GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE MBH

IANVA

Jahresbericht 2011

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 2011 - Inhaltsverzeichnis

Jahresbericht 2011 - Inhaltsverzeichnis 3
Vorwort 1
Leitbild 3
Basisdokumentation 2011 4
1. Orientierungsphase (ambl. qualifizierte Entzugsbehandlung und Rehabilitationsvorbereitung) Entlassungsjahrgang 2011 4
1.1 Leistungsrechtliche Grundlage und Indikation zur Behandlung 4
1.2 Soziodemographische Charakterisierung der Patienten in der Orientierungsphase 7
1.3 Daten zum Abhängigkeitsverlauf 10
1.3 Behandlungsverlauf der Orientierungsphase und Vermittlungsquoten 12
2. Ambulante Suchtrehabilitation Entlassungsjahrgang 2011 17
2.1 Leistungsträger und Behandlungsindikation 17
2.2 Sozidemographische Charakterisierung der Rehabilitationspatienten 19
2.3 Behandlungsverlauf und -erfolg der ambulanten Rehabilitation 23
3. Einjahreskatamnese des Rehaentlassjahrgangs 2010 28
3.1 Beschreibung der Katamnesestichprobe 29
3.2 Erreichungs- und Abstinenzquoten 31
3.3 Diskussion der Ergebnisse 33
Fazit 2011 35
Publikationen, Kongressbeiträge und Mitgliedschaften 36
Impressum 38

Vorwort

IANVA G. P. S. mbH ist eine seit 1992 anerkannte ambulante Suchtrehabilitationseinrichtung, die neben der medizinischen Rehabilitation eine umfangreiche Orientierungsphase mit Diagnoseabklärung, qualifizierter ambulanter Entzugsbehandlung und dem Ziel der Vermittlung der Patienten in eine Suchtrehabilitationsbehandlung anbietet. Weiterhin sind wir in der Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit bezüglich Abhängigkeitserkrankungen engagiert und bieten für ärztliche und in der Suchtarbeit tätige Kolleginnen und Kollegen regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen an. Zur Optimierung und Überprüfung unserer Arbeit evaluieren wir unsere etablierten Behandlungen regelmäßig und erforschen neue Behandlungsmöglichkeiten wie die Integrierte Versorgung Abhängigkeitserkrankter. Wir publizieren unsere Forschungsergebnisse und stellen diese auf Fachkongressen zur Diskussion.

IANVA G. P. S. mbH erstellt bereits seit dem Jahr 2004 jährliche ausführliche Berichte zur Basisdokumentation und veröffentlicht diese in gedruckter und elektronischer (www.ianua-gps.de) Form, um die Qualität im Prozess und Ergebnis darstellen zu können. In den vergangenen Jahren beschränkten wir uns auf eine deskriptive Beschreibung der Patientenmerkmale und zeigten Unterschiede und Entwicklungen zwischen den einzelnen Jahrgängen auf. Bisher existierten kaum Veröffentlichungen, die einen Vergleich unserer Daten und die Einordnung unserer Ergebnisqualität zugelassen hätten. Ein direkter Vergleich zu den stationären Suchtrehabilitationseinrichtungen ist nicht uneingeschränkt möglich. Der Fachverband Sucht e.V. publiziert seit dem Entlassungsjahrgang 2006 Daten aus der Basisdokumentation und seit dem Entlassungsjahrgang 2007 standardisierte Einjahreskatamnesen der ambulanten Suchtrehabilitationseinrichtungen. Wir stellten unsere Daten dem Fachverband Sucht e.V. für diese Veröffentlichungen zu Verfügung.

Die Basisdokumentation ist eine Auswertung der Stamm- und Kerndaten, die mit dem Programm „Patfak light" der Firma Redline data, 23623 Ahrensbök, für alle Patienten der Einrichtung IANVA G.P.S. mbH erhoben worden sind. Verwendet wurde dabei der „Deutsche Kerndatensatz Sucht" nach „Ebis" (GSDA, Höhenkirchen). Er wurde durch einrichtungsspezifische Items ergänzt. Die Auswertung erfolgte mit SPSS 17.0.3, SPSS GmbH Software, Theresienhöhe 13, 80339 München. Vergleiche wurden zu den Publikationen der Basisdokumentation des Rehaentlassjahrgangs 2010[1]

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

und der Einjahreskatamnese des Rehaentlassjahrgangs 2009[2] ambulanter Suchtrehabilitationseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. gezogen.
In den verwendeten Tabellen summieren sich die einzelnen Variablen nicht immer auf 100 Prozent bzw. zur Gesamtanzahl auf, da nicht alle möglichen Wertelabels dargestellt wurden.

Ab dieser Ausgabe des Jahresberichtes ersetzt unser **Leitbild** das Konzept. Unser Konzept zur berufsbegleitenden ambulanten Suchtrehabilitation, zum Modell Kombi Saar und zur Integrierten Versorgung finden Sie auf unserer Internetpräsenz unter Download - Konzepte.

In der Zeitschrift ***SuchtAktuell*** wurde Anfang 2012 ein Leitartikel unserer Einrichtung zu den Qualitätsmerkmalen der berufsbegleitenden ambulanten Suchtrehabilitation veröffentlicht. Dieser arbeitet die Anforderungen an die Struktur und Qualitätsmerkmale heraus und verbindet diese mit den Vorschriften der Leistungsträger[3].

In diesem Jahr feiern wir 20 Jahre ambulante Suchtrehabilitation und Behandlung Abhängigkeitserkrankungen in Saarlouis - 20 Jahre IANUA G. P. S. mbH.
Dieses freudige Ereignis wurde überschattet vom Tod unseres leitenden und verantwortenden Arztes Rainer Steffen am 30.3.2012. Als Mitbegründer der Einrichtung hat **Rainer Steffen** IANUA entscheidend geprägt und durch seine menschliche und fachliche Kompetenz bereichert. Sein Tod bedeutet für uns einen großen Verlust und eine Herausforderung, in seinem Sinne weiter an der Entwicklung von IANUA zu arbeiten.

Die Nachfolge als verantwortender Arzt tritt Herr Alexandr Litinetski an. Er ist bereits seit 16 Jahren als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bei IANUA tätig. Darüber hinaus ist seit Anfang 2012 Herr Dr. David Steffen, langjähriger Mitarbeiter und verantwortlich für die Dokumentation, Statistik sowie Forschung, als Arzt in der Einrichtung beschäftigt.

---

[2] Missel P., Schneider B., et. a.: Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. SuchtAktuell 1/2011, S.27-33 (2011)

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

Leitbild

IANUA – im Lateinischen Ausdruck für Tür, Zugang, Durchgang ist der Ort, an dem der doppelköpfige Gott Janus Wache hält: der Ort der Verbindung von 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 berufsbegleitenden ambulanten Suchtrehabilitation aller Leistungsträger.

IANUA G. P. S. mbH

Basisdokumentation 2011

1. Orientierungsphase (ambl. qualifizierte Entzugsbehandlung und Rehabilitationsvorbereitung) Entlassungsjahrgang 2011

1.1 Leistungsrechtliche Grundlage und Indikation zur Behandlung

In diesem Abschnitt werden alle Patienten betrachtet, die im Jahr 2011 ihre Orientierungsphase abgeschlossen haben (n=267). Diese verteilen sich auf 190 Männer (71,1%) und 77 Frauen (28,9%). Die Gesamtzahl der in der Orientierungsphase behandelten Patienten blieben in den letzten Jahren weitestgehend stabil (< ±10%). 24 Patienten[4] (9,0%) nahmen in unserer Einrichtung lediglich einen Termin im Sinne einer Beratung oder diagnostischen Klärung wahr. Im Sinne der Orientierungsphase wurde eine weiterführende Suchtrehabilitationsbehandlung angestrebt.

Die Orientierungsphase ist Teil des deutschen Suchtversorgungssystem und überwiegend in Beratungsstellen lokalisiert, leistungsrechtlich nicht einheitlich geregelt und wird üblicherweise nicht vergütet. Nach dem Sozialgesetzbuch sind diese Leistungen jedoch eindeutig den Krankenkassen zugeordnet. Mittlerweile konnte IANVA mit vielen Krankenkassen Kooperationsvereinbarungen bzw. Verträge zur Integrierten Versorgung Abhängigkeitskranker abschließen. Dies ermöglicht einerseits eine leistungsrechtliche Grundlage der Orientierungsphase, andererseits die Verbesserung der Versorgung der Patienten durch eine Vernetzung mit der psychiatrisch fachärztlichen Behandlung, den Hausärzte und dem Fallmanagementsystem der Krankenkasse. 61,4% unserer Patienten behandelten wir in einem solchen Managed Care Programm.

Durch die enge Kooperation mit der psychiatrischen Facharztpraxis Steffen im Rahmen der Integrierten Versorgung und der ihr zugewiesenen Triagefunktion wird ein überwiegender Teil unserer Patienten (74,2%, vgl. Tabelle 1) aus dem vertragsärztlich psychiatrischen Bereich in unsere Behandlung vermittelt. 5,2 Prozent der Patienten stellen sich selbstständig vor, Krankenhäuser vermittelten 4,5% und Arbeitgeber 4,9%. 4,1% der Patienten stellten sich auf Anraten von Familienangehörigen in unserer Einrichtung vor.

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

Wir behandeln in der Orientierungsphase überwiegend Patienten mit Substanzabhängigkeiten. Der Anteil der Patienten mit intravenösem Konsum ist in unserer Einrichtung sehr gering, da unser Konzept nicht die Substitutionsbehandlung vorsieht und wir bei der Abhängigkeit von Opioiden nur Entzugsbehandlungen anbieten und die Abstinenz für eine Weiterbehandlung voraussetzten. 9 Patienten (3,3 Prozent) geben einen intravenösen Substanzkonsum in der Anamnese an. Davon hatten 3 Patienten in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme in unserer Einrichtung konsumiert.

Tabelle 1:

Merkmal	**Kategorie**	**M** n=190		**W** n=77		**Gesamt** n=267		**Statistik**
		Anzahl	**Prozent**	**Anzahl**	**Prozent**	**Anzahl**	**Prozent**	
Leistungsträger	Managed Care	98	62,1%	46	59,7%	141	61,4%	n.s
	- AOK	34	17,9%	16	20,8%	50	18,7%	
	- DAK	12	6,3%	3	3,9%	15	5,6%	
	- BKK	23	12,1%	11	14,3%	34	12,7%	
	- IKK	49	25,8%	16	20,8%	65	24,3%	
	Andere KK	72	37,9%	31	40,3%	164	38,6%	
Vermittlung durch	Psychiatrische Praxis	134	70,5%	64	83,1%	198	74,2%	n.s.
	selbstständig	11	5,8%	3	3,9%	14	5,2%	
	Krankenhaus	10	5,3%	2	2,6%	12	4,5%	
	Arbeitgeber	12	6,3%	1	1,3%	13	4,9%	
	Familienangehörige	7	3,7%	4	5,2%	11	4,1%	
Diagnose	F10 - Alkohol	97	51,1%	35	45,5%	132	49,4%	n.s.
	F11 - Opioide	4	2,1%	0	0%	4	1,5%	
	F12 - Cannabis	22	11,6%	5	6,5%	27	10,1%	
	F13 - Sedativa	7	3,7%	3	3,9%	10	3,7%	
	F15 - Stimulantien	2	1,1%	3	3,9%	5	1,9%	
	F19 - Polytoxikomanie	58	30,5%	31	40,3%	89	33,3%	

Merkmal	**Kategorie**	MW	STD	n	Spann-weite	**Statistik**
Altersverteilung der Diagnosen	F10 - Alkohol	46,9 Jahre	10,6 Jahre	132	57	p<0,001
	F11 - Opioide	40,2 Jahre	12,9 Jahre	4	30	
	F12 - Cannabis	28,8 Jahre	7,7 Jahre	27	29	
	F13 - Sedativa	53,1 Jahre	11,4 Jahre	10	39	
	F15 - Stimulantien	27,0 Jahre	2,9 Jahre	5	8	
	F19 - Polytoxikomanie	34,3 Jahre	12,4 Jahre	89	63	

Betrachtet man die in Tabelle 1 dargestellten Verteilungen der Hauptdiagnosen, so ist die Alkoholabhängigkeit mit 49,4 Prozent (2010: 48,2 Prozent) die häufigste Indikation zur Behandlung. Männer sind signifikant häufiger in der Diagnose der Alkoholabhängigkeit vertreten (51,1% vs 45,5%, m:w). Die Diagnose der Polytoxikomanie, die im Allgemeinen als schlechter Prädiktor für den Behandlungserfolg wie Vermittlung in Suchtrehabilitation oder für die Abstinenz gilt, wuchs in den letzten Jahren nominal und prozentual stetig. 33,3% waren mit der Diagnose F19.2G verschlüsselt. Im Vergleich zum direkten Vorjahr waren die Fallzahlen stabil. Auffällig ist hier ein deutlich höherer Anteil an Frauen (40,3% vs. 30,5%, w:m).

Mit 10,1 Prozent verdoppelte sich der Anteil der Patienten mit der Diagnose der Cannabisabhängigkeit zum Vorjahr signifikant ($p<0,05$). Dies spiegelt das zunehmende Problem und die zunehmenden Fallzahlen in dieser Diagnosekategorie wieder.

