



GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE MBH

IANVA

# Jahresbericht 2016

**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 2016**

© Ianua G. P. S. mbH, 2017

Dr. D. V. Steffen

## JAHRESBERICHT 2016 – Inhaltsverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Vorwort</b>   | <b>3</b>  |
| <b>2. Leitbild</b>  | <b>6</b>  |
| <b>3. Präventionsarbeit</b>   | <b>7</b>  |
| 3.1. Einführung und Übersicht   | 7         |
| 3.2. Präventionskurs SEELISCHE GESUNDHEIT   | 7         |
| 3.2.1. Einleitung und Zielsetzung   | 7         |
| 3.2.2. Ziele  | 7         |
| 3.2.3. Initialphase   | 8         |
| 3.2.4. Trainingsphase   | 8         |
| 3.2.5. Eigenaktivitätsphase   | 8         |
| 3.2.6. Refreshertreffen   | 8         |
| <b>4. Beratungsphase 2016</b>   | <b>9</b>  |
| <b>5. Orientierungs- und qualifizierte Entzugsphase (2016)</b>  | <b>11</b> |
| 5.1. Patientencharakterisierung   | 11        |
| 5.2. Behandlungsergebnis und Vermittlung in weiterführende Suchtrehabilitation  | 12        |
| <b>6. Ambulante Suchtrehabilitation Abhängigkeitskranker (2016)</b>   | <b>15</b> |
| 6.1. Rehabilitandencharakterisierung  | 15        |
| 6.2. Rehabilitationsverlauf   | 16        |
| 6.3. Rehabilitationsende und Rehabilitandenzufriedenheit  | 17        |
| <b>7. Einjahreskatamnese nach ambulanter Suchtrehabilitation<br/>Abhängigkeitskranker (E-Jahrgang 2015)</b>                   | <b>19</b> |
| 7.1. Charakterisierung der Rehabilitanden und der Katamnesestichprobe   | 19        |
| 7.2. Erreichungs- und Abstinenzquoten   | 21        |
| <b>8. Effizienzanalyse der Integrierten Versorgung zur stationersetzenden<br/>qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung</b> | <b>24</b> |
| 8.1. Einleitung zur Effizienzüberlegung der qualifizierten Entzugsbehandlung  | 24        |
| 8.2. Patientenmerkmale  | 24        |
| 8.3. Effizienzanalyse   | 25        |
| 8.4. Zusammenfassung  | 28        |
| <b>9. Synopse 2016</b>  | <b>29</b> |
| <b>10. Publikationen, Kongressbeiträge und Mitgliedschaften</b>   | <b>30</b> |
| 10.1. ORIGINALARBEITEN (gedruckt, *= geteilte Autorenschaft)  | 30        |
| 10.2. ORIGINALARBEITEN (im Review)  | 31        |
| 10.3. KONGRESSBEITRÄGE UND VORTRÄGE   | 31        |
| 10.4. MITGLIEDSCHAFTEN UND ARBEITSGRUPPEN   | 32        |
| 10.5. 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 (in Schulen, „auf der Straße“, im Rahmen der Aktionswochen)
- Betriebliche Suchtprävention
- Präventionskurs Seelische Gesundheit für Versicherte aller Deutschen Rentenversicherungen (Anerkennung nach dem BETSI-Rahmenkonzept)
- Beratung bzgl. stoffgebundener und stoffungebundener Abhängigkeitserkrankungen
- Ambulante Orientierungsphase und Rehabilitationsvorbereitung
- Qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung als „Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker“ (nach §140c SGB V)
- Ambulante Suchtrehabilitation bei stoffgebundenen Abhängigkeiten
- 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 jährlich ausführliche Berichte zur Basisdokumentation und veröffentlicht diese in gedruckter und elektronischer ([www.ianua-gps.de](http://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 berufsbegleitend ambulanten Suchtrehabilitation, zum Modell Kombi Saar und zur berufsbegleitend 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 berufsbegleitend 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.

In 2016 freuten wir uns über die unbefristete Anerkennung der **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.

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

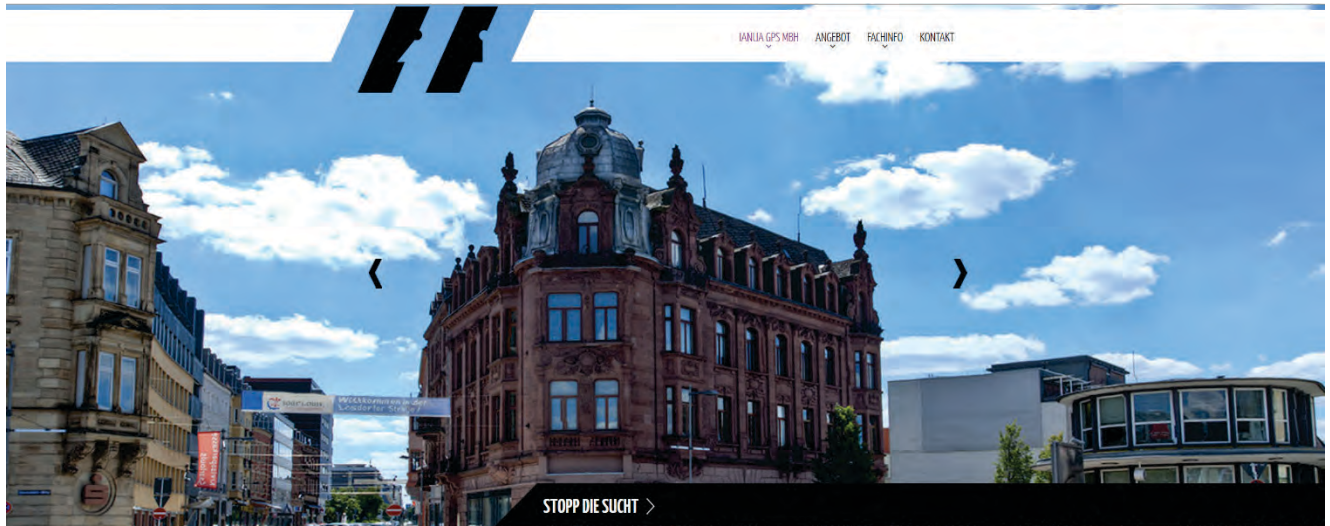
Betroffene und Angehörige können von jeder Einrichtung vermittelt werden. Wir sind immer an einer engen Kooperation mit der zuweisenden Einrichtung interessiert. Betroffene und Angehörige können sich auch direkt ohne Vermittlung oder Überweisung an uns wenden und einen Abklärungs- und Beratungstermin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

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

## Internetauftritt:

Wir arbeiten kontinuierlich an der Optimierung und besseren Auffindbarkeit unserer Website. In 2016 besuchten insgesamt 6.144 Nutzer unsere Website (+19,4%).

[www.ianua-gps.de](http://www.ianua-gps.de)



### WILLKOMMEN AUF UNSERER HOMEPAGE

#### STELLENANZIEGE

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 Bezugstherapeutensteams. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

[Download](#)

#### WOLFRAM-KEUP-RODERPRESSES 2014

Unsere wissenschaftliche Arbeit zur integrierten Versorgung Abhängigkeitskranker ist als beste wissenschaftliche und praxisorientierte Arbeit auf dem Gebiet der Entstehung und Behandlung von Missbrauch und Sucht ausgezeichnet worden.

[Download](#)

#### ZULASSUNG ZUR REHABILITATION BEI PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIEL SEIT 2014

Wir stellen seit Anfang 2014 eine eigenständige Rehabilitationsgruppe für Pathologische 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](#)



#### SUCHTHERAPIE BEI ALKOHOL-, MEDIKAMENTEN- UND DROGENABHÄNGIGKEIT SOWIE PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIEL

[Lesen Sie weiter](#)



#### PRÄVENTIONSKURS: SOZIALE GESUNDHEIT

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

[Lesen Sie weiter](#)



#### SUCHTPRÄVENTION & SOZIALE GESUNDHEIT

Präventionskurs Soziale Gesundheit Saar (DRV) anerkannt: Angebote Offizieller und maßgeschneiderter Suchtprävention



#### ORIENTIERUNGSPHASE & ENTZUGSPHASE

Hilfe und Begleitung beim Entzug und anschließende Orientierung hin zur Suchttherapie



#### AMBULANTE SUCHTHERAPIE

Langfristige stabilisierende Behandlung zur Sicherung der zufriedenen Abstinenz und der Arbeitskraft mit Verbleib im gewohnten Lebensumfeld



#### SUCHTNACHSORGE NACH STATIONÄRER RFA

Begleitung nach einer stationären Entwöhnung ins "reale" Leben und Hilfe zur Sicherstellung der Abstinenz und des Therapieerfolges

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

### IANVA GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE MBH



Lisdorfer Straße 2, 66740 Saarouis  
Tel. ☎ 0 68 31 - 49 99 35, Fax 0 68 31 - 46 00 37

# IANVA

[www.ianua-gps.de](http://www.ianua-gps.de)  
[info@ianua-gps.de](mailto:info@ianua-gps.de)



Geschäftsführerin: Sonja Steffen  
Leitender Arzt: Dr. med. David V. Steffen  
Leitende Therapeutin: Sonja Steffen



## 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

**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. Am 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 kann auch ein Verfehlen 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. Ein Abschlussbericht zum Ende dieser Eigenaktivitätsphase komplettiert die Dokumentation gegenüber dem Rentenversicherungsträger.

## 4. Beratungsphase 2016

Die Suchtberatung ist eine der vielfältigen Aufgaben ambulanter Suchtrehabilitationseinrichtungen. **IANUA** hält ein Beratungsangebot für alle Abhängigkeitserkrankungen (stoffgebunden und stoffungebunden) vor. Seit dem Entlassjahrgang 2016 beziehen wir alle Patienten ein, die sich in unserer Einrichtung vorstellten und betrachten nicht ausschließlich die Einmalkontakte.

