



GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE MBH

IANVA

Jahresbericht 2022

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 2021

© Ianua G. P. S. mbH, 2022

Dr. D. V. Steffen

JAHRESBERICHT 2021 – Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	3
2. Corona-Pandemie und Auswirkungen auf die ARS	7
3. Leitbild	12
4. Synopse 2021	13
5. Präventionsarbeit.....	14
5.1. Einführung und Übersicht.....	14
5.2. Präventionskurs SEELISCHE GESUNDHEIT.....	14
5.2.1. Einleitung und Zielsetzung.....	14
5.2.2. Ziele.....	14
5.2.3. Initialphase.....	14
5.2.4. Trainingsphase	15
5.2.5. Eigenaktivitätsphase	15
5.2.6. Refreshertreffen	15
6. Betriebliche Suchtberatung	16
6.1. Betriebliche Suchtberatung	16
6.2. Prev@WORK	16
7. Beratungsphase 2021	18
8. Orientierungs- und qualifizierte Entzugsphase (2021)	20
8.1. Patientencharakterisierung	20
8.2. Behandlungsergebnis und Vermittlung in weiterführende Suchtrehabilitation.....	21
9. Ambulante Rehabilitation Sucht (ARS) (2021)	24
9.1. Rehabilitandencharakterisierung.....	24
9.2. Rehabilitationsverlauf.....	25
9.3. Rehabilitationsende und Rehabilitandenzufriedenheit.....	26
10. Einjahreskatamnese nach ambulanter Suchtrehabilitation	
Abhängigkeitskranker (Entlassjahrgang 2020).....	28
10.1. Charakterisierung der Rehabilitanden und der Katamnese-Stichprobe.....	28
10.2. Erreichungs- und Abstinenzquoten	30
11. Effizienzanalyse der Integrierten Versorgung zur stationärsersetzenden	
qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung	33
11.1. Einleitung zur Effizienzüberlegung der qualifizierten Entzugsbehandlung	33
11.2. Patientenmerkmale.....	33
11.3. Effizienzanalyse	34
11.4. Zusammenfassung	37
12. Publikationen, Kongressbeiträge und Mitgliedschaften	38
12.1. ORIGINALARBEITEN (gedruckt, * = geteilte Autorenschaft)	38
12.2. KONGRESSBEITRÄGE UND VORTRÄGE	39
12.3. MITGLIEDSCHAFTEN UND ARBEITSGRUPPEN	40
12.4. AUSZEICHNUNGEN UND PREISE	41

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) 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 Entlassjahrgang 2006 Daten aus der Basisdokumentation und seit dem Entlassjahrgang 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 2015 ersetzt unser **Leitbild** die Darstellung unseres Rehabilitationskonzeptes im Jahresbericht. Unser Konzept zur ambulanten Suchtrehabilitation, zum Modell Kombi Saar und zur ambulanten Suchtrehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel finden Sie auf unserer [Internetpräsenz unter Download - Konzepte](#).

In der Zeitschrift **SuchtAktuell** wurde Anfang 2012 ein Leitartikel (Steffen R*, Steffen DV*: Qualitätsmerkmale der berufsbegleitenden ambulanten Suchtrehabilitation. *SuchtAktuell* 2012, 1, S. 78-84) unserer Einrichtung zu den Qualitätsmerkmalen der berufsbegleitend ambulanten Suchtrehabilitation veröffentlicht. Dieser arbeitet die Anforderungen an Struktur- und Qualitätsmerkmale heraus und verbindet diese mit den Vorschriften der Leistungsträger. Dieser hat auch nach den Ergebnissen der Expertengruppe ARS und den Ergänzungen zum Rahmenkonzept Bedeutung und spiegelt eine unveränderte Aktualität wider.

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

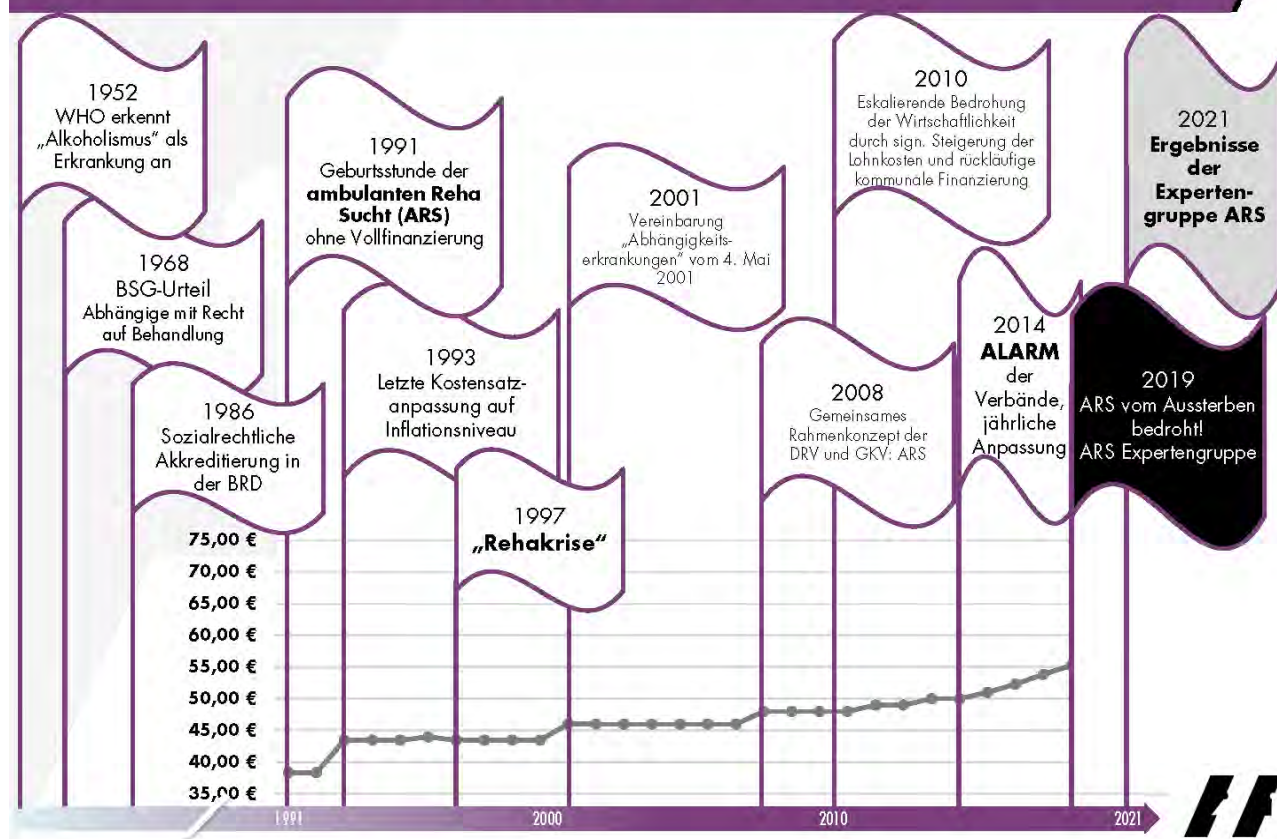
IANUA bietet seit 2019 eine betriebliche Suchtberatung an. Dies kann die anlassbezogene Beratung von auffälligen Mitarbeitern oder Vorgesetzten, aber auch die Durchführung von suchtbezogenen Schulungen und Beratungen des Betriebes als Ganzes sein. **IANUA** organisiert in diesem Sinne die betriebliche Suchtberatung der ZF Werke AG in Saarbrücken und Wellesweiler.

IANUA hält weiterhin ein Suchtpräventionsangebot für junge Menschen und Auszubildene mit ausgebildeten Trainern nach dem Prev@WORK-Konzept vor. Dies kann in Kombination mit der betrieblichen Suchtberatung, aber auch einzeln für interessierte Betriebe erfolgen.

Expertengruppe ARS

Die Ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (ARS) ist seit ihrer Entstehung 1991 zu einem festen Bestandteil der deutschen Suchthilfelandchaft geworden. Ihre Effektivität ist in vielen Studien untersucht und belegt worden. Die Weiterentwicklungen der Vorgaben und Rahmenkonzepte haben in den letzten 20 Jahren die Anforderungen an die Struktur, das Personal und die inhaltlichen Erfordernisse angepasst und geschärft. Eine Anpassung des Kostensatzes erfolgte in den ersten Jahren in unregelmäßigen Abständen, seit dem Jahr 2016 regelhaft. Bis dahin kam es aus Sicht der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der Inflationsraten zu einer Reduktion der Vergütungssätze. Gleichzeitig wurden die etablierten Qualitätsstandards sehr unterschiedlich durch die Leistungserbringer umgesetzt und durch die Leistungsträger überprüft, so dass sich auch hier eine „Schieflage“ entwickelt hatte. Letztlich hatten die rückläufige kommunale Finanzierung der Beratungsstellen und die Lohnentwicklungen zu einer Eskalation der Unterfinanzierung und existenziellen Bedrohung der ARS geführt.

Geschichte der ARS



Nach sondierenden Gesprächen der Leistungsträger und Leistungserbringer im November 2018 wurde eine paritätisch besetzte Expertengruppe ARS eingesetzt, um Lösungen und Perspektiven zu erarbeiten. Unser leitender Arzt, **Herr Dr. David Steffen**, nahm als Vertreter des Fachverbandes Sucht e. V. teil und konnte die Ergebnisse maßgeblich mitbestimmen.

Die Expertengruppe ARS diskutierte fachlich geleitet und im kollegialen Dialog über veränderte Rahmenbedingungen, Qualität, zukünftige Anforderungen und Finanzierung der ARS. Letztlich konnten konsenterte Ergebnisse als Empfehlungen für die Leistungsträger beschrieben werden, die sich auf die Strukturqualität (v. a. Personalmessung und -planung, Richt- und Bezugsgrößen), die Qualitätssicherung und Finanzierung bezogen.

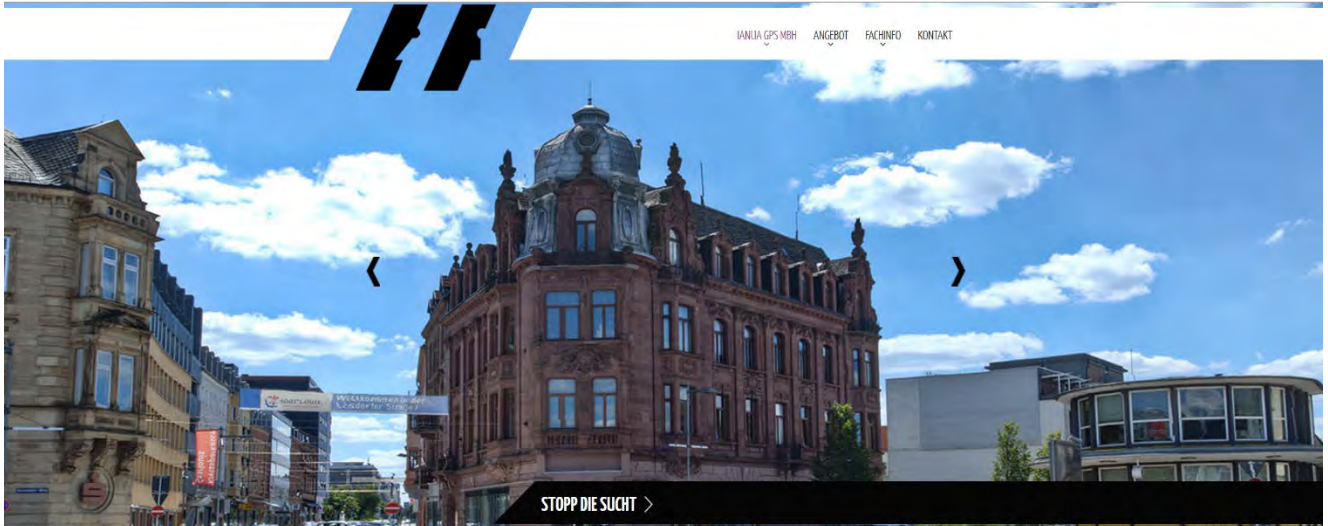
Hieraus resultierten nach Verabschiedung der Empfehlungen durch die Leistungsträger die „Ergänzenden Hinweise zum Rahmenkonzept ARS vom 20. Mai 2020“, eine signifikante Vergütungssatzsteigerung und die Planung zur Einführung verbindlicher Qualitätssicherungsinstrumente. Dies soll zu einer deutlichen qualitativen Aufwertung der ARS führen und diese bundesweit über alle Rehabilitationseinrichtungen zunehmend angleichen.

Es bleibt zu hoffen, dass die Ergebnisse und die Erhöhung des Kostensatzes auf 75€ pro Rehabilitationsleistung im Jahr 2022 den Fortbestand und die Weiterentwicklung der ambulanten Rehabilitation Sucht sichern werden.

Internetauftritt:

Wir arbeiten kontinuierlich an der Optimierung und besseren Auffindbarkeit unserer Website. In 2021 besuchten insgesamt 12.873 Nutzer unsere Website (+5,1% zum Vorjahr).

www.ianua-gps.de



WILLKOMMEN AUF UNSERER HOMEPAGE

STELLENANZEIGE

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 Beauftragtenenteams. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

[Download](#)

WOLFRAM-KELP-RODGEBIETES 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 bieten seit Anfang 2014 eine eigenständige Rehabilitationsgruppe für pathologisches 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](#)



STÜTZENREHABILITATION BEI ALKOHOL, MEDIKAMEN- UND URGENABHÄNGIGKEIT SOWIE PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIEL

[Lesen Sie weiter](#)



PRÄVENTIONSKURS: SELBSTE GESUNDHEIT
Was hält uns gesund? - Ein deutschsprachiger, einzigartiger und innovativer Kurs, Gesundheits zu bewahren!

