



GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE MBH

IANVA

Jahresbericht 2009

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 2009 - Inhaltsverzeichnis

Konzept	1
Strukturmerkmale.....	1
Konzeptmerkmale	2
Dokumentation.....	2
Vernetzung.....	2
Qualitätssicherung, Ergebniskontrolle	3
Theoriemodell	3
Integriertes Programm zur Behandlung Abhängigkeitskranker in der Vorphase zur Rehabilitation	5
Rehabilitationsphase.....	9
Rehabilitationsdiagnostik.....	10
Therapeutische Interventionen	11
Ziele	12
Nachsorge	13
Prävention.....	13
Basisdokumentation 2009	16
Vorwort.....	16
1. Orientierungsphase und ambulantes qualifiziertes Entzugsprogramm	18
1.1 Leistungsrechtliche Grundlage und Indikation zur Behandlung.....	18
1.2 Soziodemographische Charakterisierung der Patienten in der Orientierungsphase.....	21
1.3 Daten zum Abhängigkeitsverlauf	23
1.3 Behandlungsverlauf der Orientierungsphase und Vermittlungsquoten.....	25
2. Ambulante Suchtrehabilitation Entlassungsjahrgang 2009	29
2.1 Leistungsträger und Behandlungsindikation	29
2.2 Soziodemographische Charakterisierung der Rehabilitationspatienten	30
2.3 Behandlungsverlauf und -erfolg der ambulanten Rehabilitation	34
3. Einjahreskatamnese des Rehaentlassungsjahrgangs 2008	39
3.1 Beschreibung der Katamnesestichprobe	40
3.2 Erreichungs- und Abstinenzquoten.....	42
3.3 Diskussion der Ergebnisse	45
Zusammenfassung 2007	47
Zusammenfassung 2008	48
Zusammenfassung 2009	49
4. Ausgewählte Publikationen und Kongressbeiträge	50
Integrierte Versorgung der Abhängigkeitserkrankungen - vom Entzug zur Rehabilitation.....	50

Konzept

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

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

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

Strukturmerkmale

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

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

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

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

Konzeptmerkmale

Dokumentation

In der Einrichtung wird eine **Basisdokumentation** mit dem Datenerhebungssystem „**Bado/ 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 Höhe, 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 der „Bado Sucht“ 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 Gesundung 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 Bemächtigungsverhalten 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 vorauszugehen 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 Schlaftätigkeit 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
- Auch bei einem langen oder intensiven Suchtverlauf kann die Indikation für eine ambulante Entwöhnung bestehen.
- 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.

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.

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

Im Einzelnen umfasst die **Vorbereitungsbehandlung**:

- Diagnostik der Suchterkrankung mit eigen- und fremdanamnestischen Angaben unter Berücksichtigung medizinischer Vorbefunde
- Feststellung der Art und Ausprägung des Suchtmittelgebrauchs
- Feststellung körperlicher und psychischer Störungen
- Klärung der sozialen Situation
- Feststellung des Rehabilitationsbedarfs
- Feststellung der Rehabilitationsfähigkeit
- Abklärung der Notwendigkeit und eventuelle Einleitung einer Entzugsbehandlung, ambulant oder stationär
- Kontinuierliche Begleitung während der Entzugsbehandlung
- Kontinuierliche psychotherapeutische Interventionen als Einzel- und Gruppentherapie von der Kontaktaufnahme bis zur Überleitung in die weiterführende Rehabilitation.
- einmal wöchentlich eine 90-minütige Gruppenbehandlung, ein bis mehrfach wöchentlich 60-minütige Einzeltherapie)
- Kriseninterventionen und ständige Rufbereitschaft
- Formulierungen der Rehabilitationsziele
- Aussagen zur Prognose
- Aussagen zur Motivation
- Rückfallbearbeitung
- Abstinenzkontrollen
- Koordinierung der begleitenden vertragsärztlichen Behandlung (Hausärzte, Fachärzte)
- Koordinierung und Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst der Betriebe und Betriebsärzten
- eventuell Abklärung und Einleitung notwendiger beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen, Absprachen mit dem Arbeitsamt
- möglichst früher Einbezug von Angehörigen des Patienten
- Rehabilitationsantragstellung

IANUA hat mit mehreren gesetzlichen **Krankenkassen** (Landesverband der Betriebskrankenkassen Rheinland-Pfalz/Saar, IKK Südwest Direkt) **Kooperationsvereinbarungen** zur Ausgestaltung und Förderung der Rehabilitationsvorphase geschlossen. Die Krankenkassen nutzen das Behandlungsangebot der Einrichtung im Rahmen

ihrer Case-Management-Programme zur Abklärung des individuellen Rehabilitationsbedarfs ihrer Versicherten sowie zur Verbesserung der Überleitung von medizinischer Krankenbehandlung zur Rehabilitation.

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

Rehabilitationsphase

Die ambulante Suchtrehabilitation in der Einrichtung umfasst einen Zeitraum mit einer **Dauer von bis zu 18 Monaten**. Die Regelrehabilitationszeit beträgt ca. 12 Monate, im begründeten Einzelfall kann eine Verlängerung auf 18 Monate erfolgen. Während dieser Zeit können maximal 120 therapeutische Einzel- oder Gruppengespräche sowie - wenn erforderlich - bis zu 12 therapeutische Gespräche mit Bezugspersonen erfolgen. Dabei besteht das kontinuierliche therapeutische Programm aus mindestens zwei therapeutischen Leistungen pro Woche, wobei Gruppengespräche ergänzt werden durch obligatorische, stetig stattfindende Einzelgespräche bzw. Kriseninterventionstermine. Während der ambulanten Rehabilitation gelten die Richtlinien der jeweils zuständigen Leistungsträger.

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

Im zweiten Abschnitt (8-9 Monate) geht es um die vertiefte therapeutische Arbeit an zugrundeliegenden inneren und interaktionellen Konflikten, um die Bearbeitung belastender Kontextfaktoren in Familie und Arbeit sowie um den Aufbau alternativer haltgebender

Bewältigungsmechanismen im Lebensalltag und im Beruf. In diesem Abschnitt wird verstärkt mit Bezugspersonen gearbeitet.

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

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

Für Patienten, die nach dem zweiten Rückfall weiter behandlungsmotiviert sind und für die eine gute Rehabilitationsprognose gilt, kann die ambulante Rehabilitation kurzfristig im Rahmen eines **modularen Ansatzes** in eine **kombiniert 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 Selbsthilfgruppenarbeit Wert gelegt. Bei Co-Morbidität wird eine weiterführende psychiatrisch / psychotherapeutische Behandlung mit dem Patienten besprochen und in die Wege geleitet.

Prävention

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

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

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

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

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

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

IANVA

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 2009

Vorwort

IANVA G. P. S. mbH ist eine seit 1992 anerkannte ambulante Suchtrehabilitationseinrichtung, die neben der medizinischen Rehabilitation eine umfangreiche Orientierungsphase mit Diagnoseabklärung, qualifizierter ambulanter Entzugsbehandlung und dem Ziel der Vermittlung der Patienten in eine Suchtrehabilitationsbehandlung anbietet. Weiterhin sind wir in der Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit bezüglich Abhängigkeitserkrankungen engagiert und bieten für ärztliche und in der Suchtarbeit tätige Kolleginnen und Kollegen regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen an. Wir wollen die Behandlung von Abhängigkeitserkrankten verbessern. Daher evaluieren wir unsere etablierten Behandlungen regelmäßig und erforschen neue Behandlungsmöglichkeiten wie die Integrierte Versorgung Abhängigkeitserkrankter. Wir publizieren unsere Forschungsergebnisse und stellen diese auf Fachkongressen zur Diskussion.

IANVA G. P. S. mbH erstellt bereits seit dem Jahr 2004 jährliche ausführliche Berichte zur Basisdokumentation und veröffentlicht diese in gedruckter und elektronischer (www.ianua-gps.de) Form, um die Qualität im Prozess und Ergebnis darstellen zu können. In den vergangenen Jahren beschränkten wir uns auf eine deskriptive Beschreibung der Patientenmerkmale und zeigten Unterschiede und Entwicklungen zwischen den einzelnen Jahrgängen auf. Bisher existierten kaum Veröffentlichungen, die einen Vergleich unserer Daten und die Einordnung unserer Ergebnisqualität zugelassen hätten. Ein direkter Vergleich zu den stationären Suchtrehabilitationseinrichtungen ist nicht uneingeschränkt möglich. Der Fachverband Sucht e.V. publiziert seit dem Entlassungsjahrgang 2006 Daten aus der Basisdokumentation der Mitgliedseinrichtungen, die ambulante Suchtrehabilitationsbehandlungen anbieten. Erstmals wurden in diesem Jahr Ergebnisse der Einjahreskatamnese des Entlassungsjahrgangs 2007 ambulanter Suchtrehabilitationseinrichtungen veröffentlicht. Wir stellten unsere Daten dem Fachverband Sucht e.V. für diese Veröffentlichungen zur Verfügung, sodass unsere Daten in den Vergleichspopulationen, auf die im weiteren Bezug genommen wird, in nicht unerheblichem Maße Eingang gefunden haben (Basisdokumentation 2008 n=451, IANVA n=101/22,4%; Einjahreskatamnese 2007 n=275, IANVA n=101/36,7%).

Wir möchten daher in diesem Jahr die Darstellung unserer Basisdokumentation einerseits deskriptiv, analytisch beschreiben und andererseits im Vergleich zu den Daten des Fachverbandes Sucht e.V. positionieren. Gleiches gilt für die Einjahreskatamnese des Rehaentlassungsjahrganges des Vorjahres.

Die Basisdokumentation ist eine Auswertung der Stamm- und Kerndaten, die mit dem Programm „Patfak light“ der Firma Redline data, 23623 Ahrensböck, für alle Patienten der Einrichtung IANVA G.P.S. mbH erhoben worden sind. Verwendet wurde dabei der „Deutsche Kerndatensatz Sucht“ nach „Ebis“ (GSDA, Höhenkirchen). Er wurde durch einrichtungsspezifische Items ergänzt. Die Auswertung erfolgte mit SPSS 17.0.3, SPSS GmbH Software, Theresienhöhe 13, 80339 München. Vergleiche wurden zu den Publikationen der Basisdokumentation des Rehaentlassjahrgangs 2008² und der Einjahreskatamnese des Rehaentlassjahrgangs 2007³ ambulanter Suchtrehabilitationseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. gezogen.

In den verwendeten Tabellen summieren sich die einzelnen Variablen nicht immer auf 100 Prozent bzw. zur Gesamtanzahl auf, da nicht alle möglichen Wertelabels dargestellt wurden.

² Lange N., Wüst G., Arbeitsgruppe Ambulante Rehabilitation im Fachverband Sucht e.V.: Basisdokumentation 2008 - Ambulante Rehabilitationseinrichtungen. Basisdokumentation 2008 (Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 16), Teilband IV, S.42-50 (2009)

³ Missel P., Schneider B., Funke W., Janner-Schraml A., Klein T., Medenwaldt J, Scheider P., Steffen D., Weissinger V.: Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. SuchtAktuell 1/2010, S.57-63 (2010)

1. Orientierungsphase und ambulantes qualifiziertes Entzugsprogramm

1.1 Leistungsrechtliche Grundlage und Indikation zur Behandlung

In diesem Abschnitt werden alle Patienten betrachtet, die im Jahr 2009 ihre Orientierungsphase abgeschlossen haben (n=267). Diese verteilen sich auf 181 Männer (67,8%) und 86 Frauen (32,2%). 41 Patienten⁴ (15,4%) nahmen in unserer Einrichtung lediglich einen Termin im Sinne einer Beratung oder diagnostischen Klärung wahr. 226 Patienten (67,6%) nahmen an unserem Programm des qualifizierten Entzugs teil. Im Sinne der Orientierungsphase wurde eine weiterführende Suchtrehabilitationsbehandlung angestrebt. Die Fallzahl der Orientierungsphase stieg im Vergleich zum Vorjahr um 13 Patienten (+5,1%).

Die Orientierungsphase als Teil des deutschen Suchtversorgungssystem und überwiegend in Beratungsstellen lokalisiert, ist leistungsrechtlich nicht einheitlich geregelt und wird üblicherweise nicht vergütet. Nach dem Sozialgesetzbuch sind diese Leistungen jedoch eindeutig den Krankenkassen zugeordnet. Mittlerweile konnte IANVA mit vielen Krankenkassen Kooperationsvereinbarungen (17,2%) bzw. Verträge zur Integrierten Versorgung Abhängigkeitskranker (55,1%) abschließen. Dies ermöglicht einerseits eine leistungsrechtliche Grundlage der Orientierungsphase, andererseits die Verbesserung der Versorgung der Patienten durch eine Vernetzung mit der psychiatrisch fachärztlichen Behandlung, der Hausärzte und des Fallmanagementsystems der Krankenkasse. So können wir mittlerweile 72,3 Prozent unserer Patienten (n=193, vgl. Tabelle 1) in einem solchen Managed Care Programm behandeln.

Durch die enge Kooperation mit der psychiatrischen Facharztpraxis Steffen im Rahmen der Integrierten Versorgung und der ihr zugewiesenen Triagefunktion wird ein überwiegender Teil unserer Patienten (69,7%, vgl. Tabelle 1) aus dem vertragsärztlich psychiatrischen Bereich in unsere Behandlung vermittelt. 9,7 Prozent der Patienten stellen sich selbstständig vor, 20,6 Prozent der Patienten werden z. B. über den Arbeitgeber oder das Arbeitsamt vermittelt. In beiden Bereichen konnten wir im Sinne der Patientenversorgung ein breites Kooperationsnetz spannen. Wir sind in Kooperation mit der Firma PMC Gregorius (www.pmc-gregorius.de) in der betrieblichen Suchtprävention aktiv und leiten Schulungen der Sachbearbeiter der Agentur für Arbeit zum Thema Abhängigkeitserkrankungen.

Wir behandeln in der Orientierungsphase überwiegend Patienten mit Substanzabhängigkeiten. Die Diagnosen des pathologischen Glücksspiels, PC/Internetgebrauchs und der Essstörungen sind nur zu einem kleinen Teil vertreten, kumulativ mit 1,5 Prozent (n=4). Sie werden im Folgenden bei der

⁴ Im Weiteren wird der Ausdruck „Patient/en“ sowohl für die männliche als auch weibliche Form verwendet.

Berechnung der diagnoseabhängigen Aussagen nicht mit einbezogen. Der Anteil der Patienten mit intravenösem Konsum ist in unserer Einrichtung sehr gering, da unser Konzept nicht die Substitutionsbehandlung vorsieht und wir nur Entzugsbehandlungen bei der Abhängigkeit von Opioiden anbieten. 15 Patienten (5,6 Prozent) geben einen intravenösen Substanzkonsum in der Anamnese an. Davon hatten 3 Patienten in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme in unsere Einrichtung konsumiert.

Tabelle 1:

Merkmal	Kategorie	M n=181		W n=86		Gesamt n=267		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Leistungsträger	Managed Care	134	74,0%	59	68,6%	193	72,3%	p<0.05 AOK vs. Andere KK
	- AOK	60	33,2%	23	26,7%	83	31,1%	
	- DAK	19	10,5%	14	16,3%	33	11,6%	
	- BKK	24	13,3%	7	8,1%	31	12,4%	
	Andere KK	47	26,0%	27	31,4%	74	27,7%	
Vermittlung durch	Psychiatrische Praxis	125	69,1%	61	70,9%	186	69,7%	p<0.001
	selbstständig	19	10,5%	7	8,1%	26	9,7%	
	sonstige	37	20,4%	18	21%	55	20,6%	
Diagnose	F10 - Alkohol	109	60,2%	40	46,5%	149	55,8%	p<0.05 F10/19 vs. F11/12/13
	F11 - Opioide	2	1,1%	1	1,1%	3	1,1%	
	F12 - Cannabis	12	6,6%	4	4,7%	16	5,9%	
	F13 - Sedativa	2	1,1%	15	17,4%	17	6,4%	
	F19 -Polytoxikomanie	54	29,8%	24	27,9%	78	29,2%	

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Altersverteilung der Diagnosen	F10 - Alkohol	46,68 Jahre	10,94 Jahre	149	55	p<0.05 F10/13 vs. F11/12/19
	F11 - Opioide	34,33 Jahre	4,5 Jahre	3	9	
	F12 - Cannabis	28,31 Jahre	6,15 Jahre	16	21	
	F13 - Sedativa	50,24 Jahre	12,78 Jahre	17	54	
	F19 -Polytoxikomanie	33,62 Jahre	12,01 Jahre	78	54	

Betrachtet man die in Tabelle 1 dargestellten Verteilungen der Hauptdiagnosen, so ist die Alkoholabhängigkeit mit 55,8 Prozent die signifikant häufigste Indikation zur Behandlung. Die absoluten Zahlen veränderten sich in den letzten Jahren kaum, jedoch bedingen die unterschiedlichen absoluten Zahlen der anderen Diagnosen eine Schwankung der Häufigkeit um ca. 10 Prozent. Männer sind signifikant häufiger in der Diagnose der Alkoholabhängigkeit vertreten (60,2% vs 46,5%, m:w). Die Diagnose der Polytoxikomanie, die im Allgemeinen als schlechter Prädiktor für den Behandlungserfolg wie Vermittlung in Suchtrehabilitation oder Abstinenz gilt, wächst in den letzten Jahren nominal und prozentual stetig. So sind 29,2 Prozent (n=78) der

behandelten Patienten polytoxikoman abhängig. Ein weiterer geschlechtsspezifischer Unterschied zeigt sich bei der Sedativaabhängigkeit, hier sind Frauen mit 17,4 Prozent signifikant häufiger vertreten als Männer mit 1,1 Prozent ($p < 0.001$).

