



GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE MBH

IANVA

Jahresbericht 2012

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 2012 – Inhaltsverzeichnis

Jahresbericht 2012 – Inhaltsverzeichnis	3
Vorwort	1
Leitbild	3
Basisdokumentation 2012	4
1. Orientierungsphase (ambl. qualifizierte Entzugsbehandlung und Rehabilitationsvorbereitung) Entlassungsjahrgang 2012	4
1.1 Leistungsrechtliche Grundlage und Indikation zur Behandlung.....	4
1.2 Soziodemographische Charakterisierung der Patienten in der Orientierungsphase	7
1.3 Daten zum Abhängigkeitsverlauf	10
1.4 Behandlungsverlauf der Orientierungsphase und Vermittlungsquoten	12
2. Ambulante Suchtrehabilitation Entlassungsjahrgang 2012	18
2.1 Leistungsträger und Behandlungsindikation	18
2.2 Sozidemographische Charakterisierung der Rehabilitanden.....	19
2.3 Behandlungsverlauf und -erfolg der ambulanten Rehabilitation	24
3. Einjahreskatamnese des Rehaentlassungsjahrgangs 2011	31
3.1 Beschreibung der Katamnesestichprobe.....	32
3.2 Erreichungs- und Abstinenzquoten	34
3.3 Diskussion der Ergebnisse	37
Fazit 2012	40
Publikationen, Kongressbeiträge und Mitgliedschaften	42
Impressum	44

Vorwort

IANUA 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. Zur Optimierung und Überprüfung unserer Arbeit 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.

IANUA 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 Prozess- und Ergebnisqualität 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 und seit dem Entlassungsjahrgang 2007 standardisierte Einjahreskatamnesen der ambulanten Suchtrehabilitationseinrichtungen. Wir stellten unsere Daten dem Fachverband Sucht e.V. für diese Veröffentlichungen zu Verfügung.

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 **IANUA** G.P.S. mbH erhoben wurden. Verwendet wurde dabei der „Deutsche Kerndatensatz Sucht“ in der Modifikation „Bado Sucht“. 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 2010¹ und der

¹ Lange N., Wüst G., et. al (Arbeitsgruppe Ambulante Rehabilitation im Fachverband Sucht e.V.): Basisdokumentation 2010 - Ambulante Rehabilitationseinrichtungen. Basisdokumentation 2010 (Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 16), Teilband IV, S.46-56 (2010)

Einjahreskatamnese des Rehaentlassjahrgangs 2010² 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.

Seit dem letzten Jahr ersetzt unser **Leitbild** das Konzept. Unser Konzept zur berufsbegleitenden ambulanten Suchtrehabilitation, zum Modell Kombi Saar und zur Integrierten Versorgung finden Sie auf unserer [Internetpräsenz unter Download - Konzepte](#).

In der Zeitschrift **SuchtAktuell** wurde Anfang 2012 ein Leitartikel unserer Einrichtung zu den Qualitätsmerkmalen der berufsbegleitenden ambulanten Suchtrehabilitation veröffentlicht. Dieser arbeitet die Anforderungen an Struktur und Qualitätsmerkmale heraus und verbindet diese mit den Vorschriften der Leistungsträger³.

Das Jahr 2012 wurde überschattet vom Tod unseres leitenden und verantwortenden Arztes Rainer Steffen am 30.3.2012. Als Mitbegründer der Einrichtung hat **Rainer Steffen** IANUA entscheidend geprägt und durch seine menschliche und fachliche Kompetenz bereichert. Sein Tod bedeutet für uns einen großen Verlust und eine Herausforderung, in seinem Sinne weiter an der Entwicklung von **IANUA** zu arbeiten.

Die Nachfolge als verantwortender Arzt tritt Herr Alexandr Litinetski an. Er ist bereits seit 18 Jahren als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bei **IANUA** tätig. Darüber hinaus ist seit Anfang 2012 Herr Dr. David Steffen, langjähriger Mitarbeiter und verantwortlich für die Dokumentation, Statistik sowie Forschung, als Arzt in der Einrichtung beschäftigt.

² Missel P. (Steffen DV) et. al.: Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 1/2013, S.26-34

³ Steffen R*, Steffen DV*: Qualitätsmerkmale der berufsbegleitenden ambulanten Suchtrehabilitation. *SuchtAktuell* 2012, 1, S. 78-84

Leitbild

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. **IANUA** begleitet den Suchtkranken auf seinem gesamten Behandlungsweg von der Motivation und Orientierung über den qualifizierten Entzug, die (ambulante) Suchtrehabilitation und darüber hinaus im Rahmen der Nachsorge. Prävention (Veranstaltungen, ärztl. Fortbildungen, Präventionskurse), Forschung und Mitarbeit in nationalen Gremien ergänzen unser Engagement.

Eine Vernetzung mit dem gesamten Suchthilfesystem, der vertragsärztlichen Versorgung, den Krankenhäusern und Krankenkassen ist für uns selbstverständlich. Unsere Zusammenarbeit erfolgt transparent und konstruktiv.

Der „freie“ Blick ist auch für uns von **IANUA** selbst notwendig und verpflichtend, um die eigene Stabilität und Kraft zur Arbeit mit Suchtkranken zu halten. Hohe Ansprüche an die Ausbildung und die fachliche Qualität der Mitarbeiter sichern dies. Unsere Leitungskräfte tragen Verantwortung für eine exzellente und effiziente Arbeit sowie für eine kooperative und konstruktive Zusammenarbeit durch Respekt, Kollegialität und Vertrauen. Unser Qualitätsmanagement formuliert klare Ziele und überprüft Abläufe, Organisation und Erfolg regelmäßig.

IANUA ist eine anerkannte Einrichtung der berufsbegleitend ambulanten Suchtrehabilitation aller Leistungsträger.

Basisdokumentation 2012

1. Orientierungsphase (ambl. qualifizierte Entzugsbehandlung und Rehabilitationsvorbereitung) Entlassungsjahrgang 2012

1.1 Leistungsrechtliche Grundlage und Indikation zur Behandlung

In diesem Abschnitt werden alle Patienten betrachtet, die im Jahr 2012 ihre Orientierungsphase beendeten (n=257). Diese verteilten sich auf 169 Männer (65,8%) und 88 Frauen (34,2%). Die Gesamtzahl der in der Orientierungsphase behandelten Patienten blieb in den letzten Jahren weitestgehend stabil (< ±10%). 30 Patienten⁴ (11,7%) 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 Suchtversorgungssystems 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 **IANUA** 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, den Hausärzten und dem Fallmanagementsystem der Krankenkassen. 67,3% 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 wurde der überwiegende Teil unserer Patienten (62,3%, vgl. Tabelle 1) aus dem vertragsärztlich psychiatrischen Bereich in unsere Behandlung vermittelt. 8,9% der Patienten stellten sich selbstständig vor, Krankenhäuser vermittelten 6,6% und Arbeitgeber 4,7% der Patienten. 6,2% der Patienten stellten sich auf Anraten von Familienangehörigen in unserer Einrichtung vor.

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

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, wir bei der Abhängigkeit von Opioiden nur Entzugsbehandlungen anbieten und die Abstinenz für eine Weiterbehandlung voraussetzen. 13 Patienten (5,1%) gaben einen intravenösen Substanzkonsum, jedoch ohne Konsum in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme, in der Anamnese an.

Tabelle 1:

Merkmal	Kategorie	M n=169		W n=88		Gesamt n=257		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Leistungsträger	Managed Care	121	71,6%	52	59,1%	173	67,3%	n.s.
	- AOK	47	27,8%	18	20,5%	65	25,3%	
	- DAK	10	5,9%	10	11,4%	20	7,8%	
	- BKK	27	16,0%	11	12,5%	38	14,8%	
	- IKK	37	21,9%	13	14,8%	50	19,5%	
	Andere KK	48	28,4%	36	40,9%	84	32,7%	
Vermittlung durch	Psychiatrische Praxis	106	62,7%	54	61,4%	160	62,3%	n.s.
	Selbstständig	14	8,3%	9	10,2%	23	8,9%	
	Krankenhaus	8	4,7%	9	10,2%	17	6,6%	
	Arbeitgeber	11	6,5%	1	1,1%	12	4,7%	
	Familienangehörige	9	5,3%	7	8,0%	16	6,2%	
Diagnose	F10 - Alkohol	89	52,7%	42	47,7%	131	51,0%	p<0,05
	F11 - Opiode	3	1,8%	1	1,1%	4	1,6%	
	F12 - Cannabis	14	8,3%	5	5,7%	19	7,4%	
	F13 - Sedativa	3	1,8%	7	8,0%	10	3,9%	
	F15 - Stimulantien	1	0,6%	3	3,4%	4	1,6%	
	F19 - Psychotr. Subst.	5	3,0%	11	12,5%	16	6,2%	
	F19 - Polytoxikomanie	54	32,0%	19	21,6%	73	28,4%	
Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik		
Altersverteilung der Diagnosen	F10 - Alkohol	46,1 Jahre	11,7 Jahre	131	53	ANOVA: p<0,001		
	F11 - Opiode	48,0 Jahre	15,6 Jahre	4	36			
	F12 - Cannabis	30,7 Jahre	8,7 Jahre	19	31			
	F13 - Sedativa	52,8 Jahre	15,6 Jahre	10	41			
	F15 - Stimulantien	35,0 Jahre	15,6 Jahre	4	28			
	F19 - Psychotr. Subst.	48,5 Jahre	10,9 Jahre	16	38			
	F19 - Polytoxikomanie	31,8 Jahre	10,6 Jahre	73	42			

Betrachtet man die in Tabelle 1 dargestellten Verteilungen der Hauptdiagnosen, so war die Alkoholabhängigkeit mit 51,0% (2011: 49,4%) die häufigste Indikation zur Behandlung. Männer waren häufiger in der Diagnosegruppe Alkoholabhängigkeit vertreten (M = 52,7%; W = 47,7%). Die Diagnose der Polytoxikomanie, die im Allgemeinen als schlechter Prädiktor für den Behandlungserfolg wie die Vermittlung in Suchtrehabilitation oder für die Abstinenz gilt, wuchs in den letzten Jahren nominal und prozentual stetig. 28,4% waren mit der Diagnose F19.2G verschlüsselt. Im Vergleich zum direkten Vorjahr waren die Fallzahlen nicht signifikant unterschiedlich. Auffällig war hier im Vergleich zum Vorjahr ein deutlich höherer Anteil an Männern (32,0% vs. 21,6%, m:w).

Die Verteilung des Alters bei Aufnahme in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose, dargestellt in Tabelle 1 und Abbildung 1, zeigte im Vorjahresvergleich unveränderte Ergebnisse. Patienten mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit waren im Mittel $46,1 \pm 11,7$ Jahre alt, die Patienten mit einer Benzodiazepinabhängigkeit (F13 – Sedativa) $52,8 \pm 15,6$ Jahre und die mit einer Opioidabhängigkeit (cave: n=4) $48,0 \pm 15,6$ Jahre. Die jüngsten Patienten fanden sich unter der Diagnose der Cannabisabhängigkeit mit $30,7 \pm 8,7$ Jahren, der Diagnose Stimulantienabhängigkeit (cave: n=4) mit $35,0 \pm 15,6$ Jahren und der Polytoxikomanie mit $31,8 \pm 10,6$ Jahren. Bei Aufnahme waren unsere Patienten zwischen 17 und 73 Jahre alt. 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 Suchtrehabilitation behandelt, um die Folgeschäden zu reduzieren und die Lebensqualität und -erwartung positiv zu beeinflussen.

Aktuelle Forschungsergebnisse aus unserer Einrichtung bestätigen die gute Prognose älterer Abhängigkeitskranker (>60 Jahre)⁵.

⁵ **Steffen DV**, Werle L, Steffen R, Steffen S: Ambulante Suchtrehabilitation im höheren Lebensalter. *Rehabilitation* 2012, 51,1-6

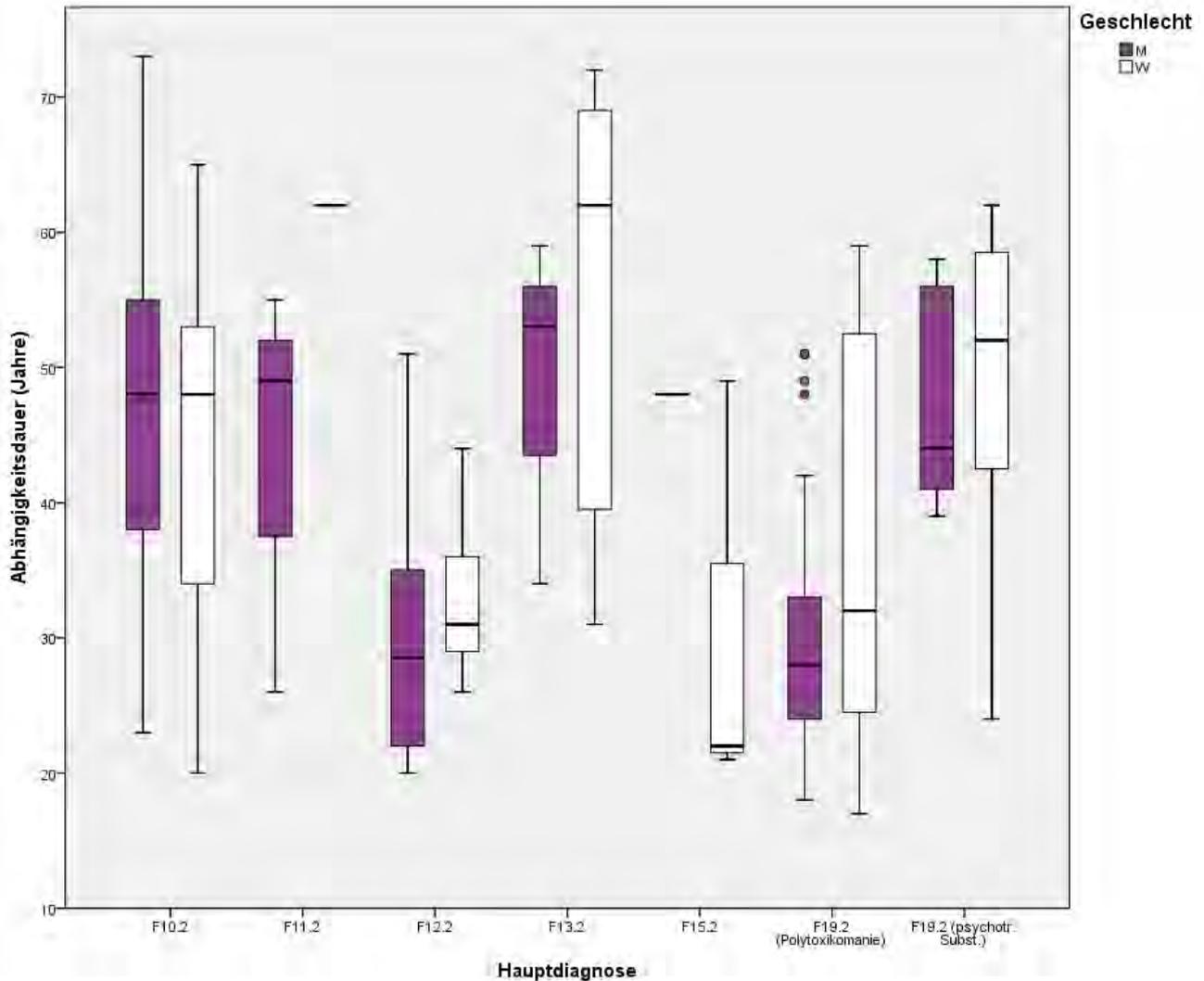


Abbildung 1: Alter bei Aufnahme in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose (n=257)

1.2 Soziodemographische Charakterisierung der Patienten in der Orientierungsphase

Unter unseren Patienten wies ein großer Anteil potentiell schwer zu behandelnde Diagnosen auf. Sowohl Kluger⁶ als auch Missel⁷ 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.

