



GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE MBH

IANVA

Jahresbericht 2014

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 2014

© Ianua G. P. S. mbH, 2015

Dr. D. V. Steffen

JAHRESBERICHT 2014 – Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	4
2. Leitbild	8
3. Präventionsarbeit	9
3.1. Einführung und Übersicht	9
3.2. Präventionskurs SEELISCHE GESUNDHEIT	9
3.2.1. Einleitung und Zielsetzung	9
3.2.2. Ziele	9
3.2.3. Initialphase	10
3.2.4. Trainingsphase	10
3.2.5. Eigenaktivitätsphase	10
3.2.6. Refreshertreffen	11
3.2.7. Ausblick	11
4. Beratungsarbeit (Einmalkontakte, 2014)	12
5. Orientierungs- und qualifizierte Entzugsphase (2014)	13
5.1. Patientencharakterisierung	13
5.2. Behandlungsergebnis und Vermittlung in weiterführende Suchtrehabilitation	14
6. Ambulante Suchtrehabilitation Abhängigkeitskranker (2014)	17
6.1. Rehabilitandencharakterisierung	17
6.2. Rehabilitationsverlauf	18
6.3. Rehabilitationsende und Rehabilitandenzufriedenheit	19
7. Einjahreskatamnese des Rehaentlassungsjahrgangs 2013 Abhängigkeitskranker	21
7.1. Charakterisierung der Rehabilitanden und der Katamnesestichprobe	21
7.2. Erreichungs- und Abstinenzquoten	23
8. Orientierungsphase bei Pathologischem Glücksspiel (2014)	26
8.1. Patientencharakterisierung	26
8.2. Behandlungsergebnis und Vermittlung in weiterführende Suchtrehabilitation	27
9. Ambulante Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel	28
10. Einjahreskatamnese bei Pathologischem Glücksspiel	28
11. Fazit 2014	29
12. Publikationen, Kongressbeiträge und Mitgliedschaften	30
12.1. ORIGINALARBEITEN (gedruckt, * = geteilte Autorenschaft)	30
12.2. ORIGINALARBEITEN (im Review)	30
12.3. KONGRESSBEITRÄGE UND VORTRÄGE	31
12.4. MITGLIEDSCHAFTEN UND ARBEITSGRUPPEN	32
12.5. AUSZEICHNUNGEN UND PREISE	32

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 Deutschen Rentenversicherungen
- 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 nach stationärer Suchtrehabilitation
- 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“ wurde im ersten Quartal 2014 aufgenommen. Wir bieten darüber hinaus eine in sich geschlossene Orientierungsphase, Beratung und Suchtnachsorge an. Pathologisches Glücksspielen ist eine besondere Suchterkrankung, die ein besonderes Behandlungskonzept im Unterschied zu den stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen, erfordert. Hierzu gehört z. B. das Geld- und Schuldenmanagement, die Abklärung und Mitbehandlung sog. Nebenerkrankungen wie Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatische Erkrankungen, welche sehr häufig mit einer Spielsucht zusammen auftreten. Hierzu werden vom Leistungsträger besondere Indikationsangebote erwartet. Wir verfolgen hierbei einen ganzheitlichen Ansatz, der auch die Freiheit von Psychopharmaka gewährleistet.

Wir verfügen über **speziell** für diese Suchterkrankung **ausgebildete Bezugstherapeuten**.

Unser Behandlungsangebot ist in den Landkreisen Saarlouis und Merzig das einzige ambulante Rehabilitationsangebot bei Spielsucht und versteht sich als Ergänzung zu bestehenden ambulanten Beratungsangebot für pathologische Glücksspieler.

Betroffene und Angehörige können von jeder Einrichtung vermittelt werden. Wir sind immer an einer engen Kooperation mit der zuweisenden Einrichtung interessiert. Betroffene und Angehörige können sich auch direkt ohne Vermittlung oder Überweisung an uns wenden und einen Abklärungs- und Beratungstermin vereinbaren.

IANUA ist eine von Finanzmitteln aus Glücksspielen unabhängige Einrichtung. Sie ist Mitglied im Fachverband Glücksspielsucht.

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), hat in 2014 die ärztliche Leitung der Rehabilitationseinrichtung übernehmen.

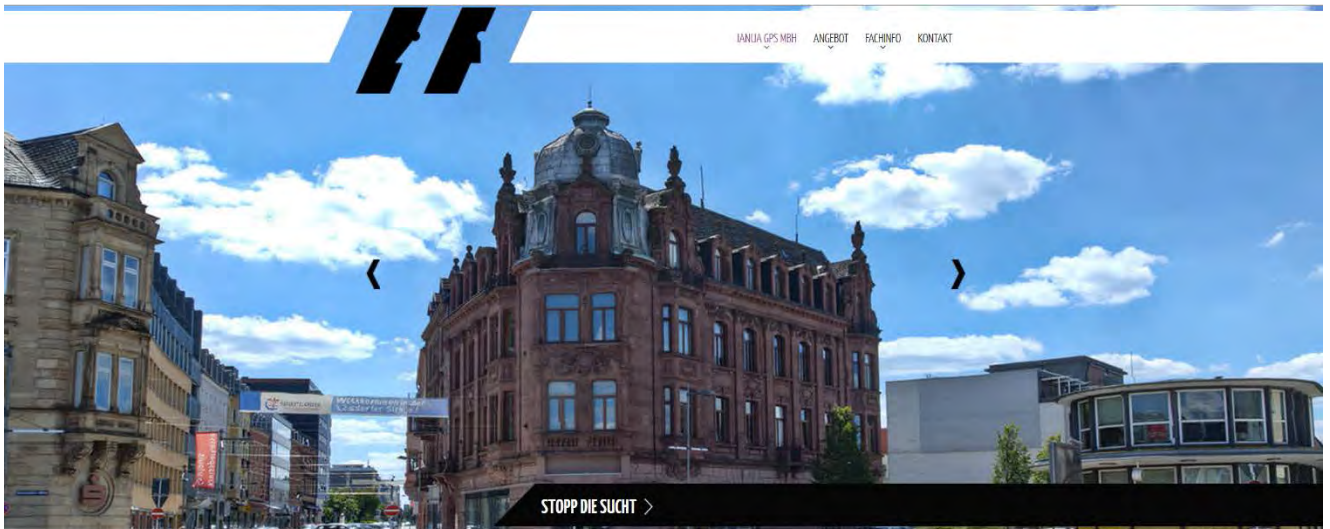
Hr. Dr. David Steffen ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und durch die KV Saarland zur vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Behandlung zugelassen. Er promovierte zwischen 2008 und 2011 am Zentrum für Innere Medizin der Universität des Saarlandes, Klinik für Innere Medizin III, Hr. Prof. Dr. Böhm: „Untersuchungen zum Einfluss von HMG-CoA-Reduktase Hemmern bei der Anthrazyklin-induzierten Kardiomyopathie“. Seine Erfahrungen in der Forschung bringt er ebenfalls bei IANUA intensiv mit ein und ist Erstautor aktueller Publikationen zum Thema Abhängigkeitserkrankungen, Entzugsbehandlung und medizinischer Rehabilitation und wirkt als Coautor bei vielen weiteren Arbeiten entscheidend mit.

