



GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE MBH

IANVA

Jahresbericht 2010

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 2010 - 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 2010.....	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 2010.....	30
2.1 Leistungsträger und Behandlungsindikation	30
2.2 Sozidemographische Charakterisierung der Rehabilitationspatienten.....	31
2.3 Behandlungsverlauf und -erfolg der ambulanten Rehabilitation	35
3. Einjahreskatamnese des Rehaentlassjahrgangs 2009	41
3.1 Beschreibung der Katamnesestichprobe	42
3.2 Erreichungs- und Abstinenzquoten.....	44
3.3 Diskussion der Ergebnisse.....	45
Fazit 2010	48
Zusammenfassung 2007	49
Zusammenfassung 2008	50
Zusammenfassung 2009	51
Zusammenfassung 2010	52

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, wohltätigen 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 Suchtkrankendarbeit**. 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 2010

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 2009 n=555, IANVA n=97/17,5%; Einjahreskatamnese 2008 n=226, IANVA n=97/42,9%).

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 2009² und der Einjahreskatamnese des Rehaentlassjahrgangs 2008³ 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 2010 ihre Orientierungsphase abgeschlossen haben (n=299). Diese verteilen sich auf 198 Männer (66,2%) und 101 Frauen (33,8%). Hiermit stieg die Gesamtzahl der in der Orientierungsphase behandelten Patienten im Vergleich zum Vorjahr um 32 Patienten. 24 Patienten⁴ (8,0%) nahmen in unserer Einrichtung lediglich einen Termin im Sinne einer Beratung oder diagnostischen Klärung wahr. Im Sinne der Orientierungsphase wurde eine weiterführende Suchtrehabilitationsbehandlung angestrebt.

Die Orientierungsphase ist Teil des deutschen Suchtversorgungssystem und überwiegend in Beratungsstellen lokalisiert, 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 bzw. Verträge zur Integrierten Versorgung Abhängigkeitskranker 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. 64,2% unserer Patienten behandelten wir in einem solchen Managed Care Programm.

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 (76,8%, vgl. Tabelle 1) aus dem vertragsärztlich psychiatrischen Bereich in unsere Behandlung vermittelt. 8,0 Prozent der Patienten stellen sich selbstständig vor. Die übrigen Patienten wurden überwiegend von Behörden, anderen Suchttherapieeinrichtungen und Krankenhäusern vermittelt.

Wir behandeln in der Orientierungsphase überwiegend Patienten mit Substanzabhängigkeiten. Der Anteil der Patienten mit intravenösem Konsum ist in unserer Einrichtung sehr gering, da unser Konzept nicht die Substitutionsbehandlung vorsieht und wir bei der Abhängigkeit von Opioiden nur Entzugsbehandlungen anbieten und die Abstinenz für eine Weiterbehandlung voraussetzen. 7 Patienten (2,4 Prozent) geben einen intravenösen Substanzkonsum in der Anamnese an. Davon hatten 2 Patienten in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme in unserer Einrichtung konsumiert.

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

Tabelle 1:

Merkmal	Kategorie	M n=198		W n=101		Gesamt n=299		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Leistungsträger	Managed Care	129	65,2%	63	62,4%	192	64,2%	n.s.
	- AOK	58	29,3%	28	27,7%	86	28,8%	
	- DAK	16	8,1%	12	11,9%	28	9,4%	
	- BKK	22	11,1%	9	8,9%	31	10,4%	
	- IKK	33	16,7%	14	13,9%	47	15,7%	
	Andere KK	69	34,8%	38	37,6%	107	35,8%	
Vermittlung durch	Psychiatrische Praxis	152	76,8%	82	81,2%	234	78,3%	n.s.
	selbstständig	19	9,6%	5	5,0%	24	8,0%	
	sonstige	27	13,6%	14	13,9%	41	13,7%	
Diagnose	F10 - Alkohol	103	52,0%	41	40,6%	144	48,2%	n.s.
	F11 - Opioide	2	1,0%	0	0,0%	2	0,7%	
	F12 - Cannabis	12	6,1%	3	3,0%	15	5,0%	
	F13 - Sedativa	14	7,1%	13	12,9%	27	9,0%	
	F14 - Kokain	0	0,0%	1	1,0%	1	0,3%	
	F15 - Stimulantien	2	1,0%	2	2,0%	4	1,3%	
	F19 - Polytoxikomanie	65	32,8%	41	40,6%	106	35,5%	
Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik		
Altersverteilung der Diagnosen	F10 - Alkohol	45,9 Jahre	11,6 Jahre	144	58	p<0,001		
	F11 - Opioide	55,0 Jahre	0,0 Jahre	2	0			
	F12 - Cannabis	27,3 Jahre	6,2 Jahre	15	18			
	F13 - Sedativa	51,1 Jahre	11,9 Jahre	27	46			
	F14 - Kokain	23,0 Jahre	---	1	0			
	F15 - Stimulantien	33,3 Jahre	4,2 Jahre	4	10			
	F19 - Polytoxikomanie	34,1 Jahre	13,4 Jahre	106	18			

Betrachtet man die in Tabelle 1 dargestellten Verteilungen der Hauptdiagnosen, so ist die Alkoholabhängigkeit mit 48,2 Prozent (-7,4% zum Vorjahr, $p=0,07$) die häufigste Indikation zur Behandlung. Männer sind signifikant häufiger in der Diagnose der Alkoholabhängigkeit vertreten (52,0% vs 40,6%, m:w). Die Diagnose der Polytoxikomanie, die im Allgemeinen als schlechter Prädiktor für den Behandlungserfolg wie Vermittlung in Suchtrehabilitation oder Abstinenz gilt, wuchs in den letzten Jahren nominal und prozentual stetig. Im letzten Jahr kam es bei dieser Diagnosegruppe zu einem 6,3%-igem Anstieg von 29,2% auf 35,5%. In absoluten Zahlen ausgedrückt entspricht dies einem Zuwachs von 28 Fällen. Auffällig ist hier ein deutlich höherer Anteil an Frauen (40,6% vs. 32,8%, w:m).

Ein weiterer geschlechtsspezifischer Unterschied zeigte sich bei der Sedativaabhängigkeit, hier sind Frauen mit 12,9 Prozent häufiger vertreten als Männer mit 7,1 Prozent.

Die Verteilung des Alters bei Aufnahme in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose, dargestellt in Tabelle 1 und Abbildung 1, zeigt im Vorjahresvergleich unveränderte Ergebnisse. Patienten mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit sind im Mittel $45,95 \pm 11,6$ Jahre alt, die Patienten mit einer Benzodiazepinabhängigkeit (F13 - Sedativa) sind mit $51,1 \pm 11,9$ Jahren unwesentlich älter. Die jüngsten Patienten finden sich unter der Diagnose der Cannabisabhängigkeit mit $27,3 \pm 6,2$ Jahren, gefolgt von der Diagnose Stimulantienabhängigkeit (cave: $n=4$) mit $33,3 \pm 4,2$ Jahren, der Polytoxikomanie mit $34,1 \pm 13,4$ Jahren und der Opioidabhängigkeit (cave: $n=2$) mit $34,33 \pm 4,5$ Jahren. Die entsprechenden Werte lassen sich für die Kokainabhängigkeit bei einer Fallzahl von $n=1$ nicht berechnen. Bei Aufnahme hatte unsere Patienten ein Alter zwischen 18 und 76 Jahren. Diese große Altersspannweite unterstreicht, dass die Abhängigkeit eine Erkrankung ist, die sich in der gesamten Lebenszeit manifestiert 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 und die Lebensqualität und -erwartung positiv zu beeinflussen.

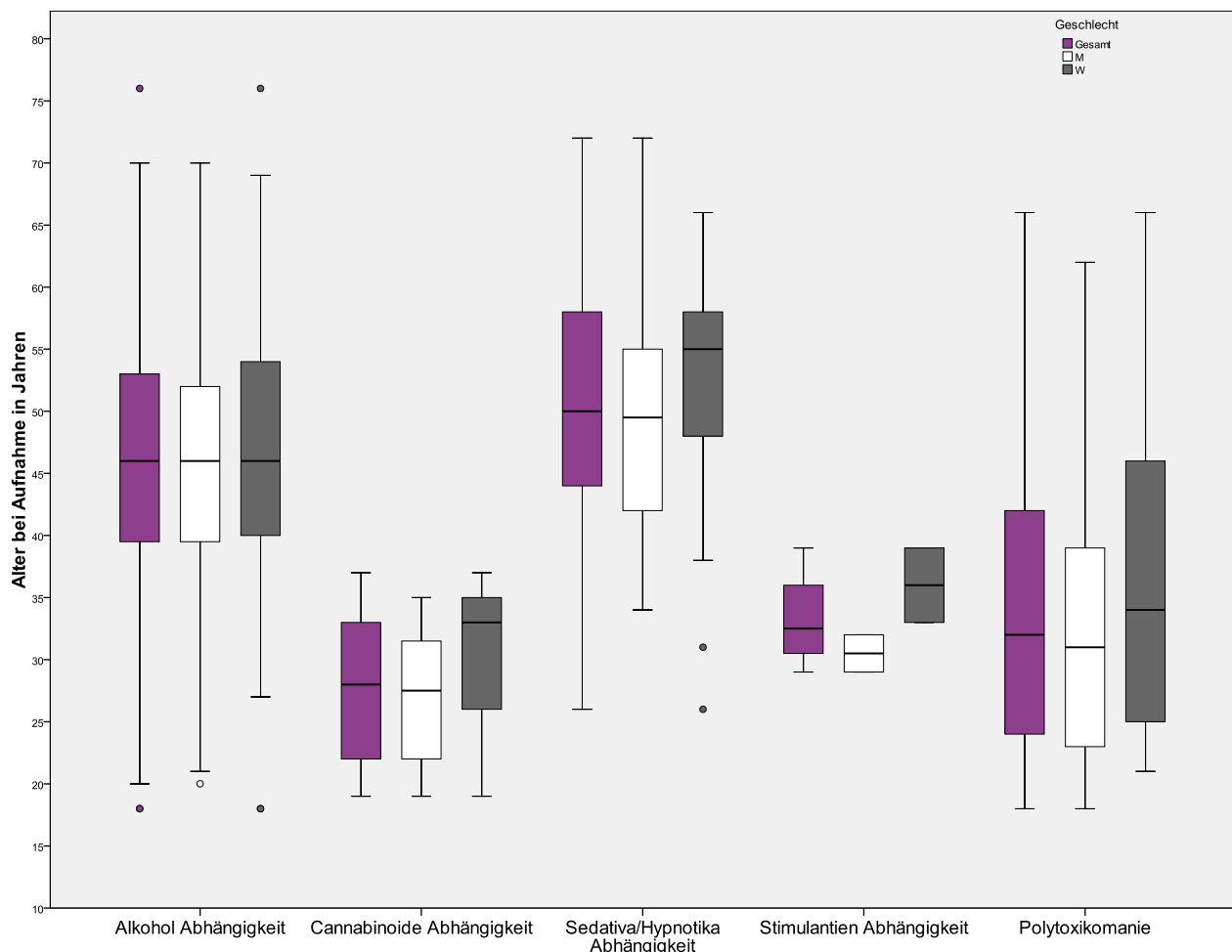


Abbildung 1: Alter bei Aufnahme in Abhängigkeit der Hauptdiagnose (n=299)

1.2 Soziodemographische Charakterisierung der Patienten in der Orientierungsphase

Unter unseren Patienten weist ein großer Anteil potentiell schwer zu behandelnde 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.

Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ist 3:2. Es besteht bezüglich des Alters kein signifikanter Unterschied. Männer sind im Mittel $40,6 \pm 13,1$ Jahre und Frauen $42,2 \pm 14,4$ Jahre alt (vgl. Tabelle 2). Es zeigt sich, dass deutlich mehr Männer ledig (46,5%) als Frauen (36,6%) sind. Der Anteil an ledigen Frauen ist jedoch im Vorjahresvergleich um 13,3 % gestiegen. In einer festen oder zeitweisen Partnerschaft leben 60,1 Prozent der Männer und 61,4 Prozent der Frauen. Insgesamt erfüllen immerhin 39,5 Prozent der Patienten das negativ-prädiktive Kriterium „alleinstehend“. Die Mehrheit der Patienten wohnt selbstständig (87,0%) und 11,0 Prozent bei anderen Personen (z.B. Eltern). Die übrigen Patienten verteilen sich auf verschiedene Gruppen mit geringen Fallzahlen. Im Gegensatz zu dem Vorjahr zeigten sich deutlich weniger Geschlechtsunterschiede. Mit einem Partner leben 45,5 beziehungsweise 44,6 Prozent der Patienten. Das Zusammenleben mit Kindern ist hingegen bei Frauen mit 34,7 Prozent deutlich häufiger vertreten als bei Männern mit 21,7 Prozent.

Tabelle 2

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Alter, bezogen auf das Geschlecht	Männlich	40,6 Jahre	13,1 Jahre	198	54	n.s.
	Weiblich	42,2 Jahre	14,4 Jahre	101	58	
Alter, bezogen auf Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	43,6 Jahre	13,7 Jahre	200	58	P<0,001
	arbeitslos	36,0 Jahre	11,3 Jahre	99	47	

3,0 Prozent der Patienten sind bei Behandlungsbeginn in der Orientierungsphase ohne Schulausbildung und 0,7 Prozent sind in einer solchen. 58,9 Prozent können einen Sonder- oder Hauptschulabschluss vorweisen, 23,7 Prozent einen Realschulabschluss und 11 Prozent die

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. Männer sind hierbei häufiger unter der Variable „Hochschulreife“ vertreten, Frauen hingegen beim „Realschulabschluss“.

Tabelle 3

Merkmal	Kategorie	M n=198		W n=101		Gesamt n=299		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Familienstand	Ledig	92	46,5%	37	36,6%	129	43,1%	n. s. (Geschlecht)
	Verheiratet	59	29,8%	29	28,7%	88	29,4%	
	Verheiratet getrennt	17	8,6%	12	11,9%	29	9,7%	
	Geschieden	30	15,2%	16	15,8%	46	15,4%	
	verwitwet	0	0,0%	7	6,9%	7	2,3%	
Partnersituation	Alleinstehend	79	39,9%	39	38,6%	118	39,5%	n. s. (Geschlecht)
	Feste Beziehung	117	59,1%	60	59,4%	177	59,2%	
	Zeitweilige Beziehung	2	1,0%	2	2,0%	4	1,3%	
Wohnsituation	Selbstständig	169	85,4%	93	92,1%	260	87,0%	n. s. (Geschlecht)
	Bei Anderen	27	13,6%	6	5,9%	33	11,0%	
	Andere	4	2,0%	2	2,0%	6	2,0%	
	Alleinlebend	60	30,3%	30	29,7%	90	30,1%	n. s. (Geschlecht)
	Mit Partner	90	45,5%	45	44,6%	135	45,3%	
	Mit Kindern	43	21,7%	35	34,7%	78	26,2%	
Schulabschluss	Ohne	6	3,0%	3	3,0%	9	3,0%	n. s. (Geschlecht)
	In Schulausbildung	1	0,5%	1	1,0%	2	0,7%	
	Haupt-/Sonderschule	115	58,1%	61	60,4%	176	58,9%	
	Realschulabschluss	44	22,2%	27	26,7%	71	23,7%	
	Hochschulreife	25	12,6%	8	7,9%	33	11,0%	
Ausbildungsabschluss	Ohne	37	18,7%	25	24,8%	62	20,7%	n. s. (Geschlecht)
	in Ausbildung	11	5,6%	5	5,0%	16	5,4%	
	Abgeschl. Lehre	141	71,2%	63	62,4%	204	68,2%	
	Meister/Techniker	6	3,0%	4	4,0%	10	3,3%	
	Hochschulabschluss	3	1,5%	4	4,0%	7	2,3%	
Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	128	64,6%	62	61,4%	190	63,5%	n. s. (Geschlecht)
	arbeitslos	54	27,3%	26	25,7%	80	26,8%	
	Sonstige nicht erwerbstätige Person	2	1,0%	1	1,0%	3	1,0%	
	Rentner/-in	14	7,1%	12	11,9%	26	8,7%	
Problematische Schulden	Keine	155	78,3%	90	89,1%	245	81,9%	n. s. (Geschlecht)
	Bis 10.000 €	22	11,1%	7	6,9%	29	9,7%	
	Über 10.000 €	21	10,6%	4	4,0%	25	8,4%	

Bezüglich des Ausbildungsabschlusses finden wir keine signifikanten Unterschiede. 20,7 Prozent sind ohne Ausbildung, der Großteil mit 68,2 Prozent kann eine abgeschlossene Lehre vorweisen und 2,3 Prozent ein Hochschulstudium. Männer haben häufiger eine abgeschlossene Lehre oder Ausbildung.

Betrachtet man die Arbeitslosigkeit, als das potenziell wichtigste soziodemographische Kriterium bezüglich des Behandlungserfolges, zeigt sich eine Arbeitslosenquote von 26,8 Prozent. Männer sind mit 27,3 Prozent häufiger arbeitslos als Frauen mit 25,7 Prozent. Im Vorjahresvergleich ist es hier zu einer deutlichen Annäherung der Werte gekommen (2009: m: 30,9%, w:20,3%). 60,6 Prozent der Männer und 47,5 Prozent der Frauen sind erwerbstätig.

Das Alter der Patienten in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus unterscheidet sich signifikant. Erwerbstätige sind im Mittel $43,6 \pm 13,7$ Jahre und Arbeitslose $36,0 \pm 11,3$ Jahre alt ($p < 0,001$). 12,1 Prozent der Männer und 26,7 Prozent der Frauen sind berentet oder nicht erwerbstätig. 11,1 Prozent der Männer haben relevante Schulden bis 10.000€ und 10,6 Prozent mehr als 10.000€. Unter den Frauen finden sich 6,9 und 4,0 Prozent in den jeweiligen Kategorien. Insgesamt ist hiermit im Vorjahresvergleich die problematische Verschuldung signifikant zurückgegangen (χ^2 : $p < 0,01$).

1.3 Daten zum Abhängigkeitsverlauf

Von den im Jahr 2010 behandelten Patienten hatten 18,4 Prozent bereits zuvor Kontakt zu IANVA. Dieser kann in Form einer Rehabilitationsbehandlung, Orientierungsphase oder Beratung gewesen sein.

Ambulante Beratungen bei uns oder in einer Beratungsstelle nahmen vor der hier beschriebenen Behandlung 28,4 Prozent der Patienten wahr. 28,1 Prozent hatten in der Vergangenheit mindestens eine - häufig jedoch mehrere - Entzugsbehandlungen absolviert. Der Anteil der Vorbehandlungen bezüglich der Suchtrehabilitation ist mit 10,7 Prozent für ambulante und 15,1 Prozent für stationäre Maßnahmen gering, wobei Männer tendenziell mehr stationäre Suchtrehabilitationsbehandlungen aufweisen (vgl. Tabelle 4).

Weitere wichtige Punkte zur Beschreibung des Abhängigkeitsverlaufs sind der Erstkonsum und die Abhängigkeitsdauer. Männer konsumieren erstmals im Alter von $19,9 \pm 12,9$ Jahren nur unwesentlich früher als Frauen mit $20,8 \pm 12,7$ Jahren. Im Vergleich dazu sind Männer zum Aufnahmezeitpunkt mit einer Abhängigkeitsdauer von $16,5 \pm 11,3$ Jahren nur unwesentlich länger abhängig als Frauen mit $14,3 \pm 11,4$ Jahren.

Tabelle 4

Merkmal	Kategorie	M n=198		W n=101		Gesamt n=299		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Vorbehandlungen	Erstbehandlung in unserer Einrichtung	161	81,3%	83	82,2%	244	81,6%	n. s. (Geschlecht)
	Wiederbehandlung in unserer Einrichtung	37	18,7%	18	17,8%	55	18,4%	
	Ambulante Beratung	57	28,8%	28	27,7%	85	28,4%	
	Entzugsbehandlung	57	28,8%	27	26,7%	84	28,1%	
	Ambulante Reha	20	10,1%	12	11,9%	32	10,7%	
	Stationäre Reha	32	16,2%	13	12,9%	45	15,1%	

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Alter bei Erstkonsum	Männlich	19,9 Jahre	12,9 Jahre	198	72	n.s.
	Weiblich	20,8 Jahre	12,7 Jahre	101	65	
	F10 - Alkohol	19,5 Jahre	11,8 Jahre	144	58	p<0,001
	F11 - Opioide	43,0 Jahre	0,0 Jahre	2	0	
	F12 - Cannabis	17,3 Jahre	5,2 Jahre	15	20	
	F13 - Sedativa	37,7 Jahre	18,2 Jahre	27	55	
	F14 - Kokain	16,0 Jahre	---	1	0	
	F15 - Stimulantien	24,3 Jahre	6,4 Jahre	4	14	
	F19 -Polytoxikomanie	16,7 Jahre	9,5 Jahre	106	60	
Abhängigkeitsdauer	Männlich	13,1 Jahre	10,1 Jahre	198	43	n.s.
	Weiblich	11,2 Jahre	9,65 Jahre	101	42	
	F10 - Alkohol	15,3 Jahre	10,8 Jahre	144	43	p<0,001 (F102 vs. F19.2)
	F12 - Cannabis	9,13 Jahre	5,44 Jahre	15	17	
	F13 - Sedativa	9,63 Jahre	11,3 Jahre	27	41	
	F15 - Stimulantien	9,25 Jahre	5,56 Jahre	4	12	
	F19 -Polytoxikomanie	10,1 Jahre	8,23 Jahre	106	42	

Betrachte man das Alter bei Erstkonsum zeigen sich bei den Diagnosen Alkoholabhängigkeit (19,5±11,8 Jahre), Cannabisabhängigkeit (17,3±5,2 Jahre) und Polytoxikomanie (16,7±9,5 Jahre) nur geringfügige Unterschiede. Die Opioidabhängigen waren mit 43±0 Jahren deutlich älter, können aufgrund der geringen Zahl (n=2) jedoch nicht sinnvoll statistisch verglichen werden. Einen signifikanten Unterschied fanden wir beim Erstkonsumalter der Benzodiazepinabhängigen (37,7±18,2 Jahre) (p<0,001). Die isolierten Benzodiazepinabhängigkeiten resultieren häufig aus einer iatrogenen Dauermedikation unter Missachtung der Verschreibungsrichtlinien. Ein isolierter Konsum dieser Substanzen ist unter Jugendlichen daher kaum verbreitet.

Betrachtet man die Abhängigkeitsdauer bezogen auf die Hauptdiagnose findet man signifikante Unterschiede. So sind bei Cannabinoiden (9,1±10,7 Jahre), Sedativa (9,63±11,3 Jahre),

Stimulantien ($9,25 \pm 5,56$ Jahre) und Polytoxikomanien ($10,1 \pm 8,23$ Jahre) vergleichbar und signifikant kürzer als bei der Alkoholabhängigkeit ($15,3 \pm 10,8$ Jahre) ($p < 0,01$).

