



Fachambulanz für Suchterkrankungen

20 Jahre

ambulante Rehabilitation Sucht in der
Klientenzentrierten Problemlberatung

1995
1994
1993
1992
1991
1990
2010
2009
2008
2007
2006
2005
2004
2003
2002
2001
2000
1999
1998
1997
1996





Fachambulanz für Suchterkrankungen

Klientenzentrierte Problemlberatung
Fachambulanz für Suchterkrankungen
Münchner Straße 33
85221 Dachau
Tel.: 0 81 31-8 26 25 o. 8 09 72

Klientenzentrierte Problemlberatung
Fachambulanz für Suchterkrankungen
Machtlfinger Straße 11
81379 München-Sendling
Tel.: 0 89-72 44 94-0

info@kpb-fachambulanz.de
www.kpb-fachambulanz.de

1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000



Inhalt

Vorwort	04-05
Entstehungsgeschichte	06-07
Der Abbau der Stigmatisierung suchtkranker Menschen war ein Anliegen des Gründers der KPB	
Die KPB Fachambulanzen - Grundriss und Modell	08-09
Die Patienten in der KPB	10-11
Wer sind unsere Patienten und wie kommen sie in die KPB	
Wie funktioniert ambulante Suchtbehandlung?	12-17
Das therapeutische Konzept der KPB	
Der Erfolg der ambulanten Rehabilitation in der KPB	18-23
Mitarbeiter	24-25
Literaturliste	26-29
Impressum	30

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit erfolgt die durchgehende Schreibweise in dieser Broschüre in „männlicher“ Form. Damit sind selbstverständlich Frauen und Männer gemeint.

Vorwort



Bärbel Löhnert
Geschäftsführerin

Suchterkrankungen stellen mit die häufigsten psychischen Störungen mit meist chronischem Verlauf dar. Alkohol, als das am meisten konsumierte Suchtmittel, verursacht in der Bundesrepublik Deutschland, bei einer nur geschätzten Zahl von 1,5-2,5 Millionen Schwerabhängigen, immense Folgeschäden und Leiden bei den Betroffenen und in deren familiärem und sozialem Umfeld, verbunden mit einem erheblichen volkswirtschaftlichen Schaden. Bei Medikamentenabhängigkeit, der „stillen“ Sucht liegen die geschätzten Zahlen mindestens ebenso hoch. Bundesweit rechnet man mit mindestens 220.000 Pathologischen Glücksspielern.

Bis Ende der 80er Jahre erfolgte die Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger in der Bundesrepublik Deutschland, anders als im anglo-amerikanischen oder skandinavischen Raum, fast ausschließlich in einem mehrmonatigen stationären Rahmen. Vor dem Hintergrund der sich verändernden Kosten- und Versorgungssituation stand die Therapie Alkoholkranker zu diesem Zeitpunkt auf dem Prüfstand. Im Januar 1991 wurde mit Verabschiedung der mittlerweile mehrfach modifizierten „Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht“ (EVARS) durch die Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger erstmals auch in Deutschland die Möglichkeit eröffnet eine wohnortnahe, qualifizierte und strukturierte Entwöhnung Suchtkranker ambulant durchzuführen. Sie steht seit 2001, mit Verabschiedung der neuen Empfehlungsvereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“, gleichwertig neben den stationären Rehabilitationsangeboten für Alkohol- und Medikamentenabhängige sowie Pathologische Glücksspieler.

Der Finanzierung der ambulanten Rehabilitation Suchtkranker haben sich zwischenzeitlich Sozialhilfeträger, Beihilfestellen und auch viele private Krankenversicherungen angeschlossen. Die ambulante Rehabilitation besitzt vor allem eine hohe Akzeptanz bei den Betroffenen.



Im Jahr 2008 wurden knapp 20 % der im Suchtentwöhnungsbereich bewilligten Leistungen ambulant erbracht. (Angaben: Deutsche Rentenversicherung Bund). Die Ambulante Rehabilitation kommt der Forderung nach einer wohnortnahen, integrierten Versorgung optimal entgegen und ergänzt das Spektrum der Hilfsangebote für Alkohol- und Medikamentenabhängige sowie seit 2001 auch für Pathologische Glücksspieler um ein wesentliches und mit guten Erfolgsraten belegtes Element.

Ein besonderes Merkmal der ambulanten Entwöhnungstherapie in der KPB (Klientenzentrierte Problemlösung) ist die relative Häufigkeit der Therapiesitzungen mit hoher initialer Frequenz, die im Verlauf sukzessiv reduziert wird, sowie die Dauer der Therapie von ca. einem Jahr. Anfangs als Modellprojekt initiiert, das nach einigen Jahren in die Regelversorgung überging, besitzt der intensive Therapieansatz der KPB noch immer Modellcharakter in der Bundesrepublik Deutschland. Im Verlauf ihrer mittlerweile 20-jährigen Tätigkeit konnte die Klientenzentrierte Problemlösung durch verschiedene wissenschaftliche Studien und Nachuntersuchungen belegen, dass die Erfolgsraten ambulanter Entwöhnung mindestens auf dem Niveau gut geführter stationärer Einrichtungen liegen.

Im Jahr 2010 genießt die ambulante Rehabilitation eine breite Akzeptanz, sie beweist eine hohe Leistungsfähigkeit und kann auf eine Vielzahl motivierter und zufriedener Patienten, die erfolgreich behandelt wurden, zurückschauen.

Unser Blick zurück und in die Zukunft ist eng verbunden mit dem Dank an die Unterstützung der zuständigen Kosten- und Leistungsträger und an alle Kooperationspartner, die uns nach wie vor ihr Vertrauen schenken.

Bei der fortlaufenden Entwicklung der Suchtkrankentherapie in Deutschland wird die Klientenzentrierte Problemlösung weiterhin ihren Beitrag leisten.

Bärbel Löhnert

Geschäftsführerin



Entstehungsgeschichte –

Der Abbau der Stigmatisierung suchtkranker Menschen war ein Anliegen des Gründers der KPB

Im Jahr 1989 hatte Eduard Löhnert die Idee suchtkranken Menschen, die nicht bereit oder in der Lage waren ihr soziales Umfeld für eine stationäre Rehabilitation zu verlassen, eine Entwöhnungstherapie ambulant und wohnortnah anzubieten. Zu diesem Zeitpunkt waren erst 20 Jahre vergangen seit dem bahnbrechenden Urteil der Weltgesundheitsbehörde aus dem Jahr 1968, in welchem festgelegt wurde, dass alkohol- und medikamentenabhängige Menschen an einer behandlungsbedürftigen Krankheit leiden, und dem sich im gleichen Jahr auf bundesdeutscher Ebene das Bundessozialgericht anschloss. Für suchtkranke Patienten in Deutschland gab es zu diesem Zeitpunkt für die Behandlung ihrer Krankheit nur den Weg einer damals noch bis zu 6 Monaten dauernden stationären medizinischen Rehabilitation.

Die Stigmatisierung dieser Menschen weiter abzubauen, war das erklärte Ziel des Gründers, für den suchtkranke Patienten immer Patienten „erster Klasse“ waren. Mit dem ambulanten Weg einer Entwöhnung wollte er zeigen, dass suchtkranke Menschen sehr wohl in der Lage sind, außerhalb des Schutzraumes eines klinischen Umfelds, mit einem hohen Maß an Eigenverantwortung und Selbstbestimmung erfolgreich abstinent zu werden und zu bleiben. Das Wort „Klientenzentriert“ im Namen der Einrichtung wurde von Eduard Löhnert bewusst gewählt, um von Anfang an die Haltung und Wertschätzung gegenüber den uns anvertrauten Patienten widerzuspiegeln, eine Haltung, die wir bis zum heutigen Tag pflegen.

Im Jahr 1989 hatte Eduard Löhnert die Idee eine Entwöhnungstherapie ambulant und wohnortnah anzubieten.

Sich gegen Vorurteile im damals noch sehr traditionell geprägten Umfeld durchsetzend und mit viel Energie gelang es Eduard Löhnert am 2. Mai 1990 mit dem Bundesverband des VDAK in Siegburg eine erste Vereinbarung mit der Klientenzentrierten Problemlösung in Dachau über die Förderung und Durchführung der ambulanten Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger abzuschließen. Dies war die Geburtsstunde der Klientenzentrierten Problemlösung (KPB).

Im Jahr 1991 folgten die Vereinbarungen mit der Deutschen Rentenversicherung Bund (ehemals BfA) in Berlin, den weiteren gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd (ehemals LVA Oberbayern). 2008 und 2009 erhielt die KPB die umfassende Anerkennung für die Durchführung von Leistungen zur ambulanten Rehabilitation Pathologischer Glücksspieler.

Als im Januar 1991 in Deutschland die formalen Voraussetzungen für die Durchführung der „ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken“ in einer Empfehlungsvereinbarung (EVARS) geschaffen wurden, gab es bis auf einen vielversprechenden Modellversuch in den drei Jahren 1985-1987 (Handbuch Sucht, Mai 1989) kaum praktische Erfahrung in der konkreten Umsetzung und Durchführung ambulanter Therapiekonzepte. Die KPB Dachau war zu diesem Zeitpunkt konzeptionell und personell bereits gut aufgestellt. Bereits ab 1992 wurde eine durchgehende tägliche Präsenz von angestellten Fachärzten in der Einrichtung gewährleistet.



Im Jahr 1993 wurde die Klientenzentrierte Problemlösung von der Kassenärztlichen Vereinigung Oberbayern zur Institutsambulanz gemäß § 31, Absatz 1b Ärzte-ZV ermächtigt. Mit der Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wurde eine wichtige Hürde genommen, um die Finanzierungsgrundlagen der Fachambulanz zu sichern und dadurch die bereits gezeigte Qualität der ambulanten Therapie zu erhalten.

Das weitere Wachstum der KPBB bedingte im Jahr 1997 den Umzug in eine neue Praxis in der Münchner Straße 33, die eine Gesamtfläche von 550 qm umfasst. An diesem Standort im Zentrum Dachaus befindet sich die KPBB noch heute.

Mitte der 90-er Jahre gelang die engere Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) in München, mittlerweile gefestigt durch eine langjährige Kooperationsvereinbarung. Vor allem die Zusammenarbeit mit dem Fachteam unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Michael Soyka, einem international ausgewiesenen Suchtforscher, der damals die Rehabilitationsforschung an der Universität München implementierte, erwies sich als ausserordentlich fruchtbar. Der vielfach geforderte Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis konnte hier realisiert werden und gab der KPBB in den Folgejahren wertvolle Impulse für die medizinische und therapeutische Arbeit. In dieser Zeit wurde das KPBB-spezifische Konzept weiterentwickelt und 1998 um einen neuen Therapiebaustein, die „qualifizierte ambulante Entgiftung“ ergänzt. Die ambulante Suchtbehandlung insgesamt wurde damit um ein wichtiges, motivationsförderndes, aber auch kosteneinsparendes Modul erweitert.