Hr. Dr. Steffen engagiert sich berufspolitisch und in Fachverbänden:

- Vorstandsmitglied des Verbandes der Vertragspsychotherapeuten im Saarland (VVPS) e. V., Landesverband des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten e. V., Berlin
- Arbeitskreis „Ambulante Rehabilitation“, Fachverband Sucht e. V., Bonn
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG SUCHT), Hamm
- Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS), Hamburg

Neugestaltung und Überarbeitung des Internetauftrittes:

www.ianua-gps.de



WILLKOMMEN AUF UNSERER HOMEPAGE

STELLENANZIGE

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n Dipl. Psychologen/in oder Masterabsolventen/in in fortgeschrittener psychotherapeutischer Ausbildung oder mit bereits vorhandener Approbation zur Verstärkung unseres Bezugstherapeuten Teams. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

[Download](#)

WOLFRAM-KELP-RODERMEYER 2014

Unsere wissenschaftliche Arbeit zur Integrierten Versorgung Abhängigkeitskranker ist als beste wissenschaftliche und praxisorientierte Arbeit auf dem Gebiet der Entziehung und Behandlung von Nitrobusch und Sucht ausgezeichnet worden.

[Download](#)

ZULASSUNG ZUR REHABILITATION BEI PSYCHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIEL SEIT 2014

Wir bieten seit Anfang 2014 eine eigenständige Rehabilitationsgruppe für Psychologische Glücksspieler an. Die Rehabilitation bei Spielsucht wird in unserer Einrichtung von allen Rentenversicherungen oder Krankenkassen übernommen.

[weiterlesen](#)

ANGEBOTE



ORIENTIERUNGSPHASE UND QUALIFIZIERTE AMBULANTE ENTZUGSBEHANDLUNG
Wir beraten Sie und klären mit Ihnen Ihren individuellen Behandlungsbedarf.

[Lesen Sie weiter](#)



SUICIDREHABILITATION BEI ALKOHOL-, MEDIKAMENTEN- UND DROGENABHÄNGIGKEIT SOWIE PSYCHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIEL

[Lesen Sie weiter](#)



PRÄVENTIVKURSOR, SEELISCHE BESUCHENET
Was hält uns gesund? - Ein deutschlandweit einzigartiger und innovativer Kurs, Gesundheit zu bewahren!

[Lesen Sie weiter](#)



SUICIDPRÄVENTION & SEELISCHE BESUCHENET
Präventivkurs Seelische Besuche
Bestandteil: Suizidprävention, Prävention ethnischer und maßgeschneiderten Suchtprävention



ORIENTIERUNGSPHASE UND QUALIFIZIERTE AMBULANTE ENTZUGSBEHANDLUNG
Hilfe und Begleitung beim Entzug und anschließende Drogenentzug
Hin zur Suchtrehabilitation



AMBULANTE SUICIDREHABILITATION
Langfristige stabilisierende Behandlung mit Sicherung der aufrechten Arbeitskraft und der Arbeitskraft mit Verbleibe im gewohnten Lebensumfeld



SUICIDREHABILITATION NACH SUICIDANFÄHRE
Begleitung nach einer Suizidhandlung
Etablierung des "neuen Lebens" und Hilfe zur Rückkehrstellung der Arbeitskraft und des Therapieerfolges

Ianua G. P. S. mbH ist eine ambulante Suchtrehabilitationseinrichtung in Saarland seit 1992, die Betroffene mit Abhängigkeitskrankungen (Sucht) von Alkohol, Medikamenten und Drogen sowie Psychologischem Glücksspiel (Glücksspielsucht) behandelt. Wir bieten Beratung, Angehörigenarbeit, Prävention, qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung, Aktivitätsphase, bewohnbegleitend ambulante Suchtrehabilitation (AR), Suchttherapie und Nachsorge an. Wir sind von allen Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen gesetzlich, privat und beihilferecht anerkannt.

IANVA GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE MBH



IANVA



Lindorfer Straße 9, 66149 Saarland
Tel. ☎ 0 68 31 - 49 00 55, Fax 0 68 31 - 49 00 57

www.ianua-gps.de
info@ianua-gps.de

Geschäftsführerin: Sorja Staffen
Leitender Arzt: Dr. med. David V. Staffen
Leitende Therapeutin: Sorja Staffen



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/Schmerzlinderung, 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 läuft aktuell an. Vorbereitungen und Weichenstellung mit den potentiellen Zuweisern (v. a. Betriebsärzten) sind erfolgt.

4. Beratungsarbeit (Einmalkontakte, 2014)

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=17	W n=6	GESAMT n=23	Statistik
Alkoholabhängigkeit	41,2%	33,3%	39,1%	CHI2=0,67 p>0,05
Opiatabhängigkeit	0,0%	0,0%	0,0%	
Cannabisabhängigkeit	5,9%	16,7%	8,7%	
Sedativaabhängigkeit	0,0%	0,0%	0,0%	
Stimulantienabhängigkeit	17,6%	16,7%	17,4%	
Abhängigkeit v. Psychotr. Subst.	0,0%	0,0%	0,0%	
Polytoxikomanie	35,3%	33,3%	34,8%	
Pathologisches Glücksspiel	0,0%	0,0%	0,0%	
Alter (Jahre)	36,4±11,5	30,0±7,4	34,7±10,8	p>0,05
Alleinstehend	41,2%	16,7%	34,8%	CHI2=3,6 p>0,05
Feste Beziehung	58,8%	83,3%	65,2%	
Verheiratet (zusammenlebend)	23,5%	0,0%	17,4%	CHI2=6,7 p>0,05
Geschieden	23,5%	0,0%	17,4%	
Verwitwet	0,0%	0,0%	0,0%	
Erwerbstätig	35,3%	66,7%	43,4%	CHI2=5,4 p>0,05
Erwerbslos (Alo I/II)	58,8%	33,3%	39,1%	
Rentner/in	0,0%	0,0%	0,0%	
Problematische Schulden > 10.000€	17,7%	0,0%	13,0%	p>0,05
Bisher kein Schulabschluss	29,4%	0,0%	21,7%	p>0,05
Hauptschulabschluss	47,1%	33,3%	43,5%	
Realschulabschluss	5,9%	50,0%	17,4%	
Hochschulreife/Fachabitur	5,9%	16,7%	8,7%	
Keine Berufsausbildung	29,4%	16,7%	26,1%	p>0,05
Lehre	58,8%	83,3%	65,2%	
Meister/Techniker	5,9%	0,0%	4,3%	
Hochschulabschluss	5,9%	0,0%	4,3%	
Vorbehandlung: ambl. Reha	0,0%	16,7%	4,3%	p>0,05
Vorbehandlung: stat. Reha	23,6%	16,7%	21,7%	p>0,05
Alter bei Erstkonsum (Jahre)	15,5±3,1	13,0±5,0	15,1±3,5	p<0,05
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	13,8±10,2	6,8±8,4	12,0±10,0	p>0,05
Belastungsindex (schlechte Prognose [%])	4,0±2,9 (42,8)	4,0±2,9 (40,0)	4,0±2,9 (42,1)	p>0,05

5. Orientierungs- und qualifizierte Entzugsphase (2014)

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 2014 ihre Orientierungsphase beendeten (n=208). Diese verteilten sich auf 141 Männer (67,8%) und 67 Frauen (32,2%). Patienten, die nur einen Kontakt wahrgenommen hatten, fallen unter die Beratungsarbeit.