[Lesen Sie weiter](#)



STÜTZENREHABILITATION SOWIE SELBSTE GESUNDHEIT

Präventionskurs: "Selbstes Gesundheits" (DE) anerkannt. Angebote öffentlicher und waldgesellschaftlicher Suchtzentren



ORIENTIERUNGSPHASE

Hilfe und Begleitung beim Entzug und anschließende Orientierung im Suchtreenabilitation



AMBULANTE SUCHTREHABILITATION

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



SUCHTNACHSORGE NACH STATIONÄRE REHA

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

IANVA G. R. S. mbH ist eine ambulante Suchtrehabilitationseinrichtung in Saarlouis (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 Ersatzbehandlung, Nachsorgephase, Berufsberatung, ambulante Suchtrehabilitation (ARS, Suchtreha) und Nachsorge an. Wir sind von allen Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen (gesetzlich, privat und Beihilfe) anerkannt.

IANVA GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE MBH



IANVA

Lödorfer Straße 2, 66740 Saarlouis
Tel. ☎ 0 68 31 - 46 00 55; Fax 0 68 31 - 46 00 57

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



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



2. Corona-Pandemie und Auswirkungen auf die ARS

Kaum ein Ereignis hat unsere Gesellschaft, die zwischenmenschlichen Beziehungen und auch das Behandlungssystem in den letzten Jahrzehnten derart massiv und rasch beeinflusst und verändert wie die Corona-Pandemie. Auf alle gesellschaftlichen Aspekte (soziales Leben, Arbeit, Gesundheit, Freiheit und „Zwang“) kann hier aus Platzgründen nicht eingegangen werden. Es gibt gehäuft Hinweise, dass sich der Konsum psychotroper Substanzen und Suchterkrankungen in der Pandemiezeit verstärkt hat (vgl. DHS Jahrbuch Sucht 2021 u. Ä.).

Unser leitender Arzt hat für die Fachzeitschrift des Fachverbandes Sucht, die „Sucht Aktuell“, in Ausgabe 02/2020 Fragen zur Corona-Pandemie und deren Auswirkung auf die ARS beantwortet, welche im Folgenden dargestellt werden.

1. Wie beurteilen Sie die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Bereich der ambulanten medizinischen Rehabilitation?

Die ambulante medizinische Rehabilitation Sucht (ARS) war schon vor der Corona-Pandemie ein unterfinanzierter Bereich, der nur über eine Quer- oder Drittmittelfinanzierung wirtschaftlich aufrechtzuerhalten war. Daher trafen die Auswirkungen der Corona-Pandemie die ARS besonders hart.

Gerade die Anfangsphase der Corona-Pandemie im März 2020 war vor allem mit einer hohen Unsicherheit und fast täglich neuen Empfehlungen und Veränderungen für die Rehabilitationseinrichtungen verbunden. So wurden Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung ausgesprochen, ab dem 18.03.2020 zunächst auf Neuaufnahmen zu verzichten, unter Einhaltung der Hygienevorschriften die laufenden Rehabilitationsbehandlungen im Einzelsetting bevorzugt telefonisch fortzuführen und Gruppenangebote nur digital zu erbringen. Möglichkeiten, die Gruppenleistungen digital zu erbringen, bestanden nicht, da entsprechende datenschutzkonforme Angebote auf dem Markt nicht existierten. Damit wurde die Grundlage der ARS quasi über Nacht zunichte gemacht. De facto stiegen die notwendigen Personalzeiten zur Erfüllung des Rehabilitationsauftrages durch den Wegfall der Gruppenleistungen und Intensivierung der Einzelleistungen signifikant an. Gleichzeitig reduzierte sich der Umsatz der Rehabilitationseinrichtungen, da insgesamt weniger Rehabilitationsleistungen durch den Wegfall der Gruppenleistungen nach dem einheitlichen pauschalen Kostensatz erbracht wurden. Die zuvor schon bestandene Unterfinanzierung spitzte sich dadurch zu. Diese konnte auch nicht durch die Anmeldung von Kurzarbeit und eine damit verbundene Reduktion der Personalkosten abgemildert werden, da der Personalaufwand bei gleichzeitig fallendem Umsatz gestiegen war. Aufgrund der „Querfinanzierung“ bzw. heterogenen Finanzierung von ambulanten Suchtrehabilitationseinrichtungen ist eine Inanspruchnahme von Zahlungen nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetzes (SodEG) nur schwer und lediglich im Einzelfall erfolgversprechend. Zusammenfassend eskalierte die Existenzbedrohung der ARS vorwiegend durch die Verschärfung der Unterfinanzierung ohne entsprechende adäquate und regelhaft mögliche Zuteilung aus den Rettungsschirmen. Ob es über die Existenzbedrohung zur Aufgabe von Rehabilitationseinrichtungen aufgrund des Insolvenzrechtes kommen wird, zeigt sich sicher erst nach Ablauf der Aussetzung nach dem Insolvenzrecht zum 01.10.2020. Es bleibt zu hoffen, dass der Mehrzahl der Rehabilitationseinrichtungen eine entsprechende Sicherstellung der Finanzierung gelungen ist.

Die ARS hatte allerdings mit weiteren Herausforderungen und Problemen abseits der Finanzierungsfrage zu kämpfen. So wurde die Suchtrehabilitation nicht als systemrelevant eingestuft. Dies hatte mehrere Konsequenzen zur Folge. Mitarbeiter von Suchtrehabilitationseinrichtungen mit betreuungspflichtigen Kindern hatten keinen Anspruch auf einen Betreuungsplatz und standen den Rehaeinrichtungen dadurch teilweise nicht zur Verfügung. Auch in der Zuteilung von Schutzausrüstung wie Mund-Nasenschutzmasken, FFP2-Masken, Desinfektionsmitteln etc. waren die ambulanten Suchtrehaeinrichtungen im Gegensatz zur ambulanten kassenärztlichen und

psychotherapeutischen Versorgung, den Pflegeeinrichtungen und Kliniken nicht bedacht worden. Daher war es zeitweise unmöglich, entsprechende Schutzmittel auf dem freien Markt einzukaufen.

Andererseits wurden rasch Hygienekonzepte z. B. vom Fachverband Sucht e. V. auch für den ambulanten Kontext erarbeitet und umgesetzt. Damit war es den Rehaeinrichtungen möglich, unter Absprache mit den zuständigen Gesundheitsämtern möglichst zeitnah einen „Regelbetrieb“ in Präsenz und Durchführung von Gruppen mit entsprechend reduzierten Gruppenstärken unter Einhaltung des Mindestabstandes durchzuführen.

2. Gibt es besondere Spezifika, die bei der Sucht-Rehabilitation im Unterschied zu anderen Indikationsbereichen der Rehabilitation zu beachten sind?

Neben den Nachsorgeangeboten ist die ambulante Rehabilitation Sucht (ARS) der einzige Indikationsbereich, der rein ambulant durchgeführt wird. In Abgrenzung zu stationären und ganztägig ambulanten Indikationsbereichen, bei denen die Rehabilitanden ganz (stationäres Setting) oder weitestgehend (ganztägig ambulantes Setting) aus ihren sozialen Beziehungsgefügen (Freunde, Hobbys, Freizeitgestaltung, Feiern und v. a. Urlaub) und der Arbeitswelt herausgenommen sind, sind gerade diese Bereiche in der ambulanten Rehabilitation Sucht in Bezug auf das Infektionsrisiko hoch relevant.

Die Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung zur Wiederaufnahme und Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind im ambulanten Setting, bezogen auf die Kontrolle des Infektionsstatus und Abklärung vor Aufnahme, nur bedingt umsetzbar. Die Durchführung von PCR-Untersuchungen zum Ausschluss einer Corona-Infektion vor Aufnahme der ARS oder gar zu jedem Behandlungstag sind weder finanziell noch personell durchführbar. Eine kalkulierte Abfrage von Infektionssymptomen, Aufenthalt in Risikogebieten oder zu Kontaktpersonen ist zu jedem Rehabilitationstermin notwendig und erfordert im Einzelfall die ärztliche Einschätzung. Dies erhöht die Anforderungen an das gesamte Rehateam, explizit jedoch an den Arzt der Rehabilitationseinrichtung bzgl. seiner Präsenz und Erreichbarkeit. In die Planung und Durchführung muss einkalkuliert werden, dass sich die Rehabilitanden jederzeit im Rahmen ihrer Sozialkontakte, der Arbeit oder durch Aufenthalt im öffentlichen Raum infizieren können. Das Risiko für das Auftreten von asymptomatischen Virusträgern und die damit verbundene Infektionsgefahr ist in der ARS daher im Vergleich zu den anderen Indikationsbereichen signifikant erhöht.

3. Wie kann mittel- und langfristig die Existenz der ambulanten (Sucht-) Rehabilitationseinrichtungen angesichts der Auswirkung der Corona-Pandemie gesichert werden?

Die Existenzsicherung der ambulanten Rehabilitation Sucht (ARS) stand auch vor der Corona-Pandemie auf mehr als wackeligen Füßen. Die nicht ausreichend leistungsgerechte Finanzierung der Rehaleistungen hatte zuvor schon eine Querfinanzierung notwendig gemacht und das Angebot langfristig bedroht. Diesbezüglich wurde 2019 eine gemeinsame Expertengruppe der Leistungsträger und Leistungserbringer ins Leben gerufen, um eine Weiterentwicklung der Rehabilitationsinhalte, Qualitätsmerkmale und einen ausreichend leistungsgerechten Finanzierungsvorschlag zu erarbeiten. Die Expertengruppe hat ihre Arbeit zu Beginn der Corona-Pandemie abgeschlossen und entsprechende Änderungsvorschläge bzgl. der Qualitätsaspekte, des Rahmenkonzeptes und eine zweistufige Anpassung des einheitlichen Rehakostensatzes ARS in den Jahren 2021 und 2022 erarbeitet. Eine entsprechende Umsetzung und Realisierung der Ergebnisse steht aktuell aus und muss von den Leistungsträgern beraten, entschieden und umgesetzt werden. Über die zusätzlichen Belastungen der Corona-Pandemie auf die ARS hat sich die Dringlichkeit verschärft, die Empfehlung der Expertengruppe umzusetzen, da nur so die schon zuvor bestehende wirtschaftliche Notlage der Rehaeinrichtungen behoben werden kann. Dies ist Grundvoraussetzung, um die Rehaeinrichtungen in die Lage zu versetzen, die Auswirkungen der Corona-

Pandemie überhaupt zu stemmen. Mutmaßliche Begründungen der Verzögerung oder gar ein Ausbleiben der Realisierung durch eine fragliche Entwicklung von Beitragszahlungen durch die Corona-Pandemie sind aus Sicht der Leistungserbringer nicht angebracht und würden die Existenz der Rehaeinrichtungen gefährden.

Darüber hinaus müssen die Kosten für die erhöhten Hygienestandards (Beschaffung von Desinfektionsmitteln, Stand- oder Wandspendern, Schutzvorrichtungen wie Plexiglasscheiben an der Anmeldung, Mund-Nasen-Schutz etc.) und auch der gestiegene Personalbedarf refinanziert werden. Der gewährte Corona-Zuschlag in Höhe von 0,25€ (0,4% der Vergütung) ist in keiner Weise ausreichend oder durch Betrachtung der entstandenen Kosten plausibilisiert.

Die fachlichen und hygienetechnischen Voraussetzungen zur mittel- und langfristigen Existenzsicherung der ARS sind gegeben. Es mangelt weiterhin an der notwendigen Refinanzierung bei klaren Kostenstrukturen. Die Existenzsicherung ist daher nur durch eine ausreichend leistungsgerechte Vergütung sicherzustellen.

4. Welches sind aus Ihrer Sicht die entscheidenden Schritte, welche die Politik, die Leistungsträger und Rehabilitationseinrichtungen gehen müssen, damit ein erheblicher Schaden für das Versorgungssystem der ambulanten Rehabilitation abgewendet werden kann?

Rehabilitationseinrichtungen

Die Rehabilitationseinrichtungen sind gefordert, ein funktionierendes Hygienekonzept zu etablieren, um einen annähernden Normalbetrieb herzustellen. Dazu gehören entsprechende Steuerungen von Rehakontakten, Bereitstellung von Desinfektionsspendern, Installation von Schutzscheiben z. B. im Sekretariat oder Aufnahmebereich und Information der Rehabilitanden über die Schutz- und Hygienemaßnahmen. Es müssen Prozesse etabliert werden, um kalkulierte Infektionsrisiken und Risikopatienten zu identifizieren und entsprechende Handlungspfade umzusetzen (z. B. zeitlich begrenzter Ausschluss von Gruppenangeboten, Vermittlung in Corona-Screening). Unter Existenzsicherungsaspekten ist die Wiederaufnahme und Durchführung von Gruppenleistungen unter Berücksichtigung der Hygienevorschriften und Abstandsregelungen notwendig, um das wirtschaftliche Defizit zu reduzieren. Idealerweise sollten Verbünde etabliert werden, um entsprechende Schutz- und Hygieneartikel in größeren Mengen und zu entsprechend günstigeren Konditionen zu beziehen. Die Corona-Pandemie ist nur über eine größere Investition an Sach- und Personalkosten zu bewältigen.

