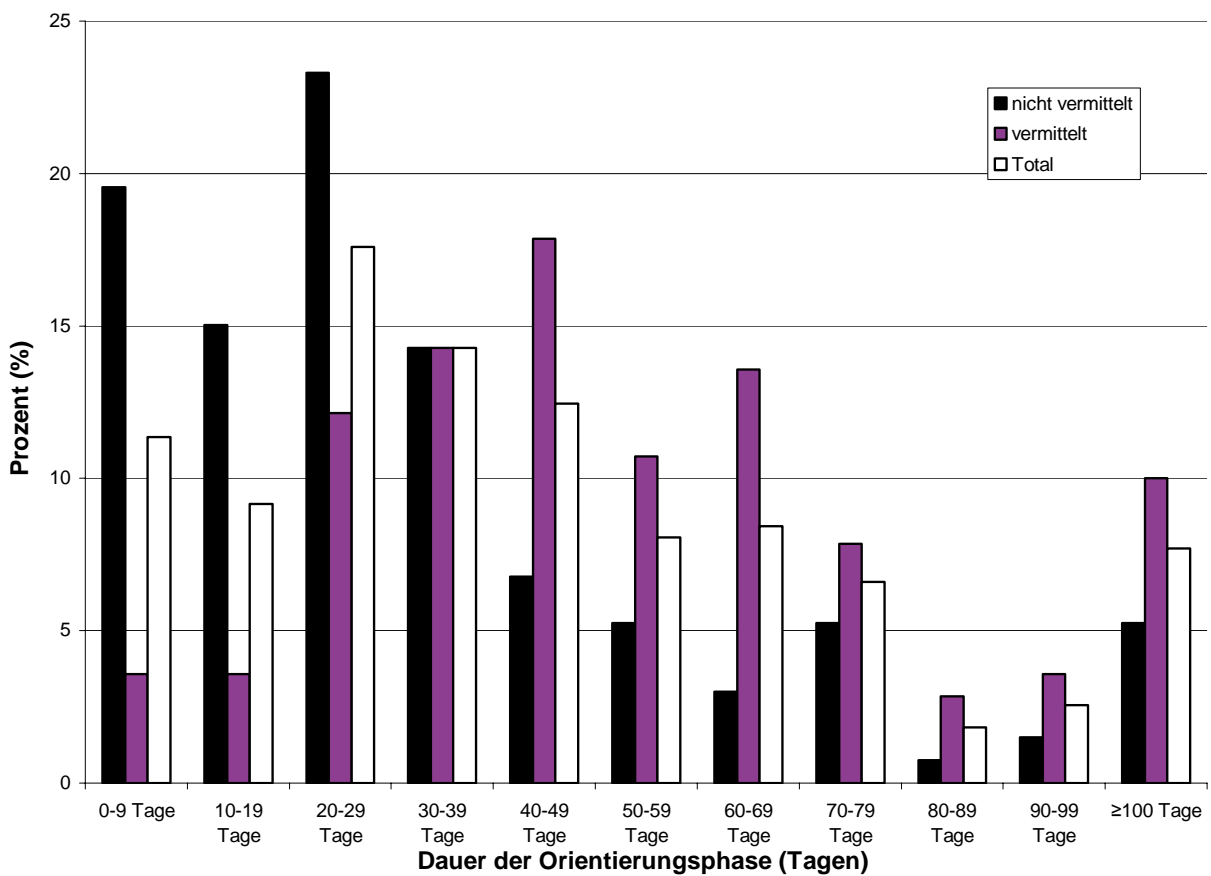


Abbildung 34. Behandlungsdauer der Orientierungsphase in Tagen bezogen auf die Vermittlung in Rehabilitation (n=257)

Patienten, die nicht vermittelt wurden, waren 35,7 Tage in der Orientierungsphase und 57,9 Prozent waren kürzer als 30 Tage in Behandlung. Im Vergleich zum Vorjahr ist das eine fast 10 Tage längere Dauer ohne statistische Signifikanz. 61,9 Prozent der in eine Rehabilitationsmaßnahme vermittelten Patienten waren länger als 30 Tage in Behandlung, im Durchschnitt 59,36 Tage.

	nicht vermittelt	vermittelt	Total
n	133	140	273
MW	35,77	59,36	47,86
STD	39,61	49,58	46,44
95%-Quantil (Tagen)	109	117,2	118,2
50%-Quantil (Tagen)	26	49	36

2. Patienten in ambulanter Rehabilitation

Im Jahr 2007 waren insgesamt 193 Patienten in ambulanter Rehabilitation 126 Männer und 67 Frauen. 104 begannen ihre Behandlung in 2007 und ebenso viele beendeten diese. Am Jahresende 2007 waren noch 89 Patienten in einer laufenden ambulanten Rehabilitationsmaßnahme bei lanua G.P.S. mbH. Diese Auswertung bezieht sich auf alle Patienten, die Ihre ambulante Suchtrehabilitationsmaßnahme bei lanua G.P.S. mbH im Jahr 2007 beendeten (n=104). Die Missingquote liegt hier bei null Prozent.

2.1 Leistungsträger und Überweisungskontext

2.1.1 Leistungsträger der Rehabilitationsbehandlung

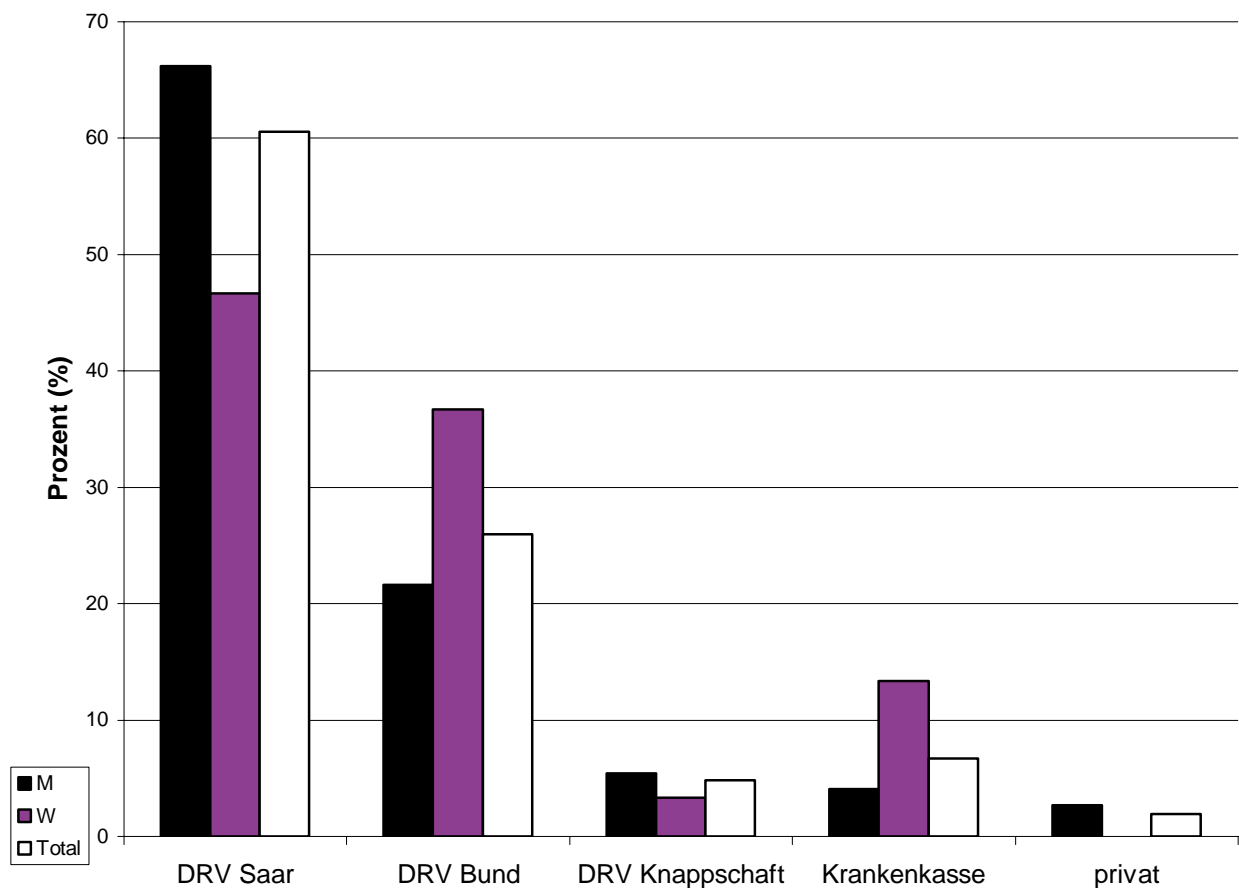


Abbildung 35. Leistungsträger der Rehabilitationsbehandlung (n=104)

Bei den Rehabilitationsbehandlungen tragen die Rentenversicherungsträger mit 93,2 Prozent bei den Männern und 86,6 Prozent bei den Frauen den überwiegenden Teil der Leistungen. Die Deutsche Rente Bund hat bei den Männern einen Anteil von 21,6 Prozent, bei den Frauen sind es 36,6 Prozent. Die Deutsche Rente Saar kommt bei den Männern auf 66,2 Prozent und bei den Frauen auf 46,6 Prozent. Bei den Männern

entfallen darüber hinaus 5,4 Prozent auf die Deutsche Rente Knappschaft und 4,1 Prozent auf die Krankenkassen. Die Deutsche Rente Knappschaft ist als Leistungsträger bei den Frauen mit 3,3 Prozent vertreten, die Krankenkassen mit 13,3 Prozent.

2.1.2 Art der Vermittlung

75,9 Prozent der Rehabilitationspatienten wurden von Vertragsärzten vermittelt. Auch die übrigen Anteile verhalten sich wie bei den Beratungspatienten. Dies spiegelt die starke und erfolgreiche Vernetzung der Rehabilitationseinrichtung mit dem Bereich der kassenärztlichen Versorgung der Region wieder. Dies ist nicht nur auf die jahrelange intensive Zusammenarbeit mit der psychiatrische Praxis Steffen in Saarlouis sondern darüber hinaus auf den Aufbau der Integrierten Versorgung Abhängigkeitskranker zurückzuführen. 9,6 Prozent der Patienten kommen ohne vermittelnde Instanz, sie haben unser Angebot selbstständig, vor allem über das Internet, gefunden. 4,8 Prozent der Rehabilitationspatienten werden von den umliegenden Krankenhäusern vermittelt. Nur 1,92 Prozent der Patienten kommen aus stationären Rehabilitationseinrichtungen. Suchtberatungsstellen sind mit einem Vermittlungsanteil von 0,96 Prozent an den Rehabilitationspatienten vernachlässigbar.

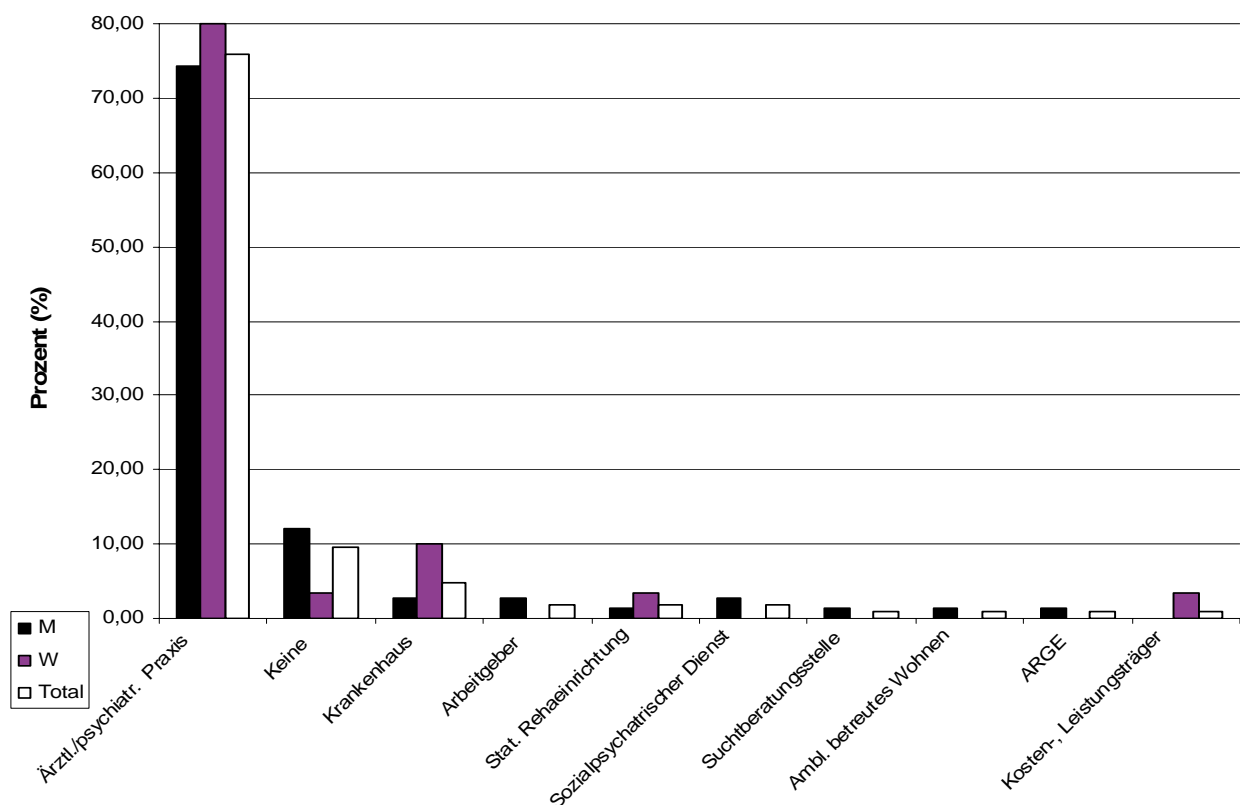


Abbildung 36. Vermittelnde Instanz (Reha) (n=104)

2.1.3 Hauptdiagnose (Indikationsstellung)

Die Alkoholabhängigkeit (F10.2) macht mit 75 Prozent die größte Hauptdiagnose aus. Die Polytoxikomanie / andere psychotrope Substanzen (F19.2) ist mit 13,46 Prozent die zweitgrößte Indikationsstellung. Der deutlich niedrigere Anteil im Vergleich zum Vorjahr beruht auf den Kodierungsschwierigkeiten bzw. dessen Umstellung im neuen Deutschen Kerndatensatz Sucht. Es folgt die Abhängigkeit von Cannabis (F12.2) mit 6,7 Prozent, von Sedativa und Hypnotika (F13.2) mit 2,8 Prozent, sowie Kokain und Analgetika mit 1 Prozent.

2.1.3.1 Hauptdiagnose in Bezug auf das Geschlecht

Die Alkoholabhängigkeit (F10.2) ist bei den Frauen mit 76,6 Prozent ebenso häufig vertreten wie bei den Männern mit 74,3 Prozent. Ebenso existiert kein geschlechtsspezifischer Unterschied bei der Diagnose der Polytoxikomanie (F19.2) mit 16,6 Prozent bei den Frauen und 12,1 Prozent bei den Männern.

Geschlechtsspezifische Unterschiede muten bei den restlichen Diagnosen an, können auf Grund der kleinen Fallzahl allerdings nicht sicher statistisch quantifiziert werden.

