



GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE MBH

IANVA

Jahresbericht 2013

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 2013 – Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	2
2. Leitbild	4
3. Präventionsarbeit	5
3.1. Einführung und Übersicht	5
3.2. Präventionskurs SEELISCHE GESUNDHEIT	5
3.2.1. Einleitung und Zielsetzung	5
3.2.2. Ziele	5
3.2.3. Initialphase	6
3.2.4. Trainingsphase	6
3.2.5. Eigenaktivitätsphase	6
3.2.6. Refreshertreffen	7
3.2.7. Ausblick	7
4. Beratungsarbeit (Einmalkontakte, 2013)	8
5. Orientierungs- und qualifizierte Entzugsphase (2013)	9
5.1. Patientencharakterisierung	9
5.2. Behandlungsergebnis und Vermittlung in weiterführende Suchtrehabilitation	10
6. Ambulante Suchtrehabilitation Abhängigkeitskranker (2013)	13
6.1. Rehabilitandencharakterisierung	13
6.2. Rehabilitationsverlauf	14
6.3. Rehabilitationsende und Rehabilitandenzufriedenheit	15
7. Einjahreskatamnese des Rehaentlassungsjahrgangs 2012 Abhängigkeitskranker	17
7.1. Charakterisierung der Rehabilitanden und der Katamnesestichprobe	17
7.2. Erreichungs- und Abstinenzquoten	19
8. Kombiniert ambulant-stationäre Suchtrehabilitation (KOMBI Saar) Abhängigkeitskranker (2011-2013)	22
8.1. Rehabilitandencharakterisierung	22
8.2. Rehabilitationsverlauf	23
8.3. Rehabilitationsende und Rehabilitandenzufriedenheit	24
8.4. Erreichungs- und Abstinenzquoten	25
8.5. Zusammenfassung und Ausblick	26
9. Orientierungsphase bei Pathologischem Glücksspiel	27
9.1. Patientencharakterisierung	27
9.2. Behandlungsergebnis und Vermittlung in weiterführende Suchtrehabilitation	28
10. Ambulante Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel	29
11. Einjahreskatamnese bei Pathologischem Glücksspiel	29
12. Fazit 2013	30
13. Publikationen, Kongressbeiträge und Mitgliedschaften	31
13.1. ORIGINALARBEITEN (gedruckt, *= geteilte Autorenschaft)	31
13.2. ORIGINALARBEITEN (im Review)	31
13.3. KONGRESSBEITRÄGE UND VORTRÄGE	32
13.4. MITGLIEDSCHAFTEN UND ARBEITSGRUPPEN	32
13.5. AUSZEICHNUNGEN UND PREISE	33
13.6. Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker: Effekte einer qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung, Steffen et al.	34

1. 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 Motivationsarbeit mit 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 Abhängigkeitskranker. Wir publizieren unsere Forschungsergebnisse und stellen diese auf Fachkongressen zur Diskussion.

IANUA G. P. S. mbH bietet ein umfassendes Präventions-, Behandlungs-, Rehabilitations- und Nachsorgeprogramm an:

- Öffentliche Präventionsarbeit (Schulen, „auf der Straße“, im Rahmen der Aktionswochen)
- Betriebliche Suchtprävention
- Präventionskurs Seelische Gesundheit für Versicherte aller DRVen
- Beratung bzgl. stoffgebundener und stoffungebundener Abhängigkeitserkrankungen
- Ambulante Orientierungsphase und Rehabilitationsvorbereitung
- Qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung als „Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker“ (nach § 140c SGB V)
- Berufsbegleitend ambulante Suchtrehabilitation bei stoffgebundenen Abhängigkeiten
- Berufsbegleitend ambulante Suchtrehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel
- Kombiniert stationär-ambulante Suchtrehabilitation (Modell Kombi-Saar)
- Suchtnachsorge
- Zertifizierte ärztliche Fortbildung (abhängigkeitsbezogen)

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 und der Einjahreskatamnese der ambulanten Suchtrehabilitationseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. (in der jeweils aktuellen Fassung) 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 berufsbegleitenden ambulanten Suchtrehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel finden Sie auf unserer [Internetpräsenz unter Download - Konzepte](#).

In der Zeitschrift **SuchtAktuell** wurde Anfang 2012 ein Leitartikel (Steffen R*, Steffen DV*: Qualitätsmerkmale der berufsbegleitenden ambulanten Suchtrehabilitation. *SuchtAktuell* 2012, 1, S. 78-84) unserer Einrichtung zu den Qualitätsmerkmalen der berufsbegleitend ambulanten Suchtrehabilitation veröffentlicht. Dieser arbeitet die Anforderungen an Struktur- und Qualitätsmerkmale heraus und verbindet diese mit den Vorschriften der Leistungsträger.

Zum Jahreswechsel 2013/2014 erfolgte die Anerkennung unseres Konzeptes zur **berufsbegleitend ambulanten Suchtrehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel** durch die Leistungsträger (federführend durch die DRV Bund). Die erste Rehabilitationsgruppe bei ausschließlich „Pathologischem Glücksspiel“ wird im ersten Quartal 2014 aufgenommen. Wir bieten darüber hinaus eine in sich geschlossene Orientierungsphase, Beratung und Suchtnachsorge an.

Die bereits in 2013 zur Publikation eingereichte Studie **„Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker: Effekte einer qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung“** (Steffen DV et al.) wurde am 12. März 2014 auf der 100. Wissenschaftlichen Jahrestagung des **buss** in Berlin mit dem **Wolfram-Keup-Förderpreis 2014** ausgezeichnet. Herr Dr. David Steffen nahm die Auszeichnung als Hauptautor und stellvertretend für die Einrichtung entgegen. Der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. zeichnet mit diesem Preis alle zwei Jahre die beste wissenschaftliche oder praxisorientierte Arbeit auf dem Gebiet der Entstehung und Behandlung von Missbrauch und Sucht aus. Für uns ist diese Auszeichnung eine große Ehre und Anerkennung unserer fundierten wissenschaftlichen Forschung sowie der innovativen und hochwertigen Behandlungs- und Rehabilitationsangebote.

Herr **Dr. David Steffen**, Sohn des verstorbenen langjährigen ärztlichen Leiters und Mitbegründers der Einrichtung Rainer Steffen (*1953 - †2012), wird im kommenden Jahr nach Facharztanerkennung die ärztliche Leitung der Rehabilitationseinrichtung übernehmen.

2. 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 Führungskräfte 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.

3. Präventionsarbeit

3.1. Einführung und Übersicht

In der Anlage 1 zur "Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen" vom 04.05.2001 werden im Rahmen eines Integrierten Programms der Rehabilitationseinrichtungen Hilfen zur Selbsthilfe und Präventionsangebote gefordert.

IANUA engagiert sich in der gemeindenahen und öffentlichen Präventionsarbeit sowie durch ärztliche Fortbildungen in Bezug auf Präventionsangebote in der Hausarztpraxis und im betriebsärztlichen Dienst.

Seit Ende 2013 ist unser **Präventionskurs SEELISCHE GESUNDHEIT** durch alle Rentenversicherungsträger (federführend durch die DRV Saarland) anerkannt. Grundlage war das gemeinsame Rahmenkonzept **Betsi** (Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern) der DRV Bund, Westfalen und Baden-Württemberg zur frühzeitigen und teilhabeorientierten Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten.

3.2. Präventionskurs SEELISCHE GESUNDHEIT

3.2.1. Einleitung und Zielsetzung

Ziel des Präventionskonzeptes ist es, unter Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Krankheitskonzeptes die Teilhabe am Erwerbsleben zu sichern, bevor eine Minderung oder der Verlust der Erwerbsfähigkeit eingetreten ist und sich eine rehabilitationsrelevante Diagnose entwickelt hat. Die Bewahrung und Verbesserung der Gesundheit ist das primäre Ziel dieses Konzeptes. Dazu gehören eine Stärkung der Kompetenz und der Motivation für gesundheitsförderliches Verhalten sowie die Vermittlung von Informationen und Fähigkeiten zu den Themen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. Darüber hinaus soll der Entwicklung einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, insbesondere von Alkohol und Medikamenten, vorgebeugt und der Tabakkonsum reduziert oder aufgegeben werden. Zusammenhänge zwischen der Lebensführung und der Entstehung und/oder Verschlimmerung von Krankheiten sollen veranschaulicht und mit Bezügen auf den Lebensalltag erläutert werden. Der Kurs ist modular aufgebaut: 1.) Initialphase, 2.) Trainingsphase, 3.) Eigenaktivitätsphase und 4.) Refreshertreffen.

3.2.2. Ziele

Die Präventionsleistungen sollen auf bestehenden Strukturen und Ressourcen aus dem Bereich der Rehabilitation aufgebaut werden. Dadurch können die Versicherten von einer jahrelangen Kompetenz erfahrener Sozialarbeiter, Psychologen und Ärzte des Gebietes Psychiatrie und Psychotherapie profitieren. Die Präventionsleistung soll positive Effekte auf die gesundheitliche Verfassung, die individuelle Lebensführung und die Selbstkompetenz der Teilnehmer haben und eine bessere Bewältigung der Anforderungen des Arbeits- und Berufslebens fördern. Konkret sind folgende Ziele anzustreben:

- die Förderung von Motivation und Aktivität bezüglich eines eigenverantwortlichen und gesundheitsbewussten Verhaltens,

- der Erwerb von Strategien zum Umgang mit körperlicher und psychischer Anspannung,
- die Förderung der Stress- und Konfliktbewältigungsfähigkeit am Arbeitsplatz,
- die Förderung von Bewegung und Körperwahrnehmung,
- die Förderung der Kompetenz zur Bewältigung von Schmerzen und Befindlichkeitsstörungen,
- das Verhindern der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung,
- das Verhindern einer Tabakabhängigkeit und/oder Reduktion bzw. Aufgabe des Tabakkonsums.

3.2.3. Initialphase

In der Initialphase werden die Präventionsleistungen in einer Bezugsgruppe von bis zu 15 Personen erbracht. Diese Phase umfasst sechs Termine zu je 90 Minuten einmal wöchentlich. Zunächst erfolgt eine Information über Ablauf, Inhalt und Ziel der Leistungen. Die bereits im Erstgespräch herausgestellten individuellen Ziele und der vorläufige Präventionsplan werden erneut geprüft und eventuell angepasst. Bereits zu diesem Zeitpunkt werden Indikative Angebote in der nachgelagerten Trainings- und Eigenaktivitätsphase festgelegt. Die Gruppentermine in der Initialphase sind manualisiert und umfassen ein festes inhaltliches Konzept nach dem Salutogeneseprinzip.

3.2.4. Trainingsphase

Die Trainingsphase ist in zwei Blöcke mit Indikativen Angeboten zu je sechsmal 90 Minuten (einmal wöchentlich) unterteilt. Dazwischen erfolgt ein Austausch der Teilnehmer in der Bezugsgruppe mit einer Dauer von 90 Minuten.

In der Trainingsphase stehen die Vermittlung von Strategien und das erfolgreiche Selbstmanagement unter Einbeziehung der theoretischen Grundlagen aus der Initialphase im Vordergrund. Es wird zwischen mehreren inhaltlichen Schwerpunkten unterschieden, die in Modulen erbracht werden. Jeder Teilnehmer nimmt an zweien dieser Module teil. Die Ziele sind immer ganzheitlich auf erforderliche Verhaltens- und Lebensstiländerungen ausgerichtet und sollen die Motivation des Teilnehmers, das vereinbarte Präventionsziel konsequent und in Eigenverantwortung zu verfolgen, stärken. Darüber hinaus ist es notwendig, aktive Mechanismen zur Rückfallprävention in alte, nicht gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu erarbeiten. Im Rahmen jedes einzelnen Moduls und zum Termin der Bezugsgruppe erfolgen die Evaluation des aktuellen Standes sowie theoretische und praktische Anweisungen zum weiteren eigenständigen Üben. Die Module teilen sich auf in Gesundheitsbildung, Körperwahrnehmung/Schmerzlindeung, Suchtprävention und Arbeitsplatzmanagement. An das Ende der Trainingsphase schließt sich eine weitere 90-minütige Bezugsgruppe an. Während dieses Termins stehen die Rückmeldung bisher erreichter Veränderungen und eine positive Verstärkung im Vordergrund. Darüber hinaus soll der Teilnehmer eigene Erfolge und seine Ziele benennen können. Es erfolgt eine konkrete Rückmeldung bezüglich der Umsetzung der vermittelten Ansätze zu Verhaltens- und Lebensstiländerung im eigenverantwortlichen Lebensalltag. Dies dient als Vorbereitung auf die Eigenaktivitätsphase.

3.2.5. Eigenaktivitätsphase

In der Eigenaktivitätsphase werden die bisher etablierten Ansätze und Veränderungen im eigenverantwortlichen Lebensalltag umgesetzt. Die Kompetenzen zu einer gesunden Lebensführung müssen von den Teilnehmenden selbstständig trainiert und nachhaltig gefördert werden. Die Eigenaktivitätsphase umfasst acht Wochen.

3.2.6. Refreshertreffen

Nach der Eigenaktivitätsphase erfolgt ein 90-minütiger Termin in der Bezugsgruppe „Refreshertreffen“. Dieser dient der Auffrischung des zuvor Erlernten sowie der Unterstützung bei der Bewältigung von Umsetzungshindernissen. Durch den zuvor etablierten Gruppenprozess und die Vertrautheit können auch Verfehlungen von erarbeiteten Zielen weitestgehend schamfrei berichtet und bearbeitet werden. Die positive Rückmeldung und die Stärkung im Gruppengefüge dienen der weiteren Motivation zur kontinuierlichen Präventionsarbeit jedes Einzelnen. Der Gruppe wird der Vorschlag eines eigenständigen Treffens nach Ende der Präventionsleistung im Sinne einer Auffrischungs- und Selbsthilfegruppe z. B. alle drei bis sechs Monate im freundschaftlich-gemütlichen Rahmen gemacht. Ein Abschlussbericht zum Ende dieser Eigenaktivitätsphase komplettiert die Dokumentation gegenüber dem Rentenversicherungsträger.

3.2.7. Ausblick

Die Umsetzung des Präventionskurses Seelische Gesundheit wird in der ersten Jahreshälfte 2014 beginnen. Vorbereitungen und Weichenstellung mit den potentiellen Zuweisern (v. a. Betriebsärzten) sind in vollem Gange. Erste statistische Auswertungen der Anlauf- und Evaluationsphase erwarten wir zum Jahresbericht 2014.

4. Beratungsarbeit (Einmalkontakte, 2013)

Die Suchtberatung ist eine der vielfältigen Aufgaben ambulanter Suchtrehabilitationseinrichtungen. **IANUA** hält ein Beratungsangebot für alle Abhängigkeitserkrankungen (stoffgebunden und stoffungebunden) vor. Die Beratung grenzt sich jedoch von der Behandlungs- und Orientierungsphase dadurch ab, dass lediglich ein Beratungsgespräch geführt wird. Der Übergang in eine qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung oder unsere Orientierungsphase wird immer angestrebt.