Die Arbeit der Fachambulanz Klientenzentrierte Problemlösung in Dachau war, initiiert durch Herrn Prof. Soyka, über viele Jahre hinweg Gegenstand zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen, deren Ergebnisse in einer Reihe von wissenschaftlichen Fachzeitschriften und -büchern publiziert wurden und die den richtigen und zeitgemäßen Weg der ambulanten Behandlungsmöglichkeit bestätigten (siehe Literaturliste).

Im Jahr 2005 erfolgte die Erweiterung nach München mit einer mittlerweile gut etablierten Fachambulanz in München-Sendling. Die Einrichtung ist vollständig **behindertengerecht** ausgestattet und erfüllt damit die Anforderungen an eine moderne, den Vorgaben entsprechende medizinische Facheinrichtung.

Seit 2008 sind beide Fachambulanzen umfassend anerkannt zur Durchführung ambulanter Leistungen zur Rehabilitation Pathologischer Glücksspieler, ein Angebot, welches innerhalb kurzer Zeit ausgesprochen gut angenommen wurde und mittlerweile in eigenständigen Motivations- und Rehabilitationsgruppen für diese Klientel zur Umsetzung kommt.

Eduard Löhnert konnte die weitere Entwicklung seiner Fachambulanz nur noch bis 1998 erleben. Im Oktober des gleichen Jahres ist er im Alter von 40 Jahren plötzlich und unerwartet verstorben. Sein Lebenswerk wird seither von seiner Ehefrau Bärbel Löhnert fortgeführt, unterstützt durch das engagierte und kompetente Mitarbeiterteam der KPBB.



Grundriss und Modell der KPB Fachambulanzen

Die Klientenzentrierte Problemlösung (KPB), mit Sitz in Dachau und München, umfasst zwei fachärztlich geleitete Fachambulanzen und Rehabilitationseinrichtungen für **Alkohol- und Medikamentenabhängige** sowie **Pathologische Glücksspieler**. Sie ist durch die Kassenärztliche Vereinigung Oberbayern und Stadt/Land München zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sowie von allen gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungsträgern und den Beihilfestellen anerkannt. Während der ambulanten medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Kosten- und Leistungsträger. Grundlage für die Rehabilitation von Alkohol- und Medikamentenabhängigen ist die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 (vormals Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht - EVARS - vom 29. Januar 1991) der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger und das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008. Die Vereinbarungen regeln, wer Leistungen zur ambulanten Rehabilitation erhält und welche Leistungen eine Einrichtung erbringen muss, um die ambulante Rehabilitation durchführen zu können.

Am 2. Mai 2005 wurde in der Stadt München eine weitere fachärztlich geleitete KPB-Fachambulanz und Rehabilitationseinrichtung eröffnet.

Die Klientenzentrierte Problemlösung ist in ihrer Rechtsform ein Einzelunternehmen in privater Trägerschaft. Sie ist seit ihrer Gründung im Jahr 1990 in Dachau tätig und bietet an diesem Standort je 60 Plätze in der Motivationsphase und Rehabilitation sowie die Möglichkeit für ca. 4 ambulante Entgiftungen pro Woche an.

Die Einrichtung in Dachau verfügt auf 2 Stockwerken, mit einer Gesamtfläche von 550 qm, über:

- Rezeption / Empfangsbereich
- 2 Verwaltungsräume
- Wartebereich
- 3 Arztzimmer (Ausstattung mit Liegen)
- 6 Einzeltherapiezimmer
- 3 Gruppenräume
- Zimmer der Geschäftsführung
- 1 Konferenzraum / Sozialraum
- 1 Küche
- 5 Toiletten
- Zusätzlich: Archivräume (Keller)

Die Räume in Dachau sind für Rollstuhlfahrer barrierefrei zugänglich und nutzbar. Es befindet sich ein ausreichend großer Aufzug im Haus. Die Unterstützung körperlich behinderter Menschen durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KPB ist gewährleistet. Sämtliche Räume sind Nichtraucherzone.

Die Fachambulanz ist zentral in Dachau gelegen und 3-4 Gehminuten vom Bahnhof entfernt. Die Stadt mit ihren 40.000 Einwohnern liegt 15 km nordwestlich der Landeshauptstadt München und ist von der Stadtmitte Münchens aus in ca. 20 Minuten mit der S-Bahn (S2 Richtung Petershausen - Erding) zu erreichen. Haupteinzugsgebiet sind der Landkreis Dachau und die umliegenden Landkreise.

1990 1991 1992 1993 1994 1995



Am 2. Mai 2005 wurde in der Stadt München eine weitere Fachambulanz mit ebenfalls 60 Motivations- und Rehabilitationsplätzen eröffnet, um Patienten, für die der Fahrtweg nach Dachau zu aufwändig ist sowie Patienten aus dem südlichen Einzugsgebiet Münchens, eine wohnortnahe Therapie zu ermöglichen.

Die Einrichtung in München befindet sich im 2. Stock und verfügt auf einer Gesamtfläche von 580 qm, über:

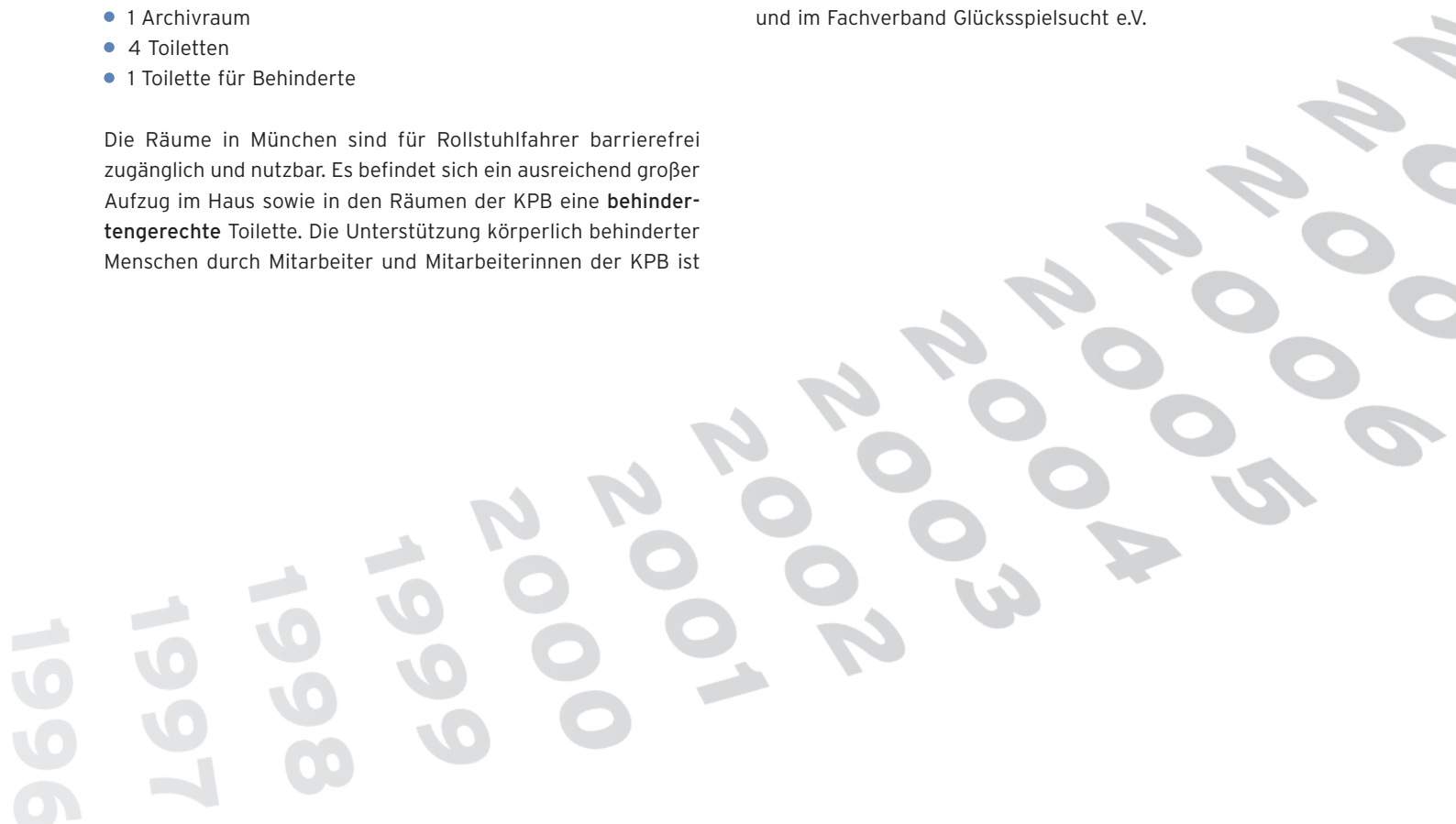
- Rezeption / Empfangsbereich
- 1 Verwaltungsraum
- Wartebereich
- 2 Arztzimmer (Ausstattung mit Liegen)
- 6 Einzeltherapiezimmer
- 3 Gruppenräume
- Zimmer der Geschäftsführung
- 1 Konferenzraum / Sozialraum
- 1 Küche
- 1 Archivraum
- 4 Toiletten
- 1 Toilette für Behinderte

Die Räume in München sind für Rollstuhlfahrer barrierefrei zugänglich und nutzbar. Es befindet sich ein ausreichend großer Aufzug im Haus sowie in den Räumen der KPB eine **behindertengerechte** Toilette. Die Unterstützung körperlich behinderter Menschen durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KPB ist

gewährleistet. Sämtliche Räume sind Nichtraucherzone. Die direkte Lage an einer U-Bahnhaltestelle (U3 - Machlfinger Straße) ermöglicht eine bequeme Anreise aus dem Zentrum der Stadt mit öffentlichen Verkehrsmitteln.

Die Fachambulanzen der Klientenzentrierten Problemlösung arbeiten im Therapieverbund zusammen.

Die KPB verstand sich von Anfang an als Pionier in der Entwicklung einer innovativen Behandlungsform, mit dem Auftrag die Versorgungslandschaft für Suchtkranke mitzugestalten. Schon sehr früh fand die Einrichtung Aufnahme in regionale Arbeitskreise Dachaus, wie dem Arbeitskreis Sucht, der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft sowie den Arbeitskreis Suchtkoordination. Seit 2003 ist sie im Arbeitskreis Interalk der Landeshauptstadt München und seit 2008 im Kompetenznetzwerk der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern vertreten. Die Klientenzentrierte Problemlösung ist Mitglied im Fachverband Sucht e.V. und im Fachverband Glücksspielsucht e.V.