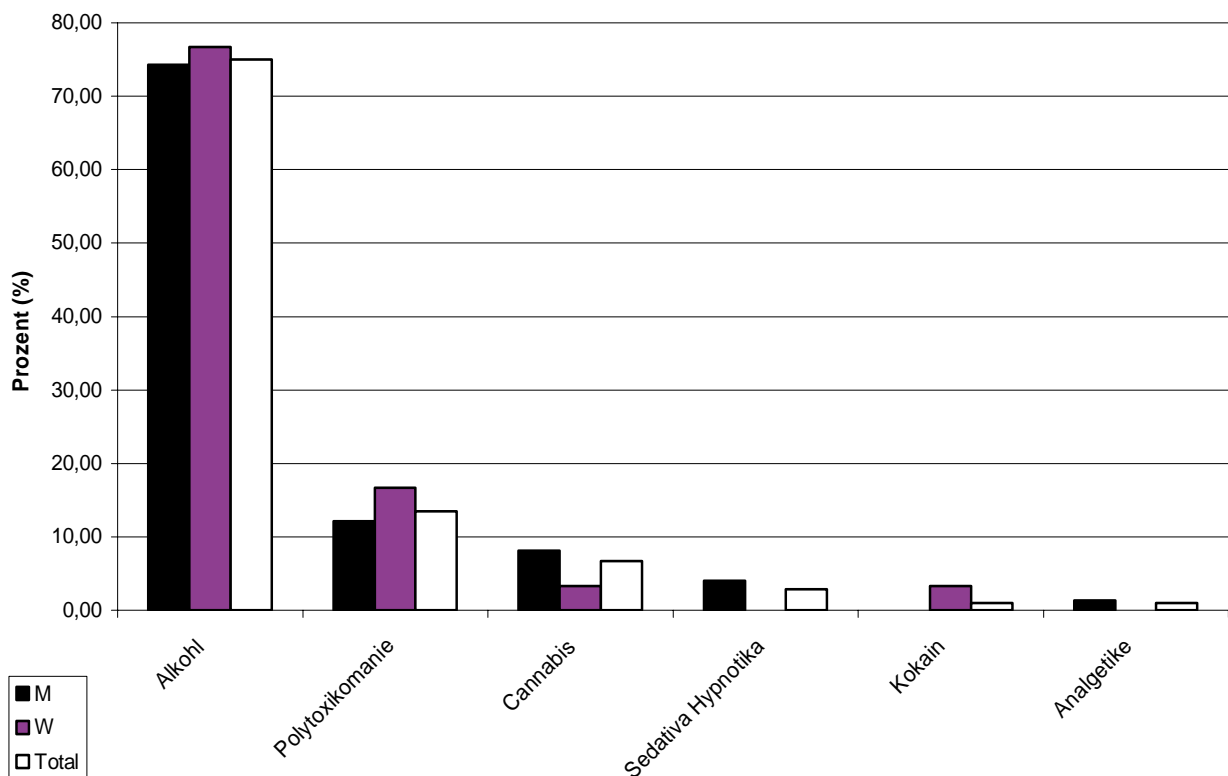


Abbildung 37. Hauptdiagnose / Geschlecht (Reha) (=104)

2.1.3.2 Hauptdiagnose in Bezug auf das Alter

Der Altersgipfel bei der Hauptdiagnose der Alkoholabhängigkeit liegt zwischen 35 und 54 Jahren, der Mittelwert bei 46,7 Jahren. Die zahlenmäßig zweitstärkste Hauptdiagnose der Polytoxikomanie ist mit einem mittleren Alter von 35,67 Jahren und einem Altersgipfel zwischen 20 und 44 Jahren mit deutlich jüngeren Patienten vertreten. Die Gruppe der Abhängigen von Sedativa und Hypnotika ist mit durchschnittlich 51 Jahren die älteste. Die Cannabisabhängigen sind mit 29,1 Jahren im Durchschnitt die jüngsten.

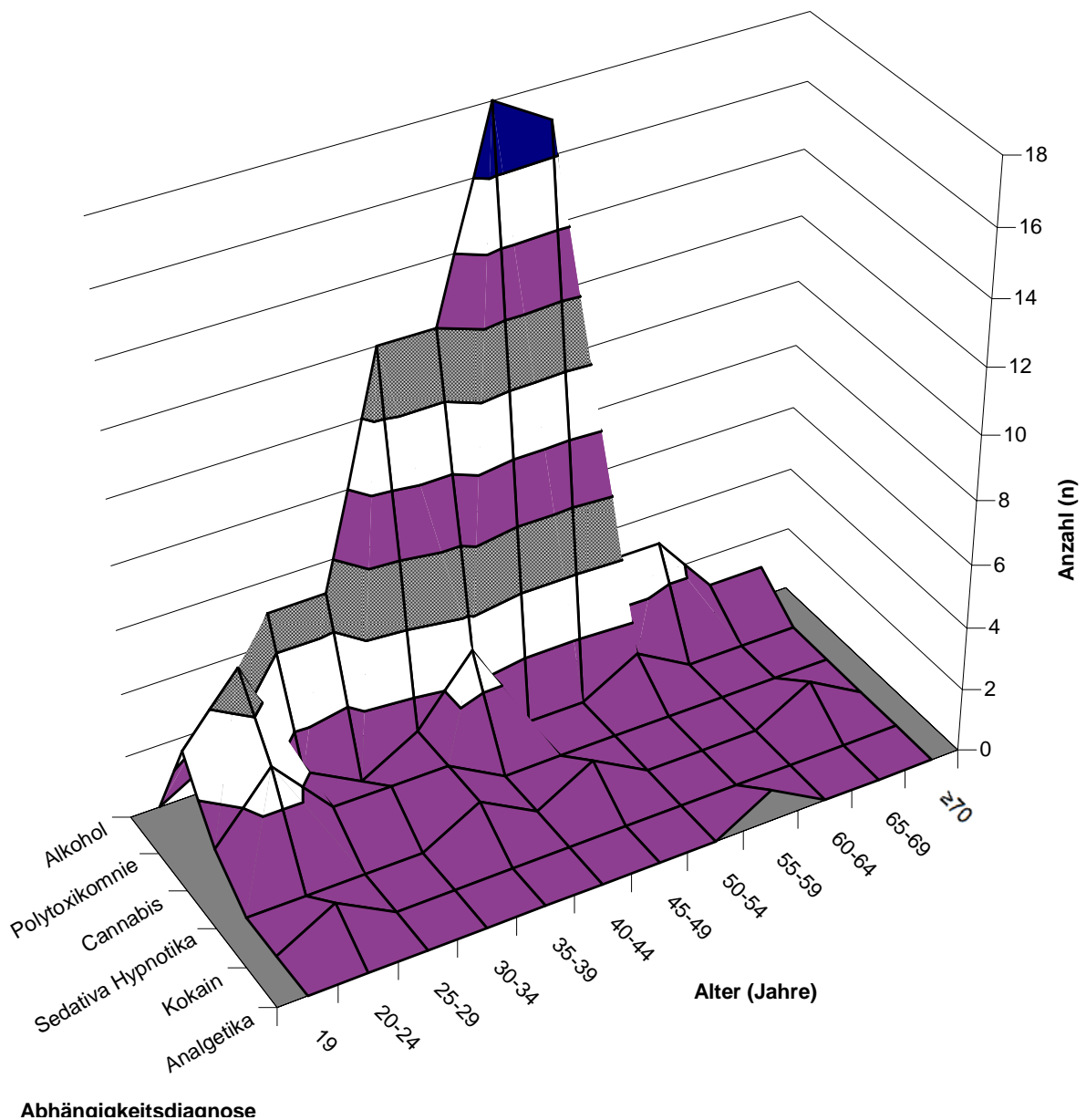


Abbildung 38. Hauptdiagnose in Bezug auf das Alter der Rehabilitationspatienten (n=104)

2.2 Patientenmerkmale

2.2.1 Alter

Das Durchschnittsalter aller Patienten beträgt 43,12 Jahre, das Minimum liegt bei 19, das Maximum bei 73 Jahren. Das Durchschnittsalter der Männer beträgt 43,3 Jahre, das der Frauen 42,6 Jahre. Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede in diesem und im Vergleich zum Vorjahr.

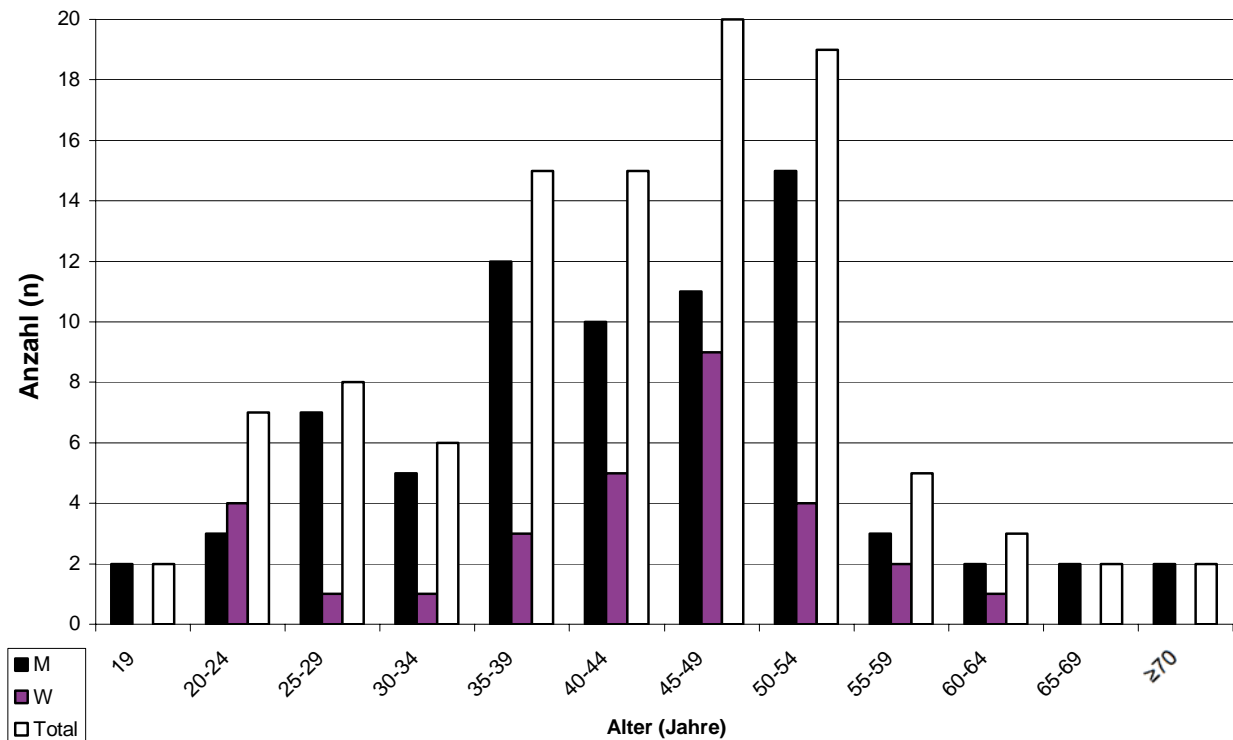


Abbildung 39. Altersverteilung der Patienten (Reha) (n=104)

2.2.2 Geographische Herkunft

58,6 Prozent der Patienten wohnen im Landkreis Saarlouis, 23,1 Prozent in der Stadt Saarlouis, die Sitz der Einrichtung ist. Die restlichen 35,8 Prozent kommen aus den angrenzenden Ortschaften Bous, Dillingen, Ensdorf, Lebach, Rehlingen-Siersburg, Saarwellingen, Schwalbach, Schwarzenholz, Wadgassen, Wallerfangen und Überherrn. 26,9 Prozent der Patienten kommen aus dem Landkreis Merzig-Wadern und aus Völklingen. 12,4 Prozent wohnen mehr als 30 km von der Einrichtung entfernt, sie kommen aus der Stadtverband Saarbrücken und den Kreisen Homburg und St. Wendel. In den grenznahen Ortschaften in Frankreich wohnen 1,9 Prozent unserer Patienten. Zur besseren Übersicht sind in der Abbildung nur Ortschaften aufgeführt, aus denen mindestens drei Patienten kommen.

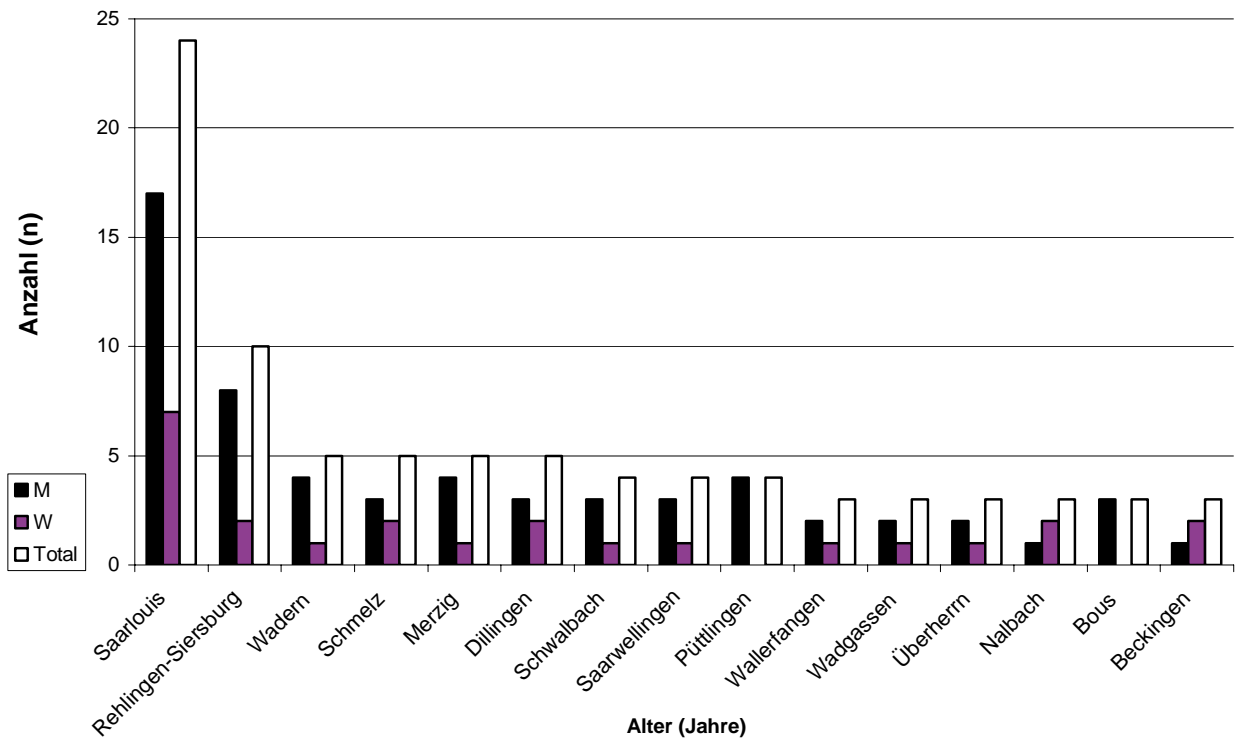


Abbildung 40. Geographische Herkunft (n=84)