Tabelle 1: Patientencharakterisierung in der Beratungsarbeit

Merkmal	M n=36	W n=24	GESAMT n=60	Statistik
Alkoholabhängigkeit	52,8%	45,8%	50,0%	CHI2=18,5 p<0,05
Opiatabhängigkeit	5,6%	0,0%	3,3%	
Cannabisabhängigkeit	11,1%	4,2%	8,3%	
Sedativaabhängigkeit	0,0%	20,8%	8,3%	
Stimulantienabhängigkeit	2,8%	0,0%	1,7%	
Abhängigkeit v. Psychotr. Subst.	0,0%	12,5%	5,0%	
Polytoxikomanie	22,2%	12,5%	18,3%	
Pathologisches Glücksspiel	5,6%	0,0%	3,3%	
Alter (Jahre)	35,5±11,4	48,0±15,2	40,5±14,3	p<0,01
Alleinstehend	27,8%	54,4%	38,3%	CHI2=4,13 p<0,05
Feste Beziehung	61,1%	37,5%	51,7%	
Verheiratet (zusammenlebend)	25,0%	29,2%	26,7%	CHI2=14,7 p<0,05
Geschieden	11,1%	20,8%	15,0%	
Verwitwet	0,0%	25,0%	10,0%	
Erwerbstätig	61,0%	20,9%	45,0%	CHI2=19,6 p<0,05
Erwerbslos (Alo I/II)	25,0%	33,3%	28,3%	
Rentner/in	2,8%	25,0%	11,7%	
Problematische Schulden > 10.000€	13,7%	4,2%	10,0%	p>0,05
Bisher kein Schulabschluss	5,4%	0,0%	3,4%	p>0,05
Hauptschulabschluss	44,4%	70,8%	55,0%	
Realschulabschluss	30,6%	8,3%	21,7%	
Hochschulreife/Fachabitur	8,3%	16,7%	11,7%	
Keine Berufsausbildung	25,0%	25,0%	25,0%	p>0,05
Lehre	55,6%	70,8%	61,7%	
Meister/Techniker	5,6%	0,0%	3,3%	
Hochschulabschluss	2,8%	0,0%	1,7%	
Vorbehandlung: ambl. Reha	8,3%	16,6%	11,7%	p>0,05
Vorbehandlung: stat. Reha	22,2%	25,0%	23,3%	p>0,05
Alter bei Erstkonsum (Jahre)	16,1±8,0	24,0±15,8	19,2±12,3	p<0,05
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	16,9±12,9	25,1±22,3	20,1±17,6	p>0,05
Belastungsindex (schlechte Prognose [%])	4,0±2,7 (46,5)	3,6±2,2 (28,5)	3,9±2,5 (40,5)	p>0,05

5. Orientierungs- und qualifizierte Entzugsphase (2013)

Die Orientierungsphase ist Teil des deutschen Suchtversorgungssystems und überwiegend in Beratungsstellen lokalisiert. Sie ist leistungsrechtlich nicht einheitlich geregelt und wird üblicherweise nicht vergütet. Nach dem Sozialgesetzbuch sind diese Leistungen jedoch eindeutig den gesetzlichen Krankenkassen zugeordnet. Mittlerweile konnte **IANUA** mit vielen Krankenkassen Kooperationsvereinbarungen bzw. Verträge zur Integrierten Versorgung Abhängigkeitskranker abschließen. Dies ermöglicht einerseits eine leistungsrechtliche Finanzierung der Orientierungsphase, andererseits die Verbesserung der Versorgung der Patienten durch eine Vernetzung mit der psychiatrisch-fachärztlichen Behandlung, den Hausärzten und dem Fallmanagementsystem der Krankenkassen.

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^{1,2}. Stationäre qualifizierte Entzugsprogramme vermitteln in 5-25% der Fälle mit Antrittsquoten von 50%, d. h. 12,5% aller Patienten treten die Suchtrehabilitation an. Suchtberatungsstellen vermitteln im Schnitt 6,9% ihrer Klienten in eine Suchtrehabilitationsbehandlung.

5.1. Patientencharakterisierung

In diesem Abschnitt werden alle Patienten betrachtet, die im Jahr 2013 ihre Orientierungsphase beendeten (n=215). Diese verteilten sich auf 151 Männer (70,2%) und 64 Frauen (29,8%). Patienten, die nur einen Kontakt wahrgenommen hatten, fallen unter die Beratungsarbeit.

Es zeigte sich ein typisches Rehabilitandenkollektiv für unsere Einrichtung (vgl. Tabelle). Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren für Beziehungsstatus, Erwerbstätigkeit, Alter bei Erstkonsum und Diagnoseverteilung zu finden. Frauen waren seltener alkohol-, dafür häufiger medikamentenabhängig und erwerbstätig. Sie waren jeweils häufiger verheiratet, geschieden und verwitwet und älter bei Behandlungsbeginn sowie beim Erstkonsum des Suchtmittels.

Die Diagnoseverteilung auf ca. 50-55% Alkoholabhängigkeit, 20% Polytoxikomanie und die weiteren Abhängigkeitsdiagnosen sind typisch für unsere Einrichtung. Weiterhin sind die Patienten ausreichend sozial eingebunden (54,4% feste Partnerschaft) und überwiegend erwerbstätig (54,4%). Die Erwerbslosigkeit (Alo I/II) war mit 23,4% relativ niedrig, jedoch deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Der Belastungsindex als Maß der Abhängigkeitsschwere mit einem Mittelwert von $3,8 \pm 2,1$ errechnete für 37,2% eine schlechte Prognose. Unter Berücksichtigung der sozialen Daten handelte es sich um langjährig chronifizierte, häufig mehrfach abhängige Rehabilitanden, für die nur in 62,8% der Fälle eine günstige Prognose zu stellen war (Belastungsindex <5).

¹ Schwoon DR, Schulz P, Höppner H. Qualifizierte Entzugsbehandlung für Alkoholranke in der Innere Medizin. *Suchttherapie*. 2002; 3-6.

² 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.

Die Abhängigkeitserkrankung bestand mit $18,3 \pm 14,2$ Jahren bereits sehr lange; 13,1% der Rehabilitanden gaben eine ambulante und 19,2% eine stationäre Suchtrehabilitationsbehandlung in der Vorgeschichte an.

Tabelle 2: Patientencharakterisierung Abhängigkeitskranker in der Orientierungsphase

Merkmal	M n=151	W n=64	GESAMT n=215	Statistik
Alkoholabhängigkeit	57,0%	48,4%	54,4%	CHI2=18,4 p<0,05
Opiatabhängigkeit	0,7%	3,1%	1,4%	
Cannabisabhängigkeit	13,2%	6,3%	11,2%	
Sedativaabhängigkeit	2,6%	4,7%	3,3%	
Stimulantienabhängigkeit	4,0%	3,1%	3,7%	
Abhängigkeit v. Psychotr. Subst.	4,6%	18,8%	8,8%	
Polytoxikomanie	15,8%	15,6%	15,9%	
Alter (Jahre)	40,7±13,2	46,7±12,4	42,5±13,2	p<0,01
Alleinstehend	41,7%	32,8%	39,1%	p>0,05
Feste Beziehung	51,7%	60,9%	54,4%	
Verheiratet (zusammenlebend)	24,5%	35,9%	27,9%	CHI2=25,9 p<0,001
Geschieden	16,6%	23,4%	18,6%	
Verwitwet	1,3%	10,9%	4,2%	
Erwerbstätig	59,0%	43,7%	54,4%	CHI2=44,4 p<0,001
Erwerbslos (Alo I/II)	25,2%	18,7%	23,4%	
Rentner/in	4,6%	14,1%	7,4%	
Problematische Schulden >10.000€	12,6%	7,8%	11,1%	p>0,05
Bisher kein Schulabschluss	7,3%	0,0%	5,1%	CHI2=15,7 p<0,01
Hauptschulabschluss	54,3%	48,4%	52,6%	
Realschulabschluss	19,2%	32,8%	23,3%	
Hochschulreife/Fachabitur	18,5%	12,5%	16,7%	
Keine Berufsausbildung	26,5%	31,2%	27,9%	p>0,05
Lehre	60,9%	64,1%	61,9%	
Meister/Techniker	4,6%	0,0%	3,3%	
Hochschulabschluss	7,9%	4,7%	7,0%	
Vorbehandlung: ambl. Reha	14,6%	9,4%	13,1%	p<0,05
Vorbehandlung: stat. Reha	21,2%	14,1%	19,2%	p<0,05
Alter bei Erstkonsum (Jahre)	16,8±8,1	20,5±10,6	17,9±9,1	p>0,05
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	18,2±13,7	18,6±15,4	18,3±14,2	p<0,01
Belastungsindex (schlechte Prognose [%])	4,0±2,2 (40,1)	3,5±1,8 (30,0)	3,8±2,1 (37,2)	p>0,05

5.2. Behandlungsergebnis und Vermittlung in weiterführende Suchtrehabilitation

Die Orientierungs- und qualifizierte Entzugsphase dauerte durchschnittlich $43,8 \pm 36,5$ Tage. Bei regulärer Beendigung, d. h. mit Beginn einer Suchtrehabilitationsmaßnahme, verlängerte sich die

Behandlungsdauer signifikant ($p < 0,001$) auf $57,2 \pm 42,3$ Tage bei durchschnittlich 11 Patientenkontakten (5 Einzel- und 6 Gruppentermine) in unserer Einrichtung. Es wurden signifikant mehr Patienten in eine ambulante Suchtrehabilitation (45,8%) vermittelt als in stationäre (3,7%) oder kombiniert stationär-ambulante (0,9%) Rehabilitationsformen. Ebenso wurden Männer tendenziell häufiger in Rehabilitation vermittelt. Die Gesamtvermittlungsquote in Rehabilitation von 50,5% übertraf qualifizierte stationäre Entzugsprogramme und die Beratungsstellenarbeit bei weitem. Diese hohen Vermittlungsquoten unserer Einrichtung sind bereits über Jahre stabil.

Tabelle 3: Kontaktzahlen und Vermittlung in Rehabilitation in Abhängigkeit vom Geschlecht bzw. der Vermittlung

Merkmal	M n=151	W n=64	GESAMT n=215	Statistik
Einzelkontakte	4,2±2,1	3,9±1,7	4,1±1,9	p>0,05
Gruppenkontakte	4,2±2,9	4,2±2,8	4,2±2,8	p>0,05
Behandlungsdauer (Tage)	42,2±27,7	47,6±51	43,8±36,5	p>0,05
Vermittlung in Reha	51,3%	48,4%	50,5%	CHI2=3,86 p>0,05
- Ambulante Reha	45,4%	46,9%	45,8%	
- Stationäre Reha	5,3%	0,0%	3,7%	
- Kombi-Reha	0,7%	1,6%	0,9%	
Keine Vermittlung	48,7%	51,6%	49,5%	
Merkmal	Vermittelt n=108	Nicht verm. n=107	GESAMT n=215	Statistik
Einzelkontakte	5,1±1,6	3,2±1,8	4,1±1,9	p<0,001
Gruppenkontakte	5,9±2,5	2,5±2,1	4,2±2,8	p<0,001
Behandlungsdauer (Tage)	57,2±42,3	30,2±22,4	43,8±36,5	p<0,001

Tabelle 4: Vermittlung in Rehabilitation in Abhängigkeit von der Versorgungsgrundlage und der Krankenkasse

Merkmal	Keine Vermittlung n=107	Vermittlung in Reha n=109	Vermittl. in ambul. Reha n=99	Verm. stat./ Kombi-Reha n=10	Statistik
Integrierte Versorgung (n=86)	46,5%	53,5%	48,8%	4,7%	p>0,05 innerhalb IV & Managed Care
- AOK (n=46)	52,1%	47,9%	45,7%	2,2%	
- BKKen (n=28)	39,3%	60,7%	53,6%	7,1%	
- DAK (n=12)	41,7%	58,3%	50%	8,3%	p<0,05 vs. kein Programm
Managed Care (IKK, n=41)	43,9%	56,1%	46,3%	9,7%	
Kein Versorgungsprogramm (n=89)	55,5%	44,5%	42,7%	1,8%	

Die Behandlung im Rahmen eines strukturierten Versorgungskonzeptes („Integrierte Versorgung Abhängigkeitserkrankungen“ mit der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, DAK Gesundheit und dem BKK Landesverband Mitte oder „Kooperationsvereinbarung Abhängigkeitskranker“ mit der IKK Südwest) führte zu signifikant besseren Behandlungsergebnissen und Vermittlungsquoten in eine anschließende Suchtrehabilitationsmaßnahme (54,3% vs. 44,5%, $p < 0,05$).

Unter den beteiligten Krankenkassen der Integrierten Versorgung sind die Vermittlungsquoten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland in Suchtrehabilitation deskriptiv, jedoch nicht statistisch signifikant, am geringsten. Es zeigte sich ein prognostisch ungünstigeres Versichertenkollektiv der AOK gegenüber allen anderen Krankenkassen mit längerer Abhängigkeitsdauer ($18,2 \pm 15,5$ vs. $15,7 \pm 13,2$ Jahre, $p > 0,05$) und signifikant höheren Arbeitslosenquoten ($32,6\%$ vs. $11,1\%$, $\text{CHI}^2 = 13,3$, $p < 0,01$). Diese signifikant abweichenden Merkmale führten zu den nicht signifikant schlechteren Behandlungsergebnissen. Keine Unterschiede zeigten sich beim Belastungsindex, der Partnerbeziehung, den problematischen Schulden (tendenziell sogar seltener) und der Verteilung der Hauptdiagnosen.

Weder die Hauptdiagnose, die Erwerbssituation (v. a. Arbeitslosigkeit), der Familienstand, die Höhe der problematischen Schulden, der Belastungsindex noch die Versorgungsstruktur (Integrierte Versorgung nach §140b SGB V, Managed Care-Programme) hatten einen signifikanten prädiktiven Wert auf die Vermittlung in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme. Die Versorgungsstruktur verfehlte mit $p = 0,056$ und einem β -Koeffizienten von 0.137 („kleiner positiver Effekt“) nur knapp das Signifikanzniveau. Eigene Untersuchungen mit größeren Stichproben konnten jedoch einen signifikanten Einfluss der Versorgungsstruktur und der analytisch-interaktionellen Behandlungsmethode zeigen³. Die Bedeutung der Integrierten Versorgung Abhängigkeitserkrankungen auf die Versorgungsstruktur und Ergebnisqualität ist durch die Ehrung mit dem Wolfram-Keup-Förderpreis 2014 erneut unterstrichen worden (vgl. Punkt 13.5).

³ **Steffen DV**, Steffen L, Steffen S: Qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung (IV Abhängigkeitskranker). *Im Review*

6. Ambulante Suchtrehabilitation Abhängigkeitskranker (2013)

6.1. Rehabilitandencharakterisierung

Die folgende Auswertung bezieht sich auf alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden⁴, die im Jahr 2013 ihre ambulante Suchtrehabilitation (n=101) beendeten. Insgesamt nahmen 63 Männer (62,4%) und 38 Frauen (37,6%) an der ambulanten Rehabilitationsbehandlung teil.

Tabelle 5: Rehabilitandencharakterisierung bei Rehabilitationsbeginn

Merkmal	M n=63	W n=38	GESAMT n=101	Statistik
Alkoholabhängigkeit	66,7%	50,0%	60,4%	CHI2=17,2 p<0,01
Opiatabhängigkeit	0,0%	0,0%	0,0%	
Cannabisabhängigkeit	12,7%	2,6%	8,9%	
Sedativaabhängigkeit	1,6%	5,3%	3,0%	
Stimulantienabhängigkeit	1,6%	7,9%	4,0%	
Abhängigkeit v. Psychotr. Subst.	0,0%	15,8%	5,9%	
Polytoxikomanie	17,5%	18,4%	17,8%	
Alter (Jahre)	43,0±13,3	44,8±12,2	43,7±12,8	p>0,05
Alleinstehend	52,4%	47,4%	50,5%	p>0,05
Feste Beziehung	42,9%	47,4%	44,6%	
Verheiratet (zusammenlebend)	22,2%	34,2%	26,7%	CHI2=10,1 p<0,05
Geschieden	17,5%	21,1%	18,8%	
Verwitwet	3,2%	10,5%	5,9%	
Erwerbstätig	61,9%	47,3%	56,5%	CHI2=22,1 p<0,01
Erwerbslos (Alo I/II)	22,2%	21,0%	21,8%	
Rentner/in	9,5%	10,5%	9,9%	
Problematische Schulden >10.000€	6,4%	7,9%	7,0%	p>0,05
Bisher kein Schulabschluss	3,2%	2,6%	3,0%	p>0,05
Hauptschulabschluss	54,0%	47,4%	51,5%	
Realschulabschluss	15,9%	31,6%	21,8%	
Hochschulreife/Fachabitur	22,2%	18,4%	20,8%	
Keine Berufsausbildung	23,8%	23,7%	23,8%	p>0,05
Lehre	61,9%	65,8%	63,4%	
Meister/Techniker	6,3%	0,0%	4,0%	
Hochschulabschluss	1,6%	5,3%	3,0%	
Vorbehandlung: ambl. Reha	14,3%	15,8%	14,9%	p>0,05
Vorbehandlung: stat. Reha	17,5%	5,4%	12,9%	p>0,05
Alter bei Erstkonsum (Jahre)	16,8±6,6	20,0±9,4	17,9±7,9	p<0,05
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	17,2±9,6	15,3±9,4	16,5±9,6	p>0,05
Belastungsindex (schlechte Prognose [%])	4,1±2,0 (46,6)	3,6±2,2 (31,0)	3,9±2,1 (38,1)	p>0,05

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

Es zeigte sich ein typisches Rehabilitandenkollektiv für unsere Einrichtung (vgl. Tabelle 5). Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren für Beziehungsstatus, Erwerbstätigkeit, Alter bei Erstkonsum und Diagnoseverteilung zu finden. Frauen waren seltener alkohol-, dafür häufiger medikamentenabhängig und erwerbstätig. Sie waren jeweils häufiger verheiratet, geschieden und verwitwet und älter beim Erstkonsum des Suchtmittels.