Die Patienten in der KPB

Wer sind unsere Patienten und wie kommen sie in die KPB

Die KPB Fachambulanzen sind professionelle Einrichtungen zur Behandlung von suchtkranken Menschen. Der Umgang mit diesen Patienten erfordert ein besonderes Verständnis für deren spezifische Erkrankung, das seinen Niederschlag findet in Kommunikation und Haltung aller Mitarbeiter. Dies gilt ab dem ersten telefonischen Kontakt, der für viele Betroffene bereits einen wichtigen und mutigen Schritt darstellt, bis hin zu persönlichen, telefonischen Kontakten nach Beendigung der Rehabilitation. Es ist uns wichtig, dass Patienten über alle wesentlichen Schritte der Entwöhnungstherapie zu jedem Zeitpunkt ausreichend informiert sind und ihre Therapie maßgeblich mitgestalten. Bei Antragsstellung hat der Patient Einfluß auf die Art (ambulant oder stationär) der Maßnahme und die Auswahl der die Maßnahme durchzuführenden Rehabilitationseinrichtung.

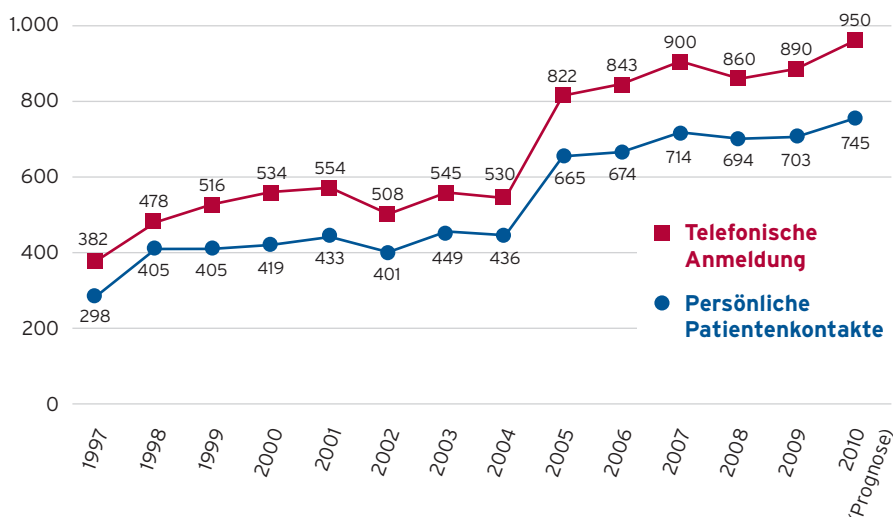
Alle Mitarbeiter der KPB wissen, dass niemand vor den Gefahren der Suchtkrankheit gefeit ist. Wir behandeln daher unsere Patienten ohne jegliche Herablassung nach bestem Wissen und Gewissen. Die Mitarbeiter der KPB verpflichten sich, die Patienten unserer Einrichtung als eigenverantwortliche und mündige Menschen zu sehen, sie respektvoll, aufmerksam und verbindlich zu behandeln und in allen behandlungsrelevanten Punkten zu

unterstützen entsprechend der einzelnen Aufgabengebiete und Kompetenzen der jeweiligen Mitarbeiter. Die Zufriedenheit der Patienten mit den Leistungen der KPB Fachambulanzen wird regelmäßig mittels Fragebögen jeweils zum Ende der Motivationszeit und bei Beendigung der Rehabilitation erhoben. Dabei zeigt sich seit Jahren eine sehr hohe Zufriedenheit, die in einer ersten Zusammenfassung im Jahr 2004 veröffentlicht wurde (Rüster P. Psychotherapie Nr. 9, 2004).

Patienten kommen aus allen beruflichen Schichten in unsere Fachambulanz. Die Therapie ist offen für alle Altersgruppen ab 18 Jahren. Die höchste Eingangshürde liegt dabei in der Voraussetzung einer telefonischen Kontaktaufnahme mit unserer Fachambulanz, um einen Gesprächstermin, der i.d.R. bei Ärzten stattfindet, zu vereinbaren. Trotzdem nehmen ca. 15% der Anrufer in Dachau und bis zu 25% der Anrufer in München diese verbindlich reservierten Termine nicht wahr.

Hauptzuweiser unserer Patienten sind seit vielen Jahren niedergelassene Ärzte mit ca. 25%, von Krankenhäusern werden ca. 23 % der Patienten überwiesen, ca. 6% von sozialen Diensten und Gesundheitsämtern. Weitere 15% der Patienten kommen auf Grund einer Information aus den Medien, über 15%

Anmeldungszahlen und Zahl der Patientenkontakte von 1997 bis 2010

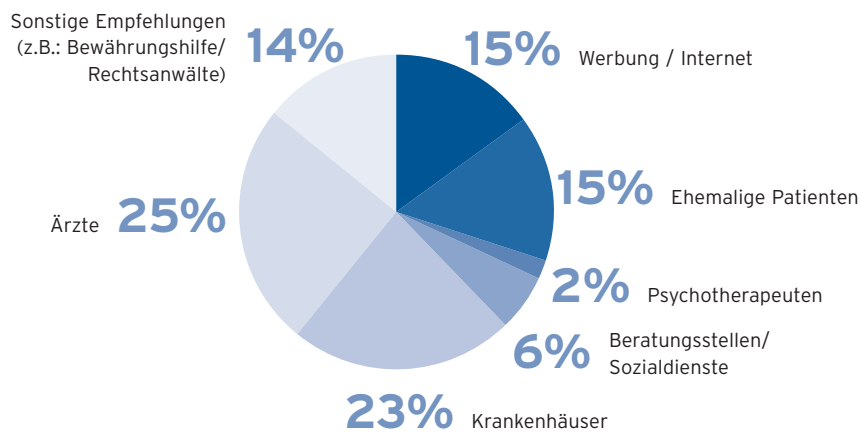




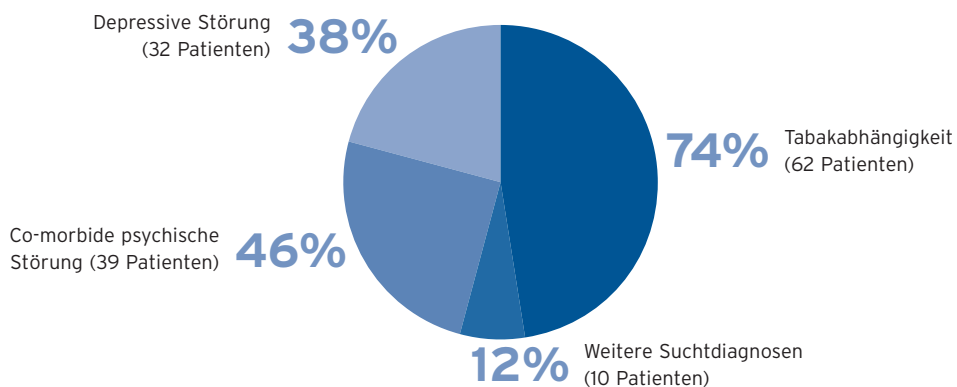
sind ehemalige Patienten, 14% kommen auf Empfehlung von ehemaligen Patienten oder Bekannten. Die Zusammenarbeit mit dem medizinischen Sektor kann damit als sehr gut gewertet werden mit insgesamt ca. 50% empfohlenen Patienten. Seit 2-3 Jahren fällt auf, daß sich ein hoher Anteil der Betroffenen immer häufiger im Internet über Behandlungsstätten informiert und auf diesem Weg zu uns findet.

Ein zunehmender Teil der Patienten leidet, neben der Primär-diagnose einer Suchtmittelabhängigkeit, an weiteren Suchterkrankungen und/oder zusätzlichen comorbiden psychischen Störungen wie Angststörungen, Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen. Im ambulanten Setting mit seinen vielfältigen lokalen Vernetzungsmöglichkeiten ist die (Mit-) Behandlung dieser Doppel- oder Mehrfachdiagnosen in vielen Fällen gut machbar.

Patientenzuweisungen im Verlauf der Jahre 2006 - 2009



Auswertung der co-morbiden psychischen Störungen (zum Teil Mehrfachdiagnosen) des Entlassungsjahrgangs 2009 der Fachambulanz München (n= 84 Patienten).



Wie funktioniert ambulante Suchtbehandlung?

Das therapeutische Konzept der KPB

Menschen, die unter einer Abhängigkeitserkrankung leiden und ihr Suchtverhalten beenden möchten, befinden sich in einer komplizierten, oft verzweifelten Situation. Die Sucht erweist sich stärker als die Fähigkeiten, den Konsum des Suchtmittels eigenständig zu beschränken oder aufzugeben. Alleine ist es nicht zu schaffen, jedoch gestaltet sich das Suchen und Finden von Hilfe schwierig. Während reine Beratungsangebote oder Selbsthilfegruppenbesuche für eine Abkehr vom Suchtverhalten meist nicht ausreichen, erscheint die Schwelle zu einem mehrmonatigen stationären Aufenthalt in einer Entwöhnungsklinik ungemein hoch, zumal wenn der Betroffene nicht auf seine beruflichen und familiären Bezüge verzichten kann oder will. Während bis vor einigen Jahren stationäre Angebote in Deutschland die dominierende Form der Behandlung darstellten, haben ambulante Entwöhnungseinrichtungen inzwischen ihren festen Platz im Suchthilfesystem gefunden. Mit ihrer Gründung vor 20 Jahren und der kontinuierlichen Weiterentwicklung ihres Konzepts leistete die KPB Fachambulanz dazu einen entscheidenden Beitrag.

Die ambulante medizinische Rehabilitation in der KPB ist eingebettet in ein optimal aufeinander abgestimmtes Leistungsspektrum.

Die Fachambulanz verfügt über ein umfassendes Programm zur Rehabilitation Abhängiger. Dazu gehören:

- Ärztliche Informationsgespräche
- Diagnostik und Indikationsstellung
- Motivationsklärung und Motivierung
- Qualifizierter ambulanter Alkoholentzug
- Einzel- und Gruppentherapie
- Therapie mit Bezugspersonen
- Begleitende Hilfen im sozialen Umfeld
- Krisenintervention
- Vorbereitung einer stationären Behandlung
- Durchführung des ambulanten Teils einer modularen Kombinationstherapie
- Suchtprävention
- Unterstützung von und Zusammenarbeit mit der Suchtselbsthilfe
- Vermittlung an andere Einrichtungen des Suchthilfesystem
- Zusammenarbeit mit Einrichtungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Nachsorge nach stationärer Entwöhnung
- Durchführung wissenschaftlich evaluierter Raucherentwöhnungskurse



Ambulante Entwöhnung in der KPB folgt einem qualitativ eigenständigen Behandlungsansatz.