Die Verteilung des Alters bei Aufnahme in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose, dargestellt in Tabelle 1 und Abbildung 1, zeigt keine unerwarteten Ergebnisse. Patienten mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit sind im Mittel $46,68 \pm 10,94$ Jahre alt, die Patienten mit einer Benzodiazepinabhängigkeit (F13 - Sedativa) sind mit $50,24 \pm 12,78$ Jahren unwesentlich älter. Beide Kategorien zeigen jedoch einen signifikanten Unterschied zu den anderen Indikationsdiagnosen ($p < 0.05$). Die jüngsten Patienten finden sich unter der Diagnose der Cannabisabhängigkeit mit $28,31 \pm 6,15$ Jahren, gefolgt von der Diagnose Polytoxikomanie mit $33,62 \pm 12,01$ Jahren und der Opioidabhängigkeit (cave: $n=3$) mit $34,33 \pm 4,5$ Jahren. Der jüngste Patient war bei Aufnahme 18 Jahre und der Älteste 78 Jahre alt. Diese große Altersspannweite unterstreicht, dass die Abhängigkeit eine Erkrankung ist, die während der gesamten Lebenszeit vorkommt und somit auch differentialdiagnostisch immer berücksichtigt werden muss. Auch Patienten in hohem Alter und in Rente werden bei uns in der Orientierungsphase mit dem Ziel der Suchtrehabilitationsbehandlung behandelt, um die Folgeschäden zu reduzieren, die Lebensqualität und -erwartung positiv zu beeinflussen.

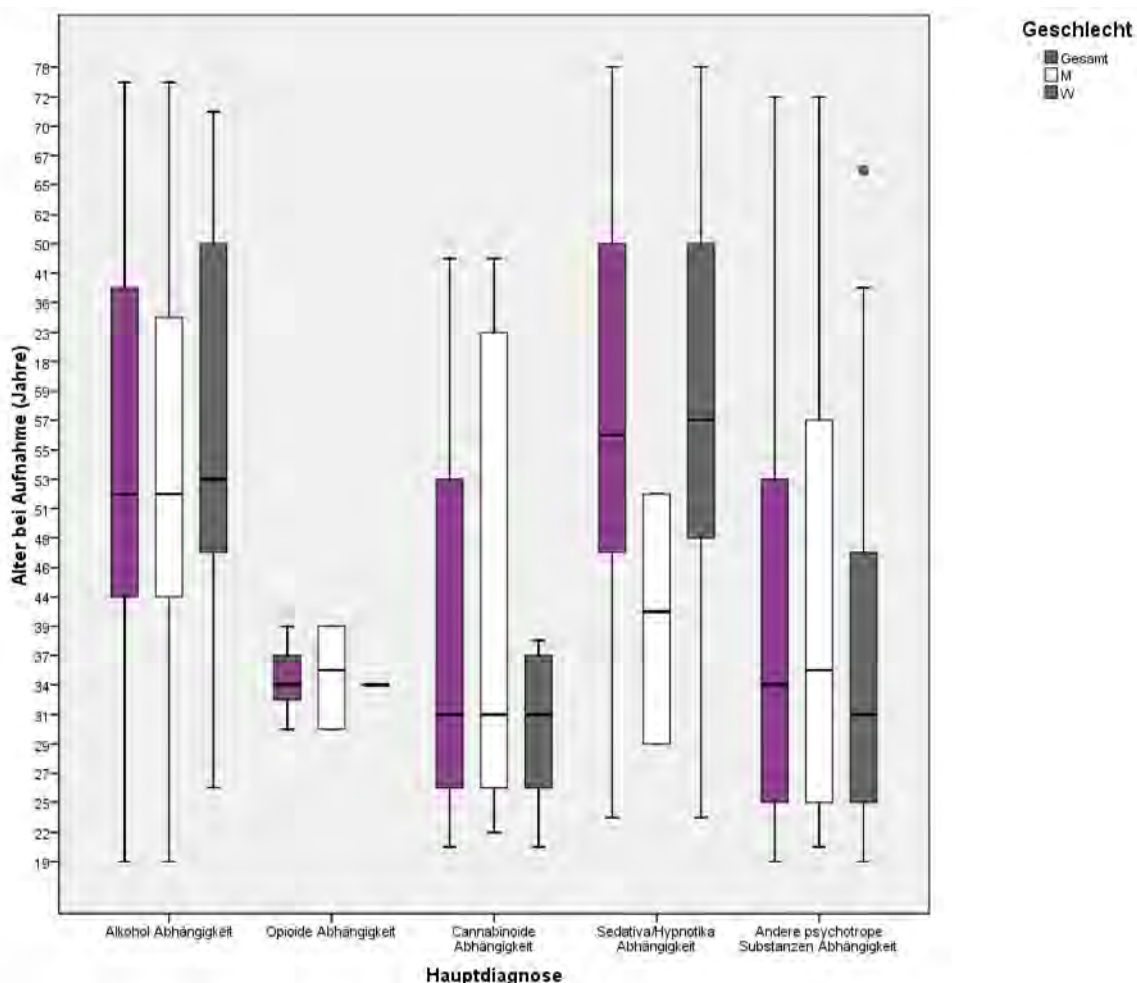


Abbildung 1: Alter bei Aufnahme in Abhängigkeit der Hauptdiagnose (n=263)

1.2 Soziodemographische Charakterisierung der Patienten in der Orientierungsphase

Unter unseren Patienten weist ein großer Anteil potentiell schwer zu behandelnder Diagnosen auf. Sowohl Kluger⁵ als auch Missel⁶ konnten zeigen, dass Patienten in fester Partnerschaft und mit erhaltener Erwerbstätigkeit länger und stabiler abstinent sind. Daher ist die Beschreibung der soziodemographischen Daten notwendig, um die Patienten möglichst umfassend charakterisieren und die Prognose besser abschätzen zu können. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Tabelle 3.

Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ist 3:2. Es besteht bezüglich des Alters kein signifikanter Unterschied. Männer sind im Mittel 40,65±12,69 Jahre und Frauen 43,98±13,64 Jahre alt (vgl. Tabelle 2). Es zeigt sich, dass deutlich mehr Männer ledig sind (44,2%) als Frauen (23,3%). Frauen sind dagegen häufiger verheiratet oder geschieden (vgl. Tabelle 3). In einer festen oder zeitweisen Partnerschaft leben 52,5 Prozent der Männer und 60,5 Prozent der Frauen. Insgesamt erfüllen immerhin 41,9 Prozent der Patienten das negativ-prädiktive Kriterium „alleinstehend“. Die Mehrheit der Patienten wohnt selbstständig (85,4%), 11,2 Prozent bei Anderen (z.B. Eltern) und 1,3 Prozent in Heimeinrichtungen. Männer leben mit einem prozentualen Anteil von 38,7 Prozent, Frauen nur zu 18,6 Prozent (Gesamt: 32,2%) alleine. Frauen leben häufiger mit ihrem Partner (39,2% vs. 55,1%; m:w) oder mit eigenen Kindern (22,1% vs. 44,2%; m:w) zusammen.

Tabelle 2

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Alter, bezogen auf das Geschlecht	Männlich	40,65 Jahre	12,69 Jahre	181	56	n.s.
	Weiblich	43,98 Jahre	13,64 Jahre	86	59	
Alter, bezogen auf Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	42,93 Jahre	10,39 Jahre	137	41	p<0,001
	arbeitslos	36,80 Jahre	10,1 Jahre	76	41	

5,6 Prozent der Patienten sind bei Behandlungsbeginn in der Orientierungsphase ohne Schulausbildung und 0,4 Prozent sind in einer solchen. 58,1 Prozent können einen Sonder- oder Hauptschulabschluss vorweisen, 21,7 Prozent einen Realschulabschluss und 12 Prozent die Hochschulreife. Männer sind hierbei häufiger unter den Wertelabels „ohne Schulausbildung“ und

⁵ Kluger, H., Funke, W., Bachmeier, R., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V., Wust, G. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 1999 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell* 2002; 9/1, 25 - 33.

⁶ Missel, P., Zobel, M., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wust, G. Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2005 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell* 2008; 15/1, 13-24.

„Hochschulreife“ vertreten. Bezüglich des Ausbildungsabschlusses finden wir keine signifikanten Unterschiede. 21,7 Prozent sind ohne Ausbildung, der Großteil mit 64,4 Prozent kann eine abgeschlossene Lehre vorweisen und 6,7 Prozent ein Hochschulstudium.

Tabelle 3

Merkmal	Kategorie	M n=181		W n=86		Gesamt n=267		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Familienstand	Ledig	80	44,2%	20	23,3%	100	37,5%	n. s.
	Verheiratet	49	27,1%	28	32,6%	77	28,8%	
	Verheiratet getrennt	18	9,9%	8	9,3%	26	9,7%	
	Geschieden	29	16,0%	18	20,9%	47	17,6%	
	verwitwet	2	1,1%	3	3,5%	8	2,2%	
Partnersituation	Alleinstehend	81	44,8%	31	36%	112	41,9%	n. s.
	Feste Beziehung	92	50,8%	49	57,0%	141	52,8%	
	Zeitweilige Beziehung	5	1,7%	3	3,5%	8	2,2%	
Wohnsituation	Selbstständig	153	84,5%	75	87,2%	228	85,4%	p<0,05.
	Bei Anderen	23	12,7%	7	8,1%	30	11,2%	
	Betr. Wohnen	1	0,6%	2	2,3%	3	1,3%	
	Alleinlebend	70	38,7%	16	18,6%	86	32,2%	n. s.
	Mit Partner	71	39,2%	44	55,1%	115	43,1%	
	Mit Kindern	40	22,1%	30	44,2%	78	29,2%	
Schulabschluss	Ohne	13	7,2%	2	2,3%	15	5,6%	n. s.
	In Schulausbildung	1	0,6%	0	0%	1	0,4%	
	Haupt-/Sonderschule	101	55,8%	54	62,8%	155	58,1%	
	Realschulabschluss	38	21,0%	20	23,3%	58	21,7%	
	Hochschulreife	24	13,3%	8	9,3%	32	12,0%	
Ausbildungsabschluss	Ohne	38	21,0%	20	23,3%	58	21,7%	n. s.
	in Ausbildung	6	3,3%	3	3,5%	9	3,4%	
	Abgeschl. Lehre	117	64,6%	55	64,0%	172	64,4%	
	Meister/Techniker	3	1,7%	0	0%	3	1,1%	
	Hochschulabschluss	12	7,2%	5	5,8%	18	6,7%	
Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	97	53,6%	40	46,5%	137	51,3%	n. s.
	arbeitslos	56	30,9%	20	20,3%	76	28,5%	
	Sonstige nicht erwerbstätige Person	12	6,6%	16	18,6%	28	10,5%	
	Rentner/-in	12	6,6%	8	9,3%	20	7,5%	
Problematische Schulden	Keine	111	61,3%	69	80,2%	180	67,4%	n. s.
	Bis 10.000 €	37	20,4%	7	8,1%	44	16,5%	
	Über 10.000 €	27	14,9%	7	8,1%	34	12,7%	

Betrachtet man die Arbeitslosigkeit, als das potenziell wichtigste soziodemographische Kriterium bezüglich des Behandlungserfolges, zeigt sich eine Arbeitslosenquote von 28,5 Prozent. Männer sind mit 30,9 Prozent deutlich häufiger arbeitslos als Frauen mit 20,3 Prozent. 53,6 Prozent der Männer und 46,5 Prozent der Frauen sind erwerbstätig.

Das Alter der Patienten in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus unterscheidet sich signifikant. Erwerbstätige sind im Mittel $42,93 \pm 10,39$ Jahre alt, Arbeitslose $36,80 \pm 10,1$ Jahre alt ($p < 0,001$, 95% KI[3,21-9,03]). 13,2 Prozent der Männer und 28,9 Prozent der Frauen sind berentet oder nicht erwerbstätig. 20,4 Prozent der Männer haben relevante Schulden bis 10.000€ und 14,9 Prozent mehr als 10.000€. Unter den Frauen finden sich je 8,1 Prozent in den jeweiligen Kategorien.

1.3 Daten zum Abhängigkeitsverlauf

Tabelle 4

Merkmal	Kategorie	M n=181		W n=86		Gesamt n=267		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Vorbehandlungen	Erstbehandlung in unserer Einrichtung	139	76,8%	69	80,2%	208	77,9%	Keine signifikanten Unterschiede
	Wiederbehandlung in unserer Einrichtung	41	23,2%	17	19,8%	59	22,1%	
	Ambulante Beratung	52	28,7%	21	24,4%	73	27,3%	
	Entzugsbehandlung	56	30,9%	22	25,6%	78	29,2%	
	Ambulante Reha	26	13,4%	10	11,6%	36	13,5%	
	Stationäre Reha	33	18,2%	10	11,6%	43	16,1%	

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Alter bei Erstkonsum	Männlich	18,49 Jahre	8,16 Jahre	181	59	p<0,001
	Weiblich	23,38 Jahre	13,1 Jahre	86	68	
	F10 - Alkohol	18,83 Jahre	7,65 Jahre	149	42	p<0,001 F13 vs. F10/12/19
	F11 - Opioide	25,33 Jahre	3,28 Jahre	3	20	
	F12 - Cannabis	16,50 Jahre	15,4 Jahre	16	11	
	F13 - Sedativa	38,76 Jahre	10,2 Jahre	17	58	
	F19 -Polytoxikomanie	18,94 Jahre	10,5 Jahre	78	57	
Abhängigkeitsdauer	Männlich	22,30 Jahre	12,88 Jahre	181	55	n. s.
	Weiblich	20,60 Jahre	17,99 Jahre	86	54	
	F10 - Alkohol	27,85 Jahre	12,25 Jahre	149	55	p<0,001 F10 vs. F11/12/13/19
	F11 - Opioide	11,88 Jahre	5,91 Jahre	3	24	
	F12 - Cannabis	11,52 Jahre	12,28 Jahre	16	20	
	F13 - Sedativa	9,33 Jahre	13,57 Jahre	17	39	
	F19 -Polytoxikomanie	15,01 Jahre	10,27 Jahre	78	50	

77,9 Prozent der Patienten werden erstmalig bei IANVA G. P. S. mbH behandelt. 22,1 Prozent wurden bereits bei uns behandelt, wobei hier nicht zwischen Beratungsterminen, der Orientierungsphase oder der ambulanten Suchtrehabilitation unterschieden wurde. Ambulante Beratungen bei uns oder in einer Beratungsstelle nahmen vor der hier beschriebenen Behandlung 27,3 Prozent der Patienten wahr. Bereits 29,2 Prozent hatten in der Vergangenheit mindestens eine - häufig jedoch mehrere - Entzugsbehandlungen absolviert. Der Anteil der Vorbehandlungen bezüglich der Suchtrehabilitation ist mit 13,5 Prozent für ambulante und 16,1 Prozent für stationäre Maßnahmen gering, wobei Männer tendenziell mehr stationäre Suchtrehabilitationsbehandlungen aufweisen.

Weitere wichtige Punkte zur Beschreibung des Abhängigkeitsverlaufs sind der Erstkonsum und die Abhängigkeitsdauer. Männer konsumieren erstmals im Alter von $18,49 \pm 8,16$ Jahren fünf Jahre früher als Frauen mit $23,38 \pm 13,1$ Jahren ($p < 0,001$). Im Vergleich dazu sind Männer zum Aufnahmezeitpunkt mit einer Abhängigkeitsdauer von $22,3 \pm 12,88$ Jahren nur unwesentlich länger abhängig als Frauen mit $20,6 \pm 17,99$ Jahren.

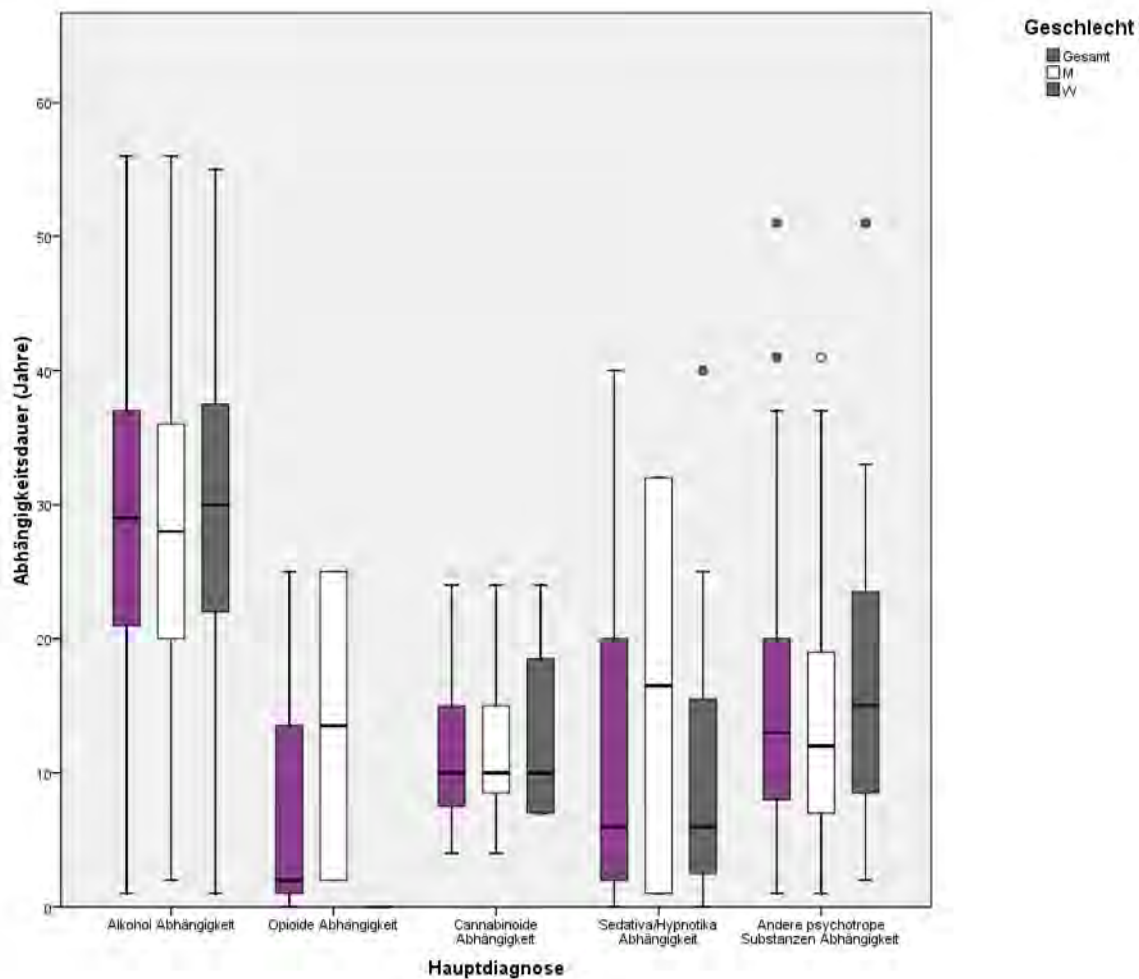


Abbildung 2: Abhängigkeitsdauer bezogen auf die Hauptdiagnose (n=263)

Betrachte man das Alter bei Erstkonsum zeigen sich bei den Diagnosen Alkoholabhängigkeit ($18,83 \pm 7,65$ Jahre), Cannabisabhängigkeit ($16,5 \pm 15,4$ Jahre) und Polytoxikomanie ($18,94 \pm 10,5$

Jahre) nur geringfügige Unterschiede. Tendenziell älter waren die Opioidabhängigen mit $25,33 \pm 3,28$ Jahren. Einen signifikanten Unterschied ($p < 0.001$) fanden wir beim Erstkonsumalter der Benzodiazepinabhängigen ($38,76 \pm 10,2$ Jahre). Die isolierten Benzodiazepinabhängigkeiten resultieren häufig aus einer iatrogenen Dauermedikation unter Missachtung der Verschreibungsrichtlinien.