Tabelle 1: Patientencharakterisierung in der Beratungsarbeit

| <b>Merkmal</b>                           | <b>M</b><br>n=164 | <b>W</b><br>n=66 | <b>GESAMT</b><br>n=230 | <b>Statistik</b>    |
|--|-------------------|------------------|------------------------|---------------------|
| Alkoholabhängigkeit                      | 46,3%             | 60,6%            | 50,4%                  | CHI2=20,3<br>p<0,05 |
| Opiatabhängigkeit                        | 0,6%              | 0,0%             | 0,4%                   |                     |
| Cannabisabhängigkeit                     | 12,8%             | 4,5%             | 10,4%                  |                     |
| Sedativaabhängigkeit                     | 1,2%              | 3,0%             | 1,7%                   |                     |
| Stimulantienabhängigkeit                 | 4,9%              | 7,6%             | 5,7%                   |                     |
| Abhängigkeit v. Psychotr. Subst.         | 1,2%              | 7,6%             | 3,0%                   |                     |
| Polytoxikomanie                          | 21,3%             | 9,1%             | 17,8%                  |                     |
| Pathologisches Glücksspiel               | 7,9%              | 3,0%             | 6,5%                   |                     |
| Alter (Jahre)                            | 39,2±13,8         | 44,6±12,5        | 40,8±13,6              | p<0,01              |
| Alleinstehend                            | 47,0%             | 31,8%            | 42,6%                  | CHI2=11<br>p>0,05   |
| Feste Beziehung                          | 47,6%             | 50,0%            | 48,3%                  |                     |
| Verheiratet (zusammenlebend)             | 22,6%             | 36,4%            | 26,5%                  | CHI2=9,2<br>p>0,05  |
| Geschieden                               | 13,4%             | 18,2%            | 14,8%                  |                     |
| Verwitwet                                | 0,6%              | 3,0%             | 1,3%                   |                     |
| Erwerbstätig                             | 61,0%             | 39,3%            | 54,8%                  | CHI2=46,3<br>p<0,05 |
| Erwerbslos (Alo I/II)                    | 25,6%             | 28,8%            | 26,5%                  |                     |
| Rentner/in                               | 7,3%              | 4,5%             | 6,5%                   |                     |
| Problematische Schulden ≥25.000€         | 14,0%             | 7,5%             | 12,1%                  | p>0,05              |
| Bisher kein Schulabschluss               | 3,0%              | 4,5%             | 3,5%                   | CHI2=3,9<br>p<0,05  |
| Hauptschulabschluss                      | 48,2%             | 47,0%            | 47,8%                  |                     |
| Realschulabschluss                       | 26,8%             | 22,7%            | 25,7%                  |                     |
| Hochschulreife/Fachabitur                | 19,5%             | 21,2%            | 20,0%                  |                     |
| Keine Berufsausbildung                   | 15,2%             | 29,7%            | 19,2%                  | CHI2=12,4<br>p>0,05 |
| Lehre                                    | 61,6%             | 63,6%            | 62,6%                  |                     |
| Meister/Techniker                        | 6,1%              | 0,0%             | 4,3%                   |                     |
| Hochschulabschluss                       | 7,9%              | 3,0%             | 6,5%                   |                     |
| Vorbehandlung: ambl. Reha                | 8,5%              | 12,1%            | 9,6%                   | p>0,05              |
| Vorbehandlung: stat. Reha                | 17,6%             | 21,2%            | 18,7%                  | p>0,05              |
| Alter bei Erstkonsum (Jahre)             | 15,4±7,8          | 17,0±9,2         | 15,9±8,3               | p>0,05              |
| Abhängigkeitsdauer (Jahre)               | 19,96±19,8        | 30,4±15,7        | 22,9±18,7              | p<0,05              |
| Belastungsindex (schlechte Prognose [%]) | 4,1±2,6 (37,7)    | 3,9±2,1 (35,6)   | 4,0±2,4 (37,1)         | p>0,05              |

Es konnten bei allen vorstelligen Patienten (n=230) eine Abhängigkeitserkrankung nach ICD-10 diagnostiziert werden. Schädlicher oder riskanter Konsum stellte keine Beratungsindikation in unserer Einrichtung dar.

Bezüglich der soziodemographischen Variablen und Abhängigkeitsparameter zeigte sich ein für unsere Einrichtung typisches Patientenkollektiv ohne signifikante Veränderungen zu den Vorjahren oder einzelner Variablen.

40 Patienten (17,4%) nahmen lediglich einen einmaligen Beratungskontakt wahr und konnten nicht zur Behandlung motiviert werden. 190 Patienten (82,6%) konnten in eine weiterführende Behandlung in unserer Einrichtung, d. h. eine ambulante Orientierungsphase oder Qualifizierte Entzugsbehandlung vermittelt werden.

Der Schwerpunkt unserer Einrichtung liegt in der Behandlung und Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen, daher müssen wir davon ausgehen, dass in der Beratungsphase ein selektiertes Patientenkollektiv vorstellig wird.

## 5. Orientierungs- und qualifizierte Entzugsphase (2016)

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 Verträge zur Integrierten Versorgung Abhängigkeitskranker abschließen. Dies ermöglicht einerseits eine leistungsgerechte 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. Eine getrennte Auswertung der Hauptdiagnose „Pathologisches Glücksspiel“ erfolgt nicht mehr.

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<sup>1,2</sup>. 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 2016 ihre Orientierungsphase beendeten (n=191). Diese verteilten sich auf 136 Männer (71,2%) und 55 Frauen (28,8%).

Es zeigte sich ein typisches Patientenkollektiv für unsere Einrichtung (vgl. Tabelle 2). Die Frauen waren jeweils seltener ledig, dafür häufiger verheiratet oder in fester Partnerschaft, signifikant seltener erwerbstätig und älter beim Erstkonsum des Suchtmittels und bei Aufnahme. Sie hatten häufiger eine Sedativa- oder Medikamenten- und reine Stimulantienabhängigkeit. Im Durchschnitt waren die Patienten mit 41,5 Jahren 1,3 Jahre älter als im Vorjahr ( $p < 0,05$ ).

Die Diagnoseverteilung auf 53,4% Alkoholabhängigkeit, 17,8% Polytoxikomanie und die weiteren Abhängigkeitsdiagnosen sind typisch für unsere Einrichtung. Weiterhin sind die Patienten ausreichend sozial eingebunden (50,8% feste Partnerschaft) und überwiegend erwerbstätig (55,0%, -4% zu 2015,  $p < 0,05$ ). Die Erwerbslosigkeit (Alo I/II) war mit 27,2% relativ niedrig und unter den Frauen signifikant höher ( $p < 0,01$ ). Der Belastungsindex als Maß der Abhängigkeitsschwere mit einem Mittelwert von  $3,9 \pm 2,4$  errechnete für 35,9% eine schlechte Prognose. Unter Berücksichtigung der sozialen Daten handelte es sich um langjährig chronifizierte, häufig mehrfach abhängige Rehabilitanden. Der Belastungsindex blieb unverändert, Männer waren weniger und Frauen stärker belastet.

Die Abhängigkeitserkrankung bestand mit  $12,6 \pm 32,8$  Jahren bereits sehr lange. Männer waren mit 9,5 Jahren signifikant kürzer abhängig als Frauen mit 20,3 Jahren, damit lag die Abhängigkeitsdauer

---

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

<sup>2</sup> 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.

der Männer erstmals seit Jahren in unserer Einrichtung unter 10 Jahren. 10,9% der Patienten gaben eine ambulante und 18,8% eine stationäre Suchtrehabilitationsbehandlung in der Vorgeschichte an.

Tabelle 2: Patientencharakterisierung Abhängigkeitskranker in der Orientierungsphase

| <b>Merkmal</b>                           | <b>M</b><br>n=136 | <b>W</b><br>n=55 | <b>GESAMT</b><br>n=191 | <b>Statistik</b>     |
|--|-------------------|------------------|------------------------|----------------------|
| Alkoholabhängigkeit                      | 49,3%             | 63,6%            | 53,4%                  | CHI2=18,1<br>p<0,05  |
| Opiatabhängigkeit                        | 0,0%              | 0,0%             | 0,0%                   |                      |
| Cannabisabhängigkeit                     | 14,0%             | 3,6%             | 11,0%                  |                      |
| Sedativaabhängigkeit                     | 0,7%              | 3,6%             | 1,6%                   |                      |
| Stimulantienabhängigkeit                 | 5,9%              | 7,3%             | 6,3%                   |                      |
| Abhängigkeit v. Psychotr. Subst.         | 1,5%              | 9,1%             | 3,7%                   |                      |
| Polytoxikomanie                          | 6,6%              | 3,6%             | 5,8%                   |                      |
| Pathologisches Glücksspiel               | 21,3%             | 9,1%             | 17,8%                  |                      |
| Alter (Jahre)                            | 40,0±14,0         | 45,2±12,8        | 41,5±13,8              | p<0,05               |
| Alleinstehend                            | 47,8%             | 30,9%            | 42,9%                  | CHI2=8,1<br>p<0,05   |
| Feste Beziehung                          | 48,5%             | 56,4%            | 50,8%                  |                      |
| Verheiratet (zusammenlebend)             | 23,5%             | 40,0%            | 28,3%                  | CHI2=9,1<br>p<0,05   |
| Geschieden                               | 14,0%             | 20,0%            | 15,7%                  |                      |
| Verwitwet                                | 0,7%              | 1,8%             | 1,0%                   |                      |
| Erwerbstätig                             | 61,8%             | 38,1%            | 55,0%                  | CHI2=45,9<br>p<0,001 |
| Erwerbslos (Alo I/II)                    | 25,7%             | 30,9%            | 27,2%                  |                      |
| Rentner/in                               | 8,1%              | 5,5%             | 7,3%                   |                      |
| Problematische Schulden ≥25.000€         | 16,2%             | 9,1%             | 14,1%                  | p>0,05               |
| Bisher kein Schulabschluss               | 2,9%              | 3,6%             | 3,1%                   | CHI2=1,0<br>p>0,05   |
| Hauptschulabschluss                      | 50,0%             | 52,7%            | 50,8%                  |                      |
| Realschulabschluss                       | 27,2%             | 25,5%            | 26,7%                  |                      |
| Hochschulreife/Fachabitur                | 18,4%             | 18,2%            | 18,3%                  |                      |
| Keine Berufsausbildung                   | 14,0%             | 25,5             | 17,3%                  | CHI2=9,6<br>p>0,05   |
| Lehre                                    | 61,8%             | 67,3%            | 63,4%                  |                      |
| Meister/Techniker                        | 5,9%              | 0,0%             | 4,2%                   |                      |
| Hochschulabschluss                       | 8,1%              | 3,6%             | 6,8%                   |                      |
| Vorbehandlung: ambl. Reha                | 10,3%             | 12,7%            | 10,9%                  | p>0,05               |
| Vorbehandlung: stat. Reha                | 16,8%             | 23,6%            | 18,8%                  | p>0,05               |
| Alter bei Erstkonsum (Jahre)             | 15,9±7,2          | 17,3±7,5         | 16,3±7,3               | p<0,05               |
| Abhängigkeitsdauer (Jahre)               | 9,5±29,3          | 20,3±39,8        | 12,6±32,8              | p>0,05               |
| Belastungsindex (schlechte Prognose [%]) | 4,0±2,6 (64,1)    | 3,8±2,1 (62,7)   | 3,9±2,4 (63,7)         | p>0,05               |