⁶ 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.

⁷ 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.

Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen war 2:1. Es bestand bezüglich des Alters ein signifikanter Unterschied: Männer waren im Mittel $39,9 \pm 13,2$ Jahre und Frauen $43,7 \pm 14,0$ Jahre alt (vgl. Tabelle 2). Ferner fand sich ein signifikanter Altersunterschied zwischen Erwerbstätigen ($41,2 \pm 12,3$ Jahre) und Arbeitslosen ($37,8 \pm 11,5$ Jahre).

Tabelle 2:

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Alter, bezogen auf das Geschlecht	Männlich	39,9 Jahre	13,2 Jahre	169	55	p<0,05
	Weiblich	43,7 Jahre	14,0 Jahre	88	55	
Alter, bezogen auf die Erwerbstätigkeit	Erwerbstätig	41,2 Jahre	12,3 Jahre	134	46	p<0,01
	Arbeitslos	37,8 Jahre	11,5 Jahre	67	43	

Es zeigte sich, dass deutlich mehr Männer (51,5%) ledig waren als Frauen (29,5%). In einer festen oder zeitweiligen Partnerschaft lebten 52,0% der Männer und 63,6% der Frauen. Insgesamt erfüllten immerhin 44,0% der Patienten das negativ-prädiktive Kriterium „alleinstehend“. Die Mehrheit der Patienten wohnte selbstständig (84,4%), 12,5% der Patienten bei anderen Personen (z.B. bei den Eltern). Die übrigen Patienten verteilten sich auf verschiedene Gruppen mit geringen Fallzahlen. Mit einem Partner lebten 37,9% der Männer bzw. 54,5% der Frauen zusammen. Das Zusammenleben mit Kindern war hingegen bei Frauen mit 36,3% deutlich häufiger vertreten als bei Männern mit 24,3%.

3,9% der Patienten waren bei Behandlungsbeginn in der Orientierungsphase ohne Schulausbildung, 1,6% befanden sich gerade in der Schul-, 4,3% in der Berufsausbildung. 56,4% konnten einen Sonder- oder Hauptschulabschluss (Hauptschulabschluss: 54,1%) vorweisen, 21,0% einen Realschulabschluss und 17,1% die Hochschulreife.

Bezüglich des Ausbildungsabschlusses fanden wir keine signifikanten Unterschiede. 23,7% waren ohne Ausbildung, der Großteil mit 65,4% konnte eine abgeschlossene Lehre vorweisen, 3,5% ein Hochschulstudium. Männer hatten geringfügig häufiger eine abgeschlossene Lehre oder Ausbildung. Betrachtet man die Arbeitslosigkeit als das potenziell wichtigste soziodemographische Kriterium bezüglich des Behandlungserfolges, so zeigte sich eine Arbeitslosenquote von 28,8%. Männer waren dabei mit 32,0% häufiger arbeitslos als Frauen mit 22,7%. Weitere 21,6% der Frauen waren nicht erwerbstätig (z.B. Hausfrauen), während dieser Prozentsatz bei den Männern nur bei 5,9% lag. 56,2% der Männer und 44,3% der Frauen waren erwerbstätig, 5,9% der Männer und 11,4% der Frauen waren bereits berentet. Das Alter der Patienten in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus

unterschied sich dabei nicht signifikant. Erwerbstätige waren im Mittel $41,2 \pm 12,3$ Jahre und Arbeitslose $37,2 \pm 12,1$ Jahre alt.

Tabelle 3:

Merkmal	Kategorie	M n=169		W n=88		Gesamt n=257		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Familienstand	Ledig	87	51,5%	27	30,6%	114	44,4%	p<0,01
	Verheiratet	42	24,9%	31	35,2%	73	28,4%	
	Verheiratet getrennt	13	7,7%	8	9,1%	21	8,2%	
	Geschieden	22	13,0%	14	15,9%	36	14,0%	
	Verwitwet	5	3,0%	8	9,1%	13	5,1%	
Partnersituation	Alleinstehend	81	47,9%	32	36,4%	113	44,0%	n. s.
	Feste Beziehung	81	47,9%	54	61,3%	135	52,5%	
	Zeitweilige Beziehungen	7	4,1%	2	2,3%	9	3,5%	
Wohnsituation	Selbstständig	137	81,1%	80	90,9%	217	84,4%	n. s.
	Bei anderen Personen	27	16,0%	5	5,7%	32	12,5%	
	Sonstige Wohnform	5	3%	3	3,3%	8	3,2%	
	Alleinlebend	66	39,1%	26	29,5%	92	35,8%	p<0,05
	Mit Partner	64	37,9%	48	54,5%	112	43,6%	
	Mit Kindern	41	24,3%	32	36,3%	73	28,4%	
Schulabschluss	Ohne Abschluss	6	3,6%	4	4,5%	10	3,9%	n. s.
	In Schulausbildung	2	1,2%	2	2,2%	4	1,6%	
	Haupt-/Sonderschule	105	62,2%	40	45,4%	145	56,4%	
	Realschulabschluss	30	17,8%	24	27,3%	54	21,0%	
	Hochschulreife	26	15,4%	18	20,5%	44	17,1%	
Ausbildungsabschluss	Ohne Abschluss	38	22,5%	23	26,1%	61	23,7%	n. s.
	In Ausbildung	7	4,1%	4	4,5%	11	4,3%	
	Abgeschlossene Lehre	113	66,9%	55	62,5%	168	65,4%	
	Meister/Techniker	6	3,6%	0	0%	6	2,3%	
	Hochschulabschluss	4	2,4%	5	5,7%	9	3,5%	
Erwerbstätigkeit	Erwerbstätig	95	56,2%	39	44,3%	134	52,1%	p<0,001
	Arbeitslos	54	32,0%	20	22,7%	74	28,8%	
	Sonstige nicht erwerbstätige Person	10	5,9%	19	21,6%	29	11,3%	
	Rentner/-in	10	5,9%	10	11,4%	20	7,8%	
Problematische Schulden	Keine	116	68,6%	76	86,4%	192	74,7%	p<0,01
	Bis 10.000 €	23	13,6%	5	5,7%	28	10,9%	
	Mehr als 10.000 €	30	17,7%	7	7,9%	37	14,4%	

13,6% der Männer hatten relevante Schulden bis 10.000€ und 17,7% mehr als 10.000€. Unter den Frauen fanden sich in den jeweiligen Kategorien 5,7% und 7,9%; Männer hatten also häufiger und höhere Schulden.

1.3 Daten zum Abhängigkeitsverlauf

Von den im Jahr 2012 behandelten Patienten hatten 20,2% bereits zuvor Kontakt zu IANVA gehabt. 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 29,2% der Patienten wahr. Dies entspricht einer signifikanten Abnahme um 12 Prozentpunkte ($p < 0,01$). 70,8% hatten in der Vergangenheit mindestens eine – häufig jedoch mehrere – Entzugsbehandlungen absolviert. Dieser Prozentsatz ist im Vergleich zum Vorjahr stark angestiegen (2011: 52,4%). Der Anteil an Vorbehandlungen bezüglich der Suchtrehabilitation war mit 11,3% für ambulante und 18,3% für stationäre Maßnahmen gering, wobei Männer tendenziell mehr stationäre, Frauen hingegen mehr ambulante Suchtrehabilitationsbehandlungen aufwiesen (vgl. Tabelle 4).

Weitere wichtige Punkte zur Beschreibung des Abhängigkeitsverlaufs sind der Erstkonsum und die Abhängigkeitsdauer. Männer konsumierten erstmals im Alter von $17,8 \pm 7,1$ Jahren und somit signifikant früher als Frauen mit $21,8 \pm 11,5$ Jahren (ANOVA: $p < 0,01$). Bezüglich der Abhängigkeitsdauer zum Aufnahmezeitpunkt fand sich im Gegensatz zum Vorjahr keine Signifikanz zwischen den Geschlechtern mehr.

Betrachtet man das Alter bei Erstkonsum, zeigten sich bei den Diagnosen Alkoholabhängigkeit ($18,1 \pm 8,7$ Jahre), Cannabisabhängigkeit ($15,8 \pm 3,1$ Jahre) und Polytoxikomanie ($18,2 \pm 7,9$ Jahre) nur geringfügige Unterschiede. Die Opioidabhängigen waren mit $35,8 \pm 18,4$ Jahren zwar älter, konnten aufgrund der geringen Fallzahl ($n=4$) jedoch nicht sinnvoll statistisch verglichen werden. Einen signifikanten Unterschied fanden wir beim Erstkonsumalter der Benzodiazepin- und Opiatabhängigen im Vergleich zu den anderen Abhängigkeitsdiagnosen (ANOVA: $p < 0,001$). Die isolierte Benzodiazepinabhängigkeit resultiert häufig aus einer iatrogenen Dauermedikation unter Missachtung der Verschreibungsrichtlinien. Ein isolierter Konsum dieser Substanzen ist unter Jugendlichen daher kaum verbreitet.

Tabelle 4:

Merkmal	Kategorie	M n=169		W n=88		Gesamt n=257		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Vorbehandlungen	Erstbehandlung in unserer Einrichtung	135	79,9%	69	78,4%	204	79,4%	n.s.
	Wiederbehandlung in unserer Einrichtung	34	20,1%	18	20,5%	52	20,2%	
	Ambulante Beratung	53	31,4%	22	25%	75	29,2%	n.s.
	Entzugsbehandlung	73	68,6%	35	75%	108	70,8%	
	Ambulante Reha	15	8,9%	14	15,9%	29	11,3%	
	Stationäre Reha	37	21,9%	10	11,4%	47	18,3%	
Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik		
Alter bei Erstkonsum	Männlich	17,8 Jahre	7,1 Jahre	169	47	ANOVA p<0,01		
	Weiblich	21,8 Jahre	11,5 Jahre	88	61			
	F10 - Alkohol	18,1 Jahre	8,7 Jahre	132	58	ANOVA: p<0,001		
	F11 - Opioide	35,8 Jahre	18,4 Jahre	4	39			
	F12 - Cannabis	15,8 Jahre	3,1 Jahre	19	13			
	F13 - Sedativa	34,0 Jahre	14,0 Jahre	10	46			
	F15 - Stimulantien	26,8 Jahre	14,1 Jahre	4	32			
	F19 - Psychotr. Subst.	21,5 Jahre	11,8 Jahre	16	40			
F19 - Polytoxikomanie	18,2 Jahre	7,9 Jahre	73	43				
Abhängigkeitsdauer	Männlich	14,4 Jahre	11,0 Jahre	169	55	n.s.		
	Weiblich	12,1 Jahre	9,8 Jahre	88	49			
	F10 - Alkohol	16,8 Jahre	12,1 Jahre	132	55	ANOVA: p<0,001		
	F11 - Opioide	17,0 Jahre	14,0 Jahre	4	32			
	F12 - Cannabis	11,7 Jahre	7,7 Jahre	19	28			
	F13 - Sedativa	8,1 Jahre	5,0 Jahre	10	13			
	F15 - Stimulantien	6,8 Jahre	8,3 Jahre	4	18			
	F19 - Psychotr. Subst.	11,8 Jahre	7,8 Jahre	16	26			
F19 - Polytoxikomanie	9,9 Jahre	7,6 Jahre	73	33				

Betrachtet man die Abhängigkeitsdauer, bezogen auf die Hauptdiagnose, zeigten sich signifikante Unterschiede. So war die Abhängigkeitsdauer bei Stimulantienabhängigkeit ($6,8 \pm 8,3$ Jahre), Benzodiazepinabhängigkeit ($8,1 \pm 5,0$ Jahre) und Polytoxikomanie ($9,9 \pm 7,6$ Jahre) signifikant kürzer als bei der Opioidabhängigkeit ($17,0 \pm 14,0$ Jahre) und der Alkoholabhängigkeit ($16,8 \pm 12,1$ Jahre, ANOVA: $p < 0,001$). Eine Mittelgruppe bildeten die Cannabisabhängigkeit ($11,7 \pm 7,7$ Jahre) und die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ($11,8 \pm 7,8$ Jahre).

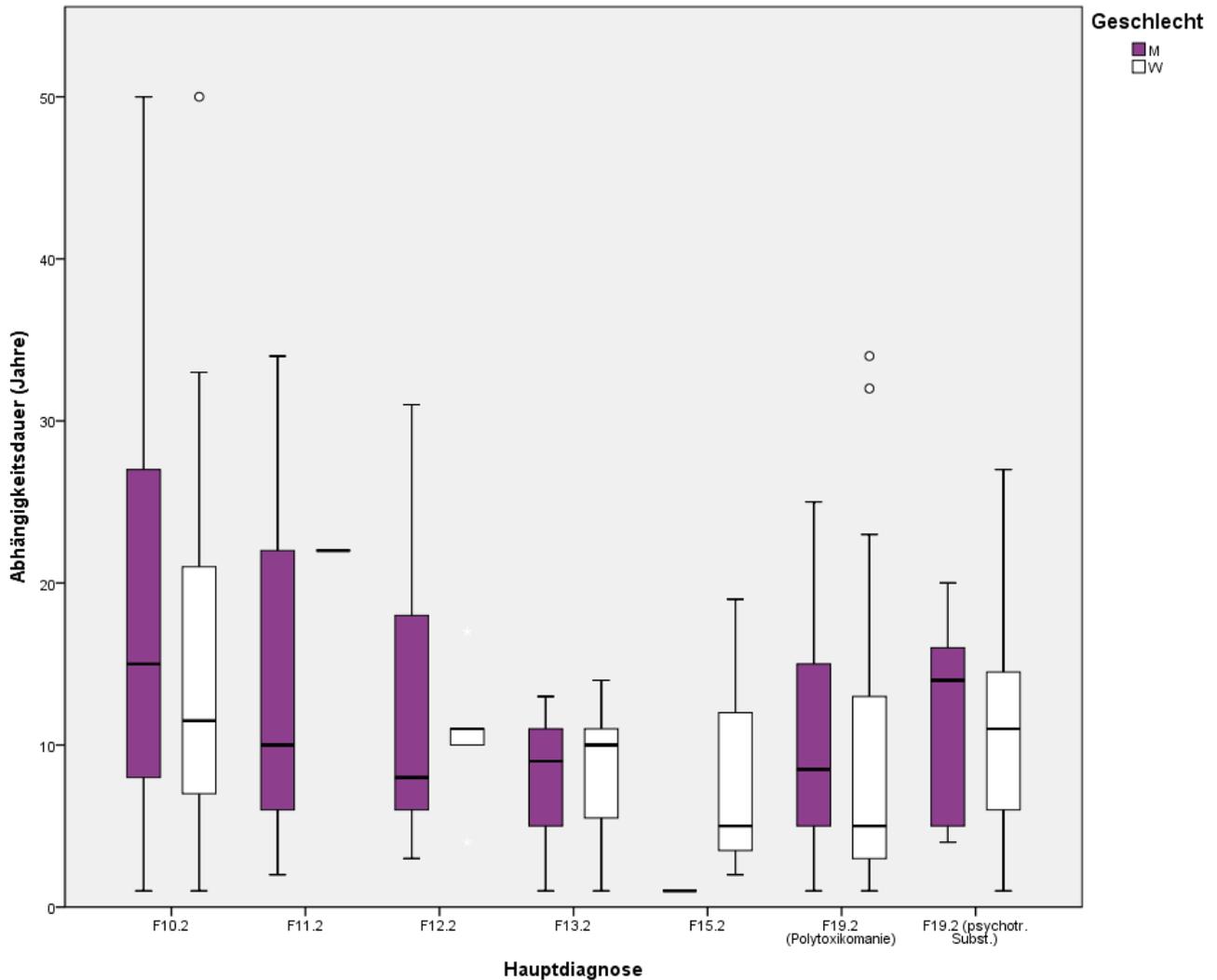


Abbildung 2: Abhängigkeitsdauer, bezogen auf die Hauptdiagnose (n=257)

1.4 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% für die Alkoholabhängigkeit beschrieben worden^{8,9}.