Die Verteilung des Alters bei Aufnahme in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose, dargestellt in Tabelle 1 und Abbildung 1, zeigt im Vorjahresvergleich unveränderte Ergebnisse. Patienten mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit sind im Mittel 46,9±10,6 Jahre alt, die Patienten mit einer Benzodiazepinabhängigkeit (F13 - Sedativa) sind mit 53,1±11,4 Jahren unwesentlich älter. Die jüngsten Patienten finden sich unter der Diagnose der Cannabisabhängigkeit mit 28,8±7,8 Jahren, und der Diagnose Stimulantienabhängigkeit (cave: n=5) mit 27,0±2,9 Jahren, der Polytoxikomanie mir 34,3±12,8 Jahren und der Opioidabhängigkeit (cave: n=4) mit 40,2±12,9 Jahren. Bei Aufnahme hatten unsere Patienten ein Alter zwischen 18 und 82 Jahren. Diese große Altersspannweite unterstreicht, dass die Abhängigkeit eine Erkrankung ist, die sich in der gesamten Lebenszeit manifestiert und somit auch differentialdiagnostisch immer berücksichtigt werden muss. Auch Patienten in hohem Alter und in Rente werden bei uns in der Orientierungsphase mit dem Ziel der Suchtrehabilitationsbehandlung behandelt, um die Folgeschäden zu reduzieren und die Lebensqualität und -erwartung positiv zu beeinflussen.

Aktuelle Forschungsergebnisse aus unserer Einrichtung bestätigen die guten Prognosen älterer Abhängigkeitskranker(>60 Jahre)[5].

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

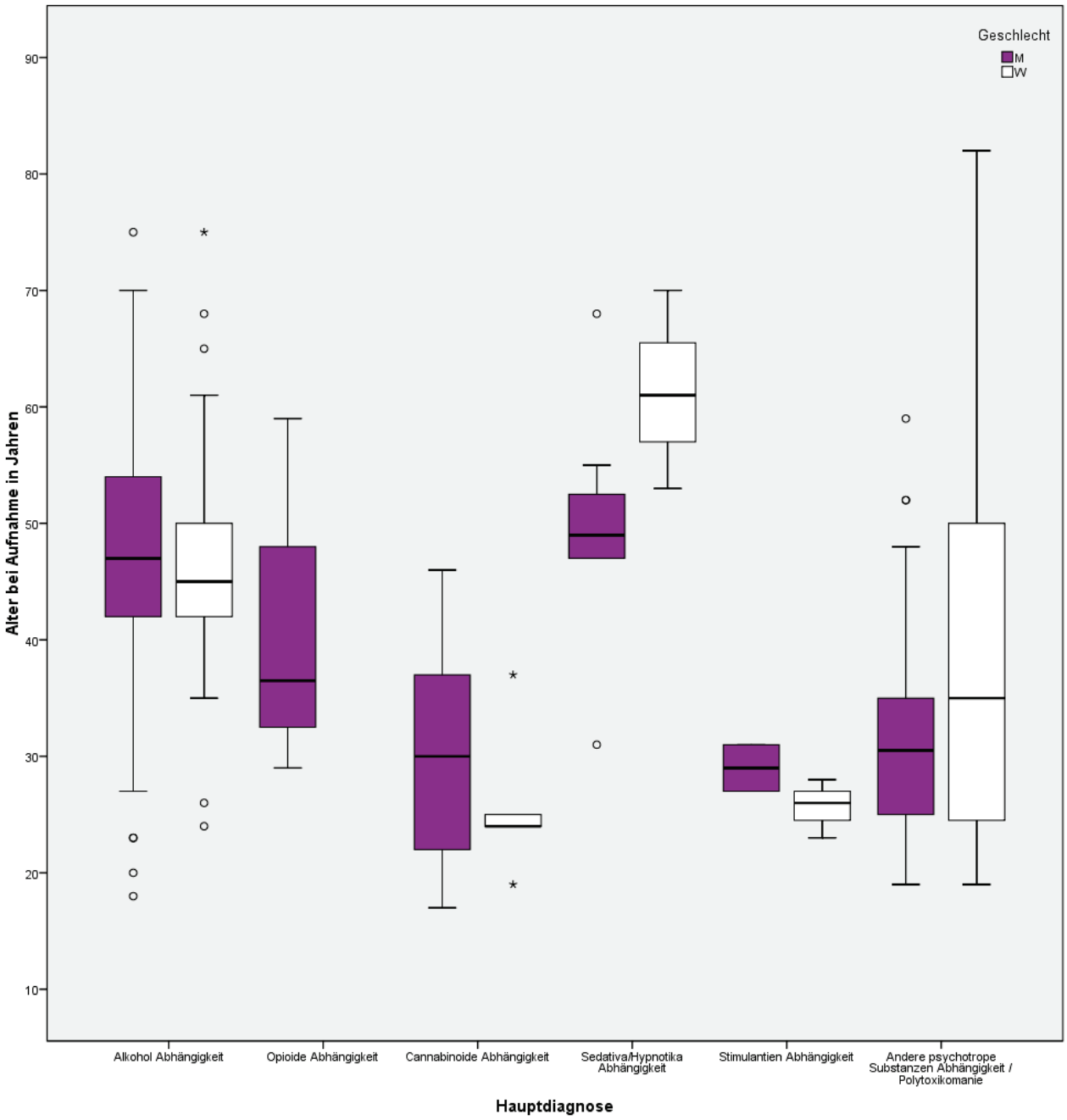

Abbildung 1: Alter bei Aufnahme in Abhängigkeit der Hauptdiagnose (n=267)

1.2 Soziodemographische Charakterisierung der Patienten in der Orientierungsphase

Unter unseren Patienten weist ein großer Anteil potentiell schwer zu behandelnde Diagnosen auf. Sowohl Kluger[6] als auch Missel[7] konnten zeigen, dass Patienten in fester Partnerschaft und mit

[6] Kluger, H., Funke, W., Bachmeier, R., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V., Wust, G. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 1999 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhangige. *Sucht Aktuell 2002; 9/1*, 25 - 33.

erhaltener Erwerbstätigkeit länger und stabiler abstinent sind. Daher ist die Beschreibung der soziodemographischen Daten notwendig, um die Patienten möglichst umfassend charakterisieren und die Prognose besser abschätzen zu können.

Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ist 3:2. Es besteht bezüglich des Alters kein signifikanter Unterschied. Männer sind im Mittel 40,2±12,6 Jahre und Frauen 41,6±14,6 Jahre alt (vgl. Tabelle 2). Es zeigt sich, dass deutlich mehr Männer ledig (46,5%) als Frauen (36,6%) sind. Es zeigte sich kein signifikanter Altersunterschied zwischen Erwerbstätigen (39,3±11,4 Jahre) und Arbeitslosen (37,8±11,5 Jahre).

Tabelle 2:

Merkmal	**Kategorie**	MW	STD	n	Spann weite	**Statistik**
Alter, bezogen auf das Geschlecht	Männlich	40,2 Jahre	12,6 Jahre	190	58	n.s.
	Weiblich	41,6 Jahre	14,6 Jahre	77	63	
Alter, bezogen auf die Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	39,3 Jahre	11,4 Jahre	157	57	n.s.
	arbeitslos	37,8 Jahre	11,5 Jahre	67	43	

In einer festen oder zeitweisen Partnerschaft leben 62,6% der Männer und 64,9% der Frauen. Insgesamt erfüllen immerhin 34,1% der Patienten das negativ-prädiktive Kriterium „alleinstehend". Die Mehrheit der Patienten wohnt selbstständig (84,5%), 10,1% der Patienten bei anderen Personen (z.B. Eltern). Die übrigen Patienten verteilen sich auf verschiedene Gruppen mit geringen Fallzahlen. Mit einem Partner leben 46,3% der Männer beziehungsweise 54,5% der Frauen. Das Zusammenleben mit Kindern ist hingegen bei Frauen mit 37,7% deutlich häufiger vertreten als bei Männern mit 23,2%.

2,6% der Patienten sind bei Behandlungsbeginn in der Orientierungsphase ohne Schulausbildung, 0,7% befinden sich gerade in Ausbildung. 50,9% können einen Sonder- oder Hauptschulabschluss vorweisen, 28,5% einen Realschulabschluss und 14,6% die Hochschulreife. Männer sind hierbei häufiger unter der Variable „Hauptschulabschluss" vertreten, Frauen hingegen beim „Realschulabschluss". Bei der „Hochschulreife" finden sich hingegen keine Geschlechterunterschiede.

---

[7] Missel, P., Zobel, M., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wust, G. Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2005 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell 2008; 15/1*, 13-24.

Tabelle 3:

Merkmal	Kategorie	M n=190		W n=77		Gesamt n=267		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Familienstand	Ledig	87	45,8%	25	32,5%	112	41,9%	n. s. (Geschlecht)
	Verheiratet	56	29,5%	23	29,9%	79	29,6%	
	Verheiratet getrennt	11	5,8%	12	15,6%	23	8,6%	
	Geschieden	29	15,3%	12	15,6%	41	15,4%	
	verwitwet	1	0,5%	5	6,5%	6	2,2%	
Partnersituation	Alleinstehend	64	33,7%	27	35,1%	91	34,1%	n. s. (Geschlecht)
	Feste Beziehung	114	60,0%	46	59,7%	160	59,9%	
	Zeitweilige Beziehung	5	2,6%	4	5,2%	9	3,4%	
Wohnsituation	Selbstständig	157	82,6%	71	92,2%	228	84,5%	n. s. (Geschlecht)
	Bei Anderen	21	11,1%	6	7,8%	27	10,1%	
	Andere	6	3,2%	0	0,0%	6	2,2%	
	Alleinlebend	58	30,5%	21	27,3%	79	29,6%	p<0,05
	Mit Partner	88	46,3%	42	54,5%	130	48,7%	
	Mit Kindern	44	23,2%	29	37,7%	73	27,3%	
Schulabschluss	Ohne	4	2,1%	3	3,9%	7	2,6%	n. s. (Geschlecht)
	In Schulausbildung	1	0,5%	1	1,3%	2	0,7%	
	Haupt-/Sonderschule	101	53,2%	35	45,5%	136	50,9%	
	Realschulabschluss	50	26,3%	26	33,8%	76	28,5%	
	Hochschulreife	27	14,2%	12	15,6%	39	14,6%	
Ausbildungs-abschluss	ohne	25	13,2%	23	29,9%	48	18,0%	p<0,05
	in Ausbildung	13	6,8%	3	3,9%	16	6,1%	
	Abgeschl. Lehre	130	68,4%	74	61,0%	117	66,3%	
	Meister/Techniker	9	4,7%	1	1,3%	10	3,7%	
	Hochschulabschluss	7	3,7%	3	3,9%	10	3,7%	
Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	119	62,6%	38	49,4%	157	58,8%	n. s. (Geschlecht)
	arbeitslos	47	24,7%	20	26,0%	67	25,1%	
	Sonstige nicht erwerbstätige Person	10	5,3%	10	13,0%	20	7,5%	
	Rentner/-in	14	7,4%	9	11,7%	23	8,6%	
Problematische Schulden	Keine	127	66,8%	62	80,5%	189	70,8%	n. s. (Geschlecht)
	Bis 10.000 €	27	14,2%	7	9,1%	34	12,7%	
	Über 10.000 €	29	15,3%	7	9,7%	36	13,5%	

Bezüglich des Ausbildungsabschlusses finden wir keine signifikanten Unterschiede. 18% sind ohne Ausbildung, der Großteil mit 66,3% kann eine abgeschlossene Lehre vorweisen und 3,7% ein Hochschulstudium. Männer haben häufiger eine abgeschlossene Lehre oder Ausbildung.

Betrachtet man die Arbeitslosigkeit als das potenziell wichtigste soziodemographische Kriterium bezüglich des Behandlungserfolges, zeigt sich eine Arbeitslosenquote von 25,1%. Männer sind mit 24,7% ähnlich häufig arbeitslos wie Frauen mit 26%. Trotzdem ist es im Vergleich zum Vorjahr zu einer Umkehr bei den Geschlechtern gekommen; 2010 waren Männer noch häufiger arbeitslos als Frauen (2010: m: 27,3%, w: 25,7%). 62,6% der Männer und 49,4% der Frauen sind erwerbstätig.
Das Alter der Patienten in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus unterscheidet sich nicht signifikant. Erwerbstätige sind im Mittel 39,3±11,4 Jahre und Arbeitslose 37,8±11,5 Jahre alt. 12,7% der Männer und 24,7% der Frauen sind berentet oder nicht erwerbstätig. 14,2% der Männer haben relevante Schulden bis 10.000€ und 15,3% mehr als 10.000€. Unter den Frauen finden sich 9,1% und 9,7% in den jeweiligen Kategorien. Insgesamt ist im Vergleich zum Vorjahr die problematische Verschuldung signifikant gestiegen (Chi^2 6,45: $p<0,05$).