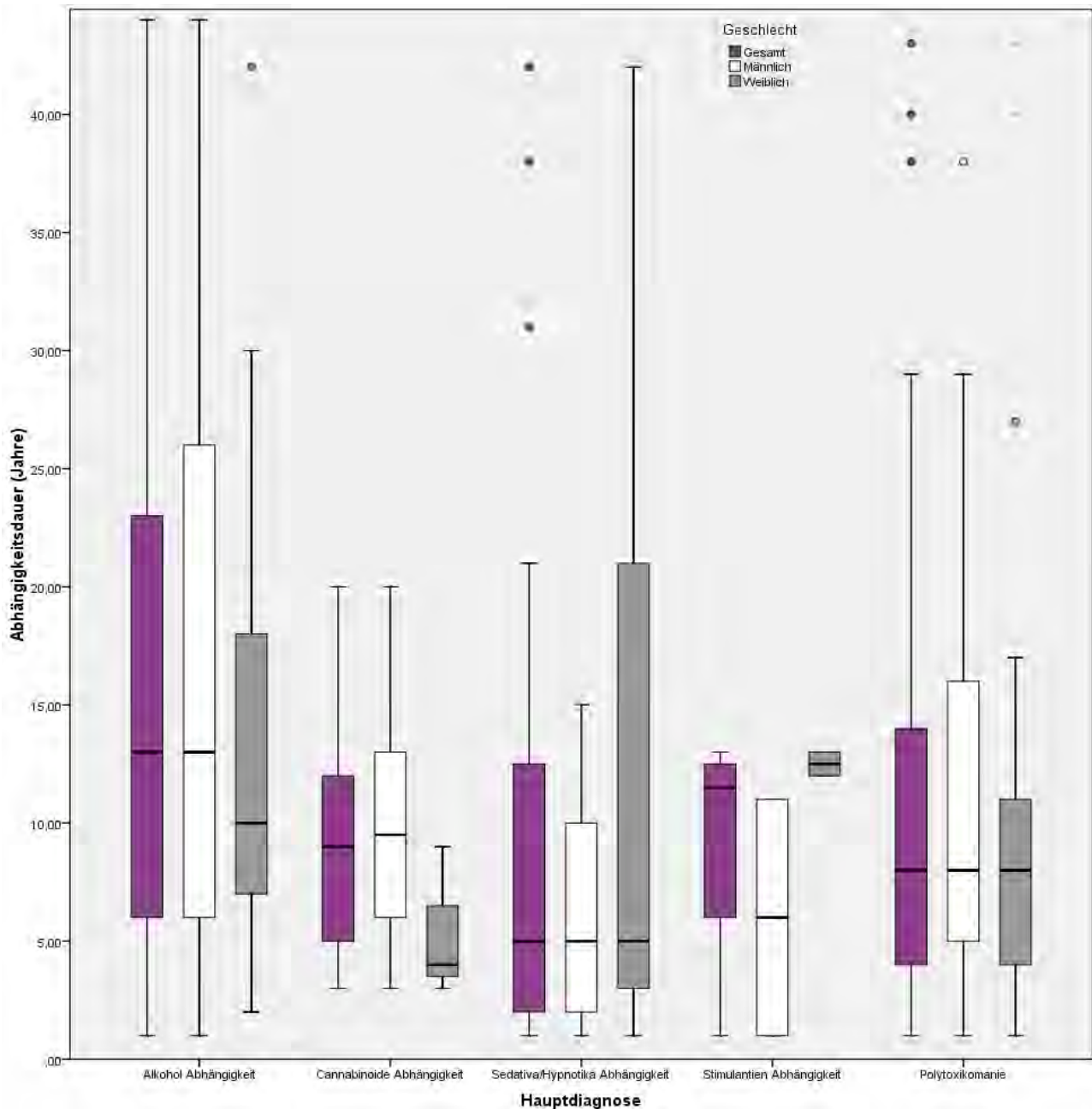


Abbildung 2: Abhängigkeitsdauer bezogen auf die Hauptdiagnose (n=299)

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}.

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

Unsere Vermittlungsquote bezogen auf alle Patienten in der Orientierungsphase (n=299) beträgt 44,5 Prozent (39,1% Vermittlung in ambulante und 5,4% in stationäre Reha). 24 Patienten hatten nur einem Kontakt in unserer Einrichtung und erfüllten die Einschlusskriterien des Programms zur ambulante qualifizierten Entzugsbehandlung nicht, werden jedoch in der Vermittlungsquote berücksichtigt. Um diese bereinigt liegt die Vermittlungsquote bei 48,4 Prozent.

Nach einem qualifizierten Entzug ergibt sich für die Alkoholabhängigkeit eine Vermittlungsquote von 56,9 Prozent (vs. 51,4% alle Patienten) und für die Polytoxikomanie von 44 Prozent (vs. 41,5% alle Patienten).

Patienten in einem Managed Care Programm wurden zu 44,3 Prozent und Patienten ohne Programm zu 44,8 Prozent vermittelt. Nach Bereinigung der Einmalkontakte ergeben sich Vermittlungsquote von 48,9 Prozent bei Managed Care Programmen und 47,5 Prozent ohne ein Programm. Der Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant. Wir konnten in den letzten Jahren eine Entwicklung erkennen, dass zunehmend schwer Abhängigkeitskranke im Rahmen der Managed Care Programm in unsere Einrichtung vermittelt werden. Dies könnte ein Grund für ein fehlen der statistischen Überlegenheit gegenüber der Behandlung ohne Managed Care Programm und die damit verbundenen Vernetzung mit den einzelnen Säulen des Gesundheitssystems sein.

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	117	39,1%	16	5,4%	133	44,5%	299
	Männlich	73	36,9%	11	5,6%	84	42,2%	198
	Weiblich	44	43,6%	5	5,0%	49	48,5%	101
Vermittlungsquote nach der Hauptdiagnose	F10 - Alkohol	66	45,8%	8	5,6%	74	51,4%	144
	F12 - Cannabis	3	20,0%	0	0%	3	20%	15
	F13 - Sedativa	10	37,0%	1	3,7%	11	40,7%	27
	F19 -Polytoxikomanie	37	34,9%	7	6,6%	44	41,5%	106
Vermittlungsquote nach ManagedCare	Managed Care	73	38,0%	12	6,3%	85	44,3%	192
	Andere Krankenkassen	44	41,1%	4	3,7%	48	44,8%	107

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

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Statistik
Einzelkontakte	Männlich	3,4	2,0	193	n.s.
	Weiblich	3,9	2,8	98	
	Verm. in ambul. Reha	4,8	1,7	122	p<0,001
	Verm. in stat. Reha	6,4	2,5	16	
	Nicht vermittelt	2,5	2,1	163	
Gruppenkontakte	Männlich	3,5	3,2	193	n.s.
	Weiblich	4,2	4,3	98	
	Verm. in ambul. Reha	5,9	2,9	112	p<0,001
	Verm. in stat. Reha	7,2	3,4	16	
	Nicht vermittelt	1,9	3,0	163	
Behandlungsdauer	Männlich	39,9 Tage	39,6 Tage	198	n.s.
	Weiblich	43,5 Tage	38,7 Tage	98	
	Verm. in ambul. Reha	55,9 Tage	41,8 Tage	115	p<0,001
	Verm. in stat. Reha	78,9 Tage	29,3 Tage	16	
	Nicht vermittelt	27,1 Tage	31,4 Tage	163	

Betrachtet man die Kontaktzahl (Einzelkontakte $3,6 \pm 2,3$, Gruppenkontakte $3,7 \pm 3,6$) und die Behandlungsdauer ($41,1 \pm 39,3$ Tage) bezogen auf das Geschlecht, so ergeben sich keine relevanten Unterschiede. Es ergeben sich jedoch statistisch signifikante Unterschiede ($p < 0,001$) dieser Variablen, wenn als Abhängigkeit die Vermittlung zu Grunde gelegt wird. Erwartungsgemäß werden nicht vermittelten Patienten mit $27,1 \pm 31,4$ Tagen und $2,5 \pm 2,1$ Einzel- sowie $1,9 \pm 3,0$ Gruppenkontakten am kürzesten behandelt. Patienten mit Vermittlung in eine ambulante Suchtrehabilitationsmaßnahme werden $55,9 \pm 41,8$ Tage behandelt und kommen auf $4,8 \pm 1,7$ Einzel- sowie $5,9 \pm 2,9$ Gruppenkontakte. Hier hat sich die Orientierungsbehandlung bei gleicher Vermittlungsquote im Vorjahresvergleich um 24 Tage signifikant verkürzt ($p < 0,001$). Es konnte schneller eine Motivation zur Rehabilitationsbehandlung erreicht und das Antragsverfahren durchlaufen werden. Die Dauer zwischen Beantragung und Bewilligung ist unsererseits jedoch nicht untersucht worden. Die längste Behandlungszeit in der Orientierungsphase mit $78,9 \pm 29,3$ Tagen registrieren wir bei Patienten, die in stationäre Suchtrehabilitation vermittelt wurden, da hier die Klärungszeit länger war und ein Aufnahmetermin nicht immer sofort zu Verfügung stand. Sie nahmen an $6,4 \pm 2,5$ Einzel- und $7,2 \pm 3,4$ Gruppenkontakten teil. Die Zeitspanne der Behandlung dieser Gruppe hat sich bei gleicher Vermittlungsquote zum Vorjahr signifikant im Mittel um $49,7$ Tage verkürzt ($p < 0,001$).

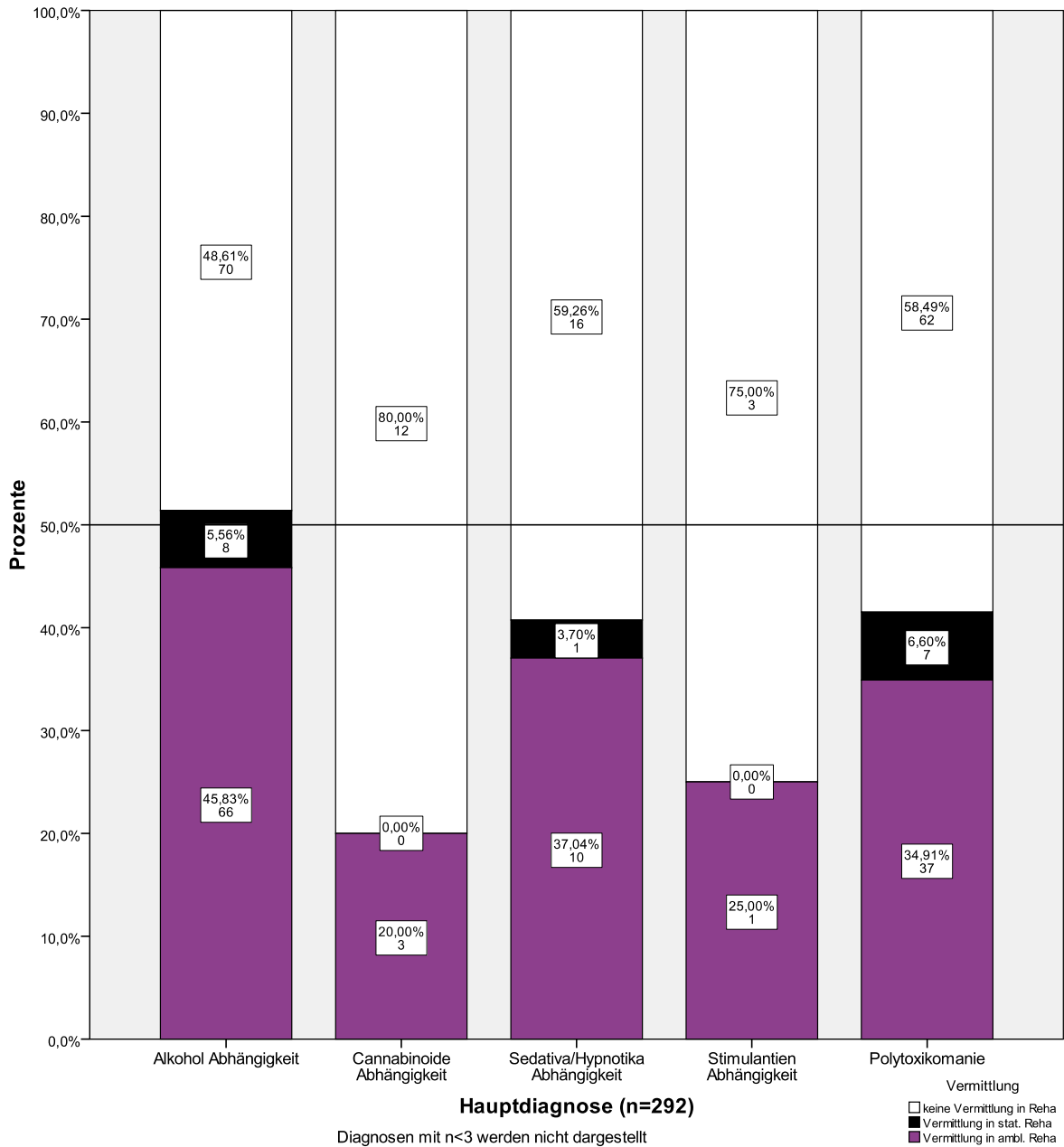


Abbildung 3: Vermittlungsquoten in Abhängigkeit der Hauptdiagnose (n=263) bezogen auf alle Patienten inklusive der Einmalkontakte