Die KPB Fachambulanz bietet ambulante Entwöhnungstherapien für Alkohol- und Medikamentenabhängige, sowie seit 2008 für Pathologische Glücksspieler an. Besondere Kennzeichen der Behandlung sind die hohe Intensität mit insbesondere anfänglich hoher Frequenz an Einzel- und Gruppensitzungen, die Dauer von etwa einem Jahr, die Alltags- und Berufsorientierung und die besondere Integration biologischer, psychologischer und sozialer Aspekte der Sucht im Alltagskontext. Ambulante Entwöhnung stellt damit keine quantitativ reduzierte „light“-Variante einer stationären Entwöhnung dar, sondern einen qualitativ eigenständigen Ansatz. Während bei stationären Behandlungsformen die Herausnahme aus dem Umfeld, der schützende Charakter und die Abwesenheit von therapieschädlichen Ablenkungen entscheidende Vorteile sein können, findet die ambulante Suchtmittelentwöhnung in der konkreten Lebenssituation des Patienten statt. Der Realitätsbezug hinsichtlich Familie, Arbeitsplatz und Freundeskreis stellt von Anfang an die Stärke einer ambulanten Therapie und gleichzeitig eine große Herausforderung für die Patienten dar.

Die Behandlung in der KPB gliedert sich in Entgiftung, Motivationsbehandlung und Rehabilitation

Die Entwöhnung besteht aus einer zwölfwöchigen Motivations- und einer acht- bis neunmonatigen Rehabilitationsphase (siehe Abbildung), wobei in den meisten Fällen einer stoffgebundenen Abhängigkeit eine körperliche Entgiftung vorgeschaltet ist. Diese kann bei entsprechenden Voraussetzungen, z.B. wenn keine schwerwiegenden somatischen Risikofaktoren vorliegen und eine Begleitperson im sozialen Umfeld vorhanden ist, in der KPB ambulant oder andernfalls in einer kooperierenden Klinik stationär stattfinden. Die **qualifizierte ambulante Entgiftung für Alkoholabhängige** beinhaltet die Befreiung des Körpers vom Alkohol unter engmaschiger ärztlicher Aufsicht, die Bewältigung körperlicher Entzugssymptome, gegebenenfalls mit Medikation, und die therapeutische Unterstützung für den Start in eine abstinenten Lebensführung.

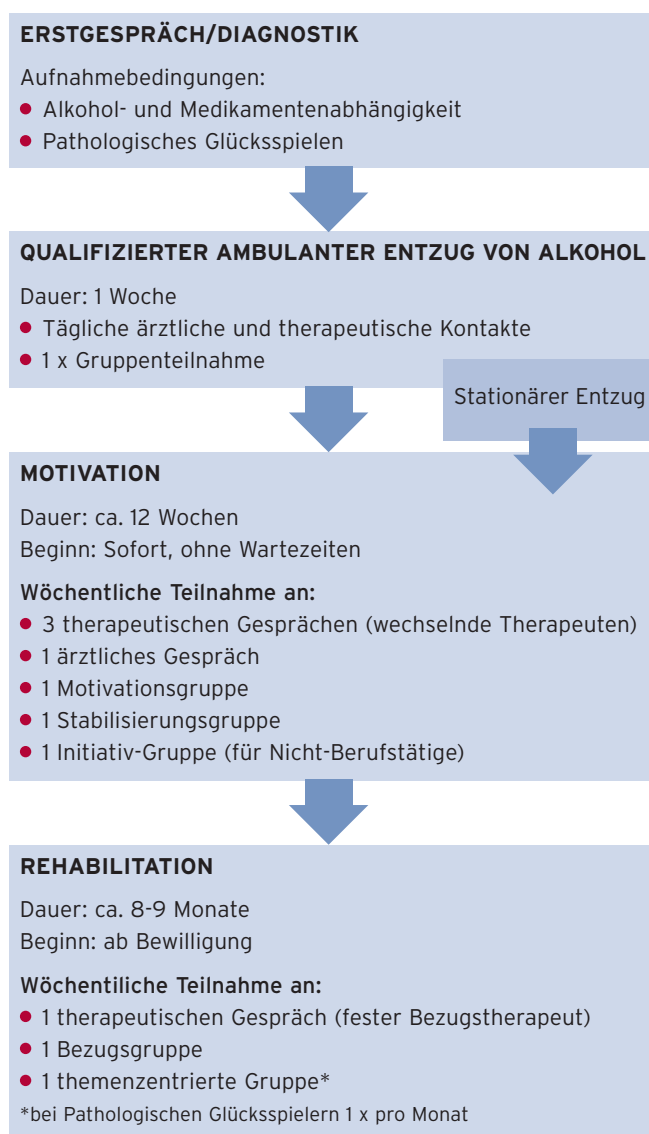




Innerhalb der darauf folgenden **Motivationsphase** finden für Alkohol- und Medikamentenabhängige wöchentlich drei therapeutische Einzelgespräche, ein ärztlicher Termin, eine Motivations- und eine Stabilisierungsgruppe, sowie für Nicht-Erwerbstätige eine Initiativgruppe statt. Pathologische Glücksspieler nehmen eine Motivationsgruppe und zwei Einzelgespräche wahr. Wichtige Ziele in dieser Zeit sind die Herstellung und Stabilisierung der Abstinenz- und Therapiemotivation, die Bewältigung von Craving (Suchtdruck), die Entwicklung eines grundlegenden Störungsverständnisses, das Erkennen von Risikosituationen und das Verhindern und Bearbeiten von Rückfällen. In der Motivationsphase liegt der therapeutische Fokus ganz auf dem gegenwärtigen Erleben des Patienten, dem Entwickeln von Achtsamkeit gegenüber Gedanken, Gefühlen und körperlichen Vorgängen und konkreten Bewältigungsstrategien.

In der sich direkt anschließenden **Rehabilitation** nehmen alkohol- und medikamentenabhängige Patienten an zwei Gruppensitzungen und einem Einzelgespräch in der Woche teil, Pathologische Glücksspieler an einem Einzel- und einem Gruppengespräch. Die Therapie umfasst 80 bis 120 Therapieeinheiten und erstreckt sich im Regelfall über einen Zeitraum von acht bis neun Monaten. Der inhaltliche Schwerpunkt verschiebt sich in Richtung Suchtentwicklung, Erkennen biographischer Hintergründe, dem Bearbeiten zentraler intrapsychischer und interpersoneller Konfliktbereiche und der Förderung einer realistischen Selbstwahrnehmung. Große Bedeutung hat während der gesamten Rehabilitationszeit der Bezugstherapeut, mit dem die psychotherapeutischen Einzelgespräche durchgeführt werden. Während wir in der Motivationsphase überwiegend symptomorientiert und gegenwartsbezogen vorgehen, ist die Rehabilitation, bezüglich ihrer Inhalte und deren Zeitperspektive, breiter und tiefer ausgelegt. Dem liegt die Überzeugung zugrunde, dass Suchterkrankungen in ihrer Komplexität den ganzen Menschen und seine Lebensbereiche betreffen.

DIAGRAMM DES THERAPIEKONZEPTES UND BEHANDLUNGSABLAUF



Die Behandlung in der KPB integriert verschiedene therapeutische Ansätze auf der Basis bio-psycho-sozialer Modellvorstellungen der Sucht

Während in der Motivationsphase schwerpunktmäßig verhaltenstherapeutische Verfahren die Behandlung bestimmen, kommt in der Rehabilitation die tiefenpsychologische Grundorientierung der Einrichtung zum Tragen. Dabei verfolgen die therapeutischen und ärztlichen Mitarbeiter ein integratives und schulenübergreifendes Verständnis von Psychotherapie. Ergänzend zu Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie integrieren wir Elemente der Gesprächspsychotherapie, der systemischen Therapie, des Psychodramas und der Gestalttherapie.

Während der gesamten Behandlungsdauer finden sich sowohl standardisierte als auch flexible Therapieelemente. Innerhalb einer themenspezifischen Stabilisierungsgruppe während der Motivationszeit regen wöchentlich wechselnde vorgegebene Themen wie z.B. Abschied vom Alkohol, Entdecken eigener Ressourcen oder Umgang mit Stress die Auseinandersetzung mit der Suchterkrankung und mit einer abstinenter Lebensgestaltung an. Körperorientierte und kreative Methoden ermöglichen dem Patienten einen besseren Zugang zu seinen emotionalen und körperlichen Bedürfnissen. Während der Rehabilitation nehmen alkohol- und medikamentenabhängige Patienten ebenfalls an **themenzentrierten Gruppen** teil. In der psychoedukativen

Suchtinformationsgruppe bilden sich die Patienten zu „Suchtexperten in eigener Sache“ aus. In unserer logotherapeutisch orientierten Sucht-und-Sinn-Gruppe setzen sich die Patienten mit Fragen nach dem Sinn des Lebens und mit existentiellen Themen, die das Leben jedes Menschen betreffen, auseinander. Für Pathologische Glücksspieler finden einmal monatlich entsprechende Themenabende statt.

Die Motivationsgruppe, die Bezugsgruppe während der Rehabilitation und Einzelgespräche ermöglichen im Gegensatz zu den themenspezifischen Gruppen ein Eingehen auf die **individuelle Problematik** des Patienten. Hintergründe, Bedingungen und Funktionalitäten von Suchterkrankungen können sich voneinander sehr unterscheiden. Auch ist die **Multimorbidität** bei den Patienten der KPB eher die Regel als die Ausnahme. Depressionen, Angststörungen oder ungünstige Persönlichkeitsstile finden in der Behandlungsplanung Berücksichtigung, zumal ohne deren Bewältigung ein Behandlungserfolg gefährdet ist.



Aus unserem integrativen bio-psycho-sozialen Verständnis von Suchterkrankungen leitet sich darüber hinaus ab, dass die Behandlung in der KPB nicht als „reine“ Psychotherapie misszuverstehen ist. Regelmässige ärztliche Kontakte während der Motivationsphase und bei Bedarf während der Rehabilitation sowie unsere Vernetzung mit niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten ermöglichen die Behandlung begleitender körperlicher Erkrankungen, der Folgeschäden der Suchterkrankung und bei Bedarf die Einleitung oder Umstellung einer psychopharmakologischen Therapie. Bei sozialen Problemen, zum Beispiel mit Arbeit, Wohnen oder Finanzen bietet die KPB konkrete sozial-pädagogische Beratung, Unterstützung und Begleitung an.

Die Therapie in der KPB ist alltags- und berufsbegleitend und bezieht das Umfeld mit ein.