Unsere Vermittlungsquote, bezogen auf alle Patienten in der Orientierungsphase (n=257), betrug 51,4% (46,7% Vermittlung in ambulante und 4,4% in stationäre Reha). Diese Quote wird bereits um die Einmalkontakte (30 Patienten, 11,7%) bereinigt angegeben.

⁸ Schwoon DR, Schulz P, Höppner H. Qualifizierte Entzugsbehandlung für Alkoholranke in der Innere Medizin. *Suchttherapie*. 2002;3:6.

⁹ 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.

Nach einem qualifizierten Entzug ergab sich für die Alkoholabhängigkeit eine Vermittlungsquote von 60,3% und für die Polytoxikomanie von 36,8%.

Tabelle 5: bezogen auf 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	106	46,7%	10	4,4%	116	51,4%	227
	Männlich	66	43,4%	9	5,6%	75	49,3%	152
	Weiblich	40	53,3%	1	1,3%	41	54,6%	75
Vermittlungsquote nach der Hauptdiagnose	F10 - Alkohol	63	54,3%	7	6,0%	70	60,3%	116
	F11 - Opioide	1	50,0%	0	0,0%	1	50%	2
	F12 - Cannabis	6	37,5%	0	0,0%	6	37,5%	16
	F13 - Sedativa	6	85,7%	0	0,0%	6	85,7%	7
	F15 - Stimulantien	1	25,0%	0	0,0%	1	25,0%	4
	F19 - Psychotr. Subst.	7	50,0%	0	0,0%	7	50,0%	14
	F19 - Polytoxikomanie	22	32,4	3	4,4%	25	36,8%	68
Vermittlungsquote nach Managed Care	AOK*	23	41,1%	1	1,8%	24	42,9%	56
	DAK*	10	50,0%	0	0,0%	10	50,0%	20
	BKK*	14	41,2%	2	5,9%	16	47,1%	34
	IKK**	19	42,2%	4	8,9%	23	51,1%	45
	Andere Krankenkassen	43	56,6%	3	3,9%	46	60,5%	76

Managed Care: *Integrierte Versorgung § 140 >SGB V, **Kooperationsvereinbarung

Die Vermittlungsquote in Bezug auf die Krankenkassen zeigte teils deutliche Unterschiede. Patienten der AOK Rheinlandpfalz-Saarland, der DAK Gesundheit und der BKK des Landesverbandes Mitte konnten im Rahmen von Integrierten Versorgungsverträgen nach §140 SGB V behandelt werden. Mit der IKK bestehen Kooperationsverträge zur Behandlung bei Ianua G. P. S. mbH.

Erstmals sahen wir bessere Vermittlungsquoten in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme von 60,5% bei Patienten ohne einen Managed-Care-Vertrag im Vergleich zu Patienten in einem solchen Vertrag. Die Vermittlungsquoten der AOK lagen bei 42,9%, der DAK bei 50%, der BKK bei 47,1% und der IKK bei 51,1%. Die Antrittsquoten der Rehabilitationsbehandlung lagen bei allen Krankenkassen über 95%. Die Ergebnisse der letzten Jahre zeigten stets deutlich bessere Ergebnisse der Behandlung und Vermittlung in eine Rehabilitationsbehandlung. Diese Ergebnisse waren durch eine bessere Vernetzung und Schaffung neuer Versorgungsstrukturen zu erwarten gewesen. Jedoch zeigte sich ein zunehmend schwieriges Patientenkollektiv mit Eskalation der negativen Prädiktoren Arbeitslosigkeit, fehlende Partnerbeziehung, fehlender Schul- und Ausbildungsabschluss, Zunahme der Komorbidität

und Mehrfachabhängigkeit. Weiterhin sind die Abhängigkeitsdauer und das Alter bei Behandlungsbeginn signifikant angestiegen. In dem Kollektiv der DAK zeigten sich mit 35% die höchsten Anteile der Diagnose Polytoxikomanie. Die Patienten der AOK waren als ausgesprochen negativ in der prädiktiven Prognose zu beschreiben. Lediglich 18% waren verheiratet, 50,8% alleinstehend, 44,6% arbeitslos, 80% ohne Abschluss bzw. mit Hauptschulabschluss, 40% ohne jegliche Berufsausbildung und 27,3% mit problematischen Schulden über 10.000€. Darüber hinaus war die Abhängigkeitsdauer mit 14,5 Jahren die längste.

Wir erklären uns die deskriptiv schlechteren Ergebnisse (keine Signifikanz, ggf. aufgrund der Fallzahlen) der Managed-Care-Patienten durch die schlechteren prognostischen Merkmale. Diese Patienten wären ohne solche Versorgungsprogramme wahrscheinlich überhaupt nicht in eine spezifische Suchtbehandlung gelangt. In fast allen publizierten Studien ist diese Klientel ausgeschlossen worden. Aus der langjährigen therapeutischen Erfahrung sind die erzielten Vermittlungsquoten (minimal 42,9%) als hoch einzustufen. Stationäre qualifizierte Entzugsprogramme¹⁰ vermitteln in max. 25% der Fälle mit Antrittsquoten von 50%, d. h. 12,5% aller Patienten treten die Suchtrehabilitation an. Suchtberatungsstellen vermitteln im Schnitt 6,9% ihrer Beratungspatienten in eine Suchtrehabilitationsbehandlung.

Betrachtet man die Kontaktzahl (Einzelkontakte $3,8 \pm 2,1$; Gruppenkontakte $3,7 \pm 3,2$) und die Behandlungsdauer ($37,9 \pm 29,2$ Tage), bezogen auf das Geschlecht, so zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Es ergaben sich jedoch statistisch signifikante Unterschiede ($p < 0,001$) dieser Variablen, wenn die Art der Weitervermittlung zur Differenzierung zugrunde gelegt wurde. Erwartungsgemäß wurden nicht vermittelte Patienten mit $22,9 \pm 19,4$ Tagen und $2,6 \pm 1,6$ Einzel- sowie $1,8 \pm 2,1$ Gruppenkontakten am kürzesten behandelt. Patienten mit Vermittlung in eine ambulante Suchtrehabilitationsmaßnahme wurden $54,5 \pm 27,6$ Tage behandelt und kamen auf $5,1 \pm 1,7$ Einzel- sowie $5,9 \pm 2,6$ Gruppenkontakte. Die längste Behandlungszeit in der

¹⁰ Schwoon DR, Schulz P, Höppner H. Qualifizierte Entzugsbehandlung für Alkoholranke in der Inneren Medizin. *Suchttherapie*. 2002;3:6.

Bauer U, Hasenöhl A. Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung u. konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). *Sucht*. 2000;46(4):9.

Olbrich R. Die qualifizierte Entzugsbehandlung in der stationären Alkoholismustherapie. In: Olbrich R, ed. *Suchtbehandlung. Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen*. Regensburg: Roderer; 2001.

Loeber S, Kiefer F, Wagner F, Mann K, Croissant B. [Treatment outcome after inpatient alcohol withdrawal: impact of motivational interventions: a comparative study]. *Nervenarzt*. Sep 2009;80(9):1085-1092.

Und weitere Arbeiten; hier dargestellt sind ausschließlich aktuelle Publikationen ab dem Jahr 2000.

Orientierungsphase mit $72,6 \pm 37,4$ Tagen registrierten wir bei Patienten, die in eine stationäre Suchtrehabilitation vermittelt wurden, da hier die Klärungszeit länger war und ein Aufnahmetermine nicht immer sofort zur Verfügung stand. Diese Patienten nahmen an $6,3 \pm 1,9$ Einzel- und $7,5 \pm 4,0$ Gruppenkontakten teil. Die Behandlungsdauer, bezogen auf die Weitervermittlung in eine Rehabilitationsbehandlung, zeigte im Vergleich zum Vorjahr einen signifikanten Unterschied ($p < 0,001$).

Tabelle 6:

Merkmals	Kategorie	MW	STD	n	Statistik
Einzelkontakte	Männlich	3,8	2,1	169	n.s.
	Weiblich	3,7	2,1	88	
	Verm. in ambl. Reha	5,1	1,7	106	p<0,001
	Verm. in stat. Reha	6,3	1,9	10	
	Nicht vermittelt	2,6	1,6	141	
Gruppenkontakte	Männlich	3,8	3,1	169	n.s.
	Weiblich	3,6	3,4	88	
	Verm. in ambl. Reha	5,9	2,6	106	p<0,001
	Verm. in stat. Reha	7,5	4,0	10	
	Nicht vermittelt	1,8	2,1	141	
Behandlungsdauer	Männlich	39,1 Tage	28,9 Tage	169	n.s.
	Weiblich	35,6 Tage	30,0 Tage	88	
	Verm. in ambl. Reha	54,5 Tage	27,6 Tage	106	p<0,001
	Verm. in stat. Reha	72,6 Tage	37,4 Tage	10	
	Nicht vermittelt	22,9 Tage	19,4 Tage	141	

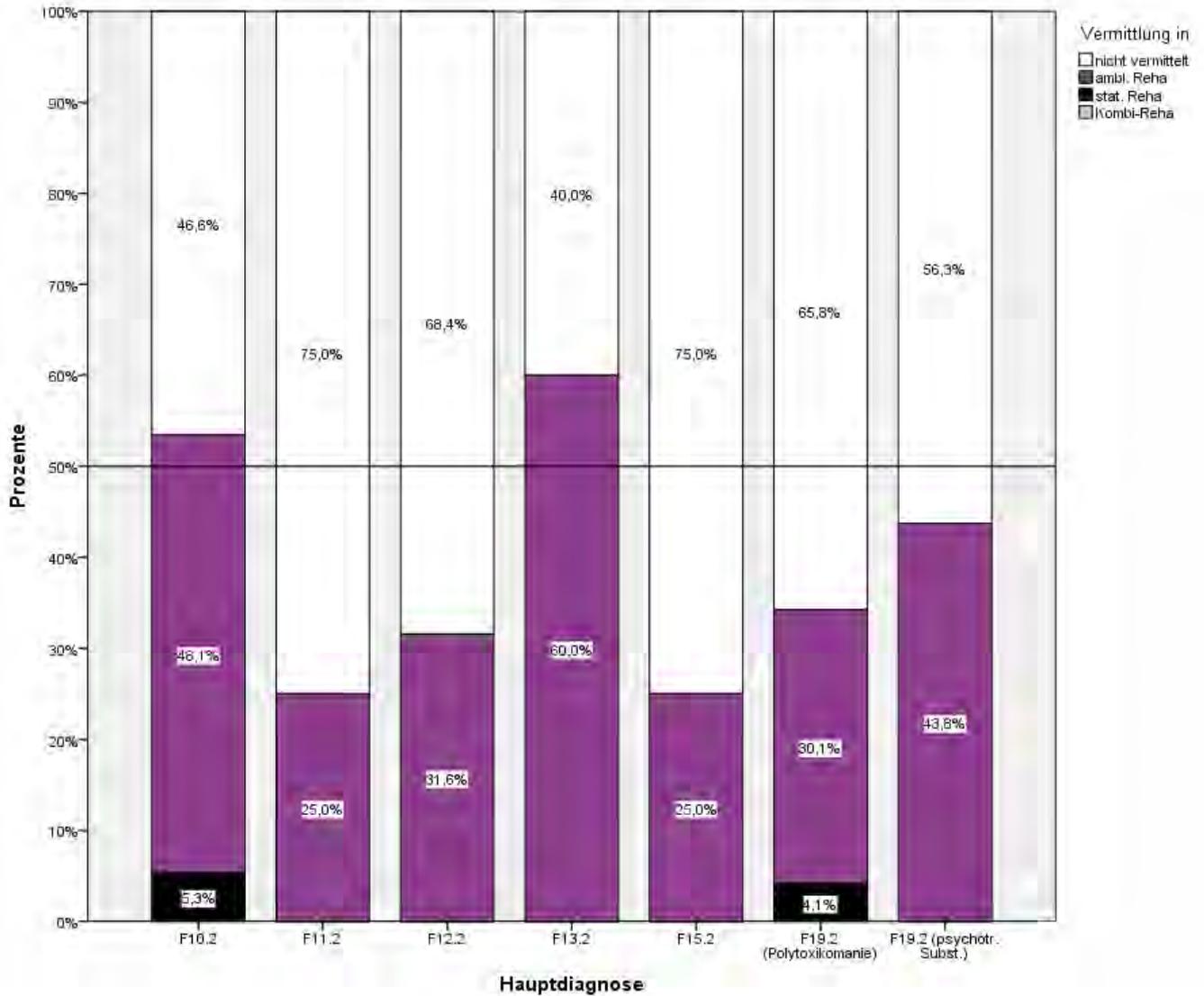


Abbildung 3: Vermittlungsquoten in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose (n=257), bezogen auf alle Patienten inklusive der Einmalkontakte