Die Abhängigkeitsdauer bis zur Aufnahme in die Indexbehandlung beträgt bei Alkoholikern $27,85 \pm 12,25$ Jahre. Sie ist damit signifikant länger als bei allen andere Diagnosen ($p < 0.001$, 95%KI [9,82-15,88]). Die Abhängigkeitszeiten der anderen Diagnosen liegen zwischen 9,33 (F13) und 15,01 (F19) Jahren. Es zeigt sich, dass sich die Benzodiazepinabhängigen am schnellsten zur Indexbehandlung vorstellen, die Abhängigkeit jedoch bis dahin bereits deutlich chronifizieren konnte.

1.3 Behandlungsverlauf der Orientierungsphase und Vermittlungsquoten

Neben der diagnostischen Klärung und der erfolgreichen Entzugsbehandlung ist die Vermittlung in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme das wichtigste Ziel der Orientierungsphase. Aus stationären qualifizierten Entzugsbehandlungen sind Vermittlungsquoten von 12-23 Prozent für die Alkoholabhängigkeit beschrieben worden^{7,8}.

Unsere Vermittlungsquote bezogen auf alle Patienten in der Orientierungsphase ($n=267$) beträgt 45,3 Prozent (40,8% Vermittlung in ambulante und 4,5% in stationäre Reha). 41 Patienten hatten nur einem Kontakt in unserer Einrichtung und erfüllten die Einschlusskriterien des Programms zur ambulante qualifizierten Entzugsbehandlung nicht. Alle Patienten über alle Diagnosen wurden nach dem qualifizierten Entzug zu 53,5 Prozent in eine Suchtrehabilitationsbehandlung vermittelt. Nach einem qualifizierten Entzug ergibt sich für die Alkoholabhängigkeit eine Vermittlungsquote von 58,8 Prozent (vs. 53,7% gesamt) und für die Polytoxikomanie von 50,9 Prozent (vs. 37,1% gesamt).

Patienten in einem Managed Care Programm wurden zu 48,2 Prozent und Pateinten ohne Programm zu 45,3 Prozent vermittelt. Nach Bereinigung der Einmalkontakte ergeben sich Vermittlungsquote von 56 Prozent bei Managed Care Programmen und 46,7 Prozent ohne ein Programm. Der Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant ($p=0,21$, Chi Wert=3,049, df2).

⁷ Schwoon DR, Schulz P, Höppner H. Qualifizierte Entzugsbehandlung für Alkoholranke in der Innere Medizin. *Suchtthreapie*. 2002;3:6.

⁸ Driessen M, Veltrup C, Junghanns K, Przywara A, Dilling H. [Cost-efficacy analysis of clinically evaluated therapeutic programs. An expanded withdrawal therapy in alcohol dependence]. *Nervenarzt*. May 1999;70(5):463-470.

Tabelle 5, bezogen aus alle Patienten in der Orientierungsphase inklusive der Einmalkontakte

Merkmal	Kategorie	Vermittlung in ambulante Reha		Vermittlung in stationäre Reha		Vermittlungsquote gesamt		n
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Geschlecht	Gesamt	109	40,8%	12	4,5%	121	45,3%	267
	Männlich	71	39,2%	9	5,0%	80	44,2%	181
	Weiblich	38	44,2%	3	3,5%	41	47,7%	86
Vermittlungsquote nach der Hauptdiagnose	F10 - Alkohol	72	48,3%	8	5,4%	80	53,7%	149
	F11 - Opiode	2	66,7%	0	0%	2	66,7%	3!
	F12 - Cannabis	3	18,8%	0	0%	3	18,8%	16
	F13 - Sedativa	6	35,3%	1	5,9%	7	41,2%	17
	F19 -Polytoxikomanie	26	33,3%	3	3,8%	29	37,1%	78
Vermittlungsquote nach ManagedCare	Managed Care	82	42,5%	11	5,7%	193	48,2%	149
	Andere Krankenkassen	27	36,5%	1	1,4%	28	45,3	118

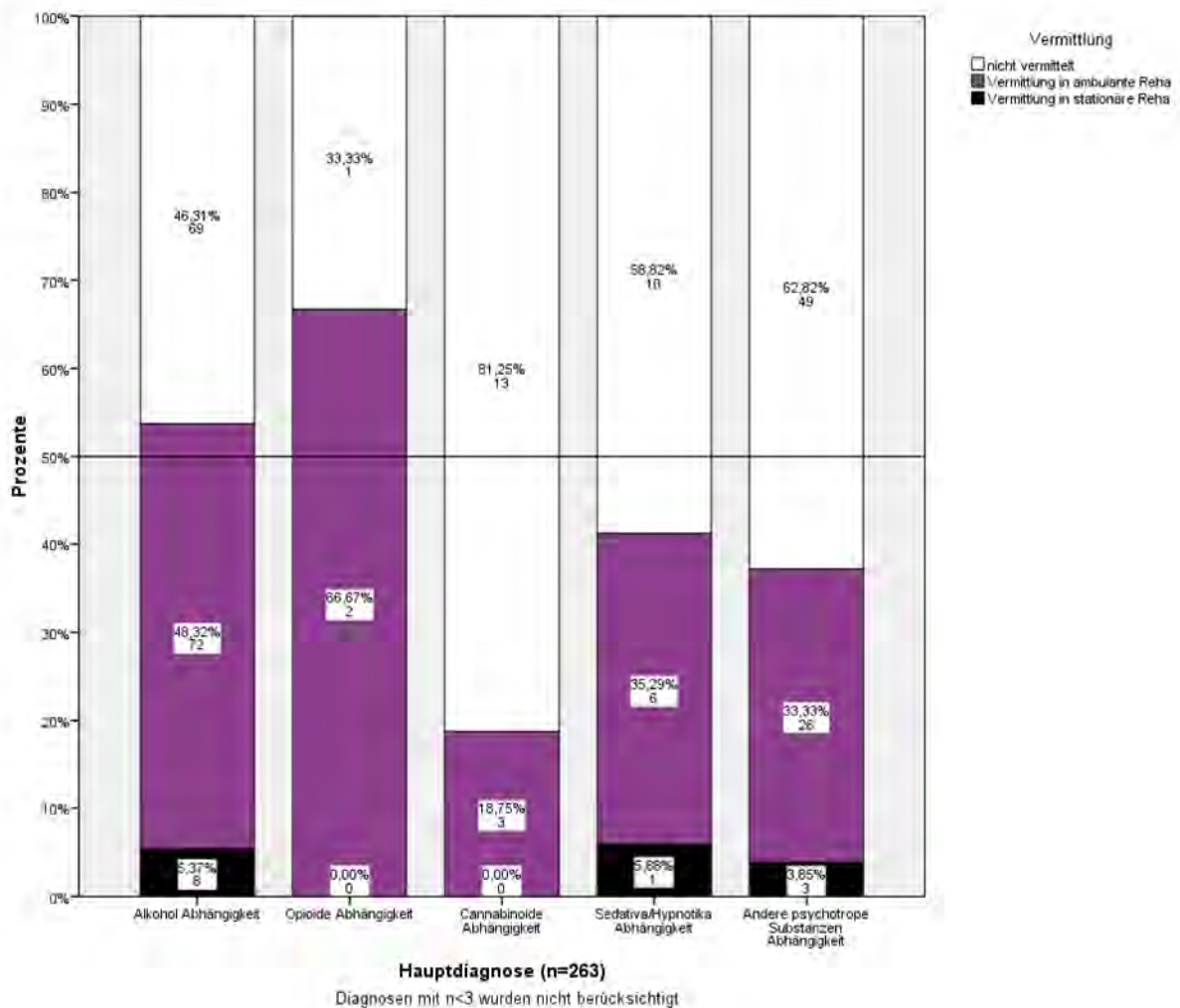


Abbildung 3: Vermittlungsquoten in Abhängigkeit der Hauptdiagnose (n=263) bezogen auf alle Patienten inklusive der Einmalkontakte

Betrachtet man die Kontaktzahl (Einzelkontakte $3,9 \pm 2,45$, Gruppenkontakte $4,5 \pm 4,1$) und die Behandlungsdauer (55 ± 50 Tage) bezogen auf das Geschlecht, so ergeben sich keine Unterschiede.

Es ergeben sich jedoch statistisch signifikante Unterschiede ($p < 0.001$) dieser Variablen, wenn als Abhängigkeit die Vermittlung zu Grunde legt. Erwartungsgemäß werden nicht vermittelte Patienten mit $31,68 \pm 29,1$ Tagen und $2,6 \pm 1,7$ Einzel- sowie $1,9 \pm 2,3$ Gruppenkontakten am kürzesten behandelt. Patienten mit Vermittlung in eine ambulante Suchtrehabilitationsmaßnahme werden $79,22 \pm 52,8$ Tage behandelt und kommen auf $5,26 \pm 1,96$ Einzel- sowie $7,48 \pm 3,42$ Gruppenkontakte. Die längste Behandlungszeit in der Orientierungsphase mit $128,6 \pm 52,8$ Tagen registrieren wir bei Patienten, die in stationäre Suchtrehabilitation vermittelt wurden. Sie nahmen an $7,58 \pm 3,6$ Einzel- und $9,25 \pm 3,3$ Gruppenkontakten teil. Dies erklären wir uns einerseits mit der Indikation zur stationären Rehabilitation und andererseits mit dem längeren Zeitraum bis ein Aufnahmetermin zur Verfügung steht.

Tabelle 6

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Statistik
Einzelkontakte	Männlich	3,94	2,43	181	Die Anzahl der Einzel- und Gruppenkontakte sowie die Behandlungsdauer unterscheiden sich signifikant ($p < 0.001$) zwischen vermittelten und nicht vermittelten Patienten, einen geschlechtsspezifischen Unterschied konnten wir nicht finden.
	Weiblich	3,84	2,49	86	
	Verm. in ambul. Reha	5,26	1,96	109	
	Verm. in stat. Reha	7,58	3,60	12	
	Nicht vermittelt	2,60	1,70	146	
Gruppenkontakte	Männlich	4,43	3,91	181	
	Weiblich	4,67	4,39	86	
	Verm. in ambul. Reha	7,48	3,42	109	
	Verm. in stat. Reha	9,25	3,30	12	
	Nicht vermittelt	1,90	2,30	146	
Behandlungsdauer	Männlich	53,64 Tage	44,3 Tage	181	
	Weiblich	59,31 Tage	59,1 Tage	86	
	Verm. in ambul. Reha	79,22 Tage	52,8 Tage	109	
	Verm. in stat. Reha	128,6 Tage	41,9 Tage	12	
	Nicht vermittelt	31,68 Tage	29,1 Tage	146	

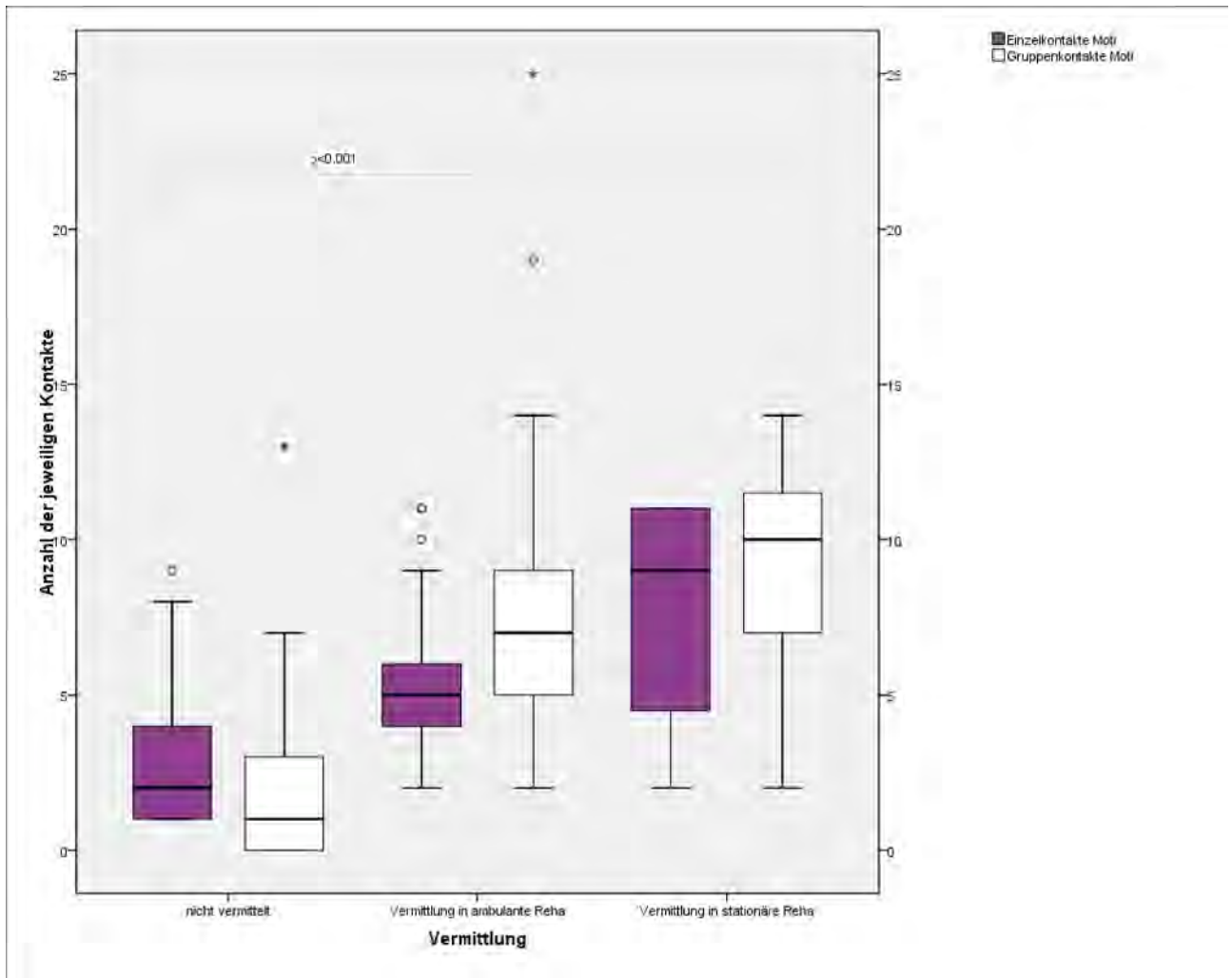


Abbildung 4: Kontaktanzahl in Abhängigkeit der Art der Vermittlung (n=267)

2. Ambulante Suchtrehabilitation Entlassungsjahrgang 2009

Die folgende Auswertung bezieht sich auf alle Patienten, die im Jahr 2009 ihre ambulante Suchtrehabilitation (n=113) oder ihre ambulante Nachsorge (n=11) beendeten (n_{gesamt}=124).

2.1 Leistungsträger und Behandlungsindikation

Leistungsträger der Rehabilitation sind in der Mehrzahl der Fälle die Rentenversicherungsträger mit insgesamt 92,7 Prozent. Krankenkassen und Privatzahler stellen mit zusammen 7,2 Prozent einen eher geringen Teil der Patienten. Auffällig ist, dass, während Frauen zu 54,8 Prozent bei der DRV Bund versichert sind, Männer vor allem über die DRV Saar (64,5%) versichert sind.

Unsere Patienten werden von mehreren verschiedenen Stellen in unsere Rehabilitation vermittelt. Hierzu gehören das Arbeitsamt, Betriebe und Bezugspersonen der Patienten. Der kumulative Anteil der durch diese Stellen vermittelten Patienten liegt bei 31,5 Prozent. Ein nicht signifikant aber deutlich größerer Anteil von 68,5 Prozent der Patienten wird durch die psychiatrische Praxis Steffen, mit der ein Vertrag zur Integrierten Versorgung Abhängigkeitskranker besteht, in unsere ambulante Rehabilitationsbehandlung vermittelt.