## 5.2. Behandlungsergebnis und Vermittlung in weiterführende Suchtrehabilitation

Die Orientierungs- und qualifizierte Entzugsphase dauerte durchschnittlich 50,2±28,5 Tage. Bei regulärer Beendigung, d. h. mit Beginn einer Suchtrehabilitationsmaßnahme, verlängerte sich die

Behandlungsdauer signifikant ( $p < 0,05$ ) auf  $53,7 \pm 30,1$  Tage bei durchschnittlich 13 Patientenkontakten (5,2 Einzel- und 7,5 Gruppentermine) in unserer Einrichtung. Es wurden signifikant mehr Patienten in eine ambulante Suchtrehabilitation (56,0%) vermittelt als in stationäre Rehabilitation (4,2%). Männer wurden mit 64,0% signifikant häufiger in Rehabilitation vermittelt als Frauen mit 20,9% ( $p < 0,05$ ). Die Gesamtvermittlungsquote in Rehabilitation von 60,2% übertraf qualifizierte stationäre Entzugsprogramme und die Beratungsstellenarbeit bei Weitem. Diese hohen Vermittlungsquoten unserer Einrichtung sind über Jahre beständig. Knappe 2% fehlten zum 10-Jahreshoch der Vermittlungsquote aus dem Jahr 2015 mit 62,1%

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

| <b>Merkmal</b>          | <b>M</b><br>n=136          | <b>W</b><br>n=55           | <b>GESAMT</b><br>n=191 | <b>Statistik</b>   |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|--------------------|
| Einzelkontakte          | 4,7±1,8                    | 4,0±1,5                    | 4,7±1,9                | p>0,05             |
| Gruppenkontakte         | 5,9±3,5                    | 4,4±3,3                    | 5,5±3,4                | p<0,01             |
| Behandlungsdauer (Tage) | 53,7±30,1                  | 41,5±21,9                  | 50,2±28,5              | p<0,05             |
| Vermittlung in Reha     | <b>64,0%</b>               | <b>50,9%</b>               | <b>60,2%</b>           | CHI2=5,3<br>p>0,05 |
| - Ambulante Reha        | 58,1%                      | 50,9%                      | 56,0%                  |                    |
| - Stationäre Reha       | 5,9%                       | 0,0%                       | 4,2%                   |                    |
| - Kombi-Reha            | 0,0%                       | 0,0%                       | 0,0%                   |                    |
| Keine Vermittlung       | 36,0%                      | 49,1%                      | 39,8%                  |                    |
| <b>Merkmal</b>          | <b>Vermittelt</b><br>n=115 | <b>Nicht verm.</b><br>n=76 | <b>GESAMT</b><br>n=191 | <b>Statistik</b>   |
| Einzelkontakte          | 5,2±1,5                    | 3,3±1,7                    | 4,7±1,9                | p<0,001            |
| Gruppenkontakte         | 7,5±2,7                    | 2,6±2,7                    | 5,5±3,4                | p<0,001            |
| Behandlungsdauer (Tage) | 59,2±27,6                  | 36,5±24,3                  | 50,2±28,5              | p<0,001            |

Die Behandlung im Rahmen eines strukturierten Versorgungskonzeptes („Integrierte Versorgung Abhängigkeitserkrankungen“ mit der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, DAK Gesundheit, BKK Landesverband Mitte, IKK Südwest, Techniker Krankenkasse) führte zu signifikant besseren Behandlungsergebnissen und Vermittlungsquoten von 62,2% in eine anschließende Suchtrehabilitationsmaßnahme als eine Behandlung ohne Managed-Care-Programm mit 58,0% ( $p < 0,05$ ). Unter den beteiligten Krankenkassen der Integrierten Versorgung unterscheiden sich die Vermittlungsquoten der Krankenkassen nicht signifikant. Im Jahr 2016 wurden neue IV-Programme mit der IKK Südwest und der Techniker Krankenkasse begonnen. Gerade bei der IKK kam es durch die Betrachtungsweise aller beendeten Patienten im Bezugsjahr zu einer Verzerrung der Vermittlungsquote im Sinne einer Reduktion.

Die Vermittlungsquoten waren für die Diagnosen der Alkoholabhängigkeit (n=102) mit 66,6%, der Stimulantienabhängigkeit (n=12) mit 66,6% und der Abhängigkeit anderer psychotroper Substanzen (n=7) mit 71,4% besonders hoch.

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

| <b>Merkmal</b>                  | Keine Vermittlung | Vermittlung in Reha | Vermittl. in ambl. Reha | Verm. stat./ Kombi-Reha | <b>Statistik</b>  |
|---------------------------------|-------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|---|
| Integrierte Versorgung (n=99)   | 37,8%             | <b>62,2%</b>        | 58,0%                   | 4,2%                    | p>0,05<br>innerhalb IV<br>& Managed<br>Care<br><br>p<0,05<br>vs. kein<br>Programm |
| - AOK (n=36)                    | 34,2%             | <b>65,8%</b>        | 52,6%                   | 13,2%                   |   |
| - BKKen (n=19)                  | 37,5%             | <b>62,6%</b>        | 56,3%                   | 6,3%                    |   |
| - DAK (n=9)                     | 44,4%             | <b>55,6%</b>        | 55,6%                   | 0,0%                    |   |
| - IKK (n=26)                    | 43,2%             | <b>58,3%</b>        | 58,3%                   | 0,0%                    |   |
| - TK (n=9)                      | 33,3%             | <b>77,8%</b>        | 77,8%                   | 0,0%                    |   |
| Kein Versorgungsprogramm (n=92) | 42,0%             | <b>58,0%</b>        | 54,0%                   | 4,0%                    |   |

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. Einschränkend muss konstatiert werden, dass die Varianzaufklärung, also die Vorhersage der Vermittlung in Abhängigkeit der oben genannten Variablen, nur 12,9% 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 zeigen<sup>3</sup>. 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 10.5).

- <sup>3</sup> **Steffen DV**, Steffen L, Steffen S: Sozialmedizinische Prognose der Entzugsbehandlung Suchtkranker: Ergebnisse eines Modellprojekts Integrierter Versorgung. *Der Nervenarzt* 2015, 81 (11), S. 1383-1392



## 6. Ambulante Suchtrehabilitation Abhängigkeitskranker (2016)

### 6.1. Rehabilitandencharakterisierung

Die folgende Auswertung bezieht sich auf alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden<sup>4</sup>, die im Jahr 2016 ihre ambulante Suchtrehabilitation (n=86) beendeten. Insgesamt nahmen 59 Männer (68,6%) und 27 Frauen (31,4%) an der berufsbegleitend ambulanten Rehabilitationsbehandlung teil.

Tabelle 5: Rehabilitandencharakterisierung bei Rehabilitationsbeginn

| <b>Merkmal</b>                           | <b>M</b><br>n=59 | <b>W</b><br>n=27 | <b>GESAMT</b><br>n=86 | <b>Statistik</b>    |
|--|------------------|------------------|-----------------------|---------------------|
| Alkoholabhängigkeit                      | 62,7%            | 44,4%            | 57,0%                 | CHI2=16,3<br>p<0,05 |
| Cannabisabhängigkeit                     | 6,8%             | 0,0%             | 4,7%                  |                     |
| Sedativaabhängigkeit                     | 1,7%             | 7,4%             | 3,5%                  |                     |
| Stimulantienabhängigkeit                 | 6,8%             | 3,7%             | 5,8%                  |                     |
| Abhängigkeit v. Psychotr. Subst.         | 3,4%             | 22,2%            | 9,3%                  |                     |
| Polytoxikomanie                          | 10,2%            | 22,2%            | 14,0%                 |                     |
| Pathologisches Glücksspiel               | 8,5%             | 0,0%             | 5,8%                  |                     |
| Alter (Jahre)                            | 43,9±12,6        | 44,9±15,6        | 44,2±13,5             | p>0,05              |
| Alleinstehend                            | 28,5%            | 25,9%            | 27,9%                 | p>0,05              |
| Feste Beziehung                          | 67,8%            | 74,1%            | 69,8%                 |                     |
| Verheiratet (zusammenlebend)             | 23,7%            | 44,4%            | 30,2%                 | CHI2=9,9<br>p<0,05  |
| Geschieden                               | 23,7%            | 7,4%             | 18,6%                 |                     |
| Verwitwet                                | 0,0%             | 3,7%             | 1,2%                  |                     |
| Erwerbstätig                             | 79,7%            | 51,8%            | 71,0%                 | CHI2=11,5<br>p<0,05 |
| Erwerbslos (Alo I/II)                    | 11,9%            | 14,8%            | 13,8%                 |                     |
| Rentner/in                               | 6,8%             | 18,5%            | 10,5%                 |                     |
| Problematische Schulden ≥25.000€         | 10,2%            | 3,7%             | 8,1%                  | p>0,05              |
| Bisher kein Schulabschluss               | 0,0%             | 0,0%             | 0,0%                  | p>0,05              |
| Hauptschulabschluss                      | 54,2%            | 48,1%            | 52,3%                 |                     |
| Realschulabschluss                       | 28,8%            | 40,7%            | 32,6%                 |                     |
| Hochschulreife/Fachabitur                | 13,6%            | 11,1%            | 12,8%                 |                     |
| Keine Berufsausbildung                   | 10,2%            | 14,8%            | 11,6%                 | p>0,05              |
| Lehre                                    | 71,2%            | 66,6%            | 69,8%                 |                     |
| Meister/Techniker                        | 3,4%             | 0,0%             | 2,3%                  |                     |
| Hochschulabschluss                       | 6,8%             | 7,4%             | 7,0%                  |                     |
| Vorbehandlung: ambl. Reha                | 13,6%            | 7,4%             | 11,6%                 | p>0,05              |
| Vorbehandlung: stat. Reha                | 30,5%            | 29,6%            | 30,3%                 | p>0,05              |
| Alter bei Erstkonsum (Jahre)             | 15,2±6,6         | 20,0±9,9         | 16,7±8,1              | p<0,05              |
| Abhängigkeitsdauer (Jahre)               | 18,7±18,4        | 13,4±10,1        | 17,1±16,4             | p>0,05              |
| Belastungsindex (schlechte Prognose [%]) | 3,8±1,9 (34,0)   | 3,2±2,2 (37,5)   | 3,6±2,1 (35,1)        | p>0,05              |

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

Die Rehabilitationsfallzahlen sanken weit weniger deutlich als die Beendigungen in 2016. Wir sehen aufgrund der Behandlungszeit von ca. 13 Monaten einen zyklisch wiederkehrenden Abfall der Beender. Im Vergleichszeitraum der Vorjahre wurden fünf Rehabilitanden mehr behandelt.