Leistungsträger

Die Leistungsträger sollten ihre Empfehlungen gerade bzgl. der Umsetzung von Leistungen unter Hygieneaspekten, fachlich geleitet und idealerweise unter Einbezug der Einrichtungen erarbeiten und formulieren, um eine ausreichende Umsetzung der Hygienevorschriften zu gewährleisten, die dann auch realisierbar sind. Die notwendigen Investitionen in Sach- und Personalkosten müssen refinanziert werden. Die bisherigen Finanzierungen sind nicht leistungsgerecht und müssen schnellstmöglich angepasst werden. Der pauschale Vergütungssatz deckt die medizinisch notwendige Reduktion der Gruppengrößen und den erhöhten Personalbedarf in Abklärung und Prozessteuerung nicht ab. Der ab 01.08.2020 vereinbarte Corona-Zuschlag in Höhe von 0,25€ pro Leistung ist weder kostendeckend noch aufgrund der realen Anforderungen berechnet. Die Kostenunterdeckung liegt nicht im Cent-Bereich, sondern im Euro-Bereich. Die Sicherstellung der Finanzierung hat oberste Priorität, damit die Versorgungssicherstellung nicht gefährdet wird, im weiteren Verlauf drohende Insolvenzen der Rehabilitationseinrichtungen abgewendet werden oder das Rehaangebot zur Verhinderung einer Insolvenz nicht aufgegeben werden muss.

Politik

Die Aufgaben für die Politik beziehen sich einerseits auf die akute Problemstellung, andererseits auf die grundsätzliche Frage der Finanzierung von ambulanten Suchtrehabilitationsleistungen. So wäre eine Unterstützung auf politischer Ebene bezüglich der Umsetzung einer ausreichend leistungsgerechten Vergütung durch Anpassung des Pauschalsatzes in der ARS notwendig. Idealerweise sollten in die Vergütungssätze neben den Personalkosten auch die Sach-, Miet- und Verwaltungskosten entsprechend mit einbezogen werden. Eine Anerkennung der ARS als systemrelevant halten wir für erforderlich, um ein Anrecht auf Betreuungsplätze im Rahmen von Lockdowns und die Zuteilung von zentral beschafften Schutzmaterialien zu ermöglichen. Gerade in der Krise verhindert die ARS stationäre Behandlungen von Suchtkranken durch Stabilisierung ihrer Abstinenz und Verhinderung von Rückfällen. Darüber hinaus halten wir eine Anpassung des SodEG für erforderlich, um den spezifischen Aspekten der ARS in der Beantragung und Zuteilung von Hilfen Rechnung zu tragen. Weiterhin ist es unbedingt erforderlich, einen analogen Rettungsschirm für ambulante Rehabilitationsleistungen, die zulasten der GKV erbracht werden, zu etablieren. Dies umfasst auch den Ausgleich von Minderleistungen gegenüber dem Vorjahr, wie dies im Krankenhausentlastungsgesetz auch für stationäre Rehabilitationseinrichtungen gewährt wird.

5. Welches sind die zentralen Veränderungen im Zuge der Corona-Pandemie im Bereich der ambulanten Suchtrehabilitation und Nachsorge hinsichtlich der Aufnahme, der Durchführungen der Leistungen, der Kontaktregelungen, der Nachsorge und der Kooperation mit weiteren Angeboten (z.B. Leistungsbehandlung, Angehörigengespräche, Jobcenter)?

Die Aufnahme in eine ambulante Rehabilitation Sucht (ARS) ist nach den anfänglichen Restriktionen prinzipiell jetzt nicht mehr eingeschränkt. Es sind die allgemeinen Vorschriften gültig. Ein negativer Test auf SARS-CoV-2 ist nicht sinnvoll, da jeder Behandlungstag als „Neuaufnahme“ gewertet werden muss, da zwischenzeitlich zahlreiche Kontakte zu anderen Menschen bestanden und ggfs. sogar Grenzüberschreitungen (z. B. in Grenzregionen zu Nachbarländern) stattfanden. Daher muss zu jedem Kontakt mit der Rehabilitationseinrichtung geprüft werden, ob der Rehabilitand hinweisende Symptome aufweist.

Die Umsetzung von Hygienestandards wie Abstand (mindestens 1,5m), Husten in die Ellenbeuge, Tragen einer Mund-Nasenschutz-Maske zumindest bei Unterschreiten des Mindestabstandes und außerhalb der Therapieräume bedingt eine Veränderung des Rehabilitationsangebotes. Dies hat vorrangig Auswirkungen auf die Gruppengröße und führt zu einer Reduktion der durchschnittlichen Gruppengröße. Bisher gingen die Leistungsträger von durchschnittlich 11 Rehabilitanden pro Gruppe aus. Die Expertengruppe ARS hatte eine durchschnittliche Größe von 8 Rehabilitanden aus der praktischen Erfahrung und unter Qualitätssicherungsaspekten beschrieben und die Finanzierungsempfehlungen daran berechnet. Die Vorgaben der Leistungsträger in der Corona-Pandemie und die Empfehlungen des RKI führen jedoch, abhängig v. a. von Gruppenraumgrößen zu einer deutlich geringeren Gruppengröße zwischen 5 und 7 Rehabilitanden. So ist keine leistungsgerechte Finanzierung der ARS unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Expertengruppe ARS einerseits und der Hygienevorschriften andererseits gegeben. Während einer ARS muss zu jedem Termin von einer möglichen Infektion mit dem Corona-Virus ausgegangen werden. Daher muss jeder Rehabilitationskontakt als Erst- oder Aufnahmekontakt analog zur stationären Rehabilitationseinrichtung gewertet werden. Entsprechende Screeninguntersuchungen auf Sars-CoV-2 sind weder aus Kapazitäts- noch aus Kostengründen durchführbar, auch würde das Testergebnis erst verspätet vorliegen. Analoge Anforderungen bestehen für die Erbringung von Nachsorgeleistungen oder Angehörigengesprächen. Gerade die Durchführung von Gruppenangeboten unter Einbezug von Rehabilitanden und Angehörigen ist aufgrund des Mindestabstandsgebotes nur unter besonderen Infektionsschutzmaßnahmen (reduzierte Gruppengröße und erhöhter Personalaufwand) durchführbar.

Die Corona-Pandemie hatte jedoch auch massive Auswirkungen auf die Zusammenarbeit und Kooperation mit anderen Stellen wie der Agentur für Arbeit, dem Jobcenter, ambulanten Eingliederungshilfen, Soziotherapie und Selbsthilfegruppen. Bereits in der Vergangenheit war es aufgrund von Umstellung der Prozesse in der Agentur für Arbeit und dem Jobcenter auf eine zentrale Telefonkommunikation zunehmend schwieriger, entsprechende Klärungen mit den Sachbearbeitern im Beisein der Rehabilitanden zu organisieren. Die Erreichbarkeit verschlechterte sich im Rahmen der Corona-Pandemie weiter, da die Telefonkapazitäten zeitweise für die entsprechenden Anfragen nicht ausreichten. Auch werden persönliche Kontakte mit den Mitarbeitern der Einrichtungen und den Klienten immer noch zum Infektionsschutz vermieden. Etablierte Maßnahmen wurden pausiert und in der Regel nur mit deutlich reduziertem Angebot wieder aufgenommen. All das brachte das Arbeiten am Rehabilitationsauftrag zur Eingliederung ins Erwerbsleben ins Stocken. Eine zweite wichtige Säule zum Erreichen und zur Stabilisierung von Rehabilitationszielen war zeitweise nicht verfügbar. So kam das Angebot der Suchtselbsthilfegruppen im März 2020 flächendeckend in Deutschland zum Erliegen und ist auch heute noch nicht wieder in früherer Art und Weise verfügbar. All dies führt dazu, dass sich die Anforderungen an die Rehaeinrichtung im Rahmen der ARS erhöhen.

Sämtliche dargelegten zentralen Veränderungen für die ARS bedingen eine erhöhte Personaleinsatzzeit und Investitionen in entsprechende Schutzausrüstungen.

6. Wie sehen Sie die zukünftige Entwicklung der medizinischen Rehabilitation und welche Konsequenzen/Lehren können wir aus der Corona-Pandemie ziehen?

Die ambulante Rehabilitation Sucht war bereits vor der Corona-Pandemie in eine Krise geraten, da die Schere zwischen Anforderungen an Qualität und Personal einerseits und entsprechender Refinanzierung durch den pauschalen Rehasatz andererseits immer weiter auseinanderklaffte. Daher müssen wir in der ARS streng genommen zwei Krisen gleichzeitig meistern. Auch wenn über die Expertenrunde ARS Vorschläge und Perspektiven zur Finanzierungssicherstellung erarbeitet wurden, steht die Umsetzung noch aus.

Betrachten wir die Corona-Pandemie bezogen auf das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich, so zeigt sich, dass das personell und finanziell gut ausgestattete deutsche Gesundheitssystem einen signifikanten Vorteil hat. Wir sind in Deutschland aufgrund der guten Refinanzierung und hohen Behandlungskapazitäten im ambulanten und stationären Bereich trotz hoher Fallzahlen zu keinem Zeitpunkt in eine Knappheit von Behandlungs- oder Personalressourcen gekommen. Lediglich die notwendigen Schutzartikel waren zeitweise nicht in ausreichendem Umfang erhältlich, sind jedoch für die systemrelevanten Bereiche zentral beschafft worden. Eine robuste finanzielle Ausstattung des Gesundheitssystems und Investitionen in Vorhaltekapazitäten ermöglichen nicht nur die routinemäßige effektive Versorgung und Behandlung von Erkrankten, sondern können diese auch in Krisensituationen, wie der aktuell vorliegenden Corona-Pandemie, gewährleisten. Das deutsche Rehabilitationswesen könnte hiervon lernen und seinen Umgang speziell mit der ambulanten Rehabilitation Sucht überdenken. Dies würde allerdings bedeuten, dass ein Diskurs über eine tatsächliche Refinanzierung der ambulanten Rehabilitationsleistungen unter Einbezug aller direkten Kosten (Personal-, Sach-, Raum- und Materialkosten) geführt werden müsste.

Eine qualitativ hochwertige und krisensichere Krankenbehandlung oder Rehabilitation kann es nicht zum Spartarif geben.

3. Leitbild

IANUA – im Lateinischen Ausdruck für Tür, Zugang, Durchgang – ist der Ort, an dem der doppelköpfige Gott Janus Wache hält: der Ort der Verbindung von der Innenwelt zur Außenwelt. Als Gott der Schwelle sah Janus, was kam und ging, den Ursprung im Vergangenen und das Ziel in der Zukunft. Er galt als Hüter des Hauses und Gott des Anfangs.

Suchtkrank sein heißt: sein eigenes "Haus" schlecht zu behüten; seinen Körper und seine Seele zu schädigen und zu zerstören. Suchtkrank sein heißt auch: "zu" sein. Es bedeutet, den Zugang nach innen zum Selbst und nach außen zu den Mitmenschen destruktiv zu versperren.

In der Abstinenz wird dieser Zugang wieder frei. Abstinenz ermöglicht den Kontakt mit dem eigenen inneren Leben und mit den anderen Menschen. Der Blick wird wieder frei nach beiden Seiten. Zurückschauend wird das Alte erkannt, um es für die Zukunft fruchtbar zu machen. Die Öffnung in der Gruppe ermöglicht die Überwindung innerer und äußerer Lebenskrisen.

Wenn der Mensch etwas Neues beginnt, dann tritt er gleichsam durch ein Tor und begibt sich in einen anderen Raum. In diesem Sinn will **IANUA** ein Ort des Durchgangs und des Neubeginns sein. **IANUA** begleitet den Suchtkranken auf seinem gesamten Behandlungsweg von der Motivation und Orientierung über den qualifizierten Entzug, die (ambulante) Suchtrehabilitation und darüber hinaus im Rahmen der Nachsorge. Prävention (Veranstaltungen, ärztl. Fortbildungen, Präventionskurse), Forschung und Mitarbeit in nationalen Gremien ergänzen unser Engagement.

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

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

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



4. Synopse 2021

Das Jahr 2021 war wie in allen gesellschaftlichen Bereichen durch die Corona-Pandemie mit ihren vielfältigen Einschränkungen und tiefgreifenden Veränderungen geprägt gewesen. Für die Suchtbehandlung und Rehabilitation bedeutete dies v. a. die Reduktion stationärer Entzugs- und Rehaangebote, das langstreckige Fehlen der Suchtselbsthilfe, Reduktion der Gruppengrößen, Tragen von MNS-Masken (teils nach FFP2-Standard) und strikte Kontrollen bzgl. Symptom- und Krankheitsfreiheit sowie die qualifizierte Begleitung in Quarantänezeiten.

Es zeigte sich, dass unser Patienten- und Rehabilitandenkollektiv bisher über die Jahre stabil war. In diesem Berichtsjahr zeigten sich jedoch zunehmend Veränderungen „bekannter Prädiktoren“ und Prognosevariablen. So stieg der Belastungsindex signifikant an und prognostizierte für bis zu 60% der Patienten/Rehabilitanden eine negative Prognose. Weiterhin stieg der Anteil der Erwerbslosen um ca. 10% innerhalb der letzten Jahre auf 28,2% in der Orientierungsphase und 14,6% in der ARS bei gleichbleibendem Anteil der Erwerbstätigen. Der Bildungsstand stieg kontinuierlich und überproportional bei den Frauen. Die Alkoholabhängigkeit machte lediglich knapp 50% der Behandlungsfälle aus und die Drogenabhängigkeit und der Mischkonsum (teils als Polytoxikomanie) gewann zahlenmäßig stetig an Bedeutung. Komorbide psychische Störungen waren häufiger vorhanden und konnten in mehr als der Hälfte der Behandlungsfälle registriert werden.