Tabelle 7:

Merkmal	Kategorie	M n=76		W n=48		Gesamt n=124		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Leistungsträger	DRV Bund	15	19,7%	26	54,8%	41	33,1%	p<0,05 DRV vs. alle
	DRV Saar	49	64,5%	19	39,6%	68	54,8%	
	Andere DRV	4	5,2%	2	4,2%	6	4,8%	
	Krankenkasse	6	7,9%	0	0%	6	4,8%	
	privat	2	2,6%	1	2,1%	3	2,4%	
Vermittlung durch	Psychiatrische Praxis	48	63,2%	37	77,1%	85	68,5%	p>0,05
	sonstige	28	36,8%	11	22,9%	39	31,5%	
Diagnose	F10 - Alkohol	59	77,6%	31	64,6%	90	72,6%	p<0,05 F10 vs. alle
	F11 - Opioide	1	1,3%	0	0%	1	0,8%	
	F12 - Cannabis	2	2,6%	1	2,1%	3	2,4%	
	F13 - Sedativa	2	2,6%	4	8,3%	6	4,8%	
	F15 – Stimulantien	0	0%	2	4,2%	2	1,6%	
	F19 -Polytoxikomanie	12	15,8%	10	20,8%	22	17,7%	

In unserer ambulanten Suchtrehabilitation werden Patienten mit verschiedenen Substanzabhängigkeiten zusammen behandelt. Eine Trennung der Therapiegruppen nach Diagnose erfolgt nicht. Mit 72,6 Prozent (M = 77,6%; W = 64,6%) der Fälle ist die Alkoholabhängigkeit die mit Abstand häufigste Diagnose als Indikation zur Rehabilitation. Für die

Abhängigkeiten von Opioiden (0,8%), Cannabis (2,4%), Sedativa (4,8%) und Stimulantien (1,6%) konnten wir eher kleine Patientenkollektive rekrutieren. Auffällig ist, dass die isolierte Abhängigkeit von Sedativa bei Frauen (8,3%) deutlich häufiger vorzufinden ist als bei Männern (2,6%). Mit insgesamt 17,7 Prozent der Fälle stellt die prognostisch ungünstige Diagnose der Polytoxikomanie neben der Alkoholabhängigkeit das zweitgrößte Patientenkollektiv dar. Auch hier ist bei den Frauen (20,8%) ein größerer Anteil betroffen als bei den Männern (15,8%). Dies erklären wir uns durch einen häufigeren abhängigen Gebrauch von Benzodiazepinen, Schmerzmitteln, Alkohol und Antidepressiva bei Frauen.

Tabelle 8:

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Altersverteilung der Diagnosen	F10 - Alkohol	47,49 Jahre	9,051 Jahre	90	41	p>0,001 für Alkohol gegen die Übrigen Diagnosen
	F11 - Opioide	30,00 Jahre	---	1	0	
	F12 - Cannabis	25,33 Jahre	4,041 Jahre	3	8	
	F13 - Sedativa	49,00 Jahre	4,690 Jahre	6	14	
	F15 – Stimulantien	26,00 Jahre	4,243 Jahre	2	6	
	F19 -Polytoxikomanie	31,77 Jahre	12,36 Jahre	22	47	

Betrachtet man das durchschnittliche Alter bei Rehabeginn, so zeigt sich eine Unterteilung in zwei Gruppierungen. Während die Cannabisabhängigkeit (25,33±4,041 Jahre) und die Polytoxikomanie (31,77±12,36 Jahre) relativ nahe beieinander liegen, gibt es einen signifikanten Unterschied ($p < 0.001$; 95% KI [9,9-21,4]) zum mittleren Alter der Alkoholabhängigen (47,49±9,051 Jahre).

2.2 Soziodemographische Charakterisierung der Rehabilitationspatienten

Zur besseren Abschätzung der Schwere der Erkrankung und der Prognose ist eine genauere soziodemographische Charakterisierung des Patientenkollektives erforderlich, um einen Vergleich zu anderen Ergebnissen zu ermöglichen.

Betrachtet man dem Familienstand der Patienten, so zeigt sich, dass mit 36,3 Prozent der Fälle der größte Teil der Patienten ledig ist. Hierbei fällt auf, dass die Männer mit 43,3 Prozent deutlich häufiger betroffen sind als Frauen. Bei der zweitgrößten Gruppe der Verheirateten (34,7%) zeigt sich ein invertiertes Bild mit 27,6 Prozent der Männer und 45,8 Prozent der Frauen. In den Kategorien „Verheiratet getrennt“ (7,3%) und „Geschieden“ (17,7%) zeigen sich keine deutlichen Geschlechtsunterschiede. 4 Prozent unserer Patienten waren verwitwet. Hierbei lag der Anteil bei den Frauen mit 6,3 Prozent etwas höher als bei den Männern mit 2,6 Prozent. Die hier noch deutlichen Geschlechtsunterschiede zwischen Verheirateten und Ledigen schwächen sich jedoch ab, wenn man die Partnersituation betrachtet. Hierbei zeigt sich, dass mit 58,1 Prozent der Fälle (M = 55,3%; W = 62,5%) der Großteil der Patienten in einer festen Partnerschaft lebt. 36,3 Prozent

(M = 38,1%; W = 33,4%) sind alleinstehend und 5,6 Prozent (M = 6,6%; W = 4,2%) leben in einer zeitweiligen Beziehung.

Tabelle 9

Merkmal	Kategorie	M n=76		W n=48		Gesamt n=124		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Familienstand	Ledig	33	43,4%	12	25%	45	36,3%	n. s.
	Verheiratet	21	27,6%	22	45,8%	43	34,7%	
	Verheiratet getrennt	6	7,9%	3	6,3%	9	7,3%	
	Geschieden	14	18,4%	8	16,7%	22	17,7%	
	verwitwet	2	2,6%	3	6,3%	5	4%	
Partnersituation	Alleinstehend	29	38,1%	16	33,35	45	36,3%	n. s.
	Feste Beziehung	42	55,3%	30	62,5%	72	58,1%	
	Zeitweilige Beziehung	5	6,6%	2	4,2%	7	5,6%	
Wohnsituation	Selbstständig	61	80,3%	44	91,7%	105	84,7%	p<0,05.
	Bei Anderen	8	10,5%	2	4,2%	10	8,1%	
	Betr. Wohnen	6	7,9%	2	4,2%	8	6,5%	
	Alleinlebend	33	43,3%	15	31,3%	48	38,7%	n. s.
	Mit Angehörigen	31	40,8%	27	56,3%	58	46,8%	
	Mit Kindern	17	22,4%	18	37,5%	35	28,25	
Schulabschluss	Ohne	2	2,6%	0	0%	2	21,6%	n. s.
	In Schulausbildung	2	2,6%	0	0%	2	1,6%	
	Haupt-/Sonderschule	46	60,5%	26	54,2%	72	58%	
	Realschulabschluss	17	22,4%	16	33,3%	33	26,6%	
	Hochschulreife	8	10,5%	6	12,5%	14	11,3%	
Ausbildungsabschluss	Ohne	15	19,7%	9	18,8%	24	19,3%	n. s.
	Sonstige	0	0%	2	4,2%	2	1,6%	
	in Ausbildung	1	1,3%	0	0%	1	0,8%	
	Abgeschl. Lehre	47	61,8%	34	70,8%	81	65,3%	
	Meister/Techniker	7	9,2%	0	0%	7	5,6%	
	Hochschulabschluss	6	7,9%	3	6,3%	9	7,3%	
Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	49	64,5%	28	58,3%	77	62,1%	n. s.
	arbeitslos	15	19,7%	8	16,7%	23	18,5%	
	Hausfrau/-mann	8	10,5%	12	25%	20	16,1%	
	Renter/-in	4	5,3%	0	0%	4	3,2%	
Problematische Schulden	Keine	48	63,2%	41	85,4%	89	71,8%	n. s.
	Bis 10.000 €	12	15,8%	2	4,2%	14	11,3%	
	Über 10.000 €	16	21,1%	5	10,5%	21	16,9%	

Bei der Betrachtung der Wohnsituation fällt auf, dass mit 84,7 Prozent die meisten Patienten selbstständig wohnen. Der Anteil der Frauen (91,7%) liegt hierbei 11,4 Prozent über dem der Männer (80,3%). Bei Anderen (8,1%) oder im Betreuten Wohnen (6,5%) lebten folglich ein größerer Teil der Männer.

Bei dem Schulabschluss zeigt sich eine deutlich Dominanz des Haupt- und Sonderschulabschlusses mit 58% (M = 60,5 %; W = 54,2%) vor dem Realschulabschluss mit 26,6 Prozent (M = 22,4%; W = 33,3%) und der Hochschulreife mit 11,3 Prozent (M = 10,5%; W = 12,5%). Nur 2,4 Prozent der Patienten konnten keinen Schulabschluss vorweisen und 2,6 Prozent befanden sich noch in Schulausbildung. Tendenziell erreichten die Frauen einen etwas höheren Schulabschluss als die Männer.

Dennoch zeigt sich bei der Betrachtung des erreichten Ausbildungsabschluss, dass die Frauen diesen Vorteil nicht beibehalten konnten. Mit insgesamt 65,3 Prozent (M = 61,8%; W = 70,8%) ist die abgeschlossene Ausbildung am häufigsten. Das Fehlen jeglichen Berufsabschlusses ist mit 19,3 Prozent der Fälle (M = 19,7%; W = 18,8%) am zweithäufigsten. Eine Meisterausbildung erreichten 5,6% der Patienten, hier finden sich ausschließlich Männer (9,2%). Ein Hochschulabschluss erreichten 7,3% der Patienten (M = 7,9%; W = 6,3%). Während 87,5 Prozent der Männer mit der Hochschulreife diesen Abschluss erreichten, konnten nur 50 Prozent der Frauen mit der Hochschulreife diesen erlangen.

Die Erwerbssituation ist einer der wichtigsten Prognosefaktoren für den Behandlungserfolg. 62,1 Prozent der Patienten (M = 64,5%; W = 58,3%) sind erwerbstätig. Die Gruppe der Erwerbslosen ist mit 18,5 Prozent (M = 19,7%; W = 16,7%) etwa so groß wie die Gruppe der Hausfrauen und -männer mit 16,1 Prozent (M = 10,5%; W = 25%). Die Rentner stellten mit 3,2 Prozent die kleinste Gruppe. Hier fanden sich ausschließlich Männer.

Ein weiter wichtiger Faktor ist die Verschuldung der Patienten. Bei 71,8 Prozent der Patienten (M = 63,2%; W = 85,4%) bestanden keine problematischen Schulden. 11,3 Prozent hatten eine Verschuldung bis zu 10.000€ und 16,9 Prozent von mehr als 10.000€ vorzuweisen. Auffällig ist hierbei, dass sich die Männer mit 15,8 und 21,1 Prozent deutlich häufiger verschulden als Frauen mit 4,2 und 10,5 Prozent.

Tabelle 10

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Alter, bezogen auf das Geschlecht	Männlich	43,82 Jahre	11,63 Jahre	76	47	n. s.
	weiblich	43,65 Jahre	12,15 Jahre	48	42	
Alter, bezogen auf Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	44,14 Jahre	11,15 Jahre	81	41	p<0.001 erwerbstätig, Rentner vs. erwerbslos
	erwerbslos	40,25 Jahre	10,34 Jahre	24	37	
	Rentner	58,27 Jahre	6,60 Jahre	4	15	
	Sonstige nicht erwerbstätige	43,27 Jahre	11,78 Jahre	15	44	

Für 61,3 Prozent der Patienten (M = 56,7%; W = 73,5%) konnten wir bereits bei der ersten Aufnahme in unsere Einrichtung eine ambulante Rehabilitation erreichen. 38,7 Prozent (M = 43,3%; W = 26,5%) waren schon zu früheren Zeitpunkten mit unserer Einrichtung in Kontakt gewesen. Diese Kontakte ergeben sich aus Beratungen, Orientierungsphasen und Rehabilitationsbehandlungen.

15,3 Prozent der Patienten haben mindestens schon einmal eine ambulante und 20,2 Prozent eine stationäre Suchtrehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen. Frauen sind mit 14,6 Prozent signifikant weniger bezüglich einer Suchtrehabilitation vorbehandelt als Männer ($p < 0.05$).

Betrachtet man das Alter bei Erstkonsum, so zeigt sich, dass Frauen im Schnitt mit $19,79 \pm 9,69$ Jahren 2,29 Jahre älter sind als Männer mit $17,5 \pm 7,81$ Jahren. Bezogen auf die Hauptdiagnose findet man bei Alkohol ($17,29 \pm 6,53$ Jahre), Cannabis ($16,33 \pm 5,77$ Jahre), Stimulantien ($18 \pm 1,41$) und Polytoxikomanien ($18,36 \pm 10,83$ Jahre) ein relativ einheitliches Ergebnis. Hiervon weicht das Alter bei Erstkonsum der Sedativa mit $34,5 \pm 14,54$ deutlich ab. Auf die möglichen Ursachen sind wir bereits in der Darstellung der Daten der Orientierungsphase unter Punkt 1.2 eingegangen.

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer der Männer liegt mit $16,53 \pm 11$ Jahren etwa 5 Jahre über der der Frauen mit $11,44 \pm 8,85$ Jahren ($p < 0.01$). Bei der Betrachtung der Abhängigkeitsdauer nach Hauptdiagnose zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen der Cannabisabhängigkeit ($5,67 \pm 11,43$ Jahre), der Abhängigkeit von Sedativa ($11,83 \pm 1,41$ Jahre), der Polytoxikomanie ($10,82 \pm 10,48$ Jahre) und der Alkoholabhängigkeit ($16,39 \pm 10,84$ Jahre) ($p < 0.05$, F10 vs. alle).

Tabelle 11

Merkmal	Kategorie	M n=76		W n=48		Gesamt n=124		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Vorbehandlungen	Erstbehandlung in unserer Einrichtung	51	56,7%	25	73,5%	76	61,3%	n. s.
	Wiederbehandlung in unserer Einrichtung	39	43,3%	9	26,5%	48	38,7%	
	Ambulante Beratung	27	35,5%	8	16,7	34	28,2%	P<0,05 Männer vs. Frauen (Reha)
	Entzugsbehandlung	30	39,5%	9	18,8%	39	31,5%	
	Ambulante Reha	15	19,7%	4	8,3%	19	15,3%	
	Stationäre Reha	22	28,9%	3	6,3%	25	20,2%	

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Alter bei Erstkonsum	Männlich	17,50 Jahre	7,81 Jahre	76	62	n. s.
	Weiblich	19,79 Jahre	9,69 Jahre	48	44	
	F10 - Alkohol	17,29 Jahre	6,53 Jahre	90	47	n. s. man beachte die kleinen Fallzahlen
	F11 - Opioide	28,00 Jahre	---	1	0	
	F12 - Cannabis	16,33 Jahre	5,77 Jahre	3	10	
	F13 - Sedativa	34,50 Jahre	14,54 Jahre	6	33	
	F15 – Stimulantien	18,00 Jahre	1,41 Jahre	2	2	
	F19 -Polytoxikomanie	18,36 Jahre	10,83 Jahre	22	57	
Abhängigkeitsdauer	Männlich	16,53 Jahre	11 Jahre	76	41	p<0,01
	Weiblich	11,44 Jahre	8,85 Jahre	48	37	
	F10 - Alkohol	16,39 Jahre	10,84 Jahre	90	41	p<0,05 F10 vs. alle
	F11 - Opioide	2,00 Jahre	1,53 Jahre	1	0	
	F12 - Cannabis	5,67 Jahre	11,43 Jahre	3	3	
	F13 - Sedativa	11,83 Jahre	1,41 Jahre	6	28	
	F15 – Stimulantien	1,00 Jahr	6,83 Jahre	2	2	
	F19 -Polytoxikomanie	10,82 Jahre	10,48 Jahre	22	25	

2.3 Behandlungsverlauf und -erfolg der ambulanten Rehabilitation

Um unseren Behandlungserfolg quantifizieren zu können, führen wir regelmäßige Katamnesen bei unseren ehemaligen Patienten durch. Eine andere Möglichkeit besteht darin, die Art der Beendigung der Rehabilitationsbehandlung zu untersuchen. In diesem Parameter spiegelt sich wieder, ob die Therapie planmäßig beendet werden konnte oder durch problematische Umstände vorzeitig abgebrochen werden musste. Dieser Parameter ist jedoch nicht mit Abstinenz gleichzusetzen und lässt noch keine Aussage über die Nachhaltigkeit der Behandlung zu.

Insgesamt konnten wir 58,9 Prozent (M = 55,3%; W = 64,6%) unserer Patienten regulär entlassen. 41,1 Prozent (M = 44,7%; W = 35,4%) beendeten die Behandlung irregulär.

Tabelle 12

Merkmal	Kategorie	Art der Beendigung		Beurteilung der Symptomatik				n
		planmässig	unplanmässig	behoben	gebessert	gleich	schlechter	
Geschlecht	Gesamt	58,9%	41,1%	54,8%	21%	15,3%	8,9%	124
	Männlich	55,3%	44,7%	48,7%	22,4%	17,1%	11,8%	76
	Weiblich	64,6%	35,4%	64,6%	18,8%	12,5%	4,2%	48
Diagnose	F10 - Alkohol	61,1%	38,9%	53,3%	18,9%	15,6%	12,2%	90
	F11 - Opioide	0%	100%	0%	0%	100%	0%	1
	F12 - Cannabis	66,7%	33,3%	100%	0%	0%	0%	3
	F13 - Sedativa	50%	50%	83,3%	16,7%	0%	0%	6
	F15 – Stimulantien	50%	50%	50%	50%	0%	0%	2
	F19 -Polytoxikomanie	54,5%	45,5%	45,5%	31,8%	22,7%	0%	22
Erwerbsstatus	erwerbstätig	59,7%	40,3%	53,2%	19,5%	16,9%	10,4%	77
	erwerbslose	34,8%	65,2%	30,4%	39,1%	17,4%	13,0%	23
	Rentner	100%	0%	100%	0%	0%	0%	4
	Sonstige nicht erwerbstätige	75%	25%	80%	10%	10%	0%	20
Partnersituation	Alleinstehend	57,8%	42,2%	51,1%	22,2%	11,1%	15,5%	45
	Feste Beziehung	58,3%	41,7%	58,3%	20,8%	16,7%	4,2%	72
	Zeitweilige Beziehung	71,4%	28,6%	42,9%	14,3%	28,6%	14,3%	7

Überdurchschnittlich gut beendeten Alkohol- und Cannabisabhängige die Behandlung mit 61,1 beziehungsweise 66,7 Prozent regulär. Auch bei der Polytoxikomanie konnte mit einer Quote von 54,5 Prozent regulär beendeter Therapien ebenfalls ein sehr gutes Ergebnis erzielt werden. Die Interpretation der übrigen Hauptdiagnosen ist aufgrund der geringen Fallzahlen kritisch zu sehen.