Es zeigte sich ein grundsätzlich typisches Rehabilitandenkollektiv für unsere Einrichtung (vgl. Tabelle 4). Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren für Diagnose, Erwerbstätigkeit, Familienstand und Alter bei Erstkonsum zu finden. Gerade der hohe Anteil der Polyvalenten Substanzabhängigkeit (22,2%) und der Medikamentenabhängigkeit (29,6%) bei den Frauen unterscheidet sich von den Männern.

Die Diagnoseverteilung auf ca. 57,0% Alkoholabhängigkeit, 14,0% Polytoxikomanie und die weiteren Abhängigkeitsdiagnosen sind typisch für unsere Einrichtung. Der Anteil der Alkoholabhängigkeit nahm im Vorjahresvergleich wieder ab. Weiterhin waren die Rehabilitanden ausreichend gut sozial eingebunden (69,8% feste Partnerschaft) und überwiegend erwerbstätig (71,0%). Die Erwerbslosigkeit (Alo I/II) war mit 13,8% im Vergleich zur stationären Suchtrehabilitation und den Vorjahren relativ niedrig. Der Belastungsindex als Maß der Abhängigkeitsschwere mit einem Mittelwert von  $6 \pm 2,1$  errechnete für 35,1% eine schlechte Prognose. Unter Berücksichtigung der sozialen Daten handelte es sich um langjährig chronifizierte, häufig mehrfach abhängige Rehabilitanden mit noch guter sozialer Integration. Es war eine hohe Komorbidität festzustellen, diese wurde jedoch nur verschlüsselt, wenn sie rehabilitationsrelevant war (in 37,2% der Fälle): Bei 14,0% der Rehabilitanden bestanden affektive Störungen, bei 14,1% Persönlichkeitsstörungen, bei 5,6% Angst-, somatoforme oder reaktive Störungen und bei 3,5% psychotische Störungen. Bei 2,5% der Rehabilitanden bestand eine ethyltoxische Leberzirrhose, bei 1,2% eine ethyltoxische chronische Pankreatitis.

## 6.2. Rehabilitationsverlauf

Tabelle 6: Rehabilitationsverlauf

| <b>Merkmal</b>                        | <b>M</b><br>n=59 | <b>W</b><br>n=27 | <b>GESAMT</b><br>n=86 | <b>Statistik</b> |
|---------------------------------------|------------------|------------------|-----------------------|------------------|
| Suchtmittelfrei bei Aufnahme          | 91,5%            | 96,3%            | 93,0%                 | p>0,05           |
| Kein Suchtmittelkonsum während Reha   | 67,8%            | 66,7%            | 67,4%                 | p>0,05           |
| Einmaliger Suchtmittelkonsum          | 16,9%            | 14,8%            | 16,3%                 |                  |
| Zweimaliger Suchtmittelkonsum         | 15,3%            | 18,5%            | 16,3%                 |                  |
| Einzelkontakte                        | 7,1±3,9          | 8,0±4,3          | 7,7±3,9               | p<0,05           |
| Gruppenkontakte                       | 76,9±39,6        | 89,0±35,7        | 82,1±37,4             | p<0,05           |
| Angehörigenkontakte                   | 7,6±3,9          | 8,5±4,3          | 7,9±4,0               | p<0,05           |
| Rehabilitationsdauer (Tage)           | 278,4±146,7      | 304,7±130,7      | 291,4±139,9           | p<0,05           |
| Tabakkonsum zum Rehabilitationsbeginn | 57,6%            | 59,3%            | 58,1%                 | p>0,05           |
| Tabakkonsum zum Rehabeginn [Zig.]     | 22,9±9,6         | 21,1±8,9         | 22,3±9,3              | p>0,05           |
| Tabakkonsum zum Rehaende [Zig.]       | 21,2±8,7         | 19,0±9,9         | 20,5±9,1              |                  |

Bei fast allen Rehabilitanden erfolgte die Aufnahme in die berufsbegleitend ambulante Suchtrehabilitation suchtmittelfrei (96,2%). 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 2,5x so lang ( $348 \pm 108$  Tage vs.  $151 \pm 108$  Tage,  $p < 0,001$ ) und es wurden signifikant mehr Termine wahrgenommen ( $111,4$  vs.  $51,5$ ,  $p < 0,001$ ).

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 84,0% unserer Rehabilitanden konnten Angehörige oder wichtige Bezugspersonen in die Rehabilitation eingebunden werden. 53,0% nahmen Einzeltermine mit Angehörigen wahr und 84,0% nahmen an den (Gruppen-)Wochenendseminaren teil. Insgesamt wurden über alle Rehabilitanden im Durchschnitt  $7,9 \pm 4,0$  Angehörigenleistungen (50 min. „Einzel“, 100 min. „Gruppe“) erbracht.

67,4% der Rehabilitanden beendeten die Rehabilitation durchgehend abstinent, 16,3% waren einmal rückfällig geworden. Zwei Rückfälle waren bei 16,3% 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 wieder gestiegen (2015: 65,7%; 2014: 48,5%,  $p < 0,05$ ). Das hochfrequente und umfassendere Abstinenzscreening (EtG, Spice, Z-Medikamente), welches wir 2014 eingeführt hatten, wurde fortgesetzt.

Wir arbeiten in der Rehabilitation immer auf die Nikotinabstinenz hin und bieten in einer Indikativen Gruppe ein strukturiertes Nikotinentwöhnungsprogramm inklusive ärztlicher Unterstützung an. 58,1% der Rehabilitanden konsumierten zu Beginn der Rehabilitation Tabak; der Tabakkonsum reduzierte sich während der Rehabilitation von durchschnittlich  $22,3 \pm 9,3$  auf  $20,5 \pm 9,1$  Zigaretten pro Tag ( $p > 0,05$ ) bei nicht signifikant veränderter Abstinenzrate. Die Indikative Gruppe Nikotinabstinenz oder -reduktion wurde lange nicht von allen rauchenden Rehabilitanden angenommen, die Herstellung einer Veränderungsmotivation gelang nur selten.

### **6.3. Rehabilitationsende und Rehabilitandenzufriedenheit**

68,6% der Rehabilitanden wurden planmäßig und 70,9% arbeitsfähig entlassen. Lediglich 3,5% waren zum Rehabilitationsende interkurrent arbeitsunfähig. Die Erwerbsfähigkeit wurde für alle Rehabilitanden wiederhergestellt oder gesichert. 58,1% wurden „erfolgreich“ (abstinent und Erreichen aller Rehabilitationsziele) entlassen und 12,8% „gebessert“ (abstinent, aber nicht alle Rehabilitationsziele erreicht).

Die Ergebnisse unserer ambulanten Suchtrehabilitation sind über Jahre stabil und als überdurchschnittlich gut einzustufen<sup>5</sup>. Die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit unserer Einrichtung im ZUF-8 ist als hoch einzustufen (M/SD: 29,5±2,7) und unterscheidet sich nicht signifikant von der Zufriedenheit mit anderen Rehabilitationsformen (orthopädische, psychosomatische, kardiologische und onkologische Rehabilitation).

Tabelle 7: Rehabilitationsbeendigung

| <b>Merkmal</b>                 | <b>M</b><br>n=59 | <b>W</b><br>n=27 | <b>GESAMT</b><br>n=86 | <b>Statistik</b> |
|--------------------------------|------------------|------------------|-----------------------|------------------|
| Planmäßige Beendigung          | 69,5%            | 66,7%            | 68,6%                 | p>0,05           |
| Unplanmäßige Beendigung        | 30,5%            | 33,3%            | 31,4%                 |                  |
| Arbeitsfähig bei Entlassung    | 72,9%            | 66,7%            | 70,9%                 | p>0,05           |
| Arbeitsunfähig bei Entlassung  | 5,1%             | 0,0%             | 3,5%                  |                  |
| Beurteilung nicht erforderlich | 22,0%            | 33,3%            | 25,6%                 |                  |
| Problematik - erfolgreich      | 54,2%            | 66,7%            | 58,1%                 | p>0,05           |
| Problematik - gebessert        | 16,9%            | 3,7%             | 12,8%                 |                  |
| Problematik - unverändert      | 27,1%            | 29,6%            | 27,9%                 |                  |
| Problematik - verschlechtert   | 1,7%             | 0,0%             | 1,2%                  |                  |
| Zufriedenheitsbogen (ZUF-8)    | 29,4±2,6         | 29,5±2,9         | 29,5±2,7              | p>0,05           |

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

## 7. Einjahreskatamnese nach ambulanter Suchtrehabilitation Abhängigkeitskranker (E-Jahrgang 2015)

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 katamnestische Nachuntersuchung ist fester Bestandteil der Qualitätssicherung der stationären Suchtrehabilitationseinrichtungen und wird in den nächsten Jahren immer mehr an Bedeutung für ambulant arbeitende Suchteinrichtungen gewinnen. Wir führen seit Jahren strukturierte Jahreskatamnesen unserer Rehabilitanden nach ambulanter Suchtrehabilitation durch. So können wir statistisch die Effektivität der ambulanten Behandlung im psychischen und sozialen Bereich über Variablen wie Abstinenz, Arbeits- und Lebenssituation beschreiben. Seit dem Entlassjahrgang 2008 werden einrichtungsübergreifende Ergebnisse nach einer berufsbegleitend ambulanten Suchtrehabilitation durch den Fachverband Sucht e. V. (Bonn) veröffentlicht <sup>6</sup>. **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 2015 entlassenen Rehabilitanden (n=94) 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. Teilnehmer einer ambulanten Suchtnachsorge wurden nicht berücksichtigt.

### 7.1. Charakterisierung der Rehabilitanden und der Katamnese Stichprobe

Die katamnestische Erreichungsquote betrug 61,7%. 66,0% der Rehabilitanden waren männlich, 34,0% weiblich. Die Geschlechterverteilung bei Katamneseantwortern und -nichtantwortern war nicht signifikant unterschiedlich bei tendenziell mehr Frauen unter den Katamneseantwortern. Die differenzierten Merkmale sind in Tabelle 7 dargestellt.