Die Ergebnisqualität unserer Arbeit bleibt jedoch bestimmt von der therapeutischen Beziehung, der analytisch-interaktionellen Methode und dem hohen Maß an Bereitschaft der Therapeuten zur Selbstreflexion und zum Supervisionsprozess. Den veränderten prognostischen Merkmalen sind wir mit spezifischen Maßnahmen zur beruflichen Orientierung in der Rehabilitation und anderen indikativen Angeboten begegnet. Gerade die Vernetzung mit der weiterführenden Behandlung (Suchtnachsorge, fachärztliche Behandlung und Richtlinienpsychotherapie) hat an Bedeutung gewonnen und stellt die Einrichtung in der Corona-Pandemie vor besondere Herausforderungen. Daher wurde erstmals eine ambulante Suchtnachsorge nach ARS mit den Kostenträgern abgestimmt, um Zeiten ohne Suchtselbsthilfegruppenangebot überbrücken zu können.

Unsere Arbeit ist hoch effektiv und übertrifft viele Regelbehandlungen deutlich. Exemplarisch hierfür sind eine **Vermittlungsquote von 55,1%** aus der Orientierungsphase in eine Suchtrehabilitation, die durchgehende Abstinenz während der ambulanten Suchtrehabilitation von 61%, der planmäßige Rehabilitationsabschluss in 61% der Fälle und die hohe **Abstinenzquote von 59,3% (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.

5. Präventionsarbeit

5.1. 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.

5.2. Präventionskurs SEELISCHE GESUNDHEIT

5.2.1. 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.

5.2.2. 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.

5.2.3. 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.

5.2.4. 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.

5.2.5. 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.

5.2.6. Refreshertreffen

Nach der Eigenaktivitätsphase erfolgt ein 90-minütiger Termin in der Bezugsgruppe „Refreshertreffen“. Dieser dient der Auffrischung des zuvor Erlernenen 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.

6. Betriebliche Suchtberatung

6.1. Betriebliche Suchtberatung

IANUA bietet seit 2019 eine betriebliche Suchtberatung an. Dies kann die anlassbezogene Beratung von auffälligen Mitarbeitern oder Vorgesetzten, aber auch die Durchführung von suchtbezogenen Schulungen und Beratungen des Betriebes als Ganzes sein. **IANUA** organisiert in diesem Sinne die betriebliche Suchtberatung der ZF Werke AG in Saarbrücken und Wellesweiler.

- Betriebliches Gesundheitsmanagement Sucht
 - Überprüfung der Betriebskultur hinsichtlich Zugänglichkeit, Präsenz und Akzeptanz von Suchtmitteln bzw. Suchtmittelkonsum
 - Unterstützung gesundheitsfördernder Angebote und Strukturen sowie Verminderung suchtfördernder Arbeitsbedingungen
 - Vereinbarung und Kommunikation verbindlicher Regeln und Festlegen von Konsequenzen bei Regelverstößen
 - Sicherstellung eines abgestimmten und verbindlichen Handelns aller betrieblichen Akteure, Erarbeitung und Beschreibung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
 - Förderung und Unterstützung einer Dienstvereinbarung „Sucht“, in der Ziele, Strukturen und Maßnahmen verbindlich vereinbart sind
 - Teilnahme an betriebsinternen Gremien (Personalgespräche, BEM-Verfahren)
 - Vernetzung mit dem regionalen Suchthilfesystem und der Akutbehandlung
- Suchtberatung von Mitarbeitern
 - Beratung zu Abhängigkeitserkrankungen Betroffener und Angehöriger
 - Diagnosestellung
 - bei Nichtvorliegen einer Abhängigkeitserkrankung Vermittlung von risikoarmen Konsummustern (Alkohol)
 - Förderung von Krankheitseinsicht, Abstinenz- und Behandlungsmotivation
 - Einleitung von indizierten Maßnahmen (ärztl. Abklärung, Entgiftung, qualifizierte Entzugsbehandlung, Suchtrehabilitation)
 - Begleitung und Evaluation der Maßnahmen inkl. Rückkopplung mit den Betriebsstrukturen
- Führungskräfte-Schulung
 - Vermittlung von Basiswissen zu stoffgebundenen Süchten und Verhaltenssüchten
 - Suchtmodelle und -entstehung und deren Implikationen für den Arbeitsplatz
 - Erkennen und Ansprechen eines Suchterkrankten
 - Co-Abhängigkeit erkennen (Modellvorstellung) und vermeiden
 - Interventionen: Was hilft? Was schadet? Und wie mache ich es jetzt?
 - Vorstellung betrieblicher Unterstützungssysteme wie: Betriebsvereinbarung Sucht, Werksärztlicher Dienst, Betriebliche Suchtberatung von Ianua G. P. S. mbH

6.2. Prev@WORK

IANUA hält weiterhin ein Suchtpräventionsangebot für junge Menschen und Auszubildene mit ausgebildeten Trainern nach dem Prev@WORK-Konzept vor. Dies kann in Kombination mit der betrieblichen Suchtberatung, aber auch als alleiniges Modul für interessierte Betriebe erfolgen. Ziel ist nicht die Abschreckung mit kurzer Halbwertszeit, sondern die Förderung eines verantwortungsbewussten und selbstbewussten Umgangs mit Alkohol

und sonstigen psychoaktiven Substanzen sowie eine Sensibilisierung für einen möglicherweise bestehenden riskanten oder gar abhängigen Konsum.

Inhaltliche Schwerpunkte sind

- Vermittlung von Grundwissen zu den Risiken des Konsums psychoaktiver Substanzen
- Reflexion des eigenen (Konsum-)Verhaltens
- Einschätzung des eigenen Verhaltens und Gefährdungspotentials
- Erlangung von Risikokompetenz im Umgang mit Suchtmitteln
- Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Suchtmitteln
- Verringerung von schädlichen Folgen sowie von Suchtmittelkonsum-bedingten Arbeitsausfällen und Fehlerquoten

Auszug aus www.prevatwork.de/programm.html:

*„**Prev@WORK** ist ein seit 2008 erprobtes und ganzheitlich orientiertes betriebliches Suchtpräventionsprogramm und wurde von der Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH entwickelt und im Rahmen eines Bundesmodellprojektes erfolgreich evaluiert und auf Übertragbarkeit geprüft. Es wird in der Grünen Liste Prävention empfohlen. Prev@WORK ist heute – koordiniert durch die Berliner Suchtpräventionsfachstelle – bundesweit verbreitet und wird stetig in seiner Qualität und Aktualität weiterentwickelt. In 2021 wurde das Konzept darüber hinaus um ein Modul zur psychischen Gesundheit ergänzt. Die drei Säulen des Programms sind: Beratung von Unternehmen, Fortbildungen für Personalverantwortliche und Präventionsseminare für Auszubildende. Um eine möglichst hohe Qualität zu gewährleisten, achten wir auf eine hochwertige Qualifizierung der Trainer*innen und die Einhaltung von Standards bei der bundesweiten Umsetzung. Prävention lohnt sich! Fördern auch Sie die Gesundheit Ihrer Mitarbeiter*innen und damit langfristig Motivation und Effektivität.“*

7. Beratungsphase 2021

Die Suchtberatung ist eine der vielfältigen Aufgaben ambulanter Suchtrehabilitationseinrichtungen. **IANVA** hält ein Beratungsangebot für alle Abhängigkeitserkrankungen (stoffgebunden und stoffungebunden) vor. Seit dem Entlassjahrgang 2021 beziehen wir alle Patienten ein, die sich in unserer Einrichtung vorstellten und betrachten nicht ausschließlich die Einmalkontakte.

Tabelle 1: Patientencharakterisierung in der Beratungsarbeit

Merkmal	M n=156	W n=73	GESAMT n=229	Statistik
Alkoholabhängigkeit	46,2%	54,8%	48,9%	CHI2=8,5 p<0,05
Opiatabhängigkeit	1,9%	2,7%	2,2%	
Cannabisabhängigkeit	12,8%	15,1%	13,5%	
Sedativaabhängigkeit	0,6%	1,4%	0,9%	
Stimulantienabhängigkeit	6,4%	4,1%	5,7%	
Abhängigkeit v. Psychotr. Subst.	7,7%	9,6%	8,3%	
Polytoxikomanie	17,3%	11,0%	15,3%	
Pathologisches Glücksspiel	5,1%	1,4%	3,9%	
Alter (Jahre)	39,6±11,9	42,5±13,9	40,5±12,6	p>0,05
Alleinstehend	41,9%	36,9%	40,2%	CHI2=0,5 p>0,05
Feste Beziehung	58,1%	63,1%	59,8%	
Verheiratet (zusammenlebend)	30,1%	23,3%	27,9%	CHI2=18,6 p<0,01
Geschieden	9,6%	20,5%	13,1%	
Verwitwet	0,0%	6,8%	2,2%	
Erwerbstätig	60,5%	56,9%	59,3%	CHI2=5,2 p>0,05
Erwerbslos (Alo I/II)	29,5%	24,6%	27,8%	
Rentner/in	5,4%	4,6%	5,2%	
Problematische Schulden ≥25.000€	10,8%	7,7%	9,8%	p>0,05
Bisher kein Schulabschluss	2,6%	1,4%	2,2%	CHI2=2,1 p<0,05
Hauptschulabschluss	36,5%	39,7%	37,6%	
Realschulabschluss	25,6%	26,0%	25,8%	
Hochschulreife/Fachabitur	17,9%	21,9%	19,2%	
Keine Berufsausbildung	26,6%	23,3%	25,1%	CHI2=6,1 p>0,05
In Berufsausbildung	4,2%	9,6%	6,1%	
Lehre	52,6%	52,2%	52,4%	
Meister/Techniker	6,4%	4,1%	5,7%	
Hochschulabschluss	5,1%	8,2%	6,1%	
Vorbehandlung: ambl. Reha	25,3%	17,8%	22,6%	p>0,05
Vorbehandlung: stat. Reha	27,8%	37,7%	31,5%	p>0,05
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	16,3±6,8	17,6±8,2	16,9±7,3	p<0,05
Betreuungsdauer (Tage)	44,3±41,2	46,3±29,5	44,9±37,8	p>0,05
Belastungsindex (schlechte Prognose [%])	4,5±2,7 (65,5)	4,4±2,7 (66,9)	4,5±2,7 (64,1)	p>0,05

Es konnte bei allen vorstelligen Patienten (n=229) 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 Klientel. Allerdings verschlechterten sich einige Prognoseparameter im Vergleich zu den Vorjahren. So stieg der Belastungsindex auf durchschnittlich $4,5 \pm 2,7$ Punkte und zeigte nun für 64,1% der Klienten eine ungünstige Prognose an. Die Erwerbslosigkeit stieg deutlich auf 27,8% an, die Erwerbstätigkeit war mit 59,3% weitestgehend unverändert. Der Trend der letzten Jahre zu einem höheren Schul- und Ausbildungsabschluss setzte sich auch in diesem Jahr fort. Weiterhin wurden immer mehr Klienten mit einer Drogenabhängigkeit beraten und die Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnose stellte mit 48,9% erstmals nicht mehr die absolute Mehrheit. Auch der Anteil der Klienten, die bereits in der Vergangenheit eine Rehabilitationsbehandlung in Anspruch genommen hatten, stieg auf gut ein Drittel der Klienten.

Zusammenfassend ist von einem zunehmend prognostisch ungünstigeren Klientel mit höherer Arbeitslosenquote, Krankheitsschwere und überwiegender Drogenabhängigkeit zu berichten. Die ambulante Beratung muss diesem entsprechend begegnen und gerecht werden.

55 Patienten (24,0%) nahmen lediglich einen einmaligen Beratungskontakt wahr und konnten nicht zur Behandlung motiviert werden. 174 Patienten (76,0%) 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.

8. Orientierungs- und qualifizierte Entzugsphase (2021)

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

8.1. Patientencharakterisierung

In diesem Abschnitt werden alle Patienten betrachtet, die im Jahr 2021 ihre Orientierungsphase beendeten (n=174). Diese verteilten sich auf 113 Männer (64,9%) und 61 Frauen (35,1%).

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 41,6 Jahren nicht älter als im Vorjahr ($p < 0,05$). Im Rahmen der Corona-Pandemie und zeitweisen Schließung der Glücksspielangebote kam es zu einem signifikanten Rückgang der Glücksspieler von 17,5% auf 4% ($p < 0,05$).

Die Diagnoseverteilung auf 56,9% Alkoholabhängigkeit, 10,9% Polytoxikomanie und die weiteren Abhängigkeitsdiagnosen sind typisch für unsere Einrichtung. Weiterhin sind die Patienten ausreichend sozial eingebunden (60,3% feste Partnerschaft) und überwiegend erwerbstätig (58,6%). Die Erwerbslosigkeit (Alo I/II) war mit 28,2% insgesamt relativ niedrig, aber bei den Männern im Vergleich zu den Frauen leicht erhöht ($p > 0,05$). Der Belastungsindex als Maß der Abhängigkeitsschwere mit einem Mittelwert von $4,5 \pm 2,1$ errechnete für 63,7% eine schlechte Prognose. Unter Berücksichtigung der sozialen Daten handelte es sich um langjährig chronifizierte, häufig mehrfach abhängige Rehabilitanden. Der Belastungsindex stieg in den letzten Auswertungsjahren kontinuierlich an und prognostizierte doppelt so häufig einen schlechten Verlauf als noch im Jahr 2016.