Es zeigte sich ein typisches Patientenkollektiv für unsere Einrichtung (vgl. Tabelle 2). Erstmals sehen wir keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bzgl. der Diagnoseverteilung und der Erwerbstätigkeit. Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren für Familienstand, Erwerbstätigkeit und Alter bei Erstkonsum zu finden. Die Frauen waren jeweils seltener ledig, dafür häufiger verheiratet, geschieden und verwitwet, seltener erwerbstätig und älter beim Erstkonsum des Suchtmittels. Die Morbidität der Frauen war im Vergleich zum Vorjahr signifikant gestiegen.

Die Diagnoseverteilung auf 53,4% Alkoholabhängigkeit, 19,7% Polytoxikomanie und die weiteren Abhängigkeitsdiagnosen sind typisch für unsere Einrichtung. Weiterhin sind die Patienten ausreichend sozial eingebunden (57,7% feste Partnerschaft) und überwiegend erwerbstätig (54,4%). Die Erwerbslosigkeit (Alo I/II) war mit 28,8% relativ niedrig, jedoch deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Der Belastungsindex als Maß der Abhängigkeitsschwere mit einem Mittelwert von $4,3 \pm 2,6$ errechnete für 41,7% eine schlechte Prognose. Unter Berücksichtigung der sozialen Daten handelte es sich um langjährig chronifizierte, häufig mehrfach abhängige Rehabilitanden, für die nur in 58,3% der Fälle eine günstige Prognose zu stellen war (Belastungsindex ≤ 4).

¹ Schwoon DR, Schulz P, Höppner H. Qualifizierte Entzugsbehandlung für Alkoholkranke 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 $18,5 \pm 38,3$ Jahren bereits sehr lange; 11,5% der Rehabilitanden gaben eine ambulante und 17,8% eine stationäre Suchtrehabilitationsbehandlung in der Vorgeschichte an.

Tabelle 2: Patientencharakterisierung Abhängigkeitskranker in der Orientierungsphase

Merkmal	M n=141	W n=67	GESAMT n=208	Statistik
Alkoholabhängigkeit	53,2%	53,7%	53,4%	CHI2=13,3 p>0,05
Opiatabhängigkeit	0,7%	6,0%	2,4%	
Cannabisabhängigkeit	14,2%	10,4%	13,0%	
Sedativaabhängigkeit	1,4%	1,5%	1,4%	
Stimulantienabhängigkeit	5,0%	4,5%	4,8%	
Abhängigkeit v. Psychotr. Subst.	2,1%	7,5%	3,8%	
Polytoxikomanie	22,0%	14,9%	19,7%	
Alter (Jahre)	40,8±13,6	43,4±13,8	41,6±13,7	p>0,05
Alleinstehend	39,0%	29,9%	36,1%	p>0,05
Feste Beziehung	54,6%	64,2%	57,7%	
Verheiratet (zusammenlebend)	25,5%	31,3%	27,4%	CHI2=12,5 p<0,05
Geschieden	17,0%	17,9%	17,3%	
Verwitwet	1,4%	4,5%	2,4%	
Erwerbstätig	58,1%	46,3%	54,4%	CHI2=25,9 p<0,01
Erwerbslos (Alo I/II)	28,4%	29,9%	28,8%	
Rentner/in	9,2%	11,9%	10,1%	
Problematische Schulden >10.000€	6,3%	3,0%	5,4%	p>0,05
Bisher kein Schulabschluss	3,5%	10,4%	5,8%	CHI2=7,8 p>0,05
Hauptschulabschluss	57,4%	40,3%	51,9%	
Realschulabschluss	23,4%	26,9%	24,5%	
Hochschulreife/Fachabitur	14,9%	20,9%	16,8%	
Keine Berufsausbildung	23,4%	31,4%	26,0%	p>0,05
Lehre	68,8%	59,7%	65,9%	
Meister/Techniker	2,8%	1,5%	2,4%	
Hochschulabschluss	4,3%	6,0%	4,8%	
Vorbehandlung: ambl. Reha	10,6%	13,4%	11,5%	p>0,05
Vorbehandlung: stat. Reha	18,4%	16,4%	17,8%	p>0,05
Alter bei Erstkonsum (Jahre)	16,0±6,1	19,1±11,0	17,0±8,1	p<0,05
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	18,7±38,5	18,0±38,2	18,5±38,3	p>0,05
Belastungsindex (schlechte Prognose [%])	4,3±2,5 (40,7)	4,1±2,8 (43,7)	4,3±2,6 (41,7)	p>0,05

5.2. Behandlungsergebnis und Vermittlung in weiterführende Suchtrehabilitation

Die Orientierungs- und qualifizierte Entzugsphase dauerte durchschnittlich $45,3 \pm 40,9$ Tage. Bei regulärer Beendigung, d. h. mit Beginn einer Suchtrehabilitationsmaßnahme, verlängerte sich die

Behandlungsdauer signifikant ($p < 0,05$) auf $50,4 \pm 23,7$ Tage bei durchschnittlich 9 Patientenkontakten (5 Einzel- und 4 Gruppentermine) in unserer Einrichtung. Es wurden signifikant mehr Patienten in eine ambulante Suchtrehabilitation (50,5%) vermittelt als in stationäre (2,9%) oder kombiniert stationär-ambulante (1,9%) Rehabilitationsformen. Männer und Frauen wurden dabei gleich häufig in Rehabilitation vermittelt. Die Gesamtvermittlungsquote in Rehabilitation von 55,3% 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=141	W n=67	GESAMT n=208	Statistik
Einzelkontakte	4,9±2,4	4,8±2,2	4,9±2,3	p>0,05
Gruppenkontakte	3,9±3,0	4,0±3,3	4,0±2,9	p>0,05
Behandlungsdauer (Tage)	46,3±45,4	43,4±29,2	45,3±40,9	p>0,05
Vermittlung in Reha	55,3%	55,2%	55,3%	CHI2=0,1 p>0,05
- Ambulante Reha	50,4%	50,7%	50,5%	
- Stationäre Reha	2,8%	3,0%	2,9%	
- Kombi-Reha	2,1%	1,5%	1,9%	
Keine Vermittlung	44,7%	44,8%	44,7%	
Merkmal	Vermittelt n=114	Nicht verm. n=93	GESAMT n=208	Statistik
Einzelkontakte	5,8±1,9	6,7±2,3	4,9±2,3	p<0,001
Gruppenkontakte	5,3±2,9	2,3±2,5	4,0±2,9	p<0,001
Behandlungsdauer (Tage)	50,4±23,7	38,2±53,7	45,3±40,9	p<0,05