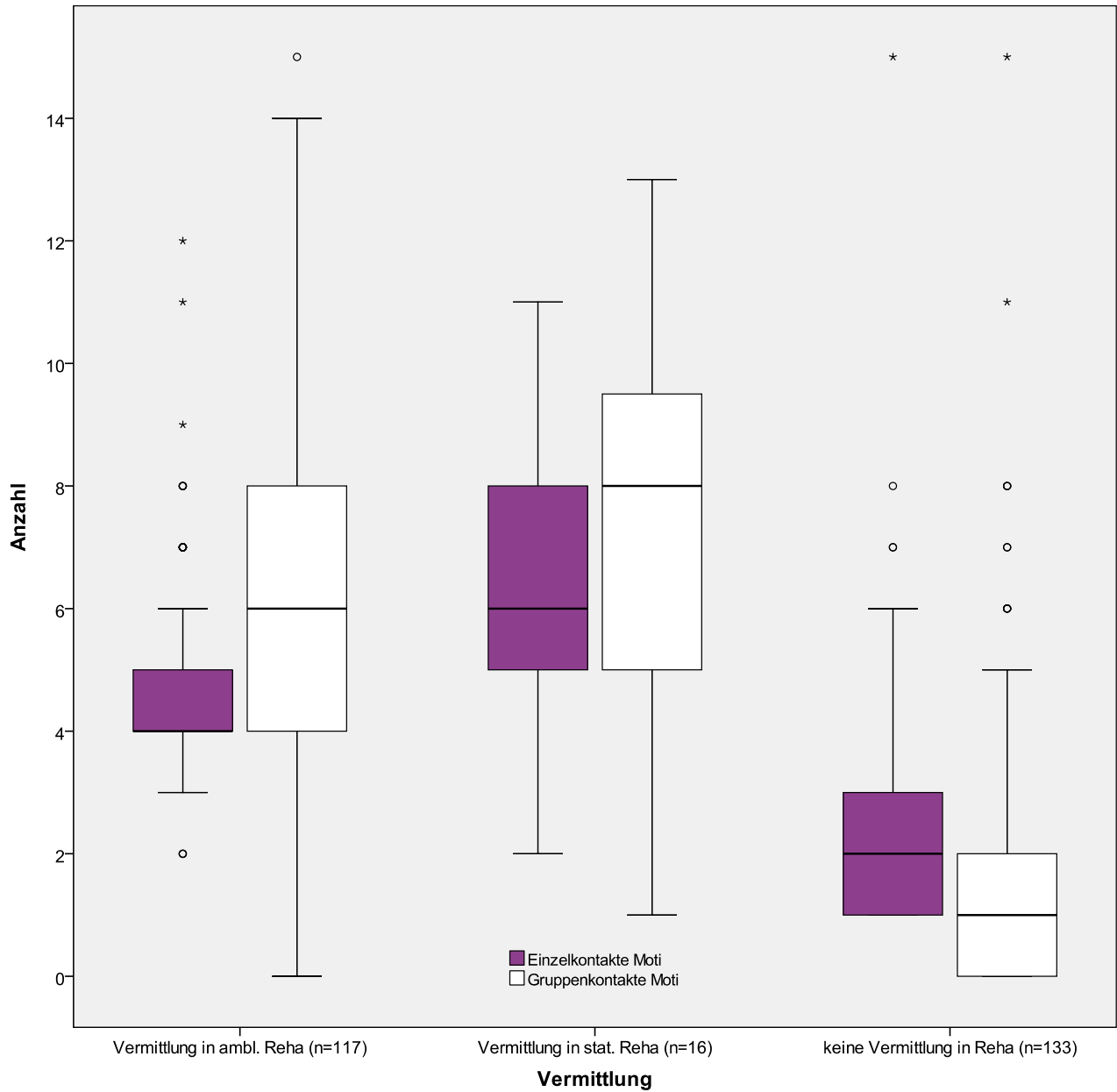


Abbildung 4: Kontaktanzahl in Abhängigkeit der Art der Vermittlung (n=267)

2. Ambulante Suchtrehabilitation Entlassungsjahrgang 2010

Die folgende Auswertung bezieht sich auf alle Patienten, die im Jahr 2010 ihre ambulante Suchtrehabilitation (n=97) beendeten. Insgesamt nahmen 62 Männer (63,9%) und 35 Frauen (36,1%) an der ambulanten Rehabilitationsbehandlung teil.

2.1 Leistungsträger und Behandlungsindikation

Leistungsträger der Rehabilitation sind in der Mehrzahl der Fälle die Rentenversicherungsträger mit insgesamt 85,6 Prozent. Privatzahler stellen mit 3,1 Prozent einen geringen Teil der Patienten. Die Krankenkassen traten in 11,3 Prozent der Fälle als Leistungsträger der Rehabilitationsbehandlung auf. Es fällt auf, dass die von uns behandelten Frauen häufiger bei der DRV Bund und die Männer bei der DRV Saar versichert sind, was mit dem unterschiedlichen Arbeitsfeld zu erklären ist.

Die Vermittlung in ambulante Suchtrehabilitation bei IANVA G.P.S. mbH erfolgt ausschließlich aus der eigenen Orientierungsphase. In dieser werden unsere Patienten von mehreren verschiedenen Stellen vermittelt. Hierzu gehören das Arbeitsamt, Betriebe und Bezugspersonen der Patienten. Der kumulative Anteil der durch diese Stellen vermittelten Patienten liegt bei 24,7 Prozent. Der größte Anteil von 75,3 Prozent der Patienten wird durch die psychiatrische Praxis Steffen, mit der ein Vertrag zur Integrierten Versorgung Abhängigkeitskranker besteht, in unsere ambulante Rehabilitationsbehandlung vermittelt.

Tabelle 6:

Merkmal	Kategorie	M n=62		W n=35		Gesamt n=97		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Leistungsträger	DRV Bund	18	29,0%	16	45,7%	34	35,1%	n.s.
	DRV Saar	28	45,2%	14	40,0%	42	43,3%	
	Andere DRV	7	11,3%	0	0%	7	7,2%	
	Krankenkasse	8	12,9%	3	8,6%	11	11,3%	
	privat	1	1,6%	2	5,7%	3	3,1%	
Vermittlung durch	Psychiatrische Praxis	48	77,4%	25	71,4%	73	75,3%	n.s. vs. MW
	sonstige	14	22,6%	10	28,6%	24	24,7%	
Diagnose	F10 - Alkohol	41	66,1%	20	57,1%	61	62,9%	n.s.
	F11 - Opioide	0	0,0%	1	2,9%	1	1,0%	
	F12 - Cannabis	3	4,8%	1	2,9%	4	4,1%	
	F13 - Sedativa	2	3,2%	1	2,9%	3	3,1%	
	F15 - Stimulantien	1	1,6%	0	0,0%	1	1,0%	
	F19 - Polytoxikomanie	15	24,2%	12	34,3%	27	27,8%	

In unserer ambulanten Suchtrehabilitation werden Patienten mit verschiedenen Substanzabhängigkeiten behandelt. Eine Trennung der Therapiegruppen nach Diagnose erfolgt auf Grund des Behandlungskonzeptes nicht. Mit 62,9 Prozent (M = 66,1%; W = 57,1) der Fälle ist die Alkoholabhängigkeit die mit Abstand häufigste Diagnose als Indikation zur Rehabilitation. Für die Abhängigkeiten von Opioiden (1,0%), Cannabis (4,1%), Sedativa (3,1%) und Stimulantien (1,0%) konnten wir eher kleine Patientenkollektive rekrutieren. In diesen Gruppen lassen sich keine Geschlechtsunterschiede feststellen. Mit insgesamt 27,8 Prozent der Fälle stellt die prognostisch ungünstige Diagnosegruppe der Polytoxikomanie und Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen neben der Alkoholabhängigkeit das zweitgrößte Patientenkollektiv dar. Hier ist bei den Frauen (34,3%) ein größerer Anteil betroffen als bei den Männern (24,2%). Dies erklären wir uns durch einen häufigeren abhängigen Gebrauch von Benzodiazepinen, Schmerzmitteln, Alkohol und Antidepressiva bei Frauen. Wir sehen über die Jahre eine stetige Zunahme dieser Diagnosegruppe mit einem Anstieg von 10 Prozent zum Vorjahr (2009: 17,7%, 2010:27,8%) ($p=0,07$ vs. 2009).

Tabelle 7:

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Altersverteilung der Diagnosen	F10 - Alkohol	47,8 Jahre	10,1Jahre	61	51	P<0,005
	F11 - Opioide	25,0 Jahre	---	1	0	
	F12 - Cannabis	35,0 Jahre	6,8 Jahre	4	15	
	F13 - Sedativa	50,3 Jahre	1,5 Jahre	3	3	
	F15 - Stimulantien	30,0 Jahre	---	1	0	
	F19 - Polytoxikomanie	39,7 Jahre	13,7 Jahre	27	53	

Betrachtet man das durchschnittliche Alter bei Rehabeginn, so zeigt sich eine Unterteilung in zwei Gruppierungen. Während die Cannabisabhängigkeit ($35,0\pm 6,8$ Jahre) und die Polytoxikomanie ($39,7\pm 13,7$ Jahre) relativ nahe beieinander liegen, gibt es einen signifikanten Unterschied ($p<0,01$) zum mittleren Alter der Alkoholabhängigen ($47,8\pm 10,1$ 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 den Familienstand der Patienten, so zeigt sich, dass mit 25,8 Prozent der Fälle ein großer Teil der Patienten ledig ist. Hierbei fällt auf, dass die Männer mit 30,6 Prozent deutlich häufiger betroffen sind als Frauen (17,1%). Bei der größten Gruppe der Verheirateten (33,0%) zeigt sich ein ähnliches Bild mit 35,5 Prozent der Männer und 28,6 Prozent der Frauen. Männer (16,1%) waren doppelt so häufig verheiratet - aber getrennt lebend - wie Frauen (8,6%). 3,1

Prozent unserer Patientinnen waren verwitwet. Besonders auffällig ist in diesem Jahr ein sehr hoher Anteil an geschiedenen Patienten mit 24,7 Prozent. Hierbei ist diese Kategorie bei den Frauen (37,1%) doppelt so häufig wie bei den Männern (17,7%) vertreten und stellt bei ersteren sogar den größten Anteil der Patienten dar.