Die Förderung von Teilhabe, die Sicherung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, die berufliche Integration und das Lösen beruflicher Konflikte erfolgt im Gegensatz zu stationären Behandlungsformen direkt vor Ort. In der ambulanten Situation lässt sich das tatsächliche Verhalten des Patienten unter Berücksichtigung der realen Reaktionen seines sozialen Umfeldes auf seine Veränderungen direkt abstimmen. Mit der Initiativgruppe halten wir darüber hinaus ein spezielles Angebot vor, das Patienten, die nicht erwerbstätig sind, bei der Strukturierung des Alltags, einer aktiven Lebensgestaltung und nach Möglichkeit beim beruflichen Wiedereinstieg, z.B. mit Bewerbungstrainings unterstützt.

Die **Einbeziehung der Angehörigen** in die Behandlung geschieht während beider Behandlungsphasen im Rahmen von themenspezifischen Angehörigenseminaren, einer Angehörigengruppe (nur für die Angehörigen), Paar-/Familiengesprächen und Einzelgesprächen für Angehörige. Die Veränderung des Suchtmittelabhängigen hat Einfluss auf die partnerschaftlichen und familiären Beziehungen. Beziehungsprobleme, die bislang durch das Suchtgeschehen überlagert waren, werden jetzt wahrgenommen. Suchtaufrechterhaltende Bedingungen im Familiensystem können erarbeitet und lösungsorientiert behandelt werden. Angehörige finden in der KPB einen Ort, an dem sie mit ihren Anliegen und Fragen Gehör finden.

Die Behandlung in der KPB ist auf Nachhaltigkeit ausgerichtet.

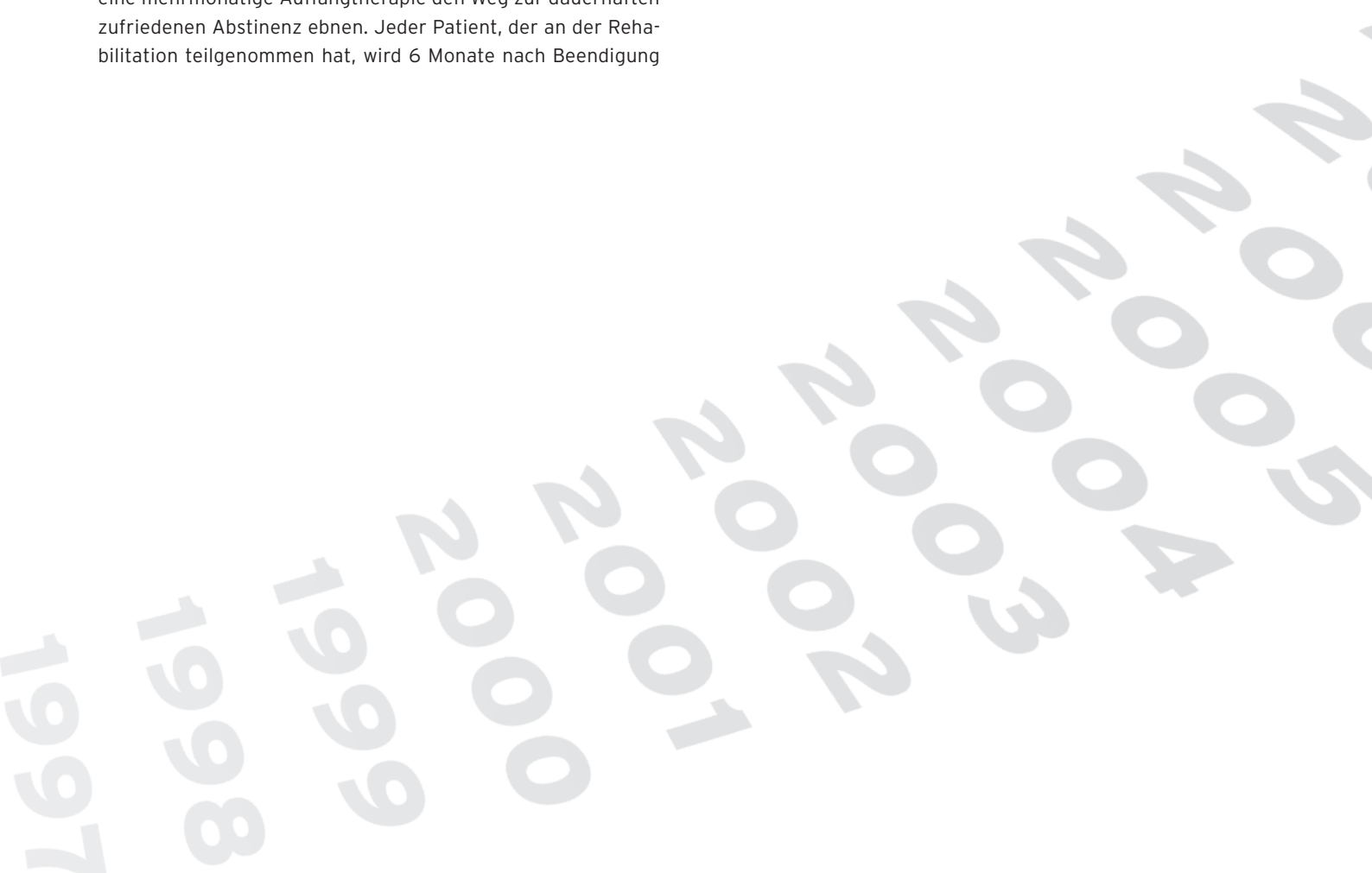
Nachhaltigkeit bedeutet, dass die während der Entwöhnungstherapie erworbenen Strategien und Lösungen und die verbesserte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dauerhafter Natur sind und nach Abschluss der Behandlung Bestand haben. Der direkte Realitätsbezug der ambulanten Therapie bietet gute Voraussetzungen für die Etablierung einer langfristigen und zufriedenen Abstinenz vom Suchtmittel. Erarbeitete Lösungen bewähren sich im Behandlungsverlauf in etlichen Realitätstest, bevor sie Eingang in das feste Verhaltensrepertoire eines Patienten finden. Dennoch ist Nachhaltigkeit im ambulanten Setting keine Selbstverständlichkeit und erfordert Strategien für die Zeit während und nach der Entwöhnungsbehandlung.



Insbesondere die Ablösung von der Therapie und die Zeit danach stellen eine kritische Phase mit erhöhter Rückfallgefahr in alte süchtige Verhaltensmuster dar. Entsprechend liegen gegen Ende der Rehabilitationsphase inhaltliche Schwerpunkte auf der Rückfallprophylaxe, dem Rückfallmanagement, dem Anschluss an eine Selbsthilfegruppe und gegebenenfalls der Planung einer Weiterbehandlung. Außerdem bietet die KPB Patienten mit bereits regulär abgeschlossener Rehabilitation an, bei Bedarf eine Krisen- oder Auffangtherapie in Anspruch zu nehmen. Während einer mehrwöchigen Krisenbehandlung erfahren Patienten Hilfe bei der Abwendung oder Bearbeitung eines Rückfalls sowie der Bewältigung kritischer Lebenssituationen. Sollte eine Krisenbehandlung nicht ausreichen und eine tiefer gehende therapeutische Bearbeitung indiziert sein, kann eine mehrmonatige Auffangtherapie den Weg zur dauerhaften zufriedenen Abstinenz ebnen. Jeder Patient, der an der Rehabilitation teilgenommen hat, wird 6 Monate nach Beendigung

in einem telefonischen Kontakt von seinem ehemaligen Bezugstherapeuten nach seiner derzeitigen Zufriedenheit, Abstinenz sowie Teilnahme an Selbsthilfegruppen befragt.

Die nachhaltige Wirksamkeit unseres Behandlungskonzepts konnte in externen wissenschaftlichen Studien und eigenen katamnestischen Untersuchungen nachgewiesen werden. Mit der Fortführung, Evaluation und weiteren Optimierung unserer Behandlung möchten wir auch in Zukunft die Frage beantworten, wie Hilfe für suchtkranke Menschen möglich ist, und eine Perspektive eröffnen, die über den eigentlichen Behandlungszeitraum hinaus reicht.



Der Erfolg der ambulanten Rehabilitation in der KPB

Qualität und Erfolg der ambulanten Entgiftung und Rehabilitation in der KPB wurden durch verschiedene externe Studien und interne Katamnesen belegt

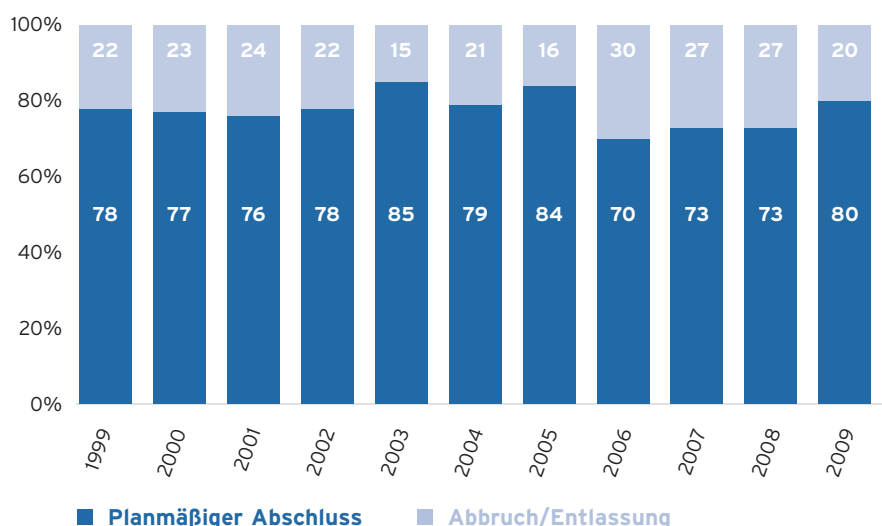
Qualitätsmanagement und -sicherung beschäftigen sich mit der Qualität und Beschaffenheit von Strukturen, Abläufen und Ergebnissen einer Dienstleistung. Zielsetzung ist es, diese Dienstleistung ständig zu überprüfen, um die Qualität der Therapie, der Versorgungsabläufe und Behandlungsergebnisse zu optimieren. Qualitätssicherung zielt mithin in erster Linie auf eine bestmögliche Patientenversorgung unter Berücksichtigung des medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritts. Sie ist so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen ermöglicht werden. Von Seiten der Leistungsträger wird dem Thema Ergebnisqualität dabei ein hoher Stellenwert zugeschrieben, der bei der Bewertung von Rehabilitationsmaßnahmen vor allem in den definierten Kriterien Halte- und Vermittlungsquoten, Patientenzufriedenheit, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit (Abstinenzsicherung nach Beendigung einer Therapie) sowie sozialmedizinischer Verlauf (Verbleib im , bzw. Rückkehr in das Erwerbsleben) zum Ausdruck kommt.