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

Merkmal	Keine Vermittlung n=93	Vermittlung in Reha n=114	Vermittl. in ambul. Reha n=105	Verm. stat./ Kombi-Reha n=9	Statistik
Integrierte Versorgung (n=75)	36,0%	64,0%	54,7%	9,4%	p>0,05 innerhalb IV & Managed Care
- AOK (n=40)	42,5%	57,5%	45,0%	12,5%	
- BKKen (n=17)	23,5%	76,5%	70,6%	5,9%	
- DAK (n=18)	33,3%	66,7%	61,1%	5,6%	p<0,05 vs. kein Programm
Managed Care (IKK, n=40)	45,0%	55,0%	52,5%	2,5%	
Kein Versorgungsprogramm (n=92)	52,2 %	48,8%	46,7%	1,1%	

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 (60,9% vs. 48,8%, $p < 0,05$).

Unter den beteiligten Krankenkassen der Integrierten Versorgung unterscheiden sich die Vermittlungsquoten der Krankenkassen nicht signifikant.

Weder die Hauptdiagnose, die Erwerbssituation (v. a. Arbeitslosigkeit), der Familienstand, die Höhe der problematischen Schulden noch die Versorgungsstruktur (Integrierte Versorgung nach §140b SGB V, Managed Care-Programme) hatten einen signifikanten prädiktiven Wert auf die Vermittlung in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme. Im Gegensatz zu eigenen Vorpublikationen zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen steigender Krankheitsschwere (Belastungsindex) und der Abstinenzwahrscheinlichkeit mit geringgradigem Zusammenhang (β -Koeff. 0,184; $p < 0,05$). Einschränkend muss konstatiert werden, dass die Varianzaufklärung, also die Vorhersage der Vermittlung in Abhängigkeit der oben genannten Variablen, nur 5,4% beträgt und damit kein statistisch signifikantes Modell belegt werden kann. Die Vermittlung ist damit vor allem durch den Behandlungsverlauf in der Orientierungsphase bestimmt.

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 12.5).

³ **Steffen DV**, Steffen L, Steffen S: Sozialmedizinische Prognose der Entzugsbehandlung Suchtkranker: Ergebnisse eines Modellprojekts Integrierter Versorgung. *Der Nervenarzt* 2015

6. Ambulante Suchtrehabilitation Abhängigkeitskranker (2014)

6.1. Rehabilitandencharakterisierung

Die folgende Auswertung bezieht sich auf alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden⁴, die im Jahr 2014 ihre ambulante Suchtrehabilitation (n=99) beendeten. Insgesamt nahmen 75 Männer (75,8%) und 24 Frauen (24,2%) an der berufsbegleitend ambulanten Rehabilitationsbehandlung teil.

Tabelle 5: Rehabilitandencharakterisierung bei Rehabilitationsbeginn

Merkmal	M n=75	W n=24	GESAMT n=99	Statistik
Alkoholabhängigkeit	57,3%	45,8%	54,5%	CHI2=12,8 p>0,05
Opiatabhängigkeit	1,3%	4,2%	2,0%	
Cannabisabhängigkeit	6,7%	8,3%	7,1%	
Sedativaabhängigkeit	1,3%	8,3%	3,0%	
Stimulantienabhängigkeit	2,7%	0,0%	2,0%	
Abhängigkeit v. Psychotr. Subst.	2,7%	12,5%	5,1%	
Polytoxikomanie	24,0%	16,7%	22,2%	
Alter (Jahre)	43,1±12,9	46,8±13,7	44,0±13,1	p>0,05
Alleinstehend	34,7%	45,8%	37,4%	p>0,05
Feste Beziehung	58,7%	50,0%	56,6%	
Verheiratet (zusammenlebend)	32,0%	20,8%	29,3%	CHI2=8,4 p>0,05
Geschieden	20,0%	29,2%	22,2%	
Verwitwet	2,7%	12,5%	5,1%	
Erwerbstätig	59,9%	41,7%	55,5%	CHI2=19,2 p<0,05
Erwerbslos (Alo I/II)	26,7%	29,1%	27,2%	
Rentner/in	8,0%	16,7%	10,1%	
Problematische Schulden >10.000€	14,7%	12,5%	17,1%	p>0,05
Bisher kein Schulabschluss	5,3%	8,3%	6,1%	p>0,05
Hauptschulabschluss	58,7%	58,3%	58,6%	
Realschulabschluss	18,7%	20,8%	19,2%	
Hochschulreife/Fachabitur	17,3%	4,2%	14,1%	
Keine Berufsausbildung	18,7%	33,3%	22,3%	p>0,05
Lehre	70,7%	66,7%	69,7%	
Meister/Techniker	4,0%	0,0%	3,0%	
Hochschulabschluss	6,7%	0,0%	5,1%	
Vorbehandlung: ambl. Reha	14,7%	12,5%	14,1%	p>0,05
Vorbehandlung: stat. Reha	27,9%	8,4%	23,3%	p>0,05
Alter bei Erstkonsum (Jahre)	16,3±7,6	21,3±13,2	17,6±9,4	p<0,05
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	14,8±9,8	15,4±10,0	15,0±10,0	p>0,05
Belastungsindex (schlechte Prognose [%])	4,3±2,5 (41,9)	4,1±1,8 (47,7)	4,2±2,3 (43,5)	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 grundsätzlich typisches Rehabilitandenkollektiv für unsere Einrichtung mit jedoch auffallend ungünstigeren Prognosemerkmalen unter den Frauen (vgl. Tabelle 5). Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren für Erwerbstätigkeit und Alter bei Erstkonsum zu finden. Im Vergleich zu den Vorjahren waren die Frauen in diesem Jahr häufiger erwerbslos und alleinstehend.