Die Diagnoseverteilung auf ca. 55-60% Alkoholabhängigkeit, 20% Polytoxikomanie und die weiteren Abhängigkeitsdiagnosen sind typisch für unsere Einrichtung. Weiterhin waren die Rehabilitanden mäßig sozial eingebunden (44,6% feste Partnerschaft) und überwiegend erwerbstätig (56,5%). Die Erwerbslosigkeit (Alo I/II) war mit 21,8% im Vergleich zur stationären Suchtrehabilitation relativ niedrig. Der Belastungsindex als Maß der Abhängigkeitsschwere mit einem Mittelwert von $3,9 \pm 2,1$ errechnete für 38,1% eine schlechte Prognose. Unter Berücksichtigung der sozialen Daten handelte es sich um langjährig chronifizierte, häufig mehrfach abhängige Rehabilitanden, für die nur in 61,9% der Fälle eine günstige Prognose zu stellen war (Belastungsindex < 5). Es war eine hohe Komorbidität festzustellen, diese wurde jedoch nur verschlüsselt, wenn sie rehabilitationsrelevant war. Bei 17,8% bestand eine Dysthymia, bei 15,9% eine Persönlichkeitsstörung, bei 5% eine Angststörung, bei 2% eine Anpassungsstörung und bei 1% eine Intelligenzminderung. 2% der Rehabilitanden waren an einer ethyltoxischen Leberzirrhose (Child B-C) erkrankt.

6.2. Rehabilitationsverlauf

Bei fast allen Rehabilitanden erfolgte die Aufnahme in die berufsbegleitend ambulante Suchtrehabilitation suchtmittelfrei (94,1%). Die Behandlungsdauer und Kontaktanzahl unterschied sich nicht signifikant zwischen den Geschlechtern, wohl aber in Abhängigkeit von der Art der Beendigung. So war die durchschnittliche Behandlungsdauer bei regulärer Beendigung doppelt so lang ($345,7 \pm 98$ Tage vs. $116,4 \pm 91,8$ Tage, $p < 0,001$) und es wurden signifikant mehr Termine wahrgenommen (114 vs. 31, $p < 0,001$).

Tabelle 6: Rehabilitationsverlauf

Merkmal	M n=63	W n=38	GESAMT n=101	Statistik
Suchtmittelfrei bei Aufnahme	93,7%	94,7%	94,1%	$p > 0,05$
Kein Suchtmittelkonsum während Reha	57,1%	71,1%	62,4%	$p > 0,05$
Einmaliger Suchtmittelkonsum	20,6%	13,2%	17,8%	
Zweimaliger Suchtmittelkonsum	22,2%	15,8%	19,8%	
Einzelkontakte	$7,7 \pm 5,2$	$8,6 \pm 4,8$	$8,0 \pm 5,1$	$p > 0,05$
Gruppenkontakte	$70,2 \pm 42,7$	$74,2 \pm 42,1$	$71,2 \pm 42,5$	$p > 0,05$
Angehörigenkontakte	$6,1 \pm 4,8$	$6,2 \pm 5,1$	$6,1 \pm 4,9$	$p > 0,05$
Rehabilitationsdauer (Tage)	$258,7 \pm 143,5$	$290,8 \pm 146,0$	$262,9 \pm 146,3$	$p > 0,05$
Tabakkonsum zum Rehabilitationsbeginn	61,9%	50,0%	57,4%	$p > 0,05$
Ø Tabakkonsum zum Rehabeginn	$23,4 \pm 9,1$	$23,1 \pm 7,1$	$23,3 \pm 8,4$	$p < 0,01$ t1 vs. t2
Ø Tabakkonsum zum Rehaende	$20,0 \pm 8,3$	$19,8 \pm 8,4$	$19,9 \pm 8,2$	

Die Einbeziehung der Angehörigen oder wichtigen Bezugspersonen in die Rehabilitationsbehandlung ist von immenser Bedeutung für den Rehabilitationserfolg. Verfestigte Beziehungsschemata und Konfliktsituationen (nach dem Konzept der High Expressed Emotions) sowie das co-süchtige Verhalten tragen entscheidend zur Aufrechterhaltung der Abhängigkeitserkrankung und zur Erhöhung des Rückfallrisikos bei. Daher ist die Angehörigenarbeit in Einzelterminen und zu Wochenendseminaren (dreimal während einer Rehabilitation) fester Bestandteil unseres Rehabilitationskonzeptes. Wir bieten aufgrund der hohen Relevanz in Krisen oder bei Notwendigkeit Angehörigenleistungen auch über die bewilligte Höchstgrenze an. Es besteht eine enge Kooperation zu einer ärztlich-psychotherapeutisch geleiteten Co-Sucht-Gruppe, in die Angehörige bei Bedarf vermittelt werden können.

Bei 70,3% unserer Rehabilitanden konnten Angehörige oder wichtige Bezugspersonen in die Rehabilitation eingebunden werden. Rehabilitanden mit frühem Abbruch (vor dem ersten Wochenendseminar) drückten die Erreichungsquote. 33,7% nahmen Einzeltermine mit Angehörigen wahr und 64,4% nahmen an den (Gruppen-)Wochenendseminaren teil. Insgesamt wurden über alle Rehabilitanden im Durchschnitt $6,1 \pm 4,9$ Angehörigenleistungen (50 min. „Einzel“, 100 min. „Gruppe“) erbracht.

62,4% der Rehabilitanden beendeten die Rehabilitation durchgehend abstinent, 17,8% waren einmal rückfällig geworden. Zwei Rückfälle waren bei 19,8% nachzuweisen; dann wurde die Rehabilitation unsererseits beendet oder bei guter Prognose nach einer vierwöchigen stationären Rückfallaufarbeitung (St.A.R.S.) fortgeführt.

Wir arbeiten in der Rehabilitation immer auf die Nikotinabstinenz hin und bieten in einer Indikativen Gruppe ein strukturiertes Nikotinentwöhnungsprogramm und ärztliche Unterstützung an. 57,4% der Rehabilitanden konsumierten zu Beginn der Rehabilitation Tabak; der Tabakkonsum reduzierte sich während der Rehabilitation von durchschnittlich $23,3 \pm 8,4$ auf $19,9 \pm 8,2$ Zigaretten pro Tag ($p < 0,01$) bei nicht signifikant steigenden Abstinenzraten (+15%).

6.3. Rehabilitationsende und Rehabilitandenzufriedenheit

Tabelle 7: Rehabilitationsbeendigung

Merkmal	M n=63	W n=38	GESAMT n=101	Statistik
Planmäßige Beendigung	63,5%	73,7%	67,3%	p>0,05
Unplanmäßige Beendigung	36,5%	26,3%	32,7%	
Arbeitsfähig bei Entlassung	68,3%	63,2%	66,3%	p>0,05
Arbeitsunfähig bei Entlassung	4,8%	0,0%	3,0%	
Beurteilung nicht erforderlich	26,9%	36,8%	43,4%	
Problematik - erfolgreich	55,6%	55,3%	55,4%	p>0,05
Problematik - gebessert	22,2%	23,7%	22,8%	
Problematik - unverändert	17,5%	21,1%	18,8%	
Problematik - verschlechtert	4,8%	0,0%	3,0%	
Zufriedenheitsbogen (ZUF-8)	$27,6 \pm 4,6$	$28,2 \pm 4,6$	$27,9 \pm 4,5$	p>0,05

67,3% der Rehabilitanden wurden planmäßig entlassen, lediglich 3,0% waren zum Rehabilitationsende interkurrent arbeitsunfähig. Die Erwerbsfähigkeit wurde für alle Rehabilitanden wiederhergestellt oder gesichert. 55,4% wurden „erfolgreich“ (abstinent und Erreichen aller Rehabilitationsziele) entlassen und 22,8% „gebessert“ (abstinent, aber nicht alle Rehabilitationsziele erreicht).

Die Ergebnisse unserer ambulanten Suchtrehabilitation sind über Jahre stabil und als überdurchschnittlich gut einzustufen⁵. Die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit unserer Einrichtung im ZUF-8 ist als hoch einzustufen ($M/SD: 27,9 \pm 4,5$) und unterscheidet sich nicht signifikant von der Zufriedenheit mit anderen Rehabilitationsformen (orthopädische, psychosomatische, kardiologische und onkologische Rehabilitation).

⁵ Steffen et al.: Nachhaltigkeit einer ambulanten psychoanalytisch-interaktionellen Suchtrehabilitation. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 2012, 80 (7), S. 394-401

7. Einjahreskatamnese des Rehaentlassungsjahrgangs 2012 Abhängigkeitskranker

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 Abhängigkeitskranker geschaffen worden.

Die katamnestiche 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. Seit dem Entlassungsjahrgang 2008 werden einrichtungsübergreifende Ergebnisse nach einer berufsbegleitend ambulanten Suchtrehabilitation durch den Fachverband Sucht e. V. (Bonn) veröffentlicht⁶. **IANUA** G. P. S. mbH beteiligt sich stets an der Katamneseauswertung des Fachverbandes Sucht e. V. durch eine Datenlieferung 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 2012 entlassenen Rehabilitanden (n=106) 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 Erinnerungsanschreiben 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 wurden in dieser Katamnese nicht berücksichtigt.

7.1. Charakterisierung der Rehabilitanden und der Katamnese Stichprobe

Die katamnestiche Erreichungsquote betrug 60,4%. 66% der Rehabilitanden waren männlich, 34% weiblich. Die Geschlechterverteilung bei Katamneseantwortern und -nichtantwortern war gleich. Die differenzierten Merkmale sind in Tabelle 8 dargestellt.

⁶ 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

Tabelle 8: Rehabilitandencharakterisierung in der Einjahreskatamnese

Merkmal	Kein Katamnese- antworter n=42	Katamnese- antworter n=64	GESAMT n=106	Statistik
Männlich	66,7%	65,6%	66,0%	p>0,05
Weiblich	33,3%	34,4%	44,0%	
Alkoholabhängigkeit	54,8%	65,6%	61,3%	p>0,05
Opiatabhängigkeit	2,4%	1,6%	1,9%	
Cannabisabhängigkeit	7,1%	4,7%	5,7%	
Sedativaabhängigkeit	7,1%	0,0%	2,8%	
Stimulantienabhängigkeit	0,0%	1,6%	0,9%	
Abhängigkeit v. Psychotr. Subst.	7,1%	1,6%	3,8%	
Polytoxikomanie	21,4%	25,0%	23,6%	
Alter (Jahre)	42,6±12,6	44,5±13,1	43,7±12,8	
Alleinstehend	28,6%	34,4%	32,1%	p>0,05
Feste Beziehung	69,0%	60,9%	64,2%	
Verheiratet (zusammenlebend)	35,7%	42,2%	39,6%	p>0,05
Geschieden	16,7%	10,9%	13,2%	
Verwitwet	4,8%	1,6%	2,8%	
Erwerbstätig	64,3%	62,5%	63,2%	p>0,05
Erwerbslos (Alo I/II) Rehabeginn	19,0%	21,9%	20,7%	
Erwerbslos (Alo I/II) Rehaende	21,4%	20,3%	20,8%	
Erwerbslos (Alo I/II) Katamnese		14,1%		
Rentner/in	7,1%	9,4%	8,5%	
Problematische Schulden >10.000€	19,1%	18,8%	18,9%	p>0,05
Bisher kein Schulabschluss	4,8%	0,0%	1,8%	p>0,05
Hauptschulabschluss	50,0%	57,8%	54,7%	
Realschulabschluss	19,0%	23,4%	54,7%	
Hochschulreife/Fachabitur	23,8%	15,6%	18,9%	
Keine Berufsausbildung	26,2%	9,4%	16,0%	CHI2=11,2 p<0,05
Lehre	52,4%	79,7%	68,9%	
Meister/Techniker	2,4%	4,7%	3,8%	
Hochschulabschluss	9,5%	3,1%	5,7%	
Vorbehandlung: ambl. Reha	11,9%	17,2%	15,1%	p>0,05
Vorbehandlung: stat. Reha	19,1%	6,3%	11,3%	p>0,05
Alter bei Erstkonsum (Jahre)	17,7±6,5	17,7±6,4	17,7±6,4	p>0,05
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	16,8±9,7	16,8±9,8	16,8±9,8	p>0,05
Belastungsindex (schlechte Prognose [%])	4,0±1,8 (41,2)	4,8±2,3 (50,0)	4,5±1,9 (47,2)	p>0,05

Es ergaben sich zwischen den Katamneseantwortern und -nichtantwortern lediglich bzgl. des Berufsausbildungsstandes signifikante Unterschiede. Katamneseantworter hatten häufiger eine abgeschlossene Lehre und weniger häufig einen Meister- oder Hochschulabschluss. Die Diagnoseverteilung auf ca. 55-60% Alkoholabhängigkeit, 25% Polytoxikomanie und die weiteren

Abhängigkeitsdiagnosen sind typisch für unsere Einrichtung. Weiterhin sind die Rehabilitanden gut sozial eingebunden (60,9% feste Partnerschaft) und überwiegend in Erwerbstätigkeit (63,2%). Unter den Katamneseantwortern nahm die Erwerbslosigkeit (Alo I/II) über die Rehabilitationsdauer und den Katamnesezeitraum von 21,9% auf 14,1% ab ($p > 0,05$). Bei 72,6% der Rehabilitanden konnten die Angehörigen strukturiert in Form von Einzel- (70,8%) und Gruppenkontakten (30,2%) mit einbezogen werden. Die durchschnittliche Rehabilitationsdauer betrug 264 ± 141 Tage. In dieser Zeit wurden $8,2 \pm 4,3$ Einzel-, $70,1 \pm 40,4$ Gruppen- und $6,1 \pm 4,8$ Angehörigenleistungen wahrgenommen.

Der Belastungsindex als Maß der Abhängigkeitsschwere war bei Katamneseantwortern deskriptiv höher und stellte für jeden zweiten Rehabilitanden eine schlechte Prognose (20,0% vs. 41,2%). Auch unter Berücksichtigung der relativ günstigen sozialen Daten handelte es sich um langjährig chronifizierte, häufig mehrfach abhängige Rehabilitanden, für die nur in 52,8% der Fälle eine günstige Prognose zu stellen war (Belastungsindex < 5). Es war eine hohe Komorbidität festzustellen, diese wurde jedoch nur verschlüsselt, wenn sie rehabilitationsrelevant war. Bei 8,5% bestand eine Dysthymia, bei 3,6% eine Anpassungsstörung, bei 11,3% eine Persönlichkeitsstörung und jeweils bei 1% eine Psychose und eine Intelligenzminderung. 2% der Rehabilitanden waren an einer ethyltoxischen Leberzirrhose (Child B-C) erkrankt.

7.2. Erreichungs- und Abstinenzquoten

Die Berechnung der Abstinenzquoten (1-4) erfolgte nach den Standards der DGSS (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie)^{7,8,9}. Rehabilitanden, für die keine oder nur widersprüchliche Angaben aus der katamnестischen 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.

Die günstigste Berechnungsform bezieht sich auf die Anzahl der Katamneseantworter (DGSS1), die ihre ambulante Suchtrehabilitation planmäßig abgeschlossen hatten. Es zeigte sich dabei eine

⁷ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.). Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg 1992: Lambertus.

⁸ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung Abhängigkeitskranker. *SUCHT* 2001, 47. Jahrgang, Sonderheft 2

⁹ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.). Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg 1985: Lambertus

Abstinenzquote von 86,8% für die durchgehende und von 11,3% für die nach Rückfall neu erreichte Abstinenz. Nur 1,9% der planmäßig entlassenen und erreichten Rehabilitanden waren im Katamnesezeitraum rückfällig.

Es konnten immerhin 73,6% der planmäßig beendeten Rehabilitanden (DGSS2) erreicht werden; erfolgreich (abstinent/abstinent nach Rückfall) behandelt waren 68,1%.

Die katamnestiche Abstinenzquote (abstinent/abstinent nach Rückfall) aller erreichten Rehabilitanden (DGSS3) lag bei 90,6%.

Tabelle 9: Abstinenzquoten (DGSS) und Katamneserücklauf

Kategorie	DGSS1 n=53		DGSS2 n=72		DGSS3 n=64		DGSS4 n=106	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Katamneserücklauf	53	100%	53	73,6%	64	100%	64	60,4%
Abstinent	46	86,8%	49	68,1%	49	76,6%	52	49,1%
Abstinent nach Rückfall	6	11,3%	6	8,3%	9	14,1%	9	8,5%
Rückfällig (inkl. per Definition)	1	1,9%	17	23,6%	6	9,4%	45	42,4%
Katamnestiche Abstinenzquote	52	98,1%	55	76,4%	58	90,7%	61	57,6%

Die konservativste Berechnungsform (DGSS4) zeigte eine katamnestiche Erreichungsquote von 60,4%. 49,1% aller Rehabilitanden waren durchgehend abstinent, 8,5% waren zum Katamnesezeitpunkt abstinent nach einem Rückfall. Als rückfällig und rückfällig per Definition wurden 42,4% eingestuft. Die katamnestiche Abstinenzquote von 57,6% lag mit 3,3% nicht statistisch signifikant über dem Vorjahresniveau.