---

<sup>6</sup> Lange N. (Steffen DV) et. al.: Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2013 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 1/2016, S.30-37

Tabelle 8: Rehabilitandencharakterisierung in der Einjahreskatamnese

| <b>Merkmal</b>                           | <b>Kein Katamnese-<br/>antworter<br/>n=36</b> | <b>Katamnese-<br/>antworter<br/>n=58</b> | <b>GESAMT<br/>n=94</b> | <b>Statistik</b>    |
|--|---|--|------------------------|---------------------|
| Männlich                                 | 75,0%   | 60,3%                                    | 66,0%                  | p>0,05              |
| Weiblich                                 | 25,0%   | 39,7%                                    | 34,0%                  |                     |
| Alkoholabhängigkeit                      | 55,6%   | 70,7%                                    | 64,9%                  | p>0,05              |
| Opiatabhängigkeit                        | 2,8%  | 1,7%                                     | 2,1%                   |                     |
| Cannabisabhängigkeit                     | 5,6%  | 12,1%                                    | 9,6%                   |                     |
| Sedativaabhängigkeit                     | 0,0%  | 0,0%                                     | 0,0%                   |                     |
| Stimulantienabhängigkeit                 | 11,1%   | 1,7%                                     | 5,3%                   |                     |
| Abhängigkeit v. Psychotr. Subst.         | 5,6%  | 5,3%                                     | 5,3%                   |                     |
| Polytoxikomanie                          | 11,1%   | 6,9%                                     | 8,5%                   |                     |
| Pathologisches Glücksspiel               | 5,6%  | 1,7%                                     | 3,2%                   |                     |
| Alter (Jahre)                            | 41,6±13,0                                     | 46,3±11,7                                | 44,5±12,4              |                     |
| Alleinstehend                            | 36,1%   | 31,0%                                    | 33,0%                  | p>0,05              |
| Feste Beziehung                          | 61,1%   | 65,5%                                    | 63,8%                  |                     |
| Verheiratet (zusammenlebend)             | 22,2%   | 43,1%                                    | 35,1%                  | p<0,05              |
| Geschieden                               | 13,9%   | 10,3%                                    | 11,7%                  |                     |
| Verwitwet                                | 0,0%  | 1,7%                                     | 1,1%                   |                     |
| Erwerbstätig                             | 47,1%   | 75,8%                                    | 66,0%                  | CHI2=19,2<br>p<0,05 |
| Erwerbslos (Alo I/II) Rehabeginn         | 27,8%   | 15,5%                                    | 19,6%                  |                     |
| Erwerbslos (Alo I/II) Rehaende           | 36,1%   | 8,6%                                     | 19,1%                  |                     |
| Erwerbslos (Alo I/II) Katamnese          |   | 1,7%                                     |                        |                     |
| Rentner/in                               | 8,3%  | 8,6%                                     | 8,5%                   |                     |
| Problematische Schulden ≥25.000€         | 14,0%   | 1,7%                                     | 6,4%                   | p<0,001             |
| Bisher kein Schulabschluss               | 5,6%  | 1,7%                                     | 3,2%                   | CHI2=1,1<br>p>0,05  |
| Hauptschulabschluss                      | 50,0%   | 50,0%                                    | 50,0%                  |                     |
| Realschulabschluss                       | 25,0%   | 27,6%                                    | 26,6%                  |                     |
| Hochschulreife/Fachabitur                | 19,4%   | 20,7%                                    | 20,2%                  |                     |
| Keine Berufsausbildung                   | 22,2%   | 12,1%                                    | 16,0%                  | CHI2=4,6<br>p>0,05  |
| Lehre                                    | 61,1%   | 79,3%                                    | 72,3%                  |                     |
| Meister/Techniker                        | 2,8%  | 0,0%                                     | 1,1%                   |                     |
| Hochschulabschluss                       | 11,1%   | 6,9%                                     | 8,5%                   |                     |
| Vorbehandlung: ambl. Reha                | 16,7%   | 17,3%                                    | 17,0%                  | p>0,05              |
| Vorbehandlung: stat. Reha                | 30,6%   | 12,0%                                    | 19,2%                  | p<0,05              |
| Alter bei Erstkonsum (Jahre)             | 17,0±7,1                                      | 16,0±8,7                                 | 16,4±8,1               | p>0,05              |
| Abhängigkeitsdauer (Jahre)               | 14,4±9,1                                      | 15,4±11,1                                | 15,0±10,3              | p>0,05              |
| Belastungsindex (schlechte Prognose [%]) | 4,2±2,5 (41,2)                                | 3,8±2,6 (36,4)                           | 4,0±2,6 (38,2)         | p<0,05              |
| Anteil psychischer Komorbidität          | 31,6%   | 50,0%                                    | 42,6%                  | p>0,05              |

Es ergaben sich zwischen den Katamneseantwortern und -nichtantwortern lediglich bzgl. des Familienstandes, der problematischen Schulden und des Alters signifikante Unterschiede. Katamneseantworter hatten im Belastungsindex die leichtgradig günstigere Prognose. Die Diagnoseverteilung auf ca. 65% Alkoholabhängigkeit, 8,5% Polytoxikomanie und die weiteren Abhängigkeitsdiagnosen sind typisch für unsere Einrichtung mit jedoch im Jahresvergleich geringerem Anteil der Polytoxikomanie. Weiterhin waren die Rehabilitanden ausreichend gut sozial eingebunden (63,8% feste Partnerschaft) und überwiegend in Erwerbstätigkeit (66,0%). Unter den Katamneseantwortern nahm die Erwerbslosigkeit (Alo I/II) über die Rehabilitationsdauer und den Katamnesezeitraum von 15,5% auf 1,7% signifikant ab ( $p < 0,001$ ). Bei 69,1% der Rehabilitanden konnten die Angehörigen strukturiert in Form von Einzel- (41,9%) und Gruppenkontakten (69,1%) miteinbezogen werden. Die durchschnittliche Rehabilitationsdauer betrug  $264,4 \pm 144,5$  Tage. In dieser Zeit wurden  $7,0 \pm 4,2$  Einzel-,  $74,8 \pm 42,9$  Gruppen- und  $6,7 \pm 4,9$  Angehörigenleistungen wahrgenommen.

Der Belastungsindex als Maß der Abhängigkeitsschwere war bei Katamneseantwortern deskriptiv leichtgradig niedriger. Für knapp 40% der Rehabilitanden bestand aufgrund des Belastungsindex eine schlechte Prognose. Auch unter Berücksichtigung der relativ günstigen sozialen Daten handelte es sich um langjährig chronifizierte, häufig mehrfach abhängige Rehabilitanden. Es war eine hohe Komorbidität festzustellen, diese wurde jedoch nur verschlüsselt, wenn sie rehabilitationsrelevant war (in 42,6% der Fälle): Bei 16,9% der Rehabilitanden bestanden affektive Störungen, bei 16,0% Persönlichkeitsstörungen und bei 8,5% Angst-, somatoforme oder reaktive Störungen; andere psychische Störungen summierten sich auf 3,3%. Zwei Rehabilitanden waren 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)<sup>7,8,9</sup>. 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“, „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

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

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

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

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 Abstinenzquote von 84,6% für die durchgehende und von 7,7% für die nach Rückfall neu erreichte Abstinenz. Nur 7,7% der planmäßig entlassenen und erreichten Rehabilitanden waren im Katamnesezeitraum rückfällig. Es konnten immerhin 77,6% der planmäßig beendeten Rehabilitanden (DGSS2) erreicht werden; erfolgreich (abstinent/abstinent nach Rückfall) behandelt waren 77,6%. Die katamnestiche Abstinenzquote (abstinent/abstinent nach Rückfall) aller erreichten Rehabilitanden (DGSS3) lag bei 87,9%.

Tabelle 9: Abstinenzquoten (DGSS) und Katamneserücklauf

| Kategorie                         | DGSS1<br>n=52 |              | DGSS2<br>n=67 |              | DGSS3<br>n=58 |              | DGSS4<br>n=94 |              |
|-----------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
|                                   | Anzahl        | Prozent      | Anzahl        | Prozent      | Anzahl        | Prozent      | Anzahl        | Prozent      |
| Katamneserücklauf                 | 52            | 100%         | 52            | 77,6%        | 58            | 100%         | 58            | 61,7%        |
| Abstinent                         | 44            | 84,6%        | 44            | 65,7%        | 46            | 79,3%        | 46            | 48,9%        |
| Abstinent nach Rückfall           | 4             | 7,7%         | 4             | 6,0%         | 5             | 8,6%         | 5             | 5,3%         |
| Rückfällig (inkl. per Definition) | 4             | 7,7%         | 19            | 28,4%        | 7             | 12,1%        | 43            | 45,8%        |
| Katamnestiche Abstinenzquote      | <b>48</b>     | <b>92,3%</b> | <b>48</b>     | <b>77,6%</b> | <b>51</b>     | <b>87,9%</b> | <b>51</b>     | <b>54,2%</b> |

Die konservativste Berechnungsform (DGSS4) zeigte eine katamnestiche Erreichungsquote von 61,7%. 48,9% aller Rehabilitanden waren durchgehend abstinent, 5,3% waren zum Katamnesezeitpunkt abstinent nach einem Rückfall. Als rückfällig und rückfällig per Definition wurden 45,8 % eingestuft. Die katamnestiche Abstinenzquote von 54,2% ist hoch und im langjährigen Verlauf weitestgehend stabil.

Es zeigten sich für verschiedene Patientenmerkmale Assoziationen mit einem positiven (abstinenten) oder negativen (rückfälligen) Behandlungsverlauf sowohl während der Rehabilitation als auch in der Nachuntersuchung. Die Abstinenzquote war signifikant reduziert bei Rehabilitanden, die zum Aufnahmezeitpunkt nicht suchtmittelfrei waren, keine Angehörigen in die Rehabilitation miteinbezogen und die Rehabilitation unplanmäßig beendeten (vgl. Tabelle 10: Abstinenzquoten (DGSS4) nach Einflussvariablen). Der negative Prädiktor „Erwerbslosigkeit“ zu Beginn der Rehabilitation hatte keinen signifikanten Effekt. Alkoholabhängige Rehabilitanden waren im Vergleich zu anderen Abhängigkeitsdiagnosen 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. 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<br><i>* p&lt;0,05, #p&lt;0,01, +p&lt;0,001</i> | n  | DGSS4             |         |                                      |               |                                    |         |
|--|----|-------------------|---------|--------------------------------------|---------------|------------------------------------|---------|
|  |    | Katamneserücklauf |         | Abstinent & abstinent<br>n. Rückfall |               | Rückfällig inkl. per<br>Definition |         |
|  |    | Anzahl            | Prozent | Anzahl                               | Prozent       | Anzahl                             | Prozent |
| Alkoholabhängigkeit                                      | 61 | 41                | 67,2%   | <b>40</b>                            | <b>65,6%</b>  | 21                                 | 34,4%   |
| Andere Abhängigkeitsdiagnosen                            | 33 | 17                | 51,5%   | <b>11</b>                            | <b>33,3%</b>  | 22                                 | 66,7%   |
| Erwerbstätig bei Rehaende                                | 60 | 39                | 65,0%   | <b>36</b>                            | <b>60,0%*</b> | 24                                 | 40,0%   |
| Arbeitslos bei Rehabeginn                                | 13 | 7                 | 53,80%  | <b>5</b>                             | <b>38,5%*</b> | 8                                  | 61,5%   |
| Arbeitslos bei Rehaende                                  | 19 | 9                 | 47,5%   | <b>7</b>                             | <b>36,8%*</b> | 12                                 | 63,2%   |
| Sonst. Nichterwerbsperson                                | 7  | 5                 | 71,4%   | <b>4</b>                             | <b>57,1%*</b> | 3                                  | 42,9%   |
| Rentner/in bei Rehaende                                  | 8  | 5                 | 62,8%   | <b>4</b>                             | <b>50,0%*</b> | 4                                  | 50,0%   |
| Feste Partnerbeziehung                                   | 60 | 38                | 63,3%   | <b>33</b>                            | <b>55,0%</b>  | 27                                 | 45,0%   |
| Alleinstehend  | 31 | 18                | 58,1%   | <b>16</b>                            | <b>51,6%</b>  | 115                                | 48,4%   |
| Keine problematischen Schulden                           | 88 | 57                | 64,8%   | <b>50</b>                            | <b>56,8%*</b> | 38                                 | 43,2%   |
| Schulden $\geq 25.000\text{€}$                           | 6  | 1                 | 16,7%   | <b>1</b>                             | <b>16,7%*</b> | 5                                  | 83,3%   |
| Suchtmittelfrei bei Aufnahme                             | 90 | 57                | 63,3%*  | <b>50</b>                            | <b>55,6%</b>  | 40                                 | 44,4%   |
| Nicht suchtmittelfrei bei Aufnahme                       | 4  | 1                 | 25,0%*  | <b>1</b>                             | <b>25,0%</b>  | 3                                  | 75,0%   |
| Planmäßige Beendigung                                    | 67 | 52                | 77,6%*  | <b>48</b>                            | <b>71,6%*</b> | 19                                 | 28,4%   |
| Unplanmäßige Beendigung                                  | 27 | 6                 | 22,2%*  | <b>3</b>                             | <b>11,1%*</b> | 24                                 | 88,9%   |
| Einbezug v. Angehörigen in Reha                          | 72 | 53                | 73,6%#  | <b>47</b>                            | <b>65,3%*</b> | 25                                 | 34,7%   |
| Ø Einbezug v. Angehörigen in Reha                        | 22 | 5                 | 22,7%#  | <b>4</b>                             | <b>18,2%*</b> | 18                                 | 81,8%   |