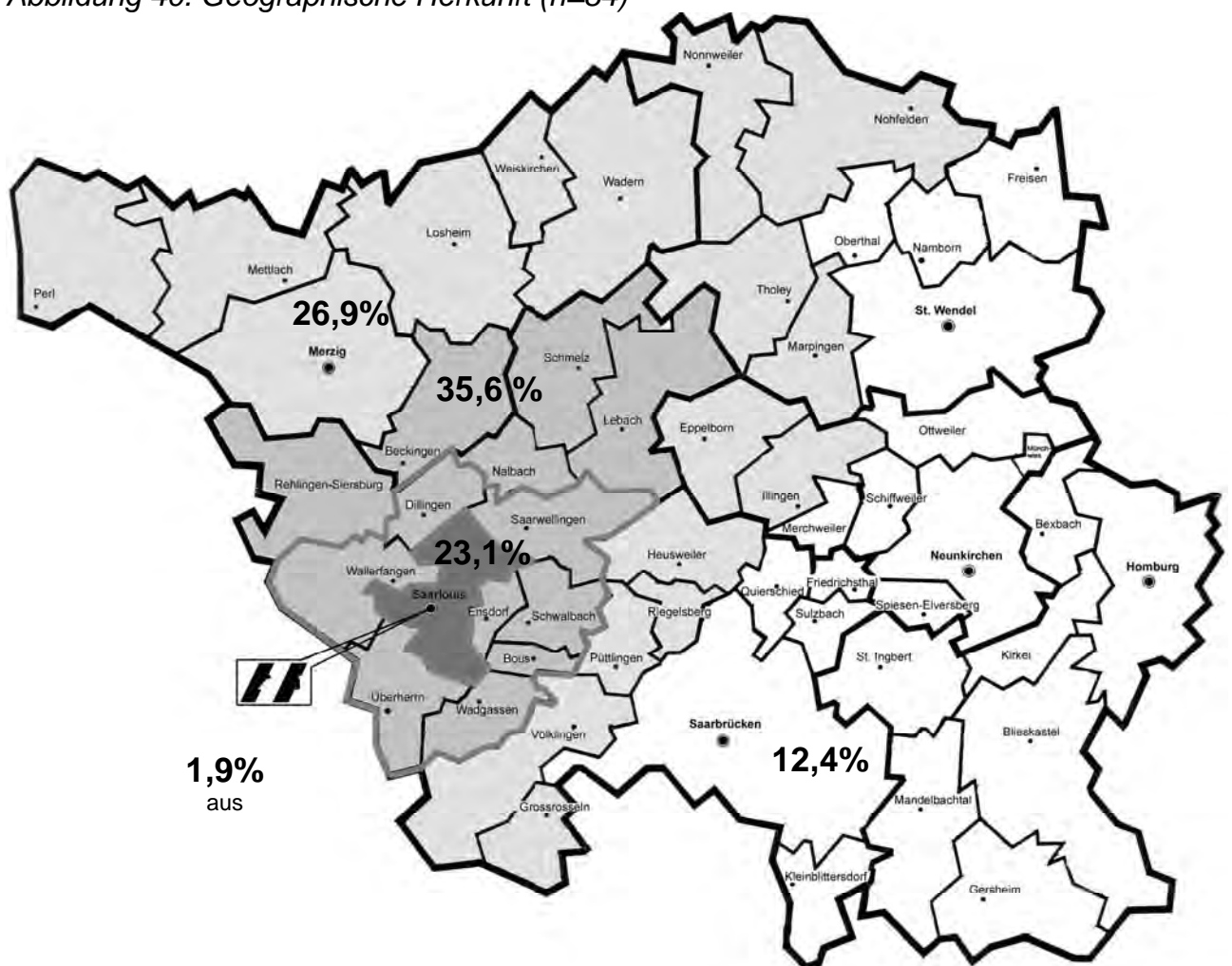


Abbildung 41. Saarländerkarte mit den Haupteinzugsgebieten der Einrichtung (n=104)

2.2.3 Familienstand

Unter den Rehabilitationspatienten sind 38,5 Prozent verheiratet und leben mit ihrem Partner zusammen. 7,7 Prozent sind verheiratet, leben aber getrennt, 19,2 Prozent sind geschieden und 2,8 Prozent verwitwet. 31,7 Prozent der Rehabilitationspatienten geben an, ledig zu sein, 39,2 Prozent der Männer und 13,3 Prozent der Frauen. Das ist im Vergleich zum Vorjahr eine zehnpromtente Steigerung der Quote lediger Patienten.

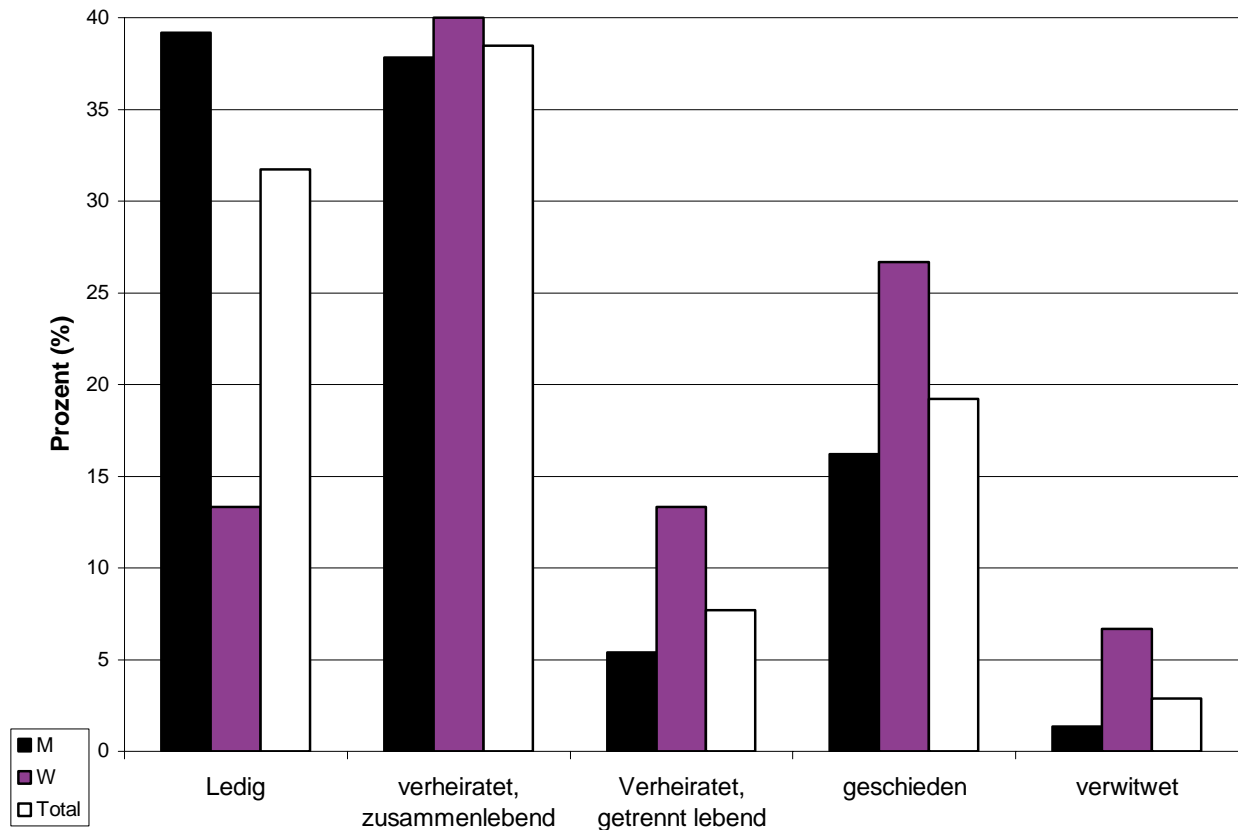


Abbildung 42. Familienstand zu Beginn der Therapie (n=104)

2.2.4 Partnersituation

Eine feste Beziehung geben 60,6 Prozent der Patienten an, 4,6 Prozent mehr als unter den Vorbereitungs-/Beratungspatienten. In einer zeitweiligen Beziehung befinden sich 3,8 Prozent und 32,7 Prozent sind alleinstehend. Alle Rehabilitationspatienten machten zu dieser Frage eine Angabe.

88,5 Prozent der Patienten leben selbstständig in einer eignen Wohnung und 10,5 Prozent bei anderen Personen (meist bei den Eltern). Ein Patient befand sich während der Suchtrehabilitationsbehandlung in einem ambulanten betreuten Wohnen.

Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Rehabilitations- und Vorbereitungspatienten, Beginn und Ende der Rehabilitation sowie den Vorjahren.

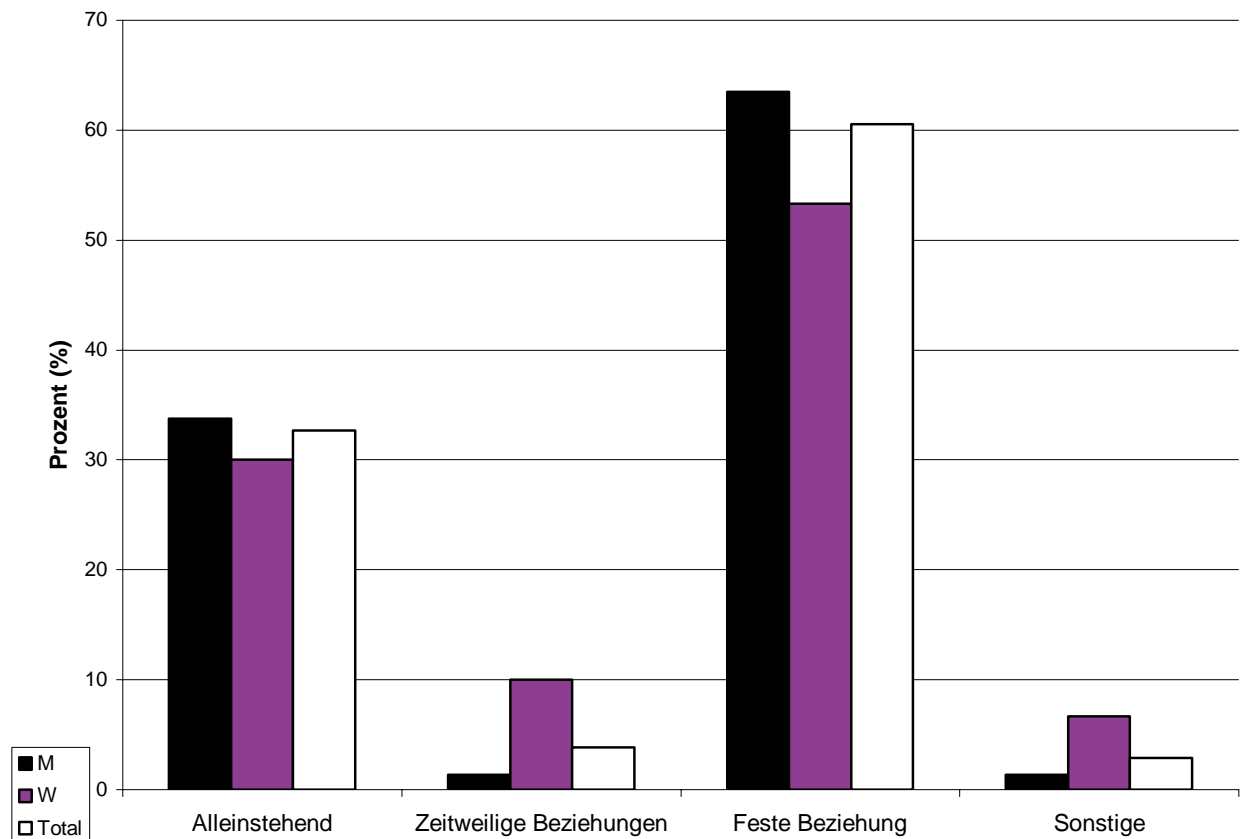


Abbildung 43. Partnersituation (n=104)

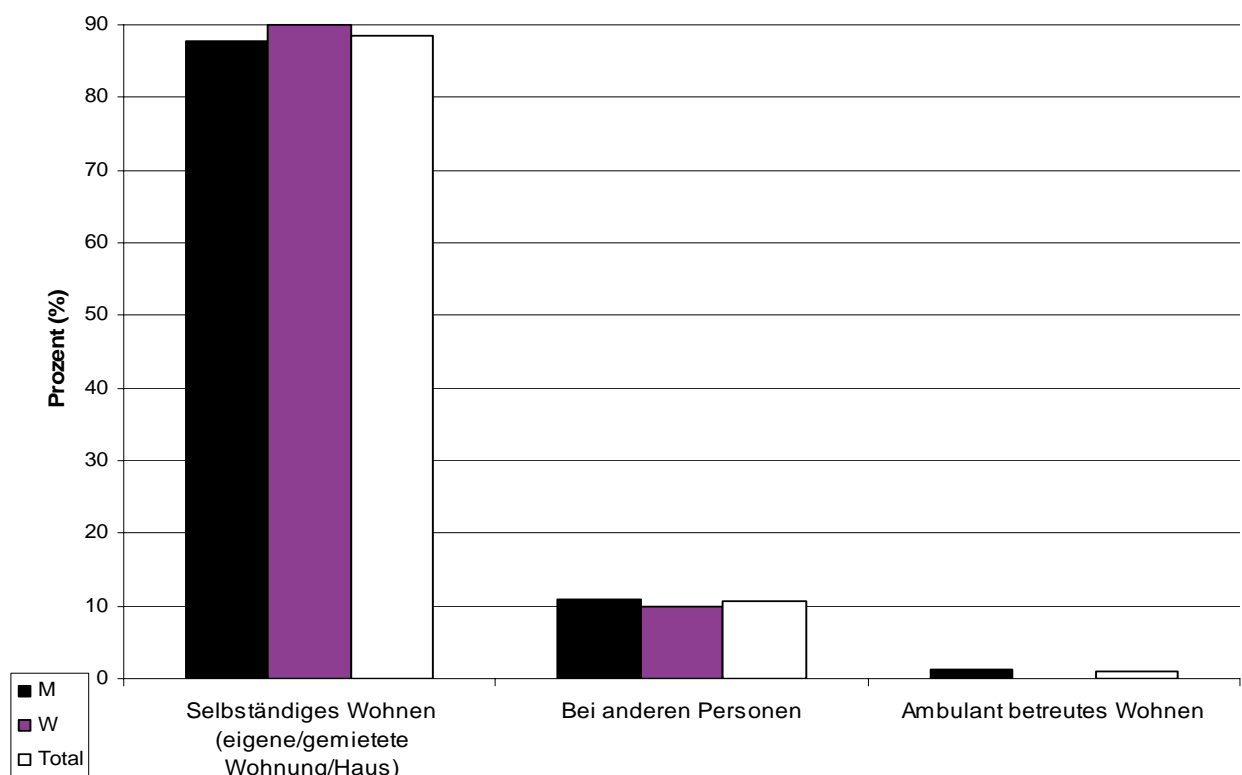


Abbildung 44. Wohnsituation (n=104)

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 Höchster Ausbildungsabschluss/Schulabschluss