Die Abhängigkeitserkrankung bestand mit $14,9 \pm 7,3$ Jahren bereits sehr lange. 23,1% der Patienten gaben eine ambulante und 32,7% eine stationäre Suchtrehabilitationsbehandlung in der Vorgeschichte an. Damit hatte jeder zweite Patient bereits eine Suchtrehabilitationsbehandlung in der Vergangenheit absolviert. **Die Krankheitsschwere stieg und die prognostischen Marker verschlechterten sich in den letzten Jahren signifikant!**

Tabelle 2: Patientencharakterisierung Abhängigkeitskranker in der Orientierungsphase

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

² Driessen M, Veltrup C, Junghanns K, Przywara A, Dilling H. [Cost-efficacy analysis of clinically evaluated therapeutic programs. An expanded withdrawal therapy in alcohol dependence]. *Nervenarzt*. May 1999;70(5):463-470.

Merkmal	M n=113	W n=61	GESAMT n=174	Statistik
Alkoholabhängigkeit	55,8%	59,0%	56,9%	CHI2=6,4 p<0,05
Opiatabhängigkeit	1,8%	3,3%	2,3%	
Cannabisabhängigkeit	14,2%	16,4%	14,9%	
Sedativaabhängigkeit	0,9%	1,6%	1,1%	
Stimulantienabhängigkeit	8,8%	4,9%	7,5%	
Kokainabhängigkeit	2,7%	0,0%	1,7%	
Polytoxikomanie	10,6%	11,5%	10,9%	
Pathologisches Glücksspiel	5,3%	1,6%	4,0%	
Alter (Jahre)	40,7±11,8	43,2±13,7	41,6±12,5	p<0,05
Alleinstehend	40,7%	37,7%	39,7%	CHI2=8,1 p<0,05
Feste Beziehung	59,3%	62,3%	60,3%	
Verheiratet (zusammenlebend)	33,3%	24,6%	30,5%	CHI2=12,3 p<0,05
Geschieden	9,7%	18,0%	12,6%	
Verwitwet	0,0%	6,6%	2,3%	
Erwerbstätig	61,1%	54,1%	58,6%	CHI2=5,7 p>0,05
Erwerbslos (Alo I/II)	29,2%	26,2%	28,2%	
Rentner/in	4,4%	14,8%	8,0%	
Problematische Schulden ≥25.000€	11,5%	8,2%	11,1%	p>0,05
Bisher kein Schulabschluss	2,7%	1,6%	2,3%	CHI2=1,0 p>0,05
Hauptschulabschluss	45,1%	47,5%	46,0%	
Realschulabschluss	29,2%	29,5%	29,3%	
Hochschulreife/Fachabitur	23,0%	21,3%	22,4%	
Keine Berufsausbildung	15,9%	26,3%	19,5%	CHI2=9,6 p>0,05
In Berufsausbildung	6,2%	3,3%	5,2%	
Lehre	62,8%	59,0%	61,5%	
Meister/Techniker	8,8%	4,9%	7,5%	
Hochschulabschluss	5,3%	6,6%	5,7%	
Vorbehandlung: ambl. Reha	26,6%	16,7%	23,1%	p>0,05
Vorbehandlung: stat. Reha	29,6%	38,2%	32,7%	p>0,05
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	15,8±6,7	13,6±9,2	14,9±7,3	p>0,05
Betreuungsdauer (Tage)	44,3±41,2	46,3±29,5	44,9±37,8	p>0,05
Belastungsindex (schlechte Prognose [%])	4,4±2,2 (64,1)	4,7±2,0 (62,7)	4,5±2,1 (63,7)	p>0,05

8.2. Behandlungsergebnis und Vermittlung in weiterführende Suchtrehabilitation

Die Orientierungs- und qualifizierte Entzugsphase dauerte durchschnittlich 57,2±34,9 Tage. Bei regulärer Beendigung, d. h. mit Beginn einer Suchtrehabilitationsmaßnahme, verlängerte sich die Behandlungsdauer signifikant (p<0,05) auf 76,8±32,9 Tage bei durchschnittlich 14,8 Patientenkontakten in unserer Einrichtung. Die Behandlungsdauer bei Vermittlung in Rehabilitation ist im Jahresvergleich um 19,8±2,4 Tage gestiegen. Wir erklären uns dies mit den signifikant verlängerten Bearbeitungszeiten der Anträge bei den Leistungsträgern im Rahmen der Corona-Pandemie.

Es wurden signifikant mehr Patienten in eine ambulante Suchtrehabilitation (48,8%) vermittelt als in stationäre Rehabilitation (6,3%). Männer wurden mit 53,3% seltener in Rehabilitation vermittelt als Frauen mit 57,5% ($p < 0,05$). Die Gesamtvermittlungsquote in Rehabilitation von 55,1% übertraf qualifizierte stationäre Entzugsprogramme und die Beratungsstellenarbeit in Deutschland deutlich. Diese hohen Vermittlungsquoten unserer Einrichtung sind über Jahre beständig. Im Jahresvergleich zeigte sich eine leicht niedrigere Vermittlungsquote, die möglicherweise durch die schwierige pandemische Situation erklärbar ist.

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

Merkmal	M n=113	W n=61	GESAMT n=174	Statistik
Kontakte	10,8±6,0	10,8±5,7	10,8±5,9	$p > 0,05$
Behandlungsdauer (Tage)	58,7±39,3	54,1±24,6	57,1±34,7	$p < 0,05$
Vermittlung in Reha	53,3%	57,5%	55,1%	CHI ² =4,3 $p > 0,05$
- Ambulante Reha	45,3%	54,2%	48,8%	
- Stationäre Reha	8,0%	3,3%	6,3%	
- Kombi-Reha	0,0%	0,0%	0,0%	
Keine Vermittlung	46,7%	42,5%	44,9%	
Merkmal	Vermittelt n=87	Nicht verm. n=87	GESAMT n=174	Statistik
Kontakte	14,8±4,0	6,8±4,5	10,8±5,9	$p < 0,001$
Behandlungsdauer (Tage)	76,8±32,9	37,5±24,2	57,2±34,9	$p < 0,001$

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 60,9% in eine anschließende Suchtrehabilitationsmaßnahme als eine Behandlung ohne Managed-Care-Programm mit 47,4% ($p < 0,05$). Unter den beteiligten Krankenkassen der Integrierten Versorgung unterscheiden sich die Vermittlungsquoten nicht signifikant.

Die Vermittlungsquoten waren für die Diagnosen der Alkoholabhängigkeit (n=99) mit 59,5%, der Opiatabhängigkeit (n=4) mit 75,0% und der Polytoxikomanie (n=19) mit 73,7% besonders hoch.

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

Merkmal	Keine Vermittlung	Vermittlung in Reha	Vermittl. in ambul. Reha	Verm. stat./ Kombi-Reha	Statistik
Integrierte Versorgung (n=98)	38,1%	60,9%	54,8%	6,1%	$p > 0,05$ innerhalb IV & Managed Care $p < 0,05$ vs. kein Programm
- AOK (n=19)	47,8%	52,1%	52,1%	0,0%	
- BKKen (n=10)	20,0%	80,0%	80,0%	0,0%	
- DAK (n=14)	43,7%	64,3%	50,0%	14,3%	
- IKK (n=41)	46,8%	53,2%	44,0%	9,8%	
- TK (n=14)	44,3%	55,7%	55,7%	0,0%	
Kein Versorgungsprogramm (n=76)	52,6%	47,4%	41,0%	6,4%	

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 20,4% beträgt und damit kein statistisch signifikantes Modell belegt werden kann. Die Vermittlung ist damit vor allem durch den Behandlungsverlauf in der Orientierungsphase bestimmt.

Eigene Untersuchungen mit größeren Stichproben konnten jedoch einen signifikanten Einfluss der Versorgungsstruktur und der analytisch-interaktionellen Behandlungsmethode zeigen³. Die Bedeutung der Integrierten Versorgung Abhängigkeitserkrankungen auf die Versorgungsstruktur und Ergebnisqualität ist durch die Ehrung mit dem Wolfram-Keup-Förderpreis 2014 erneut unterstrichen worden (vgl. Punkt 12.4).

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

9. Ambulante Rehabilitation Sucht (ARS) (2021)

9.1. Rehabilitandencharakterisierung

Die folgende Auswertung bezieht sich auf alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden⁴, die im Jahr 2021 ihre ambulante Suchtrehabilitation (n=82) beendeten. Insgesamt nahmen 59 Männer (71,9%) und 23 Frauen (28,1%) an der ambulanten Rehabilitationsbehandlung Sucht (ARS) teil.

Tabelle 5: Rehabilitandencharakterisierung bei Rehabilitationsbeginn

Merkmal	M n=59	W n=23	GESAMT n=82	Statistik
Alkoholabhängigkeit	45,8%	69,6%	52,4%	CHI2=12,3 p<0,05
Cannabisabhängigkeit	23,7%	4,3%	18,3%	
Sedativaabhängigkeit	0,0%	8,7%	2,4%	
Stimulantienabhängigkeit	6,8%	0,0%	4,98%	
Polytoxikomanie	15,3%	13,0%	14,6%	
Pathologisches Glücksspiel	8,5%	4,3%	7,3%	
Alter (Jahre)	41,1±14,5	50,7±14,1	43,8±14,9	p<0,01
Alleinstehend	39,0%	47,8%	41,5%	p>0,05
Feste Beziehung	61,0%	52,2%	58,5%	
Verheiratet (zusammenlebend)	27,1%	34,8%	29,3%	CHI2=12,5 p<0,05
Geschieden	6,8%	21,7%	11,0%	
Verwitwet	1,7%	13,0%	4,9%	
Erwerbstätig	61,0%	56,5%	59,8%	CHI2=11,5 p<0,05
Erwerbslos (Alo I/II)	16,9%	8,7%	14,6%	
Rentner/in	11,9%	30,4%	17,1%	
Problematische Schulden ≥25.000€	8,5%	8,6%	8,5%	p>0,05
Bisher kein Schulabschluss	0,0%	0,0%	0,0%	p>0,05
Hauptschulabschluss	45,8%	26,1%	40,2%	
Realschulabschluss	30,5%	47,8%	35,4%	
Hochschulreife/Fachabitur	22,0%	26,1%	23,2%	
Keine Berufsausbildung	15,3%	13,0%	14,7%	p>0,05
In Berufsausbildung	3,4%	4,3%	3,7%	
Lehre	59,3%	56,5%	58,5%	
Meister/Techniker	8,5%	0,0%	6,1%	
Hochschulabschluss	13,6%	21,7%	15,9%	
Vorbehandlung: ambl. Reha	13,6%	21,7%	15,9%	p>0,05
Vorbehandlung: stat. Reha	17,7%	30,7%	21,9%	p>0,05
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	14,8±9,9	18,8±11,4	15,9±10,5	p>0,05
Belastungsindex (schlechte Prognose [%])	3,9±2,8 (37,6)	3,6±2,5 (35,5)	3,8±2,7 (36,8)	p>0,05

Die Rehabilitationsfallzahlen sind über die letzten Jahre stabil und auch unter Corona-Pandemiebedingungen nicht zurückgegangen.

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

Es zeigte sich ein grundsätzlich typisches Rehabilitandenkollektiv für unsere Einrichtung (vgl. Tabelle 5). Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren für Alter, Diagnose, Erwerbstätigkeit und Familienstand zu finden. Gerade der hohe Anteil der Alkoholabhängigkeit (69,6%) und der Sedativaabhängigkeit (8,7%) bei den Frauen unterscheidet sich von dem der Männer.

Die Diagnoseverteilung auf ca. 52,4% Alkoholabhängigkeit, 14,6% Polytoxikomanie und die weiteren Abhängigkeitsdiagnosen sind typisch für unsere Einrichtung. Der Anteil der Alkoholabhängigkeit nahm in den Vorjahresvergleichen nicht mehr relevant weiter ab. Weiterhin waren die Rehabilitanden ausreichend gut sozial eingebunden (58,5% feste Partnerschaft) und überwiegend erwerbstätig (59,8%), wobei es hier in den letzten fünf Jahren jeweils zu einem Rückgang um ca. 10% kam. Frauen haben signifikant häufiger eine höhere Schulbildung oder einen Studienabschluss. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern bzgl. des Ausbildungsabschlusses relativiert sich, wenn der Abschluss des Meisters mitberücksichtigt wird. Die Erwerbslosigkeit (Alo I/II) war mit 14,6% im Vergleich zur stationären Suchtrehabilitation und den Vorjahren relativ niedrig. Der Belastungsindex als Maß der Abhängigkeitsschwere mit einem Mittelwert von $3,8 \pm 2,7$ errechnete für 36,8% 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 58,7% der Fälle): Bei 26,1% der Rehabilitanden bestanden affektive Störungen, bei 19,3% Persönlichkeitsstörungen, bei 15,9% Angst-, somatoforme oder reaktive Störungen und bei 2,1% psychotische Störungen. Bei 3,5% der Rehabilitanden bestand eine ethyltoxische Leberzirrhose.