Wir konnten in der Varianzaufklärung 60,9% ( $R^2$ ) der Abstinenzfälle in der Katamnese aufklären, es zeigte sich ein signifikantes Prognosemodell (ANOVA:  $F=13,6$ ,  $p<0,001$ ). Signifikant positiv prädiktive Variablen waren die reguläre Beendigung ( $\beta$ -Koeff. 0,173,  $p<0,001$ ), die Behandlungsdauer und Kontaktzahl ( $\beta$ -Koeff. 0,615,  $p<0,001$ ). Die Integration von Angehörigen in die Behandlung ( $\beta$ -Koeff. 0,032,  $p>0,05$ ), Schulden  $\geq 25.000\text{€}$  ( $\beta$ -Koeff. 0,112,  $p>0,05$ ), eine fehlende Partnerschaft ( $\beta$ -Koeff. -0,053,  $p>0,05$ ), der steigende Belastungsindex ( $\beta$ -Koeff. -0,093,  $p>0,05$ ) und Arbeitslosigkeit ( $\beta$ -Koeff. -0,106,  $p>0,05$ ) hatten keinen prädiktiven Wert.

Die Varianzaufklärung und Signifikanz des Modells ist als hoch und konsistent zu beschreiben. Die Abstinenz wird dadurch maßgeblich durch die Behandlungsdauer und Kontaktzahl während der Rehabilitation bestimmt. Dies deutet auf ein Dosis-Wirkungsprinzip hin. Unsere ambulante Suchtrehabilitation ist hoch effektiv und in einem Beobachtungszeitraum von einem Jahr nach Beendigung nachhaltig stabil<sup>10</sup>.

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

## **8. Effizienzanalyse der Integrierten Versorgung zur stationärer ersetzenden qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung**

### **8.1. Einleitung zur Effizienzüberlegung der qualifizierten Entzugsbehandlung**

Die Effektivität und Sicherheit der Qualifizierten Entzugsbehandlung im stationären als auch im ambulanten Setting wurde bereits in mehreren Studien gezeigt. In eigenen Analysen <sup>11</sup>[Steffen et al. 2015] konnten wir die sehr hohe Effektivität nachweisen.

In 95,3% der Fälle konnte über den gesamten Zeitraum von  $53,6 \pm 33,2$  Tagen eine stabile Abstinenz erreicht werden. 52,9% der Patienten wurden in eine weiterführende Suchtrehabilitationsbehandlung vermittelt und 97,9% traten diese Maßnahme an. Die Abstinenzquoten nach DGSS4 waren im Verlauf sehr hoch. So waren nach drei Monaten 59,4%, nach zwölf Monaten 50,5% und nach 24 Monaten 39,7% der Patienten weiterhin abstinent. In der Varianzaufklärung konnte die Abstinenz für 75% nach drei und 58% nach zwölf Monaten vorhergesagt werden. Bestimmend für die Abstinenz waren die Vermittlung in eine weiterführende Suchtrehabilitationsmaßnahme gefolgt von der Behandlungsdauer der Qualifizierten Entzugsbehandlung. Die Krankheitsschwere hatte einen kleinen negativen Effekt, die Arbeitslosigkeit nur in Bezug auf die ersten drei Monate nach Ende der Behandlung.

Neben der hohen Effektivität ist es jedoch erforderlich, dass eine „Integrierte Versorgung“ bzw. „Besondere Versorgung“ nach §140 SGB V zumindest kostenneutral erfolgen muss. Ein Entzugssyndrom bei Abhängigkeitserkrankung muss ärztlich behandelt und überwacht werden. In der Regel geschieht dies in Deutschland in einer stationären Behandlung. Allein durch den ambulanten Ansatz und die Honorargestaltung können im Vergleich zur 21-tägigen stationären Entzugsbehandlung signifikant Kosten in Höhe bis zu 50% eingespart werden. In weiteren Untersuchungen wollten wir klären, ob darüber hinaus, eine Gesundheitskosteneinsparung im Verlauf von zwei Jahren nach der IV-Behandlung erreicht werden konnte. Hierzu wurden, basierend auf Einzelfalldaten, die Kosten bzgl. ambulanter und stationärer Heilbehandlung sowie die Medikamentenkosten je über acht Quartale vor und nach der IV analysiert.

### **8.2. Patientenmerkmale**

Untersucht wurden 71 Patienten der DAK Gesundheit mit Behandlung im Rahmen der IV zwischen 2009 und 2011. Diese unterschieden sich nicht signifikant von der Grundgesamtheit im Rahmen der Qualifizierten Entzugsbehandlung in unserer Einrichtung.

Es wurden nicht signifikant mehr Männer (59,2%) als Frauen (40,8%) eingeschlossen. Die Hauptdiagnosen verteilten sich auf 49,3% Alkoholabhängigkeit, 28,2% Polytoxikomanie, 14,1% Medikamentenabhängigkeit und 7,0% Cannabisabhängigkeit. 45,1% der Patienten waren alleinstehend, 29,6% arbeitslos (Alo I/II), 57,8% erwerbstätig und 9,8% hatten problematische Schulden über 25.000€. Die Patienten waren im Durchschnitt  $40,4 \pm 11,9$  Jahre alt, bereits seit  $12,9 \pm 7,8$  Jahren manifest suchtkrank und wurden über  $57,4 \pm 37,5$  Tage im Rahmen der IV behandelt. Der Belastungsindex mit  $4,15 \pm 2,2$  zeigte für den Großteil der Patienten eine schlechte Prognose an.

---

<sup>11</sup> Steffen et al.: Sozialmedizinische Prognose der Entzugsbehandlung Suchtkranker: Ergebnisse eines Modellprojekts Integrierter Versorgung. *Der Nervenarzt* 2015, 81 (11), S. 1383-1392

Die Abstinenzquoten nach DGSS4 unterschieden sich nicht signifikant von der Grundgesamtheit. So waren nach drei Monaten 66,2%, nach zwölf Monaten 59,2% und nach 24 Monaten 45,1% der Patienten weiterhin abstinent.

### 8.3. Effizienzanalyse

Zur Effizienzanalyse wurden die entstandenen Kosten der 71 Studienteilnehmer pro Quartal ermittelt und standardisiert. Die Analysen erfolgten durch einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung über die Quartale und im prä-post-Vergleich durch Koeffizientenberechnung in der Vierfelderanalyse.

Über alle Kosten (stationäre und ambulante Heilbehandlung sowie Medikamentenkosten) konnte eine Reduktion der Kosten um 20,7% ermittelt werden. Diese Reduktion blieb mit  $p=0,056$  knapp unterhalb des Signifikanzniveaus. Bei angenommener gleicher Kostenentwicklung wäre das Signifikanzniveau bei einer Fallzahl von  $n=75$  erreicht worden.

Die Reduktion der Gesamtkosten von 20,7% über einen Verlauf von zwei Jahren untermauert die Effizienz unserer IV-Behandlung. Die direkten Therapiekosten der IV machen nur 50% einer 21-tägigen qualifizierten stationären Entzugsbehandlung aus.