Tabelle 8

Merkmal	Kategorie	M n=62		W n=35		Gesamt n=97		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Familienstand	Ledig	19	30,6%	6	17,1%	25	25,8%	n.s.
	Verheiratet	22	35,5%	10	28,6%	32	33,0%	
	Verheiratet getrennt	10	16,1%	3	8,6%	13	13,4%	
	Geschieden	11	17,7%	13	37,1%	24	24,7%	
	verwitwet	0	0,0%	3	8,6%	3	3,1%	
Partnersituation	Alleinstehend	20	32,3%	17	48,6%	37	38,1%	n.s.
	Feste Beziehung	39	62,9%	18	51,4%	57	58,8%	
	Zeitweilige Beziehung	3	4,8%	0	0,0%	3	3,1%	
Wohnsituation	Selbstständig	52	83,9%	31	88,6%	83	85,6%	n.s.
	Bei Anderen	7	11,3%	2	5,7%	9	9,3%	
	Sonstige	3	4,8%	2	5,7%	5	5,2%	
	Alleinlebend	15	24,2%	12	34,3%	27	27,8%	n.s.
	Mit Partner	34	54,8%	15	42,9%	49	50,5%	
	Mit Kindern	14	22,6%	14	40,0%	28	28,9%	
Schulabschluss	Ohne	2	3,2%	0	0,0%	2	2,1%	n.s.
	Haupt-/Sonderschule	33	53,2%	26	74,3%	59	60,8%	
	Realschulabschluss	11	17,7%	7	20,0%	18	29,0%	
	Hochschulreife	16	25,8%	2	5,7%	18	29,0%	
Ausbildungsabschluss	Ohne	7	11,3%	3	8,6%	10	10,3%	n.s.
	Sonstige	1	1,6%	0	0,0%	1	1,0%	
	in Ausbildung	2	3,2%	1	2,9%	3	3,1%	
	Abgeschl. Lehre	40	64,5%	29	82,9%	69	71,1%	
	Meister/Techniker	3	4,8%	0	0,0%	3	3,1%	
	Hochschulabschluss	9	14,5%	2	5,7%	11	11,3%	
Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	46	74,2%	19	54,3%	65	67,0%	n.s.
	arbeitslos	9	14,5%	8	22,6%	17	17,5%	
	Hausfrau/-mann	0	0,0%	2	5,7%	2	2,1%	
	Sonstige	2	3,2%	2	5,7%	4	4,1%	
	Renter/-in	5	8,1%	4	11,4%	9	9,3%	
Problematische Schulden	Keine	50	80,6%	27	77,1%	77	79,4%	n.s.
	Bis 10.000 €	5	8,1%	4	11,4%	9	9,3%	
	Über 10.000 €	7	11,3%	4	11,4%	11	11,3%	

Die hier noch deutlichen Geschlechtsunterschiede zwischen Verheirateten und Ledigen schwächen sich jedoch ab, wenn man die Partnersituation betrachtet. Hierbei zeigt sich, dass mit 58,8 Prozent der Fälle (M = 62,9%; W = 51,4%), der Großteil der Patienten, in einer festen Partnerschaft lebt. 38,1 Prozent (M = 32,3%; W = 48,6%) sind alleinstehend und 3,1 Prozent (M = 4,8%; W = 0,0%) leben in einer zeitweiligen Beziehung. Auch hier zeigt sich im Vorjahresvergleich eine Inversion der Geschlechterverteilung.

Bei der Betrachtung der Wohnsituation fällt auf, dass mit 85,6 Prozent die meisten Patienten selbstständig wohnen. Der Anteil der Frauen (88,6%) liegt hierbei 4,7 Prozent über dem der Männer (83,9%).

Bei dem Schulabschluss zeigt sich eine deutliche Dominanz des Haupt- und Sonderschulabschlusses mit 60,8 Prozent (M = 53,2 %; W = 74,3%) vor dem Realschulabschluss mit 18,6 Prozent (M = 17,7%; W = 20,0%) und der Hochschulreife mit 18,6 Prozent (M = 25,8%; W = 5,7%). Nur 2,4 Prozent der Patienten konnten keinen Schulabschluss vorweisen und in diesem Jahr zeigt sich auch hier im Vorjahresvergleich eine Inversion der Geschlechterverteilung. So hatten Männer im Durchschnitt den höherwertigen Bildungsabschluss.

Mit insgesamt 71,1 Prozent (M = 64,5%; W = 82,9%) ist die abgeschlossene Ausbildung am häufigsten. Das Fehlen jeglichen Berufsabschlusses ist mit 10,3 Prozent der Fälle (M = 11,3%; W = 8,6%) rückläufig. Eine Meisterausbildung erreichten 3,1 der Patienten, hier finden sich ausschließlich Männer (4,8%). Ein Hochschulabschluss erreichten 11,3% der Patienten (M = 14,5%; W = 5,7%). Noch in Ausbildung waren insgesamt 3,1 Prozent der Patienten. Auch bei der Betrachtung des höchsten Ausbildungsabschluss fällt ein deutlich höheres Abschlussniveau bei den Männern auf.

Die Erwerbssituation ist ein wichtiger Prognosefaktor für den Behandlungserfolg. 67 Prozent der Patienten (M = 74,2%; W = 54,3%) sind erwerbstätig. Die Gruppe der Arbeitslosen ist mit 17,5 Prozent (M = 14,5%; W = 22,6%) am zweitgrößten. Auffällig ist in diesem Jahr ein sehr geringer Anteil von Hausfrauen mit 2,1 Prozent. Männer sind hier nicht vertreten. 9,3 Prozent waren Rentner. Hier fanden sich keine Geschlechtsunterschiede. Vergleicht man die Erwerbsgruppen hinsichtlich ihres Alters, so fällt auf, dass erwerbslose Patienten jünger sind als erwerbstätige.

Ein weiter wichtiger Faktor sind problematische Schulden der Patienten. Bei 79,4 Prozent der Patienten (M = 80,6%; W = 77,1%) bestanden keine problematischen Schulden. 9,3 Prozent hatten eine Verschuldung bis zu 10.000€ und 11,3 Prozent von mehr als 10.000€ vorzuweisen. Auffällig ist hierbei, dass Männer mit 8,1 und 11,3 Prozent seltener problematische Schulden aufweisen als Frauen mit 11,4 und 11,4 Prozent.

Tabelle 9

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Alter, bezogen auf das Geschlecht	Männlich	43,6 Jahre	11,7 Jahre	62	53	n.s.
	Weiblich	46,5 Jahre	12,0 Jahre	35	55	
Alter, bezogen auf Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	44,0 Jahre	9,9 Jahre	65	42	p<0,000
	erwerbslos	40,2 Jahre	5,7 Jahre	17	22	
	Rentner	65,3 Jahre	8,3 Jahre	9	27	
	Sonstige nicht erwerbstätige	33,2 Jahre	14,7 Jahre	6	39	

23,7 Prozent (M = 21,0%; W = 28,6%) waren schon zu früheren Zeitpunkten mit unserer Einrichtung in Kontakt gewesen. Diese Kontakte ergeben sich aus Beratungen, Orientierungsphasen und Rehabilitationsbehandlungen. 0,6 Prozent der Patienten haben mindestens schon einmal eine ambulante und 20,6 Prozent eine stationäre Suchtrehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen. Frauen sind mit 26,6 Prozent bezüglich einer Suchtrehabilitation häufiger vorbehandelt als Männer (18,3%).

Betrachtet man das Alter bei Erstkonsum, so zeigt sich, dass Frauen im Schnitt mit $21,2 \pm 7,8$ Jahren 2,2 Jahre älter sind als Männer mit $19 \pm 9,1$ Jahren ($p > 0,05$). Bezogen auf die Hauptdiagnose findet man bei Alkohol ($18,7 \pm 6,8$ Jahre), Cannabis ($16,0 \pm 1,8$ Jahre), Stimulantien (18 Jahre) und Polytoxikomanien ($21,3 \pm 11,5$ Jahre) ein relativ einheitliches Ergebnis. Hiervon weicht das Alter bei Erstkonsum der Sedativa mit $33 \pm 13,1$ Jahren 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 $16,9 \pm 11,5$ Jahren auf dem Niveau der Frauen mit $16,1 \pm 12,1$ Jahren. Bei der Betrachtung der Abhängigkeitsdauer nach Hauptdiagnose lassen sich aufgrund der Gruppen Fallzahlen nur die Alkoholabhängigkeit ($18,1 \pm 11,8$ Jahre) und die Polytoxikomanie ($14,3 \pm 11,2$ Jahre) sicher statistisch analysieren. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

Tabelle 10

Merkmal	Kategorie	M n=62		W n=35		Gesamt n=97		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Vorbehandlungen	Erstbehandlung in unserer Einrichtung	49	79%	25	71,4%	74	76,3%	n.s.
	Wiederbehandlung in unserer Einrichtung	13	21%	10	28,6%	23	23,7%	
	Ambulante Beratung	16	25,8%	12	34,3%	28	28,9%	n.s.
	Entzugsbehandlung	17	27,4%	13	37,1%	30	30,9%	
	Ambulante Reha	3	0,5%	3	0,9%	6	0,6%	
	Stationäre Reha	11	17,7%	9	25,7%	20	20,6%	

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Alter bei Erstkonsum	Männlich	19,0 Jahre	9,1 Jahre	62	53	n.s.
	Weiblich	21,2 Jahre	7,8 Jahre	35	32	
	F10 - Alkohol	18,7 Jahre	6,8 Jahre	61	33	n.s.
	F11 - Opioide	20,0 Jahre	---	1	0	
	F12 - Cannabis	16,0 Jahre	1,8 Jahre	4	4	
	F13 - Sedativa	33,0 Jahre	13,1 Jahre	3	24	
	F15 - Stimulantien	18,0 Jahre	---	1	0	
	F19 - Polytoxikomanie	21,3 Jahre	11,5 Jahre	27	52	

Abhängigkeitsdauer	Männlich	16,98 Jahre	11,45 Jahre	62	44	n.s.
	Weiblich	16,11 Jahre	12,09 Jahre	35	55	
	F10 - Alkohol	18,11 Jahre	11,80 Jahre	61	52	n.s.
	F12 - Cannabis	13,5 Jahre	6,57 Jahre	4	33	
	F13 - Sedativa	18,0 Jahre	18,08 Jahre	3	36	
	F19 - Polytoxikomanie	14,33 Jahre	11,21 Jahre	27	39	

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. Jedoch ist eine reguläre Beendigung ein positiver Prädiktor für die Abstinenz und erhöht die Chance für die weiterführende Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe durch eine nachhaltige Auseinandersetzung mit den zu Grunde liegenden maladaptiven Prozessen und der

Suchtstruktur während der Rehabilitationsbehandlung⁹. Wir konnten in einer eigenen Arbeit zeigen, dass der regulär und damit erfolgreich beendete Rehabilitation ein größerer prädiktiver Wert zuzuordnen ist als der Arbeitslosigkeit und dem Familienstatus. Wir postulierten daher, dass ein Wegkommen vom Stigma, dass arbeitslose, alleinstehende Patienten eine schlechte Prognose in der Suchtrehabilitation haben, zu einer Reduktion von Gegenübertragungskonflikten seitens des Therapeuten im Rahmen seiner Erwartungshaltung führen kann und so die Prognose verbessert wird⁹.