1.3 Daten zum Abhängigkeitsverlauf

Von den im Jahr 2011 behandelten Patienten hatten 16,5% bereits zuvor Kontakt zu IANVA. Dieser kann in Form einer Rehabilitationsbehandlung, Orientierungsphase oder Beratung gewesen sein.
Ambulante Beratungen bei uns oder in einer Beratungsstelle nahmen vor der hier beschriebenen Behandlung 41,2% der Patienten wahr. 52,4% hatten in der Vergangenheit mindestens eine - häufig jedoch mehrere - Entzugsbehandlungen absolviert. Der Anteil der Vorbehandlungen bezüglich der Suchtrehabilitation ist mit 12% für ambulante und 13,8% für stationäre Maßnahmen gering, wobei Männer tendenziell mehr stationäre und ambulante Suchtrehabilitationsbehandlungen aufweisen als Frauen (vgl. Tabelle 4).
Weitere wichtige Punkte zur Beschreibung des Abhängigkeitsverlaufs sind der Erstkonsum und die Abhängigkeitsdauer. Männer konsumieren erstmals im Alter von 18,4±8,9 Jahren und somit signifikant früher als Frauen mit 22,5±9,6 Jahren (Chi^2: $p<0,01$). Ferner sind Männer zum Aufnahmezeitpunkt mit einer Abhängigkeitsdauer von 16,0±11,35 Jahren signifikant länger abhängig als Frauen mit 11,5±10,3 Jahren (Chi^2: $p<0,01$).

Betrachtet man das Alter bei Erstkonsum, zeigen sich bei den Diagnosen Alkoholabhängigkeit (19,1±8,7 Jahre), Cannabisabhängigkeit (16,9±4,1 Jahre) und Polytoxikomanie (18,8±8,7 Jahre) nur geringfügige Unterschiede. Die Opioidabhängigen waren mit 26,2±9,5 Jahren zwar älter, können aufgrund der geringen Fallzahl (n=4) jedoch nicht sinnvoll statistisch verglichen werden. Einen signifikanten Unterschied fanden wir beim Erstkonsumalter der Benzodiazepin- und

Opiatabhängigen im Vergleich zu den anderen Abhängigkeitsdiagnosen (p<0,001). Die isolierten Benzodiazepinabhängigkeiten resultieren häufig aus einer iatrogenen Dauermedikation unter Missachtung der Verschreibungsrichtlinien. Ein isolierter Konsum dieser Substanzen ist unter Jugendlichen daher kaum verbreitet.

Tabelle 4:

Merkmal	**Kategorie**	**M** n=190		**W** n=77		**Gesamt** n=267		**Statistik**
		Anzahl	**Prozent**	**Anzahl**	**Prozent**	**Anzahl**	**Prozent**	
Vorbehandlungen	Erstbehandlung in unserer Einrichtung	150	78,9%	68	88,3%	218	81,6%	p<0,05
	Wiederbehandlung in unserer Einrichtung	35	18,4%	9	11,7%	44	16,5%	
	Ambulante Beratung	82	43,1%	28	36,6%	110	41,2%	n.s.
	Entzugsbehandlung	107	56,3%	33	42,8%	140	52,4%	
	Ambulante Reha	28	14,7%	4	5,2%	32	12,0%	
	Stationäre Reha	35	18,4%	2	2,6%	37	13,8%	

Merkmal	**Kategorie**	MW	STD	n	Spann weite	**Statistik**
Alter bei Erstkonsum	Männlich	18,4 Jahre	8,9 Jahre	190	55	p<0,01
	Weiblich	22,5 Jahre	9,6 Jahre	77	55	
	F10 - Alkohol	19,1 Jahre	8,7 Jahre	132	58	p<0,001
	F11 - Opioide	26,2 Jahre	9,5 Jahre	4	22	
	F12 - Cannabis	16,9 Jahre	4,1 Jahre	27	19	
	F13 - Sedativa	39,1 Jahre	11,9 Jahre	10	38	
	F15 - Stimulantien	16,6 Jahre	3,8 Jahre	5	9	
	F19 -Polytoxikomanie	18,8 Jahre	8,7 Jahre	89	44	
Abhängigkeits-dauer	Männlich	16,0 Jahre	11,35 Jahre	190	55	p<0,01
	Weiblich	11,5 Jahre	10,3 Jahre	77	50	
	F10 - Alkohol	17,8 Jahre	12,2 Jahre	132	55	**p<0,001 (F102 vs. F12.2, F15.2, F19.2)**
	F12 - Cannabis	11,6 Jahre	8,08 Jahre	27	30	
	F13 - Sedativa	16,7 Jahre	11,9 Jahre	10	35	
	F15 - Stimulantien	7,2 Jahre	5,4 Jahre	5	11	
	F19 -Polytoxikomanie	11,1 Jahre	8,91 Jahre	89	48	

Betrachtet man die Abhängigkeitsdauer, bezogen auf die Hauptdiagnose, findet man signifikante Unterschiede. So ist bei Cannabinoiden (11,6±8,08 Jahre) und Polytoxikomanien (11,1±8,91 Jahre) die Abhängigkeitsdauer vergleichbar und signifikant kürzer als bei der Benzodiazepinabhängigkeit (16,7±11,9 Jahre) und der Alkoholabhängigkeit (17,8±12,2 Jahre)

(p<0,01).). Die kürzeste Abhängigkeitsdauer bis zum Therapiebeginn finden wir bei der Stimulantienabhängigkeit (7,2±5,4 Jahren).

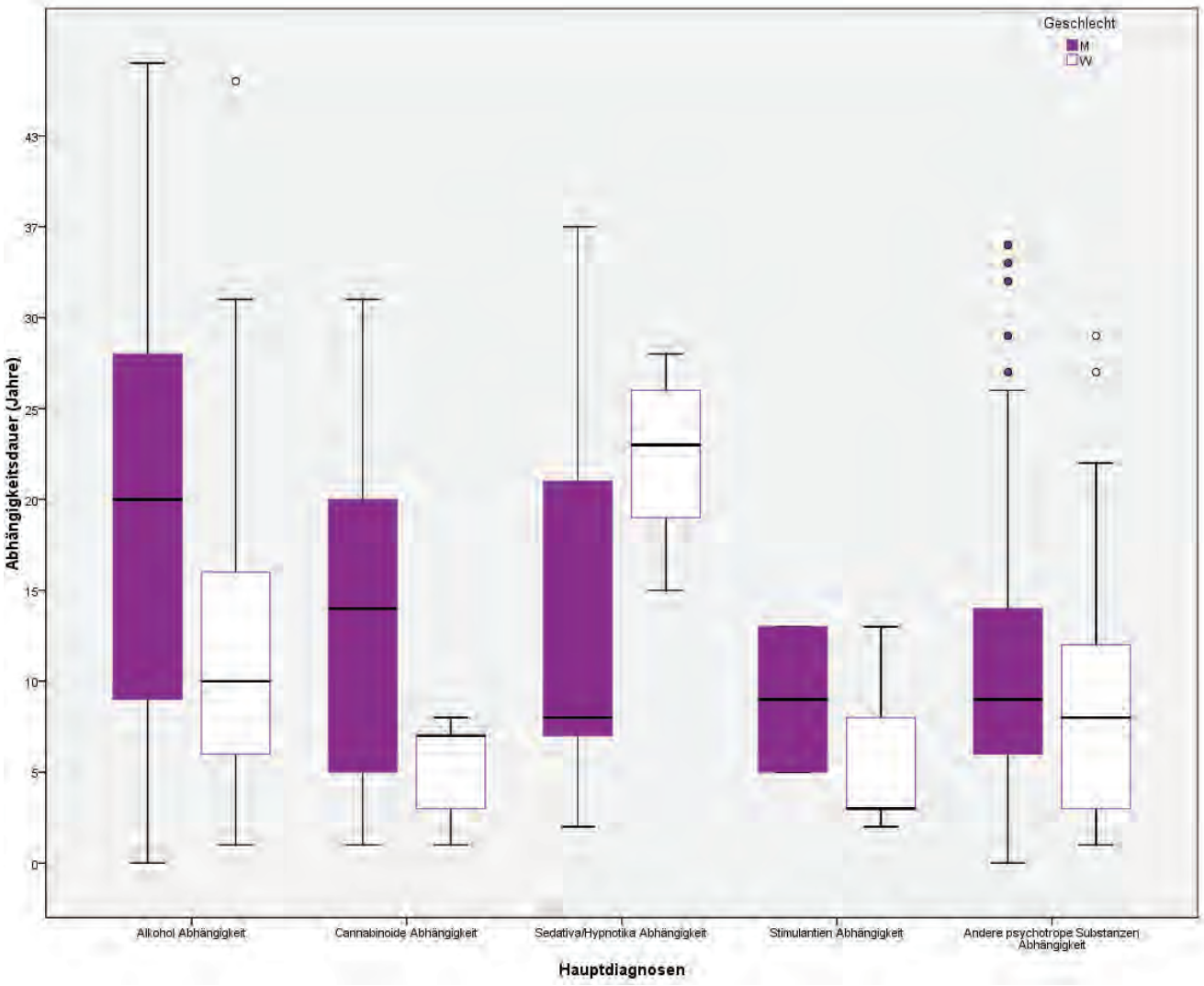

Abbildung 2: Abhängigkeitsdauer bezogen auf die Hauptdiagnose (n=267)

1.3 Behandlungsverlauf der Orientierungsphase und Vermittlungsquoten

Neben der diagnostischen Klärung und der erfolgreichen Entzugsbehandlung ist die Vermittlung in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme das wichtigste Ziel der Orientierungsphase. Aus stationären qualifizierten Entzugsbehandlungen sind Vermittlungsquoten von 12-23 Prozent für die Alkoholabhängigkeit beschrieben worden[8,9].

---

[8] Schwoon DR, Schulz P, Höppner H. Qualifizierte Entzugsbehandlung für Alkoholkranke in der Innere Medizin. *Suchtthreapie.* 2002;3:6.

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

Unsere Vermittlungsquote bezogen auf alle Patienten in der Orientierungsphase (n=267) beträgt 44,1 Prozent (40,4% Vermittlung in ambulante und 3,7% in stationäre Reha). 23 Patienten hatten nur einem Kontakt in unserer Einrichtung und erfüllten die Einschlusskriterien des Programms zur ambulante qualifizierten Entzugsbehandlung nicht, werden jedoch in der Vermittlungsquote berücksichtigt. Um diese bereinigt liegt die Vermittlungsquote bei 48,5Prozent.
Nach einem qualifizierten Entzug ergibt sich für die Alkoholabhängigkeit eine Vermittlungsquote von 52,3 Prozent und für die Polytoxikomanie von 40,5 Prozent.

Tabelle 5: bezogen aus alle Patienten in der Orientierungsphase inklusive der Einmalkontakte

Merkmal	**Kategorie**	Vermittlung in ambulante Reha		Vermittlung in stationäre Reha		**Vermittlungs-quote gesamt**		**n**
		Anzahl	**Prozent**	**Anzahl**	**Prozent**	**Anzahl**	**Prozent**	
Geschlecht	Gesamt	108	40,4%	10	3,7%	118	44,1%	267
	Männlich	76	40%	9	4,7%	85	44,7%	190
	Weiblich	32	41,6%	1	1,3%	33	42,9%	77
Vermittlungsquote nach der Hauptdiagnose	F10 - Alkohol	64	48,5%	5	3,8%	69	52,3%	132
	F12 - Cannabis	6	22,2%	0	0%	6	22,2%	27
	F13 - Sedativa	1	10%	1	10%	2	20%	10
	F15 - Stimulantien	4	80%	1	20%	5	100%	5
	F19 -Polytoxikomanie	32	36%	4	4,5%	36	40,5%	89
Vermittlungsquote nach Managed Care	Managed Care	64	39,0%	9	5,5%	73	44,5%	164
	Andere Krankenkassen	40	41,2%	1	1,0%	41	42,3%	97

Patienten in einem Managed Care Programm wurden zu 44,5 Prozent und Patienten ohne Programm zu 42,3 Prozent vermittelt. Nach Bereinigung der Einmalkontakte ergeben sich Vermittlungsquote von 49,1 Prozent bei Managed Care Programmen und 41,2 Prozent ohne ein Programm. Der Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant. Wir konnten in den letzten Jahren eine Entwicklung erkennen, dass zunehmend schwer Abhängigkeitskranke im Rahmen der Managed Care Programm in unsere Einrichtung vermittelt werden. Dies könnte ein Grund für ein Fehlen der statistischen Überlegenheit gegenüber der Behandlung ohne Managed Care Programm und die damit verbundenen Vernetzung mit den einzelnen Säulen des Gesundheitssystems sein.