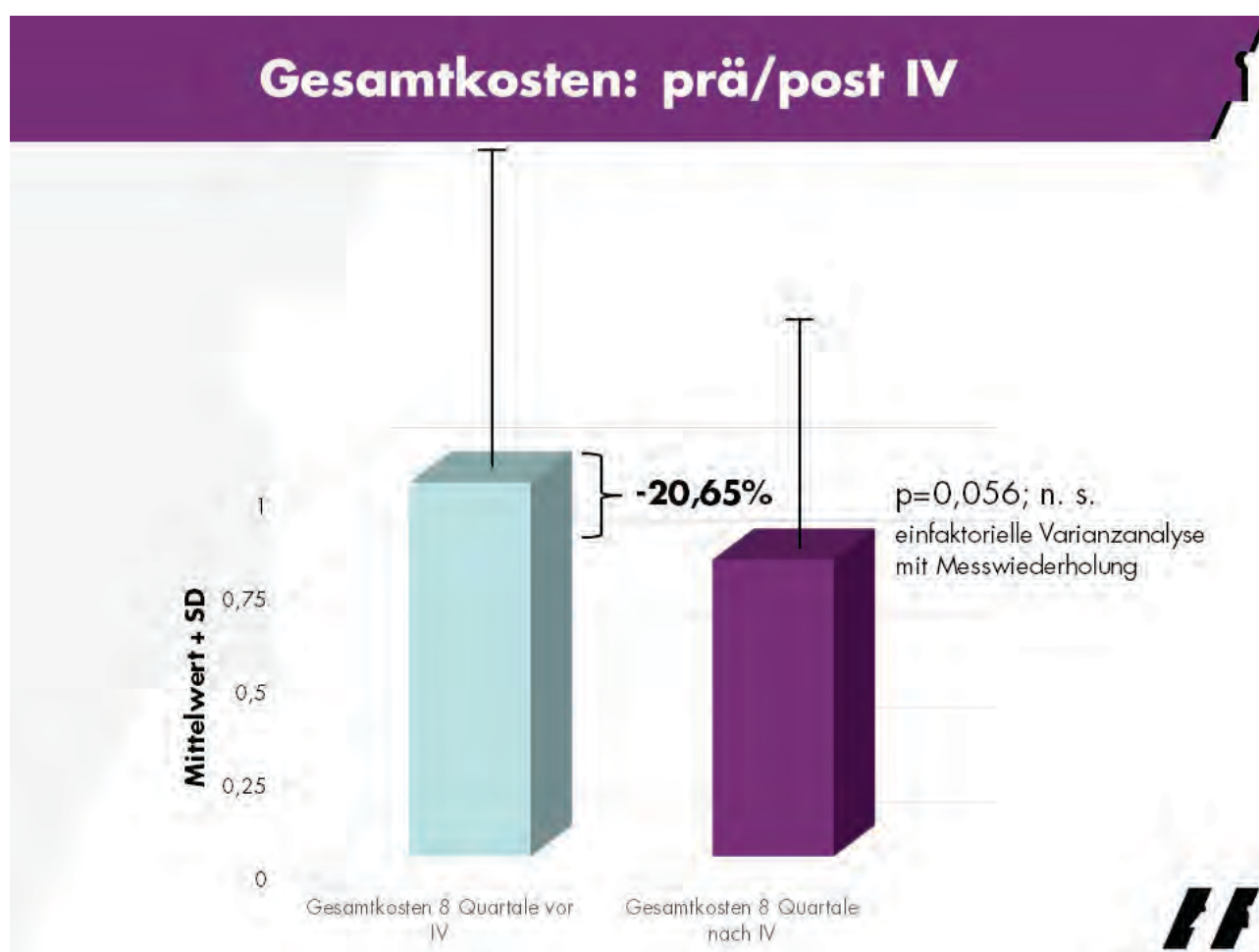


Abbildung 1: Kostenvergleich 8 Quartale prä-/post-IV bezogen auf die Gesamtkosten mit Darstellung der Standardabweichung, Statistik: einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung

## Kosten im prä/post-IV-Vergleich I

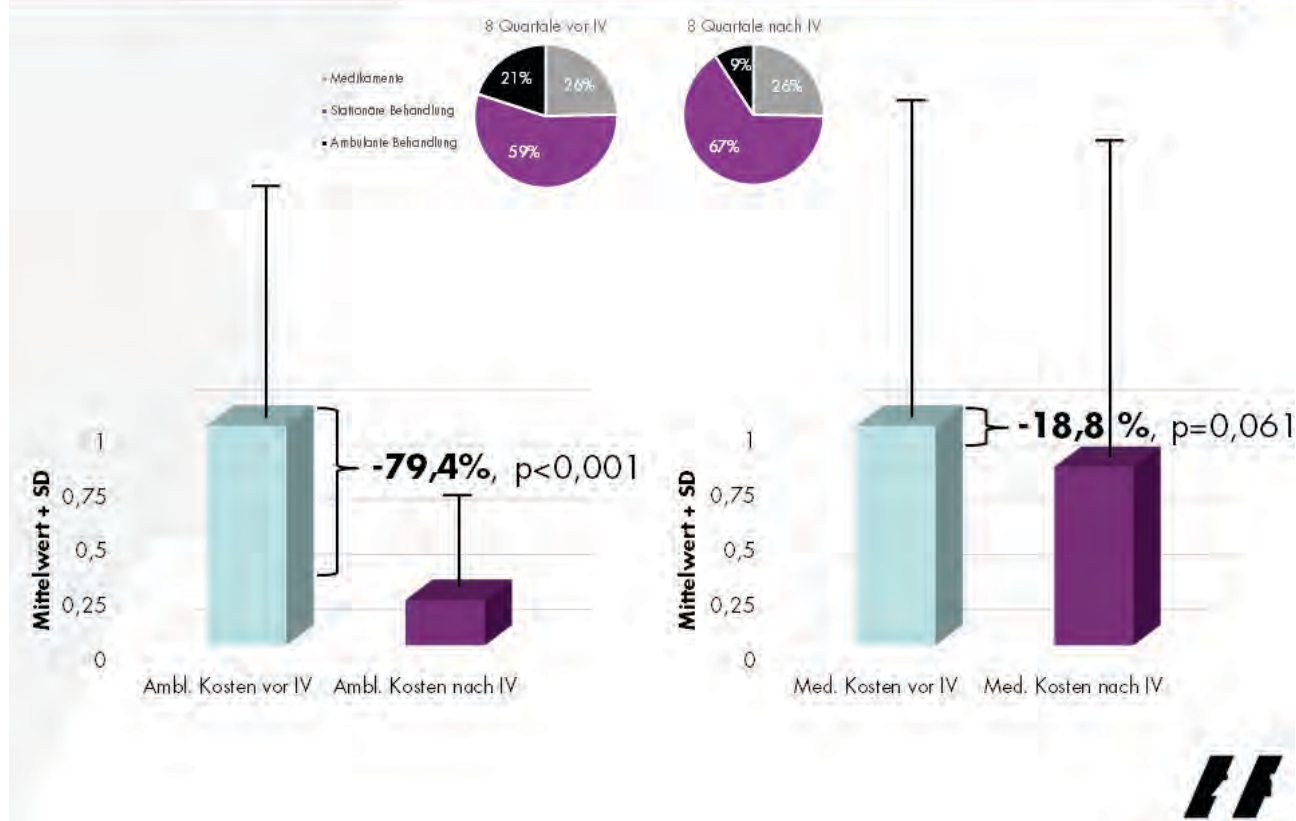


Abbildung 2: Kostenvergleich 8 Quartale prä-/post-IV bezogen auf ambulante Heilbehandlung und Medikamentenkosten mit Darstellung der Standardabweichung, sowie Darstellung des Anteils an den Gesamtkosten im Bezugszeitraum; Statistik: einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung

Die größte Kostenreduktion konnte in den ambulanten Heilbehandlungskosten erzielt werden. Hier sanken die Kosten um 79,4% des vorangegangenen Zeitraums von acht Quartalen ( $p < 0,001$ ). Wir erklären uns dies mit der besseren Koordination der ambulanten haus- und fachärztlichen Behandlung. Doppeluntersuchungen und nicht indizierte Behandlungen wurden verhindert. Die ambulanten Heilbehandlungskosten haben vor der IV bereits nur 21% der Gesamtkosten verursacht und lagen damit schon im unteren Bundesdurchschnitt. Nach der IV entfielen nur noch 9% der Gesamtkosten auf diesen Bereich.

Eine Kostenreduktion um 18,8% konnte im Bereich der Medikamentenkosten erreicht werden ( $p = 0,06$ , nicht signifikant). Der Einsparung durch Identifizierung und Verhinderung nicht indizierter Pharmakotherapien standen Kostensteigerungen durch neu diagnostizierte Erkrankungen (Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Virushepatitis B und C) gegenüber. Eine signifikante Kostenreduktion konnte erst ab dem 10. Folgequartal erreicht werden ( $n = 58$ , da Follow-Up noch laufend). Der Anteil der Medikamentenkosten blieb unverändert bei 26%.

## Kosten im prä/post-IV-Vergleich II

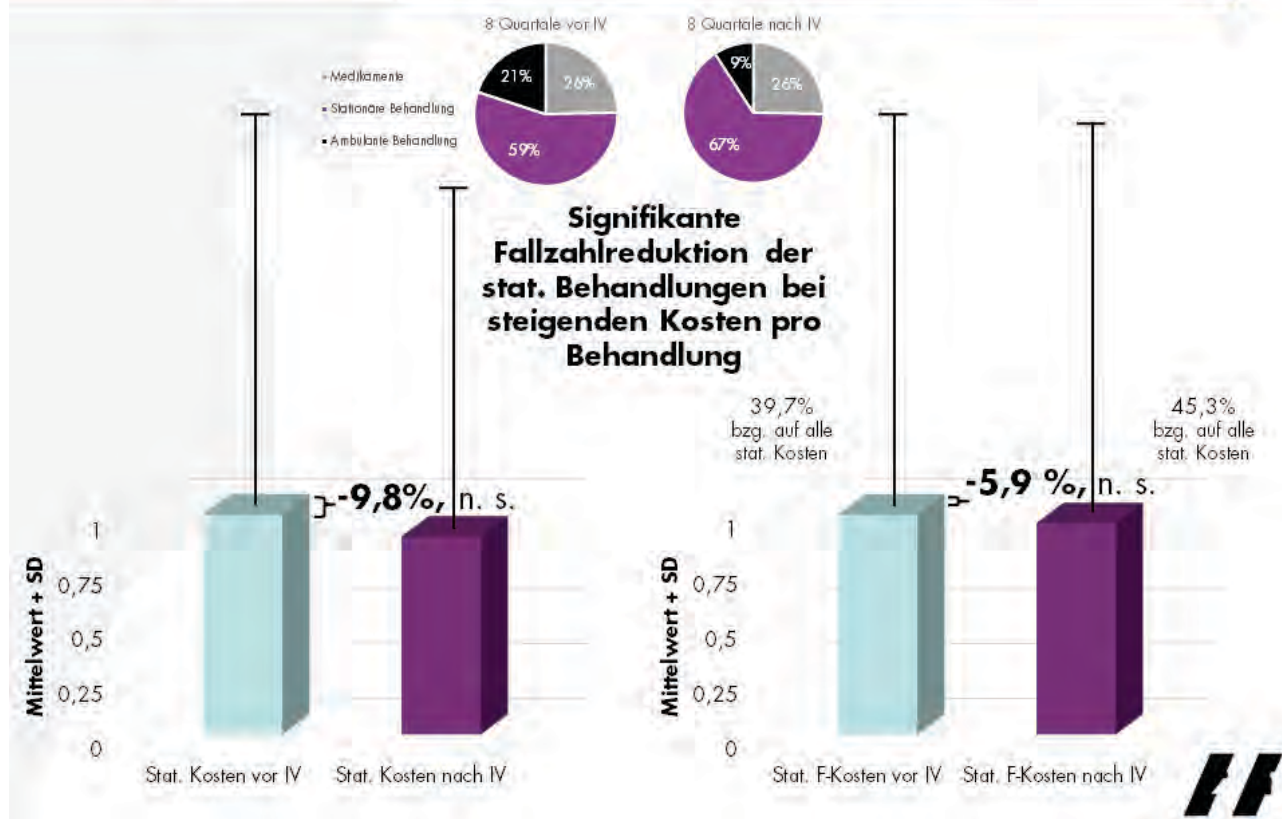


Abbildung 3: Kostenvergleich 8 Quartale prä-/post-IV bezogen auf stationäre Heilbehandlung allgemein und nach psychiatrischer Indikation mit Darstellung der Standardabweichung sowie Darstellung des Anteils an den Gesamtkosten im Bezugszeitraum; Statistik: einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung

Die geringsten Kostenreduktionen konnten wir im Bereich der stationären Heilbehandlung erreichen. Bezogen auf alle Indikationen zeigte sich eine Kostensenkung um 9,8% ( $p > 0,05$ ) und bei den psychiatrischen Indikationen lediglich von 5,9% ( $p > 0,05$ ). Zumindest konnte eine Kostensteigerung in diesem Bereich, wie er häufig bei Nichtbehandlung von Abhängigkeitserkrankungen angenommen wird, verhindert werden. Der Anteil der stationären Heilbehandlung stieg demnach von 59% auf 67% der Gesamtkosten.