Tabelle 11

Merkmal	Kategorie	Art der Beendigung		Beurteilung der Symptomatik				n
		planmäßig	unplanmäßig	behooben	gebessert	gleich	schlechter	
Geschlecht	Gesamt	66,0%	34,0%	57,8%	24,7%	14,4%	3,1%	97
	Männlich	64,5%	35,5%	54,8%	27,4%	14,5%	3,2%	62
	Weiblich	68,6%	31,4%	62,9%	20,0%	14,3%	2,9%	35
Diagnose	F10 - Alkohol	75,4%	24,6%	63,9%	19,7%	11,5%	4,9%	61
	F11 - Opioide	100%	0%	100%	0%	0%	0%	1
	F12 - Cannabis	100%	0%	75%	0%	25%	0%	4
	F13 - Sedativa	0%	100%	0%	66,7%	33,3%	0%	3
	F15 – Stimulantien	0%	100%	0%	100%	0%	0%	1
	F19 -Polytoxikomanie	48,1%	51,9%	48,1%	33,3%	18,5%	0%	27
Erwerbsstatus	erwerbstätig	64,6%	35,4%	55,3%	24,6%	18,5%	1,5%	65
	erwerbslose	70,6%	29,4%	52,9%	23,5%	11,8%	11,8%	17
	Rentner	66,7%	33,3%	66,7%	33,3%	0%	0%	9
	Sonstige nicht erwerbstätige	66,7%	33,3%	83,3%	16,7%	0%	0%	6
Partnersituation	Alleinstehend	64,9%	35,1%	62,2%	24,3%	10,8%	2,7%	37
	Feste Beziehung	66,7%	33,3%	0%	100%	0%	0%	57
	Zeitweilige Beziehung	66,7%	33,3%	52,7%	26,3%	17,5%	3,5%	3

Insgesamt konnten wir 66 Prozent (M = 64,5%; W = 68,6%) unserer Patienten regulär entlassen. 34 Prozent (M = 34%; W = 35,5%) beendeten die Behandlung irregulär. Im Vorjahresvergleich entspricht dies einer Steigerung um 7,1 Prozent der regulären Beendigungen. Überdurchschnittlich gut beendeten Alkoholabhängige die Behandlung mit 75,4 Prozent regulären Beendigungen. Auch bei der Polytoxikomanie konnte mit einer Quote von 48,1 Prozent regulär beendeter Therapien ebenfalls ein gutes Ergebnis erzielt werden. Die Interpretation der übrigen Hauptdiagnosen ist aufgrund der geringen Fallzahlen kritisch zu sehen.

⁹ Steffen et al.: Nachhaltigkeit einer ambulanten psychoanalytisch-interaktionellen Suchtrehabilitation. *Im Review-Verfahren*, 2011

Wir können erstmals keinen Unterschied bei der Art der Beendigung in Abhängigkeit des Erwerbsstatus und der Partnersituation beschreiben. Im Vergleich zum Vorjahr stellt dies einen signifikanten Unterschied im Chi-Quadrat-Test dar ($p < 0,05$). Dies könnte als direkte Konsequenz aus der Änderung unseres therapeutischen Verständnisses, der Erwartungshaltung und einer Reduzierung der Gegenübertragung resultieren. Jedoch zeigt sich in diesem Jahr eine in einigen Punkten doch differentes Klientel, so dass zur Bestätigung obiger Hypothese die Einjahreskatamnese und weitere Untersuchungen abgewartet werden müssen.

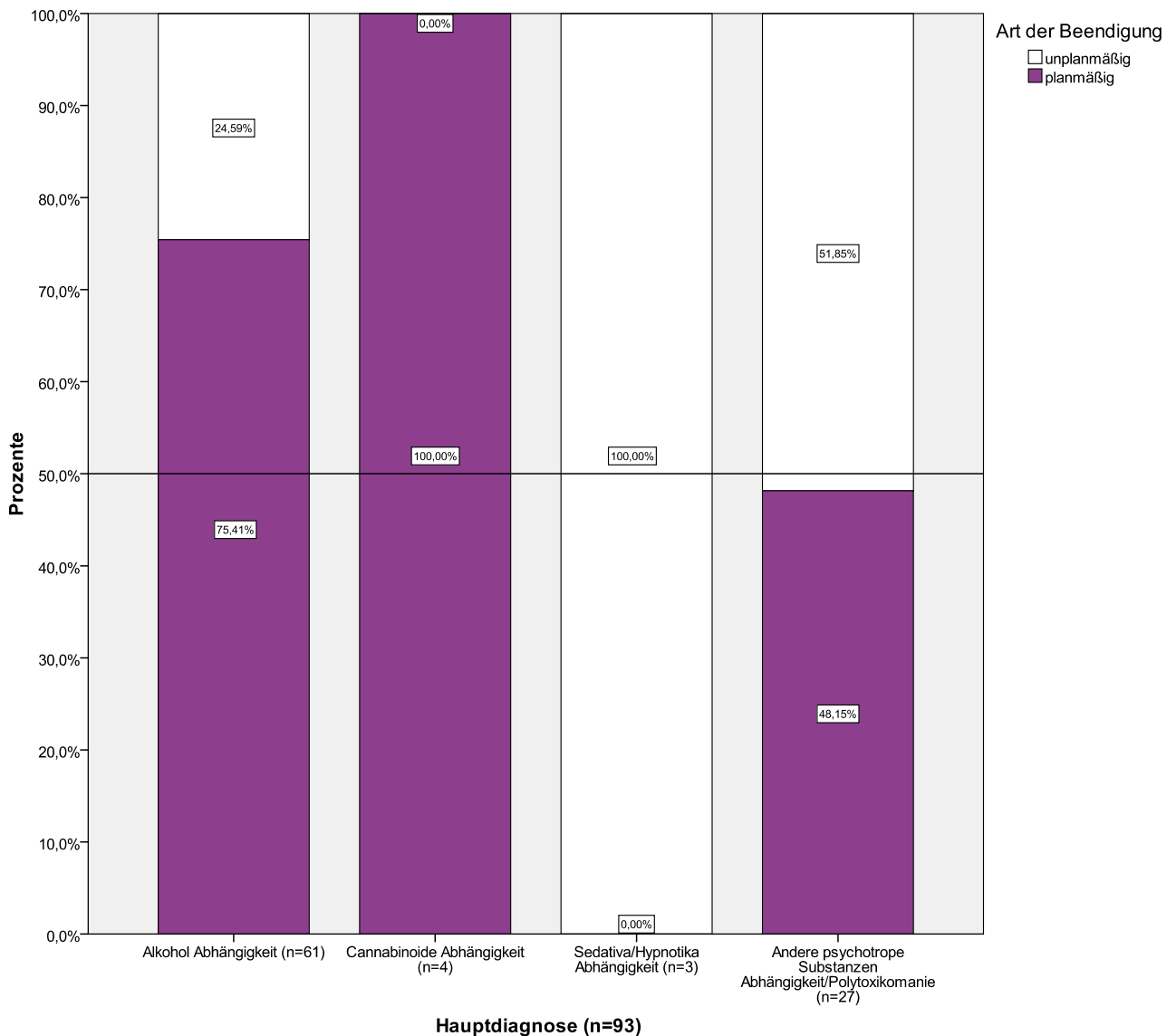


Abbildung 5: Art der Beendigung in Abhängigkeit der Hauptdiagnose (n=93), es wurden nur Hauptdiagnosen mit mind. n=3 dargestellt, wobei lediglich die F10 und F19 ausreichend groß sind, um eine valide Aussage zu treffen.

Frauen beendeten mit 68,6 Prozent die ambulante Rehabilitation tendenziell häufiger erfolgreich als Männer mit 64,5 Prozent. Sie nahmen in dieser Zeit mehr Therapieeinheiten als Männer wahr,

signifikante Unterschiede ergeben sich aufgrund der geringen Fallzahlen nicht. Frauen sind durchschnittlich 17 Tage länger in ambulanter Suchtrehabilitation.

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 (66%) regulärer Beendigungen in der Rehabilitation (Stationäre Reha: 84,3%, ambulante Reha: 71,5%, stat. Reha Drogenabhängiger: 54,4%; Basisdokumentation 2009 des Fachverband Sucht e.V.)

Deutlichere Unterschiede, die, außer bei Indikativen Gruppe, durchgehend eine statistische Signifikanz zeigen, ergeben sich, wenn man die Kontaktzahlen und Behandlungsdauer in Abhängigkeit von der Art der Beendigung vergleicht. Erfolgreich/planmäßig behandelte Patienten nahmen an anderthalb so vielen Einzelkontakten ($8,6 \pm 5,7$; $p < 0,005$) und doppelt so vielen Gruppenkontakten ($83,8 \pm 37,3$; $p < 0,000$) teil. Die Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie gelang wesentlich effektiver (erfolgreich: $7,2 \pm 5,2$ Kontakte vs. nicht erfolgreich: $2,4 \pm 3,1$ Kontakte; $p < 0,000$) bei planmäßig beendeten Patienten. Die Einbeziehung der Angehörigen ist ein wichtiger Bestandteil der ambulanten Suchtrehabilitation und hilft Rückfälle besser aufdecken zu können und die Abstinenz zu sichern. Weiterhin werden co-süchtige Strukturen aufgedeckt, bearbeitet und ein stützendes häusliches Umfeld geschaffen.

Die Analyse der Betreuungszeiten zeigt deutlich längere Betreuungen der planmäßig beendeten Patienten von im Schnitt knapp einem Jahr ($317,2 \pm 116,5$ Tage) als bei Therapieabbrechern mit $139,8 \pm 116,9$ Tagen ($p < 0,001$). Somit erfüllen wir in der ambulanten Rehabilitation die Forderungen nach einem verdichteten einjährigen Rehabilitationsprozess. Der Abbruch der Rehabilitation erfolgt in der Regel in den ersten 4 Monaten.

Tabelle 12

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Einzelkontakte	Männlich	6,96	4,7	57	17	n.s.
	Weiblich	8,5	6,2	33	21	
	Erfolgreich	8,6	5,7	59	21	p=0,005
	Nicht erfolgreich	5,4	3,5	31	13	
Gruppenkontakte	Männlich	65,6	43,0	57	119	n.s.
	Weiblich	71,1	39,7	33	117	
	Erfolgreich	83,8	37,3	59	119	p<0,000
	Nicht erfolgreich	36,9	31,2	31	98	
Angehörigenkontakte (Einzel und Gruppe)	Männlich	5,3	4,9	57	13	n.s.
	Weiblich	6,0	5,46	33	19	
	Erfolgreich	7,2	5,2	59	19	P<0,000
	Nicht erfolgreich	2,4	3,1	31	9	
Indikative Gruppen	Männlich	1,1	2,3	57	9	n.s.
	Weiblich	0,8	2,0	33	9	
	Erfolgreich	1,27	2,5	59	9	p=0,083
	Nicht erfolgreich	0,42	1,3	31	6	
Betreuungsdauer	Männlich	250,7 Tage	153,6 Tage	62	532	n.s.
	Weiblich	267,7 Tage	125,0 Tage	35	455	
	Erfolgreich	317,2 Tage	116,5 Tage	64	497	p<0,000
	Nicht erfolgreich	139,8 Tage	116,9 Tage	33	369	