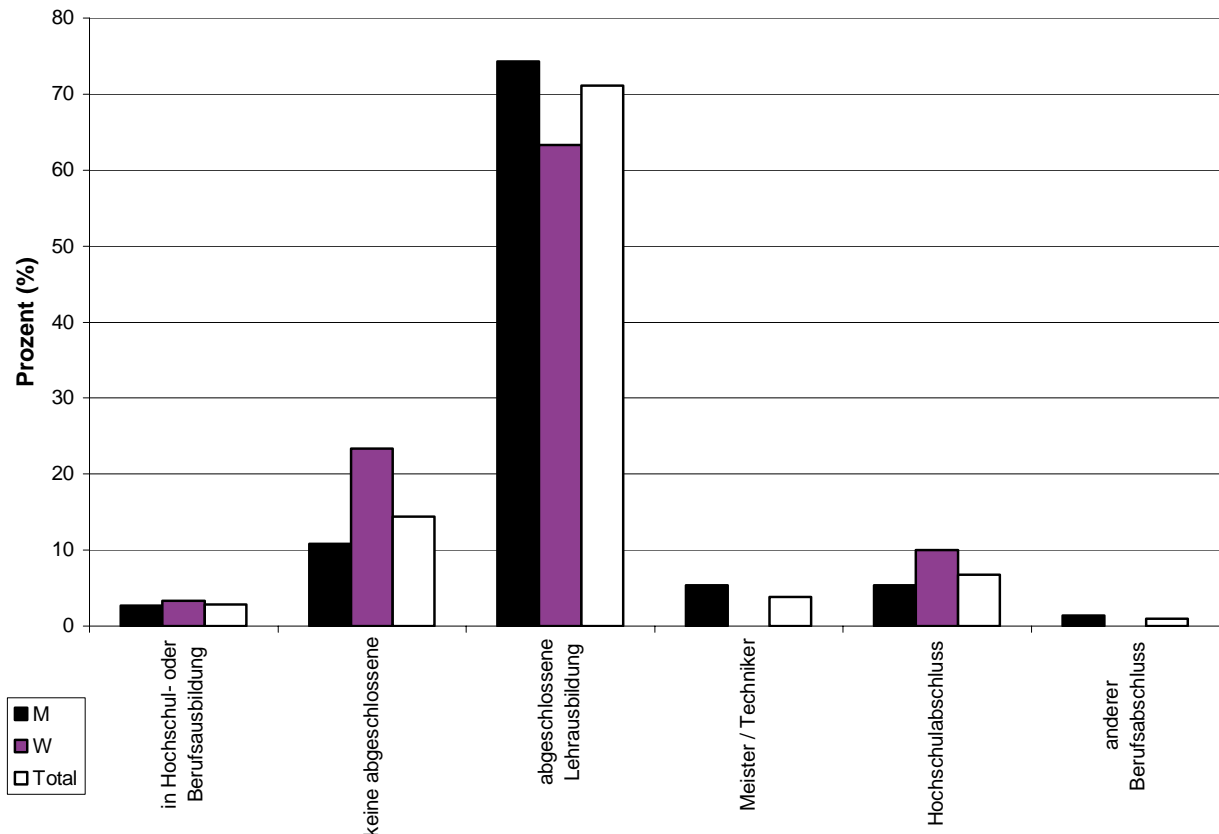


Abbildung 45. Höchster Ausbildungsabschluss (n=104)

71,5 Prozent der Patienten haben eine abgeschlossene Lehre, dies entspricht einem nicht signifikanten Zuwachs von 10 Prozent im Vergleich zur Orientierungsphase. 6,7 Prozent einen Hochschulabschluss (m=5,4% vs. w=10%) und 3,85 Prozent einen Meisterbrief (m=5,4% vs. w=0%). Ohne abgeschlossene Ausbildung sind 23,3 Prozent der Frauen und 10,8 Prozent der Männer. Dieser Unterschied ist allerdings nicht mehr wie in der Orientierungsphase signifikant.

61,5 Prozent der Patienten haben erreichten den Hauptschulabschluss, 23,08 Prozent einen Realschulabschluss und 10,58 Prozent haben (Fach-) Abitur. Ohne Schulabschluss sind 2,88 Prozent der Patienten. Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede und alle Patienten machten Angaben zu diesem Item.

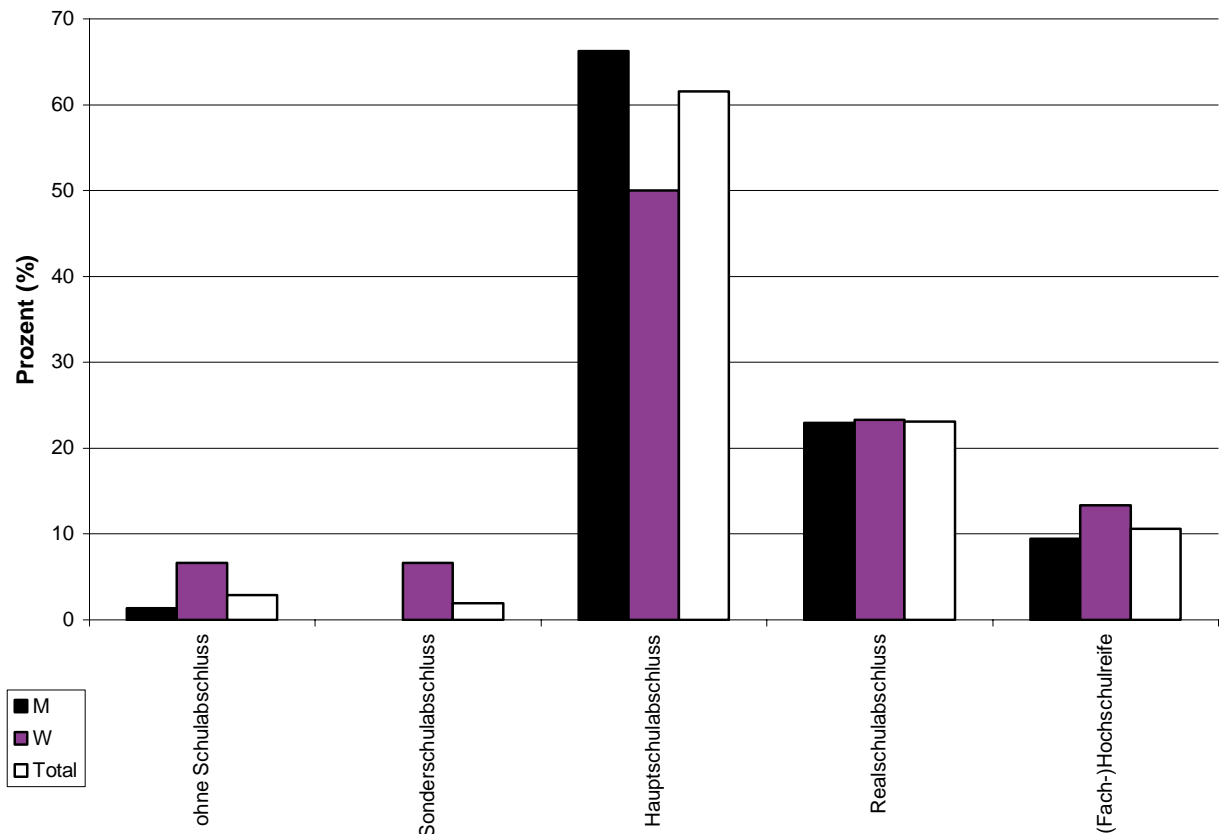


Abbildung 46. Höchster Schulabschluss (n=104)

2.3.2 Erwerbstätigkeit

Bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ist die Wiederherstellung bzw. Sicherung der Erwerbsfähigkeit von besonderer Bedeutung.

Zu Beginn sind 60,1 Prozent der Männer und 40 Prozent der Frauen in einem Beschäftigungsverhältnis, am Ende 63,5 Prozent der Männer und 46,6 Prozent der Frauen. Dies entspricht einem prozentualen Zuwachs um 3,8 Prozent. Ebenfalls steigt die Quote der Selbstständigen um zwei Prozent von 3,8 auf 5,7 Prozent. Der Anteil der Rentnerinnen und Rentner bleibt mit 6,7 Prozent stabil. Der Bezug von Arbeitslosengeld I fällt im Laufe der Rehabilitation um zwei Prozent auf 6,7 Prozent und von Arbeitslosengeld II um drei Prozent auf 10,5 Prozent. Dieser Abfall ist der Änderung der Arbeitslosenquote bei den Männern von 20,2 auf 12,1 Prozent zuzuschreiben, die der Frauen stieg leicht um drei Prozent. Ebenfalls sind vier Prozent weniger Frauen zum Ende der Behandlung Hausfrau.

Es zeigt sich also, dass während der Rehabilitation mehr Patienten in ein Beschäftigungsverhältnis gebracht werden konnten. Allerdings ist dieser Zuwachs statistisch nicht signifikant.

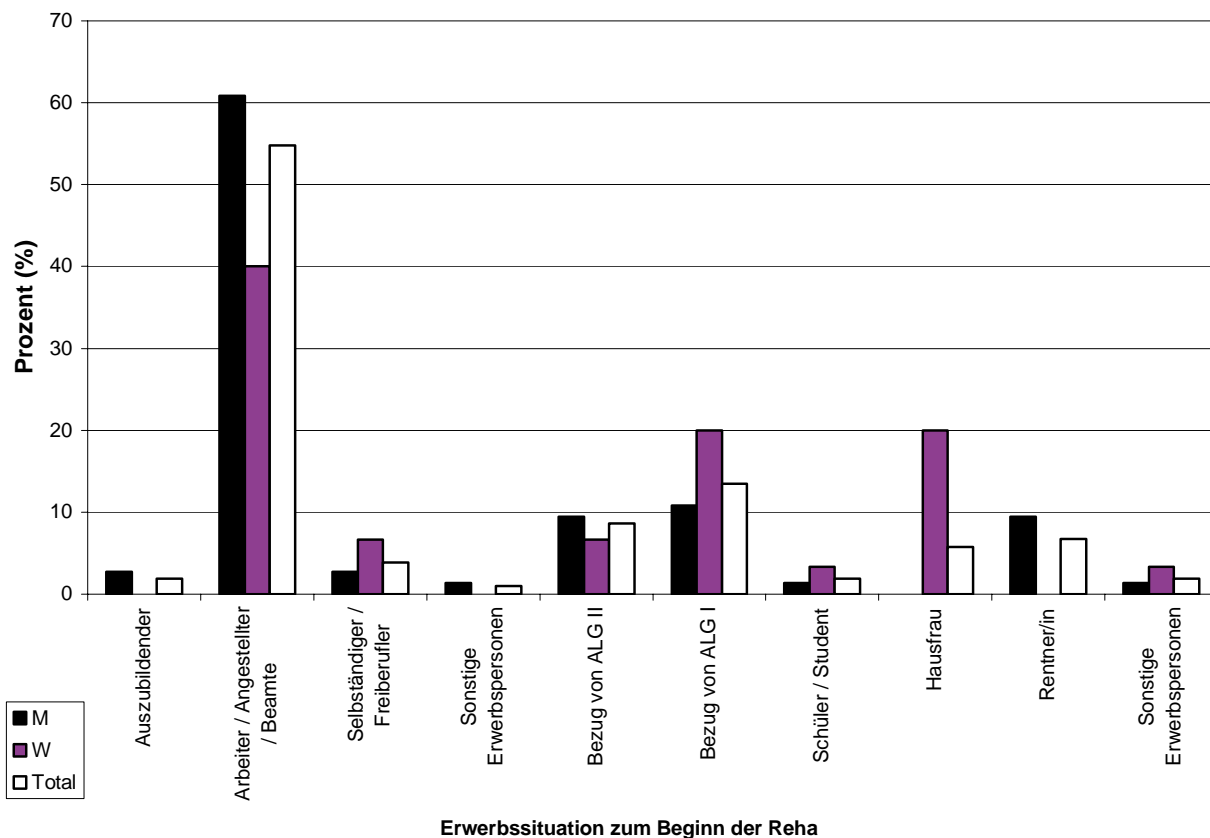


Abbildung 47. Erwerbssituation zum Beginn der Rehabilitation (n=104)

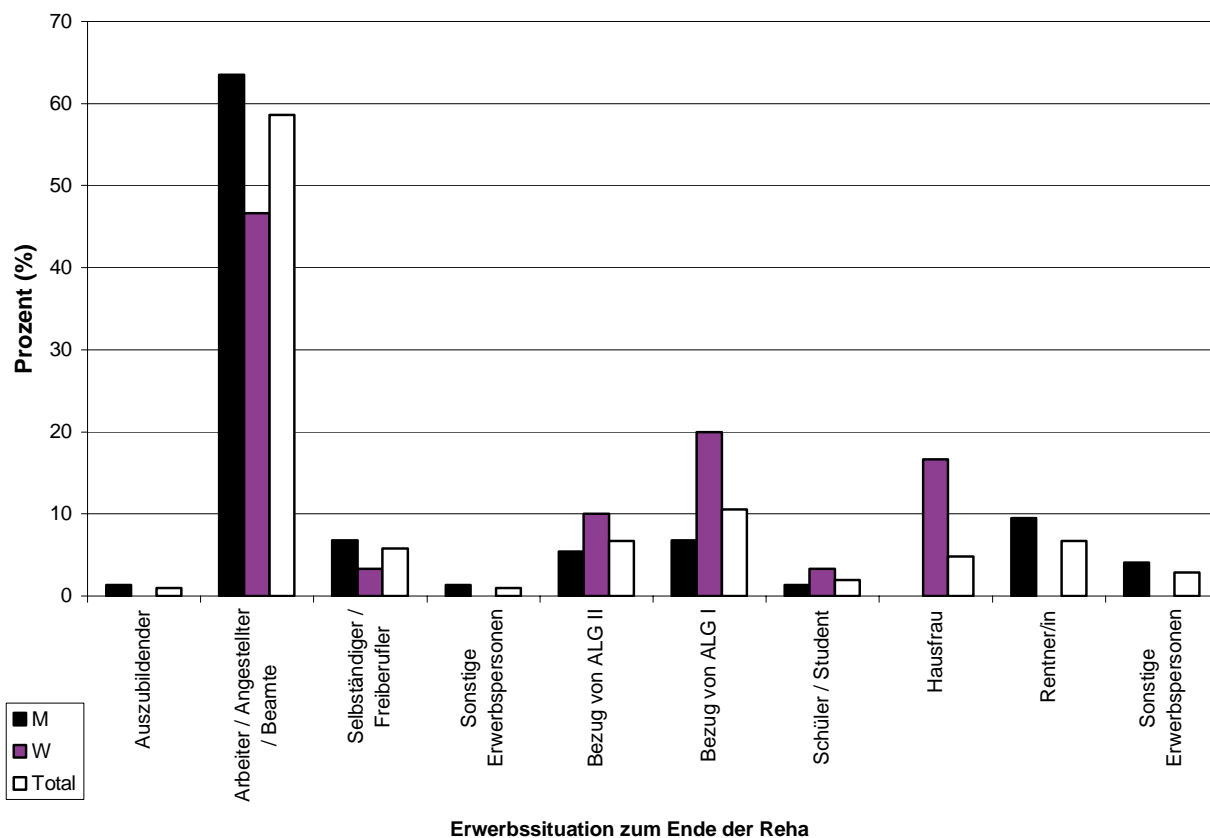


Abbildung 48. Erwerbssituation zum Ende der Rehabilitation (n=104)

2.3.3 Lebensunterhalt und problematische Schulden

56,7 Prozent der Patienten bestreiten ihren Lebensunterhalt zu Beginn der Suchtrehabilitation hauptsächlich aus eigenem Einkommen (m=64,8% vs. w=36,6%). Zum Ende sind es immerhin 70,3 Prozent der Männer und 43,3 Prozent der Frauen. Der niedrigere Anteil unter den Frauen gleicht sich durch den größeren Anteil an der Finanzierung durch den oder die Angehörigen von ~21 Prozent (vs. m=2,7%) wieder aus. 24,4 Prozent der Patienten bestreiten zu Beginn ihren Lebensunterhalt durch Arbeitslosengeld I oder II, am Ende sind es nur noch 20,2 Prozent. 6,7 Prozent finanzieren sich über ihre Rentenzahlungen. Einkommen aus der Sozialhilfeversicherung, Krankengeld, Vermögen oder unregelmäßiges Einkommen spielen kaum eine Rolle. Trotz eines Trends den Lebensunterhalt am Ende der Rehabilitation tendenziell selbst zu bestreiten, bleiben diese Änderungen statistisch nicht signifikant.