Tabelle 6:

Merkmal	**Kategorie**	MW	STD	n	Statistik
Einzelkontakte	Männlich	3,6	1,9	190	n.s.
	Weiblich	3,9	2,0	77	
	Verm. in ambl. Reha	**4,6**	**1,7**	**108**	p<0,001
	Verm. in stat. Reha	3,8	2,3	10	
	Nicht vermittelt	2,7	1,8	139	
Gruppenkontakte	Männlich	3,3	2,9	190	n.s.
	Weiblich	4,3	3,4	77	
	Verm. in ambl. Reha	**5,5**	**2,8**	**108**	p<0,001
	Verm. in stat. Reha	5,1	3,6	10	
	Nicht vermittelt	2,3	2,6	139	
Behandlungsdauer	Männlich	44,9 Tage	47,8 Tage	190	n.s.
	Weiblich	46,2 Tage	30,4 Tage	77	
	Verm. in ambl. Reha	**52,4 Tage**	**28,4 Tage**	**108**	p<0,01
	Verm. in stat. Reha	80,2 Tage	49,1 Tage	10	
	Nicht vermittelt	34,4 Tage	49,1 Tage	139	

Betrachtet man die Kontaktzahl (Einzelkontakte 3,7±1,9; Gruppenkontakte 3,6±3,1) und die Behandlungsdauer (51,6±42,8 Tage), bezogen auf das Geschlecht, so ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Es ergeben sich jedoch statistisch signifikante Unterschiede (p<0,01 bzw. p<0,001) dieser Variablen, wenn die Art der Weitervermittlung zur Differenzierung zugrunde gelegt wird. Erwartungsgemäß werden nicht vermittelte Patienten mit 34,4±49,1 Tagen und 2,7±1,8 Einzel- sowie 2,3±2,6 Gruppenkontakten am kürzesten behandelt. Patienten mit Vermittlung in eine ambulante Suchtrehabilitationsmaßnahme werden 52,4±28,4 Tage behandelt und kommen auf 4,6±1,7 Einzel- sowie 5,5±2,8 Gruppenkontakte. Die längste Behandlungszeit in der Orientierungsphase mit 80,2±49,1 Tagen registrieren wir bei Patienten, die in stationäre Suchtrehabilitation vermittelt wurden, da hier die Klärungszeit länger war und ein Aufnahmetermin nicht immer sofort zu Verfügung stand. Diese Patienten nahmen an 3,8±2,3 Einzel- und 5,1±3,6 Gruppenkontakten teil. Die Behandlungsdauer bezogen auf die Weitervermittlung in eine Rehabilitationsbehandlung zeigt im Vorjahresvergleich keine signifikanten Unterschiede.

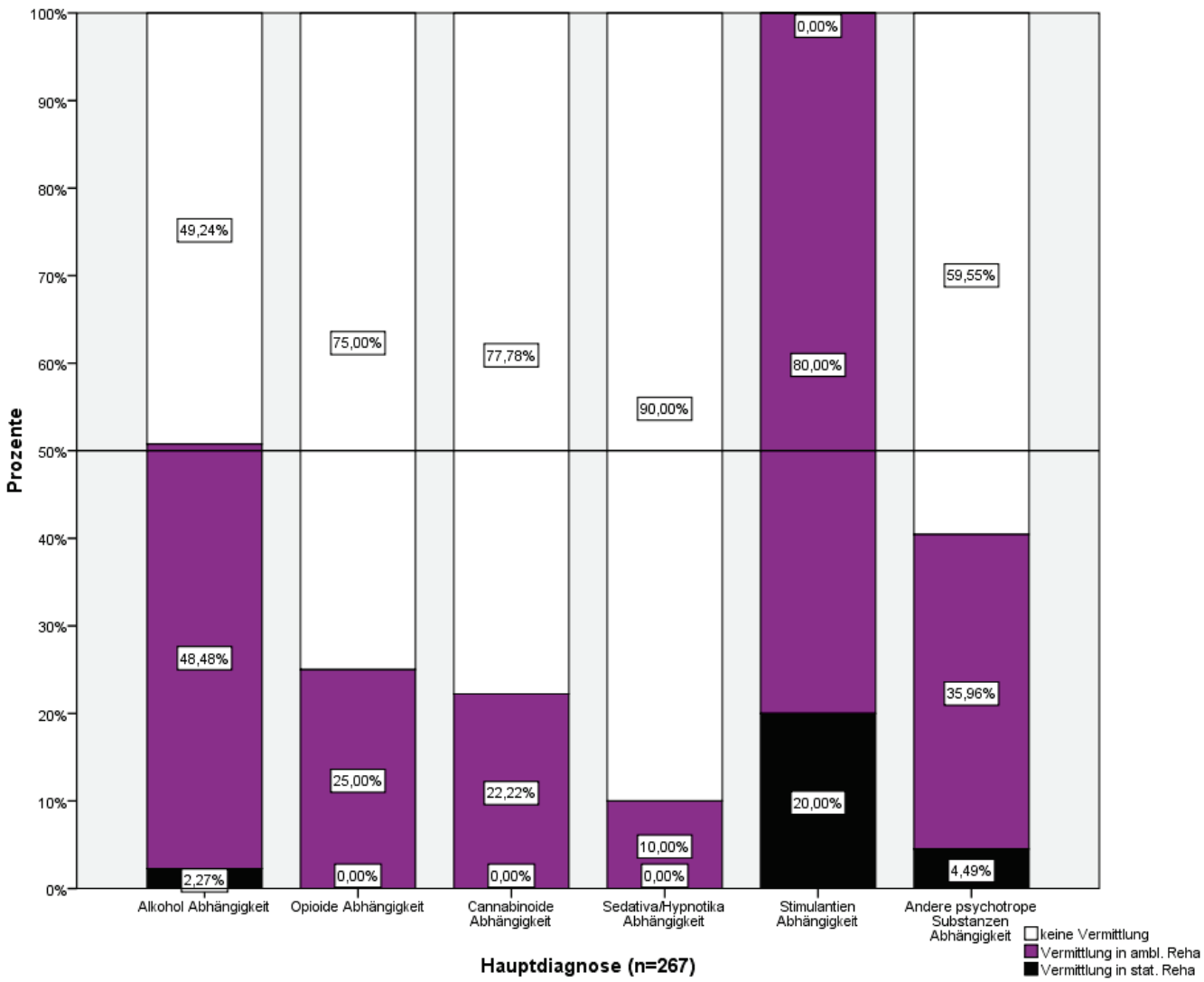

Abbildung 3: Vermittlungsquoten in Abhängigkeit der Hauptdiagnose (n=267) bezogen auf alle Patienten inklusive der Einmalkontakte

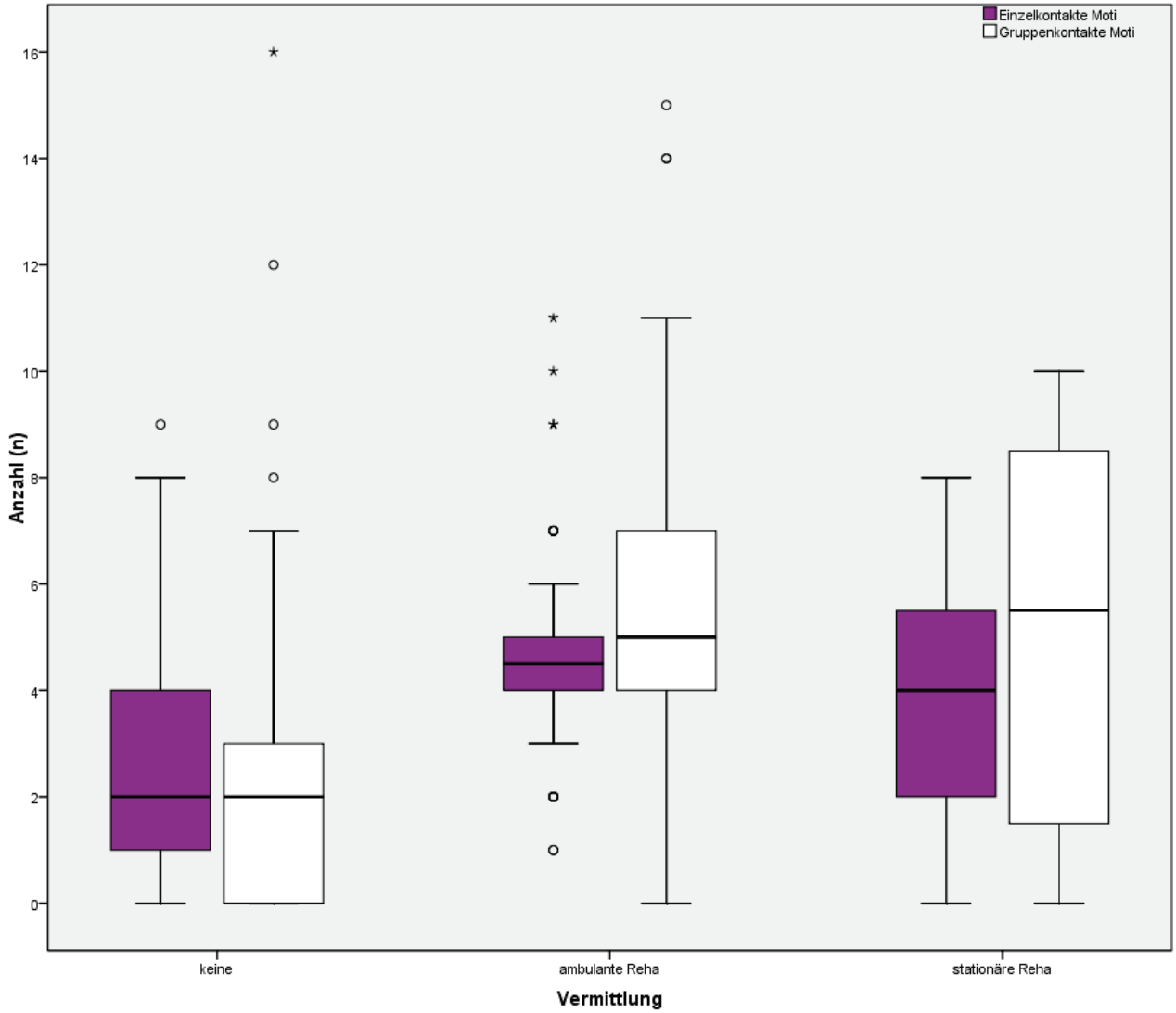

Abbildung 4: Kontaktanzahl in Abhängigkeit der Art der Vermittlung (n=267)

2. Ambulante Suchtrehabilitation Entlassungsjahrgang 2011

Die folgende Auswertung bezieht sich auf alle Patienten, die im Jahr 2010 ihre ambulante Suchtrehabilitation (n=105) beendeten. Insgesamt nahmen 69 Männer (65,7%) und 36 Frauen (34,3%) an der ambulanten Rehabilitationsbehandlung teil.

2.1 Leistungsträger und Behandlungsindikation

Leistungsträger der Rehabilitation sind in der Mehrzahl der Fälle die Rentenversicherungsträger mit insgesamt 87,6%. Privatzahler stellen mit 2,9% einen geringen Teil der Patienten. Die Krankenkassen traten in 9,5% der Fälle als Leistungsträger der Rehabilitationsbehandlung auf. Es fällt auf, dass die von uns behandelten Frauen häufiger bei der DRV Bund und die Männer bei der DRV Saar versichert sind, was mit dem unterschiedlichen Arbeitsfeld zu erklären ist.

Die Vermittlung in ambulante Suchtrehabilitation bei Ianua G.P.S. mbH erfolgt ausschließlich aus der eigenen Orientierungsphase. In dieser werden unsere Patienten von mehreren verschiedenen Stellen vermittelt. Hierzu gehören das Arbeitsamt, Betriebe und Bezugspersonen der Patienten. Der kumulative Anteil der durch diese Stellen vermittelten Patienten liegt bei 24,8%. Der größte Anteil von 75,2% der Patienten wird durch die psychiatrische Praxis Steffen, mit der ein Vertrag zur Integrierten Versorgung Abhängigkeitskranker besteht, in unsere ambulante Rehabilitationsbehandlung vermittelt.

Tabelle 7:

Merkmal	Kategorie	M n=69		W n=36		Gesamt n=105		Statistik
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Leistungsträger	DRV Bund	16	23,2%	13	36,1%	29	27,6%	n.s.
	DRV Saar	40	58,0%	19	52,8%	59	56,2%	
	Andere DRV	4	5,8%	0	0%	4	3,8%	
	Krankenkasse	6	8,6%	4	11,1%	10	9,5%	
	privat	3	4,4%	0	0%	3	2,9%	
Vermittlung durch	Psychiatrische Praxis	52	75,4%	27	75%	79	75,2%	n.s. vs. M/W
	sonstige	17	24,6%	9	25%	26	24,8%	
Diagnose	F10 - Alkohol	45	65,2%	16	44,4%	61	58,1%	Chi2 14,5; p<0,05
	F12 - Cannabis	2	2,9%	1	2,8%	3	2,9%	
	F13 - Sedativa	3	4,3%	5	11,1%	7	6,7%	
	F15 - Stimulantien	2	2,9%	0	0,0%	2	1,9%	
	F19 - Medikamente	1	1,4%	7	19,4%	8	7,6%	
	F19 - Polytoxikomanie	16	23,2%	8	22,2%	24	22,9%	

In unserer ambulanten Suchtrehabilitation werden Patienten mit verschiedenen Substanzabhängigkeiten behandelt. Eine Trennung der Therapiegruppen nach Diagnose erfolgt aufgrund des Behandlungskonzeptes nicht. Mit 58,1% (M = 65,2%; W = 44,4%) der Fälle ist die Alkoholabhängigkeit die mit Abstand häufigste Diagnose als Indikation zur Rehabilitation. Für die Abhängigkeiten von Cannabis (n=3) und Stimulantien (n=2) konnten wir eher kleine Patientenkollektive rekrutieren, bei denen eine weitere Subgruppenanalyse nicht sinnhaft ist. Mit insgesamt 22,9% der Fälle stellt die prognostisch ungünstige Diagnosegruppe der Polytoxikomanie und Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen neben der Alkoholabhängigkeit das zweitgrößte Patientenkollektiv dar. Frauen sind häufiger bei den Diagnosen der Sedativaabhängigkeit (Frauen: 11,1% vs. Männer 4,3%) und der Medikamentenabhängigkeit (Frauen: 19,4% vs. Männer: 1,4%) vertreten.