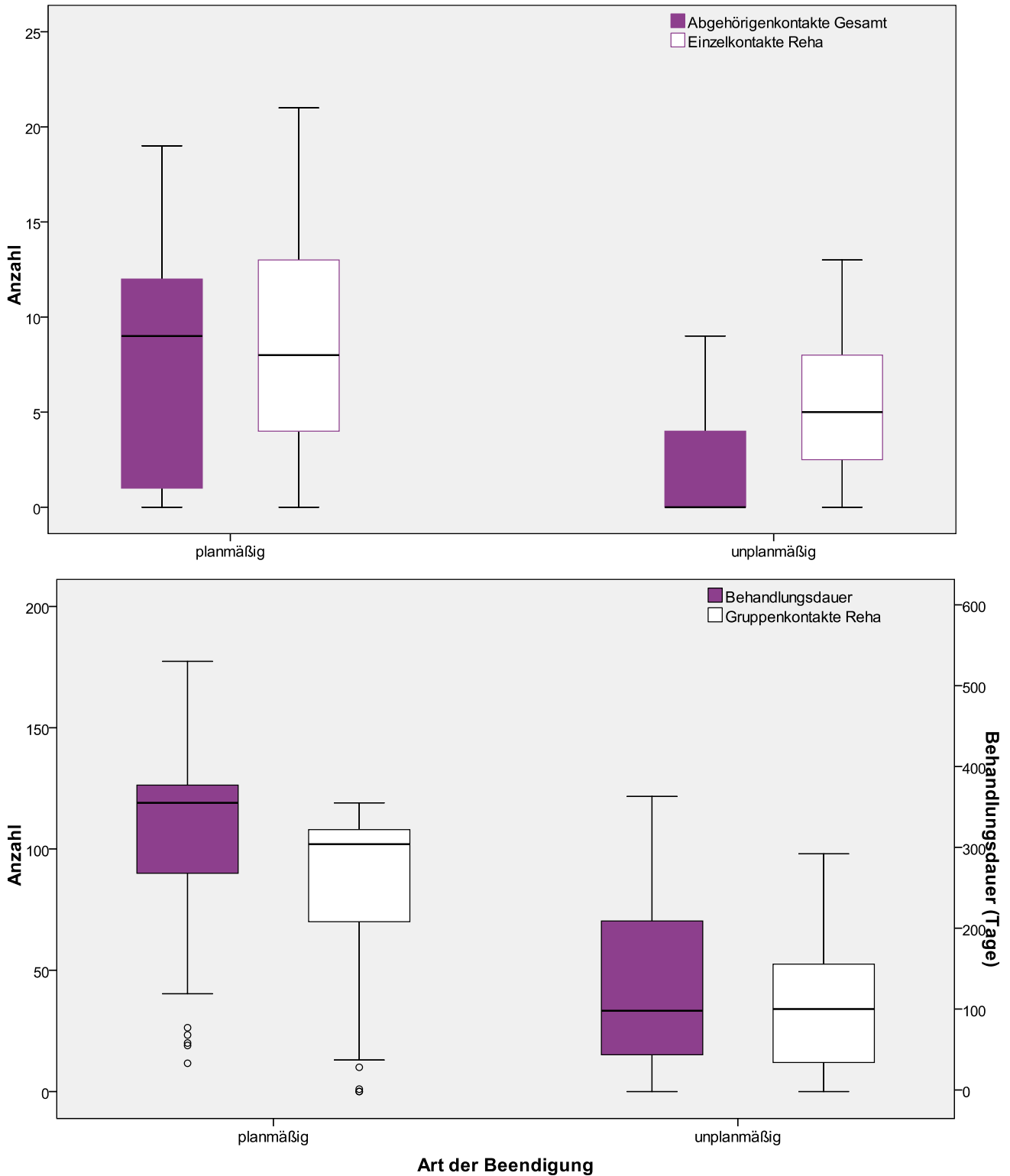


Abbildung 6: Anzahl der Therapieeinheiten und der Behandlungsdauer in Abhängigkeit von der Art der Beendigung (n=97)

3. Einjahreskatamnese des Rehaentlassjahrgangs 2009

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 katamnestische 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=10.461¹⁰. In den letzten beiden Jahren konnte erstmals eine einrichtungsübergreifende Einjahreskatamnese (2008, n=275; 2009, n=226) des Fachverbandes Sucht veröffentlicht werden¹¹. IANVA G. P. S. mbH hat sich einerseits durch die Einbringung von 117 (2008, n=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=117) 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 registriert, wurden die Patienten telefonisch in Anlehnung an den „Gesprächsleitfaden

¹⁰ Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., et al. Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2008 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell 1/2011, S.9-20 (2011).

¹¹ 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 2008 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. SuchtAktuell 1/2011, S.57-63 (201)

Katamnesedaten“ interviewt. Hierzu etablierten wir in diesem Jahr ein neues System, in dem der jeweilige Bezugstherapeut den telefonischen Kontakt zu dem Patienten aufnimmt.

3.1 Beschreibung der Katamnesestichprobe

Tabelle 13

Merkmal	Kategorie	kein Katamnese- antworter, n=46		Katamneseantworter, n=71		Gesamtstichprobe, n=117	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	gesamt	46	100,0%	71	100,0%	117	100,0%
	männlich	29	63,0%	39	54,9%	68	58,1%
	weiblich	19	41,3%	32	45,1%	49	41,9%
Leistungsträger	Rentenversicherung	41	89,1%	65	91,5%	108	92,3%
	Krankenkasse	3	6,5%	4	5,6%	5	4,3%
	Sonstige	2	4,3%	2	2,6%	4	3,4%
Art der Behandlungs- beendigung	planmäßig	16	34,8%	54	76,1%	70	59,8%
	unplanmäßig	30	65,2%	17	23,9%	47	40,2%
Hauptdiagnose	F10 - Alkohol	30	65,2%	57	80,3%	87	74,4%
	F12 - Cannabis	5	10,9%	3	4,2%	8	6,8%
	F13 - Benzodiazepine	5	10,9%	2	2,8%	7	6,0%
	F14 - Opioide	1	2,2%	2	2,8%	3	2,6%
	F15 - Stimulantien	1	2,2%	1	1,4%	2	1,7%
	F19 - Polytoxikomanie	4	8,7%	6	8,5%	10	8,5%
Anzahl Entzugs- behandlungen	kein	9	19,6%	8	11,3%	17	14,5%
	eine oder mehr	37	80,4%	63	88,7%	100	85,5%
Anzahl ambulanter Entwöhnungen	kein	43	93,5%	69	97,2%	48	41,0%
	eine oder mehr	3	6,5%	2	2,8%	5	4,3%
Anzahl stationärer Entwöhnungen	kein	37	80,4%	63	88,7%	100	85,5%
	eine oder mehr	9	19,6%	8	11,3%	17	14,5%
Höchster Schulabschluss	kein Schulabschluss	1	2,2%	0	0,0%	1	0,9%
	Derzeit in Ausbildung	0	0,0%	2	2,8%	2	1,7%
	Sonder-/Hauptschulabschluss	28	60,9%	39	54,9%	67	57,3%
	Realschulabschluss	10	21,7%	23	32,4%	33	28,2%
	Hochschulreife	7	15,2%	7	9,9%	14	12,0%
Partnerbeziehung	Keine feste Beziehung	18	39,1%	27	38,0%	45	38,5%
	Feste Beziehung	28	60,9%	44	62,0%	72	61,5%
problematische Schulden	keine	30	65,2%	56	78,9%	89	76,1%
	mehr als 10.000 Euro	16	34,8%	15	21,1%	31	26,5%
Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	26	56,5%	43	60,6%	69	59,0%
	erwerbslos	11	23,9%	12	16,9%	23	19,7%
	nicht erwerbstätig	7	15,2%	11	15,5%	18	15,4%
	Rentner/-in	2	4,3%	5	7,0%	7	6,0%

Tabelle 14

Merkmal	kein Katamneseantworter, n=46		Katamneseantworter, n=71		Gesamtstichprobe, n=117	
	MW	STD	MW	STD	MW	STD
Alter bei Rehabilitationsende (Jahre)	42,9	12,2	46,4	11,9	45,1	12,2
Alter bei Erstkonsum (Jahre)	18,7	9,8	18,9	9,2	18,8	9,4
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	13,9	10,4	17,1	11,6	15,8	11,2
Anzahl der Einzelkontakte	5,8	5,6	8,4	4,2	7,4	4,9
Anzahl der Angehörigeneinzelkontakte	0,36	0,86	0,34	0,43	0,35	0,84
Anzahl der Gruppenkontakte	44,7	36,5	80,5	35,6	66,5	39,9
Anzahl der Angehörigengruppen	2,1	3,6	6,0	4,6	4,5	4,7
Anzahl der Indikativen Gruppen	0,4	1,7	1,0	2,6	0,77	2,3

47 Patienten (40,2%) antworteten schriftlich und 31 Patienten (26,5%) wurden telefonisch befragt. Die katamnestiche Erreichungsquote beträgt 65,5 Prozent und liegt damit erneut mit 4,1 Prozent über dem Vorjahresniveau des Entlassjahrgangs 2008.

58,1 Prozent der Patienten waren männlich, 41,9 Prozent weiblich. Das Durchschnittsalter betrug zum Rehabilitationsende $42,9 \pm 12,2$ Jahre. 61,5 Prozent befanden sich in einer festen Partnerschaft. Betrachtet man die Schulausbildung, so hatten zum Rehabilitationsende 0,9 Prozent keinen Abschluss, 57,3 Prozent einen Sonder-/Hauptschulabschluss, 28,2 Prozent einen Realschulabschluss und 12,0 Prozent erreichten die Hochschulreife. 59,0 Prozent waren erwerbstätig, 19,7 Prozent erwerbslos und 15,4 Prozent subsumierten sich unter der Kategorie „nicht erwerbstätig“ (Hausfrauen, Schüler, Studenten, Auszubildende, etc.). Berentet waren 6,0 Prozent. Problematische Schulden bestanden bei 26,5 Prozent der Patienten.

74,4 Prozent der Patienten hatten nach ICD-10 die Hauptdiagnose einer Alkoholabhängigkeit (F10.2). Die Cannabisabhängigkeit (F12.2) wurde bei 6,8 Prozent und die Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei 6,0 Prozent gestellt. 8,5 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 $15,8 \pm 11,2$ Jahre. Geschlechtsspezifische, statistisch signifikante Unterschiede existieren nicht. 85,5 Prozent der Patienten hatten in der Vorgeschichte mindestens eine Entzugsbehandlung absolviert (inkl. Vorbereitende Entzugsbehandlung auf die Indextherapie). Eine ambulante Suchtrehabilitation hatten 4,3 Prozent und eine stationäre Suchtrehabilitation 14,5 Prozent der Patienten vor dieser Indextherapie absolviert.

Die Beendigung der ambulanten Suchtrehabilitation erfolgte für 59,8 Prozent der Patienten planmäßig. 41,9 Prozent der Patienten beendeten die Suchtrehabilitation unplanmäßig. Der Mittelwert der Gruppenkontakte liegt bei $66,5 \pm 39,9$. Es zeigt sich, dass Katamneseantworter, wie bereits durch die Verteilung in der Art der Beendigung impliziert, signifikant mehr Kontakte wahrgenommen hatten (Katamneseantworter: $80,5 \pm 35,6$ Gruppenkontakte vs. kein Katamneseantworter: $44,7 \pm 36,5$ Gruppenkontakte, $p < 0,05$). Gleiches zeigt sich auch für die Anzahl der Angehörigengruppen und die Einzelkontakte ($5,8 \pm 5,6$ und $8,4 \pm 4,2$). Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Gruppenkontakte bei allen Patienten um durchschnittlich sechs Kontakte gesunken.

Patienten, die auf die Katamnesebefragung geantwortet haben, sind tendenziell älter und haben ihre Behandlung planmäßig mit signifikant mehr Behandlungsterminen abgeschlossen. Die Abhängigkeitsdauer ist unter den Katamneseantwortern um 3,1 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)^{12,13,14}. 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“.

- 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

¹² Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.). Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg 1992: Lambertus.

¹³ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung Abhängigkeitskranker. SUCHT 2001, 47. Jahrgang, Sonderheft 2 .

¹⁴ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.). Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg 1985: Lambertus.

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 79,6 Prozent für die durchgehende und von 14,8 Prozent für die nach Rückfall neu erreichte Abstinenz. Nur 5,6 Prozent der planmäßig entlassen und erreichten Patienten waren im Katamnesezeitraum rückfällig. Ein ähnliches Bild ergibt sich für alle erreichten Patienten (DGSS3): 73,2 Prozent durchgehende Abstinenz, 16,9 Prozent Abstinenz nach Rückfall und 9,9 Prozent rückfällig im Katamnesezeitraum.

Es konnten immerhin 76,1 Prozent der planmäßig beendeten Patienten (DGSS2) erreicht werden. Erfolgreich (abstinent/abstinent nach Rückfall) behandelt waren 74,3 Prozent, 5,7 Prozent mehr als im Vorjahr.

Die konservativste Berechnungsform, DGSS4, zeigt eine katamnestiche Erreichungsquote von 60,7 Prozent. 45,3 Prozent aller Patienten war durchgehend abstinent, 11,1 sind zum Katamnesezeitpunkt abstinent nach einem Rückfall.0 Als rückfällig und rückfällig per Definition werden 43,6 Prozent eingestuft. Die Ergebnisse sind im Vorjahresvergleich unverändert.