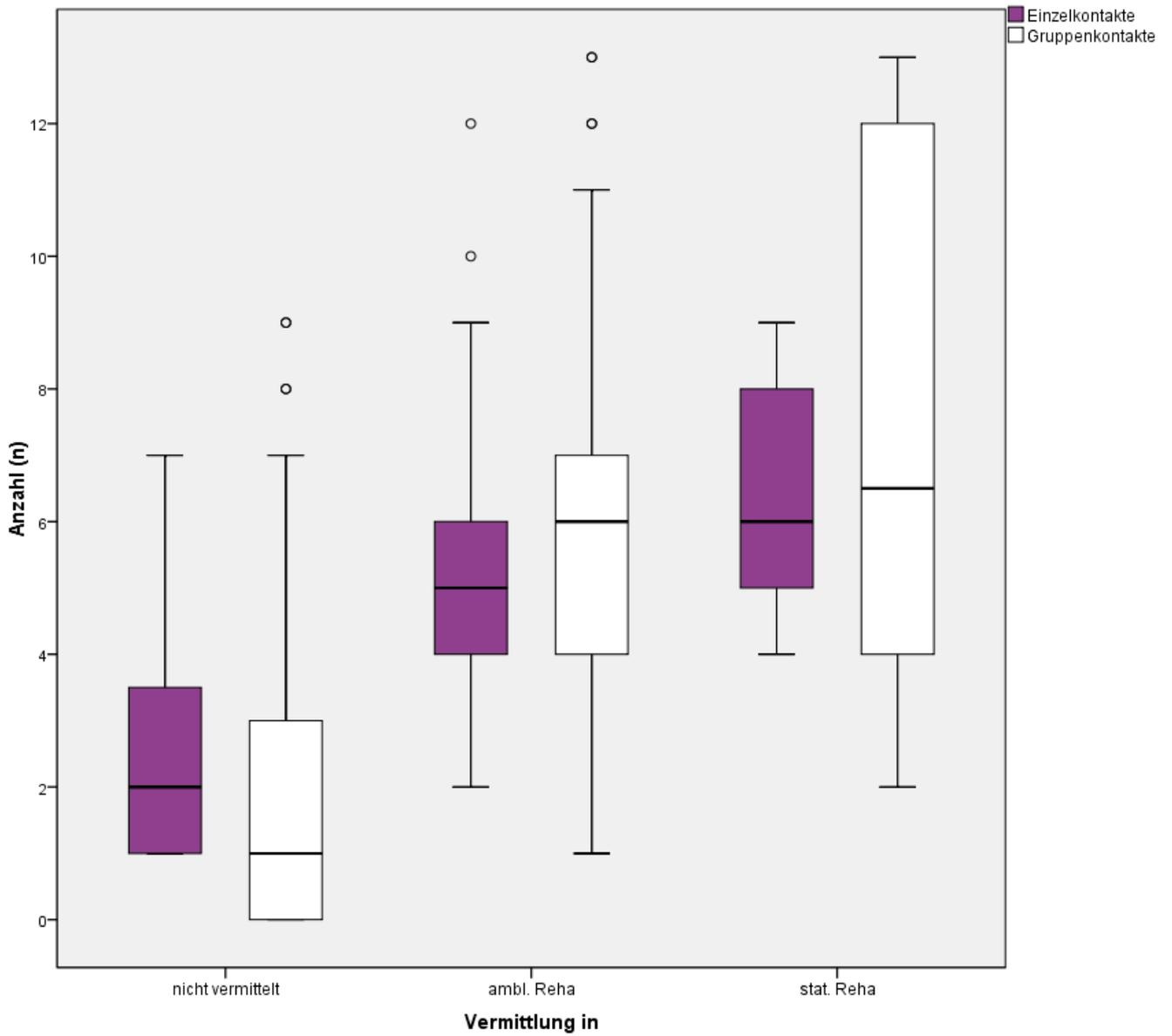


Abbildung 4: Kontaktanzahl in Abhängigkeit von der Art der Vermittlung (n=257)

2. Ambulante Suchtrehabilitation Entlassungsjahrgang 2012

Die folgende Auswertung bezieht sich auf alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden¹¹, die im Jahr 2012 ihre ambulante Suchtrehabilitation (n=115) beendeten. Insgesamt nahmen 76 Männer (66,1%) und 39 Frauen (33,9%) an der ambulanten Rehabilitationsbehandlung teil.

2.1 Leistungsträger und Behandlungsindikation

Leistungsträger der Rehabilitation waren in der Mehrzahl der Fälle die Rentenversicherungsträger mit insgesamt 82,6%. Privatzahler stellten mit 7,8% nur einen geringen Teil der Rehabilitanden. Die Krankenkassen traten in 9,6% der Fälle als Leistungsträger der Rehabilitationsbehandlung auf. Es fiel auf, dass die von uns behandelten Frauen häufiger bei der DRV Bund und die Männer bei der DRV Saar versichert waren, was mit dem unterschiedlichen Arbeitsfeld zu erklären ist.

Die Vermittlung in die ambulante Suchtrehabilitation bei **IANUA** G.P.S. mbH erfolgte ausschließlich aus der eigenen Orientierungsphase. In diese wurden unsere Rehabilitanden von verschiedenen Stellen vermittelt. Hierzu gehörten das Arbeitsamt, Betriebe und Bezugspersonen der Rehabilitanden.

Tabelle 7:

Merkmal	Kategorie	M n=76		W n=39		Gesamt n=115		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Leistungsträger	DRV Bund	10	13,2%	14	35,9%	24	20,9%	n.s.
	DRV Saar	48	63,2%	13	33,3%	61	53,0%	
	Andere DRV	8	10,5%	2	5,2%	10	8,7%	
	Krankenkasse	6	7,9%	5	12,8%	11	9,6%	
	Privat	4	5,2%	5	12,8%	9	7,8%	
Vermittlung	Aus eigener Orientierungsphase	76	100%	39	100%	115	100%	—
Diagnose	F10 - Alkohol	48	63,2%	22	56,4%	70	60,9%	n.s.
	F11 - Opioide	2	2,6%	0	0,0%	2	1,7%	
	F12 - Cannabis	5	6,6%	1	2,6%	6	5,2%	
	F13 - Sedativa	2	2,6%	1	2,6%	3	2,6%	
	F15 - Stimulantien	1	1,3%	1	2,6%	2	1,7%	
	F19 - Psychotr. Subst.	1	1,3%	3	7,7%	4	3,5%	
	F19 - Polytoxikomanie	17	22,4%	11	28,2%	28	24,3%	

In unserer ambulanten Suchtrehabilitation werden Rehabilitanden mit verschiedenen Substanzabhängigkeiten behandelt. Eine Trennung der Therapiegruppen nach Diagnose erfolgt

¹¹ Im Weiteren wird der Ausdruck „Rehabilitand“ sowohl für die männliche als auch für die weibliche Form verwendet.

aufgrund des Behandlungskonzeptes nicht. Mit 60,9% (M = 63,2%; W = 56,4%) der Fälle war im Jahr 2012 die Alkoholabhängigkeit die mit Abstand häufigste Diagnose als Indikation zur Rehabilitation. Mit insgesamt 24,3% der Fälle stellte die prognostisch ungünstige Diagnosegruppe der Polytoxikomanie das zweitgrößte Rehabilitandenkollektiv dar. Dabei neigten Männer häufiger zur Alkoholabhängigkeit, Frauen häufiger zur Polytoxikomanie. Für die Abhängigkeiten von Opioiden (n=2), Cannabis (n=6), Sedativa (n=3), Stimulantien (n=2) und psychotropen Substanzen (n=4) konnten wir in diesem Jahr nur kleine Rehabilitandenkollektive rekrutieren, bei denen eine weitere Subgruppenanalyse nicht sinnhaft ist.

Tabelle 8:

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Altersverteilung der Diagnosen	F10 - Alkohol	48,1 Jahre	10,5 Jahre	70	51	ANOVA: p<0,001
	F11 - Opioid	57,5 Jahre	3,5 Jahre	2	5	
	F12 - Cannabis	28,8 Jahre	5,6 Jahre	6	16	
	F13 - Sedativa	41,3 Jahre	11,1 Jahre	3	22	
	F15 - Stimulantien	28,5 Jahre	3,5 Jahre	2	5	
	F19 - Psychotr. Subst.	45,3 Jahre	10,5 Jahre	4	24	
	F19 - Polytoxikomanie	32,1 Jahre	11,2 Jahre	28	35	

Betrachtet man das durchschnittliche Alter bei Rehabeginn, so zeigte sich eine Unterteilung in drei Gruppierungen. Während die Cannabis- (28,8±5,6 Jahre) und die Stimulantienabhängigen (28,5±3,5 Jahre) sowie die Polytoxikomanen (32,1±11,2 Jahre) bezüglich des Alters relativ nahe beieinander lagen, gab es einen signifikanten Unterschied (p<0,001) zum mittleren Alter der Alkohol- (48,1±10,5 Jahre) und der Sedativaabhängigen (41,3±11,1 Jahre) sowie der Abhängigen von psychotropen Substanzen (45,3±10,5 Jahre). Am ältesten waren die Rehabilitanden mit Opioidabhängigkeit (57,5±3,5 Jahre).

2.2 Soziodemographische Charakterisierung der Rehabilitanden

Zur besseren Abschätzung der Schwere der Erkrankung und der Prognose ist eine genauere soziodemographische Charakterisierung des Rehabilitandenkollektives erforderlich, um einen Vergleich mit anderen Ergebnissen zu ermöglichen (vgl. Tabelle 10). Hinsichtlich des Alters ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Die Männer waren im Mittel 42,1±11,9 Jahre alt, die Frauen 44,0±14,6 Jahre.

Betrachtet man den Familienstand der Rehabilitanden, so zeigte sich, dass mit jeweils 38,3% ebenso viele unserer Rehabilitanden ledig wie verheiratet waren. Geschlechtsunterschiede ergaben sich

hierbei im Vergleich zum Vorjahr nicht. Männer (6,6%) waren etwas häufiger verheiratet und getrennt lebend als Frauen (2,6%). 3,5% unserer Rehabilitanden waren verwitwet. Der Anteil an geschiedenen Rehabilitanden betrug in diesem Jahr 14,8% (M = 14,5%; W = 15,4%).

Tabelle 9:

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Alter, bezogen auf das Geschlecht	Männlich	42,1 Jahre	11,9 Jahre	76	46	n.s.
	Weiblich	44,0 Jahre	14,6 Jahre	39	56	
Alter, bezogen auf die Erwerbstätigkeit	Erwerbstätig	42,1 Jahre	11,3 Jahre	71	42	ANOVA: p<0,001
	Arbeitslos	38,1 Jahre	11,9 Jahre	26	37	
	Rentner/-in	59,2 Jahre	9,8 Jahre	9	35	
	Sonstige nicht erwerbstätige Person	44,6 Jahre	18,1 Jahre	9	46	

Bezüglich der Partnersituation zeigte sich, dass mit 60,0% der Fälle (M = 57,9%; W = 64,1%) der Großteil der Rehabilitanden in einer festen Partnerschaft lebte. 34,8% (M = 36,8%; W = 30,8%) waren alleinstehend, 5,2% (M = 5,3%; W = 5,1%) lebten in einer zeitweiligen Beziehung.

Bei der Betrachtung der Wohnsituation fiel auf, dass mit 83,5% die meisten Rehabilitanden selbstständig wohnten. Der Anteil an Frauen (89,7%) lag hierbei über dem an Männern (80,3%). 53,9% unserer Rehabilitanden lebten hierbei mit ihrem Partner zusammen (M = 55,3%; W = 51,3%), 28,7% mit ihren Kindern (M = 25,0%; W = 35,9%).

Beim Schulabschluss war die Rehabilitandengruppe mit Haupt- und Sonderschulabschluss mit 55,6% (M = 60,5%; W = 46,2%) die größte und im Vergleich zum Vorjahr um 7% gewachsen. Der Anteil an Rehabilitanden mit Realschulabschluss verkleinerte sich hingegen im Vorjahresvergleich um 13% auf 23,5%; die Frauen waren in dieser Gruppe häufiger vertreten (M = 21,1%; W = 28,2%). 18,3% (M = 17,1%; W = 20,5%) der Rehabilitanden beendeten ihre Schullaufbahn mit dem Abitur. Eine unserer Patientinnen befand sich noch in Schulausbildung, eine weitere hatte die Schule ohne Abschluss abgebrochen. Insgesamt wiesen die Frauen in diesem Jahr die höheren Schulabschlüsse auf.

Eine abgeschlossene Ausbildung konnten 67,8% (M = 71,1%; W = 61,5%) und somit die überwiegende Mehrheit unserer Rehabilitanden vorweisen. Das Fehlen jeglichen Berufsabschlusses verdreifachte sich im Vergleich zum Vorjahr auf 16,5% (M = 13,2%; W = 23,1%). 4,3% der Rehabilitanden absolvierten eine Meisterausbildung, 5,2% erreichten einen Hochschulabschluss. Noch in Ausbildung waren insgesamt 6,1% der Rehabilitanden.

Die Frauen hatten im Vergleich zu den Männern zwar die besseren Schulabschlüsse (Realschulabschluss und Hochschulreife: 48,7%; Männer: 38,2%), waren jedoch häufiger ohne Ausbildungsabschluss (M = 13,2%; W = 23,1%).

Tabelle 10:

Merkmal	Kategorie	M n=76		W n=39		Gesamt n=115		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Familienstand	Ledig	29	38,2%	15	38,5%	44	38,3%	n.s.
	Verheiratet	30	39,5%	14	35,9%	44	38,3%	
	Verheiratet getrennt	5	6,6%	1	2,6%	6	5,2%	
	Geschieden	11	14,5%	6	15,4%	17	14,8%	
	Verwitwet	1	1,3%	3	7,7%	4	3,5%	
Partnersituation	Alleinstehend	28	36,8%	12	30,8%	40	34,8%	n.s.
	Feste Beziehung	44	57,9%	25	64,1%	69	60,0%	
	Zeitweilige Beziehungen	4	5,3%	2	5,1%	6	5,2%	
Wohnsituation	Selbstständig	61	80,3%	35	89,7%	96	83,5%	n.s.
	Bei anderen Personen	9	11,8%	3	7,7%	12	10,4%	
	Sonstige Wohnform	6	7,9%	1	2,6%	7	6,1%	
	Alleinlebend	24	31,6%	10	25,6%	34	29,6%	n.s.
	Mit Partner	42	55,3%	20	51,3%	62	53,9%	
	Mit Kindern	19	25,0%	14	35,9%	33	28,7%	
Schulabschluss	Ohne Abschluss	0	0,0%	1	2,6%	1	0,9%	n.s.
	In Ausbildung	0	0,0%	1	2,6%	1	0,9%	
	Haupt-/Sonderschule	46	60,5%	18	46,2%	64	55,6%	
	Realschulabschluss	16	21,1%	11	28,2%	27	23,5%	
	Hochschulreife	13	17,1%	8	20,5%	21	18,3%	
Ausbildungsabschluss	Ohne Abschluss	10	13,2%	9	23,1%	19	16,5%	n.s.
	In Ausbildung	5	6,6%	2	5,1%	7	6,1%	
	Abgeschlossene Lehre	54	71,1%	24	61,5%	78	67,8%	
	Meister/Techniker	4	5,3%	1	2,6%	5	4,3%	
	Hochschulabschluss	3	3,9%	3	7,7%	6	5,2%	
Erwerbstätigkeit	Erwerbstätig	54	71,1%	17	43,6%	71	61,7%	p<0,05
	Arbeitslos	15	19,7%	11	28,2%	26	22,6%	
	Sonstige nicht erwerbstätige Person	3	3,9%	6	15,4%	9	7,8%	
	Rentner/-in	4	5,3%	5	12,8%	9	7,8%	
Problematische Schulden	Keine	49	64,5%	31	79,5%	80	69,6%	n.s.
	Bis 10.000 €	8	10,5%	4	10,3%	12	10,4%	
	Mehr als 10.000 €	19	25,0%	4	10,3%	23	20,0%	

Die Erwerbssituation ist ein wichtiger Prognosefaktor für den Behandlungserfolg. 61,7% der Rehabilitanden ($M = 71,1\%$; $W = 43,6\%$) waren erwerbstätig. Die Gruppe der Arbeitslosen war mit 22,6% ($M = 19,7\%$; $W = 28,2\%$) am zweitgrößten. Der Anteil an sonstigen nicht erwerbstätigen Personen (Schüler, Studenten, Hausfrauen etc.) betrug 7,8%, ebenso viele Rehabilitanden waren bereits berentet. Männer waren insgesamt häufiger erwerbstätig als Frauen. Vergleicht man die Erwerbsgruppen hinsichtlich ihres Alters, so fällt auf, dass arbeitslose Rehabilitanden im Schnitt um vier Jahre jünger waren als erwerbstätige ($38,1 \pm 11,9$ Jahre vs. $42,1 \pm 11,3$ Jahre; vgl. Tabelle 9).