Dies erklären wir uns durch einen häufigeren abhängigen Gebrauch von Benzodiazepinen, Schmerzmitteln und psychotropen Medikamenten bei Frauen. Wir sehen über die Jahre eine stetige Zunahme dieser Diagnosegruppe mit einem Anstieg von 13 Prozent in den letzten zwei Jahren (2009: 17,7%; 2010: 27,8%; 2011: 30,5%).

Tabelle 8:

Merkmal	**Kategorie**	MW	STD	n	Spann-weite	**Statistik**
Altersverteilung der Diagnosen	F10 - Alkohol	48,6 Jahre	10,4 Jahre	61	45	ANOVA: F=9,733 p<0,001
	F12 - Cannabis	35,0 Jahre	4,4 Jahre	3	8	
	F13 - Sedativa	49,3 Jahre	9,5 Jahre	7	28	
	F15 - Stimulantien	29,0 Jahre	2,8 Jahre	2	4	
	F19 - Medikamente	47,3 Jahre	8,6 Jahre	8	28	
	F19 - Polytoxikomanie	33,1 Jahre	11,1 Jahre	24	38	

Betrachtet man das durchschnittliche Alter bei Rehabeginn, so zeigt sich eine Unterteilung in zwei Gruppierungen. Während die Cannabisabhängigkeit (35,0±4,4 Jahre), die Stimulantienabhängigkeit (29,0±2,8 Jahre) und die Polytoxikomanie (33,1±11,1 Jahre) relativ nahe beieinander liegen, gibt es einen signifikanten Unterschied ($p<0.001$) zum mittleren Alter der Alkohol- (48,6±10,4 Jahre), Medikamenten- (47,3±8,6 Jahre) und der Sedativaabhängigen (49,3±9,5 Jahre).

2.2 Sozidemographische Charakterisierung der Rehabilitationspatienten

Zur besseren Abschätzung der Schwere der Erkrankung und der Prognose ist eine genauere soziodemographische Charakterisierung des Patientenkollektives erforderlich, um einen Vergleich zu anderen Ergebnissen zu ermöglichen.

Betrachtet man den Familienstand der Patienten, so zeigt sich, dass mit 37,1% der Fälle der größte Teil der Patienten ledig ist. Hierbei fällt auf, dass die Männer mit 43,5% deutlich häufiger betroffen sind als Frauen (25,0%). Bei der zweitgrößten Gruppe der Verheirateten (36,2%) zeigt sich dagegen nur ein geringer Geschlechtsunterschied (M = 40,6%; W = 36,2%). Männer (4,3%) waren etwas seltener verheiratet und getrennt lebend, als Frauen (7,6%). 1,9% unserer Patientinnen waren verwitwet. Der Anteil an geschiedenen Patienten beträgt in diesem Jahr 17,1% (M = 11,6%; W = 17,1%).

Die hier noch deutlichen Geschlechtsunterschiede zwischen Verheirateten und Ledigen schwächen sich jedoch ab, wenn man die Partnersituation betrachtet. Hierbei zeigt sich, dass mit 61,9% der Fälle (M = 63,8%; W = 58,3%) der Großteil der Patienten in einer festen Partnerschaft lebt. 36,2% (M = 34,8%; W = 38,9%) sind alleinstehend und 1,9% (M = 1,4%; W = 2,8%) leben in einer zeitweiligen Beziehung

Bei der Betrachtung der Wohnsituation fällt auf, dass mit 90,5% die meisten Patienten selbstständig wohnen. Der Anteil der Frauen (94,4%) liegt hierbei 6% über dem der Männer (88,4%). 55,2% unserer Patienten leben hierbei mit ihrem Partner zusammen (M = 56,5%; W = 52,8%), 30,5% mit ihren Kindern (M = 27,5%; W = 36,1%).

Beim Schulabschluss ist die Patientengruppe mit Haupt- und Sonderschulabschluss mit 48,6% (M = 47,8%; W = 50,0%) zwar immer noch die größte, im Vergleich zum Vorjahr jedoch deutlich kleiner geworden. Der Anteil an Patienten mit Realschulabschluss hat sich hingegen im Vorjahresvergleich auf 36,2% (M = 33,3%; W = 41,7%) verdoppelt. 12,4% (M = 14,5%; W = 8,3%) der Patienten haben ihre Schullaufbahn mit dem Abitur beendet. Nur 2,1% der Patienten haben keinen Schulabschluss.

Eine abgeschlossene Ausbildung können 78,1% (M = 79,7%; W = 75,0%) und somit die überwiegende Mehrheit unserer Patienten vorweisen. Das Fehlen jeglichen Berufsabschlusses ist mit 5,7% der Fälle (M = 4,3%; W = 8,3%) im Vergleich zum Vorjahr weiterhin rückläufig. Jeweils 4,8% der Patienten erreichten eine Meisterausbildung bzw. einen Hochschulabschluss (je M = 4,3%; W = 5,5%). Noch in Ausbildung waren insgesamt 4,8% der Patienten. Bei der Betrachtung des höchsten

Ausbildungsabschlusses fallen in diesem Jahr kaum Geschlechtsunterschiede auf. Die Frauen haben im Vergleich zum Vorjahr deutlich aufgeholt.

Tabelle 9:

Merkmal	**Kategorie**	**M** n=69		**W** n=36		**Gesamt** n=105		**Statistik**
		Anzahl	**Prozent**	**Anzahl**	**Prozent**	**Anzahl**	**Prozent**	
Familienstand	Ledig	30	43,5%	9	25,0%	39	37,1%	Chi2 13,5; p<0,01
	Verheiratet	28	40,6%	10	36,2%	38	36,2%	
	Verheiratet getrennt	3	4,3%	5	7,6%	8	7,6%	
	Geschieden	8	11,6%	10	17,1%	18	17,1%	
	verwitwet	0	0,0%	2	1,9%	2	1,9%	
Partnersituation	Alleinstehend	24	34,8%	14	38,9%	38	36,2%	n.s.
	Feste Beziehung	44	63,8%	21	58,3%	65	61,9%	
	Zeitweilige Beziehung	1	1,4%	1	2,8%	2	1,9%	
Wohnsituation	Selbstständig	61	88,4%	34	94,4%	95	90,5%	n.s.
	Bei Anderen	8	11,6%	2	5,6%	10	9,5%	
	Sonstige	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Alleinlebend	20	29,0%	9	25,0%	29	27,6%	n.s.
	Mit Partner	39	56,5%	19	52,8%	49	55,2%	
	Mit Kindern	19	27,5%	13	36,1%	28	30,5%	
Schulabschluss	Ohne	3	4,3%	0	0,0%	3	2,1%	n.s.
	Haupt-/Sonderschule	33	47,8%	18	50,0%	51	48,6%	
	Realschulabschluss	23	33,3%	15	41,7%	38	36,2%	
	Hochschulreife	10	14,5%	3	8,3%	13	12,4%	
Ausbildungs-abschluss	Ohne	3	4,3%	3	8,3%	6	5,7%	n.s.
	Sonstige	1	1,4%	1	2,8%	2	1,9%	
	in Ausbildung	4	5,8%	1	2,8%	5	4,8%	
	Abgeschl. Lehre	55	79,7%	27	75,0%	82	78,1%	
	Meister/Techniker	3	4,3%	2	5,6%	5	4,8%	
	Hochschulabschluss	3	4,3%	2	5,6%	5	4,8%	
Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	40	58,1%	19	52,7%	59	56,2%	Chi2 = 14,1; p<0,05
	arbeitslos	16	23,6%	7	19,4%	23	21,9%	
	Hausfrau/-mann	0	0,0%	5	13,9%	5	4,8%	
	in Ausbildung	5	7,2%	1	2,8%	6	5,7%	
	Rentner/-in	8	11,6%	4	11,1%	12	11,4%	
Problematische Schulden	Keine	54	78,3%	33	91,7%	87	82,9%	n.s.
	Bis 10.000 €	4	5,8%	2	5,3%	6	5,7%	
	Über 10.000 €	11	15,9 %	1	2,8%	12	11,5%	

Die Erwerbssituation ist ein wichtiger Prognosefaktor für den Behandlungserfolg. 56,2% der Patienten (M = 58,1%; W = 52,7%) sind erwerbstätig. Die Gruppe der Arbeitslosen ist mit 21,9% (M = 23,6%; W = 19,4%) am zweitgrößten. Der Anteil an Hausfrauen liegt in diesem Jahr bei 4,8%; Hausmänner gibt es keine. 11,4% der Patienten sind Rentner. Hier fanden sich keine Geschlechtsunterschiede. Vergleicht man die Erwerbsgruppen hinsichtlich ihres Alters, so fällt auf, dass erwerbslose Patienten im Schnitt um vier Jahre jünger sind als erwerbstätige (38,6 Jahre vs. 42,6 Jahre).

Ein weiterer wichtiger Faktor sind problematische Schulden der Patienten. Bei 82,9% der Patienten (M = 78,3%; W = 91,7%) bestehen keine problematischen Schulden. 5,7% haben eine Verschuldung bis zu 10.000€ und 11,5% von mehr als 10.000€ vorzuweisen. Auffällig ist hierbei, dass Männer in der Kategorie Schulden über 10.000€ mit 15,9% wesentlich häufiger vertreten sind als Frauen mit 2,8%; dieses Verhältnis hat sich im Vergleich zum Vorjahr umgekehrt.

Tabelle 10:

Merkmal	**Kategorie**	MW	STD	n	Spann weite	**Statistik**
Alter, bezogen auf das Geschlecht	Männlich	43,5 Jahre	12,7 Jahre	69	47	n.s.
	Weiblich	45,7 Jahre	11,1 Jahre	36	42	
Alter, bezogen auf die Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	42,6 Jahre	11,5 Jahre	64	42	ANOVA F=12,4 p<0,001
	erwerbslos	38,6 Jahre	9,3 Jahre	23	40	
	Rentner	59,6 Jahre	8,7 Jahre	12	26	
	Sonstige nicht erwerbstätige	53,0 Jahre	6,3 Jahre	6	18	

18,1% (M = 15,9%; W = 22,2%) sind schon zu früheren Zeitpunkten mit unserer Einrichtung in Kontakt gekommen. Diese Kontakte ergeben sich aus Beratungen, Orientierungsphasen und Rehabilitationsbehandlungen. 17,2% der Patienten haben mindestens schon einmal eine ambulante und 13,3% Prozent eine stationäre Suchtrehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen. Frauen sind mit 25,0% bezüglich einer Suchtrehabilitation seltener vorbehandelt als Männer (33,3%).

Betrachtet man das Alter bei Erstkonsum, so zeigt sich, dass Frauen im Schnitt mit 24,5±14,4 Jahren 4,9 Jahre älter sind als Männer mit 19,6±10,5 Jahren ($p<0,05$). Bezogen auf die Hauptdiagnose, findet man bei Alkohol (21,4±11,6 Jahre), Cannabis (24,0±7,9 Jahre), Stimulantien (17,0±4,2 Jahre) und Polytoxikomanien (15,7±4,3 Jahre) ein relativ einheitliches Ergebnis. Hiervon weicht das

Alter bei Erstkonsum der Sedativa mit 35,1±16,4 Jahren deutlich ab. Auf die möglichen Ursachen sind wir bereits in der Darstellung der Daten der Orientierungsphase unter Punkt 1.2 eingegangen.