Tabelle 15

Kategorie	DGSS1 n=54		DGSS2 n=70		DGSS3 n=71		DGSS4 n=117	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Katamnestiche Erreichungsquote	54	100%	54	76,1%	71	100%	71	60,7%
Abstinent	43	79,6%	44	62,9%	52	73,2%	53	45,3%
Abstinent nach Rückfall	8	14,8%	8	11,4%	12	16,9%	13	11,1%
Rückfällig (inkl. per Definition)	3	5,6%	18	25,7%	7	9,9%	51	43,6%
Katamnestiche Abstinenzquote	51	94,4%	52	74,3%	64	90,1%	66	56,4%

3.3 Diskussion der Ergebnisse

Wir stellen im Folgenden unsere Daten denen der stationären Rehabilitationsform und den 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 IANVA: 59,8%, ambulant Fachverband Sucht: 81,4% vs. stationär: 86,6%). In unserer Gesamtstichprobe ist die Alkoholabhängigkeit (ambulant: 74,4% vs. stationär: 94,9%) als Hauptdiagnose weniger häufig vertreten, der Anteil der Polytoxikomanen (ambulant IANVA: 8,5%, ambulant Fachverband Sucht: 5,8% vs. stationär: 1,4%) ist deutlich größer. In unserem Patientenkollektiv finden sich andererseits weniger Erwerbslose als im stationären Setting (ambulant IANVA: 19,7%, ambulant Fachverband Sucht: 21,7% vs. stationär: 35,8%). Unsere Patienten leben tendenziell häufiger in einer festen Beziehung (ambulant IANVA: 61,5%, ambulant Fachverband Sucht: 60,2% vs. stationär: 49,5%)

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 2009 mit den Daten des Entlassjahrgangs 2008 der stationären Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. so ergibt sich eine Differenz von 12,8 Prozent nach DGSS4 und 27,2 Prozent nach DGSS2 zu Gunsten unserer Katamnese.

Auch im Vergleich zu den Daten der Einjahreskatamnese ambulanter Verbandseinrichtungen zeigen sich Unterschiede. In unserer Gesamtstichprobe ist die Alkoholabhängigkeit (Ianua: 74,4% vs. Fachverband: 85,4%) als Hauptdiagnose weniger häufig vertreten, der Anteil der Polytoxikomanen (Ianua: 8,5% vs. Fachverband: 5,8%) ist leicht größer. In unserem Patientenkollektiv finden sich andererseits etwas weniger Erwerbslose (Ianua: 19,7% vs. Fachverband: 21,7%). Hinsichtlich der Partnerbeziehung und Art der Beendigung bestehen nur geringe Unterschiede. Die Unterschiede fallen weniger stark aus als im vorangegangenen Jahr, da wir 101 von 226 Datensätzen einbrachten. Vergleicht man die Abstinenzquoten unserer Einjahreskatamnese des Entlassjahrgangs 2009 mit den Daten des Entlassjahrgangs 2008 der ambulant tätigen Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. so ergibt sich eine Differenz von 2 Prozent nach DGSS4 und 14,5 Prozent nach DGSS2 zu Gunsten unseres Klientels.

Es zeigen sich teils große Unterschiede in den katamnestischen 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 zügig in diese vermittelt. Jedoch konnten wir in einer eigenen Arbeit zeigen, dass die

identifizierten negativen Prädiktoren einen signifikant geringeren Einfluss auf die Abstinenz und somit den nachhaltigen Erfolg der Behandlung haben, als eine erfolgreiche Rehabilitationsbehandlung mit anhaltenden innerpsychischen Veränderungen des Patienten¹⁵.

Unsere ambulante Suchtrehabilitation ist hoch effektiv und in einem Beobachtungszeitraum von einem Jahr nach Beendigung nachhaltig. Aktuell befindet sich eine Untersuchung zur Nachhaltigkeit und deren Einflussfaktoren (Leistungsfähigkeit, kognitive Funktionen, Persönlichkeitsstile, Selbst-/Idealbild, Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und soziodemographische Variablen) im Reviewverfahren.

Tabelle 16: Gegenüberstellung der Abstinenzquoten nach ambulanter Suchtrehabilitation bei IANVA G. P. S. mbH (Entlassjahrgang 2009) und nach der Analyse des Fachverband Sucht e.V (Entlassjahrgang 2008)¹⁶ sowie die Daten der stationären Suchtrehabilitationseinrichtungen im Fachverband Sucht e. V. (Entlassjahrgang 2008)¹⁷

Kategorie [%]	DGSS1			DGSS2			DGSS3			DGSS4		
	IANVA 2009 n=54	Ambi. Reha 2008 Fachverband Sucht e. V. n=123	Stat. Reha 2008 Fachverband Sucht e. V. n=5405	IANVA 2009 n=70	Ambi. Reha 2008 Fachverband Sucht e. V. n=184	Stat. Reha 2008 Fachverband Sucht e. V. n=9056	IANVA 2009 n=71	Ambi. Reha 2008 Fachverband Sucht e. V. n=141	Stat. Reha 2008 Fachverband Sucht e. V. n=5893	IANVA 2009 n=117	Ambi. Reha 2008 Fachverband Sucht e. V. n=226	Stat. Reha 2008 Fachverband Sucht e. V. n=10461
Abstinent	79,6	73,2	62,5	62,9	48,9	37,3	73,2	70,9	60,7	45,3	44,2	34,2
Abstinent nach Rückfall	14,8	16,2	16,5	11,4	10,9	9,8	16,9	16,3	16,6	11,1	40,2	9,4
Rückfällig (inkl. per Definition)	5,6	10,6	21,0	25,7	40,2	52,9	9,9	12,8	22,7	43,6	45,6	56,4
Katamnestiche Abstinenzquote	94,4	89,4	79,0	74,3	59,8	47,1	90,1	87,2	77,3	56,4	54,4	43,6

¹⁵ Steffen et al.: Nachhaltigkeit einer ambulanten psychoanalytisch-interaktionellen Suchtrehabilitation. *Im Review-Verfahren*, 2011

¹⁶ 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 2008 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 1/2011, S.27-33(2011)

¹⁷ Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., et al. Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2008 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell* 1/2011, S15-26 (2011).

Fazit 2010

Wir konnten unsere Effizienz der Orientierungsphase durch signifikante Verkürzung der Behandlungszeiten bei gleichbleibend sehr guten Ergebnissen hinsichtlich der Weitervermittlung in einer Rehabilitationsbehandlung steigern. Dies gelang auch trotz einem Anstieg der Diagnose der Polytoxikomanie.

Es zeigt sich über die letzten Jahre ein stetiger prozentualer Rückgang der Behandlungsindikation Alkoholabhängigkeit in unserer ambulanten Suchtrehabilitation (2010: 62,9%). Die Polytoxikomanie gewinnt in unserer Einrichtung zunehmend an Bedeutung. Patienten mit der Diagnose F10.2 beenden die ambulante Suchtrehabilitation zu 75,4% planmäßig, jedoch nur 48,1% der F19.2. Die Arbeitslosigkeit war in den letzten Jahre immer mit einer niedrigeren Quote planmäßiger Beendigungen assoziiert. In den letzten Jahren wurde ein Umdenken in unserer Einrichtung und Therapie eingeleitet. Die Arbeitslosigkeit kann eine schlechtere Prognose vermuten, jedoch ist eine erfolgreiche Behandlung effektstärker. Der daraus resultierende Effekt ist selbst für uns überraschend. Ohne eine sonstige Änderungen ist der prozentuale Anteil der planmäßigen Beendigungen der Arbeitslosen in diesem Jahr mit 70,6% am größten. Wir konnten die planmäßigen Beendigungen dieses Klientel signifikant zum Vorjahr steigern. ($p < 0,05$ vs. 2009). Unser Klientel ist zusammenfassend im Vergleich zu stationären Rehabilitationspatienten als prognostisch günstig anzusehen. Jedoch sind die dort berichteten negativen Prädiktoren in den letzten Jahren nur als statistische Assoziation ausgewiesen. In eigenen Untersuchungen konnten wir diesen nur eine geringe Rolle zuschreiben. Wir konnten zeigen, dass eine erfolgreiche Behandlung mit dem nachhaltigen Auseinandersetzen mit der Abhängigkeitserkrankung und der zugrunde liegenden Störungen diese negativen Prädiktoren signifikant überwiegt (Steffen et. al¹⁸). Wir postulieren, dass die eigentliche Nachhaltigkeit durch einen begonnenen innerpsychischen Prozessbestimmt wird, den es auch über das Ende der Rehabilitationsbehandlung hinweg zu fördern gilt. Dies kann über eine Selbsthilfegruppe, Nachsorgetermine außerhalb des Rehaleistungsbudgets oder unter Umständen eine weiterführende Psychotherapie erfolgen. Wir können für den Entlassungsjahrgang 2009 durchgehend bessere Abstinenzquoten zeigen wie die katamnestischen Untersuchungen des Fachverbandes Sucht e. V. zusammenfassend für alle ambulanten und stationären Mitgliedseinrichtungen.

¹⁸ Steffen et al. (2011): Nachhaltigkeit einer ambulanten psychoanalytisch-interaktionellen Suchtrehabilitation. *Im Review-Verfahren*

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

Zusammenfassung 2010

		Orientierungsphase Beender 2010	Ambulante Suchtrehabilitation Beender 2010	Einjahreskatamnese des Rehaentlass- jahrgangs 2009	
Leistungsträger					
Managed Care Programm		64,2%	/	/	
Rentenversicherung		/	83,6%	88,9%	
Krankenkasse		35,8% andere KK	11,3%	4,8%	
Vermittlung					
Vertragsärztlicher Bereich		78,3%	/	/	
Eigene Einrichtung		/	97,2%	94,8%	
Hauptdiagnose					
F10.2		48,2%	62,9%	74,4%	
F12.2		5,0%	4,1%	6,8%	
F13.2		9,0%	3,1%	6,0%	
F19.2		35,5%	27,8%	8,5%	
Abhängigkeitsdauer in Jahren					
Männer		13,1±10,1 Jahre	16,98±11,5 Jahre	16,53±11,0 Jahre	
Frauen		11,2±9,65 Jahre	16,11±12,1 Jahre	11,44±8,85 Jahre	
Alter in Jahren					
			Bei Aufnahme		
Männer		40,6±13,1 Jahre	43,6±11,7 Jahre	43,82±11,63 Jahre	
Frauen		42,2±14,4 Jahre	46,5±12,0 Jahre	43,65±12,1 Jahre	
Bildung					
			Höchster erreichter Status		
Hauptschule:		58,9%	60,8%	57,3%	
Realschule:		23,7%	29,0%	28,2%	
Abitur:		11,0%	29,0%	12,0%	
Erwerbsstatus					
			Jeweils zu Behandlungsende		
erwerbstätig		63,5%	67,0%	59,0%	
arbeitslos		26,8%	17,5%	19,7%	
Sonst. n. erwerbstätig		1,0%	4,1%	15,4%	
Rentner/-in		8,7%	9,3%	6,0%	
Problematische Schulden		18,1%	18,6%	26,5%	
Vorbehandlungen					
vorher Reha	Amb.	10,7%	0,9%	4,3%	
	Stat.	15,1%	20,6%	14,5%	
Behandlungserfolg					
Vermittlung in Reha		44,5%	(48,8% ohne Einmalkontakte) /	/	
Erfolgreiche Rehaeendigung		/	66,0%	59,8%	
Abstinenzquote (DGSS4)		/	/	56,4%	
Dauer					
		vermittelt			
Erfolgreich	Tage	Amb. Reha: 55,9±41,8	Stat. Reha: 78,9±29,3	317,2±116,5	320,3±121,1
	Leistungen	Amb. Reha: 10,7±2,9	Stat. Reha: 13,6±3,3	Einzel 8,6±5,7 Gruppe 83,6±37,1	Einzel 4,45±8,84 Gruppe 82,4±36,1
Nicht erfolgreich	Tage	27,1±31,4		139,8±116,9	
	Leistungen	4,4±2,7		Einzel 5,4±3,5 Gruppe 36,1±31,2	
				Einzel 4,2±3,8	Gruppe 34,2±29,4



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