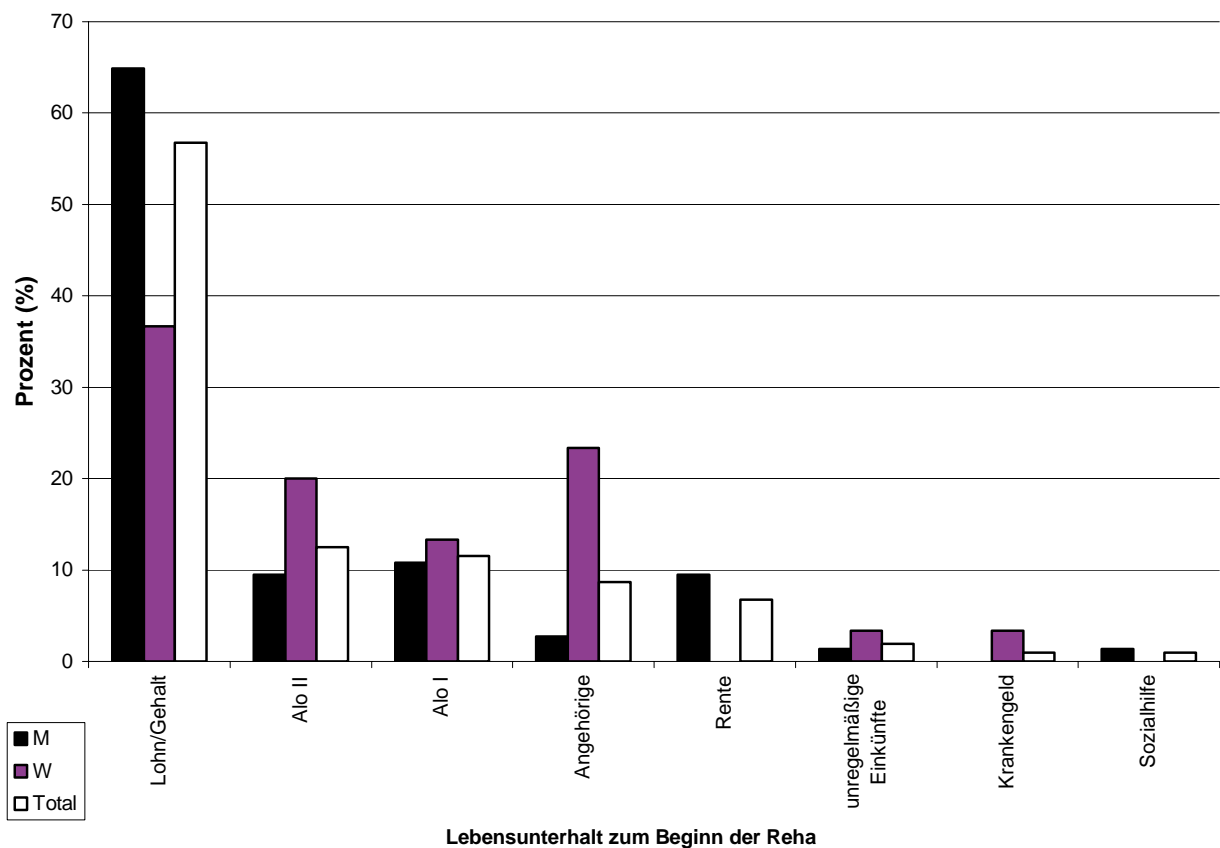


Abbildung 49. Hauptlebensunterhalt zum Beginn der Rehabilitation (n=104)

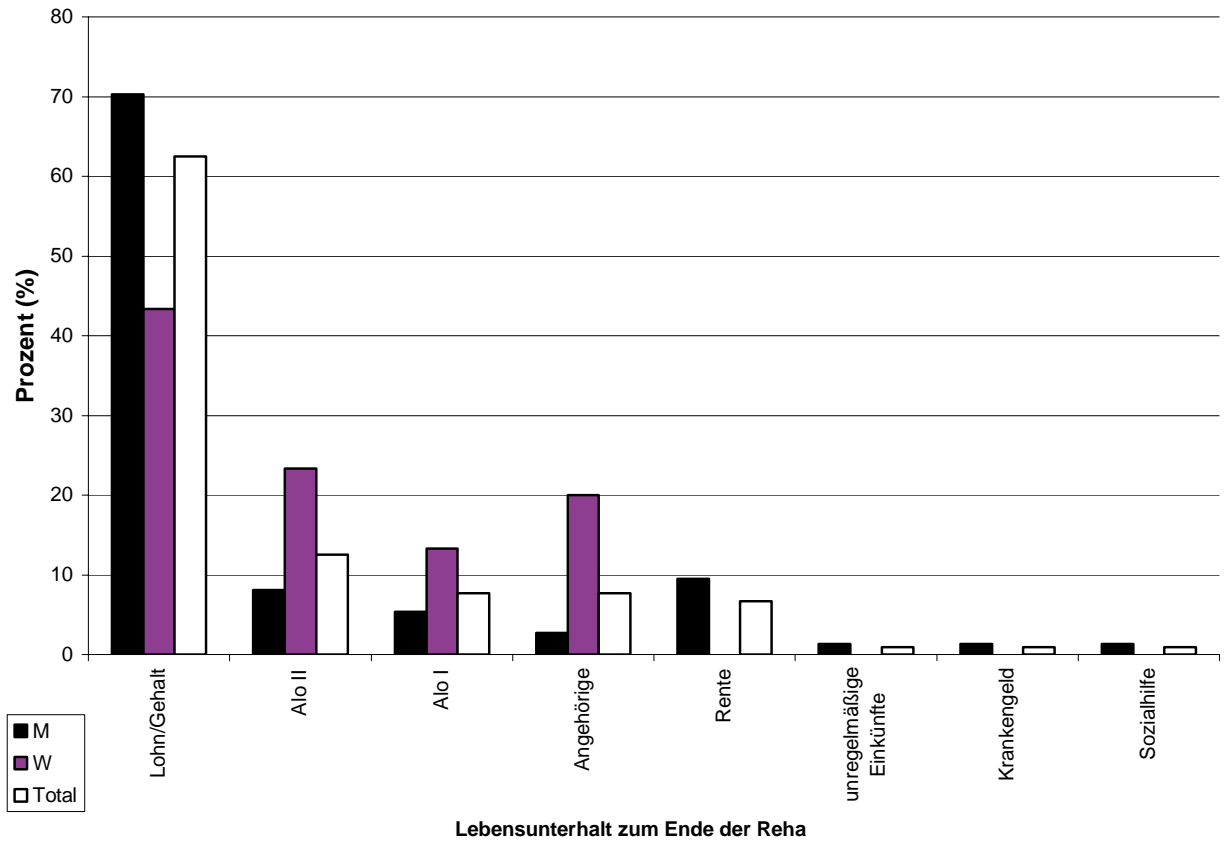


Abbildung 50. Hauptlebensunterhalt zum Ende der Rehabilitation (n=104)

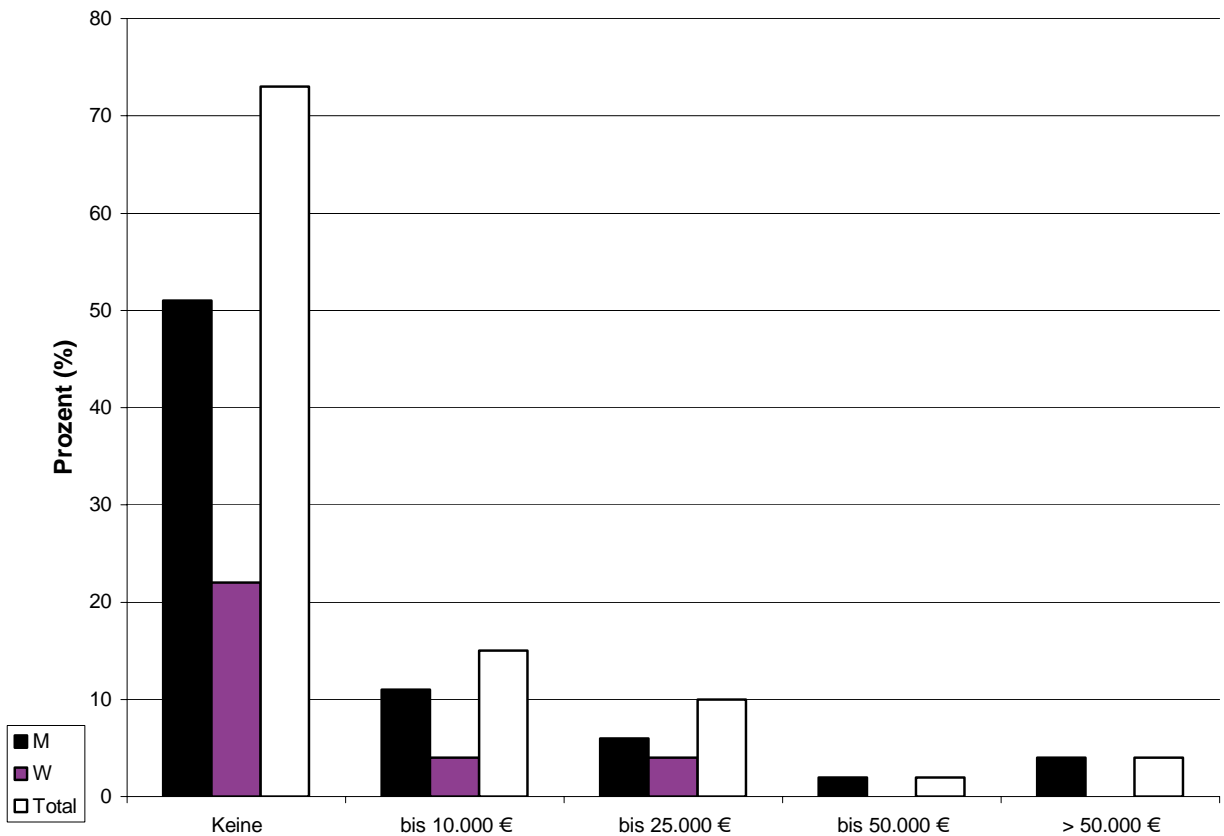


Abbildung 51. Problematische Schulden (n=104)

Problematische Schulden haben insgesamt 29,8 Prozent der Patienten, wobei Männer mit 31 Prozent häufiger Schulden haben als Frauen mit 17 Prozent. Eine Schuldenlast bis zu 10.000 € ist bei 14,4 Prozent der Patienten zu erkennen, 9,6 Prozent haben Schulden bis 25.000 € und immerhin 3,8 Prozent mehr als 50.000 €. Im Vergleich zur Orientierungsphase haben mehr Patienten problematische Schulden, so dass diese kein Behandlungshindernis in unserem Patientenkollektiv darstellen. Der Unterschied ist mit einem p-Wert von 0,03 im Chi-Quadrat Test signifikant.

2.4 Angaben zum Abhängigkeitsverlauf

2.4.1 Abhängigkeitsdauer

Die Abhängigkeitsdauer bezieht sich auf die Hauptdiagnosen, die für unsere ambulanten Rehabilitationspatienten vergeben wurden (n=104). Sie wird errechnet aus der Differenz zwischen dem aktuellen Alter und dem Alter bei Störungsbeginn.

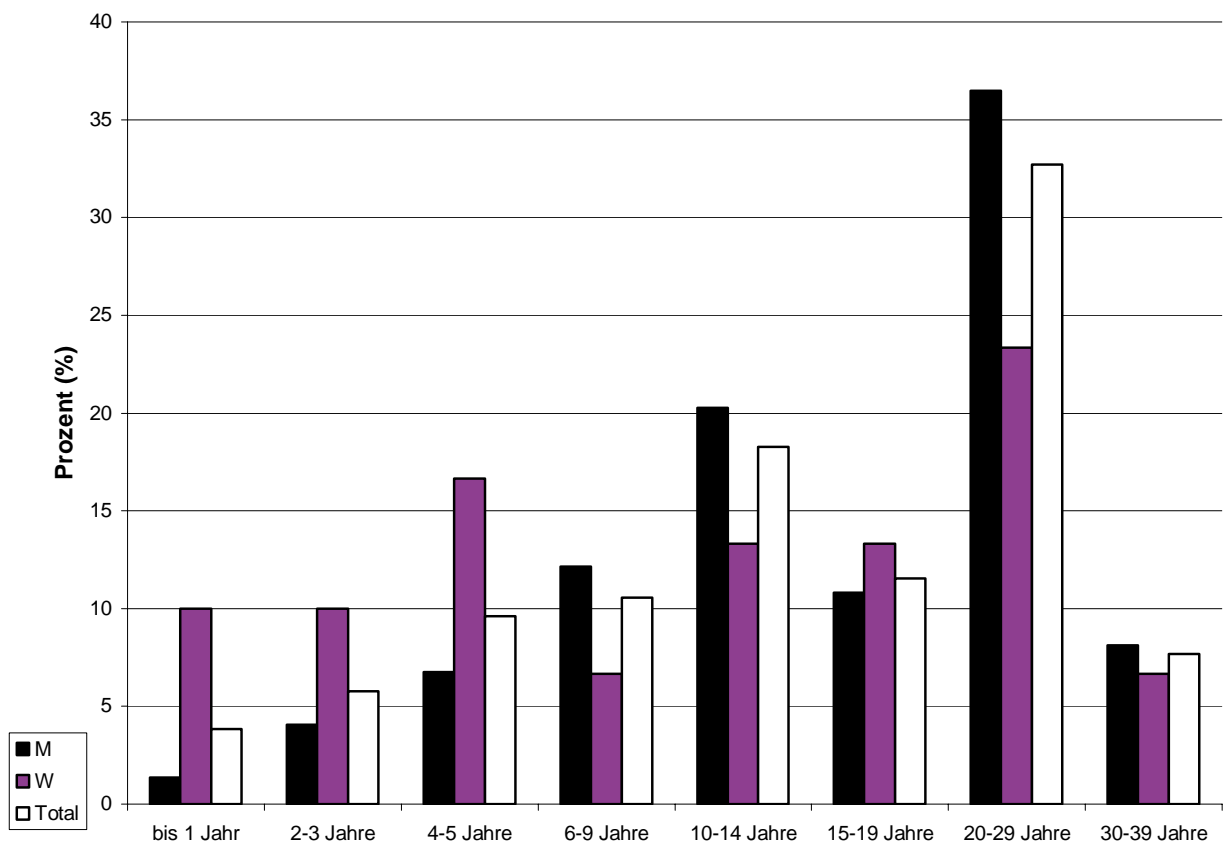


Abbildung 52. Abhängigkeitsdauer (m/w/gesamt) der Rehabilitationspatienten bis zur Aufnahme bei lanua G.P.S. (n=104)

Eine Abhängigkeitsdauer bis zu drei Jahren wird insgesamt von 9,6 Prozent angegeben, von 5,4 Prozent der Männer und 20 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 und auch ein Zuwachs zum Vorjahr zu beobachten ist. 20,1 Prozent der Patienten sind zwischen vier und neun Jahren abhängig, 18,9 Prozent der Männer und 23,3 Prozent der Frauen. Zwischen zehn und 14 Jahren sind 18,3 Prozent sowie zwischen 15 und 19 Jahren 11,5 Prozent abhängig. Bei 40,4 Prozent der Patienten besteht eine Abhängigkeit seit mindestens 20 Jahren (m=44,6% vs. w=30%).