Tabelle 11:

Merkmal	**Kategorie**	**M** n=69		**W** n=36		**Gesamt** n=105		**Statistik**
		Anzahl	**Prozent**	**Anzahl**	**Prozent**	**Anzahl**	**Prozent**	
Vorbehandlung	Erstbehandlung in unserer Einrichtung	58	84,1%	28	77,8%	86	81,9%	n.s.
	Wiederbehandlung in unserer Einrichtung	11	15,9%	8	22,2%	19	18,1%	
	Ambulante Reha	12	17,4%	6	16,7%	18	17,2%	n.s.
	Stationäre Reha	11	15,9%	3	8,3%	14	13,3%	

Merkmal	**Kategorie**	MW	STD	n	Spann-weite	**Statistik**
Abhängigkeits-dauer	Männlich	17,3 Jahre	11,2 Jahre	69	42	n.s
	Weiblich	13,5 Jahre	10,5 Jahre	36	41	
	F10 - Alkohol	18,7 Jahre	11,5 Jahre	61	42	n.s
	F12 - Cannabis	10,6 Jahre	7,1 Jahre	3	14	
	F13 - Sedativa	13,8 Jahre	8,6 Jahre	7	22	
	F15 - Stimulantien	9,5 Jahre	9,2 Jahre	2	13	
	F19 - Medikamente	13,5 Jahre	13,7 Jahre	8	33	
	F19 - Polytoxikomanie	11,6 Jahre	8,7 Jahre	24	37	
Alter bei Erstkonsum	Männlich	19,6 Jahre	10,5 Jahre	69	45	p<0,05
	Weiblich	24,5 Jahre	14,4 Jahre	36	54	
	F10 - Alkohol	21,4 Jahre	11,6 Jahre	61	48	ANOVA F=3,7 p<0,01
	F12 - Cannabis	24,0 Jahre	7,9 Jahre	3	33	
	F13 - Sedativa	35,1 Jahre	16,4 Jahre	7	48	
	F15 - Stimulantien	17,0 Jahre	4,2 Jahre	2	20	
	F19 - Medikamente	25,6 Jahre	16,9 Jahre	8	44	
	F19 - Polytoxikomanie	15,7 Jahre	4,3 Jahre	24	22	

Männer sind mit 17,3±11,2 Jahren im Mittel 3,8 Jahre länger abhängig als Frauen mit 13,5±10,5 Jahren. Bei der Betrachtung der Abhängigkeitsdauer nach Hauptdiagnose lassen sich aufgrund der Gruppenfallzahlen nur die Alkoholabhängigkeit (18,7±11,5 Jahre) und die Polytoxikomanie (11,6±8,7 Jahre) sicher statistisch analysieren. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

2.3 Behandlungsverlauf und -erfolg der ambulanten Rehabilitation

Um unseren Behandlungserfolg quantifizieren zu können, führen wir regelmäßige Katamnesen bei unseren ehemaligen Patienten durch. Eine andere Möglichkeit besteht darin, die Art der Beendigung der Rehabilitationsbehandlung zu untersuchen. In diesem Parameter spiegelt sich wieder, ob die Therapie planmäßig beendet werden konnte oder durch problematische Umstände vorzeitig abgebrochen werden musste. Dieser Parameter ist jedoch nicht mit Abstinenz gleichzusetzen. Jedoch ist eine reguläre Beendigung ein positiver Prädiktor für die Abstinenz und erhöht die Chance für die weiterführende Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe durch eine nachhaltige Auseinandersetzung mit den zu Grunde liegenden maladaptiven Prozessen und der Suchtstruktur währende der Rehabilitationsbehandlung[10]. Wir konnten in einer eigenen Arbeit zeigen, dass der regulär und damit erfolgreich beendete Rehabilitation ein größerer prädiktiver Wert zuzuordnen ist als der Arbeitslosigkeit und dem Familienstatus. Wir postulierten daher, dass ein Wegkommen vom Stigma, dass arbeitslose, alleinstehende Patienten eine schlechte Prognose in der Suchtrehabilitation haben, zu einer Reduktion von Gegenübertragungskonflikten seitens des Therapeuten im Rahmen seiner Erwartungshaltung führen kann und so die Prognose verbessert wird[9].

Insgesamt konnten wir 64,2% (M = 62,4%; W = 66,7%) unserer Patienten regulär entlassen. 35,8% (M = 37,6%; W = 33,3%) beendeten die Behandlung irregulär. Überdurchschnittlich häufig planmäßig beendeten Alkoholabhängige die Behandlung mit 64,0% regulären Beendigungen. Auch bei der Polytoxikomanie konnte mit einer Quote von 58,6% regulär beendeter Therapien ein sehr gutes Ergebnis erzielt werden. Die Interpretation der übrigen Hauptdiagnosen ist aufgrund der geringen Fallzahlen kritisch zu sehen.

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

---

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

Frauen beendeten mit 66,7% die ambulante Rehabilitation tendenziell, jedoch nur geringfügig häufiger erfolgreich als Männer mit 62,4%. Sie nahmen in dieser Zeit mehr Therapieeinheiten als Männer wahr; signifikante Unterschiede ergeben sich aufgrund der geringen Fallzahlen aber nicht. Frauen sind durchschnittlich 41,8 Tage länger in ambulanter Suchtrehabilitation.

Tabelle 12:

Merkmal	**Kategorie**	**Art der Beendigung**		**Beurteilung der Symptomatik**				**n**
		plan-mäßig	**unplan-mäßig**	behoben	gebessert	gleich	schlechter	
Geschlecht	Gesamt	64,2%	35,8%	54,3%	32,4%	9,5%	3,8%	105
	Männlich	62,4%	37,6%	50,7%	36,2%	8,7%	4,3%	69
	Weiblich	66,7%	33,3%	61,1%	25,0%	11,1%	2,8%	36
Diagnose	F10 - Alkohol	64,0%	36,0%	55,7%	27,9%	9,8%	6,6%	61
	F12 - Cannabis	33,4%	66,6%	33,3%	66,7%	0%	0%	3
	F13 - Sedativa	71,4%	28,6%	71,4%	28,6%	0%	0%	7
	F15 - Stimulantien	50,0%	50,0%	0%	0%	100%	0%	2
	F19 - Medikamente	87,5%	12,5%	87,5%	12,5%	0%	0%	8
	F19 - Polytoxikomanie	58,6%	41,4%	41,7%	50%	8,3%	0%	24
Erwerbsstatus	erwerbstätig	70,3%	29,7%	60,9%	28,1%	6,3%	4,7%	64
	erwerbslose	47,8%	52,2%	30,4%	47,8%	17,4%	4,3%	23
	Rentner	58,3%	41,7%	50%	33,3%	16,7%	0%	12
	Sonstige nicht erwerbstätige	66,7%	33,3%	83,3%	16,7%	0%	0%	6
Partnersituation	Alleinstehend	65,8%	34,2%	47,4%	44,7%	2,6%	5,3%	38
	Feste Beziehung	73,9%	26,1%	58,5%	26,2%	12,3%	3,1%	65
	Zeitweilige Beziehung	50%	50%	50%	0%	50%	0%	2

Die Zahl der nicht regulär entlassenen Patienten hängt mit der konsequenten Handhabung der Rückfälligkeit durch IANVA zusammen. Als rückfällig wird jeder Patient eingestuft, der - wenn auch nur kurzfristig oder in geringen Mengen - Drogen, Alkohol oder Medikamente mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotential konsumiert hat. Der zweite Rückfall führt obligatorisch zur Beendigung der Maßnahme oder zur Unterbrechung, um eine stationäre Rückfallanalyse (z. B. ST.A.R.S.-Programm) durchzuführen. Wenn die Stabilität im ambulanten Setting absehbar nicht zu gewährleisten ist, wird die Umwandlung der Maßnahme in eine langfristig stationäre Suchtrehabilitation vorgenommen, sofern Abstinenz- und Behandlungsbereitschaft beim Patienten vorliegen.

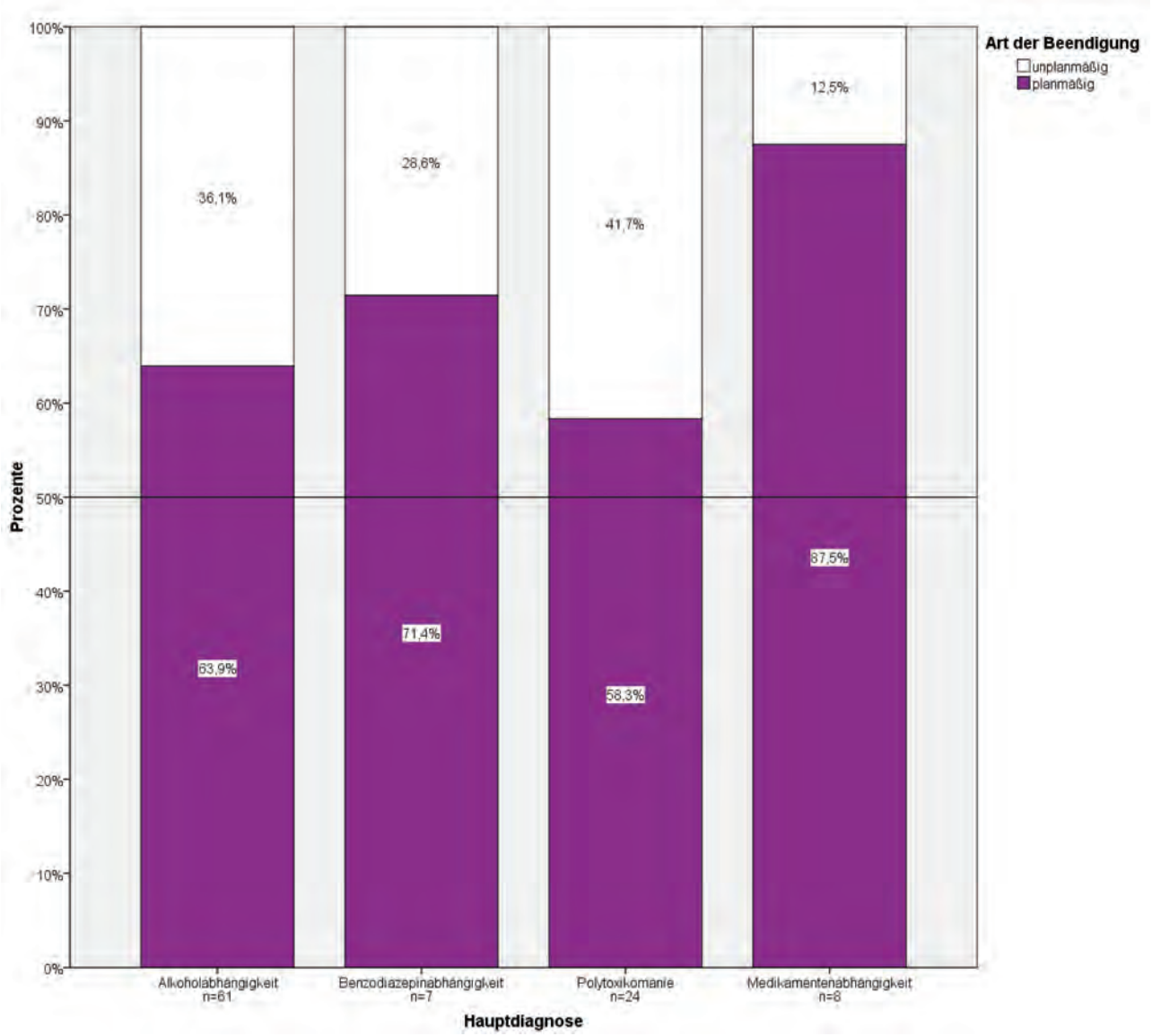

Abbildung 5: Art der Beendigung in Abhängigkeit der Hauptdiagnose (n=105), es wurden nur Hauptdiagnosen mit mind. n=3 dargestellt, wobei lediglich die F10 und F19 ausreichend groß sind, um eine valide Aussage zu treffen.

Statistische signifikante Unterschiede zeigen sich, wenn man die Kontaktzahlen und die Behandlungsdauer in Abhängigkeit von der Art der Beendigung vergleicht. Erfolgreich/planmäßig behandelte Patienten nahmen an doppelt so vielen Einzelkontakten (9,9±5,3; p<0,001) und anderthalb so vielen Gruppenkontakten (95,9±30,2; p<0,001) teil. Die Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie gelang wesentlich effektiver (erfolgreich: 7,6±4,2 Kontakte; nicht erfolgreich: 2,3±3,0 Kontakte; p<0,001) bei planmäßig beendeten Patienten. Die Einbeziehung der Angehörigen ist ein wichtiger Bestandteil der ambulanten Suchtrehabilitation und hilft dabei,

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

Die Analyse der Betreuungszeiten zeigt deutlich längere Betreuungen der planmäßig beendeten Patienten von etwa einem Jahr (352,0±108,8 Tage). Therapieabbrecher befinden sich lediglich 132,1±100,8 Tage in Behandlung (p<0,001). Somit erfüllen wir in der ambulanten Rehabilitation die Forderungen nach einem verdichteten einjährigen Rehabilitationsprozess. Der Abbruch der Rehabilitation erfolgt in der Regel in den ersten 4 Monaten.