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 waren, mehr als 10.000€ Schulden angaben und die Rehabilitation unplanmäßig beendeten (vgl. Tabelle 10: Abstinenzquoten (DGSS4) nach Einflussvariablen, $p < 0,05$). Der negative Prädiktor „Erwerbslosigkeit“ zu Beginn der Rehabilitation hatte keinen signifikanten Effekt. Alkoholabhängige Rehabilitanden waren im Vergleich zu anderen Abhängigkeitsdiagnosen nicht signifikant häufiger abstinent.

Die Arbeitslosigkeit zu einem definierten Zeitpunkt (Rehabeginn/-ende, Katamnesezeitpunkt) hatte für sich alleine genommen keine prognostische Aussagekraft. Verblieb ein Rehabilitand jedoch während der gesamten Rehabilitationsphase und im Katamnesezeitraum arbeitslos, war dies als prognostisch ungünstig auf die Abstinenz zu werten. Wenn es gelang, den Rehabilitanden stabil im Arbeitsleben zu integrieren, erreichte er jedoch die Abstinenzquoten der erwerbstätigen Rehabilitanden. Die besondere Berücksichtigung arbeitsspezifischer Maßnahmen in der Rehabilitation der letzten Jahre trägt entscheidend zur Prognoseverbesserung dieser Untergruppe bei.

Umgekehrt konnten wir Rehabilitanden, die erwerbstätig oder berentet waren, in einer festen Partnerschaft lebten, keine relevanten Schulden hatten, suchtmittelfrei bei Aufnahme waren und die

Rehabilitation planmäßig beendeten als prognostisch besonders günstig beschreiben. Geschlechtsspezifische Unterschiede konnten wir nicht feststellen.

Tabelle 10: Abstinenzquoten (DGSS4) nach Einflussvariablen

Kategorie <i>* p<0,05, #p<0,01, +p<0,001</i>	n	DGSS4					
		Katamneserücklauf		Abstinenz & abstinent n. Rückfall		Rückfällig inkl. per Definition	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Alkoholabhängigkeit	65	42	64,6%	40	61,5%	25	38,5%
Polytoxikomanie	25	17	68,0%	17	68,0%	8	32,0%
Erwerbstätig bei Rehaende	67	40	59,7%	38	56,7%	29	43,3%
Arbeitslos bei Rehabeginn	18	13	59,1%	13	59,1%	9	40,9%
Arbeitslos bei Rehaende	22	13	59,1%	12	54,4%	10	45,5%
Sonst. Nichterwerbsperson	8	5	62,5	5	62,5%	3	37,5%
Rentner/in bei Rehaende	9	6	66,7%	6	66,7%	3	33,3%
Feste Partnerbeziehung	68	39	57,4%	39	57,4%	29	42,6%
Alleinstehend	34	22	64,7%	19	55,9%	15	44,1%
Keine problematischen Schulden	86	52	60,5%	52	60,5%*	34	39,5%
Schulden > 10.000€	20	12	60,0%	9	45,0%*	11	55,0%
Suchtmittelfrei bei Aufnahme	95	59	62,1%	58	58,6%*	41	41,1%
Nicht suchtmittelfrei bei Aufnahme	11	5	45,5%	4	42,9%*	7	57,1%
Planmäßige Beendigung	72	55	76,4%+	55	76,4%+	17	23,6%
Unplanmäßige Beendigung	34	11	32,4%+	6	17,6%+	28	82,4%
Einbezug v. Angehörigen in Reha	77	55	71,4%+	56	72,7%+	21	27,3%
Ø Einbezug v. Angehörigen in Reha	39	9	31,0%+	5	17,2%+	24	82,8%

Die Hypothese, dass Patienten mit den hier beschriebenen negativen Prädiktoren aufgrund dieser eine schlechtere Behandlungsprognose aufweisen, ist abzulehnen. In Cluster-, Multivarianz- und Regressionsanalysen zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge. Abstinenz, Rückfälligkeit oder Art der Beendigung der Rehabilitanden konnten durch diese negativen Prädiktoren nicht sicher vorhergesagt werden – ein kausaler Zusammenhang bestand nicht. Unser analytisch-interaktioneller Rehabilitationsansatz überzog in der Effektstärke die „negativen Prädiktoren“ deutlich.

Unsere ambulante Suchtrehabilitation ist hoch effektiv und in einem Beobachtungszeitraum von einem Jahr nach Beendigung nachhaltig stabil^{10,11}.

¹⁰ Steffen et al.: Nachhaltigkeit einer ambulanten psychoanalytisch-interaktionellen Suchtrehabilitation. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 2012, 80 (7), S. 394-401

¹¹ Steffen et al.: Ambulante Suchtrehabilitation im höheren Lebensalter. *Rehabilitation* 2012, 51 (5), S. 623-331

8. Kombiniert ambulant-stationäre Suchtrehabilitation (KOMBI Saar) Abhängigkeitskranker (2011-2013)

8.1. Rehabilitandencharakterisierung

Die folgende Auswertung bezieht sich auf alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden¹², die zwischen 2011 und 2013 im Rahmen der kombiniert ambulant-stationären Suchtrehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (Modell KOMBI Saar) in der ambulanten Phase bei **IANUA** behandelt wurden (n=16). Eine Rehabilitandin wurde aus der stationären Phase aufgrund wiederholter Rückfälligkeit auf ärztliche Veranlassung entlassen. Insgesamt nahmen 14 Männer (87,5%) und 2 Frauen (12,5%) an der kombinierten Rehabilitationsbehandlung teil. Zum Berichtszeitpunkt befinden sich 3 männliche Patienten noch in der ambulanten Rehabilitationsphase (18,75%).

Tabelle 11: Rehabilitandencharakterisierung zu Beginn der ambulanten Rehabilitationsphase (KOMBI)

Merkmal	M n=14	W n=2	GESAMT n=16	Statistik
Alkoholabhängigkeit	85,7%	50,0%	81,3%	p>0,05
Cannabisabhängigkeit	7,1%	0,0%	6,3%	
Polytoxikomanie	7,1%	50,0%	12,5%	
Alter (Jahre)	46,1±13,1	37,5±20,6	45,1±13,6	p>0,05
Alleinstehend	42,9%	50,0%	43,8%	p>0,05
Feste Beziehung	57,1%	50,0%	56,3%	
Verheiratet (zusammenlebend)	37,5%	0,0%	31,3%	p>0,05
Geschieden	14,3%	50,0%	18,8%	
Verwitwet	0,0%	0,0%	0,0%	
Erwerbstätig	78,6%	0,0%	68,8%	p>0,05
Erwerbslos (Alo I/II)	14,2%	100%	18,8%	
Rentner/in	7,1%	0,0%	6,3%	
Problematische Schulden >10.000€	42,8%	50,0%	43,8	p>0,05
Bisher kein Schulabschluss	7,1%	50,0%	12,5%	p>0,05
Hauptschulabschluss	42,9%	50,0%	43,8%	
Realschulabschluss	21,4%	0,0%	18,8%	
Hochschulreife/Fachabitur	21,4%	0,0%	18,8%	
Keine Berufsausbildung	21,4%	50,0%	25,1%	p>0,05
Lehre	57,1%	50,0%	56,3%	
Meister/Techniker	14,3%	0,0%	12,5%	
Hochschulabschluss	7,1%	0,0%	6,3%	
Vorbehandlung: ambl. Reha	50,0%	50,0%	50,0%	p>0,05
Vorbehandlung: stat. Reha	42,9%	0,0%	37,5%	p>0,05
Alter bei Erstkonsum (Jahre)	16,1±8,6	14,5±4,9	15,8±8,3	p<0,05
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	12,9±8,8	15,0±7,1	13,2±8,5	p>0,05
Belastungsindex (schlechte Prognose [%])	5,1±0,9 (71,4)	5,5±0,7 (100)	5,2±0,9 (75,0)	p>0,05

¹² Im Weiteren wird der Ausdruck „Rehabilitand“ sowohl für die männliche als auch für die weibliche Form verwendet.

Es zeigten sich signifikante Abweichungen vom typischen Rehabilitandenkollektiv der ambulanten Suchtrehabilitation in unserer Einrichtung (vgl. Tabelle 5 und Jahresberichte 2004-2013 v. IANVA G. P. S. mbH).

Im Modell KOMBI Saar wurden überwiegend männliche Alkoholiker behandelt, die häufiger alleinstehend und erwerbstätig waren, aber signifikant mehr problematische Schulden hatten (Kombi 42,8% vs. Ambl. 16,1%, $p > 0,05$), dreimal häufiger zuvor in Suchtrehabilitation waren und eine signifikant kürzere Abhängigkeitsdauer aufwiesen (durchschnittlich -5 Jahre, $p < 0,01$). Der Belastungsindex zeigte für 71,4% eine schlechte Prognose an (Ambl. 41,2%). Zu den behandelten Frauen kann aufgrund der kleinen Fallzahl ($n=2$) keine sinnvolle statistische Betrachtung erfolgen; ihre Merkmale sind in Tabelle 5 beschrieben.

Es handelt sich um ein sozial relativ gut eingebundenes Kollektiv (im Vergleich zur stationären Suchtrehabilitation) mit jedoch kurzen und heftigen Abhängigkeitsverläufen, hoher Krankheitsbelastung (Belastungsindex), notwendigen rehabilitativen Vorbehandlungen und sozialen Folgeschäden (problematische Schulden $> 10.000\text{€} = 71,4\%$). Wir finden hier ein sehr problematisches und prognostisch ungünstiges Kollektiv auch jenseits der klassischen „negativen Prädiktoren“ (alleinstehend, arbeitslos). Der hohe Stand der Erwerbstätigkeit ergibt sich unserer Meinung nach durch die gute Zusammenarbeit mit den Großbetrieben der Region. Hier wird häufig das Prinzip „Therapie (Entzugsbehandlung und Suchtrehabilitation) vor Entlassung“ gelebt.

8.2. Rehabilitationsverlauf

Bei allen Rehabilitanden erfolgte die Aufnahme in die ambulante Phase suchtmittelfrei (100%). Die Behandlungsdauer und Kontaktanzahl unterschied sich nicht signifikant zwischen den Geschlechtern, wohl aber in Abhängigkeit von der Art der Beendigung. So war die durchschnittliche Behandlungsdauer bei regulärer Beendigung gut doppelt so lang ($200,2 \pm 119,9$ Tage vs. $88,8 \pm 75,3$ Tage, $p < 0,05$) und es wurden signifikant mehr Termine wahrgenommen ($65,5$ vs. $37,5$, $p < 0,05$).

Tabelle 12: Rehabilitationsverlauf der ambulanten Phase (KOMBI)

Merkmal	M n=11	W n=2	GESAMT n=13	Statistik
Suchtmittelfrei bei Aufnahme	100%	100%	100%	$p > 0,05$
Kein Suchtmittelkonsum während Reha	42,9%	50,0%	43,8%	$p > 0,05$
Einmaliger Suchtmittelkonsum	21,4%	0,0%	18,8%	
Zweimaliger Suchtmittelkonsum	35,7%	50,0%	37,5%	
Einzelkontakte	$2,8 \pm 1,3$	$1,5 \pm 1,2$	$2,7 \pm 1,7$	$p > 0,05$
Gruppenkontakte	$47,2 \pm 25,2$	$61,5 \pm 19,1$	$46,9 \pm 23,5$	$p > 0,05$
Angehörigenkontakte	$2,9 \pm 3,2$	$2,0 \pm 2,8$	$2,3 \pm 2,7$	$p > 0,05$
Rehabilitationsdauer (Tage)	$139,1 \pm 113,2$	$231,0 \pm 84,8$	$181,6 \pm 96,5$	$p > 0,05$
Tabakkonsum zum Rehabilitationsbeginn	57,1%	100%	62,5%	$p > 0,05$

43,8% der Rehabilitanden beendeten die Rehabilitation durchgehend abstinent, 18,8% waren einmal rückfällig. Zwei Rückfälle waren bei 37,5% nachzuweisen. Dies führte dann in allen Fällen zur Beendigung der Rehabilitation auf ärztliche Veranlassung (fehlende günstige Prognose oder Verweigerung der vierwöchigen stationären Rückfallaufarbeitung) oder zum Abbruch durch den Rehabilitanden.

62,5% der Rehabilitanden konsumierten Tabak. Eine signifikante Reduktion des Tabakkonsums oder Erreichen der Nikotinabstinenz gelang im Gegensatz zu unseren rein ambulanten Rehabilitanden nicht.

8.3. Rehabilitationsende und Rehabilitandenzufriedenheit

Tabelle 13: Rehabilitationsbeendigung der ambulanten Phase/GESAMT (KOMBI)

Merkmal	M n=11	W n=2	GESAMT n=13	Statistik
Planmäßige Beendigung	57,1%	50,0%	56,3%	p>0,05
Unplanmäßige Beendigung	42,9%	50,0%	43,7%	
Arbeitsfähig bei Entlassung	81,8%	100%	84,6%	p>0,05
Arbeitsunfähig bei Entlassung	9,1%	0,0%	7,7%	
Beurteilung nicht erforderlich	9,1%	0,0%	7,7%	
Problematik - erfolgreich	45,5%	50,0%	46,2%	p>0,05
Problematik - gebessert	9,1%	0,0%	7,7%	
Problematik - unverändert	27,3%	50,0%	30,8%	
Problematik - verschlechtert	18,2%	0,0%	15,4%	
Zufriedenheitsbogen (ZUF-8) (n=8!)	29,0±2,6	29,5±2,1	29,2±2,2	p>0,05

Nur 56,3% der Rehabilitanden wurden planmäßig entlassen, 7,7% waren zum Rehabilitationsende interkurrent arbeitsunfähig. Die Erwerbsfähigkeit wurde für alle Rehabilitanden wiederhergestellt oder gesichert. 46,2% wurden „erfolgreich“ (abstinent und Erreichen aller Rehabilitationsziele) entlassen und 7,7% „gebessert“ (abstinent, aber nicht alle Rehabilitationsziele erreicht). Es handelt sich im Vergleich zu unserer berufs begleitend ambulanten Suchtrehabilitation um schlechtere Rehabilitationsergebnisse, die jedoch unter Berücksichtigung der Abhängigkeitsschwere als gut einzustufen sind.

Die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit unserer Einrichtung und der Kombirehabilitation im ZUF-8 ist als hoch einzustufen (M/SD: 29,2±2,2, cave: n=8!) und unterscheidet sich nicht signifikant von der Zufriedenheit mit anderen Rehabilitationsformen (ambulante Suchtrehabilitation bei Ianua G. P. S. mbH, orthopädische, psychosomatische, kardiologische und onkologische Rehabilitation).

8.4. Erreichungs- und Abstinenzquoten

Die Berechnung der Abstinenzquoten (1-4) erfolgte nach den Standards der DGSS (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie)^{13,14,15}. Rehabilitanden, für die keine oder nur widersprüchliche Angaben aus der katamnesticen 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.

Die hier beschriebenen KatamneseDaten sind nur sehr vorsichtig zu interpretieren, da bisher lediglich sieben der sechzehn Rehabilitanden im Katamnesezeitraum befragt wurden; drei befinden sich noch in Rehabilitation, bei sechs Rehabilitanden liegt die Entlassung noch keine zwölf Monate zurück. Daher ist die Berechnungsform DGSS4 als konservativste Abstinenzschätzung zu wählen, wenn Vergleiche zu anderen Rehabilitandenkollektiven gezogen werden sollen.

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 75% für die durchgehende Abstinenz. 25% der planmäßig entlassenen und erreichten Rehabilitanden waren im Katamnesezeitraum rückfällig. Es konnten immerhin 66,7% der planmäßig beendeten Rehabilitanden (DGSS2) erreicht werden; erfolgreich (abstinent) behandelt waren 50%. Die katamnestiche Abstinenzquote (abstinent/abstinent nach Rückfall) aller erreichten Rehabilitanden (DGSS3) lag bei 75%.

Die konservativste Berechnungsform (DGSS4) zeigte eine katamnestiche Erreichungsquote von 57,1%. 42,9% aller Rehabilitanden waren durchgehend abstinent, kein Patient erreichte die Abstinenz nach einem Rückfall. Als rückfällig und rückfällig per Definition wurden 57,1% eingestuft. Die katamnestiche Abstinenzquote von 42,9% liegt statistisch signifikant unter der unserer berufsbegleitend ambulanten Rehabilitanden (57,6%, DGSS4 vgl. Jahresbericht 2013 **IANUA**).

¹³ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.). Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg 1992: Lambertus.