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer bei den Männern beträgt 17,5 Jahre, bei den Frauen 13,5 Jahre und insgesamt bei 16,3 Jahren.

Erstkonsum der führenden Substanz in der Abhängigkeitsdiagnose

Das mittlere Alter des Erstkonsums der führenden Substanz in der Abhängigkeitsdiagnose liegt bei $17 \pm 3,6$ Jahren. Männer haben ihren Erstkonsum mit 17,3 Jahre im Schnitt knapp ein Jahr später als Frauen mit 16,6 Jahren. Bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres ist bei 86,5 Prozent der Männer und 96,7 Prozent der Frauen erstmalig konsumiert worden. In höherem Alter ist ein Erstkonsum unwahrscheinlicher.

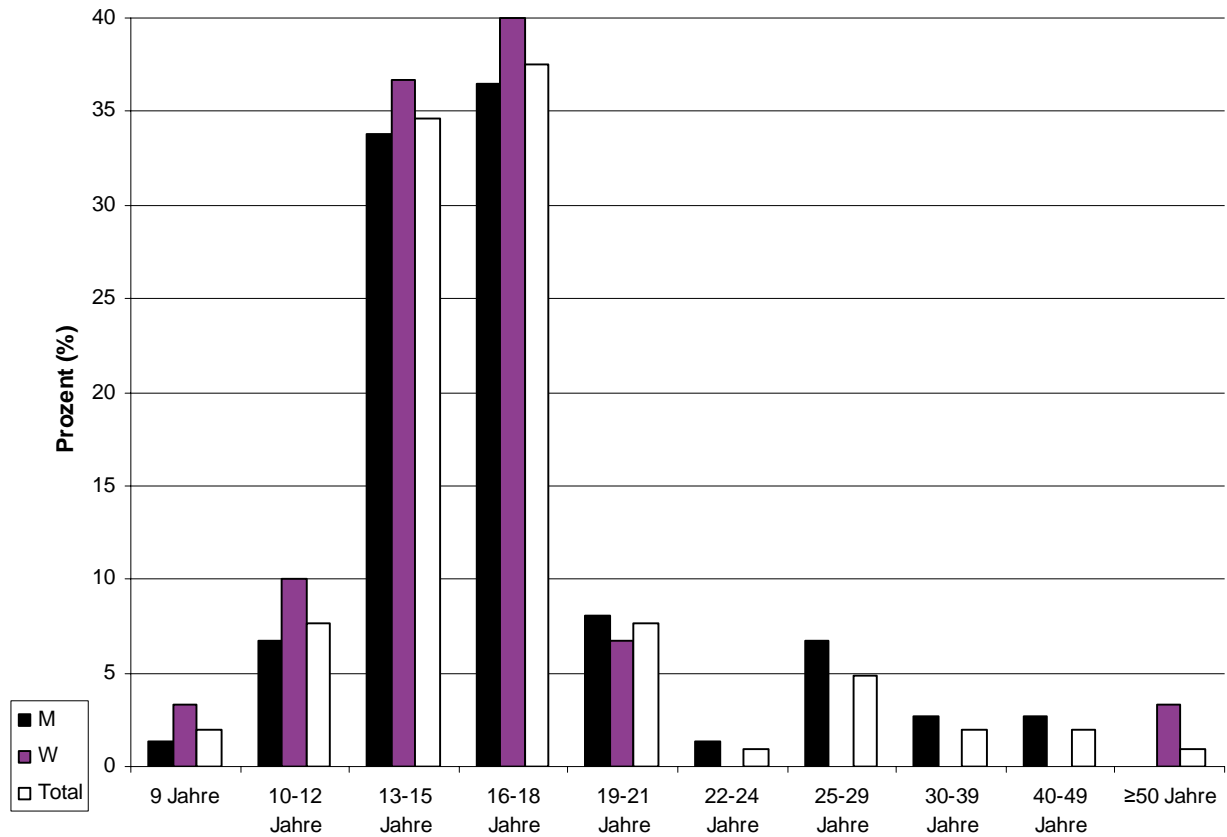


Abbildung 53. Alter bei Erstkonsum der führenden Substanz (m/w) (n=104)

Betrachtet man das Alter des Erstkonsums in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose, so kann auf Grund der Fallzahlen nur für die Diagnosen der Alkohol-, Cannabisabhängigkeit und Polytoxikomanie ein Aussage getroffen werden. Der Erstkonsum von Alkohol erfolgt im Mittel mit $18,27 \pm 9,41$ Jahren. Deutlich früher geschieht der Erstkonsum von Cannabis mit $13,77 \pm 4,94$ Jahren oder bei der Polytoxikomanie mit $14,5 \pm 5,73$ Jahren. Auch ist hier die Latenzzeit mit 3,71 bzw. 5,73 Jahren bis zur Abhängigkeitsentwicklung deutlich kürzer als bei Alkohol mit 10,9 Jahren.

Hauptsubstanz der Suchtdiagnose	n	Alter des Erstkonsums		Latenz (Jahren)	
		MW	STD	MW	STD
Alkohol	78	18,27	9,41	10,94	9,11
Andere psychotr. Substanz.	14	14,5	5,73	4,66	8,57
Cannabinoide	7	13,77	4,94	3,71	7,27
Total	104	16,32	9,82	9,66	9,20

2.4.2 Vorbehandlungen vor Behandlungsbeginn

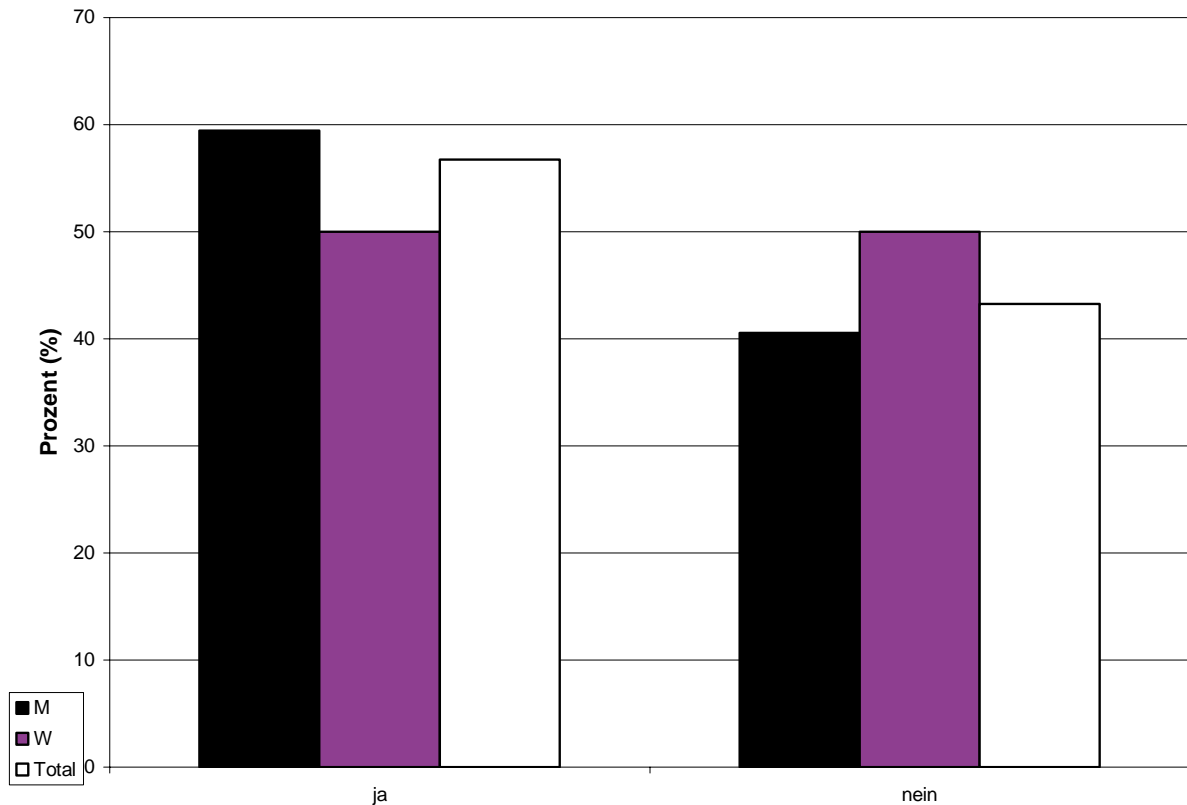


Abbildung 54. je zuvor suchtbezogene Hilfe ja/nein (n=104)

Bei 43,3 Prozent der Patienten handelt es sich um die Erstbehandlung. 56,7 Prozent der Patienten hatten schon früher eine suchtbezogene Behandlung oder Beratung in Anspruch genommen. Für 74 Prozent ist es die erste Behandlung in unserer Einrichtung und 25,9 Prozent hatten bereits mit unserer Einrichtung (Beratung, Orientierungsphase oder ambulante Suchtrehabilitation) Kontakt.

Nur 7,69 Prozent hatte in der Vergangenheit mindestens einmal eine suchtspezifische Selbsthilfegruppe besucht. Diese Patienten hatten davor auch eine ambl./stat. Suchtrehabilitation absolviert.

2.4.3 Entzugsbehandlung und Beratung vor Behandlungsbeginn

Jeder Patient in ambulanter Suchtrehabilitation, der im Jahr 2007 seine Maßnahme beendete, hatte vorher in unserer Einrichtung an einem qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlungs-Programm (QEP) teilgenommen. Würde man diese nicht berücksichtigen, so hätten nur 35,6 Prozent bereits mindestens eine Entzugsbehandlung gemacht.

64,4 Prozent nahmen an einer Entzugsbehandlung teil, 13,5 an zwei, 10,6 an drei und 8,6 Prozent an vier solchen Maßnahmen. Geschlechtsspezifisch signifikante

Unterschiede gibt es nicht. 20,2 Prozent der Patienten hatten abgesehen von dem oben beschriebenen QEP schon einmal ein suchtspezifisches Beratungsangebot genutzt.

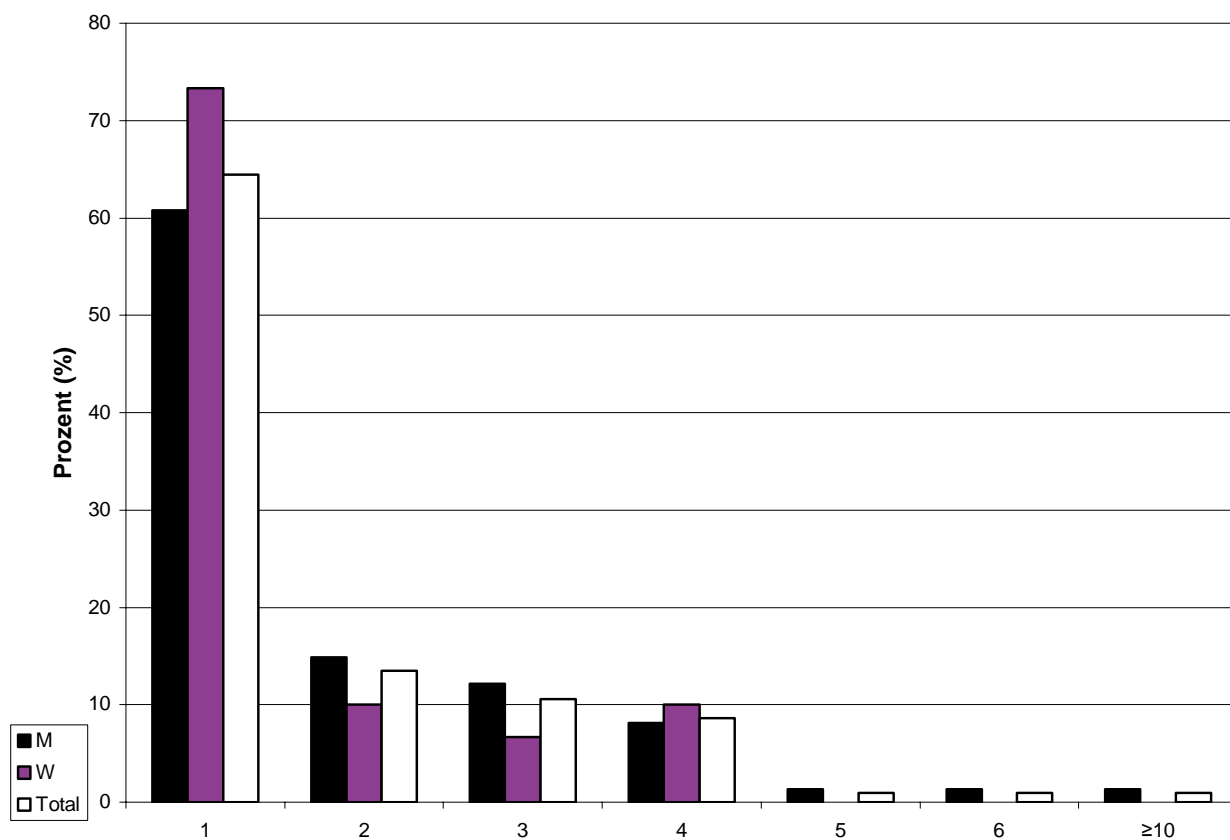


Abbildung 55. Entgiftungsbehandlungen vor Rehabilitationsbeginn (n=104)

2.4.4 Ambulante / stationäre Entwöhnungsbehandlungen vor Behandlungsbeginn

21,1 Prozent aller Patienten nahmen vor Behandlungsbeginn an einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung und ebenfalls 21,1 Prozent an einer stationären Entwöhnungsbehandlung teil. 16,3 Prozent nahmen nur eine Entwöhnungsmaßnahme wahr, 2,8 Prozent zwei ambulante und 3,8 Prozent zwei stationäre Maßnahmen. 1,9 Prozent hatten bereits drei ambulante bzw. 0,9 Prozent drei stationäre Suchtrehabilitationen absolviert.