Tabelle 13:

Merkmal	**Kategorie**	MW	STD	n	Spann-weite	**Statistik**
Einzelkontakte	Männlich	7,6	5,2	69	22	n.s.
	Weiblich	9,6	5,5	36	26	
	Erfolgreich	9,9	5,3	67	27	p<0,001
	Nicht erfolgreich	5,2	3,9	38	14	
Gruppenkontakte	Männlich	70,5	44,6	69	117	n.s.
	Weiblich	81,8	34,8	36	117	
	Erfolgreich	95,9	30,2	67	117	p<0,001
	Nicht erfolgreich	36,0	30,3	38	100	
Angehörigen-kontakte (Einzel und Gruppe)	Männlich	5,0	4,6	69	12	n.s.
	Weiblich	7,0	4,4	36	10	
	Erfolgreich	7,6	4,2	67	12	p<0,001
	Nicht erfolgreich	2,3	3,0	38	10	
Indikative Gruppen	Männlich	1,1	2,7	69	12	n.s.
	Weiblich	1,9	2,8	36	10	
	Erfolgreich	1,8	3,1	67	12	p<0,05
	Nicht erfolgreich	0,6	1,5	38	6	
Betreuungsdauer	Männlich	258,1 Tage	158,8 Tage	69	492	n.s.
	Weiblich	299,9 Tage	127,9 Tage	36	452	
	Erfolgreich	352,0 Tage	108,8 Tage	67	484	p<0,001
	Nicht erfolgreich	132,1 Tage	100,8 Tage	38	350	

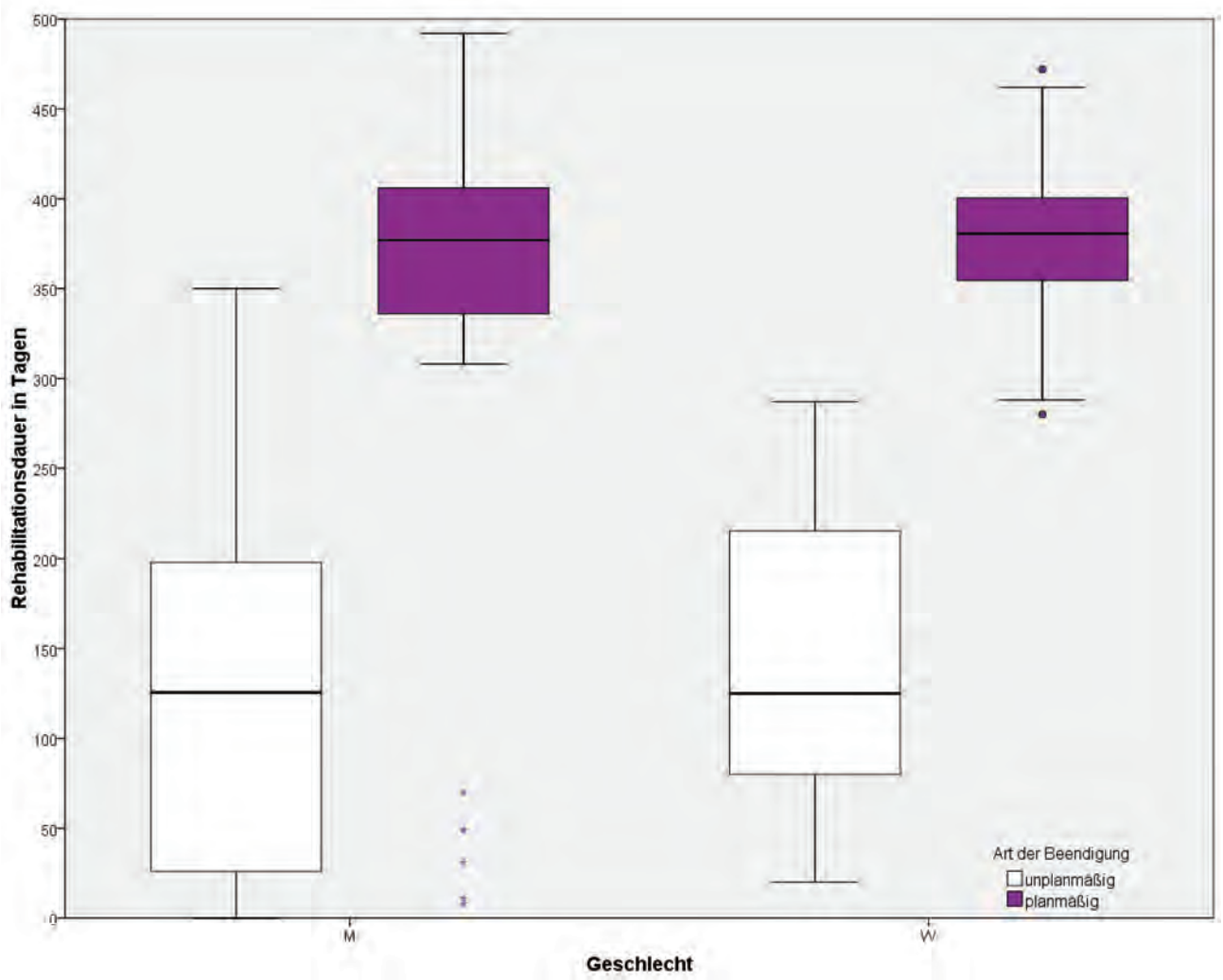

Abbildung 6: Rehabilitationsdauer in Abhängigkeit von der Art der Beendigung (n=105)

3. Einjahreskatamnese des Rehaentlassjahrgangs 2010

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. Ab 1991 ist unter steigendem Kostendruck und der Überlegung der gemeindenahen, frühzeitigen Behandlung durch die Vereinbarung zur ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken und in der Neuauflage („Vereinbarung Abhängigkeitserkrankte vom 04.05.2001") die Möglichkeit eines zweiten Standbeins in der langfristigen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter geschaffen worden.

Die katamnestische Nachuntersuchung ist fester Bestandteil der Qualitätssicherung der stationären Suchtrehabilitationseinrichtungen und wird in den nächsten Jahren immer mehr Bedeutung für ambulant arbeitende Suchteinrichtungen erlangen. Wir führen seit Jahren strukturierte Jahreskatamnesen unserer Patienten nach ambulanter Suchtrehabilitation durch. So können wir statistisch die Effektivität der ambulanten Behandlung im psychischen und sozialen Bereich über Variablen wie Abstinenz, Arbeits- und Lebenssituation beschreiben. Jedoch erreichen wir keine so großen Stichproben wie der Fachverband Sucht e. V. im stationären Bereich (Jahreskatamnese des Entlassungsjahres 2009: n=10.961[11]). Seit dem Entlassungsjahrgang 2008 werden einrichtungsübergreifende Einjahreskatamnese (2007, n=275; 2008, n=226; 2009, n=286 ambl. Reha) des Fachverbandes Sucht veröffentlicht[12]. IANVA G. P. S. mbH beteiligt sich stets an der Katamneseauswertung des Fachverbandes Sucht e. V. durch Datenlieferung (n=117) 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 2010 entlassenen Patienten (n=97) wurden zwölf Monate nach Beendigung ihrer ambulanten

---

[11] Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., et al. Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2002009 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell 1/2012, S16-27

[12] Missel P., Schneider B., Funke W., Janner-Schraml A., Klein T., Medenwaldt J, Scheider P., Steffen D., Weissinger V.: Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. SuchtAktuell 1/2012, S.28-35

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 Patienten telefonisch in Anlehnung an den „Gesprächsleitfaden Katamnesedaten" interviewt. Hierzu etablierten wir im letzten Jahr ein neues System, bei dem der jeweilige Bezugstherapeut den telefonischen Kontakt zu dem Patienten aufnimmt. Patienten nach erfolgter poststationärer ambulanter, kombiniert ambulant-stationärer Rehabilitation oder Nachsorge sind ausgeschlossen.

3.1 Beschreibung der Katamnesestichprobe

Die katamnestische Erreichungsquote beträgt 62,8 Prozent. 64,9 Prozent der Patienten waren männlich, 35,1 Prozent weiblich. Unter den Katamneseantwortern finden sich mehr Frauen (vgl. Tab. 14, $p>0,05$).

Das Durchschnittsalter betrug zum Rehabilitationsende 45,5±11,5 Jahre. Katamneseantworter waren im Schnitt 3,6 Jahre älter als Nichtantworter. 60,8 Prozent befanden sich in einer festen Partnerschaft. Betrachtet man die Schulausbildung, so hatten zum Rehabilitationsende 2,1 Prozent keinen Abschluss, 61,9 Prozent einen Sonder-/Hauptschulabschluss, 17,5 Prozent einen Realschulabschluss und 18,6 Prozent erreichten die Hochschulreife.

62,9 Prozent waren erwerbstätig, 19,6 Prozent erwerbslos und 5,2 Prozent subsumierten sich unter der Kategorie „nicht erwerbstätig" (Hausfrauen, Schüler, Studenten, Auszubildende, etc.). Berentet waren 12,4 Prozent. Problematische Schulden bis 10.000€ bestanden bei 10,3 Prozent der Patienten und über 10.000€ bei 9,3 Prozent.

64,9 Prozent der Patienten hatten nach ICD-10 die Hauptdiagnose einer Alkoholabhängigkeit (F10.2). Die Cannabisabhängigkeit (F12.2) wurde bei 10,3 Prozent und die Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei 4,1 Prozent gestellt. 18,6 Prozent der Patienten wurden der Hauptdiagnose des Abhängigkeitssyndroms bei multiplem Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.2) zugeordnet. Patienten mit der Hauptdiagnose Glücksspiel, Essstörungen oder Substanzmissbrauch werden in unserer Einrichtung nicht behandelt. Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug bei Aufnahme in die ambulante Suchtrehabilitation 16,7±11,3 Jahre. Geschlechtsspezifische, statistisch signifikante Unterschiede existieren nicht.

Eine ambulante Suchtrehabilitation hatten 17,5 Prozent der Patienten (36 Prozent der Nichtantworter) und eine stationäre Suchtrehabilitation 15,5 Prozent der Patienten (19,4 Prozent der Nichtantworter) vor dieser Indextherapie absolviert.

Tabelle 14:

Merkmal	**Kategorie**	**kein Katamnese-antworter, n=36**		**Katamnese-antworter, n=61**		**Gesamtstichprobe, n=97**	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	gesamt	36	100,0%	61	100,0%	97	100,0%
	männlich	26	72,2%	37	60,7%	63	64,9%
	weiblich	10	27,8%	24	39,3%	34	35,1%
Leistungsträger	Rentenversicherung	33	91,7%	50	82,0%	83	85,6%
	Krankenkasse	3	8,3%	8	13,1%	11	11,3%
	Sonstige	0	0,0%	3	4,9%	3	3,1%
Art der Behandlungs-beendigung	planmäßig	12	33,3%	38	62,3%	50	59,8%
	unplanmäßig	24	66,7%	23	37,7%	47	40,2%
Hauptdiagnose	F10 - Alkohol	20	55,6%	43	70,5%	63	64,9%
	F12 - Cannabis	4	11,1%	6	9,8%	10	10,3%
	F13 - Benzodiazepine	3	8,3%	1	1,6%	4	4,1%
	F14 - Kokain	1	2,8%	0	0,0%	1	1,0%
	F15 - Stimulantien	1	2,8%	0	0,0%	1	1,0%
	F19 - Polytoxikomanie	7	19,4%	11	18,0%	18	18,6%
Erstbehandlung in der Einrichtung	ja, Erstbehandlung	29	80,6%	45	73,8%	74	76,3%
	nein, Wiederaufnahme	7	19,4%	16	26,2%	23	23,7%
Anzahl ambl. Entwöhnungen	keine	23	63,9%	57	93,4%	80	82,5%
	eine oder mehr	13	36,1%	4	6,6%	17	17,5%
Anzahl stationärer Entwöhnungen	keine	29	80,6%	53	86,9%	82	84,5%
	eine oder mehr	7	19,4%	8	13,1%	12	15,5%
Höchster Schulabschluss	kein Schulabschluss	2	5,6%	0	0,0%	2	2,1%
	derzeit in Ausbildung	1	2,8%	0	0,0%	2	1,0%
	Hauptschulabschluss	25	69,4	35	57,4	60	61,9
	Realschulabschluss	4	11,1%	13	21,36%	17	17,5%
	Hochschulreife	5	13,9%	13	21,3%	18	18,6%
Partnerbeziehung	Keine feste Beziehung	13	36,2%	25	41,0%	38	39,2%
	Feste Beziehung	23	63,9%	36	59,0%	59	60,8%
problematische Schulden	keine	28	77,8%	50	80,2%	78	80,4%
	bis 10.000 Euro	4	11,1%	6	9,8%	10	10,3%
	mehr als 10.000 Euro	4	11,1%	5	8,2%	9	9,3%
Erwerbstätigkeit bei Entlassung	erwerbstätig	22	61,1%	39	63,9%	61	62,9%
	erwerbslos	10	27,8%	9	14,8%	19	19,6%
	nicht erwerbstätig	1	2,8%	4	6,6%	5	5,2%
	Rentner/-in	3	8,3%	9	14,8%	12	12,4%

Tabelle 55:

Merkmal	**kein Katamnese-antworter, n=36**		**Katamnese-antworter, n=61**		**Gesamtstichprobe, n=97**	
	MW	**STD**	**MW**	**STD**	**MW**	**STD**
Alter bei Rehabilitationsende (Jahre)	43,2	10,8	46,8	11,2	45,5	11,5
Alter bei Erstkonsum (Jahre)	19,8	9,2	19,7	9,7	19,7	8,7
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	16,1	10,1	17,0	11,9	16,7	11,3
Anzahl der Einzelkontakte	7,8	5,2	7,9	5,4	7,9	5,2
Anzahl der Gruppenkontakte	57,8	39,0	74,4	42,4	68,2	41,7
Anzahl der Angehörigenkontakte	3,8	4,1	6,7	5,0	5,1	4,7
Anzahl der Indikativen Gruppen	1,0	2,3	1,0	2,4	1,0	2,4
Rehabilitationsdauer (Tage)	212,8	153,6	265,9	153,6	246,3	150,5

Die Beendigung der ambulanten Suchtrehabilitation erfolgte für 59,8 Prozent der Patienten planmäßig. 40,2 Prozent der Patienten beendeten die Suchtrehabilitation unplanmäßig. Der Mittelwert der Gruppenkontakte liegt bei 68,2±41,7. Es zeigt sich, dass Katamneseantworter, wie bereits durch die Verteilung in der Art der Beendigung impliziert, signifikant mehr Kontakte wahrgenommen hatten (Katamneseantworter: 74,4±42,4 Gruppenkontakte vs. kein Katamneseantworter: 57,8±39,0 Gruppenkontakte, $p<0,05$). Gleiches zeigt sich auch für die Anzahl der Angehörigenkontakte (3,8±4,1 und 6,7±5,0). Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Gruppenkontakte bei allen Patienten um durchschnittlich drei Kontakte gestiegen.