9.2. Rehabilitationsverlauf

Tabelle 6: Rehabilitationsverlauf

Merkmal	M n=59	W n=23	GESAMT n=82	Statistik
Suchtmittelfrei bei Aufnahme	100%	100%	100%	p>0,05
Kein Suchtmittelkonsum während Reha	56,2%	73,1%	61,1%	p>0,05
Einmaliger Suchtmittelkonsum	26,6%	23,4%	25,6%	
Zweimaliger Suchtmittelkonsum	15,3%	3,5%	16,3%	
Kontakte	87,53±41,1	91,7±35,7	88,7±36,5	p<0,05
Rehabilitationsdauer (Tage)	296,8±141,2	305,8±118,6	299,4±134,7	p<0,05
Tabakkonsum zum Rehabilitationsbeginn	70,3%	42,3%	62,2%	p<0,05
Tabakkonsum zum Rehabeginn [Zig.]	20,7±7,0	18,2±6,9	19,8±6,9	p>0,05
Tabakkonsum zum Rehaende [Zig.]	19,2±7,0	16,5±6,6	17,5±6,7	

Bei allen Rehabilitanden erfolgte die Aufnahme in die berufsbegleitend ambulante Suchtrehabilitation suchtmittelfrei. Behandlungsdauer und Kontaktanzahl unterschieden sich signifikant zwischen den Geschlechtern und in Abhängigkeit von der Art der Beendigung. So war die durchschnittliche Behandlungsdauer bei regulärer Beendigung 2,5x so lang (375 ± 95 Tage vs. 191 ± 96 Tage, $p < 0,001$) und es wurden signifikant mehr Termine wahrgenommen (111 vs. 58, $p < 0,001$).

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 83,0% unserer Rehabilitanden konnten Angehörige oder wichtige Bezugspersonen in die Rehabilitation eingebunden werden.

61,6% der Rehabilitanden beendeten die Rehabilitation durchgehend abstinent, 25,6% 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 über die Jahre weitestgehend stabil. Wir führen ein hochfrequentes und umfassenderes Abstinzscreening (EtG, Spice, Z-Medikamente) durch, bei dem zu jedem Gruppenkontakt bis zu 25% der Gruppe auf Abstinenz hin untersucht wird.

Wir arbeiten in der Rehabilitation immer auf die Nikotinabstinenz hin und bieten in einer Indikativen Gruppe ein strukturiertes Nikotinentwöhnungsprogramm inklusive ärztlicher Unterstützung an. 62,2% der Rehabilitanden konsumierten zu Beginn der Rehabilitation Tabak; der Tabakkonsum reduzierte sich während der Rehabilitation von durchschnittlich $19,8 \pm 6,9$ auf $17,5 \pm 6,7$ 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.

9.3. Rehabilitationsende und Rehabilitandenzufriedenheit

61,0% der Rehabilitanden wurden planmäßig entlassen, 79,3% „erfolgreich“ (abstinent und Erreichen aller Rehabilitationsziele) und 12,2% „gebessert“ (abstinent, aber nicht alle Rehabilitationsziele erreicht). Der Rückgang der planmäßig entlassenen Rehabilitanden wird von uns auch mit den Schwierigkeiten und Einschränkungen im Rahmen der Corona-Pandemie in Verbindung gebracht. Hier werden exemplarisch die Zugangskontrollen, das Tragen einer FFP2-Maske über einen längeren Zeitraum, die Gruppengrößenreduktion und Reduktion übergreifender indikativer Gruppenangebote genannt.

Tabelle 7: Rehabilitationsbeendigung

Merkmal	M n=59	W n=23	GESAMT n=82	Statistik
Planmäßige Beendigung	59,4%	64,6%	61,0%	p>0,05
Unplanmäßige Beendigung	30,3%	33,4%	39,0%	
Vorzeitig auf therap. Veranlassung	1,7%	8,7%	3,7%	p>0,05
disziplinarisch	0,0%	4,3%	1,2%	
Problematik - gebessert	74,6%	91,3%	79,3%	p>0,05
Problematik - unverändert	13,6%	8,7%	12,2%	
Problematik - verschlechtert	10,3%	0,0%	7,3%	
Problematik - neu aufgetreten	1,7%	0,0%	1,2%	
Zufriedenheitsbogen (ZUF-8)	28,8±3,0	29,5±2,7	29,3±2,9	p>0,05

Die Ergebnisse unserer ambulanten Suchtrehabilitation sind über Jahre stabil und als überdurchschnittlich gut einzustufen⁵. Die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit unserer Einrichtung im ZUF-8 ist als hoch einzustufen (M/SD: 29,3±2,9) und unterscheidet sich nicht signifikant von der Zufriedenheit mit anderen Rehabilitationsformen (orthopädische, psychosomatische, kardiologische und onkologische Rehabilitation).

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

10. Einjahreskatamnese nach ambulanter Suchtrehabilitation Abhängigkeitskranker (Entlassjahrgang 2020)

Die stationäre Suchtrehabilitation hat bereits lange ihre Effektivität in der Behandlung Abhängigkeitskranker bewiesen. Sie hat sich stetig weiterentwickelt und ist aktuell mit der Reform der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) und der Einführung des SGB IX (§20) durch Etablierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gewachsen. Seit 1991 ist unter steigendem Kostendruck und der Überlegung der gemeindenahen, frühzeitigen Behandlung durch die Vereinbarung zur ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken sowie durch deren Neuauflage („Vereinbarung Abhängigkeitserkrankte vom 04.05.2001“) die Möglichkeit eines zweiten Standbeins in der langfristigen Rehabilitation Abhängigkeitskranker geschaffen worden.

Die katamnestiche Nachuntersuchung ist fester Bestandteil der Qualitätssicherung der stationären Suchtrehabilitationseinrichtungen und wird in den nächsten Jahren immer mehr an Bedeutung für ambulant arbeitende Suchteinrichtungen gewinnen. Wir führen seit Jahren strukturierte Jahreskatamnesen unserer Rehabilitanden nach ambulanter Suchtrehabilitation durch. So können wir statistisch die Effektivität der ambulanten Behandlung im psychischen und sozialen Bereich über Variablen wie Abstinenz, Arbeits- und Lebenssituation beschreiben. Seit dem Entlassjahrgang 2008 werden einrichtungsübergreifende Ergebnisse nach einer berufsbegleitend ambulanten Suchtrehabilitation durch den Fachverband Sucht e. V. (Bonn) veröffentlicht.⁶ **IANUA** G. P. S. mbH beteiligt sich stets an der Katamneseauswertung des Fachverbandes Sucht e. V. durch eine Datenlieferung und die Mitautorenschaft.

Die Katamnese der Einrichtung **IANUA** G.P.S. mbH basiert auf dem erweiterten Kerndatensatz Sucht, dem Fragebogen zur Katamneseerhebung und zusätzlichen einrichtungsspezifischen Items. Die „Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie wurden der Katamnesebefragung zugrunde gelegt. Alle im Jahr 2020 entlassenen Rehabilitanden (n=81) 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.

10.1. Charakterisierung der Rehabilitanden und der Katamnese Stichprobe

Die katamnestiche Erreichungsquote betrug 67,5%. 71,6% der Rehabilitanden waren männlich, 28,4% weiblich. Die Geschlechterverteilung bei Katamneseantwortern und -nichtantwortern war nicht signifikant unterschiedlich bei tendenziell mehr Frauen unter den Katamneseantwortern. Die differenzierten Merkmale sind in Tabelle 8 dargestellt.

⁶ 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

Merkmal	Kein Katamnese- antworter n=26	Katamnese- antworter n=55	GESAMT n=81	Statistik
Männlich	76,9%	69,1%	71,6%	p>0,05
Weiblich	23,1%	30,9%	28,4%	
Alkoholabhängigkeit	53,8%	70,9%	65,4%	p>0,05
Opiatabhängigkeit	0,0%	0,0%	0,0%	
Cannabisabhängigkeit	3,8%	10,9%	8,6%	
Sedativaabhängigkeit	0,0%	0,0%	0,0%	
Stimulantienabhängigkeit	7,7%	5,5%	6,2%	
Kokainabhängigkeit	0,0%	3,6%	2,5%	
Polytoxikomanie	23,1%	5,5%	21,1%	
Pathologisches Glücksspiel	11,5%	3,6%	6,2%	
Alter (Jahre)	42,1±14,9	47,5±12,5	45,8±13,5	p>0,05
Alleinstehend	42,3%	49,1%	46,9%	p>0,05
Feste Beziehung	57,7%	50,9%	53,1%	
Verheiratet (zusammenlebend)	34,6%	32,7%	33,3%	p<0,05
Geschieden	7,7%	12,7%	11,1%	
Verwitwet	7,7%	3,6%	4,9%	
Erwerbstätig (Rehaende)	76,9%	65,5%	69,1%	CHI2=4,6 9 p<0,05
Erwerbslos (Alo I/II) Rehabeginn	15,4%	16,4%	16,0%	
Erwerbslos (Alo I/II) Rehaende	7,7%	16,4%	13,6%	
Erwerbslos (Alo I/II) Katamnese		9,3%		
Rentner/in (Rehaende)	3,8%	14,5%	11,1%	
Problematische Schulden ≥25.000€	15,4%	12,7%	13,6%	p<0,001
Bisher kein Schulabschluss	7,4%	0,0%	2,4%	CHI2=6,6 p>0,05
Hauptschulabschluss	50,0%	36,4%	40,7%	
Realschulabschluss	23,9%	29,1%	27,2%	
Hochschulreife/Fachabitur	19,2%	34,5%	29,6%	
Keine Berufsausbildung	19,2%	10,9%	13,6%	CHI2=5,3 p>0,05
In Berufsausbildung	7,7%	1,8%	3,7%	
Lehre	65,4%	63,6%	64,2%	
Meister/Techniker	3,8%	9,1%	7,4%	
Hochschulabschluss	3,8%	12,7%	9,9%	
Vorbehandlung: ambl. Reha	11,5%	7,9%	9,1%	p>0,05
Vorbehandlung: stat. Reha	30,7%	19,6%	23,4%	p<0,05
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	12,5±9,2	16,6±10,9	15,3±10,5	p>0,05
Behandlungsdauer ARS (Tage)	127±121	290±123	229±146	p<0,01
Rehabilitationskontakte	43,5±39,4	90,2±38,9	72,5±45,3	p<0,01
Belastungsindex (schlechte Prognose [%])	3,6±1,7 (32,2)	4,2±1,9 (36,3)	4,0±1,8 (35,2)	p<0,05

Der Belastungsindex als Maß der Abhängigkeitsschwere war bei Katamneseantwortern deskriptiv leichtgradig höher. 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 63,1% der Fälle): Bei 12,6% der Rehabilitanden bestanden affektive Störungen, bei 20,7% Persönlichkeitsstörungen, bei 8,1% Angst-, bei 10,8% somatoforme oder reaktive Störungen und bei 3,6% substanzinduzierte psychotische Störungen; andere psychische Störungen summierten sich auf 7,3%.

10.2. Erreichungs- und Abstinenzquoten

Die Berechnung der Abstinenzquoten (1-4) erfolgte nach den Standards der DGSS (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie)^{7,8,9}. Rehabilitanden, für die keine oder nur widersprüchliche Angaben aus der katamnestischen Untersuchung vorlagen, wurden per Definition als rückfällig eingestuft. In diese Kategorie eingeschlossen wurden auch Rehabilitanden mit den Angaben „unbekannt verzogen“, „verweigert“, „nicht geantwortet“, „verstorben“ und „unfähig zur Beantwortung“.

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

Als „abstinent“ wurden nur Rehabilitanden eingestuft, die im gesamten Katamnesezeitraum weder Alkohol, zustandsverändernde Medikamente noch Drogen konsumiert hatten. Die Rückfälligkeit mit Nikotin/Tabak wurde nicht berücksichtigt. Als „abstinent nach Rückfall“ zählten alle Rehabilitanden mit einer mindestens 30 Tage dauernden Abstinenz zum Befragungszeitpunkt. Alle anderen Rehabilitanden mit widersprüchlichen oder fehlenden Angaben wurden als „rückfällig“ eingestuft.

Tabelle 9: Abstinenzquoten (DGSS) und Katamneserücklauf

Kategorie	DGSS1 n=34		DGSS2 n=37		DGSS3 n=55		DGSS4 n=81	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Katamneserücklauf	34	100%	34	91,1%	55	100%	55	67,5%
Abstinent und mind. 30 Tage abstinent nach Rückfall	33	97,1%	33	89,2%	48	87,3%	48	59,3%
Rückfällig (inkl. per Definition)	1	2,9%	4	10,8%	7	12,7%	33	40,7%

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 97,1%. Nur 2,9% der planmäßig entlassenen und erreichten Rehabilitanden waren im Katamnesezeitraum rückfällig. Es konnten immerhin 91,1% der planmäßig beendeten Rehabilitanden (DGSS2) erreicht werden;

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

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

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

erfolgreich (abstinent/abstinent nach Rückfall) behandelt waren 89,2%. Die katamnestiche Abstinenzquote (abstinent/abstinent nach Rückfall) aller erreichten Rehabilitanden (DGSS3) lag bei 87,3%.