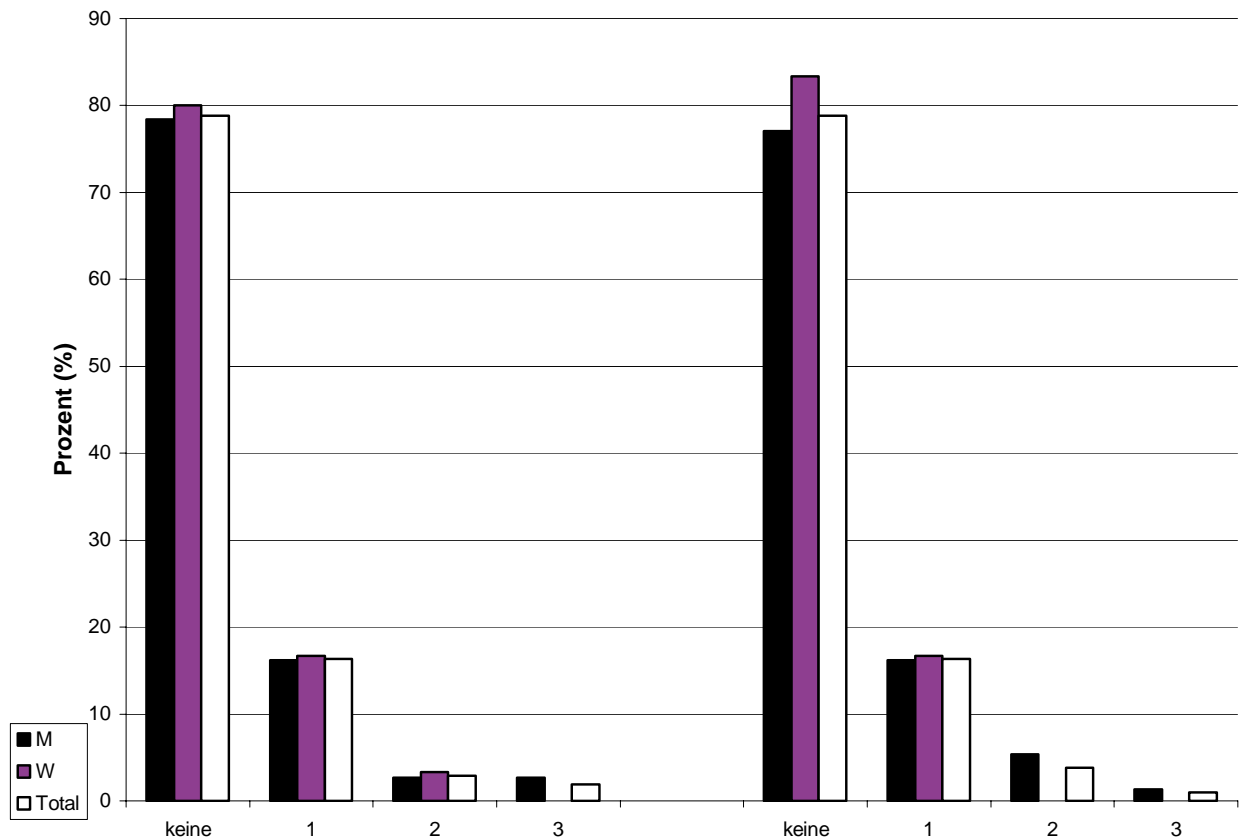


Abbildung 56. Prozentualer Anteil früherer amb./stat. Rehabilitationen (n=104)

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. 32,7 Prozent brechen die Behandlung von sich aus ab und 0,9 Prozent werden von der Einrichtung disziplinarisch entlassen. 66,35 Prozent der Rehabilitationspatienten beenden die ambulante Rehabilitation regulär oder werden planmäßig vermittelt (2,8 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 nicht statistisch signifikant bei Männern und Frauen (m=35% vs. w=30%).

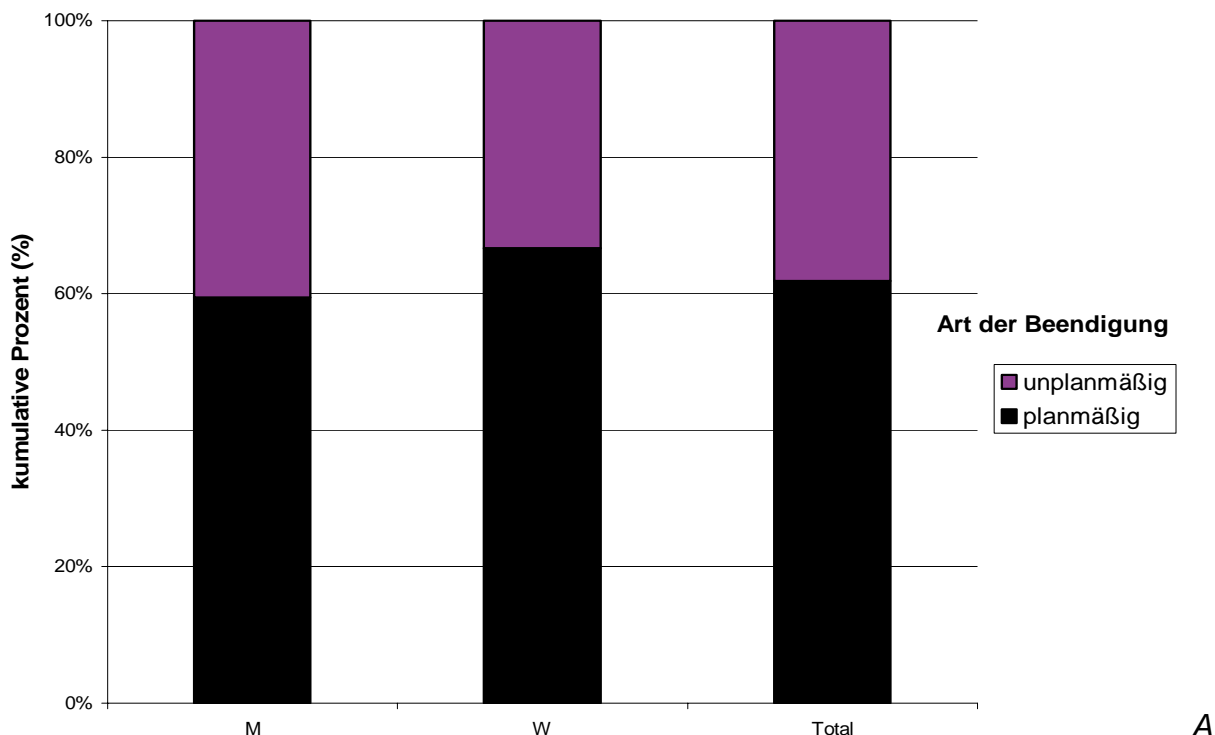


Abbildung 57. Art der Beendigung der Patienten in ambulanter Rehabilitation I (n=104)

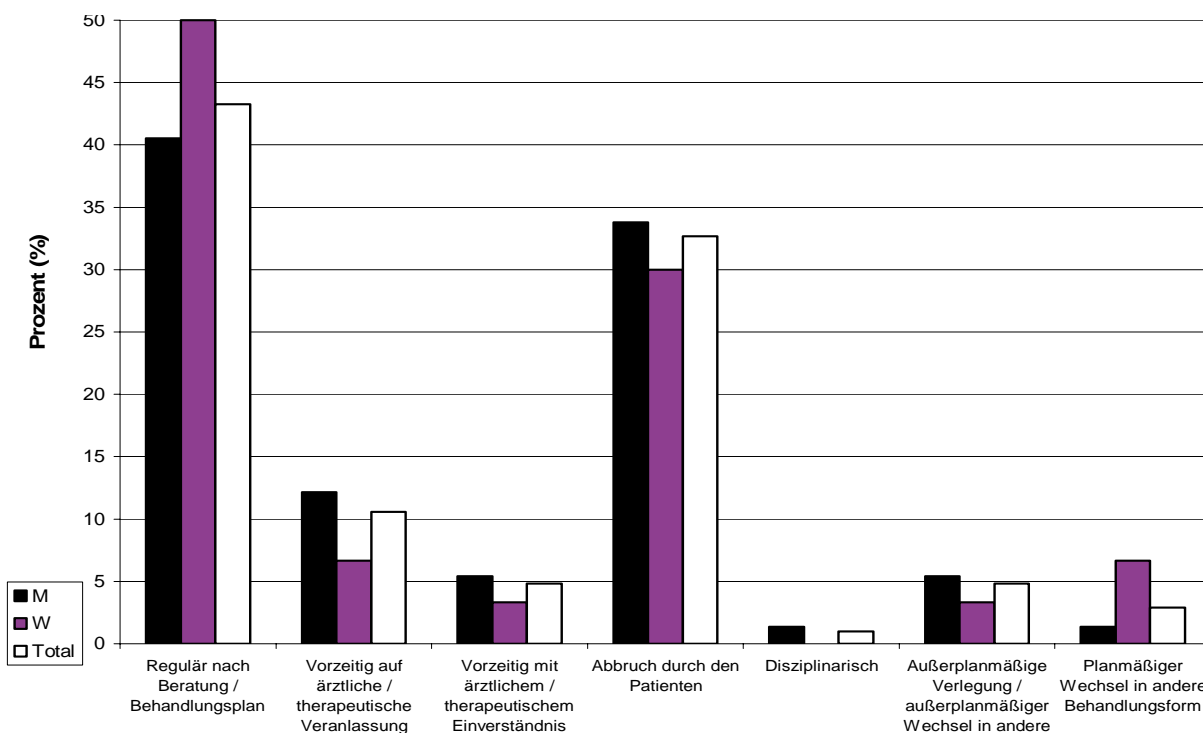


Abbildung 58. Art der Beendigung der Patienten in ambulanten Reha II (n=104)

2.5.2 Beurteilung der Symptomatik am Ende der Rehabilitation

45,9 Prozent der Männer und 56,7 Prozent der Frauen beenden die Rehabilitation behoben, insgesamt 49 Prozent. Die Symptomatik wird bei den Männern zu 22,9 Prozent als deutlich gebessert, 25,7 Prozent als unverändert und zu 5,4 Prozent als verschlechtert eingestuft. Der Anteil der deutlich gebesserten Symptomatik ist bei den Frauen mit 33,3 Prozent deutlich größer als bei den Männern. 21,1 Prozent der Frauen

weisen eine unveränderte Symptomatik auf und bei keiner verschlechterte sich die Symptomatik.

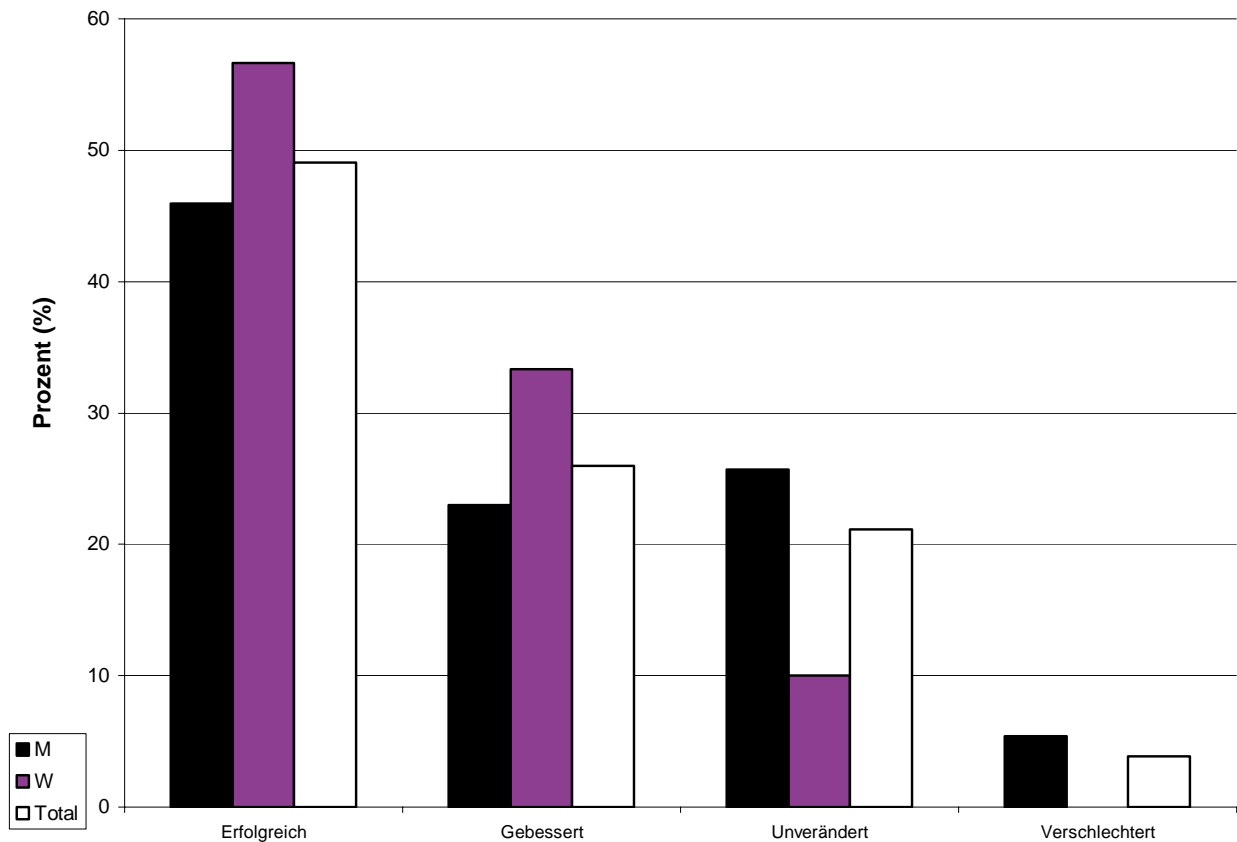


Abbildung 59. Beurteilung der Symptomatik in Bezug auf das Geschlecht (n=104)

Bezieht man die Beurteilung der Symptomatik auf die Art der Beendigung, so ergibt sich das folgende 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 gemischtes 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.

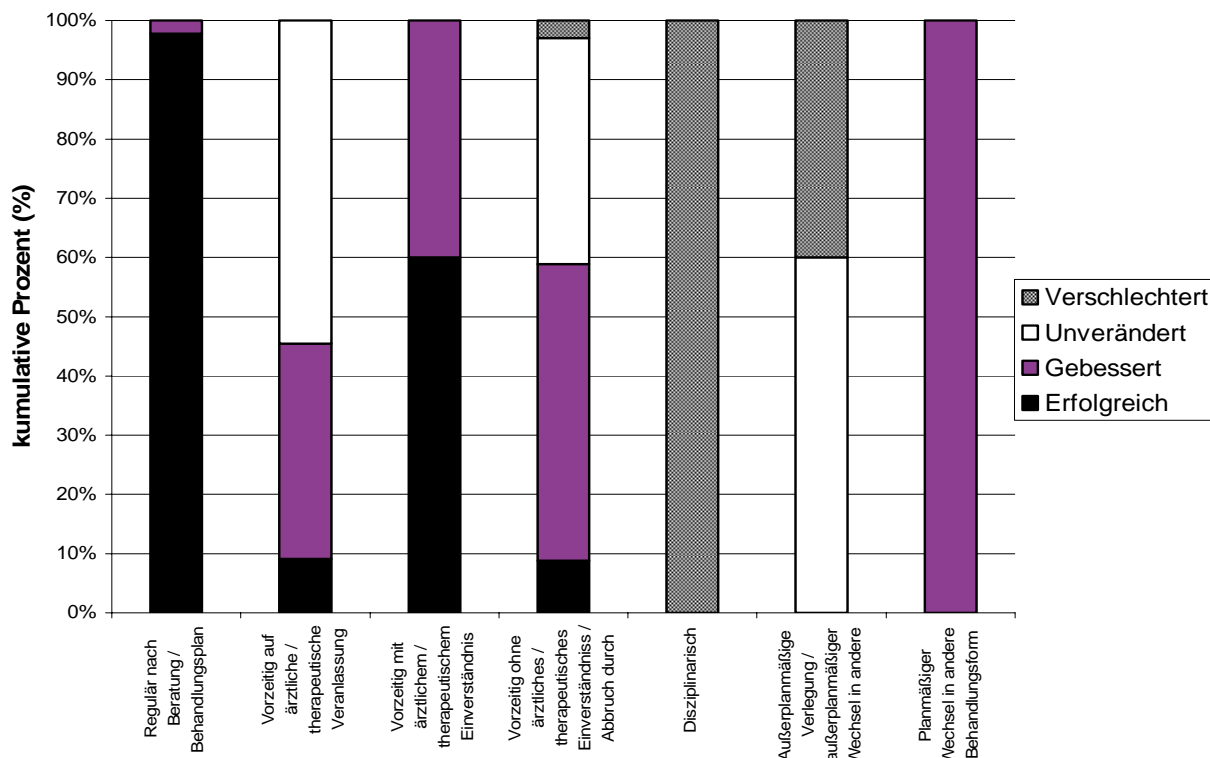


Abbildung 60. Beurteilung der Symptomatik in Bezug auf die Art der Beendigung (n=104)