Patienten, die auf die Katamnesebefragung geantwortet haben, sind tendenziell älter und haben ihre Behandlung planmäßig mit signifikant mehr Behandlungsterminen abgeschlossen.

3.2 Erreichungs- und Abstinenzquoten

Die Berechnung der Abstinenzquoten (1-4) erfolgte nach den Standards der DGSS (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie)[13,14,15]. Patienten, für die keine, oder nur

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

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

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

widersprüchliche Angaben aus der katamnestischen Untersuchung vorliegen, sind per Definition rückfällig. In dieser Kategorie eingeschlossen sind ebenfalls: „unbekannt verzogen", „verweigert", „nicht geantwortet", „verstorben", „unfähig zur Beantwortung".

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

Als „abstinent" wurden nur Patienten 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" zählen alle Patienten mit einer mindestens 30 Tagen dauernden Abstinenz zum Befragungszeitpunkt. Alle andern Patienten mit widersprüchlichen oder fehlenden Angaben wurden als „rückfällig" eingestuft.

Die günstigste Berechnungsform bezieht sich auf die Anzahl der Katamneseantworter (DGSS1), die ihre ambulante Suchtrehabilitation planmäßig abgeschlossen haben. Es zeigt sich dabei eine Abstinenzquote von 81,5 Prozent für die durchgehende und von 13,2 Prozent für die nach Rückfall neu erreichte Abstinenz. Nur 5,3 Prozent der planmäßig entlassen und erreichten Patienten waren im Katamnesezeitraum rückfällig.
Es konnten immerhin 76,0 Prozent der planmäßig beendeten Patienten (DGSS2) erreicht werden. Erfolgreich (abstinent/abstinent nach Rückfall) behandelt waren 74,0 Prozent. Ein ähnliches Bild ergibt sich für alle erreichten Patienten (DGSS3): 63,9 Prozent durchgehende Abstinenz, 14,8 Prozent Abstinenz nach Rückfall und 21,3 Prozent rückfällig im Katamnesezeitraum.

Die konservativste Berechnungsform, DGSS4, zeigt eine katamnnestische Erreichungsquote von 51,5 Prozent. 42,2 Prozent aller Patienten war durchgehend abstinent, 9,3 Prozent sind zum Katamnesezeitpunkt abstinent nach einem Rückfall. Als rückfällig und rückfällig per Definition werden 48,5 Prozent eingestuft. Die Ergebnisse sind im Vorjahresvergleich statistisch nicht signifikant unterschiedlich.

Tabelle 16:

Kategorie	**DGSS1** n=38		**DGSS2** n=50		**DGSS3** n=61		**DGSS4** n=97	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Katamneserücklauf	38	100%	38	76,0%	61	100%	61	62,9%
Abstinent	31	81,5%	32	64,0%	39	63,9%	42	43,2%
Abstinent nach Rückfall	5	13,2%	5	10,0%	9	14,8%	10	10,3%
Rückfällig (inkl. per Definition)	2	5,3%	13	26,0%	13	21,3%	45	46,4%
Katamnestische Abstinenzquote	**36**	**94,7%**	**37**	**74,0%**	**48**	**78,6%**	**52**	**53,6%**

3.3 Diskussion der Ergebnisse

Wir stellen im Folgenden unsere Daten denen der stationären Rehabilitationsform und den Ergebnisse der ambulanten Suchtrehabilitationseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. gegenüber. Wir sind uns bewusst, dass ein direkter Vergleich mit den stationären Einrichtungen kaum möglich ist. Problematisch ist allein der große Unterschied in den Stichprobenumfängen, der zu einem Bias führen könnte. Auch aufgrund der unterschiedlichen Indikationsstellungen ergeben sich bereits im Vorfeld signifikante Unterschiede.

Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich beim Alter und der Abhängigkeitsdauer. Der prozentuale Anteil der planmäßig beendeten Suchtrehabilitationen ist bei den stationären Suchtrehabilitationen deutlich höher als in unserer Stichprobe (ambulant IANVA: 59,8%, ambulant Fachverband Sucht: 73,9% vs. stationär: 85,4%). In unserer Gesamtstichprobe ist die Alkoholabhängigkeit mit 64,9 Prozent (ambulant: 91,2% vs. stationär: 94,9%) als Hauptdiagnose signifikant geringer vertreten, der Anteil der Polytoxikomanen (ambulant IANVA: 18,6%, ambulant Fachverband Sucht: 3,1% vs. stationär: 1,3%) ist signifikant größer. In unserem Patientenkollektiv finden sich andererseits weniger Erwerbslose als im stationären Setting (Erwerbslos bei Aufnahme: ambulant IANVA: 23,3%, ambulant Fachverband Sucht: 23,1% vs. stationär: 36,8%). Unsere Patienten leben tendenziell häufiger in einer festen Beziehung (ambulant IANVA: 60,8%, ambulant Fachverband Sucht: 55,5% vs. stationär: 48,2%)

Die Beschreibung unserer Patientenstichprobe zeigt, dass sich keineswegs nur „leichte Fälle" in unserer ambulanten Suchtrehabilitation befanden. Unsere Patientenstichgruppe weist in der Gegenüberstellung zum stationären Klientel sowohl günstige als auch ungünstige Prädiktoren auf. Vergleicht man die Abstinenzquoten unserer Einjahreskatamnese des Entlassjahrgangs 2010 mit den

Daten des Entlassjahrgangs 2009 der stationären Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. so ergibt sich eine Differenz von 12,5 Prozent nach zu Gunsten unserer Katamnese.

Im Vergleich zu den soziodemographischen Daten, dem Behandlungsverlauf und der Katamneseergebnisse im Vergleich zur Katamnese der ambulanten Suchtrehabilitationseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e. V. zeigen sich erstmals keine signifikanten Unterschiede. Erstmals vom Fachverband Sucht zwischen ambulanter Rehabilitation, Nachsorge und poststationärer ambulanter Rehabilitation unterschieden. Dadurch reduzierte sich die Gesamtstichprobe von 445 auf 286 Patienten. Ianua G. P. S. mbH stellte hiervon 117 Datensätze (40,9 Prozent!). Die schlechteren Ergebnisse der beiden Vorpublikationen des Fachverbandes Sucht zur Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation sind nach unserer Meinung durch Untersuchungsmängel zu erklären.

Tabelle 17: Abstinenzquoten (DGSS4) IANVA G. P. S. mbH (Entlassjahrgang ambl. Suchtrehabilitation 2010), Fachverband Sucht e. V. (Entlassjahrgang ambl. Suchtrehabilitation 2009[16] und Entlassjahrgang stat. Suchtrehabilitation 2009)[17]

	DGSS4 - Abstinenzquote					
	Ianua G. P. S. mbH 2010 (n=)		FVS e. V. - ambl. 2009 (n=445)		FVS e. V. - stat. 2009 (n=10.961)	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Katamneserücklauf	61	62,9%	für alle n=445	69%	6.414	58,5%
Abstinent	42	43,2%	125	43,7%	3.837	35,0%
Abstinent nach Rückfall	10	10,3%	29	10,1%	1.103	10,1%
Rückfällig (inkl. per Definition)	45	46,4%	132	46,2%	6.021	54,9%
Katamn. Abstinenzquote	**52**	**53,6%**	**154**	**53,8**	**4.940**	**45,1%**

Unsere ambulante Suchtrehabilitation ist hoch effektiv und in einem Beobachtungszeitraum von einem Jahr nach Beendigung nachhaltig [18][19].

[16] Missel P., Schneider B., Funke W., Janner-Schraml A., Klein T., Medenwaldt J, Scheider P., Steffen D., Weissinger V.: Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. SuchtAktuell 1/2012, S.28-35

[17] Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., et al. Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell 1/2012, S16-27

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

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

Fazit 2011

Wir konnten unsere gestiegene Effizienz der Orientierungsphase (Behandlungsdauer, Vermittlung in Suchtrehabilitation) stabilisieren. Dies gelang auch trotz einem hohen Anteil der Diagnose der Polytoxikomanie. Die Orientierungsphase profitiert von den Strukturen und Kompetenzen, die in den letzten Jahren durch die Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker entwickelt und gefestigt wurden.

Es zeigt sich über die letzten Jahre ein stetiger prozentualer Rückgang der Behandlungsindikation Alkoholabhängigkeit in unserer ambulanten Suchtrehabilitation (-4,8% zu 2010). Die Polytoxikomanie gewinnt in unserer Einrichtung zunehmend an Bedeutung (+3,4% zu 2010). Patienten mit der Diagnose F10.2 beenden die ambulante Suchtrehabilitation zu 64,5% planmäßig, jedoch nur 58,6% der F19.2. Die Arbeitslosigkeit war in den letzten Jahre immer mit einer niedrigeren Quote planmäßiger Beendigungen assoziiert und kann eine schlechtere Prognose vermuten, jedoch ist eine erfolgreiche Behandlung effektstärker. Wir sehen eine Zunahme der Komorbiditäten und der schwere somatischer Erkrankungen.

Unser Klientel ist zusammenfassend im Vergleich zu stationären Rehabilitationspatienten als prognostisch günstig anzusehen. Jedoch sind die dort berichteten negativen Prädiktoren in den letzten Jahren nur als statistische Assoziation ausgewiesen. In eigenen Untersuchungen konnten wir diesen nur eine geringe Rolle zuschreiben. Wir konnten zeigen, dass eine erfolgreiche Behandlung mit dem nachhaltigen Auseinandersetzen mit der Abhängigkeitserkrankung und der zugrunde liegenden Störungen diese negativen Prädiktoren signifikant überwiegt (Steffen et. al[20]). Wir postulieren, dass die eigentliche Nachhaltigkeit durch einen begonnenen innerpsychischen Prozess bestimmt wird, den es auch über das Ende der Rehabilitationsbehandlung hinweg zu fördern gilt. Dies kann über eine Selbsthilfegruppe, Nachsorgetermine außerhalb des Rehaleistungsbudgets oder unter Umständen eine weiterführende Psychotherapie erfolgen. Wir können für den Entlassungsjahrgang 2010 durchgehend bessere Abstinenzquoten zeigen wie die katamnestischen Untersuchungen des Fachverbandes Sucht e. V. der stationären Mitgliedseinrichtungen.

[20] Steffen et al. (2011): Nachhaltigkeit einer ambulanten psychoanalytisch-interaktionellen Suchtrehabilitation. *Im Review-Verfahren*

Publikationen, Kongressbeiträge und Mitgliedschaften

ORIGINALARBEITEN (gedruckt, *= geteilte Autorenschaft)

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

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

KONGRESSBEITRÄGE UND VORTÄGE

- Heidelberger Kongress 2012 des Fachverband Sucht e. V., Forum 5: Ambulante Suchtrehabilitation cannabisbezogener Abhängigkeitserkrankungen. **Steffen DV** (Präsentation, Abstract)
- Heidelberger Kongress 2012 des Fachverband Sucht e. V, Forum 9.: Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker - Abstinenz, Vermittlung und Nachhaltigkeit. **Steffen DV** (Präsentation, Abstract)
- Fachtagung: Neue Wege in der Rehabilitation SHG Kliniken Tiefental, Ianua G. P. S. mbH: Ergebnisqualität in der Suchtrehabilitation. **Steffen DV**

- Heidelberger Kongress 2011 des Fachverband Sucht e. V.: Ambulante Suchtrehabilitation Abhängigkeitserkrankter - Untersuchung zu Einflussvariablen. **Steffen DV** (Präsentation, Abstract)
- Heidelberger Kongress 2010 des Fachverband Sucht e. V.: Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker. **Steffen R** (Präsentation, Abstract)
- Fortbildungsveranstaltung (2x/Jahr, zertifiziert durch die Saarländische Ärztekammer mit 3 CME-Punkten): „Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker", „Chronischer Schmerz", „ADHS - das Zappelphilipp-Syndrom", „Angsterkrankungen", „Co-Abhängigkeit", „Alkohol und Haschisch - ein Vergleich", „Autoimmunerkrankungen und psychische Probleme"

MITGLIEDSCHAFTEN UND ARBEITSGRUPPEN

- **IANUA G. P .S mbH**: Mitgliedseinrichtung des Fachverbandes Sucht e. V.
- **Rainer Steffen**: Mitglied des Qualitätszirkel „Ambulante Rehabilitation" des Fachverbandes Sucht e. V., Bonn bis 2012
- **Dr. David Steffen, Sonja Steffen**: Mitglied des Qualitätszirkel „Ambulante Rehabilitation" des Fachverbandes Sucht e. V., Bonn
- **Sonja Steffen, Harald Gregorius**: Arbeitskreis „betriebliche Suchtprävention", Rheinlandpfalz/Saarland
- **Sonja Steffen, Harald Gregorius**: Arbeitskreis „Sucht", Saarlouis

Impressum

DR. DAVID V. STEFFEN

davidsteffen@ianua-gps.de

© 2012

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

AMBULANTE
BEHANDLUNG UND
REHABILITATION
ABHÄNGIGKEITSKRANKER
PRÄVENTION