Die konservativste Berechnungsform (DGSS4) zeigte eine katamnestiche Erreichungsquote von 67,5%. 59,3% aller Rehabilitanden waren abstinent oder mindestens 30 Tage abstinent nach einem Rückfall. Als rückfällig und rückfällig per Definition wurden 40,7 % eingestuft. Die katamnestiche Abstinenzquote von 59,3% 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 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 allein 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 <i>* p<0,05, #p<0,01, +p<0,001</i>	n	DGSS4					
		Katamneseerücklauf		Abstinent & rückfällig		Rückfällig inkl. per Definition	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Alkoholabhängigkeit	53	39	73,6%	34	64,2%	19	35,8%
Andere Abhängigkeitsdiagnosen	28	16	57,1%	14	50,0%	14	50,0%
Erwerbstätig bei Rehaende	55	32	58,2%	36	64,3%*	20	35,7%
Arbeitslos bei Rehabeginn	13	9	69,2%	9	69,2%*	9	30,8%
Arbeitslos bei Rehaende	11	9	91,8%	9	81,8%*	2	18,2%
Sonst. Nichterwerbsperson	5	2	40,0%	2	40,0%*	3	60,0%
Rentner/in bei Rehaende	9	5	62,5%	8	88,9%*	1	11,1%
Feste Partnerbeziehung	43	27	71,1%	23	53,5%	20	46,5%
Alleinstehend	38	28	65,1%	25	65,8%	13	34,2%
Probl. Schulden bis 10.000€	70	48	68,6%	43	61,4%	27	38,6%
Schulden ≥25.000€	11	7	63,6%	5	45,5%	6	54,5%
Planmäßige Beendigung	37	34	81,0%+	33	89,1%+	4	10,9%
Unplanmäßige Beendigung	44	6	13,6%+	15	34,9%+	29	65,9%

Wir konnten in der Varianzaufklärung 64,9% (R^2) der Abstinenzfälle in der Katamnese aufklären, es zeigte sich ein signifikantes Prognosemodell (ANOVA: $F=4,704$, $p<0,001$). Signifikant positiv prädiktive Variablen waren die reguläre Beendigung (β -Koeff. 0,148, $p<0,05$). Die Behandlungsdauer, Kontaktzahl und der Selbsthilfegruppenbesuch hatten keinen signifikanten prädiktiven Wert. Der steigende Belastungsindex (β -Koeff. -0,077, $p>0,01$) und die Anzahl der vorangegangenen ambulanten Suchtrehabilitationsbehandlungen (β -Koeff. -0,257, $p>0,05$) hatten einen negativen prädiktiven Wert.

Das bisher über Jahre stabile Prädiktionsmodell ist für den Entlassjahrgang 2020 nicht mehr gültig. Wir sehen dies mit allgemeinen Veränderungen, der Corona-Pandemie und fehlenden Angeboten der Selbsthilfegruppe begründet. Die Einflussgrößen werden jedoch sicherlich erst in den Folgejahren deutlich.

Varianzaufklärung und Signifikanz des Modells sind als hoch und konsistent zu beschreiben. Unsere ambulante Suchtrehabilitation ist hoch effektiv und in einem Beobachtungszeitraum von einem Jahr nach Beendigung nachhaltig stabil¹⁰.

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

11. Effizienzanalyse der Integrierten Versorgung zur stationärer ersetzenden qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung

11.1. 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 ¹¹[Steffen et al. 2015] konnten wir die sehr hohe Effektivität nachweisen.

In 95,3% der Fälle konnte über den gesamten Zeitraum von 53,6±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 war 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.

11.2. 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±11,9 Jahre alt, bereits seit 12,9±7,8 Jahren manifest suchtkrank und wurden über 57,4±37,5 Tage im Rahmen der IV behandelt. Der Belastungsindex mit 4,15±2,2 zeigte für den Großteil der Patienten eine schlechte Prognose an. 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.

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

11.3. 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.

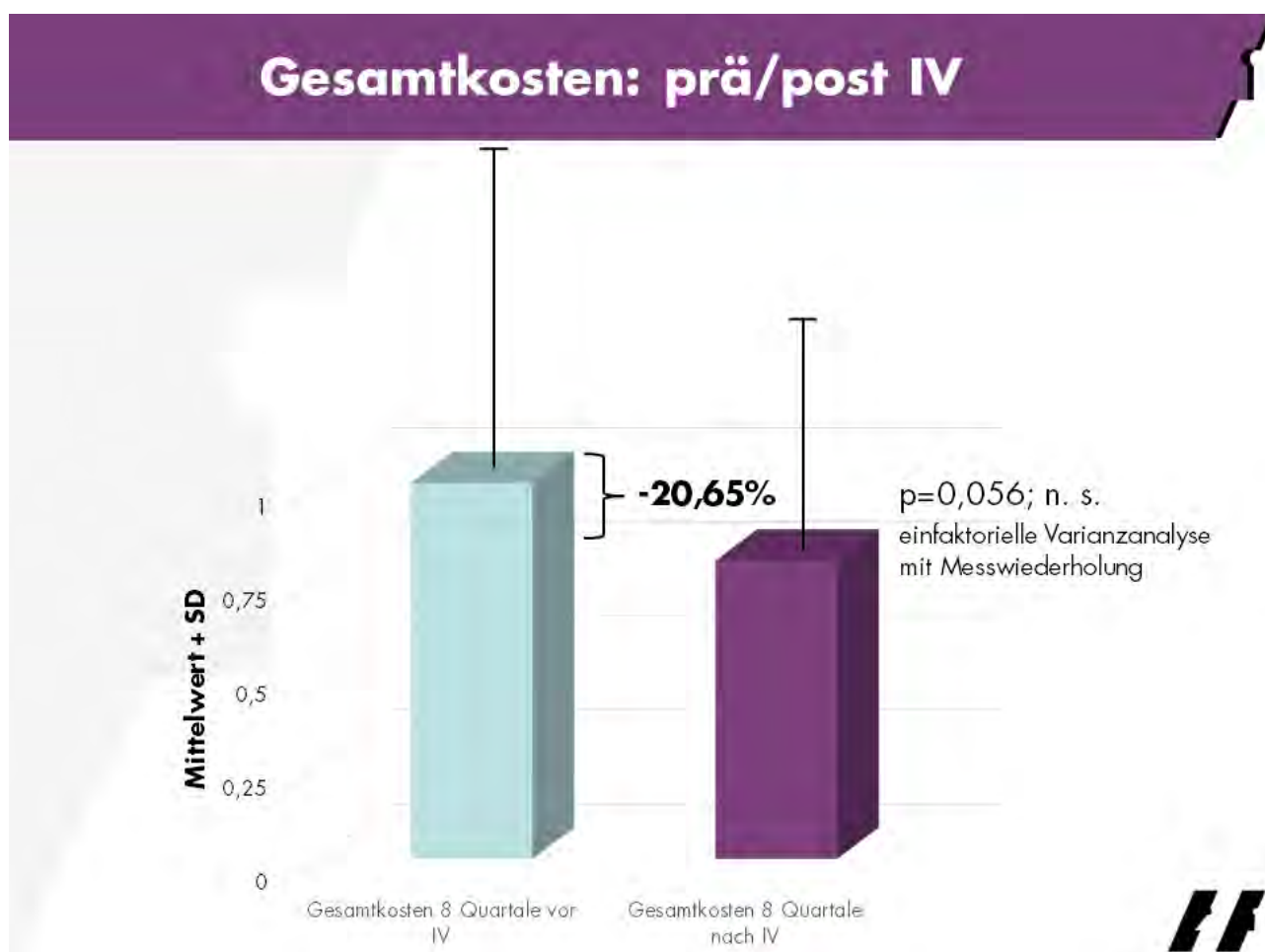


Abbildung 1: Kostenvergleich 8 Quartale prä-/post-IV bezogen auf die Gesamtkosten mit Darstellung der Standardabweichung, Statistik: einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung

Kosten im prä/post-IV-Vergleich I

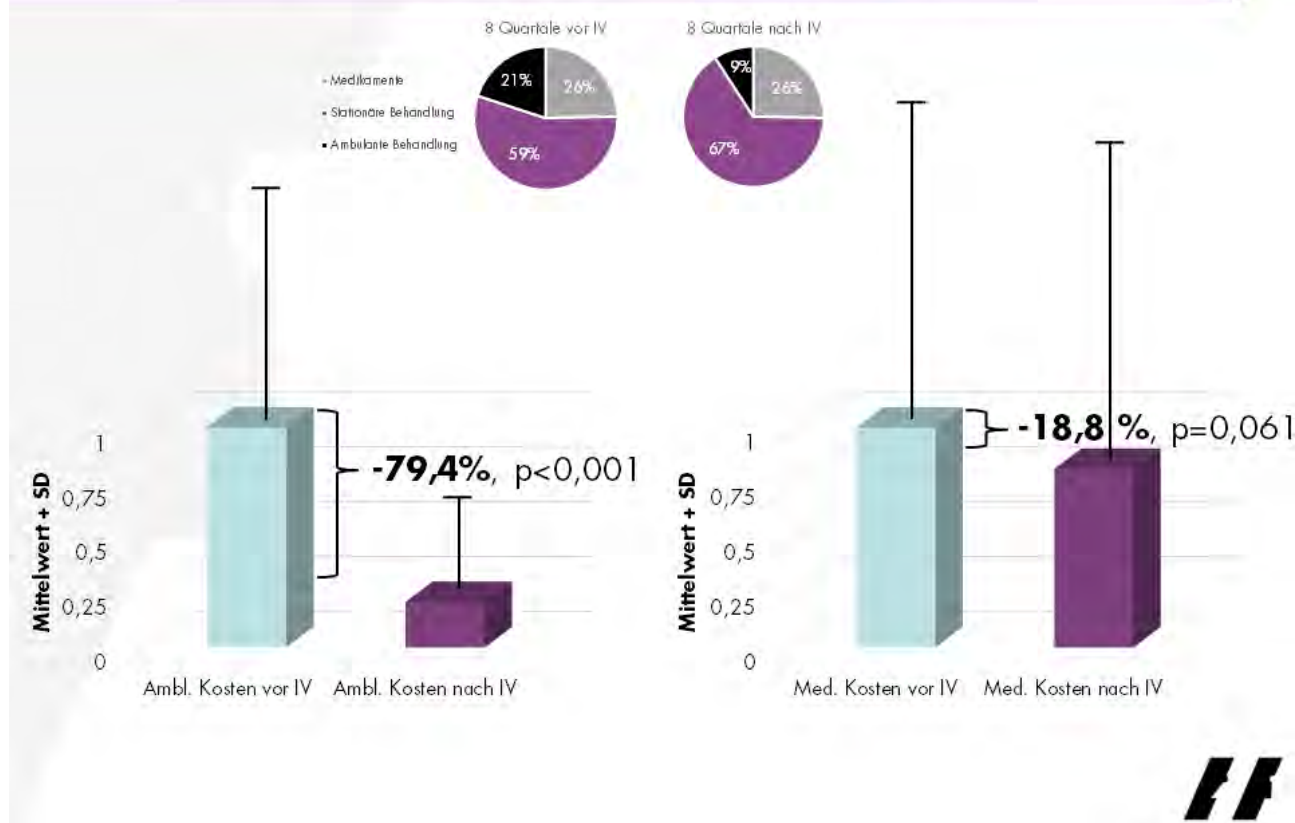


Abbildung 2: Kostenvergleich 8 Quartale prä-/post-IV bezogen auf ambulante Heilbehandlung und Medikamentenkosten mit Darstellung der Standardabweichung sowie Darstellung des Anteils an den Gesamtkosten im Bezugszeitraum; Statistik: einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung

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

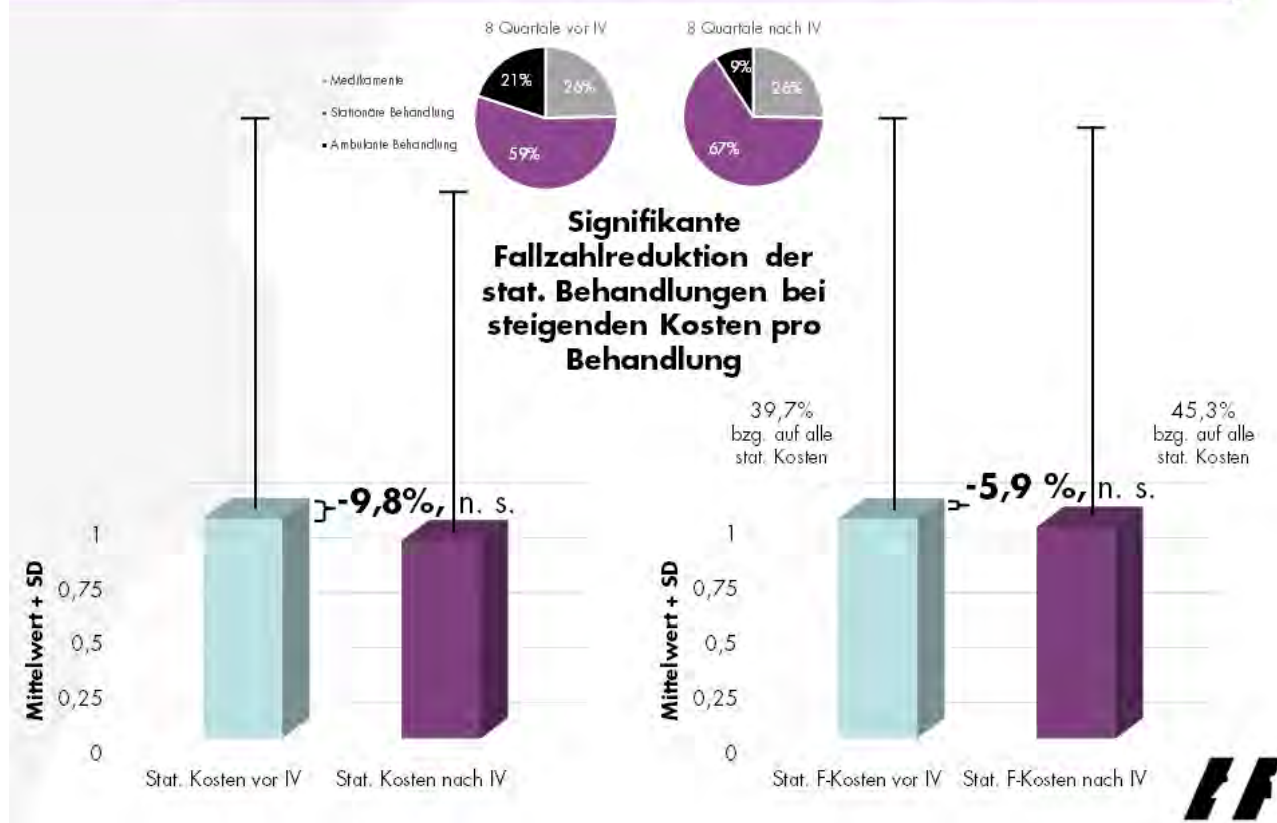


Abbildung 3: Kostenvergleich 8 Quartale prä-/post-IV bezogen auf stationäre Heilbehandlung allgemein und nach psychiatrischer Indikation (F-Kosten) mit Darstellung der Standardabweichung sowie Darstellung des Anteils an den Gesamtkosten im Bezugszeitraum; Statistik: einfaktorielle Varianzanalyse mit 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 wurden also weniger Patienten stationär behandelt; wenn sie allerdings behandelt wurden, stiegen die Behandlungskosten.