Ein weiterer wichtiger Faktor ist eine problematische Verschuldung der Rehabilitanden. Bei 69,6% der Rehabilitanden ($M = 64,5\%$; $W = 79,5\%$) bestanden keine problematischen Schulden. 10,4% hatten eine Verschuldung bis zu 10.000€ und 20,0% von mehr als 10.000€ vorzuweisen. Auffällig ist hierbei, dass Männer in der Kategorie Schulden über 10.000€ mit 25,0% wesentlich häufiger vertreten waren als Frauen mit 10,3%; insgesamt waren die Rehabilitanden im Vergleich zum Vorjahr deutlich häufiger und höher verschuldet.

27,8% der Rehabilitanden ($M = 31,6\%$; $W = 20,5\%$) waren schon zu früheren Zeitpunkten mit unserer Einrichtung in Kontakt gekommen. Diese Kontakte ergaben sich aus Beratungen, Orientierungsphasen und Rehabilitationsbehandlungen. 17,4% der Rehabilitanden hatten mindestens schon einmal eine ambulante und 18,3% Prozent eine stationäre Suchtrehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen. Frauen waren mit 20,5% bezüglich einer Suchtrehabilitation seltener vorbehandelt als Männer (31,6%).

Betrachtet man das Alter bei Erstkonsum, so zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr, dass sowohl Frauen ($17,5 \pm 5,1$ Jahre) als auch Männer ($17,9 \pm 7,0$ Jahre) deutlich jünger geworden sind und sich die Geschlechtsunterschiede aufgehoben haben (Vorjahr: $M = 19,6 \pm 10,5$ Jahre; $W = 24,5 \pm 14,4$ Jahre). Bezogen auf die Hauptdiagnose, findet man bei Alkohol ($17,5 \pm 5,6$ Jahre), Cannabis ($14,7 \pm 2,7$ Jahre), Stimulantien ($15,0 \pm 1,4$ Jahre), psychotropen Substanzen ($18,8 \pm 4,9$ Jahre) und Polytoxikomanien ($16,4 \pm 5,1$ Jahre) ein relativ einheitliches Ergebnis. Hiervon weicht das Alter bei Erstkonsum der Sedativa mit $25,3 \pm 7,2$ Jahren bereits ein wenig ab. Deutlich älter hingegen waren die Rehabilitanden mit Opioidabhängigkeit ($43,0 \pm 4,2$ Jahre). Auf die möglichen Ursachen sind wir bereits in der Darstellung der Daten der Orientierungsphase unter Punkt 1.2 eingegangen.

Tabelle 9:

Merkmal	Kategorie	M n=76		W n=39		Gesamt n=115		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Vorbehandlung	Erstbehandlung in unserer Einrichtung	52	68,4%	31	79,5%	83	72,2%	n.s.
	Wiederbehandlung in unserer Einrichtung	24	31,6%	8	20,5%	32	27,8%	
	Ambulante Reha	16	21,0%	4	10,2%	20	17,4%	n.s.
	Stationäre Reha	15	19,7%	6	15,5%	21	18,3%	

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Abhängigkeitsdauer	Männlich	17,1 Jahre	11,2 Jahre	76	44	n.s.
	Weiblich	15,1 Jahre	13,0 Jahre	39	53	
	F10 - Alkohol	19,3 Jahre	12,4 Jahre	70	54	ANOVA: p<0,005
	F11 - Opioide	25,5 Jahre	21,9 Jahre	2	31	
	F12 - Cannabis	13,8 Jahre	5,3 Jahre	6	13	
	F13 - Sedativa	8,3 Jahre	5,7 Jahre	3	11	
	F15 - Stimulantien	12,5 Jahre	5,0 Jahre	2	7	
	F19 - Psychotr. Subst.	23,8 Jahre	12,7 Jahre	4	29	
	F19 - Polytoxikomanie	9,3 Jahre	7,6 Jahre	28	33	
Alter bei Erstkonsum	Männlich	17,9 Jahre	7,0 Jahre	76	41	n.s.
	Weiblich	17,5 Jahre	5,1 Jahre	39	22	
	F10 - Alkohol	17,5 Jahre	5,6 Jahre	70	39	ANOVA F: p<0,001
	F11 - Opioide	43,0 Jahre	4,2 Jahre	2	6	
	F12 - Cannabis	14,7 Jahre	2,7 Jahre	6	7	
	F13 - Sedativa	25,3 Jahre	7,2 Jahre	3	13	
	F15 - Stimulantien	15,0 Jahre	1,4 Jahre	2	2	
	F19 - Psychotr. Subst.	18,8 Jahre	4,9 Jahre	4	12	
	F19 - Polytoxikomanie	16,4 Jahre	5,1 Jahre	28	21	

Männer waren mit $17,1 \pm 11,2$ Jahren im Mittel zwei Jahre länger abhängig als Frauen mit $15,1 \pm 13,0$ Jahren. Bei der Betrachtung der Abhängigkeitsdauer nach Hauptdiagnose ließen sich aufgrund der Gruppenfallzahlen nur die Alkoholabhängigkeit ($19,3 \pm 12,4$ Jahre) und die Polytoxikomanie ($9,3 \pm 7,6$ Jahre) sicher statistisch analysieren. Hier zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede in Bezug auf die Hauptdiagnose.

2.3 Behandlungsverlauf und -erfolg der ambulanten Rehabilitation

Um unseren Behandlungserfolg quantifizieren zu können, führen wir regelmäßige Katamnesen bei unseren ehemaligen Rehabilitanden 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 zwar nicht mit Abstinenz gleichzusetzen, eine reguläre Beendigung stellt jedoch einen positiven Prädiktor für die Abstinenz dar und erhöht die Chance auf die weiterführende Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe durch eine nachhaltige Auseinandersetzung mit den zugrunde liegenden maladaptiven Prozessen und der Suchtstruktur während der Rehabilitationsbehandlung¹². Wir konnten in einer eigenen Arbeit zeigen, dass der regulär und damit erfolgreich beendeten Rehabilitation ein größerer prädiktiver Wert zuzuordnen ist als der Arbeitslosigkeit und dem Familienstatus. Wir postulierten daher, dass ein Wegkommen vom Stigma, dass arbeitslose, alleinstehende Rehabilitanden 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 10:

Merkmal	Kategorie	M n=76		W n=39		Gesamt n=115		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Suchtmittel-freiheit bei Aufnahme	Suchtmittelfrei	68	89,5%	34	87,2%	102	88,7%	n. s.
	Nicht suchtmittelfrei	5	6,6%	2	5,1%	7	6,1%	
	Unbekannt	3	3,9%	3	7,7%	6	5,2%	
Suchtmittel-konsum während der Rehabilitation	Kein Suchtmittelkonsum	46	60,5%	24	61,5%	70	60,8%	n. s.
	Einmaliger Konsum	13	17,1%	8	23,1%	22	19,1%	
	≥2x Suchtmittelkonsum	17	22,4%	6	15,4%	23	20,0%	
Tabakkonsum	Nein, kein Tabakkonsum	22	28,9%	20	51,3%	42	36,7%	n. s. p=0,051
	Ja, Tabakkonsum	54	71,1%	19	48,7%	71	63,3%	

88,7% unserer Rehabilitanden waren bei Antritt der Rehabilitationsmaßnahme suchtmittelfrei, d.h. am Aufnahmetag waren sowohl der Alkoholatentest als auch das Urinscreening negativ. Nicht suchtmittelfrei erschienen 6,1% der Rehabilitanden; weitere 5,2% sicherten die Abstinenz zwar

¹² Steffen et al.: Nachhaltigkeit einer ambulanten psychoanalytisch-interaktionellen Suchtrehabilitation. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 2012, 80 (7), S. 394-401

mündlich zu, es konnte am Aufnahmetag jedoch keine Urinprobe gewonnen werden. Während der Rehabilitation schaffte es die überwiegende Mehrheit der Rehabilitanden (60,8%) abstinent zu bleiben. 19,1% der Rehabilitanden wurden einmalig rückfällig, 20,0% mehr als einmal, wobei Männer tendenziell häufiger rückfällig wurden.

63,6% der Rehabilitanden, davon 71,1% Männer, konsumierten regelmäßig Nikotin, im Mittelwert $22,2 \pm 10$ Zigaretten. 12 Rehabilitanden (10,4%) gaben als zusätzliches Therapieziel die Reduktion des Nikotinkonsums und 22 (19,1%) die Nikotinabstinenz an. 34,8% wurden individuell beraten und 14,8% nahmen an unserer internen Raucherentwöhnungsgruppe teil. 11 „Raucher“ (15,1%) lebten zum Rehabilitationsende von Tabak abstinent. Die noch Tabak konsumierenden Rehabilitanden reduzierten den Konsum signifikant um durchschnittlich 3 Zigaretten auf 18,9 pro Tag ($p < 0,001$).

Entlassung

Insgesamt konnten wir 66,1% ($M = 67,1\%$; $W = 64,1\%$) unserer Rehabilitanden regulär entlassen, 33,9% ($M = 32,9\%$; $W = 35,9\%$) beendeten die Behandlung irregulär. Überdurchschnittlich häufig planmäßig beendeten Alkoholabhängige mit 68,6% und Polytoxikomane mit 71,4% ihre Behandlung. Vor allem bei den Polytoxikomanen stieg der Anteil planmäßiger Beendigungen signifikant im Vergleich zum Vorjahr (58,6%, $p < 0,05$). Eine Interpretation der übrigen Hauptdiagnosen ist aufgrund der geringen Fallzahlen kritisch zu sehen.

Arbeitslose Rehabilitanden beendeten die ambulante Suchtrehabilitation signifikant häufiger unplanmäßig (52,2%) als erwerbstätige (29,7%). Die Arbeitslosigkeit gilt als bekannter negativer Prädiktor in Bezug auf den Behandlungserfolg Abhängigkeitskranker. Bisher konnten wir in unseren Daten nur eine statistische Assoziation und keine Kausalität nachweisen. Andere Prädiktoren (Art der Beendigung, Selbsthilfegruppenbesuch...) hatten einen deutlich stärkeren Einfluss auf das Behandlungsergebnis.

Die Zahl der nicht regulär entlassenen Rehabilitanden hängt mit der konsequenten Handhabung der Rückfälligkeit durch IANUA zusammen. Als rückfällig wird jeder Patient eingestuft, der – wenn auch nur kurzfristig oder in geringen Mengen – Drogen, Alkohol oder Medikamente mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotential 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 bezüglich der Abstinenz und sozialen Situation im ambulanten Setting absehbar nicht zu gewährleisten ist, wird die Umwandlung der Maßnahme in eine langfristig stationäre Suchtrehabilitation vorgenommen, sofern Abstinenz- und Behandlungsbereitschaft beim Rehabilitanden vorliegen.

Tabelle 11:

Merkmal	Kategorie	Art der Beendigung		Beurteilung der Symptomatik				n
		Planmäßig	Unplanmäßig	Behoben	Gebessert	Gleich	Schlechter	
Geschlecht	Gesamt	66,1%	33,9%	53,0%	20,0%	20,9%	6,1%	115
	Männlich	67,1%	32,9%	53,9%	17,1%	22,4%	6,6%	76
	Weiblich	64,1%	35,9%	51,3%	25,6%	17,9%	5,1%	39
Diagnose	F10 - Alkohol	68,6%	31,4%	54,3%	18,6%	18,6%	8,6%	70
	F11 - Opioide	50,0%	50,0%	50%	0%	50%	0%	2
	F12 - Cannabis	50,0%	50,0%	50,0%	16,7%	33,3%	0%	6
	F13 - Sedativa	33,3%	66,7%	33,3%	33,3%	33,3%	0%	3
	F15 - Stimulantien	100%	0%	100%	0%	0%	0%	2
	F19 - Psychotr. Subst.	25,0%	75,0%	25,0%	50,0%	25,0%	0%	4
	F19 - Polytoxikomanie	71,4%	28,6%	53,6%	21,4%	21,4%	3,6%	28
Erwerbsstatus	Erwerbstätig	66,2%	33,8%	56,3%	19,7%	19,7%	4,2%	71
	Arbeitslos	69,2%	30,8%	50,0%	19,2%	19,2%	11,5%	26
	Sonstige nicht erwerbstätige Person	44,4%	55,6%	33,3%	33,3%	22,2%	11,1%	9
	Rentner/-in	77,8%	22,2%	55,6%	11,1%	33,3%	0%	9
Partnersituation	Alleinstehend	60,0%	40,0%	40,0%	20,0%	27,5%	12,5%	40
	Feste Beziehung	68,1%	31,9%	59,4%	18,8%	18,8%	2,9%	69
	Zeitweilige Beziehungen	83,3%	16,7%	66,7%	33,3%	0%	0%	6

Tabelle 12:

Merkmal	Kategorie	M n=76		W n=39		Gesamt n=115		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Arbeitsfähigkeit bei Entlassung	6 Stunden und mehr	69	90,8%	29	74,4%	98	85,3%	n. s.
	3 bis 6 Stunden	1	1,3%	1	2,6%	2	1,7%	
	Unter 3 Stunden	2	2,6%	2	5,1%	4	3,5%	
	Keine Angaben erforderlich (z. B. Rentner)	4	5,3%	7	17,9%	11	9,6%	
Arbeitsunfähigkeitszeiten während der Rehabilitation	Interkurrente Arbeitsunfähigkeit	7	9,2%	3	7,7%	10	8,7%	n. s.
	Arbeitsunfähig am Ende, interkurrent	1	1,3%	1	2,6%	2	1,7%	
	Keine AU-Zeiten	63	82,9%	28	71,8%	91	79,2%	
	Keine Angaben erforderlich (z. B. Rentner)	5	6,6%	7	17,9%	12	10,4%	
Prognose	Günstig	32	42,1%	19	48,7%	51	44,3%	n. s.
	Eher günstig	30	21,1%	7	17,9%	23	20,0%	
	Eher ungünstig	16	19,7%	7	17,9%	22	19,1%	
	Ungünstig	15	17,1%	6	15,4%	19	16,5%	

85,3% unserer Rehabilitanden (M = 90,8%; W = 74,4%) konnten voll arbeitsfähig, d. h. mit einer Arbeitsleistung von sechs Stunden und mehr, entlassen werden. 1,7% waren mittelgradig, d. h. zwischen drei und sechs Stunden, belastbar, weitere 3,5% kamen auf eine Arbeitsleistung von unter drei Stunden. Bei 9,6% der Rehabilitanden (M = 5,3%; W = 17,9%) waren keine Angaben erforderlich, da es sich bei ihnen beispielsweise um Rentner und Hausfrauen handelte.