Einen deutlich größeren Einfluss auf die Art der Beendigung als die Hauptdiagnose nahm die Erwerbssituation der Patienten. So beendeten 100 Prozent der Rentner, 75 Prozent der Hausfrauen und -männer und 59,7 Prozent der Erwerbstätigen ihre Behandlung regulär. Bei den Erwerbslosen zeigte sich mit 34,8 Prozent regulärer Beendigung die Relevanz als negativ-prognostischer Faktor. Die Partnersituation nahm hingegen keinen deutlichen Einfluss auf die Art der Beendigung.

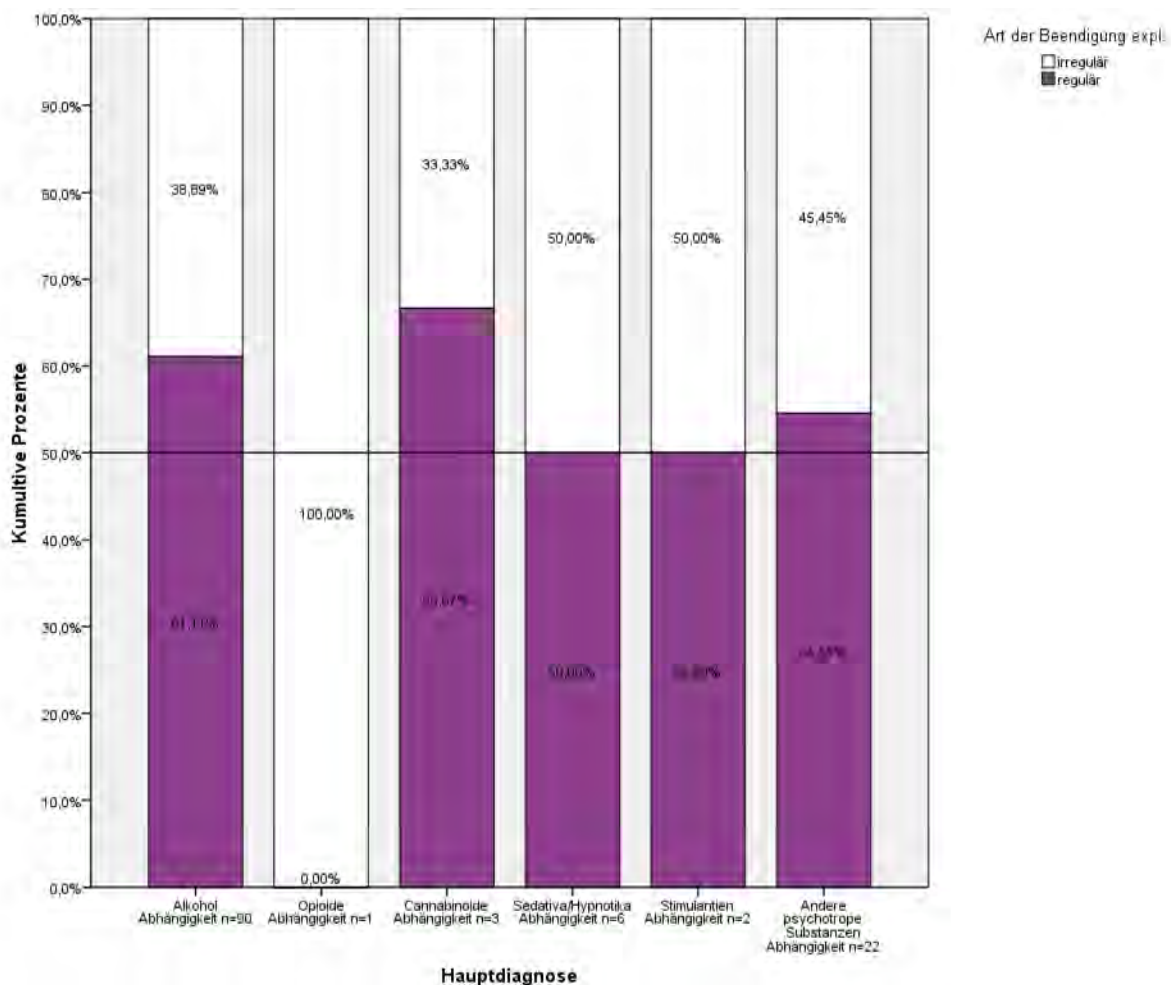


Abbildung 5: Art der Beendigung in Abhängigkeit der Hauptdiagnose (n=101), die Aussagen zu den Diagnosen F11, F12 und F15 sind aufgrund der kleinen Fallzahlen mit Vorsicht zu bewerten.

Frauen beendeten mit 64,6 Prozent die ambulante Rehabilitation häufiger erfolgreich als Männer mit 55,3 Prozent. Sie nahmen in dieser Zeit mehr Therapieeinheiten als Männer war, signifikante Unterschiede ergeben sich aufgrund der geringen Fallzahlen nur für die Einzelkontakte ($p < 0.05$). Frauen sind durchschnittlich 56 Tage länger in Behandlung ($p < 0.05$).

Die Zahl der nicht regulär entlassenen Patienten hängt mit der konsequenten Handhabung der Rückfälligkeit durch IANVA zusammen. Als rückfällig wird jeder Patient eingestuft, der - wenn auch nur kurzfristig oder in geringen Mengen - Drogen, Alkohol oder abhängig machende Medikamente konsumiert hat. Der zweite Rückfall führt obligatorisch zur Beendigung der Maßnahme oder zur Unterbrechung, um eine stationäre Rückfallanalyse (z. B. ST.A.R.S.-Programm) durchzuführen. Wenn die Stabilität im ambulanten Setting absehbar nicht zu gewährleisten ist, wird die Umwandlung der Maßnahme in eine langfristig stationäre Suchtrehabilitation vorgenommen, sofern Abstinenz- und Behandlungsbereitschaft bei dem Patienten vorliegt. So erklären wir uns den geringeren Anteil (58,9%) regulärer Beendigungen in der Rehabilitation (Stationäre Reha: 84,9%,

ambulante Reha: 76,4%, stat. Reha Drogenabhängiger: 57%; Basisdokumentation 2008 des Fachverband Sucht e.V.)

Deutlichere Unterschiede, die durchgehend eine statistische Signifikanz zeigen, ergeben sich, wenn man die Kontaktzahlen und Behandlungsdauer in Abhängigkeit der Art der Beendigung vergleicht. Erfolgreich/planmäßig behandelte Patienten nahmen an doppelt so vielen Einzelkontakten ($8,49 \pm 4,8$; $p < 0.001$) und zweieinhalbmal so vielen Gruppenkontakten ($82,4 \pm 36,2$; $p < 0.001$) teil. Die Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie konnte wesentlich effektiver (erfolgreich: $6,63 \pm 4,8$ Kontakte vs. nicht erfolgreich: $1,27 \pm 2,5$ Kontakte; $p < 0.001$) realisiert werden. Die Einbeziehung der Angehörigen ist ein wichtiger Bestandteil der ambulanten Suchtrehabilitation und hilft Rückfälle besser aufdecken zu können und die Abstinenz zu sichern. Einschränkend ist zu sagen, dass nicht erfolgreich beendete Patienten überwiegend häufig alleinstehend sind und diese Ressource somit wenig genutzt werden kann.

Tabelle 13

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Einzelkontakte	Männlich	5,96	4,587	75	18	p<0.05
	Weiblich	8,04	5,094	46	19	
	Erfolgreich	8,49	4,84	72	19	p<0.001
	Nicht erfolgreich	4,2	3,69	49	18	
Gruppenkontakte	Männlich	57,88	43,53	75	121	n. s.
	Weiblich	71,09	35,64	46	107	
	Erfolgreich	82,44	36,17	72	121	p<0.001
	Nicht erfolgreich	34,18	29,43	49	97	
Angehörigenkontakte (Einzel und Gruppe)	Männlich	3,99	4,63	75	13	n. s.
	Weiblich	5,22	5,01	46	15	
	Erfolgreich	6,63	4,84	72	15	p<0.001
	Nicht erfolgreich	1,27	2,5	49	13	
Indikative Gruppen	Männlich	0,45	1,71	74	11	n. s.
	Weiblich	1,2	2,96	46	12	
	Erfolgreich	1,1	2,82	72	12	p<0.05
	Nicht erfolgreich	0,19	0,84	48	5	
Behandlungsdauer	Männlich	227,7 Tage	148,8 Tage	76	490	p<0.05
	Weiblich	283,7 Tage	128,9 Tage	58	518	
	Erfolgreich	320,3 Tage	121,1 Tage	73	518	p<0.001
	Nicht erfolgreich	147,8 Tage	108,1 Tage	48	5	

Die Analyse der Behandlungszeiten zeigt deutlich längere Behandlungen von im Schnitt knapp einem Jahr (320 ± 121 Tage) als bei Therapieabbrechern mit 147 ± 108 Tagen ($p < 0.001$). Somit erfüllen wir in der ambulanten Rehabilitation die Forderungen nach einem verdichteten ca. einjährigen Rehabilitationsprozess. Der Abbruch der Rehabilitation erfolgt in der Regel in den ersten 4 Monaten.

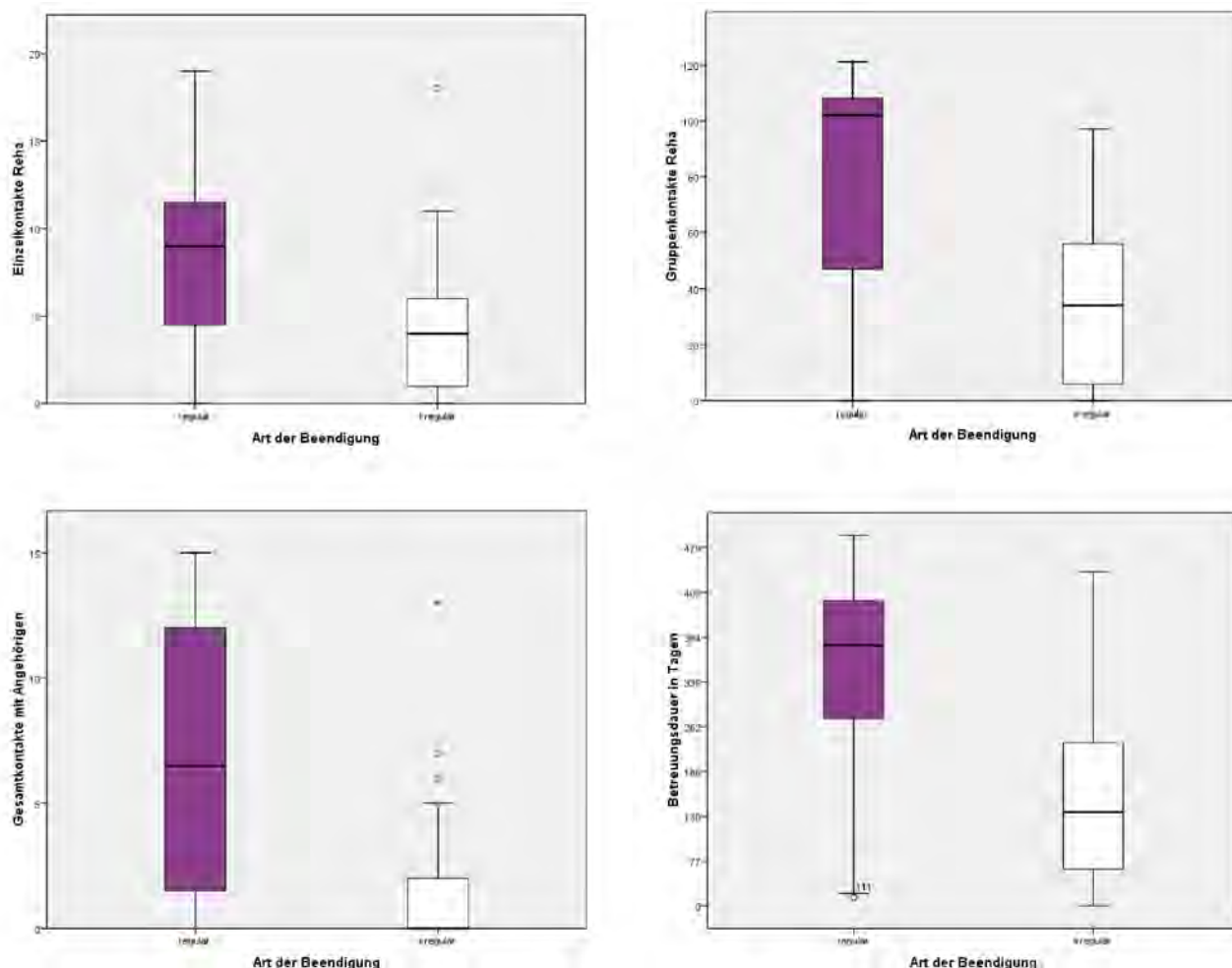


Abbildung 6: Anzahl der Therapieeinheiten und der Behandlungsdauer in Abhängigkeit der Art der Beendigung (n=101)

3. Einjahreskatamnese des Rehaentlassjahrgangs 2008

Die stationäre Suchtrehabilitation hat bereits lange ihre Effektivität in der Behandlung Abhängigkeitskranker bewiesen. Sie hat sich stetig weiterentwickelt und ist aktuell mit der Reform der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) und der Einführung des SGB IX (§20) durch Etablierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gewachsen. Ab 1991 ist unter steigendem Kostendruck und der Überlegung der gemeindenahen, frühzeitigen Behandlung durch die Vereinbarung zur ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken und in der Neuauflage („Vereinbarung Abhängigkeitserkrankte vom 04.05.2001“) die Möglichkeit eines zweiten Standbeins in der langfristigen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter geschaffen worden.

Die katamnestiche Nachuntersuchung ist fester Bestandteil der Qualitätssicherung der stationären Suchtrehabilitationseinrichtungen und wird in den nächsten Jahren immer mehr Bedeutung für ambulant arbeitende Suchteinrichtungen bekommen. Wir führen seit Jahren strukturierte Jahreskatamnesen unserer Patienten nach ambulanter Suchtrehabilitation durch. So können wir statistisch die Effektivität der ambulanten Behandlung über Variablen wie Abstinenz, Arbeits- und Lebenssituation im psychischen und sozialen Bereich beschreiben. Jedoch erreichen wir nicht die großen Stichproben wie der Fachverband Sucht e. V. im stationären Bereich (Jahreskatamnese des Entlassungsjahres 2006: n=10.306)⁹. In diesem Jahr konnte erstmals eine einrichtungsübergreifende Einjahreskatamnese (n=275) des Fachverbandes Sucht veröffentlicht werden¹⁰. IANVA G. P. S. mbH hat sich einerseits durch die Einbringung von 101 Datensätzen andererseits durch die Mitautorenschaft (D. V. Steffen) an dieser Veröffentlichung beteiligt.

Die Katamnese der Einrichtung Ianua G.P.S. mbH basiert auf dem erweiterten Kerndatensatz Sucht, dem Fragebogen zur Katamneseerhebung und einrichtungsspezifischen zusätzlichen Items. Die „Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ der „Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie“ wurden der Katamnesebefragung zu Grunde gelegt. Alle im Jahr 2008 entlassenen Patienten (n=102) wurden zwölf Monate nach Beendigung ihrer ambulanten Suchtrehabilitation mit frankiertem Rückumschlag mit der Bitte angeschrieben, den beiliegenden Katamnesebogen zur Basisdokumentation ausgefüllt zurückzuschicken. Es erfolgte ein Erinnerungsanschreiben nach vier Wochen. Wurde auch dann kein Katamneserücklauf

⁹ Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., et al. Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2007 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell 1/2010, S.9-20 (2010).

¹⁰ Missel P., Schneider B., Funke W., Janner-Schraml A., Klein T., Medenwaldt J, Scheider P., Steffen D., Weissinger V.: Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. SuchtAktuell 1/2010, S.57-63 (2010)

registriert, wurden die Patienten telefonisch in Anlehnung an den „Gesprächsleitfaden Katamnesedaten“ interviewt.

3.1 Beschreibung der Katamnesestichprobe

Tabelle 14

Merkmal	Kategorie	kein Katamnese-antworter, n=38		Katamnese-antworter, n=63		Gesamtstichprobe, n=101	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	gesamt	38	100%	63	100%	101	100%
	männlich	24	58,7%	37	63,2%	61	60,4%
	weiblich	14	41,3%	26	36,8%	40	39,6%
Leistungsträger	Rentenversicherung	36	94,7%	51	80,9%	87	86,1%
	Krankenkasse	1	2,63%	11	17,4%	12	11,8%
Art der Behandlungsbeendigung	planmäßig	19	50%	51	80,9%	70	69,3%
	unplanmäßig	19	50%	12	19,1%	31	30,7%
Hauptdiagnose	F10 - Alkohol	24	63,2%	48	76,2%	72	71,3%
	F12 - Cannabis	3	7,9%	1	1,6%	4	4%
	F13 - Benzodiazepine	2	5,3%	6	9,5%	8	7,9%
	F19 - Polytoxikomanie	6	15,8%	8	12,7%	14	13,9%
Anzahl Entzugsbehandlungen	kein	11	28,9%	14	22,3%	25	24,8%
	eine oder mehr	27	71,1%	49	77,7%	76	75,2%
Anzahl ambulanter Entwöhnungen	kein	38	97,4%	61	96,8%	98	97,1%
	eine oder mehr	1	2,6%	2	3,2%	3	2,9%
Anzahl stationärer Entwöhnungen	kein	34	94,8%	55	87,3%	89	88,2%
	eine oder mehr	4	5,2%	8	12,7%	12	11,8%
Höchster Schulabschluss	kein Schulabschluss	1	2,6%	3	4,8%	4	4,0%
	Sonder-/Hauptschulabschluss	25	65,8%	43	68,3%	68	67,3%
	Realschulabschluss	7	18,4%	6	9,4%	13	12,9%
	Hochschulreife	5	13,2%	11	17,5%	16	15,8%
Partnerbeziehung	Keine feste Beziehung	14	36,8%	18	28,6%	32	31,7%
	Feste Beziehung	24	63,2%	45	71,4%	69	68,3%
problematische Schulden	keine	23	60,5%	52	82,5%	75	74,3%
	mehr als 10.000 Euro	11	28,9%	8	12,7%	19	18,8%
Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	28	73,7%	35	55,6%	63	62,4%
	erwerbslos	7	18,4%	8	12,7%	15	14,9%
	nicht erwerbstätig	3	7,9%	11	17,5%	14	13,9%
	Rentner/-in	0	0%	9	14,3%	9	8,9%

Tabelle 15

Merkmal	MW	STD	MW	STD	MW	STD
Alter bei Rehabilitationsende (Jahre)	41,25	9,57	47,81	10,64	45,34	10,7
Alter bei Erstkonsum (Jahre)	17,47	6,95	19,29	10,48	18,60	9,31
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	23,76	10,23	28,52	12,05	26,73	11,6
Anzahl der Einzelkontakte	8,47	5,67	8,90	5,755	8,74	5,70
Anzahl der Angehörigenkontakte	0,63	1,21	0,56	0,99	0,58	1,08
Anzahl der Gruppenkontakte	54,05	37,62	83,17	34,50	72,22	38,25
Anzahl der Angehörigengruppen	2,92	3,35	5,94	4,63	4,80	4,49
Anzahl der Indikativen Gruppen	1,50	2,82	3,11	12,84	2,50	10,3

53 Patienten (82,8%) antworteten schriftlich und 11 Patienten (17,2%) wurden telefonisch befragt. Die katamnestische Erreichungsquote beträgt 62,4 Prozent und liegt damit 9 Prozent über dem Vorjahresniveau des Entlassjahrgang 2007.