¹⁴ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung Abhängigkeitskranker. *SUCHT* 2001, 47. Jahrgang, Sonderheft 2

¹⁵ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.). Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg 1985: Lambertus

Tabelle 14: Abstinenzquoten (DGSS) und Katamneserücklauf

Kategorie	DGSS1 n=4		DGSS2 n=6		DGSS3 n=4		DGSS4 n=7	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Katamneserücklauf	4	100%	4	66,7%	4	100%	4	57,1%
Abstinent	3	75,0%	3	50,0%	3	75,0%	3	42,9%
Abstinent nach Rückfall	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Rückfällig (inkl. per Definition)	1	25,0%	3	50,0%	1	25,0%	4	57,1%
Katamnestiche Abstinenzquote	3	75,0%	3	50,0%	3	75,0%	3	42,9%

Das Modell KOMBI Saar ist unter Berücksichtigung der hoch morbidem Rehabilitanden mit ausgeprägten negativen Prädiktoren effektiv und in einem Beobachtungszeitraum von einem Jahr nach Beendigung stabil^{16,17,18}. Im Vergleich zur stationären Suchtrehabilitation mit einer Abstinenzquote von 41,3% (Missel et al., SuchtAktuell 1, 2013; DGSS4) sind unsere Ergebnisse gleichwertig einzustufen.

8.5. Zusammenfassung und Ausblick

Unter Berücksichtigung der kleinen Fallzahlen und der Ergebnisse in der Einjahreskatamnese ist von einem besonders morbidem und risikoreichen Kollektiv auszugehen. Die Rehabilitanden im Modell KOMBI Saar sind kürzer abhängig mit deutlich schwererem Abhängigkeitsverlauf (hoher Belastungsindex, deutlich häufigere ambulante und stationäre Vorrehabilitation, sehr häufig problematische Schulden) und negativen Prädiktoren (alleinstehend, erwerbslos). Unter Berücksichtigung dieser Befunde können wir gute Rehabilitationsergebnisse (Erwerbsfähigkeit, Art der Beendigung, interkurrente Arbeitsunfähigkeit) und Abstinenzquoten in der Einjahreskatamnese vorweisen.

Daher sehen wir in dieser innovativen Kombirehabilitation eine große Chance, um besonders schwer Abhängigkeitskranke erfolgreich rehabilitieren zu können.

¹⁶ Steffen et al.: Nachhaltigkeit einer ambulanten psychoanalytisch-interaktionellen Suchtrehabilitation. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 2012, 80 (7), S. 394-401

¹⁷ Steffen et al.: Ambulante Suchtrehabilitation im höheren Lebensalter. *Rehabilitation* 2012, 51 (5), S. 623-331

¹⁸ IANVA G. P. S. mbH, Jahresbericht 2013, Saarlouis 2014

9. Orientierungsphase bei Pathologischem Glücksspiel

In Vorbereitung auf die Zulassung von **IANUA** zur berufsbegleitend ambulanten Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel bieten wir seit dem 4. Quartal 2013 eine strukturierte Orientierungs- und Rehabilitationsvorphase für Pathologische Glücksspieler an. 17 Patienten beendeten diese Phase in 2013, 5 Patienten wurden in das Jahr 2014 übernommen, sodass insgesamt 22 Patienten behandelt wurden. Analog zu den Behandlungs- und Rehabilitationsphasen bei stoffgebundener Abhängigkeitserkrankung beschreiben wir hier nur Patienten mit Beendigung der Orientierungsphase im Bezugszeitraum (2013). Alle 5 ins Folgejahr übernommenen Patienten begannen eine ambulante Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel in unserer Einrichtung.

9.1. Patientencharakterisierung

Die Auswertung der Pathologischen Glücksspieler ist aufgrund der kleinen Fallzahl und der kurzen Bezugszeit nur vorsichtig zu interpretieren. Es beendeten im 4. Quartal 2013 17 männliche Pathologische Glücksspieler die Orientierungsphase (vgl. Tabelle 15). Das Glücksspiel bezog sich überwiegend auf Geldspielautomaten und in zweiter Linie auf Wetten. 54,7% wiesen eine komorbide stoffgebundene Abhängigkeit auf, wobei das Pathologische Glücksspiel im Umfang des Spielens und im Grad der Schädigung (ICF und problematische Schulden) signifikant dominierte.

82,4% waren alleinstehend, lediglich 5,9% verheiratet und zusammenlebend. Wir führen den hohen Anteil Alleinstehender direkt auf die „beziehungstoxischen“ Auswirkungen des Pathologischen Glücksspiels zurück. Der Anteil erwerbstätiger Glücksspieler war mit 82,4% im Vergleich zu Abhängigkeitserkrankten als hoch einzustufen. Analoges galt für den Schulabschluss (41,2% (Fach-)Hochschulreife).

Problematische Schulden, d. h. nicht mehr durch normale Ratenzahlungen zu tilgende Schulden, bis zu 10.000€ gaben 23,5%, über 10.000€ 41,1% an. Diese hohe Verschuldung verdeutlicht die spezifischen Erfordernisse der Behandlung und Rehabilitation Pathologischer Glücksspieler. Zu Beginn stand die „Kontenklärung“ und Darstellung der Schulden und Verbindlichkeiten. Die „Abstinenz“ bzgl. des Geldwesens (z. B. Abgabe von Kredit- und EC-Karten, Sperrung digitaler Bezahlverfahren) war notwendig, um einen gutartigen Umgang mit Geld durch Haushaltsbuchführung und Finanzplanung zu erlernen. Unter Umständen war Schuldnerberatung oder Einleitung einer Privatinsolvenz notwendig.

Der Einstieg ins Pathologische Glücksspiel schien weder früher noch später zu geschehen als der Störungsbeginn bei stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen ($18,9 \pm 10,6$ Jahre). Die Latenzzeit bis zur Teilnahme an einer störungsspezifischen Behandlung war mit $19,8 \pm 14,4$ Jahren ebenfalls lang.

Tabelle 15: Patientencharakterisierung Pathologischer Glücksspieler in der Orientierungsphase

Merkmal	M n=17	W n=0	GESAMT n=17	Statistik
F63 - Geldspielautomaten	94,1%	0,0%	94,1%	Keine Berechnung möglich
F63 - Kleines Spiel d. Spielbank	0,0%	0,0%	0,0%	
F63 - Großes Spiel d. Spielbank	0,0%	0,0%	0,0%	
F63 - Wetten	11,8%	0,0%	11,8%	
F63 - Andere	0,0%	0,0%	0,0%	
Komorbide Abhängigkeitserkrankung	54,7%	0,0%	54,7%	
Alter (Jahre)	34,2±10,5	/	34,2±10,5	k. B. m.
Alleinstehend	82,4%	0,0%	82,4%	k. B. m.
Feste Beziehung	17,6%	0,0%	17,6%	
Verheiratet (zusammenlebend)	5,9%	0,0%	5,9%	k. B. m.
Geschieden	5,9%	0,0%	5,9%	
Verwitwet	5,9%	0,0%	5,9%	
Erwerbstätig	76,5%	0,0%	76,5%	k. B. m.
Erwerbslos (Alo I/II)	17,7%	0,0%	17,7%	
Rentner/in	0,0%	0,0%	0,0%	
Problematische Schulden >10.000€	23,5%	0,0%	23,5%	k. B. m.
Problematische Schulden >10.000€	41,1%	0,0%	41,1%	k. B. m.
Bisher kein Schulabschluss	17,6%	0,0%	17,6%	k. B. m.
Hauptschulabschluss	35,5%	0,0%	35,5%	
Realschulabschluss	5,9%	0,0%	5,9%	
Hochschulreife/Fachabitur	41,2%	0,0%	41,2%	
Keine Berufsausbildung	29,4%	0,0%	29,4%	k. B. m.
Lehre	52,9%	0,0%	52,9%	
Meister/Techniker	5,9%	0,0%	5,9%	
Hochschulabschluss	5,9%	0,0%	5,9%	
Vorbehandlung: ambul. Reha	0,0%	0,0%	0,0%	k. B. m.
Vorbehandlung: stat. Reha	17,7%	0,0%	17,7%	k. B. m.
Alter bei pathol. Spielbeginn (Jahre)	18,9±10,6	/	18,9±10,6	k. B. m.
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	19,8±14,4	/	19,8±14,4	k. B. m.
Belastungsindex (schlechte Prognose [%])	4,2±2,2 (35,3)	/	4,2±2,2 (35,3)	k. B. m.

9.2. Behandlungsergebnis und Vermittlung in weiterführende Suchtrehabilitation

Die Behandlungszeiten waren mit 101,7±31,1 Tagen deutlich länger als die Behandlungen in der Orientierungsphase bei stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (43,8±36,5 Tage). Die Behandlungsfrequenz war unverändert, so kam es im Vergleich zur Orientierungsphase bei stoffgebundenen Abhängigkeiten zu einem Anstieg der Kontaktzahlen (vgl. Tabelle 16). Die deutlich verlängerte Behandlung ist unserer Meinung nach ein Symptom der Etablierungsphase unserer Behandlung und des Fehlens ambulanter Suchtrehabilitationsangebote im Jahr 2013 in unserer Einrichtung bei gleichzeitigem Zusammenbruch der Rehabilitationsversorgung Pathologischer

Glücksspieler im Saarland. Zusätzlich führten teils monatelange Wartezeiten auf die Aufnahme in stationäre Rehabilitation zur Verlängerung der Behandlung. Die lange Behandlungszeit nicht vermittelter Glücksspieler war auf die Wartezeit auf die Zulassung unserer Einrichtung zur ambulanten Rehabilitation und die damit verbundene schwierige Haltearbeit zurückzuführen.

Wir gehen davon aus, im Jahr 2014 die Behandlungszeiten bei steigender Effizienz bzgl. der Vermittlung in Rehabilitation signifikant verkürzen zu können. 29,4% der Pathologischen Glücksspieler wurden in eine störungsspezifische Rehabilitationsmaßnahme vermittelt.

Tabelle 16: Kontaktzahlen und Vermittlung in Rehabilitation in Abhängigkeit vom Geschlecht bzw. der Vermittlung

Merkmal	M n=17	W n=0	GESAMT n=17	Statistik
Einzelkontakte	5,0±2,5	/	5,0±2,5	k. B. m.
Gruppenkontakte	7,2±3,3	/	7,2±3,3	k. B. m.
Behandlungsdauer (Tage)	101,7±31,1	/	101,7±31,1	k. B. m.
Vermittlung in Suchtrehabilitation	29,4%	0,0%	29,4%	k. B. m.
Keine Vermittlung	70,6%	0,0%	70,6%	
Merkmal	Vermittelt n=5	Nicht verm. n=12	GESAMT n=17	Statistik
Einzelkontakte	7,2±1,1	4,5±2,6	5,0±2,5	p<0,001
Gruppenkontakte	9,6±3,5	3,6±3,2	7,2±3,3	p<0,001
Behandlungsdauer (Tage)	80,0±16,7	110,7±44,2	101,7±31,1	p>0,05

10. Ambulante Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel

Die Zulassung durch die Rentenversicherungsträger zur berufsbegleitend ambulanten Suchtrehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel und die Aufnahme der ersten Rehabilitationsgruppe (>6 Rehabilitanden, indikationsspezifische Gruppe) erfolgte im März 2014. Im Jahresbericht 2014 werden wir erste Daten unseren Rehabilitanden mit Pathologischem Glücksspiel auswerten können. Die gewohnte Auswertung der Rehabilitationsbeender im Bezugsjahr wird dann ab dem Jahresbericht 2015 erfolgen.

11. Einjahreskatamnese bei Pathologischem Glücksspiel

Wir werden analog zu unseren seit 10 Jahren etablierten Einjahreskatamnesen bei stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen auch für Pathologische Glücksspieler eine Katamnese nach ambulanter Rehabilitation durchführen. Erste Daten erwarten wir zum Jahresbericht 2015/16.

12. Fazit 2013

Das Jahr 2013 stand zunächst unter den Vorzeichen der Reorganisation nach dem Wechsel der ärztlichen Leitung, bedingt durch den Tod unseres Mitbegründers Rainer Steffen, und der personellen Neuaufstellung für zukünftige Projekte.

Wir haben nach langer konzeptioneller Ausarbeitung und Diskussion mit unserem **Präventionskurs Seelische Gesundheit** in Zusammenarbeit mit der DRV Saarland ein ambulantes Präventionskonzept entwickelt, welches von allen Rentenversicherungen anerkannt wurde. Weiterhin erfolgte nach abgeschlossener Evaluation der **Integrierten Versorgung** die Publikationsvorbereitung der Ergebnisse und die Prämierung mit dem Wolfram-Keup-Preis 2014. Letztlich wurde unser Konzept zur **berufsbegleitend ambulanten Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel** federführend durch die DRV Bund anerkannt und die Behandlung in der vorgeschalteten Orientierungsphase begonnen.

Diese Veränderungen und die zunehmende Ausdifferenzierung unseres Angebotes brachte es mit sich, dass sich die Struktur unseres Jahresberichtes (bereits in der 10. Auflage) anpassen musste. Wir haben uns entschlossen, auf die Vergleiche zu den regelmäßigen Publikationen des Fachverbandes Sucht e. V. (Basisdokumentation und Katamnese) der ambulanten und stationären Rehabilitation zu verzichten. Grund hierfür ist der hohe Aufwand der statistischen Methoden, um die schlechte Vergleichbarkeit der Effekte herauszurechnen. Weiterhin haben wir den Umfang der Auswertung und Darstellung auf aussagekräftige Variablen beschränkt, um so eine bessere Lesbarkeit und gleichförmige Auswertung über unser Angebotsspektrum zu gewährleisten.

Es zeigte sich, dass unser Patienten- und Rehabilitandenkollektiv über die Jahre stabil ist und „bekannte negative Prädiktoren“ in unserer Einrichtung durch den analytisch-interaktionellen Behandlungsansatz keine Effekte zeigen. Die Ergebnisqualität unserer Arbeit ist vielmehr bestimmt von der therapeutischen Beziehung, der analytisch-interaktionellen Methode und dem hohen Maß an Bereitschaft der Therapeuten zur Selbstreflexion und zum Supervisionsprozess.

Unsere Arbeit ist hoch effektiv und übertrifft viele Regelbehandlungen deutlich. Exemplarisch hierfür sind die stabile **Vermittlungsquote von 50,5%** aus der Orientierungsphase in eine Suchtrehabilitation, die durchgehende Abstinenz während der ambulanten Suchtrehabilitation von 62,4% (einmaliger Rückfall: 17,8%), der planmäßige Rehabilitationsabschluss in 67,3% der Fälle und die hohe **Abstinenzquote von 57,6% (DGSS4) in der Einjahreskatamnese** zu nennen.

Wir haben durch unsere **wissenschaftlichen Publikationen** zum besseren Verständnis der Effekte und Einflussfaktoren der qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung und der ambulanten Suchtrehabilitation (Evaluation von Prädiktoren, Einflüsse des Alters und der Abhängigkeitsdiagnose) beigetragen und werden auch zukünftig die Suchtbehandlung durch Forschung und Entwicklung neuer Behandlungsansätze weiterentwickeln.

13. Publikationen, Kongressbeiträge und Mitgliedschaften

13.1. 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
- **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
- 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

13.2. ORIGINALARBEITEN (im Review)

- **Steffen DV**, Steffen L, Steffen S: Qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung (IV Abhängigkeitskranker). *Im Review*
- Lange N. et al. (**Steffen DV**): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Im Review*

13.3. KONGRESSBEITRÄGE UND VORTRÄGE

- Deutscher Suchtkongress 2013, Bonn: Symposium S42: Ambulante Suchtrehabilitation - Effekte der analytisch interaktionellen Behandlungstechnik; Qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung (IV Abhängigkeitskranker). **Steffen DV**;
- Deutscher Suchtkongress 2013, Bonn: Symposium 52: Ambulante Suchtrehabilitation im höheren Lebensalter – eine prospektive Fall-Kontroll-Studie. **Steffen DV**
- Heidelberger Kongress 2013 des Fachverband Sucht e. V., Forum 1: Ambulante Suchtrehabilitation im höheren Lebensalter. **Steffen DV**
- 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, IANVA 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): „Blickdiagnosen der Abhängigkeit und spezifische Anamnesetechniken“, „Drogenanalytik - Pharmakokinetik des Cannabis“, „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“

13.4. MITGLIEDSCHAFTEN UND ARBEITSGRUPPEN

- **IANVA 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, Arbeitskreis „Sucht“, Saarlouis
- **Sonja Steffen, Swenne Schumann**: Kompetenznetzwerk Glücksspielsucht, LGS Saarbrücken

13.5. AUSZEICHNUNGEN UND PREISE

Wolfram-Keup-Förderpreis 2014: Dr. David V. Steffen, Lisa Steffen, Sonja Steffen: „Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker: Effekte einer qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung“

Pressemitteilung des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V., Wilhelmshöher Allee 273, 34131 Kassel; www.suchthilfe.de:

Am 12. März 2014 wird auf der 100. Wissenschaftlichen Jahrestagung des buss in Berlin der diesjährige Wolfram-Keup-Förderpreis verliehen. Er geht an Dr. David V. Steffen (Jahrgang 1982), der gemeinsam mit seinen Mitautoren die positiven Effekte eines eigenen Konzeptes zur Integrativen Versorgung beim ambulanten Entzug nachgewiesen hat. Der Titel der Arbeit lautet ‚Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker: Effekte einer qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung‘. Dieses an den ‚Empfehlungen zur qualifizierten ambulanten Alkoholentzugsbehandlung‘ der Bundesärztekammer ausgerichtete Konzept zeichnet sich dadurch aus, dass es eine besonders engmaschige medizinische und psychotherapeutische Betreuung der Patienten vorsieht und die vertragsärztlichen und rehabilitativen Bereiche gut vernetzt.