Die Diagnoseverteilung auf ca. 55% Alkoholabhängigkeit, 20% Polytoxikomanie und die weiteren Abhängigkeitsdiagnosen sind typisch für unsere Einrichtung. Weiterhin waren die Rehabilitanden ausreichend gut sozial eingebunden (56,6% feste Partnerschaft) und überwiegend erwerbstätig (55,5%). Die Erwerbslosigkeit (Alo I/II) war mit 27,2% im Vergleich zur stationären Suchtrehabilitation relativ niedrig. Der Belastungsindex als Maß der Abhängigkeitsschwere mit einem Mittelwert von $4,2 \pm 2,3$ errechnete für 43,5% eine schlechte Prognose. Unter Berücksichtigung der sozialen Daten handelte es sich um langjährig chronifizierte, häufig mehrfach abhängige Rehabilitanden, für die nur in 56,5% der Fälle eine günstige Prognose zu stellen war (Belastungsindex ≤ 4). Es war eine hohe Komorbidität festzustellen, diese wurde jedoch nur verschlüsselt, wenn sie rehabilitationsrelevant war (in 48,5% der Fälle): Bei 21,2% der Rehabilitanden bestanden affektive Störungen, bei 18,1% Persönlichkeitsstörungen, bei 5% Angst-, somatoforme oder reaktive Störungen, bei 2% psychotische Störungen sowie bei 2% Störungen des Sozialverhaltens. 2,0% der Rehabilitanden waren an einer ethyloxischen Leberzirrhose (Child B-C) erkrankt.

6.2. Rehabilitationsverlauf

Bei fast allen Rehabilitanden erfolgte die Aufnahme in die berufsbegleitend ambulante Suchtrehabilitation suchtmittelfrei (94,7%). 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 deutlich mehr als doppelt so lang (324 ± 128 Tage vs. 118 ± 96 Tage, $p < 0,001$) und es wurden signifikant mehr Termine wahrgenommen (115 vs. 44, $p < 0,001$).

Tabelle 6: Rehabilitationsverlauf

Merkmal	M n=75	W n=24	GESAMT n=99	Statistik
Suchtmittelfrei bei Aufnahme	94,7%	100,0%	96,0%	$p > 0,05$
Kein Suchtmittelkonsum während Reha	48,0%	50,0%	48,5%	$p > 0,05$
Einmaliger Suchtmittelkonsum	28,0%	33,3%	29,3%	
Zweimaliger Suchtmittelkonsum	24,0%	16,7%	22,2%	
Einzelkontakte	$5,6 \pm 3,9$	$7,8 \pm 4,9$	$6,1 \pm 4,2$	$p > 0,05$
Gruppenkontakte	$63,3 \pm 44,6$	$67,0 \pm 44,9$	$64,2 \pm 44,5$	$p > 0,05$
Angehörigenkontakte	$5,2 \pm 4,7$	$5,5 \pm 4,6$	$5,3 \pm 4,6$	$p > 0,05$
Rehabilitationsdauer (Tage)	$236,0 \pm 155,4$	$247,6 \pm 152,2$	$238,8 \pm 154,0$	$p > 0,05$
Tabakkonsum zum Rehabilitationsbeginn	70,7%	62,5%	68,7%	$p > 0,05$
Tabakkonsum zum Rehabeginn [Zig.]	$22,9 \pm 7,9$	$19,5 \pm 8,7$	$22,2 \pm 8,1$	$p > 0,05$
Tabakkonsum zum Rehaende [Zig.]	$22,1 \pm 7,4$	$18,3 \pm 9,2$	$21,3 \pm 7,9$	

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 64,6% unserer Rehabilitanden konnten Angehörige oder wichtige Bezugspersonen in die Rehabilitation eingebunden werden. Rehabilitanden mit frühem Abbruch (vor dem ersten Wochenendseminar) drückten die Erreichungsquote. 35,4% nahmen Einzeltermine mit Angehörigen wahr und 58,6% nahmen an den (Gruppen-)Wochenendseminaren teil. Insgesamt wurden über alle Rehabilitanden im Durchschnitt $5,3 \pm 4,6$ Angehörigenleistungen (50 min. „Einzel“, 100 min. „Gruppe“) erbracht.

48,5% der Rehabilitanden beendeten die Rehabilitation durchgehend abstinent, 29,3% waren einmal rückfällig geworden. Zwei Rückfälle waren bei 22,2% nachzuweisen; dann wurde die Rehabilitation unsererseits beendet oder bei guter Prognose nach einer vierwöchigen stationären Rückfallaufarbeitung (St.A.R.S.) fortgeführt. Der Anteil der durchgehend abstinenten Rehabilitanden während der Suchtrehabilitationsmaßnahme ist zum Vorjahr deutlich zurückgegangen. Wir sehen dies jedoch in einer regelmäßigeren Überprüfung der Abstinenz durch Screeningverfahren begründet. So wurde signifikant häufiger ein Ethylglucuronid (EtG auch als Urnitauchtest) durchgeführt und ein Urinscreening auf „Spice“ (Cannabisanaloga) eingeführt. Wir denken, dass die Rückfallraten daher nicht wirklich zugenommen haben, aber bisher unentdeckte Rückfälle nun identifiziert werden können.

Wir arbeiten in der Rehabilitation immer auf die Nikotinabstinenz hin und bieten in einer Indikativen Gruppe ein strukturiertes Nikotinentwöhnungsprogramm und ärztliche Unterstützung an. 68,7% der Rehabilitanden konsumierten zu Beginn der Rehabilitation Tabak; der Tabakkonsum reduzierte sich während der Rehabilitation von durchschnittlich $22,2 \pm 8,1$ auf $21,3 \pm 7,9$ Zigaretten pro Tag ($p > 0,05$) bei nicht signifikant steigenden Abstinenzraten (+22,7%).

6.3. Rehabilitationsende und Rehabilitandenzufriedenheit

58,6% der Rehabilitanden wurden planmäßig entlassen; zwei Rehabilitanden verstarben im Rehabilitationszeitraum. Der Rückgang der planmäßigen Entlassung geht nach unserer Einschätzung einher mit der konsequenteren und regelmäßigeren Abstinenzüberprüfung durch Screeningverfahren und die sich daraus resultierenden notwendigen Konsequenzen, z. B. stationäre Rückfallaufarbeitung bei zweitem Substanznachweis (=Rückfall).

Lediglich 4,0% waren zum Rehabilitationsende interkurrent arbeitsunfähig. Die Erwerbsfähigkeit wurde für alle Rehabilitanden wiederhergestellt oder gesichert. 41,4% wurden „erfolgreich“ (abstinent und Erreichen aller Rehabilitationsziele) entlassen und 31,3% „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: 28,1±3,7) und unterscheidet sich nicht signifikant von der Zufriedenheit mit anderen Rehabilitationsformen (orthopädische, psychosomatische, kardiologische und onkologische Rehabilitation).