In der KPB wurden die Module „Qualifizierte ambulante Entgiftung“ und „ambulante Rehabilitation“ in mehreren externen Katamnesestudien und internen Studien, bzw. Auswertungen überprüft. Wichtige Ergebnisse der letzten Jahre werden nachfolgend dargestellt.

Die **Haltequoten**, d.h. die Zahl der planmäßigen Rehabilitationsabschlüsse, bewegen sich seit vielen Jahren überwiegend zwischen 75 und 85%. Der Begriff „**planmäßig**“ umfasst die Kriterien reguläre Beendigung, vorzeitige Beendigung mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis oder auf ärztliche Veranlassung und die Vermittlung in andere Behandlungsformen. In der Regel beenden Patienten der KPB die Therapie regulär und nur 2-5% vorzeitig oder durch Vermittlung.

Das Kriterium „**Abbruch**“ wurde dabei sehr streng gewertet. Abbrecher und Entlassungen aufgrund von Alkoholrückfälligkeit, aber auch Abbrecher aus anderen Gründen, die bei Beendigung der Rehabilitation jedoch abstinent waren, wurden hier integriert.

PLANMÄSSIGE REHABILITATIONSABSCHLÜSSE 1999-2009





Qualifizierter ambulanter Entzug von Alkohol

Unter dem Begriff „Qualifizierter ambulanter Entzug“ werden heute Entzugsbehandlungen subsummiert, die neben der rein medizinischen Therapie auch Komponenten wie Informationsvermittlung, Motivationsförderung und Rückfallprophylaxe enthalten. Er bietet sich für Patienten ohne schwere körperliche oder neurologische Schäden an, bei denen eine stationäre Behandlung unbedingt notwendig ist. Dieses innovative Therapiekonzept wurde in der KPJ Fachambulanz 1998 implementiert und als Modellprojekt von den Krankenkassen gefördert. Nach einer vierjährigen Evaluierung, im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung und unter externer Leitung von Herrn Prof. Soyka von der Psychiatrischen Klinik der LMU München, ging dieses Modul in die Regelversorgung über.

Die Patienten können im Rahmen einer in der Regel einwöchigen ambulanten Entgiftung täglich unter medizinischer Kontrolle gesehen und vom Alkohol entzogen werden. Etwa die Hälfte der Patienten benötigt dabei Medikamente, wobei Entzugsmittel mit Suchtpotenz vermieden werden. Ausschlusskriterien für die ambulante Entgiftung sind fehlende Motivation zur Entzugsbehandlung, schwere internistische oder neurologische Erkrankungen, die eine stationäre Behandlung zwingend notwendig erscheinen lassen, schwere Alkoholfolgeschäden oder -Störungen (z.B. Alkoholentzugsdelir), aber auch psychiatrische Erkrankungen, wie zum Beispiel Suizidalität, die einer ambulanten Therapie entgegen stehen. Vor Beginn der Entgiftung erfolgt eine hausärztliche Untersuchung mit EKG und Kontrolle relevanter Laborparameter. Während der einwöchigen Behandlung wird der Patient täglich gesehen, die ambulante Entgiftung umfasst auch mehrere psychotherapeutische Einzel- oder Gruppengespräche, die für die weitere Behandlung motivieren sollen. Idealerweise knüpft sich an das Ende des ambulanten Entzugs der Übergang in die Motivationsphase an.

DIE „QUALIFIZIERTE“ AMBULANTE ALKOHOL-ENTGIFTUNG (QAE)

Ergebnisse einer fünfjährigen Studie
(Horak M., Hasemann S., M. Soyka, 2003)

SCREENING DER AMBULANTEN PATIENTEN

2.200 Erstgespräche innerhalb von 5 Jahren

Indikation für Alkoholentgiftung
(ambulant oder stationär) bei **557 Patienten**

226 Patienten
mit Indikation zum
stationären Entzug

331 Patienten
mit Indikation zur
„qualifizierten ambu-
lantent Entgiftung“

ERGEBNIS DER „QUALIFIZIERTEN AE“ (QAE)

331 Patienten in „qualifizierter Entgiftung“

Abbruch von 19 Patienten während der Entgiftung (6%)

312 Patienten mit „erfolgreicher Entgiftung“

KATAMNESE DER 312 „QUALIFIZIERT“ AMBULANT ENTGIFTETEN PATIENTEN

312 Patienten erfolgreich entgiftet

301 Patienten (96%) entscheiden sich für die „ambulante Langzeittherapie“.

114 Patienten (38%) brechen die Therapie in den ersten 3 Monaten, während der Motivationsphase ab.

48 Patienten (16%) brechen die Therapie während der folgenden 8-monatigen Rehabilitationsphase ab.

139 Patienten (46%) schließen die einjährige ambulante Therapie erfolgreich ab.

Bis September 2010 wurden ca. 1.265 Patienten im Rahmen der ambulanten Entgiftung behandelt. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass etwa die Hälfte der Patienten, denen ein qualifizierter ambulanter Entzug als Alternative zur stationären Behandlung angeboten wird diesen auch wahrnimmt. Bislang ist es in keinem einzigen Behandlungsfall zu einer schweren internistischen Komplikation gekommen, die Haltequote der Patienten beträgt weit über 90% und die meisten Patienten können in die nachfolgende ambulante Entwöhnungstherapie weitervermittelt werden.

Therapieergebnisse – Katamnestische Untersuchungen der Ambulanten Rehabilitation

In einer **ersten retrospektiven** Untersuchung zur Frage der Effizienz der ambulanten Entwöhnungstherapie in der KPB Dachau konnte in einer 20-Monats-Katamnese (Nachbefragung) aus dem Jahr 1997 eine Abstinenzrate von 48% (durchgehende Abstinenz) gezeigt werden (Soyka et al, 1997).

Zwei **externe prospektive Untersuchungen**, die, finanziert durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, in den Jahren 1998/1999 und 2003/2004 mit jeweils einem Patientenjahrgang der KPB Dachau durchgeführt wurden, zeigten folgende Ergebnisse.

Externe Studie 1 (1998/1999)

Patientencharakteristika:

Von den 102 Patienten waren 61 (60%) männlich, 41 (40%) weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 45 (+/- 8) Jahren. 59% der Patienten waren verheiratet, 15% ledig, 25% geschieden und 2% verwitwet. Die durchschnittliche Trinkmenge vor Aufnahme betrug 193 (+/- 103) Gramm reinen Alkohol, die durchschnittliche Dauer der Alkoholabhängigkeit betrug 15 Jahre (+/- 9 Jahre). 27 Patienten hatten in der Vorgeschichte bereits einmal eine stationäre, 20 eine ambulante Entwöhnungstherapie durchgeführt.

PATIENTENCHARAKTERISTIKA DES REHABILITATIONSJAHRGANGS 1998/1999

• Anzahl der Patienten:	102
• Geschlecht:	61 Männer 41 Frauen
• Alter:	45 (+/- 8) Jahre
• Beruflicher Status:	18% arbeitslos
• Familienstand:	15% ledig 58% verheiratet 24% geschieden 77% in fester Partnerschaft
• Dauer der Alkoholabhängigkeit:	15 (+/- 9) Jahre

Ergebnisse zum Therapieverlauf:

28 (27%) der Patienten brachen die Therapie ab, in 18% der Fälle erfolgte der Therapieabbruch wegen Rückfälligkeit. Bei 10 Patienten kam es aus anderen Gründen (Kostenträger, berufliche, private Gründe) zum Therapieabbruch. 32 Patienten erlitten während der Therapie einen Alkoholrückfall, 70 blieben durchgehend abstinent. Für die Nachbefragungszeitpunkte 6, 12, 24 und 36 Monate nach Therapieende wurde eine hohe Ausschöpfungsquote mit bis zu 90% erreicht.

Die Berechnung der Abstinenzquoten erfolgte nach der aktuell gültigen **Berechnungsform 4 der DGSS** (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie). Bei dieser strengen und konservativen Auswertungsmethode werden alle in dem erhobenen Jahrgang entlassenen Patienten, für die keine oder widersprüchliche Katamneseinformationen vorliegen, als rückfällig gewertet. Unter dem Terminus „gebessert“ werden die Kriterien Abstinenz nach Rückfall erfasst, d.h. zum Befragungszeitpunkt lebten Patienten seit **mindestens 3 Monaten abstinent**. Nach dieser Auswertung lag die Erfolgsquote 6 Monate nach Therapieende bei 64% durchgehend abstinenten Personen. Über den gesamten 12-Monats-Katamnese-Zeitraum waren 56% der Patienten abstinent, 14% gebessert und 30% rückfällig. Nach 36 Monaten konnte immer noch eine Abstinenzquote von 55 % (abstinent und gebessert) festgestellt werden.



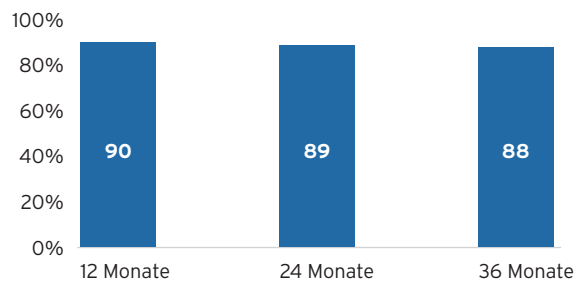
1. KATAMNESE 1998/1999 - AUSSCHÖPFUNGSQUOTEN

Untersuchungszeitpunkte



Ausschöpfquote in %

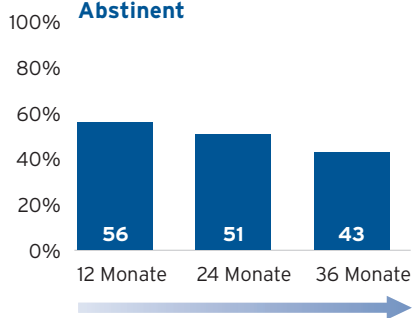
Ausschöpfungsquoten einer 36-Monats-Katamnese 1998/1999 (erreichte Patienten)



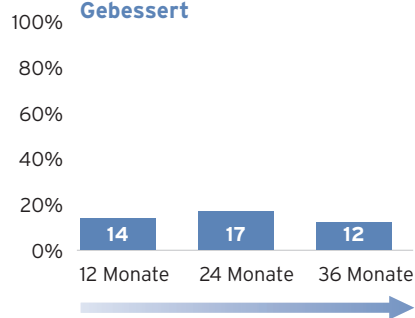
ERGEBNISSE DER 1. KATAMNESE 1998-1999

nach DGSS 4 (Nichtantworter werden als rückfällig gewertet)

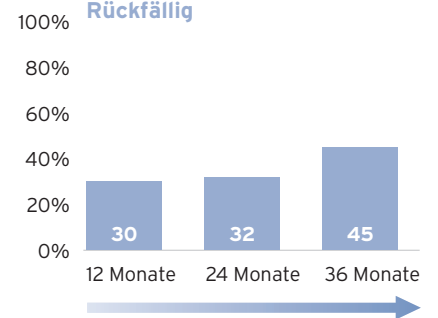
Abstinenz



Gebessert



Rückfällig



Ergebnisse einer 36-Monats-Katamnese 1998/1999

(Auswertung nach DGSS 4, durchgehende Abstinenz und Abstinenz nach Rückfall, bezogen auf alle in die Studie integrierten Patienten.)