79,2% der Rehabilitanden wiesen während der Rehabilitation keine AU-Zeiten auf, bei weiteren 10,4% waren keine Angaben erforderlich (s. o.). Interkurrent arbeitsunfähig waren 8,7% der Rehabilitanden, arbeitsunfähig am Ende der Rehabilitation 1,7%, jedoch ebenfalls nicht andauernd.

Ob wir die Prognose eines Rehabilitanden als günstig oder ungünstig einstufen, hängt davon ab, wie der zuständige Behandler den Rehabilitanden hinsichtlich seiner Krankheitseinsicht, Behandlungsmotivation und Abstinenzbereitschaft einschätzt. So beendete die überwiegende Mehrheit unserer Rehabilitanden die Rehabilitationsbehandlung mit einer günstigen (44,3%) bzw. eher günstigen (20,0%) Prognose, 19,1% mit einer eher ungünstigen und 16,5% mit einer ungünstigen Prognose.

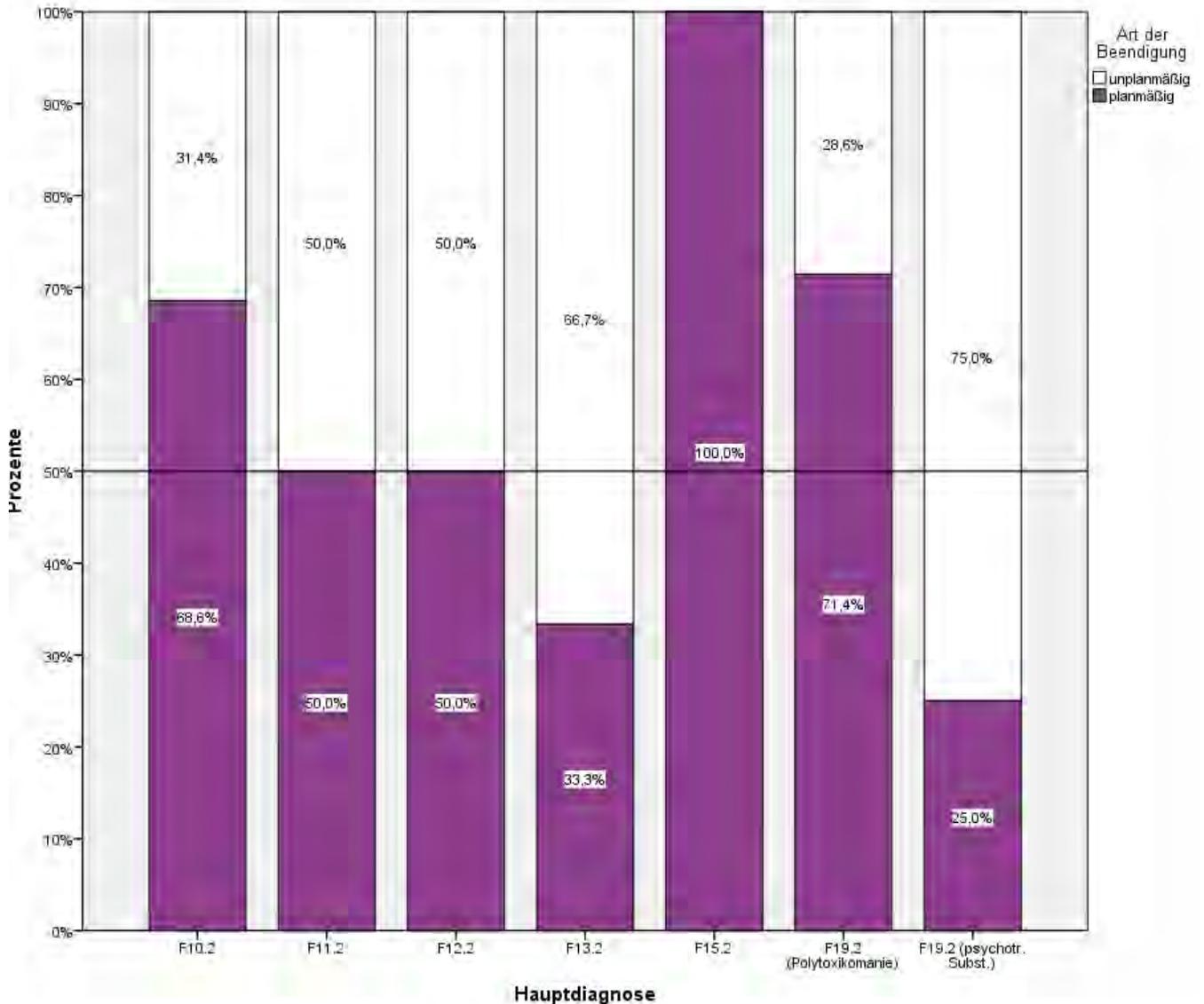


Abbildung 5: Art der Beendigung in Abhängigkeit der Hauptdiagnose (n=115), es wurden nur Hauptdiagnosen mit mind. n=3 dargestellt, wobei lediglich die F10 und F19 (Polytoxikomanie) ausreichend groß sind, um eine valide Aussage zu treffen.

Statistisch signifikante Unterschiede zeigten sich, wenn man die Kontaktzahlen und die Behandlungsdauer in Abhängigkeit von der Art der Beendigung verglich. Erfolgreich behandelte Rehabilitanden, also solche, die die Rehabilitationsmaßnahme planmäßig beendeten, hatten signifikant mehr Einzelkontakte ($8,7 \pm 4,5$ vs. $5,2 \pm 4,1$; $p < 0,001$) und dreimal so viele Gruppenkontakte ($88,7 \pm 30,9$ vs. $30,9 \pm 31,5$; $p < 0,001$) vorzuweisen. Die Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie gelang wesentlich effektiver (erfolgreich: $7,8 \pm 4,4$ Kontakte; nicht erfolgreich: $1,8 \pm 2,9$ Kontakte; $p < 0,05$) bei planmäßig beendeten Rehabilitanden. Die Einbeziehung der Angehörigen ist ein wichtiger Bestandteil der ambulanten Suchtrehabilitation und hilft dabei,

Rückfälle besser aufdecken zu können und die Abstinenz zu sichern. Weiterhin werden co-süchtige Strukturen aufgedeckt und bearbeitet und ein stützendes häusliches Umfeld geschaffen.

Frauen beendeten mit 64,1% die ambulante Rehabilitation ähnlich häufig erfolgreich wie Männer mit 67,1%. Die Betreuungsdauer betrug bei den Frauen 252,4±141,4 Tage und bei den Männern 250,6±149,4 Tage. Die Frauen nahmen in dieser Zeit zwar mehr Therapieeinheiten als Männer wahr, signifikante Unterschiede ergaben sich aufgrund der geringen Fallzahlen aber nicht.

Die Analyse der Betreuungszeiten zeigte deutlich längere Betreuungen der planmäßig beendeten Rehabilitanden (317,2±115,7 Tage). Therapieabbrecher befanden sich lediglich 122,6±109,1 Tage in Behandlung ($p < 0,001$). Somit erfüllen wir in der ambulanten Rehabilitation die Forderungen nach einem verdichteten, etwa einjährigen Rehabilitationsprozess. Der Abbruch der Rehabilitation erfolgte in der Regel in den ersten 4 Monaten.

Tabelle 13:

Merkmal	Kategorie	MW	STD	n	Spannweite	Statistik
Einzelkontakte	Männlich	7,2	4,6	76	20	n.s.
	Weiblich	8,1	4,7	39	18	
	Planmäßige Beend.	8,7	4,5	76	20	$p < 0,001$
	Unplanmäßige Beend.	5,2	4,1	39	15	
Gruppenkontakte	Männlich	68,3	44,0	76	115	n.s.
	Weiblich	70,5	41,7	39	116	
	Planmäßige Beend.	88,7	34,2	76	116	$p < 0,001$
	Unplanmäßige Beend.	30,9	31,5	39	108	
Angehörigenkontakte (Einzel und Gruppe)	Männlich	5,5	4,8	76	12	n.s.
	Weiblich	6,3	4,6	39	12	
	Planmäßige Beend.	7,8	4,4	76	12	$p < 0,05$
	Unplanmäßige Beend.	1,8	2,9	39	12	
Indikative Gruppen	Männlich	0,9	2,2	76	12	n.s.
	Weiblich	1,9	3,3	39	12	
	Planmäßige Beend.	1,7	3,0	76	12	$p < 0,05$
	Unplanmäßige Beend.	0,4	1,4	39	6	
Betreuungsdauer	Männlich	250,6 Tage	149,4 Tage	76	540	n.s.
	Weiblich	252,4 Tage	141,4 Tage	39	446	
	Planmäßige Beend.	317,2 Tage	115,7 Tage	76	540	$p < 0,001$
	Unplanmäßige Beend.	122,6 Tage	109,1 Tage	39	392	

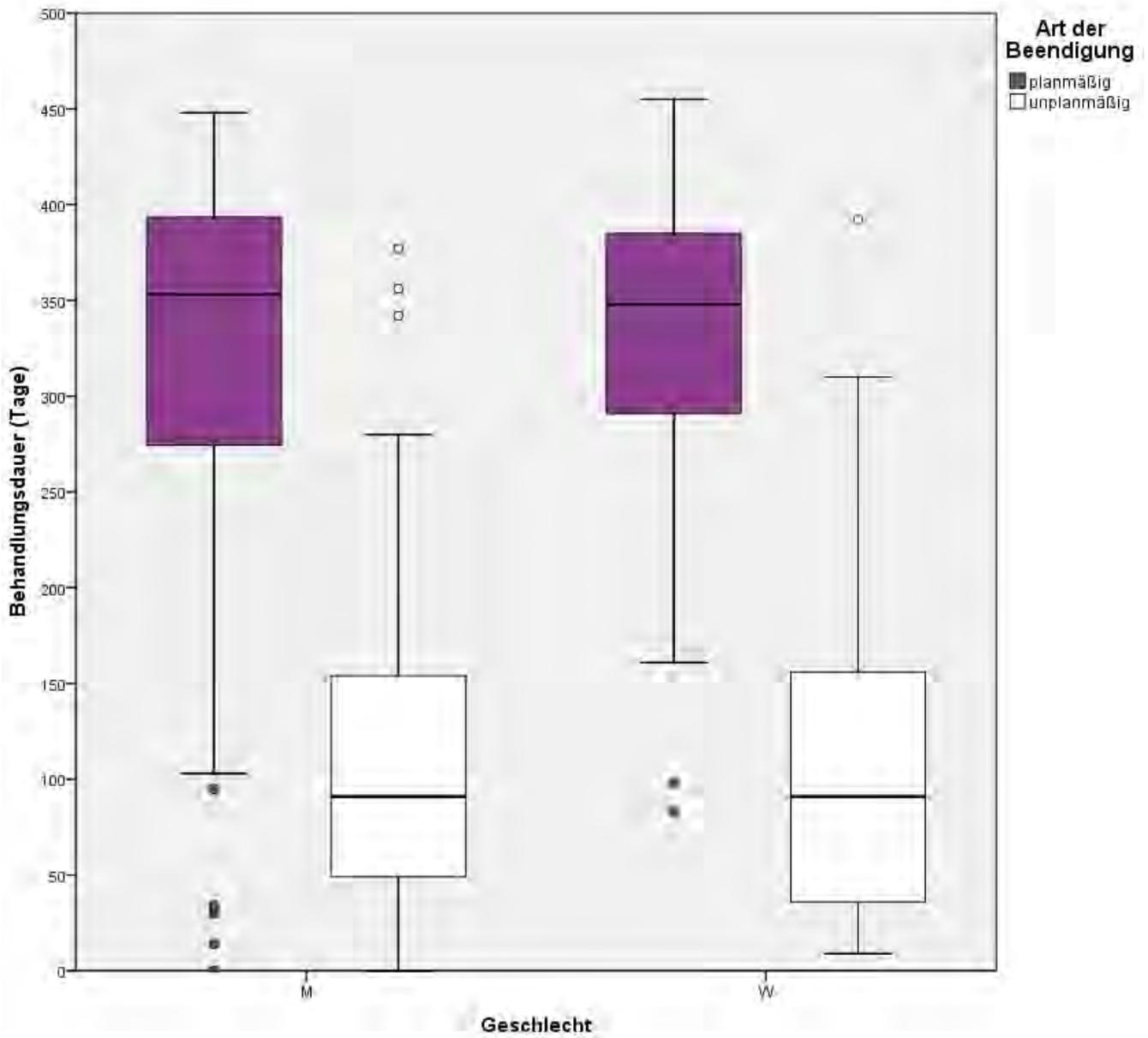


Abbildung 6: Rehabilitationsdauer in Abhängigkeit von der Art der Beendigung (n=115)

3. Einjahreskatamnese des Rehaentlassungsjahrgangs 2011

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. Seit 1991 ist unter steigendem Kostendruck und der Überlegung der gemeindenahen, frühzeitigen Behandlung durch die Vereinbarung zur ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken sowie durch deren 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 an Bedeutung für ambulant arbeitende Suchteinrichtungen gewinnen. Wir führen seit Jahren strukturierte Jahreskatamnesen unserer Rehabilitanden nach ambulanter Suchtrehabilitation durch. So können wir statistisch die Effektivität der ambulanten Behandlung im psychischen und sozialen Bereich über Variablen wie Abstinenz, Arbeits- und Lebenssituation beschreiben. Jedoch erreichen wir keine so großen Stichproben wie der Fachverband Sucht e. V. im stationären Bereich (Jahreskatamnese des Entlassungsjahres 2010: n=13.113¹³). Seit dem Entlassungsjahrgang 2008 werden einrichtungsübergreifende Einjahreskatamnesen (2007, n=275; 2008, n=226; 2009, n=286; 2010, n=334) nach einer berufsbegleitend ambulanten Suchtrehabilitation durch den des Fachverbandes Sucht veröffentlicht¹⁴. **IANUA** G. P. S. mbH beteiligt sich stets an der Katamneseauswertung des Fachverbandes Sucht e. V. durch Datenlieferung (E-Jahrgang 2010: n=105) und die Mitautorenschaft.