Stationäre Heilbehandlungen bei einer psychiatrischen Indikation machten vor IV 39,7% aller Kosten aus und nach der Behandlung 45,3%. Die absoluten Kosten bei dieser Indikation sanken dagegen um 5,9%. In den Einzelfallanalysen konnte gezeigt werden, dass die Fallzahlen nach der IV signifikant abnahmen, die Kosten pro Behandlungsfall jedoch signifikant anstiegen. Es wurde also weniger Patienten stationär behandelt; wenn sie allerdings behandelt wurden, stiegen die Behandlungskosten.

## Einflüsseffekte auf die Kostenveränderung

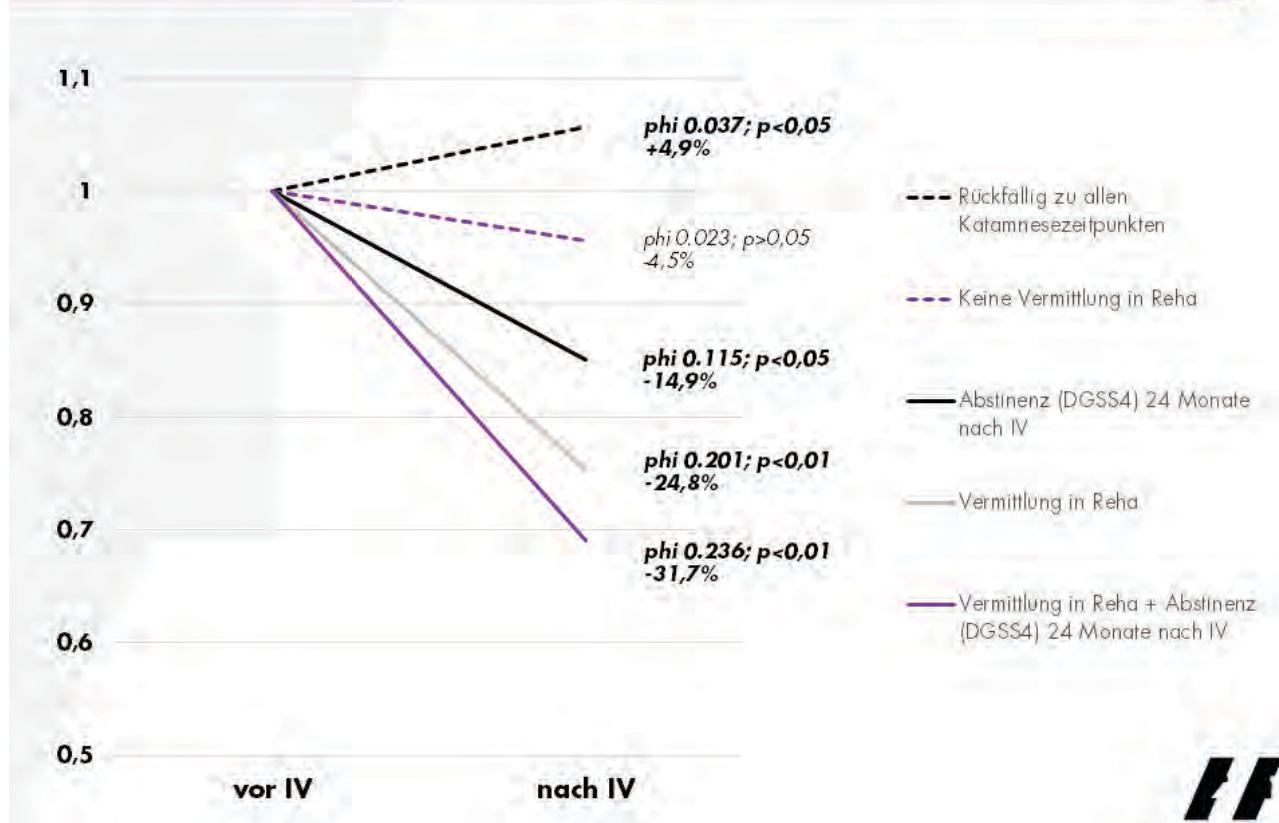


Abbildung 4: Kostenentwicklung 8 Quartale prä-/post-IV unter Berücksichtigung der Abstinenz und Vermittlung in Suchtrehabilitation; Statistik: einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung sowie bivariate Korrelation

Die größten Kosteneinsparungen von 31,7% konnten bei durchgehender Abstinenz in den beiden Folgejahren und Vermittlung in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme erzielt werden ( $p<0,01$ ). Diese Assoziation lässt den Rückschluss zu, dass die beobachtete Kosteneinsparung ursächlich auf die IV-Behandlung zurückzuführen ist. Die Vermittlung in Rehabilitation alleine war mit einer Kostenreduktion von 24,8% ( $p<0,01$ ) und die Abstinenz mit einer Reduktion von 14,9% ( $p<0,05$ ) assoziiert. Eine fehlende Vermittlung in Rehabilitation reduzierte die Kosten nicht signifikant um 4,5%. Die Rückfälligkeit zu allen drei Nachuntersuchungszeiten führte zu einer signifikanten Kostensteigerung um 4,9% ( $p>0,05$ ).

### 8.4. Zusammenfassung

Die Integrierte Versorgung zur „stationersetzenden qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung“ ist hoch effektiv und effizient. Mehr als 50% Vermittlung in Rehabilitation, ca. 50% abstinente Patienten nach einem Jahr, ca. 50% Einsparung zur stationären qualifizierten Entzugsbehandlung und Reduktion der Gesamtkosten in den 2 Folgejahren um 1/5 unterstreichen die Qualität der Versorgung.

## 9. Synopse 2016

Das Jahr 2016 schloss die in den Vorjahren begonnene personelle Neuaufstellung für zukünftige Projekte ab.

Der **Präventionskurs Seelische Gesundheit**, anerkannt von allen Rentenversicherungen, ist gestartet und wir können auf positive Rückmeldungen und Ergebnisse der Teilnehmer zurückblicken. Eine Flexibilisierung der Terminfrequenzen und Wechselschichtangebote wurden etabliert.

Nach der Publikation der Ergebnisse der **Integrierten Versorgung** in der Zeitung „Der Nervenarzt“ [**Steffen DV**, Steffen L, Steffen S: Sozialmedizinische Prognose der Entzugsbehandlung Suchtkranker: Ergebnisse eines Modellprojekts Integrierter Versorgung. *Der Nervenarzt* 2015, 81 (11), S. 1383-1392] veröffentlichten wir erste Ergebnisse zur Effizienzanalyse. Mit den folgenden Kennzahlen von mehr als 50% Vermittlung in Rehabilitation, ca. 50% abstinenten Patienten nach einem Jahr, ca. 50% Einsparung zur stationären qualifizierten Entzugsbehandlung und Reduktion der Kosten in den 2 Folgejahren um 1/5 ist die Effizienz der Behandlung prägnant beschrieben.

Im Jahr 2016 wurde die unbefristete Anerkennung unseres Konzepts zur ambulanten Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel durch die DRV Bund und alle weiteren Leistungsträger erteilt.

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 eine **Vermittlungsquote von 60,2%** aus der Orientierungsphase in eine Suchtrehabilitation, die durchgehende Abstinenz während der ambulanten Suchtrehabilitation von 67,4%, der planmäßige Rehabilitationsabschluss in 68,6% der Fälle und die hohe **Abstinenzquote von 54,2% (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.

Herr Dr. Steffen leitet die **Arbeitsgruppe „S3-Leitlinientransfer in die Praxis“ der DSG-Sucht**. In diesem Rahmen wurden Entwürfe zur Kitteltaschenversion der Leitlinie und Schlüsselempfehlungen für einzelne Versorgungsbereiche erarbeitet. Eine Abstimmung mit der AWMF-Steuergruppe vor Publikation erfolgt aktuell.

## 10. Publikationen, Kongressbeiträge und Mitgliedschaften

### 10.1. ORIGINALARBEITEN (gedruckt, \*= geteilte Autorenschaft)

- **Steffen DV**, Steffen L, Steffen S: Sozialmedizinische Prognose der Entzugsbehandlung Suchtkranker: Ergebnisse eines Modellprojekts Integrierter Versorgung. *Der Nervenarzt* 2015, 81 (11), S. 1383-1392
- **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 2013 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 1/2016, S.30-37
- Lange N. et al. (**Steffen DV**): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2012 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 1/2015, S.76-83
- 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



## 10.2. 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*

## 10.3. KONGRESSBEITRÄGE UND VORTRÄGE

- Heidelberger Kongress 2015 des Fachverband Sucht e. V.: **Steffen DV**
  - Forum 1: Gesundheitsökonomische Aspekte der abstinenten-orientierten Suchtbehandlung
  - Forum 8: Abstinenz als implizites Ziel der analytischen Suchtbehandlung
- 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): „S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung

alkoholbezogener Störungen“, „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“

#### 10.4. 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.), Arbeitsgruppenleiter: S3-Leitlinientransfer der DG-SUCHT
- **Sonja Steffen, Hartmut Görden:** Arbeitskreis „betriebliche Suchtprävention“, Rheinland-Pfalz/Saarland, Arbeitskreis „Sucht“, Saarlouis
- **Sonja Steffen, Hartmut Görden:** Kompetenznetzwerk Glücksspielsucht, LGS Saarbrücken

#### 10.5. 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](http://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. 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](mailto:sonjasteffen@ianua-gps.de)



**DR. DAVID V. STEFFEN**  
LEITENDER ARZT DER EINRICHTUNG  
KOORDINATION STATISTIK/FORSCHUNG  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
[davidsteffen@ianua-gps.de](mailto:davidsteffen@ianua-gps.de)

© 19.04.2017

# 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