60,4 Prozent der Patienten waren männlich, 39,6 Prozent weiblich. Das Durchschnittsalter betrug zum Rehabilitationsende 45,34±10,7 Jahre. 68,3 Prozent befanden sich in einer festen Partnerschaft, 42,6 Prozent waren verheiratet. Betrachtet man die Schulausbildung, so hatten zum Rehabilitationsende 4 Prozent keinen Abschluss, 67,3 Prozent einen Sonder-/Hauptschulabschluss, 12,9 Prozent einen Realschulabschluss und 15,8 Prozent erreichten die Hochschulreife, ein Zuwachs von 6 Prozent zum Vorjahr. 62,4 Prozent waren erwerbstätig, 14,9 Prozent erwerbslos und 13,9 Prozent subsumierten sich unter der Kategorie „nicht erwerbstätig“ (Hausfrauen, Schüler, Studenten, Auszubildende, etc.). Berentet waren 8,9 Prozent. Problematische Schulden bestanden bei 18,9 Prozent der Patienten, jedoch nur bei 12,7 Prozent der Katamneseantworter.

Die Rentenversicherungen waren mit 86,1 Prozent der häufigste Leistungsträger, Krankenkassen mit 11,8 Prozent deutlich seltener. Die Vermittlung erfolgte fast ausschließlich (97,1%) aus der eigenen Orientierungsphase mit qualifizierter Entzugsbehandlung. Die Vermittlung in die Orientierungsphase erfolgte zu 70,9 Prozent aus dem vertragsärztlichen Bereich. Suchtberatungsstellen und Krankenhäuser spielten nur eine untergeordnete Rolle.

71,3 Prozent der Patienten hatten nach ICD-10 die Hauptdiagnose einer Alkoholabhängigkeit (F10.2). Die Cannabisabhängigkeit (F12.2) wurde bei 4 Prozent und die Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei 7,9 Prozent gestellt. 13,9 Prozent der Patienten wurden der Hauptdiagnose des Abhängigkeitssyndroms bei multiplem Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.2) zugeordnet. Patienten mit der Hauptdiagnose Glücksspiel, Essstörungen oder Substanzmissbrauch werden in unserer Einrichtung nicht behandelt. Die durchschnittliche

Abhängigkeitsdauer betrug bei Aufnahme in die ambulante Suchtrehabilitation $26,73 \pm 11,6$ Jahre. Geschlechtsspezifische, statistisch signifikante Unterschiede existieren nicht. 75,2 Prozent der Patienten hatten in der Vorgeschichte mindestens eine Entzugsbehandlung absolviert. Eine ambulante Suchtrehabilitation hatten 2,9 Prozent und eine stationäre Suchtrehabilitation 11,8 Prozent der Patienten vor dieser Indextherapie absolviert.

Die Beendigung der ambulanten Suchtrehabilitation erfolgte für 69,3 Prozent der Patienten planmäßig bzw. regulär. 30,7 Prozent der Patienten beendeten die Suchtrehabilitation vorzeitig. Der Mittelwert der Gruppenkontakte liegt bei $72,22 \pm 38,25$ Kontakten. Es zeigt sich, dass Katamneseantworter, wie bereits durch die Verteilung in der Art der Beendigung impliziert, signifikant mehr Kontakte wahrgenommen hatten (Katamneseantworter: $83,17 \pm 34,5$ Gruppenkontakte vs. kein Katamneseantworter: $54,05 \pm 37,62$ Gruppenkontakte ($p=0.001$)). Gleiches ist auch für die Anzahl der Angehörigengruppen ($p<0,05$) gültig. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Gruppenkontakte bei allen Patienten um durchschnittlich 10 Kontakte gestiegen. Katamneseantworter mit $8,9 \pm 5,7$ und Nichtantworter mit $8,47 \pm 5,6$ Einzelkontakten liegen auf demselben Niveau. Geschlechtsspezifische signifikante Unterschiede existieren nicht.

Patienten, die auf die Katamneseuntersuchung geantwortet haben, sind tendenziell älter, männlich und haben ihre Behandlung planmäßig mit signifikant mehr Behandlungsterminen abgeschlossen. Die Abhängigkeitsdauer ist unter den Katamneseantwortern um 4,8 Jahre länger, bleibt auf Grund der großen Standardabweichung jedoch nicht signifikant.

3.2 Erreichungs- und Abstinenzquoten

Die Berechnung der Abstinenzquoten (1-4) erfolgte nach den Standards der DGSS (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie)^{11,12,13}. Patienten, für die keine, oder nur widersprüchliche Angaben aus der katamnestischen Untersuchung vorliegen, sind per Definition rückfällig. In dieser Kategorie eingeschlossen sind ebenfalls: „unbekannt verzogen“, „verweigert“, „nicht geantwortet“, „verstorben“, „unfähig zur Beantwortung“.

¹¹ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.). Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg 1992: Lambertus.

¹² Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung Abhängigkeitskranker. SUCHT 2001, 47. Jahrgang, Sonderheft 2.

¹³ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.). Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg 1985: Lambertus.

- Berechnungsform 1: alle erreichten Patienten, die planmäßig entlassen wurden
- Berechnungsform 2: alle planmäßig entlassenen Patienten
- Berechnungsform 3: alle, in der Katamnese erreichten Patienten
- Berechnungsform 4: alle, im Jahr 2008 entlassenen Patienten

Als „abstinent“ wurden nur Patienten eingestuft, die im gesamten Katamnesezeitraum weder Alkohol, zustandsverändernde Medikamente noch Drogen konsumiert hatten. Die Rückfälligkeit mit Nikotin/Tabak wurde nicht berücksichtigt. Als „abstinent nach Rückfall“ zählen alle Patienten mit einer mindestens 30 Tagen dauernden Abstinenz zum Befragungszeitpunkt. Alle andern Patienten mit widersprüchlichen oder fehlenden Angaben wurden als „rückfällig“ eingestuft.

Die günstigste Berechnungsform bezieht sich auf die Anzahl der Katamneseantworter (DGSS1), die ihre ambulante Suchtrehabilitation planmäßig abgeschlossen haben. Es zeigt sich dabei eine Abstinenzquote von 76,5 Prozent für die durchgehende und von 17,6 Prozent für die nach Rückfall neu erreichte Abstinenz. Nur 5,9 Prozent der planmäßig entlassen und erreichten Patienten waren im Katamnesezeitraum rückfällig. Ein ähnliches Bild ergibt sich für alle erreichten Patienten (DGSS3): 74,6 Prozent durchgehende Abstinenz, 17,5 Prozent Abstinenz nach Rückfall und 7,9 Prozent rückfällig im Katamnesezeitraum.

Es konnten immerhin 72,8 Prozent der planmäßig beendeten Patienten (DGSS2) erreicht werden. Erfolgreich (abstinent/abstinent nach Rückfall) behandelt waren 68,6 Prozent.

Tabelle 16

Kategorie	DGSS1 n=51		DGSS2 n=70		DGSS3 n=63		DGSS4 n=101	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Katamnestiche Erreichungsquote	51	100%	51	72,8%	63	100%	63	62,4%
Abstinent	39	76,5%	39	55,7%	47	74,6%	47	46,5%
Abstinent nach Rückfall	9	17,6%	9	12,9%	11	17,5%	11	10,9%
Rückfällig (inkl. per Definition)	3	5,9%	22	31,4%	5	7,9%	43	42,6%
Katamnestiche Abstinenzquote	48	94,1%	48	68,6%	58	92,1%	58	57,4%

Die konservativste Berechnungsform, DGSS4, zeigt eine katamnestiche Erreichungsquote von 62,4 Prozent. 46,5 Prozent aller Patienten war durchgehend abstinent, 10,9 sind zum Katamnesezeitpunkt abstinent nach einem Rückfall. Als rückfällig werden 42,6 Prozent eingestuft. Die Abstinenz- und Erreichungsquote liegen 10 Prozent über dem Vorjahresniveau. Es haben allerdings nicht mehr Patienten einen Rückfall in der Katamnese angegeben, sodass mehr abstinente Patienten für die Katamnese rekrutiert werden konnten. Über alle Berechnungsformen

sind Frauen numerisch häufiger abstinent als Männer, die statistische Auswertung konnte jedoch keinen signifikanten Unterschied zeigen.

Tabelle 17

Kategorie [%]	DGSS1 n=51		DGSS2 n=70		DGSS3 n=63		DGSS4 n=101	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Katamnestiche Erreichungsquote	100%	100%	69,2%	77,4%	100%	100%	60,6%	65,0%
Abstinent	81,5%	70,8%	56,4%	54,8%	78,4%	69,2%	47,5%	45,0%
Abstinent nach Rückfall	11,1%	25%	7,7%	19,4	10,8%	26,9%	6,6%	15,7%
Rückfällig (inkl. per Definition)	7,4%	4,2%	35,9%	25,8%	10,8%	3,8%	45,9%	37,5%
Katamnestiche Abstinenzquote	92,6%	95,8%	64,1%	74,2%	89,2%	96,2%	54,1%	62,5%
	n=27	n=24	n=39	n=31	n=37	n=26	n=61	n=40

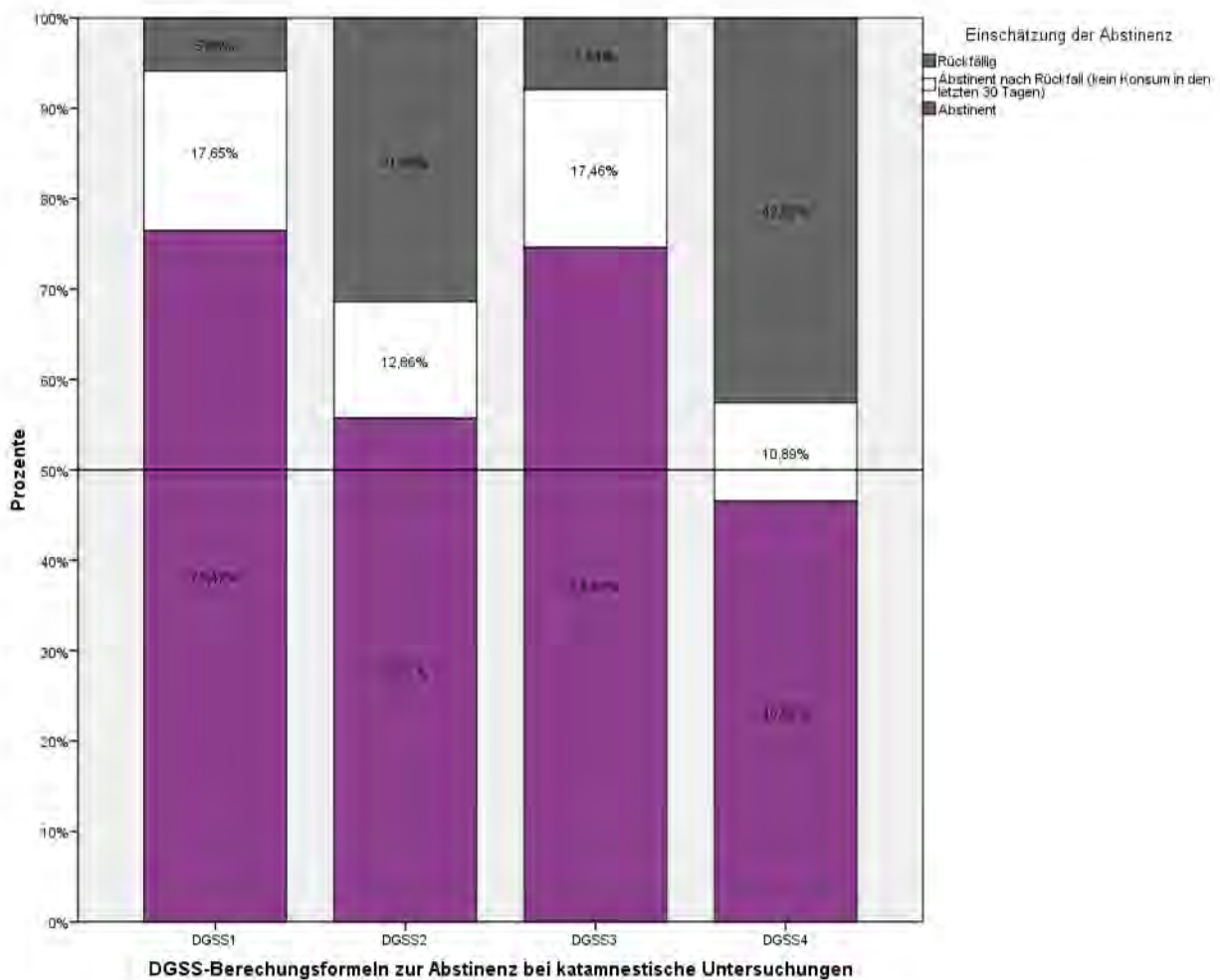


Abbildung 7: Katamnestiche Abstinenzquoten nach DGSS

3.3 Diskussion der Ergebnisse

Wir stellen im Folgenden unsere Daten denen der stationären Rehabilitationsform und den ersten Ergebnisse der ambulanten Suchtrehabilitationseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. gegenüber. Wir sind uns bewusst, dass ein direkter Vergleich mit den stationären Einrichtungen kaum möglich ist. Problematisch ist allein der große Unterschied in den Stichprobenumfängen, der zu einem Bias führen könnte. Auch aufgrund der unterschiedlichen Indikationsstellungen ergeben sich bereits im Vorfeld signifikante Unterschiede.

So haben unsere Patienten eine durchschnittlich zehn Jahre längere Abhängigkeitsdauer. Der prozentuale Anteil der planmäßig beendeten Suchtrehabilitationen ist bei den stationären Suchtrehabilitationen deutlich höher als in unserer Stichprobe (ambulant: 69,3% vs. stationär: 85,5%). In unserer Gesamtstichprobe ist die Alkoholabhängigkeit (ambulant: 71,3% vs. stationär: 94,3%) als Hauptdiagnose weniger häufig vertreten, der Anteil der Polytoxikomanen (ambulant: 13,9% vs. stationär: 1,3%) ist deutlich größer. In unserem Patientenkollektiv finden sich andererseits weniger Erwerbslose als im stationären Setting (ambulant: 14,9% vs. stationär: 35,1%). Unsere Patienten leben tendenziell häufiger in einer festen Beziehung (ambulant: 68,3% vs. stationär: 45,3%)

Die Beschreibung unserer Patientenstichprobe zeigt, dass sich keineswegs nur „leichte Fälle“ in unserer ambulanten Suchtrehabilitation befanden. Unsere Patientenstichprobe weist in der Gegenüberstellung zum stationären Klientel sowohl günstige als auch ungünstige Prädiktoren auf. Vergleicht man die Abstinenzquoten unserer Einjahreskatamnese des Entlassjahrgangs 2008 mit den Daten des Entlassjahrgangs 2007 der stationären Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. so ergibt sich eine Differenz von 12,8 Prozent nach DGSS4 und 20,3 Prozent nach DGSS2 zu Gunsten unserer Katamnese.

Auch im Vergleich zu den Daten der Einjahreskatamnese ambulanter Verbandseinrichtungen zeigen sich Unterschiede, so sind unsere Patienten 9 Jahre längere abhängig. In unserer Gesamtstichprobe ist die Alkoholabhängigkeit (Ianua: 71,3% vs. Fachverband: 90,5%) als Hauptdiagnose weniger häufig vertreten, der Anteil der Polytoxikomanen (Ianua: 13,9% vs. Fachverband: 2,5%) ist deutlich größer. In unserem Patientenkollektiv finden sich andererseits weniger Erwerbslose (Ianua: 14,9% vs. Fachverband: 29,1%). Hinsichtlich der Partnerbeziehung und Art der Beendigung bestehen nur geringe Unterschiede. Vergleicht man die Abstinenzquoten unserer Einjahreskatamnese des Entlassjahrgangs 2008 mit den Daten des Entlassjahrgangs 2007 der ambulant tätigen Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. so ergibt sich eine Differenz von 18,5 Prozent nach DGSS4 und 22,6 Prozent nach DGSS2 zu Gunsten unserer Katamnese.