Die Katamnese der Einrichtung **IANUA** G.P.S. mbH basiert auf dem erweiterten Kerndatensatz Sucht, dem Fragebogen zur Katamneseerhebung und zusätzlichen einrichtungsspezifischen Items. Die „Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ der „Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie“ wurden der Katamnesebefragung zugrunde gelegt. Alle im Jahr 2011 entlassenen Rehabilitanden (n=116) wurden zwölf Monate nach Beendigung ihrer ambulanten Suchtrehabilitation mit frankiertem Rückumschlag und mit der Bitte angeschrieben, den beiliegenden Katamnesebogen zur Basisdokumentation ausgefüllt zurückzuschicken. Es erfolgte ein

¹³ Missel, P. et al. Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 1/2013, S13-25

¹⁴ Missel P. (Steffen DV) et. al.: Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 1/2013, S.26-34

Erinnerungsanschriften nach vier Wochen. Wurde auch dann kein Katamneserücklauf registriert, wurden die Rehabilitanden telefonisch in Anlehnung an den „Gesprächsleitfaden Katamnesedaten“ interviewt. Hierzu etablierten wir im vorletzten Jahr ein neues System, bei dem der jeweilige Bezugstherapeut den telefonischen Kontakt zu dem Rehabilitanden aufnimmt. Rehabilitanden nach erfolgter poststationärer ambulanter und nach kombiniert ambulant-stationärer Rehabilitation sowie Nachsorgepatienten sind ausgeschlossen.

3.1 Beschreibung der Katamnesestichprobe

Die katamnestische Erreichungsquote betrug 59,5%. 68,1% dieser Rehabilitanden waren männlich, 31,9% weiblich. Die Geschlechterverteilung bei Katamneseantwortern und -nichtantwortern war gleich.

Das Durchschnittsalter betrug zum Rehabilitationsende $45,4 \pm 12,1$ Jahre. Katamneseantworter waren im Schnitt 9,6 Jahre älter als Nichtantworter (vgl. Tabelle 15:). 61,2% befanden sich in einer festen Partnerschaft, 35,3% waren alleinstehend, 3,4% unterhielten zeitweilige Beziehungen. Betrachtet man die Schulausbildung, so hatten zum Rehabilitationsende 4,3% keinen Abschluss, 50,9% einen Haupt- oder Sonderschulabschluss, 33,6% einen Realschulabschluss und 11,2% erreichten die Hochschulreife.

63,8% waren erwerbstätig, 15,5% arbeitslos und weitere 6,0% subsumierten sich in der Kategorie „nicht erwerbstätig“ (Hausfrauen, Schüler, Studenten, Auszubildende etc.). Berentet waren 14,7% der Rehabilitanden. Problematische Schulden bis 10.000€ bestanden bei 6,0% der Rehabilitanden und Schulden über 10.000€ bei 15,6%.

Bei 60,3% der Rehabilitanden bestand nach ICD-10 die Hauptdiagnose einer Alkoholabhängigkeit. Die Diagnose Cannabisabhängigkeit wurde bei 2,6% der Rehabilitanden gestellt, 6,0% wiesen eine Sedativaabhängigkeit auf. 20,7% der Rehabilitanden wurden der Hauptdiagnose des Abhängigkeitssyndroms bei multiplem Substanzgebrauch und 6,9% desjenigen bei Konsum anderer psychotroper Substanzen zugeordnet. Rehabilitanden mit Opioid- oder Stimulantienabhängigkeit (jeweils 1,7%) fanden sich ausschließlich in der Gruppe der Nichtantworter. Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug bei Aufnahme in die ambulante Suchtrehabilitation $14,1 \pm 10,3$ Jahre. Geschlechtsspezifische, statistisch signifikante Unterschiede existieren nicht.

Vor dieser Indextherapie hatten 16,4% der Rehabilitanden (8,5% der Nichtantworter) bereits eine ambulante und 20,7% (23,4% der Nichtantworter) eine stationäre Suchtrehabilitation absolviert.

Tabelle 14:

Merkmal	Kategorie	Kein Katamnese- antworter, n=47		Katamnese- antworter, n=69		Gesamtstichprobe, n=116	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	Gesamt	47	100,0%	69	100,0%	116	100,0%
	Männlich	32	68,1%	47	68,1%	79	68,1%
	Weiblich	15	31,9%	22	31,9%	37	31,9%
Leistungsträger	Rentenversicherung	43	91,5%	54	78,2%	97	83,6%
	Krankenkasse	2	4,2%	11	16,1%	13	11,2%
	Sonstige	2	4,3%	4	5,7%	6	5,2%
Art der Behandlungs- beendigung	Planmäßig	26	55,3%	60	87,0%	86	74,1%
	Unplanmäßig	21	44,7%	9	13,0%	30	25,9%
Hauptdiagnose	F10 - Alkohol	23	48,9%	47	68,1%	70	60,3%
	F11 - Opioide	2	4,3%	0	0,0%	2	1,7%
	F12 - Cannabis	2	4,3%	1	1,4%	3	2,6%
	F13 - Sedativa	1	2,1%	6	8,7%	7	6,0%
	F15 - Stimulantien	2	4,3%	0	0,0%	2	1,7%
	F19 - Psychotr. Subst.	4	8,5%	4	5,8%	8	6,9%
	F19 - Polytoxikomanie	13	27,7%	11	15,9%	24	20,7%
Erstbehandlung in der Einrichtung	Ja, Erstbehandlung	37	78,7%	54	78,3%	91	78,4%
	Nein, Wiederaufnahme	10	21,3%	15	21,7%	25	21,6%
Anzahl ambl. Entwöhnungen	Keine	43	91,5%	54	78,3%	97	83,6%
	Eine oder mehr	4	8,5%	15	21,7%	19	16,4%
Anzahl stationärer Entwöhnungen	Keine	36	76,6%	56	81,2%	92	79,3%
	Eine oder mehr	11	23,4%	13	18,8%	24	20,7%
Höchster Schulabschluss	Ohne Abschluss	2	4,3%	3	4,3%	5	4,3%
	Haupt-/Sonderschule	23	48,9%	36	52,2%	59	50,9%
	Realschulabschluss	19	40,4%	20	29,0%	39	33,6%
	Hochschulreife	3	6,4%	10	14,5%	13	11,2%
Partnerbeziehung	Alleinstehend	17	36,2%	24	34,8%	41	35,3%
	Zeitweilige Beziehungen	3	6,4%	1	1,4%	4	3,4%
	Feste Beziehung	27	57,4%	44	63,8%	71	61,2%
Problematische Schulden	Keine	31	66,0%	60	87,0%	91	78,4%
	Bis 10.000 Euro	5	10,6%	2	2,9%	7	6,0%
	Mehr als 10.000 Euro	11	23,4%	7	10,1%	18	15,6%
Erwerbstätigkeit bei Entlassung	Erwerbstätig	28	59,6%	46	66,7%	74	63,8%
	Arbeitslos	13	27,7%	5	7,2%	18	15,5%
	Sonstige nicht erwerbstätige Person	2	4,3%	5	7,2%	7	6,0%
	Rentner/-in	4	8,5%	13	18,8%	17	14,7%

Tabelle 15:

Merkmal	Kein Katamneseantworter, n=47		Katamneseantworter, n=69		Gesamtstichprobe, n=116	
	MW	STD	MW	STD	MW	STD
Alter bei Rehabilitationsende (Jahre)	39,7	10,4	49,3	11,7	45,4	12,1
Alter bei Erstkonsum (Jahre)	20,1	10,0	21,9	12,9	21,2	11,8
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	14,1	10,3	18,0	11,8	16,4	11,3
Anzahl der Einzelkontakte	6,6	5,2	8,5	5,5	7,7	5,5
Anzahl der Gruppenkontakte	51,8	41,2	84,2	37,5	71,2	42,0
Anzahl der Angehörigenkontakte	2,9	3,5	7,1	4,6	5,4	4,6
Anzahl der Indikativen Gruppen	0,5	1,2	1,7	3,1	1,2	2,6
Rehabilitationsdauer (Tage)	207,4	162,4	311,0	117,2	269,0	145,9

Die Beendigung der ambulanten Suchtrehabilitation erfolgte für 87,0% der Rehabilitanden planmäßig, 13,0% der Rehabilitanden beendeten die Suchtrehabilitation unplanmäßig. Der Mittelwert der Gruppenkontakte lag bei $71,2 \pm 42,0$. Es zeigte sich, dass Katamneseantworter, wie bereits durch die Verteilung in der Art der Beendigung impliziert, signifikant mehr Kontakte wahrgenommen hatten (Katamneseantworter: $84,2 \pm 37,5$ Kontakte vs. Nichtantworter: $51,8 \pm 41,2$ Kontakte, $p < 0,001$). Gleiches zeigte sich auch für die Anzahl der Angehörigenkontakte (Katamneseantworter: $7,1 \pm 4,6$ Kontakte vs. Nichtantworter: $2,9 \pm 3,5$ Kontakte, $p < 0,05$). Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Anzahl der Gruppenkontakte bei den Katamneseantwortern um zehn Kontakte, bei den Nichtantwortern fiel sie um sechs Kontakte.

Rehabilitanden, die auf die Katamnesebefragung antworteten, waren signifikant älter (Katamneseantworter: $49,3 \pm 11,7$ Jahre vs. Nichtantworter: $39,7 \pm 10,4$ Jahre, ANOVA: $p < 0,001$) und schlossen ihre Behandlung planmäßig und mit signifikant mehr Behandlungsterminen ab.

3.2 Erreichungs- und Abstinenzquoten

Die Berechnung der Abstinenzquoten (1-4) erfolgte nach den Standards der DGSS (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie)^{15,16,17}. Rehabilitanden, für die keine oder nur

¹⁵ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.). Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg 1992: Lambertus.

¹⁶ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung Abhängigkeitskranker. *SUCHT* 2001, 47. Jahrgang, Sonderheft 2

widersprüchliche Angaben aus der katamnestischen Untersuchung vorlagen, wurden per Definition als rückfällig eingestuft. In diese Kategorie eingeschlossen wurden auch Rehabilitanden mit den Angaben „unbekannt verzogen“, „verweigert“, „nicht geantwortet“, „verstorben“ und „unfähig zur Beantwortung“.

- Berechnungsform DGSS 1: alle erreichten Rehabilitanden, die planmäßig entlassen wurden
- Berechnungsform DGSS 2: alle planmäßig entlassenen Rehabilitanden
- Berechnungsform DGSS 3: alle in der Katamnese erreichten Rehabilitanden
- Berechnungsform DGSS 4: alle im Bezugsjahr entlassenen Rehabilitanden

Als „abstinent“ wurden nur Rehabilitanden 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“ zählten alle Rehabilitanden mit einer mindestens 30 Tage dauernden Abstinenz zum Befragungszeitpunkt. Alle anderen Rehabilitanden mit widersprüchlichen oder fehlenden Angaben wurden als „rückfällig“ eingestuft.

Tabelle 16:

Kategorie	DGSS1 n=60		DGSS2 n=86		DGSS3 n=69		DGSS4 n=116	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Katamneserücklauf	60	100%	60	69,8%	69	100%	69	59,5%
Abstinent	48	80,0%	48	55,8%	55	79,7%	55	47,4%
Abstinent nach Rückfall	8	13,3%	8	9,3%	8	11,6%	8	6,9%
Rückfällig (inkl. per Definition)	4	6,7%	30	34,9%	6	8,7%	53	45,7%
Katamnestische Abstinenzquote	56	93,3%	56	65,1%	69	91,3%	63	54,3%

Die günstigste Berechnungsform bezieht sich auf die Anzahl der Katamneseantworter (DGSS1), die ihre ambulante Suchtrehabilitation planmäßig abgeschlossen hatten. Es zeigte sich dabei eine Abstinenzquote von 80,0% für die durchgehende und von 13,3% für die nach Rückfall neu erreichte Abstinenz. Nur 6,7% der planmäßig entlassenen und erreichten Rehabilitanden waren im Katamnesezeitraum rückfällig.

¹⁷ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.). Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg 1985: Lambertus

Es konnten immerhin 69,8% der planmäßig beendeten Rehabilitanden (DGSS2) erreicht werden; erfolgreich (abstinent/abstinent nach Rückfall) behandelt waren 65,1%.

Die katamnestiche Abstinenzquote (abstinent/abstinent nach Rückfall) aller erreichten Rehabilitanden (DGSS3) lag bei 91,3%.

Die konservativste Berechnungsform (DGSS4) zeigte eine katamnestiche Erreichungsquote von 59,5%. 47,4% aller Rehabilitanden waren durchgehend abstinent, 6,9% waren zum Katamnesezeitpunkt abstinent nach einem Rückfall. Als rückfällig und rückfällig per Definition wurden 45,7% eingestuft. Die Ergebnisse sind im Vorjahresvergleich statistisch nicht signifikant unterschiedlich.

Tabelle 17:

Kategorie <small>* p<0,05, *p<0,001</small>	n	Katamneserücklauf		DGSS4 Abstinent & abstinent n. Rückfall		Rückfällig inkl. per Definition	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Alkoholabhängigkeit	70	47	67,1%	44	62,8%*	26	37,2%
Polytoxikomanie	24	11	45,8%	9	37,5%*	15	62,5%
Erwerbstätig	74	46	62,2%	42	56,8%*	32	43,2%
Arbeitslos bei Betreuungsbeginn	24	8	33,3%	7	29,2%*	17	70,8%
Arbeitslos bei Betreuungsende	18	5	27,7%	3	16,7%*	15	83,3%
Rentner/in	17	13	76,5%	13	76,5%*	4	23,5%
Feste Partnerbeziehung	71	44	62,0%	40	56,3%	31	43,7%
Alleinstehend	41	24	58,5%	22	53,7%	19	46,3%
Keine problematischen Schulden	91	60	65,9%	56	61,5%*	35	38,5%
Schulden > 10.000€	25	9	36,0%	7	28,0%*	18	72,0%
Suchtmittelfrei bei Aufnahme	85	50	58,8%	46	54,1%*	39	45,9%
Nicht suchtmittelfrei bei Aufnahme	14	8	57,1%	5	35,7%*	9	64,3%
Planmäßige Beendigung	86	60	69,8%	56	65,1%*	30	34,9%
Unplanmäßige Beendigung	30	9	30,0%	7	23,3%*	23	76,7%

Es zeigten sich für verschiedene Patientenmerkmale Assoziationen mit einem positiven (abstinenten) oder negativen (rückfälligen) Behandlungsverlauf sowohl während der Reha als auch in der Nachuntersuchung. Die Abstinenzquote war signifikant reduziert bei Rehabilitanden, die zum

Aufnahmezeitpunkt nicht suchtmittelfrei, erwerbslos und alleinstehend waren sowie mehr als 10.000€ Schulden angaben (vgl. Tabelle 17, $p < 0,05$). Der negative Prädiktor „Erwerbslosigkeit“ zu Beginn der Rehabilitation hatte einen signifikant geringeren, wenn auch immer noch negativen Effekt auf die Abstinenz ($p < 0,05$), wenn während der Rehabilitation eine Erwerbstätigkeit hergestellt werden konnte.

Alkoholabhängige Rehabilitanden waren im Vergleich zu anderen Abhängigkeitsdiagnosen signifikant häufiger abstinent ($p < 0,01$). Rehabilitanden mit einer isolierten Abhängigkeit von Benzodiazepinen ($n=7$) wiesen mit 85,7% die höchsten Abstinenzquoten auf ($p < 0,05$).