Tabelle 7: Rehabilitationsbeendigung

Merkmal	M n=75	W n=24	GESAMT n=99	Statistik
Planmäßige Beendigung	60,0%	54,2%	58,6%	p>0,05
Unplanmäßige Beendigung	40,0%	45,8%	41,4%	
Arbeitsfähig bei Entlassung	65,3%	58,3%	63,6%	p>0,05
Arbeitsunfähig bei Entlassung	4,0%	4,2%	4,0%	
Beurteilung nicht erforderlich	30,7%	37,5%	32,4%	
Problematik - erfolgreich	40,0%	45,8%	41,4%	p>0,05
Problematik - gebessert	33,3%	25,0%	31,3%	
Problematik - unverändert	25,3%	29,2%	26,3%	
Problematik - verschlechtert	1,3%	0,0%	1,0%	
Zufriedenheitsbogen (ZUF-8)	28,1±4,0	27,9±2,9	28,1±3,7	p>0,05

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 2013 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) veröffentlicht ⁶. **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 60,6%. 62,5% der Rehabilitanden waren männlich, 37,5% weiblich. Die Geschlechterverteilung bei Katamneseantwortern und -nichtantwortern war gleich. Die differenzierten Merkmale sind in Tabelle 8 dargestellt.

⁶ Lange N. (Steffen DV) et. al.: Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 1/2014, S.25-33

Tabelle 8: Rehabilitandencharakterisierung in der Einjahreskatamnese

Merkmal	Kein Katamnese- antworter n=41	Katamnese- antworter n=63	GESAMT n=104	Statistik
Männlich	65,9%	60,3%	62,5%	p>0,05
Weiblich	34,1%	39,7%	37,5%	
Alkoholabhängigkeit	58,5%	61,9%	60,6%	p>0,05
Opiatabhängigkeit	0,0%	0,0%	0,0%	
Cannabisabhängigkeit	9,8%	7,9%	8,7%	
Sedativaabhängigkeit	0,0%	4,8%	2,9%	
Stimulantienabhängigkeit	4,9%	3,2%	3,8%	
Abhängigkeit v. Psychotr. Subst.	4,9%	7,9%	6,7%	
Polytoxikomanie	22,0%	14,3%	17,3%	
Alter (Jahre)	41,9±13,8	44,8±12,0	43,7±12,8	
Alleinstehend	51,2%	47,6%	49,0%	p>0,05
Feste Beziehung	43,9%	47,6%	46,2%	
Verheiratet (zusammenlebend)	14,6%	34,9%	26,9%	P<0,05
Geschieden	34,1%	11,1%	20,2%	
Verwitwet	2,4%	7,9%	5,8%	
Erwerbstätig	53,7%	57,2%	55,7%	p>0,05
Erwerbslos (Alo I/II) Rehabeginn	29,3%	19,0%	23,0%	
Erwerbslos (Alo I/II) Rehaende	29,2%	12,7%	19,3%	
Erwerbslos (Alo I/II) Katamnese		12,7%		
Rentner/in	9,8%	9,5%	9,6%	
Problematische Schulden >10.000€	4,9%	8,0%	6,7%	p<0,05
Bisher kein Schulabschluss	7,3%	0,0%	2,9%	p>0,05
Hauptschulabschluss	46,3%	54,0%	51,0%	
Realschulabschluss	29,3%	19,0%	23,1%	
Hochschulreife/Fachabitur	12,2%	25,4%	20,2%	
Keine Berufsausbildung	34,2%	23,8%	27,9%	CHI2=2,4 p>0,05
Lehre	58,5%	68,3%	64,4%	
Meister/Techniker	4,9%	3,2%	3,8%	
Hochschulabschluss	2,4%	3,2%	2,9%	
Vorbehandlung: ambl. Reha	17,0%	14,3%	15,4%	p>0,05
Vorbehandlung: stat. Reha	24,4%	9,5%	15,4%	p>0,05
Alter bei Erstkonsum (Jahre)	16,7±8,0	18,7±7,7	17,9±7,8	p>0,05
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	17,1±11,4	16,0±8,3	16,4±9,6	p>0,05
Belastungsindex (schlechte Prognose [%])	4,0±1,8 (55,5)	3,8±2,3 (42,6)	3,9±2,2 (48,2)	p>0,05
Anteil psychischer Komorbidität	37,6%	54,0%	47,1%	p>0,05

Es ergaben sich zwischen den Katamneseantwortern und -nichtantwortern lediglich bzgl. des Familienstandes und der problematischen Schulden signifikante Unterschiede. Katamneseantworter

waren häufiger verheiratet und verwitwet, seltener geschieden und hatten häufiger problematische Schulden als Nichtantworter. Die Diagnoseverteilung auf ca. 55-60% Alkoholabhängigkeit, 20% Polytoxikomanie und die weiteren Abhängigkeitsdiagnosen sind typisch für unsere Einrichtung. Weiterhin waren die Rehabilitanden ausreichend gut sozial eingebunden (46,2% feste Partnerschaft) und überwiegend in Erwerbstätigkeit (55,7%). Unter den Katamneseantwortern nahm die Erwerbslosigkeit (Alo I/II) über die Rehabilitationsdauer und den Katamnesezeitraum von 19,0% auf 12,7% ab ($p > 0,05$). Bei 64,6% der Rehabilitanden konnten die Angehörigen strukturiert in Form von Einzel- (35,4%) und Gruppenkontakten (58,6%) mit einbezogen werden. Die durchschnittliche Rehabilitationsdauer betrug 239 ± 154 Tage. In dieser Zeit wurden $6,1 \pm 4,2$ Einzel-, $64,2 \pm 44,5$ Gruppen- und $5,3 \pm 4,6$ Angehörigenleistungen wahrgenommen.

Der Belastungsindex als Maß der Abhängigkeitsschwere war bei Katamneseantwortern deskriptiv leichtgradig niedriger und stellte für jeden zweiten Rehabilitanden eine schlechte Prognose. Auch unter Berücksichtigung der relativ günstigen sozialen Daten handelte es sich um langjährig chronifizierte, häufig mehrfach abhängige Rehabilitanden, für die nur in 51,8% der Fälle eine günstige Prognose zu stellen war (Belastungsindex ≤ 4). Es war eine hohe Komorbidität festzustellen, diese wurde jedoch nur verschlüsselt, wenn sie rehabilitationsrelevant war (in 47,1% der Fälle): Bei 20,2% der Rehabilitanden bestanden affektive Störungen, bei 13,6% Persönlichkeitsstörungen und bei 7,8% Angst-, somatoforme oder reaktive Störungen; andere psychische Störungen summierten sich auf 4,9%. Ein Rehabilitand war darüber hinaus 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 katamnestischen Untersuchung vorlagen, wurden per Definition als rückfällig eingestuft. In diese Kategorie eingeschlossen wurden auch Rehabilitanden mit den Angaben „unbekannt verzogen“, „verweigerer“, „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.

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

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 96,2% für die durchgehende und von 1,9% für die nach Rückfall neu erreichte Abstinenz. Nur 1,9% der planmäßig entlassenen und erreichten Rehabilitanden waren im Katamnesezeitraum rückfällig.

Es konnten immerhin 75,4% der planmäßig beendeten Rehabilitanden (DGSS2) erreicht werden; erfolgreich (abstinent/abstinent nach Rückfall) behandelt waren 75,3%.