Tabelle 18: Gegenüberstellung der Abstinenzquoten nach ambulanter Suchtrehabilitation bei IANVA G. P. S. mbH (Entlassjahrgang 2008) und nach der Analyse des Fachverband Sucht e.V (Entlassjahrgang 2007)¹⁴ sowie die Daten der stationären Suchtrehabilitationseinrichtungen im Fachverband Sucht e. V. (Entlassjahrgang 2007)¹⁵

Kategorie [%]	DGSS1		DGSS2		DGSS3		DGSS4					
	n=51 IANVA 2008	n=99 Ambi. Reha 2007 Fachverband Sucht e.V.	n=6812 Stat. Reha 2007 Fachverband Sucht e.V.	n=70 IANVA 2008	n=204 Ambi. Reha 2007 Fachverband Sucht e.V.	n=9390 Stat. Reha 2007 Fachverband Sucht e.V.	n=63 IANVA 2008	n=116 Ambi. Reha 2007 Fachverband Sucht e.V.	n=6441 Stat. Reha 2007 Fachverband Sucht e.V.	n=101 IANVA 2008	n=275 Ambi. Reha 2007 Fachverband Sucht e.V.	n=10983 Stat. Reha 2007 Fachverband Sucht e.V.
Abstinent	76,5	78,8	61,4	55,7	38,2	38,0	74,6	73,2	59,1	46,5	30,9	34,7
Abstinent nach Rückfall	17,6	16,1	16,7	12,9	7,8	10,4	17,5	19,0	17,0	10,9	8	9,9
Rückfällig (inkl. per Definition)	5,9	5,1	21,7	31,4	54,0	51,7	7,9	7,8	23,9	42,6	61,1	55,4
Katamnestiche Abstinenzquote	94,1	94,9	78,1	68,6	46	48,3	92,1	92,2	76,1	57,4	38,9	44,6

Es zeigen sich teils große Unterschiede in den katamnestiche Abstinenzquoten im Vergleich zu den Daten des Fachverbandes Sucht e.V.. Sicherlich sind die soziodemographischen Daten unserer Stichprobe als prognostisch günstig anzusehen. Patienten mit deutlich schlechterer Prognose werden von uns aus der Orientierungsphase, wie in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ von 04.05.2001 gefordert, für eine stationäre Suchtrehabilitation motiviert und in diese vermittelt. Der Anteil der arbeitslosen Patienten sinkt seit Jahren stabil während der ambulanten Rehabilitation um ca. 5 Prozent. Allerdings ist der Anteil der Patienten mit den Diagnosen Polytoxikomanie (13,9%), Benzodiazepin- (7,9%) und Cannabisabhängigkeit (4%) mit insgesamt 25,8 Prozent wesentlich häufiger vertreten. In den Fachverbandsauswertungen liegen diese Diagnosen bei 8 Prozent im ambulanten und 2,9 Prozent im stationären Bereich.

Unsere ambulante Suchtrehabilitation ist hoch effektiv und in einem Beobachtungszeitraum von einem Jahr nach Beendigung nachhaltig.

¹⁴ Missel P., Schneider B., Funke W., Janner-Schraml A., Klein T., Medenwaldt J, Scheider P., Steffen D., Weissinger V.: Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. SuchtAktuell 1/2010, S.57-63 (2010)

¹⁵ Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., et al. Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2007 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell 1/2010, S.9-20 (2010).

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

Zusammenfassung 2008

Vorbereitungsphase

Krankenkasse

AOK:	28,7 %
IKK:	20,5 %
BKK:	13,0 %
Ersatzkassen:	30,0 %

Vermittlung

70,9 % aus Vertragsarztbereich

Hauptdiagnose

F10.2	61,8 %
F12.2	8,6 %
F13.2	4,3 %
F19.2	20,9 %

Abhängigkeitsdauer

durchschnittliche
Abhängigkeitsdauer 13,7 Jahre

Alter

Durchschnitt: 41,67 Jahre

Bildung

Hauptschule:	59,8 %
Realschule:	20,5 %
Abitur:	10,2 %

Erwerbsstatus

arbeitslos Männer:	27,5 %
arbeitslos Frauen:	29,7 %
Probl. Schulden	28,7 %

Vorbehandlungen

vorher Reha ambl. 28,7 %
 stat.: 17,3 %

Vermittlungsquote

Durchschnitt:	53,93 %
Managed-Care:	50,00 %
ohne Programm	61,60 %

Dauer

ohne Vermittlung	31,13 Tage
	4,64 Leistungen
mit Vermittlung	66,20 Tage
	12,41 Leistungen

Rehabilitationsphase

Rehaleistungsträger

	Männer	Frauen
DRB	17,7 %	50,0 %
DRSaar	58,1 %	37,5 %
DRBkn	6,50 %	0 %
GKV	16,1 %	10,0 %

Vermittlung

70,6 % aus Vertragsarztbereich

Hauptdiagnose

F10.2	72,5 %
F12.2	3,90 %
F13.2	6,90 %
F19.2	14,7 %

Abhängigkeitsdauer

durchschnittliche
Abhängigkeitsdauer 16,3 Jahre

Alter

Durchschnitt: 45,42 Jahre

Bildung

Hauptschule:	66,7 %
Realschule:	12,7 %
Abitur:	16,7 %

Erwerbsstatus

	Beginn	Ende
arbeitslos Männer:	14,5 %	14,5 %
arbeitslos Frauen:	25,0 %	15,0 %
Probl. Schulden		

Vorbehandlungen

vorher Reha ambl. 15,7 %
 stat.: 14,7 %

Art der Beendigung

planmäßig 59,8%

Dauer

unplanmäßig	204,7 Tage
	41,4 Leistungen
planmäßig	401,1 Tage
	113 Leistungen

Zusammenfassung 2009

	Orientierungsphase Beender 2009	Ambulante Suchtrehabilitation Beender 2009	Einjahreskatamnese des Rehaentlass- jahrgangs 2008			
Leistungsträger						
Managed Care Programm	72,3%	/	/			
Rentenversicherung	/	88,9%	86,1%			
Krankenkasse	27,7% andere KK	4,8%	11,8%			
Vermittlung						
Vertragsärztlicher Bereich	69,7%	/	/			
Eigene Einrichtung	/	94,8	97,1%			
Hauptdiagnose						
F10.2	55,8%	72,6%	71,3%			
F12.2	5,9%	2,4%	4,0%			
F13.2	6,4%	4,8%	7,9%			
F19.2	29,2%	17,7%	13,9%			
Abhängigkeitsdauer in Jahren						
Männer	22,3±12,88 Jahre	16,53±11,0 Jahre	27,45±10,97 Jahre			
Frauen	20,6±17,99 Jahre	11,44±8,85 Jahre	25,62±12,53 Jahre			
Alter in Jahren Bei Aufnahme						
Männer	40,6±12,69 Jahre	43,82±11,63 Jahre	43,79±10,89 Jahre			
Frauen	43,9±13,6 Jahre	43,65±12,15 Jahre	47,70±10,07 Jahre			
Bildung Höchster erreichter Status						
Hauptschule:	58,1%	58,0%	67,3%			
Realschule:	21,7%	26,6%	12,9%			
Abitur:	12,0%	11,3%	15,8%			
Erwerbsstatus Jeweils zu Behandlungsende						
erwerbstätig	51,3%	32,1%	62,4%			
arbeitslos	28,5%	18,5%	14,9%			
Sonst. n. erwerbstätig	10,5%	16,1%	13,9%			
Rentner/-in	7,5%	3,2%	8,9%			
Problematische Schulden	29,%	28,2%	18,8%			
Vorbehandlungen						
vorher Reha	Ambl.	13,5%	15,3	2,9%		
	Stat.	16,1%	20,2%	11,8%		
Behandlungserfolg						
Vermittlung in Reha	45,3%	(53,5% ohne Einmalkontakte)	/	/		
Erfolgreiche Rehaeendigung	/		58,9%	69,3%		
Abstinenzquote (DGSS4)	/		/	57,4%		
Dauer vermittelt						
Erfolgreich	Tage	Ambl. Reha: 79,22±52,8	Stat. Reha 128,6±41,9	320,3±121,1	333,71±111,4	
	Leistungen	Ambl. Reha: 12,74±3,1	Stat. Reha 16,83±3,4	Einzel 4,49±4,84	Gruppe 82,4±36,1	Einzel 5,38±5,88
Nicht erfolgreich	Tage	31,68±29,1		147,8±108,1		
	Leistungen	4,5±2,3		Einzel 4,2±3,69	Gruppe 34,2±29,4	Einzel 4,74±5,7

4. Ausgewählte Publikationen und Kongressbeiträge

Integrierte Versorgung der Abhängigkeitserkrankungen - vom Entzug zur Rehabilitation

Rainer Steffen, Forumsbeitrag, Forum 1 Integration der Suchtbehandlung in das Gesundheitssystem, 23. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e.V., 14.-16. Juni 2010

Meine sehr geehrten Damen und Herren, Kolleginnen und Kollegen,

am 18. Juni 1968 hat das Bundessozialgericht in einem Grundsatzurteil festgestellt, dass die Sucht selbst eine Erkrankung ist und folgerichtig wie alle anderen Erkrankungen zu behandeln ist. Fast auf den Tag, 42 Jahre später, sind wir weit davon entfernt, für Abhängigkeitskranke ähnliche Versorgungsstrukturen wie für andere Erkrankte zu haben. Ich berichte Ihnen im Folgenden über eine Integrierte Versorgung für Abhängigkeitserkrankte an der Schnittstelle zwischen Diagnosestellung, vertragsärztlicher Versorgung, qualifiziertem Entzug und nachfolgender medizinischer Rehabilitation. Dabei werde ich versuchen, die bestehenden Versorgungsdefizite zunächst einmal zu benennen. Ich werde die bestehende Integrierte Versorgung in ihrer Struktur erklären, Ihnen danach einen Überblick über den inhaltlichen Ablauf der Versorgung geben und schließlich über erste Ergebnisse des Programms berichten.

Wir alle wissen seit Jahren um die Kennzahlen der Versorgungssituation. Abhängigkeitserkrankte kommen überaus häufig in der primärmedizinischen Versorgung, in den vertragsärztlichen Praxen und in den Kliniken der Inneren Medizin sowie der Chirurgie und Orthopädie vor. 80 % aller Alkoholabhängigen sind einmal im Jahr bei ihrem Hausarzt. Die Wahrscheinlichkeit, dass dort die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung gestellt wird, liegt bei etwa 10 %. Bis zu 20 % der Patienten in den erwähnten stationären Versorgungen sind Suchtkranke. Etwa 40 % der Aufnahmen in psychiatrischen Kliniken entfallen auf Abhängigkeitserkrankte. Deren Anteil in den psychiatrischen Institutsambulanzen, in den Tageskliniken und in den Schmerzzambulanzen sind hoch. Die Krankenkassen beobachten seit Jahren zunehmend das Problem der Drehtürentgiftungen. Eine große Untersuchung der Deutschen Angestellten Krankenkasse zusammen mit dem Fachverband Sucht hat ergeben, dass im Anschluss an eine stationäre Alkoholentzugsbehandlung nur in 4,1-4,7 % der Fälle eine stationäre Suchtrehabilitation durchgeführt wurde^{1, 2}. Ein Großteil der Abhängigkeitserkrankten befindet sich außerhalb des medizinischen Versorgungssystems im sogenannten Hilfesystem der Beratungsstellen. Von dort erfolgt eine kaum nennenswert höhere, etwa 10 %ige Vermittlung zurück in das Versorgungssystem der medizinischen Rehabilitation. Dabei wissen wir bei diesen Zahlen nichts über die Differenz zwischen Häufigkeit des Rehabilitationsantrages und der Antrittsquote. Aus den Zahlen der Rentenversicherung wissen wir, dass gebietsweise nur etwa jede zweite beantragte medizinische Rehabilitation als Entwöhnungsbehandlung angetreten wird².

Wir sehen also, Abhängigkeitserkrankte sind überall überaus häufig, jedoch nur etwa 1 % von ihnen sind im Jahr dort, wo es in der Versorgung hingehen soll: nämlich in einer Behandlung, in einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Abhängigkeitskranke werden in der Regel in einer süchtigen Kollusion, letztendlich wohl aufgrund von Eigeninteressen der Akteure, fehlplatziert gehalten. Es dauert Jahre von der ersten Behandlungsauffälligkeit bis zur ersten Rehabilitationsmaßnahme. Abhängigkeitskranke haben darüber hinaus einen enorm gesteigerten Kostenbedarf innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung; die Untersuchung der DAK zusammen mit dem Fachverband Sucht hat einen Faktor 7 gegenüber den Durchschnittsversicherten ergeben^{1, 2}. Dies begründet für die Krankenkassen die Notwendigkeit angesichts der defizitären Versorgungslage, sich mit Alternativen zu beschäftigen.

Die qualifizierte Entzugsbehandlung als die Maßnahme, welche Abstinenz herstellt und die Rehabilitationsvoraussetzungen erarbeitet, stellt das letztendlich limitierende Nadelöhr der Versorgung dar. Dabei sind die Rahmenbedingungen über die „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen und den gesetzlichen Rentenversicherungen klar geregelt. Der ehemalige ärztliche Leiter der Kliniken Daun, Herr Dr. Roeb-Rienas³, hat vor Jahren anlässlich einer Tagung der DAK in Hamburg zu Recht darauf hingewiesen, dass genau dieser Schritt der Versorgung mit der höchsten Fachkompetenz versehen sein soll. Dies ist nicht verwunderlich, entspricht es doch unserem üblichen medizinischen Vorgehen, dass gerade die Indikationsentscheidung und die vorbereitenden Maßnahmen vor schwerwiegenden Behandlungen bei lebensbedrohlichen und chronischen Erkrankungen von der höchsten Fachkompetenz durchgeführt werden. Davon sind wir im Bereich der Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen in der Regel weit entfernt.

Ich berichte Ihnen über einen Vertrag zur Integrierten Versorgung, der im Jahre 2005 von der Deutschen Angestellten Krankenkassen ausgearbeitet und geschlossen wurde. Diesem Vertrag ist mittlerweile die AOK für das Saarland beigetreten. Einen fast gleichlautenden, gleichwohl separaten Vertrag gibt es mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Rheinland-Pfalz/Saar. Andere gesetzliche Krankenversicherungen prüfen derzeit ihren Beitritt. Vertragspartner sind neben den Krankenversicherungen meine psychiatrisch-psychotherapeutische Facharztpraxis, Ianua, Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie als anerkannte ambulante Suchtrehabilitationseinrichtung sowie derzeit etwa 50 Hausarztpraxen. Auf diesen vier Säulen - den Krankenkassen, der hausärztlichen Versorgung, der fachärztlichen Versorgung und der hohen Kompetenz der medizinischen Rehabilitation - wird, wie von einem stabilen Tisch, die Versorgung von alkohol-, drogen- und medikamentenabhängig erkrankten Patienten getragen. Die Ziele der Integrierten Versorgung sind Frühdiagnostik und Frühintervention. Der letztendliche Zielpunkt ist die Vermittlung bzw. das Antreten einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Die Hausärzte, für die eine kontinuierliche Fortbildung im Rahmen der Versorgung obligatorisch ist, haben die Möglichkeit, Abhängigkeitskranke mit kurzfristiger Terminvereinbarung zuzuweisen. Der Facharztpraxis kommt dabei die Position des Fallmanagers zu. Sie entscheidet über die Art und Notwendigkeit einer Entzugsbehandlung. Dabei ist es das Ziel, möglichst viele Entzugsbehandlungen ambulant im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen und die Zahl der stationären Entzugsbehandlungen mit Drehtüreffekt zu begrenzen. Von Anfang an wird dabei die vertragsärztliche hausärztliche und vertragsärztliche fachärztliche Versorgung mit der Kompetenz und den Möglichkeiten einer ambulanten Suchtrehabilitationseinrichtung intensiv vernetzt. Dort finden kontinuierliche Gespräche zur Abklärung und zur Erarbeitung einer stabilen Motivation statt. Für die Krankenkasse gibt es dabei die Möglichkeit, die Struktur der Integrierten Versorgung für ihr Fallmanagement bei Auftreten von häufigen Arbeitsunfähigkeiten zu nutzen. Als qualitätssichernde Maßnahmen sind eine

umfangreiche Dokumentation, eine Patientenbefragung, eine Evaluation des Verlaufs und der Ergebnisse über 2 Jahre sowie, wie bereits erwähnt, kontinuierliche Fortbildungsmaßnahmen vorgesehen. Aufgrund der ersten Ergebnisse und auch aufgrund der bereits erwähnten Untersuchungen der DAK mit dem Fachverband, sind die ersten 3 Monate nach Beendigung irgendeiner Rehabilitation ein Zeitraum hoher Rückfallgefährdung. Bei rückfälligen Suchtpatienten nach Rehabilitation explodieren in der Versorgung die Behandlungskosten. Aus diesem Grunde haben die Kassen die Integrierte Versorgung ergänzt durch 3 Nachsorgetermine nach durchgeführter Rehabilitationsmaßnahme.