Neben dem Vorsitzenden des buss, Dr. Martin Beutel, und den Vorstandsmitgliedern Gotthard Lehner, Dr. Wibke Voigt und Dr. Bernd Wessel gehörten der Jury dieses Jahr folgende externe Gutachter an:

- Prof. Michael Klein, Katholische Hochschule NRW, Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP), Köln*
- PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Lübeck*
- Prof. Dr. Norbert Scherbaum, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinikum Essen*

Aus dem Nachlass des Projektes ‚Frühwarnsystem zur Erfassung von Veränderungen der Missbrauchsmuster chemischer Substanzen in der Bundesrepublik Deutschland‘, das Professor Wolfram Keup initiiert und bis zu seinem Tod am 4. Januar 2007 geleitet hat, wird zur Erinnerung an den Stifter alle zwei Jahre der Wolfram-Keup-Förderpreis öffentlich ausgeschrieben und vergeben. Ausgezeichnet wird die beste wissenschaftliche oder praxisorientierte Arbeit auf dem Gebiet der Entstehung und Behandlung von Missbrauch und Sucht. Der Förderpreis richtet sich an alle Personen und Institutionen, die sich in der wissenschaftlichen Forschung oder der therapeutischen Behandlungspraxis mit den Themen Missbrauch und Sucht beschäftigen. Bei den vorgelegten Arbeiten kann es sich um wissenschaftliche Studien handeln, aber auch die Realisierung von Präventionsmaßnahmen oder die Erprobung von Behandlungskonzepten. Der Förderpreis ist mit einem Preisgeld von 2.000 € ausgestattet.

13.6. Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker: Effekte einer qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung, Steffen et al.

PRE-PRINT: Version vom 25.10.2013, das Manuskript wurde im peer-review-Verfahren eingereicht. Es ist in dieser Form noch nicht für eine Veröffentlichung angenommen worden.

Zusammenfassung

Einleitung: Abhängigkeitserkrankungen stellen unter anderem durch eine unzureichende, späte Diagnostik und Behandlung ein großes gesundheitliches und ökonomisches Problem dar (Wienberg: „Die verlorene Mehrheit“). Diese Studie untersucht die Effekte unseres Integrierten Versorgungskonzeptes auf eine schnelle Abklärung, Diagnostik, Behandlungseinleitung mit Entzugsbehandlung, Vermittlung in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme und Abstinenz.

Methode: In dieser naturalistischen prospektiven Beobachtungsstudie wurden 293 Abhängigkeitskranke auf den Verlauf der qualifizierten Entzugsbehandlung, soziodemographische Daten und weitere wichtige suchtspezifische Variablen hin untersucht. Über ein 2-Jahres-Follow-Up wurden Abstinenz ($t_1=3$ Monate, $t_2=12$ Monate, $t_3=24$ Monate), Weitervermittlung und Antritt einer Suchtrehabilitationsmaßnahme gemessen.

Ergebnisse: Alle Patienten beendeten ohne Komplikationen die ambulante Entzugsbehandlung, davon 95,3% abstinent. 52,9% konnten in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme vermittelt werden. Die Abstinenz war über 24 Monate hinweg hoch, nahm im Verlauf jedoch signifikant ab ($t_1=59,4\%$, $t_2=50,5\%$, $t_3=38,6\%$, $p<0,001$). Die Vermittlung in eine Entwöhnung zeigte den größten Effekt auf die Abstinenz (β -Koeff.: $t_1=+0,83$, $t_2=+0,73$, $t_3=+0,45$, $p<0,001$), gefolgt von der Behandlungsdauer (β -Koeff.: $t_1=+0,32$, $t_3=+0,25$, $p<0,001$). Die Krankheitsschwere (Belastungsindex) hatte deutlich geringere negative Effekte (β -Koeff.: $t_1=-0,15$, $t_2=-0,22$, $p<0,001$, $t_3=-0,20$, $p<0,01$).

Diskussion: Die untersuchte Integrierte Versorgung zeigt trotz der methodischen Limitationen eine hoch effektive qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung. Sollbruchstellen des Suchthilfesystems werden suffizient stabilisiert und Patienten zielgerichtet behandelt. Die Ergebnisse sind unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Bundesärztekammer zumindest gleichwertig zur stationären qualifizierten Entzugsbehandlung.

Einleitung

Die Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker kann durch eine Vernetzung der vertragsärztlichen und rehabilitativen Bereiche eine effektive ambulante Versorgungsstruktur zur Diagnosestellung, Entzugsbehandlung und Rehabilitationsvorbereitung schaffen. Diese Studie untersucht die Ergebnisse und Prozesse in der Integrierten Versorgung.

Abhängigkeitserkrankungen stellen ein großes gesundheitliches und ökonomisches Problem dar. Das Suchthilfesystem in Deutschland gilt als hoch spezialisiert und umfasst Prävention, Selbsthilfegruppen, Suchtberatung, haus-/fachärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung, medizinische Rehabilitation und Nachsorge. Die Effektivität der einzelnen Partner - v. a. der Suchtrehabilitation und Entzugsbehandlung - im Suchthilfesystem ist unbestritten.

Die Suchtrehabilitationsbehandlung verbessert oder sichert soziale Fähigkeiten sowie die Erwerbsfähigkeit und führt effektiv zur Reduktion von Alkoholfolgeerkrankungen und zur Abstinenzsicherung. Routinekatamnesen nach stationärer Suchtrehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger mit großem Stichprobenumfang (n=10.961) konnten ein Jahr nach Beendigung 45,1% der Patienten als abstinent identifizieren (1). Einige Studien zur ambulanten Suchtrehabilitation konnten diese Ergebnisse noch übertreffen (Einjahresabstinenzquote: 57,5%-67,5%) (2-5).

Schwoon et al. (6) konnten in einer Studie zur qualifizierten Entzugsbehandlung (QE) für Alkoholabhängige 12,6% der Patienten in eine weiterführende Suchtbehandlung vermitteln und eine Abstinenzquote von 36,8% zwölf Monate nach Behandlungsende zeigen (n=198). Anderen Studien waren Abstinenzraten zwischen 32% (28 Monate nach QE) und 55,7% (2 Monate nach Ende der QE) zu entnehmen (6-15) (vgl. Tabelle 1). Studien aus dem deutschsprachigen Raum zur qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung sind selten. Soyka et al. (16, 17) berichteten über eine Abstinenz von 50% nach zehn Monaten. Hintz et al. (18) zeigten nach qualifizierter ambulanter Entzugsbehandlung durch den Hausarzt und Begleitung einer psychosozialen Beratungsstelle eine Abstinenz von 55,2% nach einem Jahr (Drop-Out-Rate 67,3%).

Trotz der hohen Effektivität der einzelnen Behandlungsmöglichkeiten greifen diese nicht nahtlos ineinander und führen zu Drehtürentgiftungen, Behandlungsabbrüchen und zur weiteren Chronifizierung der Abhängigkeit. Die Abhängigkeitsdiagnose wird oft erst nach jahrelanger Verzögerung gestellt. Wienberg (19) spiegelte 2001 mit seinem Beitrag *„Die vergessene Mehrheit“ - die Situation der Abhängigkeitserkrankten in Deutschland* wider. Er beschrieb den Missstand, dass Abhängigkeitskranke nur selten qualifiziert behandelt werden. Zwar sind 80% der Alkoholiker innerhalb eines Jahres mindestens einmal beim Hausarzt und stellen 25% der Patienten in internistischen und chirurgischen Kliniken, aber nur 3% der Alkoholiker sind in einer psychiatrischen Klinik, 7% in einer Suchtberatungsstelle und 1,7% in einer Suchtrehabilitationsmaßnahme zu finden (20).

Die hier untersuchte „Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker“ (IV) vernetzt die Strukturen der Krankenversorgung (Haus- und Facharzt) mit den qualifizierten Behandlungsstellen (Rehabilitationseinrichtung). So können Abhängigkeitserkrankte schneller identifiziert und gezielter behandelt werden. Ziel ist es, die „vergessene Mehrheit“ wieder in den Mittelpunkt zu stellen und effektive Versorgungsstrukturen zu etablieren.

Überprüft werden sollen folgende Hypothesen:

- Die IV kann eine sichere und effektive qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung realisieren.
- Die IV ist hoch effektiv bezüglich der Vermittlung in eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme (Entwöhnung) und der Schaffung von Abstinenz. Sie übertrifft etablierte Behandlungsangebote der Beratungsstellen und der Akutkrankenhäuser.
- Der Erfolg bzgl. der Abstinenz ist abhängig von der Vermittlung in eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme (Entwöhnung), der Krankheitsschwere (Belastungsindex) und der Behandlungsdauer. Die Vermittlung in eine Entwöhnung ist abhängig von der Effektivität der IV, den Patienten zu Abstinenz, Behandlung und Krankheitseinsicht zu motivieren und diese zu festigen.

Tab. 1: Abstinenzquoten nach qualifizierter stationärer/ambulanter Entzugsbehandlung aus der Literatur

Studie	Behandlungsdauer	Follow-Up	Abstinenzrate bezogen auf alle Patienten	Vermittlung
Krampen/Nispel (1981) (n=144)	6 Wochen Suchtstation	12 Monate	25,7%	/
Küfner et al. (1986) (n=1.118)	ca. 3 Wochen Suchtstation	18 Monate	42,2%	/
Veltrup (1995) (n=196)	6 Wochen Suchtstation	8 Monate	38%	4,1% Antritt einer stationären Rehabilitationsmaßnahme
Stetter/Mann (1997) (n=529)	3 Wochen Suchtstation	8 Monate	46%	46% 1x Kontakt zu irgendeiner Weiterbehandlungsstelle
Bauer/Hasenöhr (2000) (n=92)	4-8 Wochen Suchtstation	28 Monate	32%	/
Böning et al. (2001) (n=151)	6 Wochen Suchtstation	12 Monate	36%	/
Olbrich (2001) (n=102)	3 Wochen psych. Station	6 Monate	48%	/
Schwoon (2002) (n=198)	3 Wochen intern. Station	12 Monate	35,8%	12,6% Antritt einer Sucht- Rehabilitationsmaßnahme
Loeber (2009) (n=61)	3 Wochen Suchtstation	2 Monate	55,7%	60% Selbsthilfegruppe oder ambulante Psychotherapie
Hintz et al. (2005) (n=92)	Qual. ambl. Entzug	12 Monate (n=86)	55,2% bez. auf 33,3% der Gesamtstichprobe	43% Irgendeine Weiterbehandlung
Soyka et al. (2001) (n=127 "erfolgreich entgiftet")	Qual. ambl. Entzug	10 Monate	50%	100% „Alkoholtherapie“

Methode

Studiendesign

In diese prospektive Beobachtungsstudie wurden alle Patienten eingeschlossen, bei denen eine Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10/DSM IV diagnostiziert wurde und die zwischen 2008 und 2011 im Rahmen der Integrierten Versorgung Abhängigkeitskranker behandelt wurden (mindestens zwei Kontakte: n=293, Drop-Out n=26). Ausschlusskriterien waren akute drogeninduzierte Psychosen oder medizinische Diagnosen, die eine akutstationäre Behandlung erforderten (z. B. dekompensierte Leberzirrhose).

Es wurden Untergruppen nach der Abhängigkeitsdiagnose gebildet. Erhoben wurden der „Deutsche Kerndatensatz Sucht“ (21) und der Katamnesefragebogen Sucht (22). Der Belastungsindex nach Schwoon (6) berücksichtigt zwölf prognosebestimmende Items und zeigt mit zunehmendem Wert (Cut-Off >4) eine ungünstigere Prognose an. Täglich wurden der Blutdruck (RR, [mmHg]), die Herzfrequenz [1/min] – beides standardisiert nach 5 min. Sitzen und normiert auf 120/80 mmHg, 60/min bei dreimalig unverändert niedrigstem Wert – und die Entzugssymptome (CIWA-Ar-Skala) (23, 24) gemessen. Laborchemische Untersuchungen (Elektrolyte, BB, Leberwerte, TSH, HbA1c, Virushepatitis-Suchtest und ggfs. PCR) erfolgten in Kooperation mit dem Hausarzt. Zu Beginn erfolgte ein Screening

auf Suchtmittel und Medikamente durch Urinuntersuchung. Die Abstinenz wurde regelmäßig durch Atemalkoholtests (AAT), Urinscreening (Drogen, Medikamente), Ethylglucuronid (EtG) und Bestimmung des Carbohydrate-Deficient-Transferrin (CDT) kontrolliert.

Die Datensammlung erfolgte mit dem Programm Patfak light 4.19 (Redline-data, Ahrensböck, Deutschland) und die Auswertung mit dem Programm SPSS 17.0.3 (SPSS GmbH Software, München, Deutschland). Bei normal verteilten Variablen wurde der t-Test, bei parametrischen, nicht normal verteilten der Mann-Whitney-U-Test und bei nicht parametrischen der Chi-Quadrat-Test (Chi²) verwendet. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < 0,05$ festgelegt. Zur Zusammenhangsanalyse wurden (binär) logistische Regressionsanalysen durchgeführt bei einem Signifikanzniveau von $p < 0,01$.

Behandlung

Die qualifizierte Entzugsbehandlung setzt sich aus einem medizinischen („Entzug“) und psychotherapeutischen sowie einem sozialtherapeutischen Teil („qualifiziert“) zusammen. Nach Eingangsscreening und anamnestischer Bewertung von Entzugssymptomen erfolgte die ambulante Entzugsbehandlung nach den „Empfehlungen zur qualifizierten ambulanten Alkoholentzugsbehandlung“ der Bundesärztekammer. Die Entzugssymptome wurden durch den CIWA-Score (24, 25) gemessen und nach definiertem Schema eine „loading dose“ Diazepam verabreicht (26-30), welche im weiteren Verlauf symptomadaptiert ausgeschlichen wurde (31). Während der „Entgiftungsphase“ fand täglich eine ärztliche Visite statt, im Anschluss daran mindestens einmal wöchentlich. Ergänzende wöchentliche 50-minütige Einzel- und 90-minütige Gruppengespräche komplettierten das Behandlungsangebot in der ambulanten Suchtrehabilitationseinrichtung. Neben der soziobiographischen und Suchtanamnese standen sozialtherapeutische Interventionen, Motivationsförderung, Rückfallmanagement und Krisenintervention im Vordergrund. Das gruppentherapeutische Angebot war überwiegend psychoedukativ und psychodynamisch-psychotherapeutisch ausgerichtet.

Ergebnisse

Patientenmerkmale

Es wurden 293 Abhängigkeitserkrankte untersucht, 26 Patienten wurden ausgeschlossen.

Die Abhängigkeitsdiagnosen verteilten sich auf die Substanzen Alkohol mit 52,6%, Cannabinoide mit 7,5%, Benzodiazepine mit 6,5%, auf polyvalenten Konsum mit 27,3% und andere mit 6,1%.

Das mittlere Alter betrug $41,4 \pm 13,3$ Jahre, die Abhängigkeitsdauer zum Behandlungsbeginn $13,3 \pm 9,8$ Jahre. Alkoholabhängige waren mit 46,4 Jahren signifikant älter als Polytoxikomane mit 31,4 Jahren ($p < 0,001$, vgl. Tab. 2). Weiterhin bestand die Abhängigkeitsdiagnose bei Alkoholabhängigen signifikant länger (16,7 vs. 9,3 Jahre, $p < 0,001$) bei später eingetretenem Störungsbeginn (29,6 vs. 22,3 Jahre, $p < 0,001$) im Vergleich zur Polytoxikomanie.

Den größten Anteil Alleinlebender ohne feste Partnerschaft stellten männliche Alkoholabhängige ($p < 0,001$). Der Arbeitslosenanteil lag bei 36,9%, 23,8% gaben problematische Schulden über 10.000€ an; dabei waren Frauen und Alkoholabhängige jeweils signifikant seltener vertreten („arbeitslos“ $p < 0,001$, „Schulden“ $p < 0,05$, vgl. Tab. 2).