Die katamnestiche Abstinenzquote (abstinent/abstinent nach Rückfall) aller erreichten Rehabilitanden (DGSS3) lag bei 95,2%.

Tabelle 9: Abstinenzquoten (DGSS) und Katamneserücklauf

Kategorie	DGSS1 n=52		DGSS2 n=69		DGSS3 n=63		DGSS4 n=104	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Katamneserücklauf	52	100%	52	75,4%	63	100%	63	60,6%
Abstinent	50	96,2%	51	73,9%	56	88,9%	57	54,8%
Abstinent nach Rückfall	1	1,9%	1	1,4%	4	6,3%	4	3,8%
Rückfällig (inkl. per Definition)	1	1,9%	17	24,6%	3	4,8%	43	41,4%
Katamnestiche Abstinenzquote	51	98,1%	52	75,3%	60	95,2%	61	58,6%

Die konservativste Berechnungsform (DGSS4) zeigte eine katamnestiche Erreichungsquote von 60,6%. 54,8% aller Rehabilitanden waren durchgehend abstinent, 3,8% waren zum Katamnesezeitpunkt abstinent nach einem Rückfall. Als rückfällig und rückfällig per Definition wurden 41,4% eingestuft. Die katamnestiche Abstinenzquote von 58,6% lag mit 1,0% 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 und die Rehabilitation unplanmäßig beendeten (vgl. Tabelle 10: Abstinenzquoten (DGSS4) nach Einflussvariablen, $p < 0,001$). 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		Abstinent & abstinent n. Rückfall		Rückfällig inkl. per Definition	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Alkoholabhängigkeit	63	39	61,9%	37	58,7%	26	41,3%
Polytoxikomanie	18	9	50,0%	9	50,0%	9	50,0%
Erwerbstätig bei Rehaende	62	40	64,5%	39	62,9%	23	37,1%
Arbeitslos bei Rehabeginn	20	10	50,0%	9	45,0%	11	55,0%
Arbeitslos bei Rehaende	20	8	40,0%	7	35,0%	13	65,0%
Sonst. Nichterwerbsperson	12	9	75,0%	9	75,0%	3	25,0%
Rentner/in bei Rehaende	10	6	60,0%	6	60,0%	4	40,0%
Feste Partnerbeziehung	48	30	62,5%	30	62,5%	18	37,5%
Alleinstehend	51	30	58,8%	28	54,9%	23	45,1%
Keine problematischen Schulden	97	58	59,8%	56	57,7%	41	42,3%
Schulden > 10.000€	7	5	71,4%	5	71,4%	2	28,6%
Suchtmittelfrei bei Aufnahme	98	60	61,2%	58	59,2%	40	40,8%
Nicht suchtmittelfrei bei Aufnahme	6	3	50,0%	3	50,0%	3	50,0%
Planmäßige Beendigung	69	52	75,4% ⁺	52	75,4%⁺	17	24,6%
Unplanmäßige Beendigung	35	11	31,4% ⁺	9	25,7%⁺	26	74,3%
Einbezug v. Angehörigen in Reha	73	51	69,9% [#]	51	69,9%⁺	22	30,1%
∅ Einbezug v. Angehörigen in Reha	31	12	38,7% [#]	10	32,3%⁺	21	67,7%

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 überwog 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. Orientierungsphase bei Pathologischem Glücksspiel (2014)

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. Analog zu den Behandlungs- und Rehabilitationsphasen bei stoffgebundener Abhängigkeitserkrankung beschreiben wir hier nur die 20 Patienten mit Beendigung der Orientierungsphase im Bezugszeitraum (2014).

8.1. Patientencharakterisierung

Tabelle 11: Patientencharakterisierung Pathologischer Glücksspieler in der Orientierungsphase

Merkmal	M n=15	W n=5	GESAMT n=20	Statistik
F63 - Geldspielautomaten	93,3%	100%	95,0%	p>0,05
F63 - Kleines Spiel d. Spielbank	13,3%	0,0%	10,0%	
F63 - Großes Spiel d. Spielbank	0,0%	0,0%	0,0%	
F63 - Wetten	13,3%	0,0%	10,0%	
F63 - Andere	0,0%	0,0%	0,0%	
Komorbide Abhängigkeitserkrankung	33,3%	40,0%	35,0%	
Alter (Jahre)	39,0±8,1	25,6±3,8	35,7±9,4	p<0,001
Alleinstehend	13,3%	20,0%	15,0%	p>0,05
Feste Beziehung	86,7%	80,0%	85,0%	
Verheiratet (zusammenlebend)	46,7%	20,0%	40,0%	p>0,05
Geschieden	13,3%	0,0%	10,0%	
Verwitwet	6,7%	0,0%	5,0%	
Erwerbstätig	73,3%	40,0%	60,0%	k. B. m.
Erwerbslos (Alo I/II)	26,6%	20,0%	25,5%	
Rentner/in	0,0%	0,0%	0,0%	
Problematische Schulden >10.000€	60,0%	40,0%	55,0%	k. B. m.
Bisher kein Schulabschluss	6,7%	20,0%	10,0%	p>0,05
Hauptschulabschluss	73,3%	40,0%	65,0%	
Realschulabschluss	13,3%	20,0%	15,0%	
Hochschulreife/Fachabitur	6,7%	20,0%	10,0%	
Keine Berufsausbildung	6,7%	60,0%	20,0%	p<0,05
Lehre	86,7%	40,0%	75,0%	
Meister/Techniker	0,0%	0,0%	0,0%	
Hochschulabschluss	6,7%	0,0%	6,0%	
Vorbehandlung: ambl. Reha	6,7%	0,0%	5,0%	p>0,05
Vorbehandlung: stat. Reha	13,4%	20,0%	15,0%	p>0,05
Alter bei pathol. Spielbeginn (Jahre)	18,9±10,6	24,3±11,2	22,4±10,2	p>0,05
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	13,0±34,8	9,6±5,4	12,8±28,2	p>0,05
Belastungsindex (schlechte Prognose [%])	3,2±2,2 (25)	3,5±1,3 (25)	3,3±2,0 (25)	p>0,05

Die Auswertung der Pathologischen Glücksspieler ist aufgrund der kleinen Fallzahl und der kurzen Bezugszeit nur vorsichtig zu interpretieren. Es beendeten in 2014 15 männliche und 5 weibliche Pathologische Glücksspieler die Orientierungsphase (vgl. Tabelle 11). Das Glücksspiel bezog sich überwiegend auf Geldspielautomaten und in zweiter Linie auf Kleines Spiel in der Spielbank und Wetten. 35,0% 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.

15,0% waren alleinstehend und 40,0% verheiratet, zusammenlebend. Zum Vorjahresvergleich bedeutet dies signifikant häufiger bestehende Beziehungssituationen. Der Anteil erwerbstätiger Glücksspieler war mit 60% im Vergleich zu Abhängigkeitserkrankten als leicht erhöht einzustufen.