Studie 2 (2003 / 2004)

Patientencharakteristika:

Von den 92 Patienten waren 60 (65%) männlich, 32 (35%) weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 46 (+/- 10,2) Jahren. 47% der Patienten waren verheiratet, 21% ledig, 19% geschieden und 4% verwitwet. Die durchschnittliche Trinkmenge vor Aufnahme betrug 184 (+/- 113) Gramm reinen Alkohol, die durchschnittliche Dauer der Alkoholabhängigkeit betrug 14 Jahre (+/- 9 Jahre).

Ergebnisse zum Therapieverlauf:

77 von insgesamt 92 Patienten beendeten die Therapie regulär (83,7%), 15 der Patienten (16%) brachen die Therapie ab. Für die katamnesticen Zeitpunkte 12 und 24 Monate nach Therapieende wurden auch in dieser Studie gute Ausschöpfungsquoten von 75% erreicht.

Die Abstinenzquote lag 6 Monate nach Therapieende bei 65%. Über den gesamten 12-Monats-Katamnese-Zeitraum waren 52% der Patienten abstinent, 20% gebessert und 28% rückfällig,

Über den 24 -Monats-Katamnese-Zeitraum waren 44% der Patienten abstinent, 16% gebessert und 40% rückfällig,

PATIENTENCHARAKTERISTIKA DES REHABILITATIONSJAHRGANGS 2003/2004

• Anzahl der Patienten:	92 (zu Beginn, wegen schwerer Erkrankung wurden 3 von der Nachbefragung ausgeschlossen)
• Geschlecht:	60 Männer 32 Frauen
• Alter:	46,2 (+/- 10,2) Jahre
• Beruflicher Status:	15% arbeitslos
• Familienstand:	20,7% ledig 46,7% verheiratet 18,5% geschieden
• Dauer der Alkoholabhängigkeit:	13,8 (+/- 9,2) Jahre

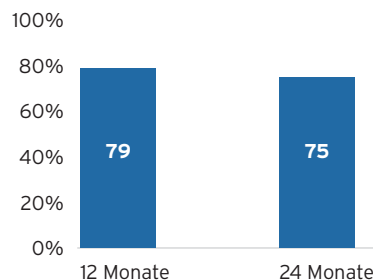
2. KATAMNESE 2003/2004 - AUSSCHÖPFUNGSQUOTEN

Untersuchungszeitpunkte



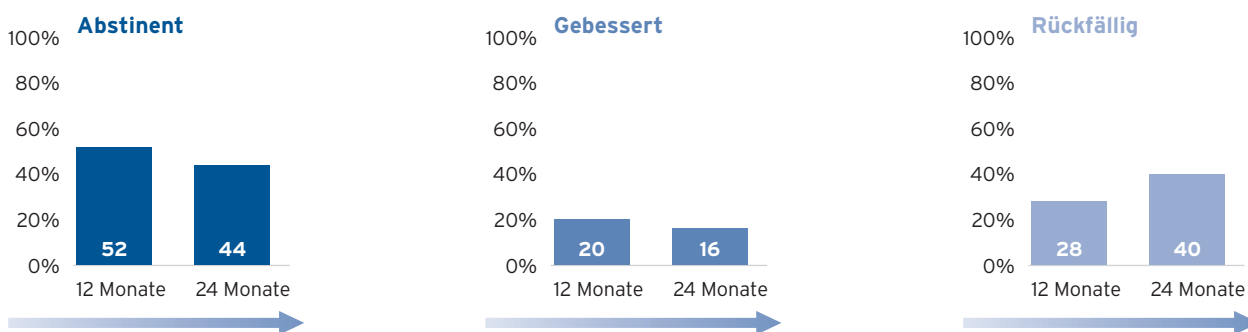
Ausschöpfquote in %

Ausschöpfungsquoten einer 24-Monats-Katamnese 2003/2004 (erreichte Patienten)



ERGEBNISSE DER 2. KATAMNESE 2003-2004

nach DGSS 4 (Nichtantworter werden als rückfällig gewertet)



Ergebnisse einer 24-Monats-Katamnese 2003/2004

(Auswertung nach DGSS 4, durchgehende Abstinenz und Abstinenz nach Rückfall, bezogen auf alle in die Studie integrierten Patienten.)

Interne Katamnesen der KPB

Seit 2006 erstellt die KPB eigene Katamnesen, basierend auf den „Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. Zur Durchführung, Auswertung sowie Weiterleitung der erhobenen Daten wurden alle Mitgliedseinrichtungen durch den Fachverband Sucht verpflichtet. Die Ausschöpfungsquoten im Jahr 2006 lagen bei 59%, im Jahr 2007 bei 64% und 2008 bei 59%. Die Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf schriftliche Rückmeldungen.

Dargestellt werden die Auswertungen nach DGSS3 und DGSS4. Die effektiven Abstinenzquoten sind realistisch zwischen diesen Ergebniswerten angesiedelt, da davon auszugehen ist, dass möglicherweise überwiegend abstinenzstabile Patienten antworten (DGSS3) und sich unter den Nichtantwortern (DGSS4) ebenfalls abstinenten Patienten befinden. Darauf deuten auch die Auswertungen der beiden externen Katamneseuntersuchungen hin, die auf hohe Ausschöpfungsquoten zurückgreifen konnten.

KPB Dachau und München gepoolt	2006 DGSS3 (n=73)	2007 DGSS3 (n=87)	2008 DGSS3 (n=80)
Katamnestiche Erfolgsquote	90%	95%	84%
Abstinent	76%	76%	76%
Abstinent nach Rückfall	14%	19%	8%
Rückfall	10%	5%	16%

Ergebnisse der 12-Monats-Katamnesen 2006-2008 - (Auswertung nach DGSS3, durchgehende Abstinenz und Abstinenz nach Rückfall, bezogen auf alle in der Katamneseuntersuchung erreichten Patienten)

KPB Dachau und München gepoolt	2006 DGSS4 (n=124)	2007 DGSS4 (n=136)	2008 DGSS4 (n=134)
Katamnestiche Erfolgsquote	52%	61%	50%
Abstinent	44%	49%	45%
Abstinent nach Rückfall	8%	12%	5%
Rückfall	6%	5%	10%
nicht erreicht	42%	34%	40%

Ergebnisse der 12-Monats-Katamnesen 2006-2008 - (Auswertung nach DGSS4, durchgehende Abstinenz und Abstinenz nach Rückfall, bezogen auf alle in die Katamneseuntersuchung integrierten Patienten)

Die Mitarbeiter der KPB Fachambulanzen

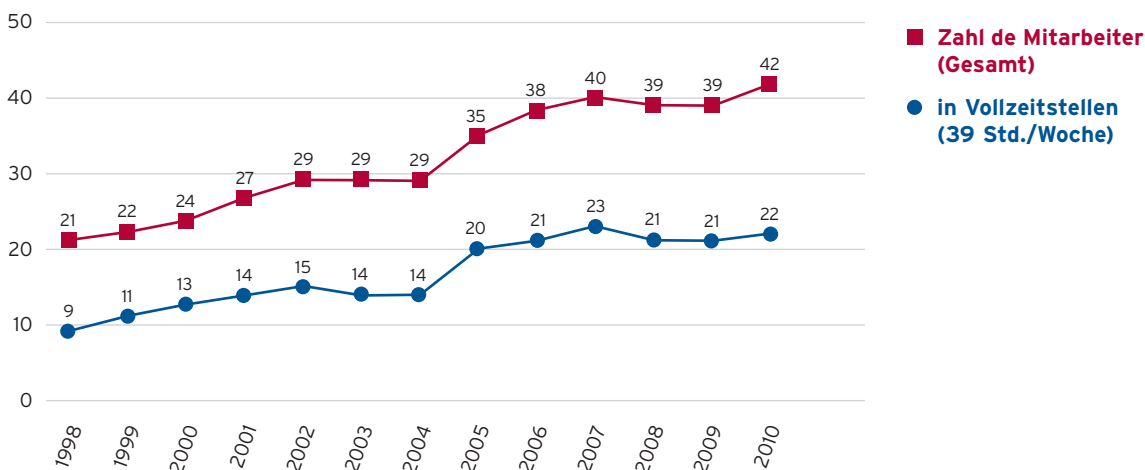
Die Fachambulanzen der Klientenzentrierten Problemlösung stehen unter der gesamtärztlichen Leitung einer in der Suchtkrankenarbeit langjährig erfahrenen und von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und den Kosten- und Leistungsträgern anerkannten Fachärztin für Psychiatrie mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Der Berufsgruppe der nichtärztlichen Therapeuten stehen pro Fachambulanz jeweils ein Therapeutischer Leiter, bzw. eine Therapeutische Leiterin voran.

Die ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiter der Klientenzentrierten Problemlösung setzen sich aus allen in der Suchtkrankenarbeit tätigen Berufsgruppen zusammen. Es sind dies approbierte Psychologische Psychotherapeuten, Diplom-

Psychologen und Diplom-Sozialpädagogen mit anerkannten suchtspezifischen Zusatzausbildungen, sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin und Weiterbildungsärzte dieser Fachrichtungen. Die Anerkennung erfolgt nach individueller Überprüfung durch die zuständigen Kosten- und Leistungsträger. Alle Mitarbeiter sind erfahren in der praktischen Arbeit mit Suchtmittelabhängigen.

Die KPB Fachambulanzen kooperieren mit Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten und stellt laufend Praktikumsplätze für den ambulanten Teil (600 Stunden) der Ausbildung zur Verfügung.