Der Belastungsindex als Maß für die Krankheitsschwere lag im Mittel bei $4,4 \pm 2,3$ Punkten und war bei Patienten mit einer polyvalenten Substanzabhängigkeit signifikant höher ($p < 0,001$). Für 51,4% der Patienten sagte der Behandlungsindex eine ungünstige Prognose voraus (Index > 4). 51,6% hatten vor der Integrierten Versorgung (IV) keine suchtspezifische Behandlung in Anspruch genommen. Die

Behandlungsdauer bis zum Beginn der Suchtrehabilitationsbehandlung oder bis zum Abbruch durch den Patienten betrug $53,6 \pm 33,2$ Tage. Signifikante Unterschiede bzgl. Geschlecht und Diagnose fanden sich nicht.

Tab. 2: Patientenmerkmale

	Gesamt n=293	Männlich n=192	Weiblich n=101	F10.2 n=154	F19.2 n=80		
Alter (Jahre)	41,4±13,3	40,7±12,8	42,7±14,1	46,4±10,5	31,4±10,3	p>0,05 Geschlecht p<0,001 Diagnose	vs. vs.
Alleinlebend	34,8%	39,7%	25,7%	40,4%	23,8%	p>0,05	
Keine Partnerschaft	49,7%	51,3%	46,5%	47,7%	36,6%	Chi2 p<0,001	71,2; vs.
Arbeitslos	36,9%	39,2%	32,7%	32,2%	45,4%	Chi2 p<0,001	110,2; vs.
Schulden >10.000€	23,8%	29,0%	14,9%	23,1%	33,1%	p<0,05	
Belastungsindex (MW, STD)	4,4±2,3	4,9±1,3	4,5±2,1	4,3±2,2	5,3±1,8	p>0,05 Geschlecht p<0,001 Diagnose	vs. vs.
Ungünstige Prognose lt. Index (>4)	51,4%	49,5%	50,9%	45,4%	67,7%	p>0,05 Geschlecht Chi2 p<0,01 Diagnose	vs. 10,3; vs.
Alter bei Störungsbeginn (Jahre)	28,2±12,2	26,8±11,8	30,8±12,6	29,6±10,9	22,3±8,9	p>0,05 Geschlecht p<0,001 Diagnose	vs. vs.
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	13,3±9,8	13,9±10,1	12,1±9,1	16,7±10,7	9,3±6,1	p>0,05 Geschlecht p<0,001 Diagnose	vs. vs.
Bisher keine Suchthilfe in Anspruch genommen	51,6%	44,2%	68,4%	44,4%	48,8%	p>0,05	
Behandlungsdauer (Tage)	53,6±33,2	54,6±31,6	51,2±33,4	51,5±34,9	45,1±26,7	p>0,05 Geschlecht p>0,05 Diagnose	vs. vs.

Entzugsbehandlung

Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit und das Abklingen der vegetativen und psychischen Entzugssymptome sind die Hauptmerkmale für eine erfolgreiche Entzugsbehandlung. Alle 293 Patienten erreichten die Abstinenz. Rückfälle, die zu einem Behandlungsabbruch führten, ereigneten sich erst nach erfolgreicher initialer Entzugsbehandlung.

Blutdruck und Herzfrequenz lassen Rückschlüsse auf das Ausmaß des vegetativen Entzugssyndroms zu. Zu Beginn lagen die normierten systolischen Werte bei $143 \pm 19,5$ mmHg, die diastolischen Werte bei $93 \pm 18,5$ mmHg und die Herzfrequenz bei 81 ± 18 /min. Die Werte reduzierten sich schrittweise signifikant ($p < 0,05-0,01$) und stabilisierten sich am 13.-15. Tag bei normierten 120/80 mmHg und einer Herzfrequenz von 60/min. Es zeigte sich am Tag 8 der Entzugsbehandlung (vgl. Abb. 1) eine signifikante Erhöhung der Werte ($p < 0,01$), die mit positivem Atemalkoholtest, Ethylglucoronid oder Urinscreening assoziiert war.

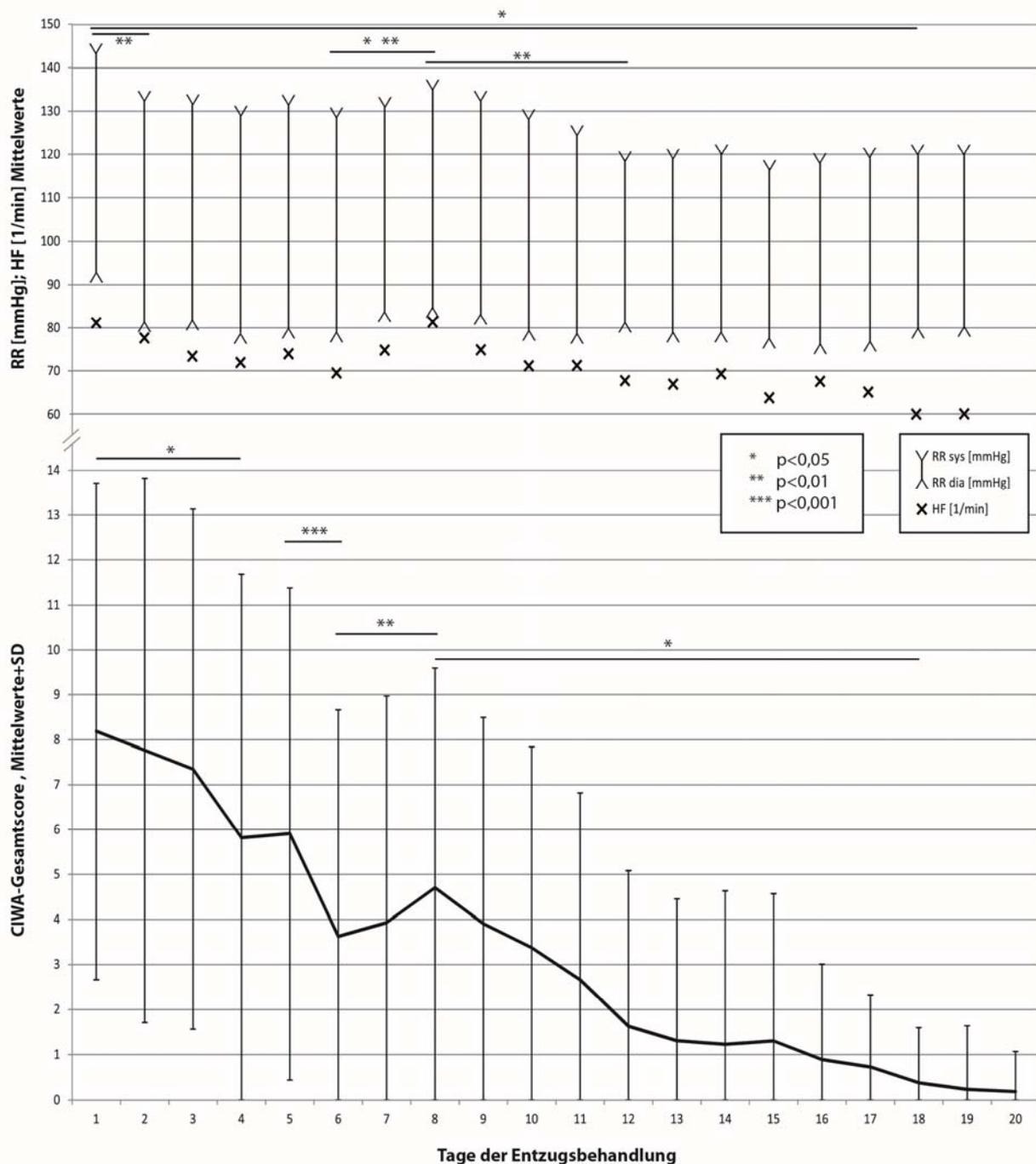


Abb. 1: Vegetative und psychische Entzugssymptome (CIWA-Score, RR, HF) im Verlauf der qualifizierten Entzugsbehandlung

Der CIWA-Score zur Beurteilung des psychovegetativen Entzugssyndroms zeigte zu Beginn mit $8,2 \pm 5,5$ Punkten ein deutliches und medikamentös behandlungsbedürftiges Entzugssyndrom. In den ersten sechs Tagen konnten die Entzugssymptome signifikant auf $3,9 \pm 5,0$ Punkte reduziert werden ($p < 0,05$). Der ebenfalls signifikante Anstieg auf bis zu $4,7 \pm 4,8$ Punkte ($p < 0,01$) am achten Tag ist mit Rückfälligkeit am ersten Wochenende assoziiert (vgl. Abb. 1).

Das durch Hypertonie, Tachykardie und CIWA-Score definierte vegetative und psychische Entzugssyndrom sistierte innerhalb von drei Wochen vollständig. Es waren keine Komplikationen wie unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen, Entzugskrampfanfälle, Elektrolytentgleisungen, Delire etc. festzustellen.

Identifikation unbekannter Erkrankungen

Abhängigkeitserkrankte stellen ein besonders morbides (hier: 9,7% ethyltoxische Leberzirrhose) und auch komorbides Patientenkollektiv dar. Ziel war es, bisher unentdeckte Komorbidität zu identifizieren und zur Morbi-RSA-relevanten Vergütung zu verschlüsseln. Vollständige Laboranalysen lagen für 215 Patienten (73,4%) vor.

Es konnten 2% mit Hepatitis B und 7,5% mit Hepatitis C mit aktueller Viruslast identifiziert werden. Lediglich 28,5% aller Patienten mit einer neu diagnostizierten Viruserkrankung gaben als anamnestischen Risikofaktor den i.v.-Konsum an.

Bei 10,6% diagnostizierten wir eine behandlungsbedürftige Schilddrüsenerkrankung (Hypo-/Hyperthyreose, Autonomie, Thyreoiditis), bei 9,6% eine arterielle Hypertonie und bei 5,5% einen manifesten Diabetes mellitus Typ II.

Weitervermittlung und Abstinenz

Die Herstellung der Abstinenz, deren Aufrechterhaltung und die Vermittlung in eine medizinische Rehabilitationsbehandlung ohne „Drehtürentgiftungen“ oder gar Therapieabbrüche waren primäres Ziel der Integrierten Versorgung.

Zum Zeitpunkt des Behandlungsendes (Vermittlung in med. Rehabilitation oder Abbruch durch den Patienten) waren 95,3% der Patienten abstinent. Für 52,9% der Patienten wurde ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestellt. Dieser wurde in allen Fällen bewilligt, 97,9% der Patienten traten diese Rehabilitation an. Bzgl. der Abhängigkeitsdiagnosen zeigten sich signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Vermittlung in Rehabilitation ($p < 0,05$), nicht aber bzgl. der Bewilligung oder der Antritsquote (vgl. Tabelle 3).

Die Abstinenz wurde primär durch eine katamnestische Befragung gemessen, konnte in einem zweiten Schritt jedoch zu allen drei Untersuchungszeitpunkten per Zufallsauswahl anhand von 150 Patienten (51%) zu 98,7% bestätigt werden (Urinscreening, gGT, MCV, EtG); zwei anamnestisch rückfällige Patienten zeigten keine laborchemischen Auffälligkeiten. Im Folgenden werden Patienten, die in der katamnestischen Befragung nicht geantwortet oder widersprüchliche Angaben gemacht haben, als rückfällig gewertet (DGSS4-Berechnungsform (22)). Als abstinent galten auch Patienten, die nach einem Rückfall wieder mindestens drei Monate lang durchgehend abstinent waren. Die Abstinenz nach 24 Monaten wird lediglich für 242 Patienten angegeben, da sich 51 Patienten noch in der Nachbeobachtungszeit befinden.

Die Abstinenz wurde primär durch eine katamnestische Befragung gemessen, konnte in einem zweiten Schritt jedoch zu allen drei Untersuchungszeitpunkten per Zufallsauswahl anhand von 150 Patienten (51%) zu 98,7% bestätigt werden (Urinscreening, gGT, MCV, EtG); zwei anamnestisch rückfällige Patienten zeigten keine laborchemischen Auffälligkeiten. Im Folgenden werden Patienten, die in der katamnestischen Befragung nicht geantwortet oder widersprüchliche Angaben gemacht haben, als rückfällig gewertet (DGSS4-Berechnungsform (22)). Als abstinent galten auch Patienten, die nach einem Rückfall wieder mindestens drei Monate lang durchgehend abstinent waren. Die Abstinenz nach 24 Monaten wird lediglich für 242 Patienten angegeben, da sich 51 Patienten noch in der Nachbeobachtungszeit befinden.

Tab. 3: Vermittlung in Weiterbehandlung und Abstinenz in Abhängigkeit von der Diagnose (Abstinenz nach DGSS4: abstinent und mindestens 3 Monate abstinent nach Rückfall; Nicht-Antworter werden als rückfällig gewertet)

	Gesamt n=293	F10.2 n=154	F11.2 n=5	F12.2 n=22	F13.2 n=19	F19.2 Medikamente n=12	F19.2 n=80
Vermittlung in med. Reha	52,9%	63,6%	40,0%	31,8%	36,8%	41,7%	43,8%
Antrittsquote der Reha	97,9%	97,3%	100%	94,6%	100%	100%	97,7%
Rücklaufquote (3M)	61,4%	75,3%	60%	36,4%	36,8%	41,7%	50%
Abstinenzquote (3M)	59,4%	72,1%	60%	36,4%	36,8%	41,7%	48,8%
n (3 Monate)	293	154	5	22	19	12	80
Rücklaufquote (12M)	56,0%	69,5%	60%	31,8%	31,6%	41,7%	45,0%
Abstinenzquote (12M)	50,5%	61,3%	40,0%	27,3%	31,6%	41,7%	43,8%
n (12 Monate)	293	154	5	22	19	12	80
Rücklaufquote (24M)	47,1%	59,7%	75%	35,7%	6,3%	33,3%	33,8%
Abstinenzquote (24M)	38,6%	46,6%	25%	28,6%	6,3%	33,3%	33,8%
n (24 Monate)	242	134	4	14	16	9	65
	p<0,05 (Zeit)			p<0,05 (Zeit und Diagnosen)			

Drei Monate nach Ende der Integrierten Versorgung waren 59,4% der Patienten als abstinent einzustufen, nach zwölf Monaten 50,5% und nach 24 Monaten 38,6%. Die Reduktion der Abstinenzquote im Zweijahresverlauf ist signifikant ($p<0,05$) bei gleichzeitigem Rückgang der Rücklaufquote der Katamnese von 61,4% auf 47,1% (vgl. Tab. 3). Von allen erreichten Patienten waren nach 24 Monaten 56,6% durchgehend und 24,8% mindestens drei Monate nach einem Rückfall abstinent. Bei keinem dieser Patienten wurde eine erneute Entzugsbehandlung notwendig.

Die Abstinenzquoten sind abhängig von der Hauptdiagnose ($p<0,05$), in Tabelle 3 sind die jeweiligen Abstinenzraten dargestellt. In der Rangfolge von höchster Abstinenzquote zu niedrigster sind die Diagnosen wie folgt einzuordnen: Alkoholabhängigkeit (F10.2, $n=154$), Polytoxikomanie (F19.2, $n=80$), Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (F19.2, $n=12$), Opiatabhängigkeit (F11.2, $n=5$), Cannabisabhängigkeit (F12.2, $n=14$) und Benzodiazepinabhängigkeit (F13.2, $n=19$). Zu beachten sind hierbei jedoch die signifikant unterschiedlichen Fallzahlen.

Bezüglich der Trinkmenge rückfälliger Patienten liegen keine ausreichend validen Daten vor, um eine allgemeine Aussage treffen zu können (Datenrücklauf: 15% der Rückfälligen, $n=26$). Die vorhandenen Daten zeigen signifikante Reduktionen der Heavy-Drinking-Days (>5 Standarddrinks) von 84% auf 26% ($p<0,01$), der Drinking-Days von 78% auf 26% ($p<0,05$) und der Drinks-per-Day von $4,9\pm 4,1$ auf $2,1\pm 3,4$ ($p<0,05$). Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt nach einem Rückfall mindestens drei Monate abstinent waren ($n=23$, $t=12$ Monate; $n=28$, $t=24$ Monate), zeigten höchstens drei Heavy-Drinking-Days und eine Rückfalldauer von $11,7\pm 24,1$ Tagen.

Einflussfaktoren auf die Abstinenz

In der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Entwöhnung) wurden die Arbeitslosigkeit, der Familienstand „alleinstehend“ und die Abhängigkeitsdiagnose als Risikofaktoren für die Rückfälligkeit identifiziert (8, 32). Aus eigenen Untersuchungen zur ambulanten

Suchtrehabilitation konnten wir lediglich kleine Effekte identifizieren. Die positiven Effekte einer regulär beendeten und längeren (>80 Leistungseinheiten) Rehabilitationsbehandlung in Verbindung mit dem kontinuierlichen Besuch einer Selbsthilfegruppe zeigten die größten Effekte (2, 3).