2.5.3 Behandlungsdauer der ambulante Rehabilitation

2.5.3.1 Anzahl der Einzeltermine in der ambulanten Rehabilitation

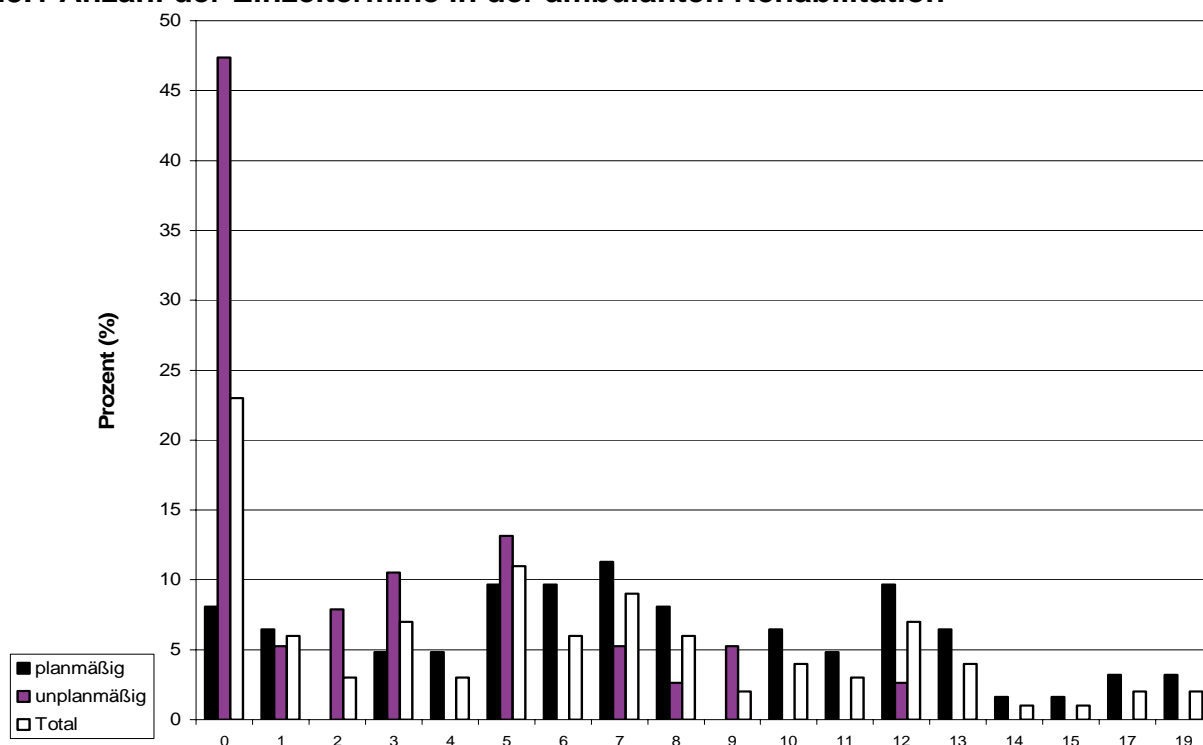


Abbildung 61. Anzahl der Einzeltermine bezogen auf die Art der Beendigung (n=104)
 Die mittlere Anzahl der Einzeltermine während der Rehabilitation unterscheidet sich deutlich im Hinblick auf die Art der Beendigung. So nehmen planmäßig beendete 8,2

Einzelgespräche und unplanmäßig beendete 2,55 Einzelgespräche wahr. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant mit $p=0,032$, 95%-Konfidenzintervall [0,4; 8,8], da das Konfidenzintervall die 1 einschließt. Geschlechtsspezifische Unterschiede existieren nicht ($m=5,77$ vs. $w=6,7$ Termine).

2.5.3.2 Anzahl der Gruppentermine in der ambulanten Rehabilitation

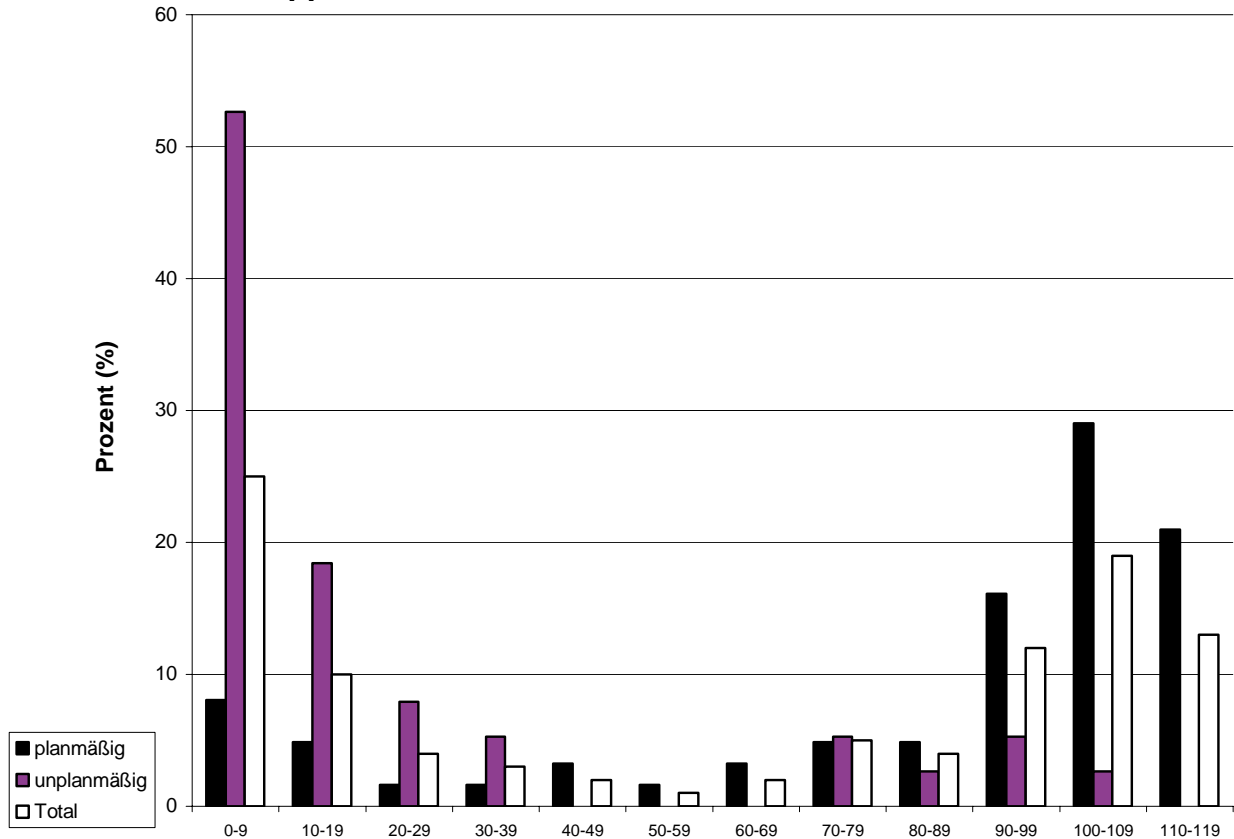


Abbildung 62. Anzahl der Gruppentermine bezogen auf die Art der Beendigung (n=104)

Bei den Gruppenterminen wird zwischen Gruppenterminen mit und ohne Angehörige unterschieden, so dass insgesamt maximal 132 Termine inklusiver der Einzeltermine möglich wären. Planmäßig beendete Patienten nahmen durchschnittlich an 82,8 Gruppenterminen und 5,7 Angehörigengruppen teil. Patienten mit unplanmäßiger Beendigung kommen hingegen nur auf 21,5 Gruppen- und 1,1 Angehörigengruppentermine. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant $p>0,001$, 95%-Konfidenzintervall [45,9; 75,8]. Auch hier existieren keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Insgesamt nehmen planmäßig beendete Patienten 96,7 Termine und unplanmäßig beendete 25,1 Termine wahr.

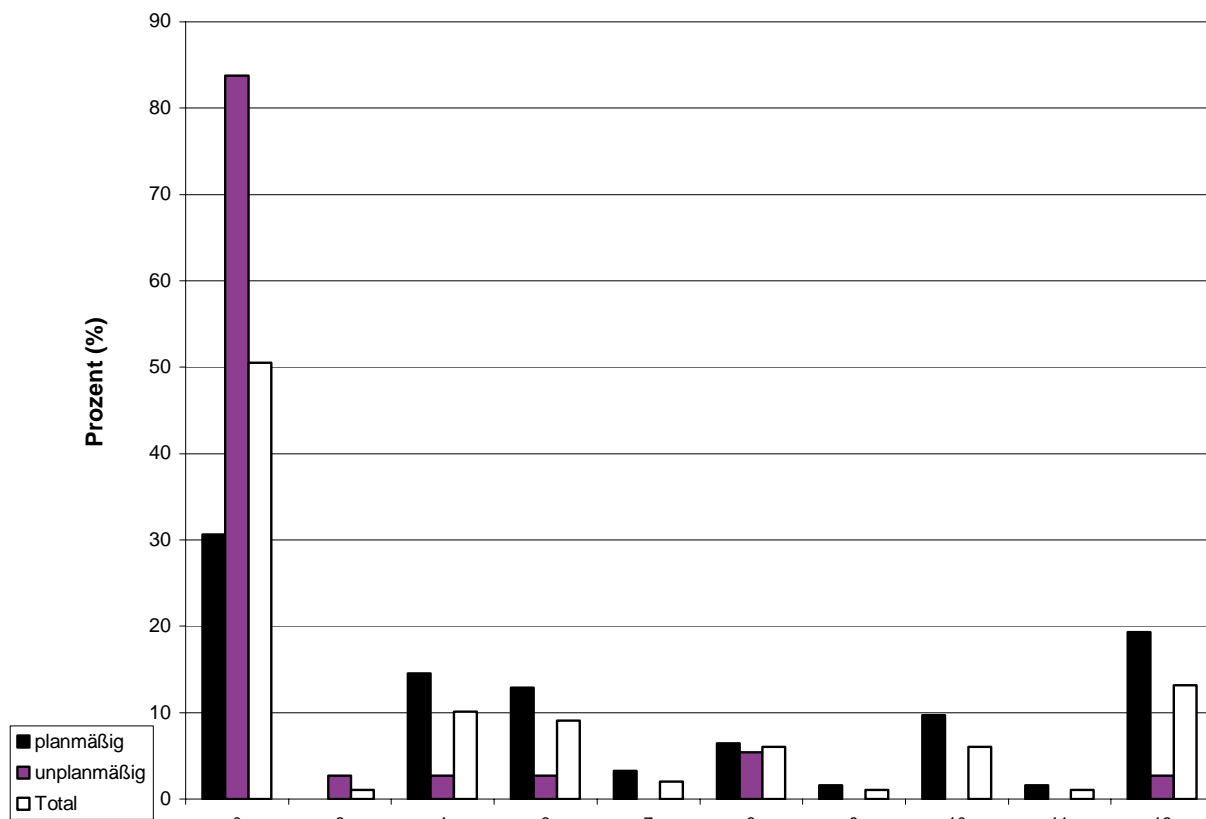


Abbildung 63. Anzahl der Angehörigengruppen bezogen auf die Art der Beendigung (n=104)

2.5.3.3 Behandlungsdauer der ambulanten Rehabilitation

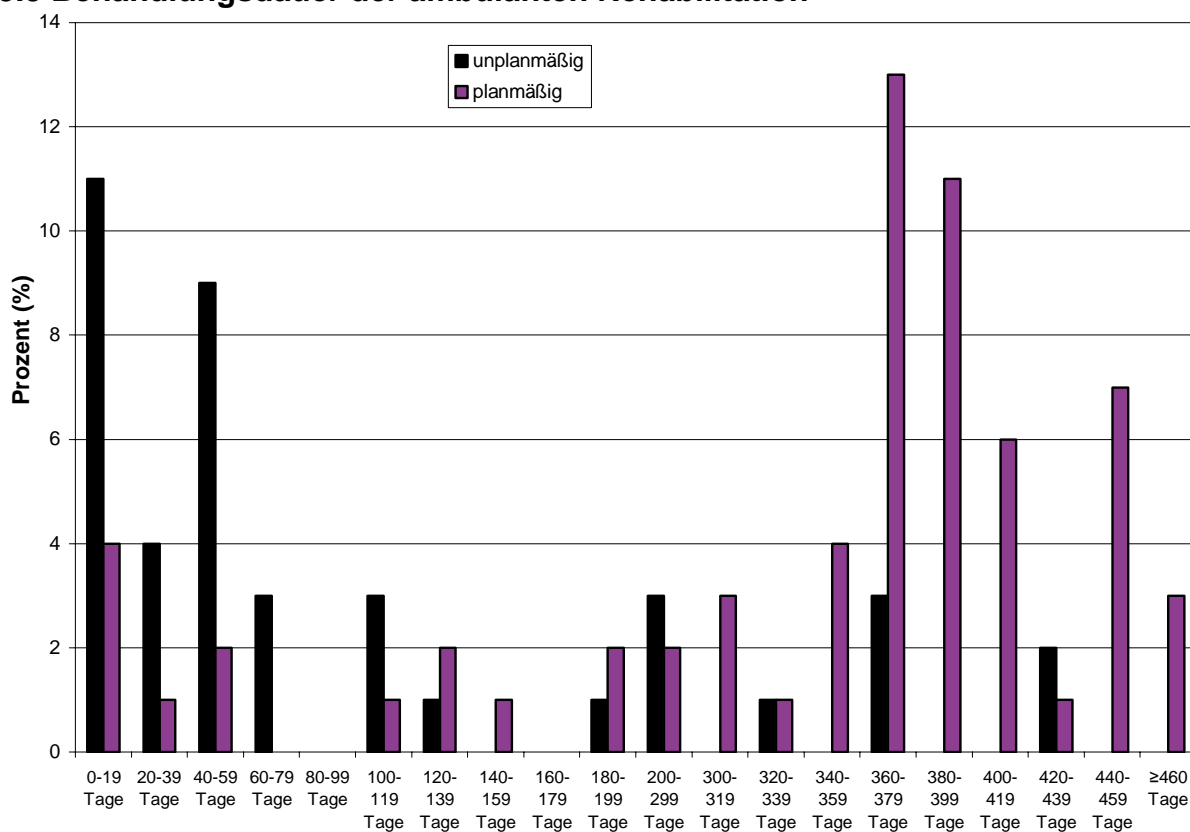


Abbildung 64. Dauer der Rehabilitation in Tagen bezogen auf die Art der Beendigung (n=104)

Planmäßig beendete Patienten verweilen durchschnittlich 328,7 Tage in der ambulanten Rehabilitation, unplanmäßig entlassene im Schnitt 111,2 Tage. 75 Prozent der planmäßig beendeten sind länger als 320 Tage in der Rehabilitation. Es existiert eine Subgruppe planmäßig beendeter Patienten, die nur ca. zwei Monate in Rehabilitation bleiben. Diese stellen Patienten dar, die meist rückfällig geworden sind und bei denen die Therapieform in ein des stationäres oder teilstationäres Setting gewechselt wurde.

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