Soweit zum Rahmen des Vertrages. Inhaltlich besteht eine starke Vernetzung, in der ein Erkrankter mindestens 2 Hausarzttermine mit umfangreicher labordiagnostischer und internistischer Abklärung absolviert. Der Hausarzt erstellt darüber einen Befundbericht. In der psychiatrischen Facharztpraxis wird kurzfristig, aus der Intoxikation heraus, in der Regel eine Entzugsbehandlung begonnen. Nach Abklingen der akuten Entzugssymptomatik erfolgt eine umfangreiche psychiatrisch-psychotherapeutische Abklärung mit möglichst vollständiger Erhebung der vorliegenden Kranken- und Rehabilitationsberichte der letzten Jahre, der Durchführung von standardisierten Persönlichkeitstests sowie von Leistungstests zur Abschätzung möglicher kognitiver Defizite, die ggf. durch die Beauftragung bildgebender Verfahren ergänzt werden. Bei IANVA, der medizinischen Rehabilitationseinrichtung erfolgen verzahnt von Beginn an regelmäßige Einzelgespräche und wöchentliche Gruppentermine zur Klärung der Suchtgeschichte und zur Erarbeitung einer stabilen, belastbaren Motivationslage. Zudem sind notwendige Kriseninterventionen möglich. Wir alle wissen, dass die Herstellung von Abstinenz für Abhängigkeitserkrankte bedeutet, bisherige, wenn auch pathogene, Bewältigungsmuster aufzugeben und darüber in psychische Dekompensation zu geraten. Die höchste Fachkompetenz und damit letztendlich die Entscheidung über den weiteren Behandlungsablauf mit Indikationsentscheidung kommt dabei der wöchentlichen Fallkonferenz zu. In ihr erörtern die 3 beteiligten Fachärzte für Psychiatrie, nichtärztliche Therapeuten sowie die leitenden Mitarbeiter der beiden Sekretariate den bisherigen Verlauf. Dabei wird für jeden Patienten seine Vorgeschichte, die Ergebnisse der hausärztlichen und fachärztlichen Behandlung, seine soziale Situation, der Verlauf der motivationalen Behandlung und seine Mitarbeit in der Erledigung der formalen Dinge der Antragsbearbeitung miteinander in Bezug gesetzt. Wir erarbeiten ein umfassendes somato-psycho-soziales Assessment und beurteilen die Fähigkeit des Patienten, mit den gesetzten Grenzen und Vorgaben zurechtzukommen. Insbesondere geht es dabei um die Fähigkeit, die erreichte Abstinenz im Alltag aufrechtzuerhalten. Wir erfüllen so die Forderung der Anlage 3 der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen durch das Programm, wonach die Indikationsentscheidung zu einer medizinischen Rehabilitation als Ergebnis einer mehrwöchigen Probebehandlung unter Abstinenzbedingungen erfolgen soll. Wörtlich heißt es dort: „Die der Rehabilitation vorangehende Motivationsphase dauert mindestens 4 Wochen, wobei ein regelmäßiger Besuch vorausgesetzt wird“. Die Integrierte Versorgung endet entweder mit einem vorzeitigen Abbruch durch den Patienten, durch eine vorzeitige Beendigung bei mangelnder Kooperation durch das Behandlungsteam oder mit dem Zeitpunkt des Beginns einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, sei es ambulant, ganztagsambulant oder stationär.

Nun möchte ich Ihnen einige wenige ausgewählte Ergebnisse des Programms vorstellen. Die Ergebnisse sind Teil einer Zwischenauswertung von bis jetzt 194 Patienten, die bis zum Nachbeobachtungszeitraum der Katamnese 1 Jahr nach Beendigung des Programms nachverfolgt worden sind. Insgesamt ist vorgesehen, in die Auswertung 300 Patienten einzuschließen. Die Auswertung wird jeweils mit einer Erhebung zum Zeitpunkt 2 Jahre nach Beendigung der Integrierten Versorgung abschließen. Für jeden Patienten im Programm liegt eine umfangreiche

Dokumentation sowohl der medizinischen Befunde als auch der soziodemographischen Daten vor. Dies beginnt mit einem standardisierten Rating der Schwere der Entzugssymptomatik bis hin zur Erhebung und Berücksichtigung des deutschen Kerndatensatzes Sucht⁴⁻⁷.

Im Jahr werden etwa 140 Patienten im Rahmen der Integrierten Versorgung behandelt. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ist 2 : 1. Das mittlere Alter der Patienten beträgt 41 ± 13 Jahre.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der Beobachtungsgruppe (n=194)

Merkmal	Kategorie	Anzahl	Prozent
Geschlecht	männlich	128	66,0%
	weiblich	66	34,0%
Art der Behandlungsbeendigung	planmäßig	97	50,0%
	unplanmäßig	97	50,0%
Hauptdiagnose	F10 - Alkohol	115	59,3%
	F11 - Opiate	4	2,1%
	F12 - Cannabis	11	5,7%
	F13 - Benzodiazepine	11	5,7%
	F19 -Polytoxikomanie	53	27,3%
Höchster Schulabschluss	kein Schulabschluss	11	5,7%
	in Schulausbildung	1	0,5%
	Sonder-/Hauptschulabschluss	140	72,2%
	Realschulabschluss	31	16,0%
	Hochschulreife	11	5,7%
Partnerbeziehung	keine Angaben	1	0,5%
	Keine feste Beziehung	88	45,4%
	zweitweilige Bez.	7	3,6%
	Feste Beziehung	98	50,5%
problematische Schulden	keine	142	73,2%
	bis 10.000 Euro	34	17,5%
	mehr als 10.000 Euro	18	9,3%
Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	87	44,8%
	erwerbslos	69	35,5%
	nicht erwerbstätig	29	14,9%
	sonstige	9	4,6%

Merkmal	MW	STD
Alter bei Behandlungsende (Jahre)	41,23	12,89
Anzahl der Einzelkontakte	3,92	2,78
Anzahl der Gruppenkontakte	4,58	0,55
Anzahl der Angehörigenkontakte	0,13	4,33
Anzahl der Arztkontakte	17,2	6,41

Die mittlere Dauer der Behandlung beträgt 50 Tage. Die Dauer ist dabei insbesondere im letzten Jahr angestiegen. Wir führen dies u. a. zurück auf die gestiegenen, längeren Bearbeitungszeiten in

der Rehabewilligung. An diesen 50 Tagen haben die Patienten im Durchschnitt in der Facharztpraxis 17 Behandlungstermine gehabt, bei IANVA als ambulanter Rehabilitationseinrichtung 9. Die Anzahl der Behandlungskontakte variiert natürlich erheblich zwischen denjenigen Patienten, die das Programm frühzeitig abbrechen und denjenigen, die es bis zum Antritt einer Rehabilitation fortführen. Werfen wir einen Blick auf die Verteilung der Hauptdiagnosen. 60 % der Patienten haben als Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit – F 10.2. 37 % der Patienten verteilen sich auf die Diagnosen F 12 – Cannabisabhängigkeit, F 15 – Stimulanzienabhängigkeit und F 19 – Polytoxikomanie und Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen. Der Anteil der Patienten mit einer F 19 Abhängigkeit beträgt dabei 27 %. Sie sehen, dass wir in dem Programm alle Abhängigkeitserkrankungen behandeln mit einem deutlich hohen Anteil von Patienten mit einer Drogenabhängigkeit. Bei den mehrfach abhängigen Patienten handelt es sich überwiegend um junge Erwachsene mit einer in der Regel jahrelang bestehenden Abhängigkeit von Haschisch, Stimulanzien und Alkohol, oft mit einem zusätzlichen Gebrauch von Psychopharmaka. Unter der Diagnose einer Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika, es handelt dabei überwiegend um Benzodiazepinabhängige, finden sich fast ausschließlich Frauen. Bei den Frauen macht diese Hauptdiagnose etwa 12 % der Patientinnen aus.

Der qualitätsbestimmende Endpunkt des Programms ist die Vermittlung bzw. der Antritt einer Suchtrehabilitation. 50 % aller Patienten im Programm werden in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme vermittelt. Alle Patienten haben tatsächlich die Rehabilitationsmaßnahme angetreten. Die erreichte Vermittlungsquote unterscheidet sich deutlich in Bezug auf die Hauptdiagnose der Patienten. Von den alkoholabhängigen Patienten werden insgesamt 60 % in eine Rehabilitation vermittelt, 54 % in eine ambulante Rehabilitation und 6 % in eine stationäre Rehabilitation. Bei den Polytoxikomanen erreichen wir eine Vermittlungsquote von lediglich 38 %, 32 % beginnen eine ambulante, 6 % eine stationäre Rehabilitation. Das Vermittlungsergebnis bei den ausschließlich Haschischabhängigen ist leicht besser. Insgesamt beginnen dort 45 % eine Rehabilitation, 36 % eine ambulante und 9 % eine stationäre. Das schlechteste Ergebnis erreichen wir bei den sedativa- und hypnotikabhängigen Frauen. Dort beginnen lediglich 18 % eine nachfolgende Rehabilitationsmaßnahme.

Tabelle 19: Vermittlungsquoten nach der Diagnose in Rehabilitationsbehandlung (n=194)

Diagnose	Vermittlung in				keine Vermittlung		n (Gesamt)
	ambl. Reha		stat. Reha		n	%	
	n	%	n	%			
F10 - Alkohol	62	53,9%	7	6,1%	46	40,0%	115
F11 - Opiate	1	25,0%	0	0,0%	3	75,0%	4
F12 - Cannabis	4	36,4%	1	9,1%	6	54,5%	11
F13 - Benzodiazepine	2	18,2%	0	0,0%	9	81,8%	11
F19 -Polytoxikomanie	17	32,1%	3	5,7%	33	62,3%	53

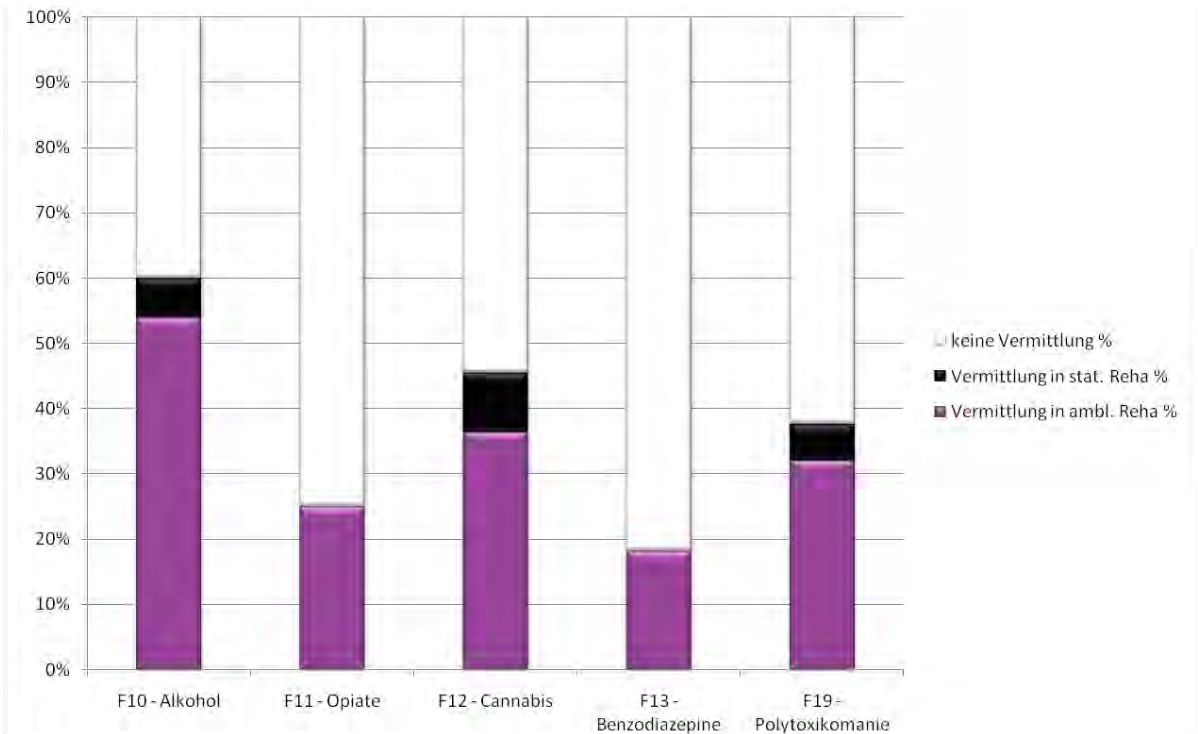


Abb. 1: Kumulativ prozentuale Verteilung der Vermittlung nach Hauptdiagnose (n=194)

Wenn wir unsere Ergebnisse mit den veröffentlichten Studien zum qualifizierten Entzug der letzten 10 Jahre vergleichen, erreichen wir höhere Vermittlungsquoten⁸⁻¹³. In der Zwischenauswertung der 1-Jahrekatanese erreichen wir bei einer Ausschöpfungsquote von 60,8%, unter DGSS4-Kriterien eine Abstinenzquote von 51% über allen Diagnosen. Es zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Diagnosebezogen sehen wir eine Einjahresabstinenzrate von 60,8% bei der Alkoholabhängigkeit.

Tabelle 20: Abstinenzquoten nach der Diagnose in Rehabilitationsbehandlung (n=194)

Diagnose	abstinent				rückfällig				n (Gesamt)
	durchgehend		nach Rückfall		nach Angabe		per Definition		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
m	60	46,9%	7	5,5%	11	8,6%	50	39,1%	128
w	27	40,9%	5	7,6%	8	12,1%	26	39,4%	66
F10 - Alkohol	61	53,0%	9	7,8%	10	8,7%	35	30,4%	115
F11 - Opiate	1	25,0%	0	0,0%	2	50,0%	1	25,0%	4
F12 - Cannabis	5	45,5%	1	9,1%	1	9,1%	4	36,4%	11
F13 - Benzodiazepine	2	18,2%	0	0,0%	3	27,3%	6	54,5%	11
F19 - Polytoxikomanie	18	34,0%	2	3,8%	3	5,7%	30	56,6%	53
Gesamt	87	44,8%	12	6,2%	19	9,8%	76	39,2%	194

Es ist anzumerken, dass die veröffentlichten Studien fast ausschließlich sich mit dem qualifizierten Entzug und der Vermittlung von Alkoholabhängigen beschäftigen. Aus der Zusammensetzung nach Hauptdiagnosen haben sie gesehen, dass der Anteil der Patienten mit einem eher prognostisch schlechten Verlauf, also den Drogenabhängigen, einen relativ hohen Anteil hat. Als

weitere Kennzeichen mit prognostischer Bedeutung berichte ich ihnen, dass die Arbeitslosenquote in unserer Gesamtstichprobe bei 35 % liegt.

Tabelle 21: Übersicht relevanter Studien zur Qualifizierten Entzugsarbeit und Vergl. zu den gezeigten Daten

	Driessen et al. 1999	Schwoon et al. 2002	Stetter & Mann 1995	Bauer & Hasenöhrl 2000	Olbrich 2001	Weithmann & Hoffmann 2006	Steffen et al. Zwischenauswertung Publikation geplant
n =	Übersichtsarbeit	198	529	92	102	107	194
Katamnesezeitraum (Monate)	4-12	3	8	28	6	3-6-9	12 (+24)
Abstinenz (%)	~ 40	36,8	46	31,5	48	?	51
Irgendeine Anschlussbehandlung (%)	5-50	/	46	21,7	/	/	76
Vermittlung in Entwöhnung (%)	12	23,2	/	20,7	/	?	50
Antritt der Entwöhnung (%)	/	12,6	/	/	/	15,8	50

Zum Schluss jetzt die Frage nach der Effizienz und damit nach den Kosten. Im Durchschnitt entstehen Gesamtkosten für die Integrierte Versorgung von etwa 913 € je Fall. Wir setzen diese Kosten in Relation zu den geschätzten Kosten einer stationären qualifizierten Entzugsbehandlung zwischen 3.800 und 6.000 € je nach Abrechnungsart und Tagessatz.

Die ersten Ergebnisse unserer Datenauswertung berechtigen uns nach unserer Meinung zu der Annahme, dass es sich bei der vorgestellten Integrierten Versorgung um eine wirksame und kostengünstige Behandlung an der Schnittstelle zwischen Entzug und Rehabilitation handelt. Der Behandlungsweg der meisten Abhängigen erscheint für mich wie ein in der Regel jahrzehntelanger Aufenthalt in einem Irrgarten, mit einem hohen Risiko, daran zu sterben und mit einer erschreckend geringen Wahrscheinlichkeit, den in der Regel rettenden Ausgang in eine Rehabilitationsmaßnahme zu finden. Die Integrierte Versorgung bietet dagegen einen klaren, zielführenden Behandlungspfad mit einer guten Aussicht, die rettende Tür der Rehabilitationsmaßnahme zu finden und auch tatsächlich durch sie hindurch zu gehen.

Literaturverzeichnis

1. Zielke M. Krankheitsverläufe von Versicherten mit aktuellen alkoholbedingten Intoxikationen auf der Basis von Sekundärdaten der DAK. *SUCHT AKTUEL*. 2006;13(1):13.
2. Spörkel K. Fallmanagement: Steuerungs- und Verbesserungspotentiale bei Gesundheitsstörungen durch Alkohol aus Sicht der Krankenversicherung. *SUCHT AKTUEL*. 2006;13(1):3.
3. Roeb-Rienas W. Fallmanagement - effektiv und nahtlos: Impulse aus Sicht der Behandler. *SUCHT AKTUEL*. 2006;13(1):7.
4. *Deutscher Kerndatensatz Katamnese*: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. ; 2004.
5. Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.; 2006: www.dhs.de.
6. e.V. DGfSuS. Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung Abhängigkeitskranker. *Sucht*. 2001;47(Sonderheft 2).
7. Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen: Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.; 1985.
8. Driessen M, Veltrup C, Junghanns K, Przywara A, Dilling H. [Cost-efficacy analysis of clinically evaluated therapeutic programs. An expanded withdrawal therapy in alcohol dependence]. *Nervenarzt*. May 1999;70(5):463-470.
9. Schwoon DR, Schulz P, Höppner H. Qualifizierte Entzugsbehandlung für Alkoholranke in der Innere Medizin. *Suchtthreapie*. 2002;3:6.
10. Mann K, Stetter F. Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. *Der Nervenarzt*. 1997;68(7):7.
11. Bauer U, Hasenöhr A. Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung u. konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). *Sucht*. 2000;46(4):9.
12. Olbrich R. Die qualifizierte Entzugsbehandlung in der stationären Alkoholismustherapie. In: Olbrich R, ed. *Suchtbehandlung. Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen*. Regensburg: Roderer; 2001.
13. Weithmann G, Hoffmann M. Vermittlung in Entwöhnung nach Alkoholentzugsbehandlung. *Sucht*. 2006;52(2):7.

Korrespondenzanschrift:

Rainer Steffen

FA für Psychiatrie und Psychotherapie

FA für Psychosomatische Medizin

Lothringerstraße 1

66740 Saarlouis

Tel. 06841/42084

rainersteffen@ianua-gps.de

Ianua G.P.S: mbH

Lisdorfer Straße 2

66740 Saarlouis

Tel. 06841/460055

Fax 06841/460057

info@ianua-gps.de

www.ianua-gps.de



David Steffen
davidsteffen@ianua-gps.de



Michael Steffen
michaelsteffen@ianua-gps.de

IANVA

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