Tab. 4: Einflussfaktoren auf die Abstinenz (3-24 Monate nach der Integrierten Versorgung Abhängigkeitskranker, IV)

	3 Monate nach IV		12 Monate nach IV		24 Monate nach IV	
	β-Koeffizient	Signifikanz	β-Koeffizient	Signifikanz	β-Koeffizient	Signifikanz
Vermittlung in Entwöhnung	+0,828	p<0,001	+0,730	p<0,001	+0,451	p<0,001
Behandlungsdauer IV	+0,324	p<0,001	+0,171	p<0,01	+0,248	p<0,001
Belastungsindex	-0,150	p<0,001	-0,220	p<0,001	-0,197	p<0,01
Arbeitslosigkeit	-0,169	p<0,01	-0,135	p<0,05	-0,102	p>0,05
Abhängigkeitsdiagnose	-0,071	p>0,05	-0,620	p>0,05	-0,320	p>0,05
Problematische Schulden	+0,001	p>0,05	-0,310	p>0,05	-0,360	p>0,05
Familienstand	+0,006	p>0,05	-0,140	p>0,05	-0,004	p>0,05
Abhängigkeitsdauer	+0,036	p>0,05	-0,110	p>0,05	-0,065	p>0,05
Statistik	ANOVA p<0,001 F = 8,778 R ² =0,755		ANOVA p<0,001 F = 5,959 R ² =0,576		ANOVA p<0,001 F = 8,778 R ² =0,351	

Durch binär logistische und lineare Regressionsanalysen sollen die Effekte einzelner Variablen auf die Abstinenz nach der IV untersucht werden. Es zeigten sich zwei Variablen: die Vermittlung in die Suchtrehabilitation und die Behandlungsdauer, für die über alle drei Nachuntersuchungszeitpunkte eine mittlere bis hohe Effektstärke auf die Abstinenz gezeigt werden konnte (vgl. Tab. 4). Die Effektstärke für die Vermittlung in eine Entwöhnung sank in der Nachbeobachtungszeit (β-Koeff.: $t_1=+0,83$, $t_2=+0,73$, $t_3=+0,45$, $p<0,001$), wobei die Effektstärke der Behandlungsdauer deutlich stabiler blieb (β-Koeff.: $t_1=+0,32$, $t_3=+0,25$, $p<0,001$). Signifikante negative Effekte konnten für einen steigenden Belastungsindex und die Arbeitslosigkeit gezeigt werden. Der negative Effekt der Krankheitsschwere (Belastungsindex) war über den Nachuntersuchungszeitraum stabil (β-Koeff.: $t_1=-0,15$, $t_2=-0,22$, $p<0,001$, $t_3=-0,20$, $p<0,01$) und als kleiner Effekt zu beschreiben. Die Abstinenzquoten in Abhängigkeit vom Belastungsindex und von der Nachuntersuchungszeit sind in Abbildung 2 dargestellt. Der ebenfalls kleine negative Effekt der Arbeitslosigkeit war nach drei und zwölf Monaten (β-Koeff.: $t_1=-0,17$, $t_2=-0,14$, $p<0,01$) vorhanden, erreichte nach 24 Monaten aber nicht mehr das Signifikanzniveau. Abhängigkeitsdiagnose, problematische Schulden, Abhängigkeitsdauer und Familienstand hatten keinen signifikanten Effekt auf die Abstinenz im Beobachtungszeitraum.

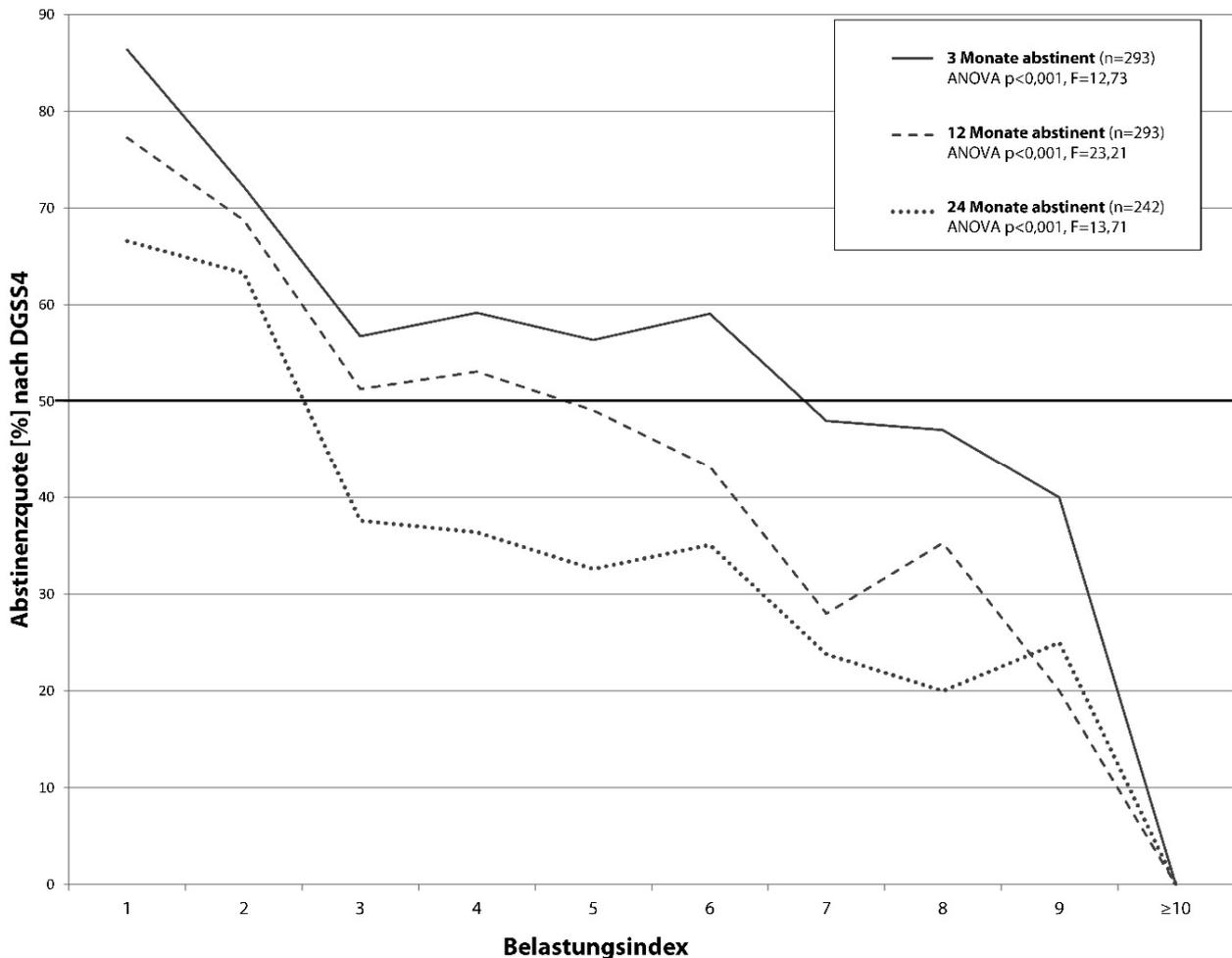


Abb. 2: Abstinenzquoten in Abhängigkeit vom Belastungsindex (Abstinenz nach DGSS4: abstinent und mindestens 3 Monate abstinent nach Rückfall; Nicht-Antworte werden als rückfällig gewertet)

Diskussion

Wir sehen die Ergebnisse unter Berücksichtigung des Studiendesigns als ausreichend valide, um alle drei formulierten Hypothesen bestätigen zu können. Die Integrierte Versorgung mit der ambulanten qualifizierten Entzugsbehandlung ist hoch effektiv und ist eine sichere Behandlungsmethode unter Berücksichtigung der „Empfehlungen zur qualifizierten ambulanten Alkoholentzugsbehandlung“ der Bundesärztekammer. Ebenfalls konnten sehr gute Ergebnisse in Bezug auf die Haltequote in der Behandlung, die nahtlose Vermittlung in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme und die Abstinenz über 24 Monate nachgewiesen werden. Wir sehen den Erfolg dieser Behandlung in Bezug auf die Vermittlung in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme abhängig von der Krankheitsschwere (Belastungsindex) und der Behandlungsdauer. Die Durchführung einer Suchtrehabilitationsmaßnahme im Anschluss an die qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung bestimmt den Abstinenzserfolg. Durch die Vernetzung der qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung über die Versorgungssektoren kann die „vergessene Mehrheit“ einer effektiven Behandlung zugeführt werden.

Die alleinige Entzugsbehandlung ohne einen qualifizierten Anteil mit Motivationsförderung, Rehabilitationsvorbereitung und Weitervermittlung in eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme

scheint nicht ausreichend effektstark zu sein, um eine dauerhafte Abstinenz sicherzustellen. Daher sollte die Rehabilitation immer Ziel der Entzugsbehandlung sein.

Die Ergebnisse dieser Studie erreichen zumindest die Effekte bisher publizierter Abstinenz- und Vermittlungsquoten nach qualifizierter Entzugsbehandlung (vgl. Tabelle 1).

Die Evidenz der Studie wird durch eine fehlende Vergleichsgruppe, Randomisierung oder Verblindung gemindert. Die katamnestische Rücklaufquote rückfälliger Patienten ist zu gering, um sichere Aussagen oder eine Generalisierung z. B. bzgl. der Trinkmengenreduktion zu treffen. Eine Untersuchung im Sinne einer Nicht-Antwörter-Studie könnte mögliche Effekte klären. Durch die Operationalisierung, alle nicht erreichten Patienten als rückfällig zu klassifizieren (DGSS4-Berechnungsform), wird der Behandlungserfolg unterschätzt. Jedoch ist es aus unserer Sicht notwendig, diese Berechnungsform zu wählen, um eine bessere Generalisierbarkeit zu gewährleisten. Der ambulante Behandlungsansatz führt per se zu einem Selektionsbias durch Ausschluss von Patienten nach einem Delir oder Entzugskrampfanfall.

Da es sich bei der IV dieser Studie um eine „Regelversorgung“ mit regionalem Bezug (städtisch und ländlich gemischt) handelt und sich die Patientenmerkmale nicht von anderen Studien und dem Suchtsurvey unterscheiden, kann von einer ausreichenden Generalisierbarkeit ausgegangen werden.

Wir halten diese Studie trotz der Einschränkungen für die Versorgungslandschaft in Deutschland für bedeutend. Die Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker mit der ambulanten qualifizierten Entzugsbehandlung kann bestehende Behandlungsangebote sinnvoll und effektiv ergänzen.

Ausblick

Eine bundesweit flächendeckende Umsetzung könnte die Behandlung Abhängigkeitskranker deutlich effektiver und effizienter gestalten sowie bisher unbehandelte Abhängige einer Behandlung zuführen. Weitere Auswertungen sollen die Hypothese der hohen Effektivität und Effizienz durch eine Kosten-Nutzen-Analyse bestätigen.

Literaturverzeichnis

1. Missel P, Schneider B, Bachmeier R, et al.: Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Alkohol und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 2012; 1: 16-27.
2. Steffen DV, Werle L, Steffen R, Steffen M, Steffen S: [Long-term effectiveness of psychodynamic outpatient treatment of addiction]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2012; 80: 394-401.
3. Steffen DV, Werle L, Steffen R, Steffen M, Steffen S: [Outpatient Long-Term Treatment of Addiction in Higher Age.]. *Die Rehabilitation* 2012.
4. Bottlender M, Bottlender R, Scharfenberg CD, Soyka M: [Effectiveness of outpatient treatment for alcoholism - impact of personality disorders on course of treatment]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003; 53: 384-9.
5. Bottlender M, Soyka M: [Catamnestic study on the efficacy of an intensive outpatient treatment programme for alcohol-dependent patients: impact of participation in AA on the abstinence rates]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2005; 73: 150-5.
6. Schwoon DR, Schulz P, Höppner H: Qualifizierte Entzugsbehandlung für Alkoholranke in der Innere Medizin. *Suchtthreapie* 2002; 3: 6.
7. Veltrup C: Abstinenzgefährdung und Abstinenzbeendigung bei Alkoholabhängigen nach einer umfassenden stationären Entzugsbehandlung. Münster u.a.: Waxmann 1995; p. 229 S., 16 Bl. graph. Darst.
8. Kufner H, Feuerlein W, Flohrschütz T: Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestiche Ergebnisse. *Suchtgefahren* 1986; 32: 1-86.
9. Mann K, Stetter F: Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. *Der Nervenarzt* 1997; 68: 7.
10. Bauer U, Hasenöhl A: Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung u. konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). *Sucht* 2000; 46: 9.
11. Olbrich R: Die qualifizierte Entzugsbehandlung in der stationären Alkoholismustherapie. In: Olbrich R, (ed.): *Suchtbehandlung Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen*. Regensburg: Roderer 2001.
12. Loeber S, Kiefer F, Wagner F, Mann K, Croissant B: [Treatment outcome after inpatient alcohol withdrawal: impact of motivational interventions: a comparative study]. *Nervenarzt* 2009; 80: 1085-92.
13. John U, Veltrup C, Driessen M: [Motivational work with alcohol dependent patients]. *Psychiatr Prax* 1995; 22: 186-8.
14. Bauer U, Hasenöhl A: Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung u. konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). *Sucht* 2000; 46: 250-9.
15. Krampen G, Nispel L: Ein Jahr danach - Selbst- und fremdkatamnestiche Befunde zur Situation von Patienten einer 6wöchigen Alkohol-Entziehungskur. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 1981; 10: 13-26.
16. Soyka M: Efficacy of outpatient alcoholism treatment. *Addiction* 1999; 94: 48-50.
17. Soyka M, Horak M, Morhart V, Moller HJ: [The "qualified outpatient detoxification" model project]. *Nervenarzt* 2001; 72: 565-9.
18. Hintz T, Schmidt G, Reuter-Merklein A, Nakovics H, Mann K: Qualifizierter ambulanter Alkoholentzug: Enge Kooperation zwischen Hausarzt und psychosozialer Beratungsstelle – Ergebnisse eines Modellprojektes. *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 102: 7.
19. Wienberg G: *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen*. Originalausg. ed. Bonn: Psychiatrie-Verl.; 2001.
20. John U, Rumpf HJ, Hapke U: Estimating prevalence of alcohol abuse and dependence in one general hospital: an approach to reduce sample selection bias. *Alcohol Alcohol* 1999; 34: 786-94.
21. DHS: *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2006.

22. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.: Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis / Journal of Addiction Research and Practice* 2001; 47: 3-94.
23. Ebbets J: Applicability of the CIWA-A scale. *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol. J Nurs Care Qual* 1994; 8: ix-x.
24. Nuss MA, Elnicki DM, Dunsworth TS, Makela EH: Utilizing CIWA-Ar to assess use of benzodiazepines in patients vulnerable to alcohol withdrawal syndrome. *W V Med J* 2004; 100: 21-5.
25. Stuppaeck C, Barnas C, Falk M, et al.: Eine modifizierte und ins Deutsche übersetzte Form der Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-A). *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1995; 18: 9.
26. Devenyi P, Harrison ML: Prevention of alcohol withdrawal seizures with oral diazepam loading. *Can Med Assoc J* 1985; 132: 798-800.
27. van Sweden B: Diazepam loading for alcohol withdrawal: seizure risk in epileptics. *Biol Psychiatry* 1989; 26: 853-4.
28. Heinala P, Piepponen T, Heikkinen H: Diazepam loading in alcohol withdrawal: clinical pharmacokinetics. *Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol* 1990; 28: 211-7.
29. Manikant S, Tripathi BM, Chavan BS: Loading dose diazepam therapy for alcohol withdrawal state. *Indian J Med Res* 1993; 98: 170-3.
30. Salloum IM, Cornelius JR, Daley DC, Thase ME: The utility of diazepam loading in the treatment of alcohol withdrawal among psychiatric inpatients. *Psychopharmacol Bull* 1995; 31: 305-10.
31. Jauhar P, Anderson J: Is daily single dosage of diazepam as effective as chlordiazepoxide in divided doses in alcohol withdrawal—a pilot study. *Alcohol Alcohol* 2000; 35: 212-4.
32. Kufner H, Feuerlein W, Huber M: Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren* 1988; 34: 115.

Impressum



SONJA STEFFEN
GESCHÄFTSFÜHRERIN
LEITENDE THERAPEUTIN
Dipl. Sozialarbeiterin
sonjasteffen@ianua-gps.de



DR. DAVID V. STEFFEN
ARZT DER EINRICHTUNG
KOORDINATION STATISTIK/FORSCHUNG
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
davidsteffen@ianua-gps.de

© 02.05.2014

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