Einflüsseffekte auf die Kostenveränderung

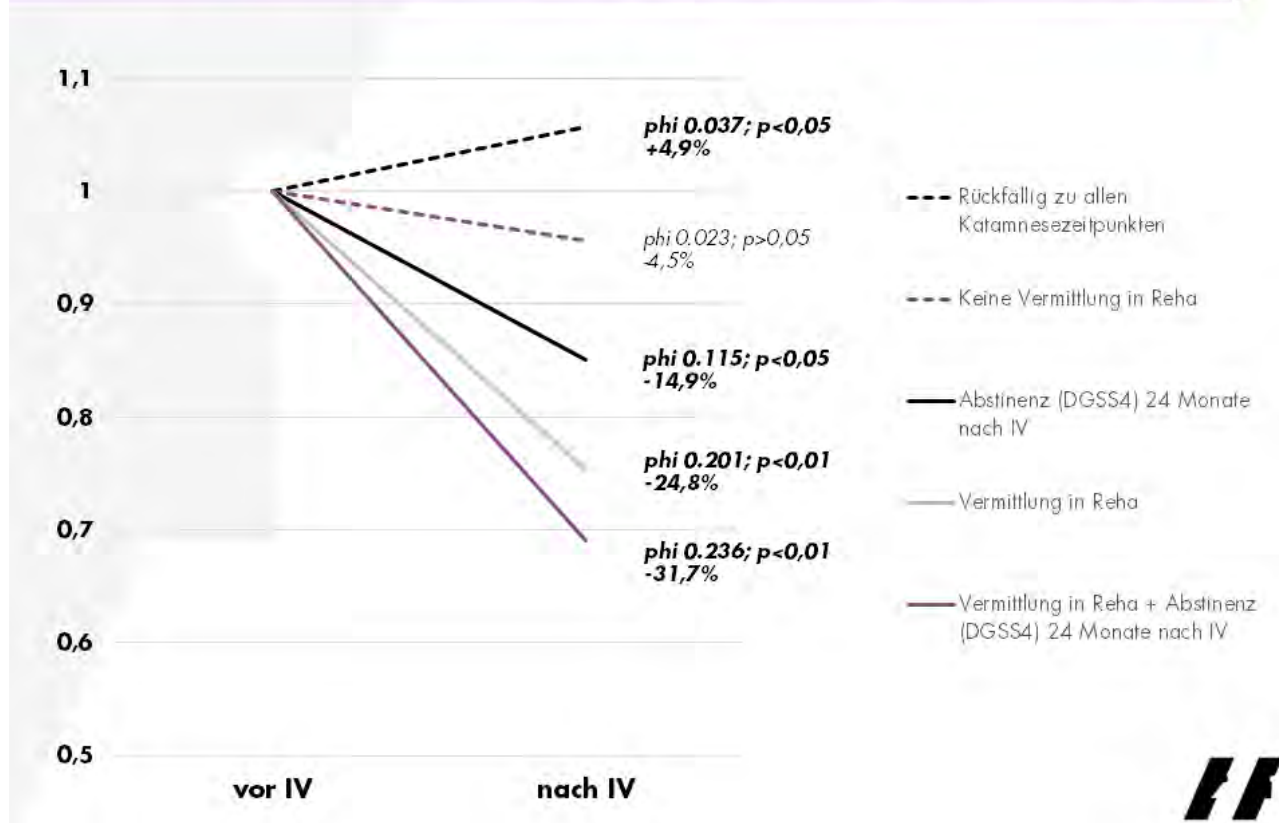


Abbildung 4: Kostenentwicklung 8 Quartale prä-/post-IV unter Berücksichtigung der Abstinenz und Vermittlung in Suchtrehabilitation; Statistik: einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung sowie bivariate Korrelation

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 allein 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 Nachuntersuchungszeitpunkten führte zu einer signifikanten Kostensteigerung um 4,9% ($p > 0,05$).

11.4. Zusammenfassung

Die Integrierte Versorgung zur „stationersetzenden qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung“ ist hoch effektiv und effizient. Mehr als 50% Vermittlung in Rehabilitation, ca. 50% abstinenten Patienten nach einem Jahr, ca. 50% Einsparung zur stationären qualifizierten Entzugsbehandlung und Reduktion der Gesamtkosten in den 2 Folgejahren um 20% unterstreichen die Qualität der Versorgung.

12. Publikationen, Kongressbeiträge und Mitgliedschaften

12.1. ORIGINALARBEITEN (gedruckt, *= geteilte Autorenschaft)

- **Steffen DV**, Steffen L, Steffen S: Sozialmedizinische Prognose der Entzugsbehandlung Suchtkranker: Ergebnisse eines Modellprojekts Integrierter Versorgung. *Der Nervenarzt* 2015, 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 berufs begleitenden 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
- **Steffen DV**, Lange N, Schneider B, Klein T, Missel P, Löhnert B, Kramer D, Janner-Schraml A, Brenner R, Obendiek JH: Ergebnisse einer multizentrischen Katamnesestudie nach berufsbegleitend ambulanter Suchtrehabilitation (ARS) bei Alkoholabhängigkeit

- Becker. et al. (**Steffen DV**): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2018 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 1/2021, S.38-47
- Becker. et al. (**Steffen DV**): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2017 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 1/2020, S.40-49
- Neumann E. et al. (**Steffen DV**): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2016 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 1/2019, S.75-83
- Lange N. et al. (**Steffen DV**): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2015 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 1/2018, S.87-94
- Lange N. et al. (**Steffen DV**): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 1/2017, S.30-37
- 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

12.2. KONGRESSBEITRÄGE UND VORTRÄGE

- DHS Fachkonferenz SUCHT, Forum 102: Ambulante Reha Sucht; Den Wandel meistern – die Versorgung weiterentwickeln. **Steffen DV**
- Fachverband Sucht Arbeitstagung: Aktuelle Entwicklungen in der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung 2021: ARS unter Qualitätsgesichtspunkten einer Einrichtung – ein neues Zeitalter bricht heran!. **Steffen DV**
- Heidelberger Kongress 2019 des Fachverband Sucht e. V., Forum 4: „Was Freud wohl zu Facebook sagen würde?“ – psychoanalytische Überlegungen zur Digitalisierung in der ambulanten Suchtrehabilitation. **Steffen DV**
- BUSS: 28. Fachtagung Management in der Suchttherapie 2019: Entwicklung der Ambulanten Suchtrehabilitation. **Steffen DV**
- Heidelberger Kongress 2017 des Fachverband Sucht e. V., Forum 1: „Sucht auf Rezept“ – ist der Umgang mit psychoaktiven Medikamenten in der Ärzteschaft noch ethisch vertretbar?;
- Heidelberger Kongress 2017 des Fachverband Sucht e. V., Forum 9: Schwarzarbeit – Ethische und therapeutische Fragen und Herausforderungen. **Steffen DV**
- Heidelberger Kongress 2016 des Fachverband Sucht e. V., Forum 1: Effekte einer kombiniert stationär-ambulanten Suchtrehabilitation – Eine risikoadjustierte Fall-Kontroll-Studie. **Steffen DV**
- Deutscher Suchtkongress 2016: Gesundheitsökonomische Aspekte der abstinenten Entzugsbehandlung der IV nach § 140c SGB V. **Steffen DV**
- Heidelberger Kongress 2015 des Fachverband Sucht e. V., Forum 1: Gesundheitsökonomische Aspekte der abstinenten Suchtbehandlung
- Heidelberger Kongress 2015 des Fachverband Sucht e. V.: Forum 8: Abstinenz als implizites Ziel der analytischen Suchtbehandlung, **Steffen DV**
- Deutscher Suchtkongress 2014, Berlin: Preconference Workshop: Erfahrungen zur Drittmittelakquise aus Sicht eines Kliniklers. **Steffen DV**
- Deutscher Suchtkongress 2014, Berlin: 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“. **Steffen DV**
- 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: **SSymposium S42**: Ambulante Suchtrehabilitation - Effekte der analytisch interaktionellen Behandlungstechnik und Qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung (IV Abhängigkeitskranker). **Steffen DV**
- Deutscher Suchtkongress 2013, Bonn: **Symposium 52**: Ambulante Suchtrehabilitation im höheren Lebensalter – eine prospektive Fall-Kontroll-Studie. **Steffen DV**
- Heidelberger Kongress 2013 des Fachverband Sucht e. V., **Forum 1**: Ambulante Suchtrehabilitation im höheren Lebensalter. **Steffen DV**
- Heidelberger Kongress 2012 des Fachverband Sucht e. V, **Forum 5**: Ambulante Suchtrehabilitation cannabisbezogener Abhängigkeitserkrankungen. .: **Steffen DV** (Präsentation, Abstract)
- Heidelberger Kongress 2012 des Fachverband Sucht e. V, **Forum 9**: Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker – Abstinenz, Vermittlung und Nachhaltigkeit. **Steffen DV** (Präsentation, Abstract)
- Fachtagung: Neue Wege in der Rehabilitation SHG Kliniken Tiefental, 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“

12.3. 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**: Vorstandsmitglied des Berufsverbandes der Deutschen Psychiater, Nervenärzte und Neurologen (BVDP, BVDN, BDN), Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS) sowie des Berufsverbandes der Vertragspsychotherapeuten des Saarlandes (BVVP Saarland e. V.), Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KV Saarland und des Gemeinsamen Beirates Psychotherapie der Ärztekammer des Saarlandes und der Saarländischen Psychotherapeutenkammer, Dozent am EVI Daun und Köln sowie SIPP Saarbrücken.
- **Sonja Steffen, Swenne Schumann**: Arbeitskreis „betriebliche Suchtprävention“, Rheinland-Pfalz/Saarland, Arbeitskreis „Sucht“, Saarlouis
- **Sonja Steffen, Swenne Schumann**: Kompetenznetzwerk Glücksspielsucht, LGS Saarbrücken

12.4. AUSZEICHNUNGEN UND PREISE

Wolfram-Keup-Förderpreis 2014: Dr. David V. Steffen, Lisa Steffen, Sonja Steffen: „Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker: Effekte einer qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung“
Pressemitteilung des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V., Wilhelmshöher Allee 273, 34131 Kassel; www.suchthilfe.de: Am 12. März 2014 wird auf der 100. Wissenschaftlichen Jahrestagung des buns in Berlin der diesjährige Wolfram-Keup-Förderpreis verliehen. Er geht an Dr. David V. Steffen (Jahrgang 1982), der gemeinsam mit seinen Mitautoren die positiven Effekte eines eigenen Konzeptes zur Integrativen Versorgung beim ambulanten Entzug nachgewiesen hat. Der Titel der Arbeit lautet ‚Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker: Effekte einer qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung‘. Dieses an den ‚Empfehlungen zur qualifizierten ambulanten Alkoholentzugsbehandlung‘ der Bundesärztekammer ausgerichtete Konzept zeichnet sich dadurch aus, dass es eine besonders engmaschige medizinische und psychotherapeutische Betreuung der Patienten vorsieht und die vertragsärztlichen und rehabilitativen Bereiche gut vernetzt. Aus dem Nachlass des Projektes ‚Frühwarnsystem zur Erfassung von Veränderungen der Missbrauchsmuster chemischer Substanzen in der Bundesrepublik Deutschland‘, das Professor Wolfram Keup initiiert und bis zu seinem Tod am 4. Januar 2007 geleitet hat, wird zur Erinnerung an den Stifter alle zwei Jahre der Wolfram-Keup-Förderpreis öffentlich ausgeschrieben und vergeben. Ausgezeichnet wird die beste wissenschaftliche oder praxisorientierte Arbeit auf dem Gebiet der Entstehung und Behandlung von Missbrauch und Sucht. Der Förderpreis richtet sich an alle Personen und Institutionen, die sich in der wissenschaftlichen Forschung oder der therapeutischen Behandlungspraxis mit den Themen Missbrauch und Sucht beschäftigen. Bei den vorgelegten Arbeiten kann es sich um wissenschaftliche Studien handeln, aber auch die Realisierung von Präventionsmaßnahmen oder die Erprobung von Behandlungskonzepten. Der Förderpreis ist mit einem Preisgeld von 2.000 € ausgestattet.

Impressum



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



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

© 09.03.2022

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