Problematische Schulden, d. h. nicht mehr durch normale Ratenzahlungen zu tilgende Schulden, bis zu 10.000€ gaben 30,0%, über 10.000€ 25,0% 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 ($22,4 \pm 10,2$ Jahre). Die Latenzzeit bis zur Teilnahme an einer störungsspezifischen Behandlung war mit $12,8 \pm 28,2$ Jahren ebenfalls lang.

8.2. Behandlungsergebnis und Vermittlung in weiterführende Suchtrehabilitation

Tabelle 12: Kontaktzahlen und Vermittlung in Rehabilitation in Abhängigkeit vom Geschlecht bzw. der Vermittlung

Merkmal	M n=15	W n=5	GESAMT n=20	Statistik
Einzelkontakte	3,5±2,2	3,4±1,9	3,6±2,1	p>0,05
Gruppenkontakte	1,7±1,8	1,2±2,2	1,6±3,3	p>0,05
Behandlungsdauer (Tage)	28,1±39,5	44,31±12,4	33,7±33,1	p>0,05
Vermittlung in Suchtrehabilitation	40,0%	20,0%	35,0%	p>0,05
Keine Vermittlung	60,0%	80,0%	65,0%	
Merkmal	Vermittelt n=7	Nicht verm. n=13	GESAMT n=20	Statistik
Einzelkontakte	4,6±1,8	2,9±2,1	3,6±2,1	p<0,001
Gruppenkontakte	3,4±1,7	0,6±1,0	1,6±3,3	p<0,001
Behandlungsdauer (Tage)	44,3±12,4	28,1±39,52	33,7±33,1	p>0,05

Die Behandlungszeiten waren mit $33,7 \pm 33,1$ Tagen nun leicht kürzer als die Behandlungen in der Orientierungsphase bei stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen ($45,3 \pm 40,9$ Tage).

Wie im letzten Jahr prognostiziert konnten die Behandlungszeiten bei steigender Effizienz bzgl. der Vermittlung in Rehabilitation signifikant verkürzt zu werden (durchschnittlich -55 Tage, $p < 0,001$).

35,5% der Pathologischen Glücksspieler wurden in eine störungsspezifische Rehabilitationsmaßnahme vermittelt.

9. Ambulante Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel

Die Zulassung durch die Rentenversicherungsträger zur berufsbegleitend ambulanten Suchtrehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel und der Start der ersten Rehabilitationsgruppe (>6 Rehabilitanden, indikationsspezifische Gruppe) erfolgte im März 2014. Die gewohnte Auswertung der Rehabilitationsbeender im Bezugsjahr wird ab dem Jahresbericht 2015 erfolgen.

10. 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.

11. Fazit 2014

Das Jahr 2014 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 erfolgten 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 nochmal gestiegene **Vermittlungsquote von 55,3%** aus der Orientierungsphase in eine Suchtrehabilitation, die durchgehende Abstinenz während der ambulanten Suchtrehabilitation von 48,5%, planmäßige Rehabilitationsabschluss in 58,6% der Fälle und die hohe **Abstinenzquote von 58,6% (DGSS4) in der Einjahreskatamnese** zu nennen. Die niedrigeren Raten bzgl. durchgehender Suchtmittelabstinenz und planmäßiger Beendigung sind durch einen häufigeren Einsatz des EtG und neuerdings auch eines Screeningstest auf „Spice“ zurückzuführen.

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.

12. Publikationen, Kongressbeiträge und Mitgliedschaften

12.1. ORIGINALARBEITEN (gedruckt, *= geteilte Autorenschaft)

- **Steffen DV**, Steffen L, Steffen S: Sozialmedizinische Prognose der Entzugsbehandlung Suchtkranker: Ergebnisse eines Modellprojekts Integrierter Versorgung. *Der Nervenarzt* 2015
- **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
- Lange N. et al. (**Steffen DV**): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 1/2014, S.25-33
- 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

12.2. ORIGINALARBEITEN (im Review)

- **Steffen DV**, Lange N, Schneider B, Klein T, Missel P, Löhnert B, Kramer D, Janner-Schraml A, Brenner R, Obendiek JH: Ergebnisse einer multizentrischen Katamnese studie nach berufsbegleitend ambulanter Suchtrehabilitation (ARS) bei Alkoholabhängigkeit. *Im Review*

12.3. KONGRESSBEITRÄGE UND VORTRÄGE

- Deutscher Suchtkongress 2014, Berlin: **Steffen DV**
 - Preconference Workshop: Erfahrungen zur Drittmittelakquise aus Sicht eines Kliniklers.
 - Deutscher Suchtkongress 2014, Berlin: Symposium S09: Wirksamkeit der ambulanten Suchtrehabilitation bei Alkoholabhängigkeit – Ergebnisse einer Multicenterstudie. Deutscher Suchtkongress 2014, Berlin: Workshop: Ist psychoanalytisches Arbeiten in der Suchttherapie noch zeitgemäß? – eine Diskussion am „therapeutischen Rahmen“.
- Heidelberger Kongress 2014 des Fachverband Sucht e. V., Forum 1: Präventionskurs Seelische Gesundheit – Suchtprävention als neue Herausforderung für die ambulante Rehabilitationseinrichtung“. **Steffen DV**
- Deutscher Suchtkongress 2013, Bonn: **Steffen DV**
 - Symposium S42: Ambulante Suchtrehabilitation - Effekte der analytisch interaktionellen Behandlungstechnik und Qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung (IV Abhängigkeitskranker).
 - Symposium 52: Ambulante Suchtrehabilitation im höheren Lebensalter – eine prospektive Fall-Kontroll-Studie.
- 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.: **Steffen DV**
 - Forum 5: Ambulante Suchtrehabilitation cannabisbezogener Abhängigkeitserkrankungen. (Präsentation, Abstract)
 - Forum 9: Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker – Abstinenz, Vermittlung und Nachhaltigkeit. **Steffen DV** (Präsentation, Abstract)
- Fachtagung: Neue Wege in der Rehabilitation SHG Kliniken Tiefental, Ianua G. P. S. mbH: Ergebnisqualität in der Suchtrehabilitation. **Steffen DV**
- Heidelberger Kongress 2011 des Fachverband Sucht e. V.: Ambulante Suchtrehabilitation Abhängigkeitserkrankter – Untersuchung zu Einflussvariablen. **Steffen DV** (Präsentation, Abstract)
- Heidelberger Kongress 2010 des Fachverband Sucht e. V.: Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker. **Steffen R** (Präsentation, Abstract)
- **Fortbildungsveranstaltung** (2x/Jahr, zertifiziert durch die Saarländische Ärztekammer mit 3 CME-Punkten): „Pathologisches Glücksspiel“, „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“

12.4. MITGLIEDSCHAFTEN UND ARBEITSGRUPPEN

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

12.5. 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 buns 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 buns, 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.

Impressum



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



DR. DAVID V. STEFFEN
LEITENDER 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