Umgekehrt konnten wir Rehabilitanden, die erwerbstätig oder berentet waren, in einer festen Partnerschaft lebten, keine relevanten Schulden hatten und eine Alkohol- oder Benzodiazepinabhängigkeit vorwiesen, als prognostisch besonders günstig beschreiben. Geschlechtsspezifische Unterschiede konnten wir nicht feststellen.

Die Hypothese, dass Patienten mit den hier beschriebenen negativen Prädiktoren aufgrund dieser eine schlechtere Behandlungsprognose aufweisen, ist nicht zu beweisen. In Cluster-, Multivarianz- und Regressionsanalysen zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge. Abstinenz, Rückfälligkeit oder Art der Beendigung der Rehabilitanden können durch diese negativen Prädiktoren nicht sicher vorhergesagt werden – ein kausaler Zusammenhang besteht nicht. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass Rehabilitanden, bei denen negative Prädiktoren vorliegen, annähernd die gleichen Behandlungsergebnisse erreichen können wie Rehabilitanden ohne negative Prädiktoren¹⁸. Daher würden wir vorschlagen, in Zukunft nicht mehr von negativen Prädiktoren, sondern von Risikofaktoren zu sprechen.

3.3 Diskussion der Ergebnisse

Wir stellen im Folgenden unsere Daten denen der stationären Rehabilitationsform und den Ergebnissen 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.

¹⁸ Steffen et al.: Nachhaltigkeit einer ambulanten psychoanalytisch-interaktionellen Suchtrehabilitation. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 2012, 80 (7), S. 394-401

Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich bei der Abhängigkeitsdauer. Der prozentuale Anteil der planmäßig beendeten Suchtrehabilitationen war bei den stationären Suchtrehabilitationen deutlich höher als in unserer Stichprobe (ambulant **IANUA**: 66,1%, ambulant Fachverband Sucht: 72,7% vs. stationär: 86,6%). In unserer Gesamtstichprobe war die Alkoholabhängigkeit mit 60,3% (ambulant Fachverband Sucht: 91,8% vs. stationär: 94,2%) als Hauptdiagnose signifikant geringer vertreten, der Anteil der Polytoxikomanen (ambulant **IANUA**: 20,7%, ambulant Fachverband Sucht: 3,9% vs. stationär: 2,2%) dagegen signifikant höher. In unserem Rehabilitandenkollektiv fanden sich andererseits weniger Erwerbslose als im stationären Setting (erwerbslos bei Aufnahme: ambulant **IANUA**: 23,3%, ambulant Fachverband Sucht: 24,8% vs. stationär: 9,6%). Unsere Rehabilitanden lebten tendenziell häufiger in einer festen Beziehung (ambulant **IANUA**: 61,2%, ambulant Fachverband Sucht: 45,4% vs. stationär: 47,6%)

Die Beschreibung unserer Rehabilitandenstichprobe zeigt, dass sich keineswegs nur „leichte Fälle“ in unserer ambulanten Suchtrehabilitation befanden. Unsere Rehabilitandenstichgruppe weist in der Gegenüberstellung zur stationären Klientel sowohl günstige als auch ungünstige Prädiktoren auf. Vergleicht man die Abstinenzquoten unserer Einjahreskatamnese des Entlassjahrgangs 2011 mit den Daten des Entlassjahrgangs 2010 der stationären Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V., so ergibt sich eine Differenz von 13% zugunsten unserer Katamnese.

Bei den soziodemographischen Daten, dem Behandlungsverlauf und den Katamneseergebnissen im Vergleich zur Katamnese der ambulanten Suchtrehabilitationseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e. V. zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bei deskriptiv besseren Ergebnissen unserer Einrichtung. Es wurde zum zweiten Mal durch den Fachverband Sucht zwischen ambulanter Rehabilitation, Nachsorge und poststationärer ambulanter Rehabilitation unterschieden. Dadurch reduzierte sich die Gesamtstichprobe von 514 auf 334 Rehabilitanden. **IANUA G. P. S. mbH** stellte hiervon 105 Datensätze (31,5%). Die schlechteren Ergebnisse der Vorpublikationen der Entlassjahrgänge 2007 und 2008 des Fachverbandes Sucht zur Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation sind unserer Meinung nach durch Untersuchungsmängel und die fehlende Unterscheidung zwischen den ambulanten Behandlungsformen zu erklären.

Tabelle 18: Abstinenzquoten (DGSS4) **IANUA** G. P. S. mbH (Entlassjahrgang amb. Suchtrehabilitation 2011), Fachverband Sucht e. V. (Entlassjahrgang amb. Suchtrehabilitation 2010¹⁹ und Entlassjahrgang stat. Suchtrehabilitation 2010)²⁰

	DGSS4 - Abstinenzquote					
	Ianua G. P. S. mbH 2011 (n=116)		FVS e. V. - amb. 2010 (n=334)		FVS e. V. - stat. 2010 (n=13.113)	
	n	%	n	%	n	%
Katamneserücklauf	69	59,5%	210	62,8%	7.014	53,5%
Abstinent	55	47,4%	149	44,6%	4.201	32,0%
Abstinent nach Rückfall	8	6,9%	20	6,0%	1.211	9,3%
Rückfällig (inkl. per Definition)	6	5,2%	165	49,4%	7.701	58,7%
Katamn. Abstinenzquote	63	54,3%	169	50,6%	5.412	41,3%

Unsere ambulante Suchtrehabilitation ist hoch effektiv und in einem Beobachtungszeitraum von einem Jahr nach Beendigung nachhaltig^{21,22}.

¹⁹ Missel, P. et al. Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 1/2013, S13-25

²⁰ Missel P. (Steffen DV) et. al.: Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 1/2013, S.26-34; Nur Rehabilitanden nach ambulanter Suchtrehabilitation!

²¹ Steffen et al.: Nachhaltigkeit einer ambulanten psychoanalytisch-interaktionellen Suchtrehabilitation. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 2012, 80 (7), S. 394-401

²² Steffen et al.: Ambulante Suchtrehabilitation im höheren Lebensalter. *Rehabilitation* 2012, 51 (5), S. 623-331

Fazit 2012

Unsere letztjährig gestiegene Effizienz der Orientierungsphase (Behandlungsdauer, Vermittlung in Suchtrehabilitation) blieb in diesem Jahr stabil. Dies gelang trotz eines hohen Anteils an polytoxikomanen Rehabilitanden und trotz hoher Quoten an Arbeitslosigkeit sowie Komorbidität. Die Orientierungsphase profitierte von den Strukturen und Kompetenzen, die in den letzten Jahren durch die Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker entwickelt und gefestigt worden waren. Die durchschnittliche Vermittlungsquote in eine suchtspezifische medizinische Rehabilitationsmaßnahme lag bei 51,4%.

In unserer ambulanten Suchtrehabilitation hat sich über die letzten Jahre ein stetiger prozentualer Rückgang der Behandlungsindikation Alkoholabhängigkeit und eine Zunahme der Polytoxikomanie gezeigt. Rehabilitanden mit der Diagnose F10.2 beendeten die ambulante Suchtrehabilitation zu 68,5% planmäßig. Die Polytoxikomanie stellte per se einen negativen Prädiktor bezüglich des Behandlungserfolges und der Abstinenz dar. Durch spezifische Angebote und Interventionen konnten 71,4% der polytoxikomanen Rehabilitanden planmäßig entlassen werden, was auf eine stabile Abstinenz hoffen lässt. Die Arbeitslosigkeit war in den letzten Jahren immer mit einer niedrigeren Quote planmäßiger Beendigungen assoziiert und kann daher eine schlechtere Prognose vermuten lassen; eine erfolgreiche Behandlung ist jedoch von ihrem Effekt her stärker zu werten. Wir sahen eine Zunahme der Komorbiditäten und der Schwere somatischer Erkrankungen.

Unsere Klientel ist zusammenfassend im Vergleich zu stationären Rehabilitanden 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, obwohl diese Assoziationen auch in unserem Rehabilitandenkollektiv zu finden waren. Wir konnten zeigen, dass eine erfolgreiche Behandlung mit dem nachhaltigen Auseinandersetzen mit der Abhängigkeitserkrankung und den zugrunde liegenden Störungen diese negativen Prädiktoren signifikant überwiegt (Steffen et. al²³). Wir postulieren, dass die eigentliche Nachhaltigkeit durch einen begonnenen innerpsychischen Prozess bestimmt wird, den es auch über das Ende der Rehabilitationsbehandlung hinweg zu fördern gilt. Dies kann über eine

²³ Steffen et al. (2011): Nachhaltigkeit einer ambulanten psychoanalytisch-interaktionellen Suchtrehabilitation. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 2012, 80 (7), S. 394-401

Selbsthilfegruppe, über Nachsorgetermine außerhalb des Rehaleistungsbudgets oder unter Umständen über eine weiterführende Psychotherapie erfolgen. Die Hypothese, dass Patienten mit den hier beschriebenen negativen Prädiktoren aufgrund dieser eine schlechtere Behandlungsprognose aufweisen, ist nicht zu beweisen. In Cluster-, Multivarianz- und Regressionsanalysen zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge. Abstinenz, Rückfälligkeit oder Art der Beendigung der Rehabilitanden können durch diese negativen Prädiktoren nicht sicher vorhergesagt werden – ein kausaler Zusammenhang besteht nicht. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass Rehabilitanden, bei denen negative Prädiktoren vorliegen, annähernd die gleichen Behandlungsergebnisse erreichen können wie Rehabilitanden ohne negative Prädiktoren²⁴. Daher würden wir vorschlagen, in Zukunft nicht mehr von negativen Prädiktoren, sondern von Risikofaktoren zu sprechen.

Wir können für den Entlassungsjahrgang 2011 durchgehend bessere Abstinenzquoten zeigen als die katamnesticen Untersuchungen der stationären Mitgliedseinrichtungen und mindestens gleichwertige Ergebnisse wie die ambulanten Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e. V..

²⁴ Steffen et al.: Nachhaltigkeit einer ambulanten psychoanalytisch-interaktionellen Suchtrehabilitation. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 2012, 80 (7), S. 394-401

Publikationen, Kongressbeiträge und Mitgliedschaften

ORIGINALARBEITEN (gedruckt, * = geteilte Autorenschaft)

- **Steffen DV**, Werle L, Steffen R, Steffen S: Ambulante Suchtrehabilitation im höheren Lebensalter. *Rehabilitation* 2012, 51, *Rehabilitation* 2012, 51 (5), S. 623-631
- **Steffen DV**, Werle L, Steffen R, Steffen M, Steffen S: Nachhaltigkeit einer ambulanten psychoanalytisch-interaktionellen Suchtrehabilitation. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 2012, 80 (7), S. 394-401
- **Steffen DV**, Werle L, Steffen R, Steffen S: Ambulante Suchtrehabilitation cannabisbezogener Abhängigkeitserkrankungen. *SuchtAktuell* 2012, 3, S. 50-53
- **Steffen R***, **Steffen DV***: Qualitätsmerkmale der berufsbegleitenden ambulanten Suchtrehabilitation. *SuchtAktuell* 2012, 1, S. 78-84

- Missel P. et al. (**Steffen DV**): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 1/2013, S.26-34
- Missel P et al. (**Steffen DV**): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 2012, 1, S. 28-35
- Missel P et al. (**Steffen DV**): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 2011, 1, S. 27-33
- Missel P et al. (**Steffen DV**): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 2010, 1, S. 57-63
- **Steffen, S**, Klein T: Ambulant, teilstationär, stationär – Differenzierte Therapieangebote und deren Indikationsstellung (Indikationskriterien für ambulante Behandlung). In: Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen, Schriftenreihe des Fachverband Sucht e. V. Nr. 23, Geesthacht, Neuland Verlag, 2000
- **Steffen, S**: „Vermittlung wohin?“ Indikationskriterien in der ambulanten Beratung. *SuchtAktuell* 1999, 1

KONGRESSBEITRÄGE UND VORTÄGE

- Heidelberger Kongress 2012 des Fachverband Sucht e. V., Forum 5: Ambulante Suchtrehabilitation cannabisbezogener Abhängigkeitserkrankungen. **Steffen DV** (Präsentation, Abstract)
- Heidelberger Kongress 2012 des Fachverband Sucht e. V, Forum 9: Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker – Abstinenz, Vermittlung und Nachhaltigkeit. **Steffen DV** (Präsentation, Abstract)

- Fachtagung: Neue Wege in der Rehabilitation SHG Kliniken Tiefental, Ianua G. P. S. mbH: Ergebnisqualität in der Suchtrehabilitation. **Steffen DV**
- Heidelberger Kongress 2011 des Fachverband Sucht e. V.: Ambulante Suchtrehabilitation Abhängigkeitserkrankter – Untersuchung zu Einflussvariablen. **Steffen DV** (Präsentation, Abstract)
- Heidelberger Kongress 2010 des Fachverband Sucht e. V.: Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker. **Steffen R** (Präsentation, Abstract)
- Fortbildungsveranstaltung (2x/Jahr, zertifiziert durch die Saarländische Ärztekammer mit 3 CME-Punkten): „Was uns «psychologische» Tests über unsere Rehabilitanden verraten“, „Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker“, „Chronischer Schmerz“, „ADHS – das Zappelphilipp-Syndrom“, „Angsterkrankungen“, „Qualitäten der berufsbegleitenden ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker“, „Neurobiologische Grundlagen der Sucht“, „Co-Abhängigkeit“, „Alkohol und Haschisch – ein Vergleich“, „Der Therapieverbund – auf dem Weg zur Gemeinde“, „Autoimmunerkrankungen und psychische Probleme“

MITGLIEDSCHAFTEN UND ARBEITSGRUPPEN

- **IANUA G. P. S. mbH:** Mitgliedseinrichtung des Fachverbandes Sucht e. V., Bonn
- **Rainer Steffen:** Mitglied des Qualitätszirkels „Ambulante Rehabilitation“ des Fachverbandes Sucht e. V., Bonn (bis 2012)
- **Dr. David Steffen, Sonja Steffen:** Mitglieder des Qualitätszirkels „Ambulante Rehabilitation“ des Fachverbandes Sucht e. V., Bonn
- **Dr. David Steffen:** Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS)
- **Sonja Steffen, Harald Gregorius:** Arbeitskreis „betriebliche Suchtprävention“, Rheinland-Pfalz/Saarland
- **Sonja Steffen, Harald Gregorius:** Arbeitskreis „Sucht“, Saarlouis

Impressum



DR. DAVID V. STEFFEN
davidsteffen@ianua-gps.de



LISA STEFFEN

© 22.04.2013

IANVA

GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE MBH

LISDORFER STRASSE 2
66740 SAARLOUIS
TEL. 06831 - 46 00 55
FAX: 06831 - 46 00 57
WWW.IANUA-GPS.DE
INFO@IANUA-GPS.DE

A M B U L A N T E
B E H A N D L U N G U N D
R E H A B I L I T A T I O N
A B H Ä N G I G K E I T S K R A N K E R
P R Ä V E N T I O N