Entwicklung der Mitarbeiterzahl im Laufe der Jahre (1998-2010)



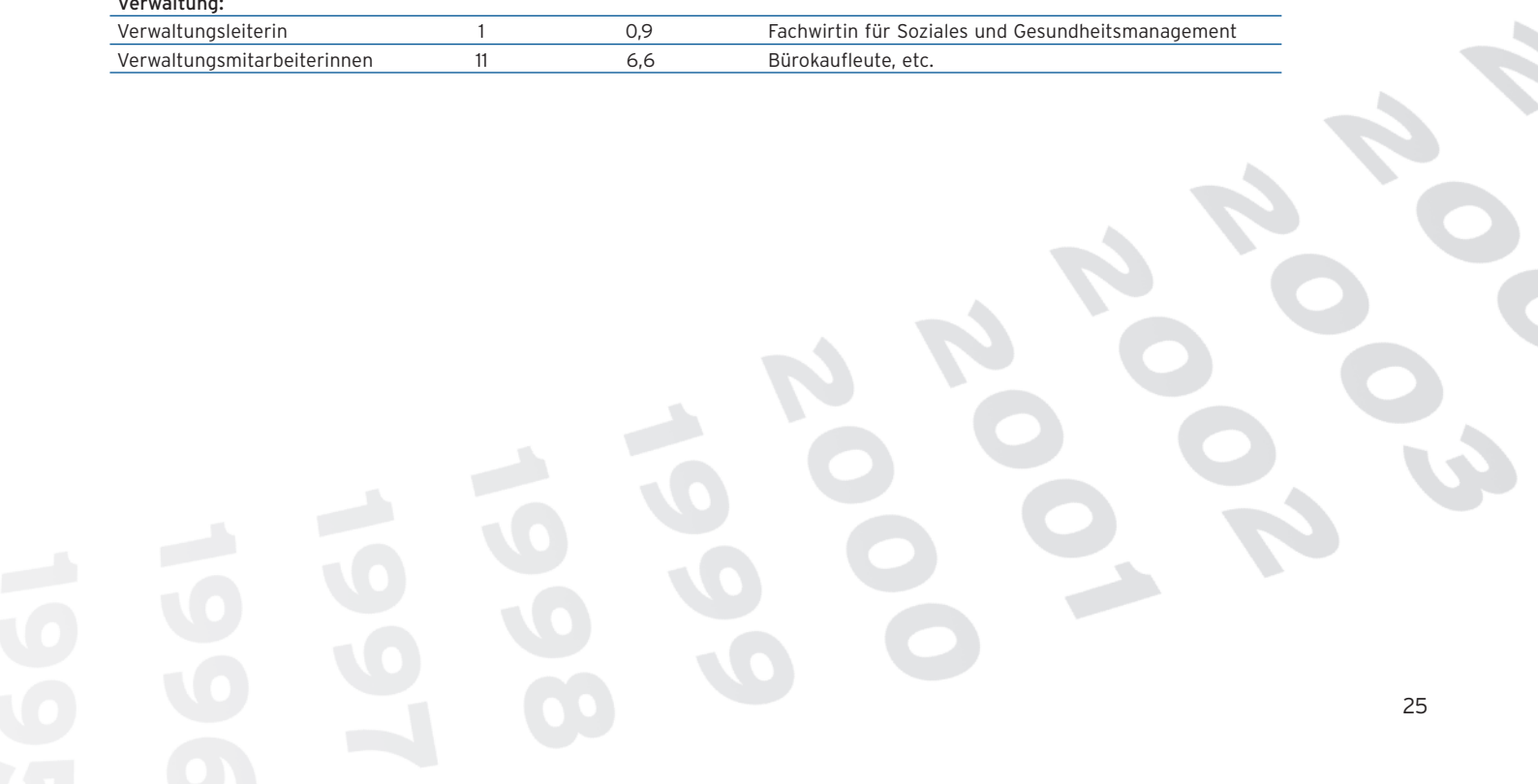


Die Klientenzentrierte Problemlösung versteht sich als familienfreundliches Unternehmen, das einer grösseren Anzahl von Mitarbeitern die Möglichkeit bietet in Teilzeit zu arbeiten und somit berufliche und familiäre Aufgaben zu vereinen.

Als Gesamtteam der Klientenzentrierten Problemlösung stellen wir uns den Herausforderungen und Aufgaben der Zukunft, verbunden mit dem Anliegen, suchtkranken Menschen in unseren Fachambulanzen die bestmögliche Begleitung auf dem Weg zur Genesung zu bieten.

MITARBEITERSTAND IM OKTOBER 2010:

Berufsgruppe	Zahl der Mitarbeiter	Anzahl Vollzeitstellen	Qualifikationen
Ärzte:			
Leitende Ärztin	1	1,0	Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie
Fachärzte/Fachärztinnen	3	1,4	Fachärzte/-innen für Psychiatrie und Psychotherapie
Fachärztin	1	0,25	Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin
Weiterbildungsärzte/-ärztinnen	2	1,5	Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie
Therapeuten:			
Leitender Therapeut (München)	1	0,9	Approbierter Psychologischer Psychotherapeut
Leitende Therapeutin (Dachau)	1	0,8	Diplom-Sozialpädagogin mit anerkannter Zusatzausbildung
Psychologische Psychotherapeuten	7	3,5	Approbation
Diplom-Psychologen	3	1,9	in Weiterbildung zu Psychol. Psychotherapeuten/innen
Diplom-Sozialpädagogen	6	4,2	Sozialtherapeutische Ausbildung
Verwaltung:			
Verwaltungsleiterin	1	0,9	Fachwirtin für Soziales und Gesundheitsmanagement
Verwaltungsmitarbeiterinnen	11	6,6	Bürokaufleute, etc.



Literaturliste

Fachbücher

Soyka M. (Hrsg.): Drogennotfälle.
Stuttgart:Schattauer Verlag (2008)

Soyka M.; Wenn Alkohol zum Problem wird.
Stuttgart,: Trias Verlag (2009)

**Soyka M., Kufner H., Alkoholismus -
Missbrauch und Abhängigkeit, 6. Auflage,**
Stuttgart: Thieme Verlag (2008)

Veröffentlichungen

(überwiegend KPB relevant, Stand 2010)

1997

- **Soyka M, Kirchmayer C, Kotter G, John C, Löhnert E, Möller HJ:** Neue Möglichkeiten der Therapie und Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten - Katamnestiche Untersuchung zur Effizienz ambulanter Entwöhnungstherapien am Beispiel einer Modelleinrichtung, Fortschritte Neurologie Psychiatrie 65, 407-412

1998

- **Rüster P.:** Ambulante Suchtbehandlung in der Klientenzentrierten Problemlerberatung (KPB)In: Fachverband Sucht e.V.: Suchttherapie unter KostendruckSchriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.Neuland-Verlag, Geesthacht, 171-176
- **Soyka M:** Ambulante Suchttherapie in Deutschland - rechtliche und gesundheitspolitische Grundlagen und neuere Ergebnisse der Therapieforschung, Recht und Politik im Gesundheitswesen 4, 55-73

1999

- **Horak M, Soyka M:** Ambulante Entgiftung und Entwöhnung von Alkohol -Probleme bei Diagnostik und Risikoabschätzung sowie aktuelle Ergebnisse der Therapieforschung.

- **Soyka M (Hrsg.):** Klinische Alkoholismusdiagnostik, Steinkopfverlag, 145-157
- **Soyka M:** Efficacy of Outpatient Alcoholism Treatment, Addiction 94, 48-50
- **Soyka M, Horak M, Löhnert B, Löhnert E, Rüster P, Möller HJ:** Ambulante Entgiftung Alkoholabhängiger - Ein Modellversuch, Nervenheilkunde 8, 147-152

2000

- **Scharfenberg CD, Soyka M:** Alkohol-Exposition als verhaltenstherapeutischer Ansatz bei ambulanten Entwöhnungstherapien: Theoretischer Hintergrund und Falldarstellung, Suchtmedizin 2, 121-126
- **Soyka M, Horak M:** Ambulante Entgiftung Alkoholkranker - Evaluation eines Modellprojektes, Gesundheitswesen 62, 15-20
- **Soyka M, Horak M:** Ambulante Entgiftung Alkoholkranker - Ergebnisse aus einem Modellprojekt MMW Fortschritte der Medizin 588, 38-40
- **Soyka M, Horak M, Morhart V:** Modellprojekt zur „qualifizierten“ ambulanten Entgiftung Alkoholabhängiger, Abhängigkeiten 6, 40-54
- **Soyka M, Rüster P:** Modell einer ambulanten Betreuungs- und Nachsorgeeinrichtung für Alkoholranke(Kap. 15.8) In: Möller HJ (Hrsg.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen2. Aufl. Stuttgart, New York, Thieme, 632-639
- **Soyka M:** Alkoholabhängigkeit und neuropsychiatrische Folgeschäden im höheren Lebensalter: Klassifikation, Klinik und therapeutische Möglichkeiten.
- **Kretschmar CHR, Hirsch RD, Haupt M, Il R, Kortus R, Stoppe G, Wächtler C (Hrsg.):** Angst - Sucht - Anpassungsstörungen im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie Band I Düsseldorf, Bonn Saarbrücken, Göttingen, Hamburg, 216-222



2001

- **Soyka M, Helten C, Scharfenberg CD:** Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit: Methoden und neuere Ergebnisse der Therapieforschung. Wien Medizinische Wochenschrift 151, 380-388
- **Soyka M, Horak M, Morhart V, Möller HJ:** Modellprojekt „Qualifizierte ambulante Entgiftung“, Nervenarzt 72, 565-569

2002

- **Bottlender M, Horak M, Morhart-Klute V, Nowak A, Rüster P, DeCristos S, Pechmann L, Braunisch N, Bauder A, Gebler, Löhnert B, Soyka M:** Kombinierte ambulante Alkoholismustherapie und berufliche Rehabilitation bei Sozialhilfeempfängern - Ergebnisse eines Modellprojektes, Fortschritte Neurologie Psychiatrie 70, 429-437
- **Bottlender M, Scharfenberg CG, Soyka M:** Evaluation der ambulanten Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten In: Richter G, Rommelspacher H, Spies C (Hrsg.):
- **Horak M, Morhart-Klute V, Soyka M:** Ambulante Entgiftung Alkoholkranker.
- **Richter G, Rommelspacher H, Spies C (Hrsg.):** Alkohol, Nikotin, Kokain ... und kein Ende? Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrhunderts Lengerich, Berlin, Papst Science Publisher, 423-433
- **Morhart-Klute V, Soyka M:** Alkoholismus bei Frauen - Epidemiologie, klinisches Erscheinungsbild und Therapie. Journal of Neurology Neurochir Psychiatry 3: 35-41

- **Soyka M, Horak M, Morhart V:** Outpatient alcohol detoxification - Implementation and feasibility of a treatment model, JAP J Psychiatric Res Alcohol 9, 7-18
- **Soyka M, Horak M, Morhart-Klute V:** Qualifizierte Entgiftung in Ambulanz und Tagesklinik In: Mann K (Hrsg.): Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen, Lengerich, Pabst Science Publishers, 73-90
- **Soyka M, Morhart-Klute V, Horak M:** A combination of carbamazepine/tiapride in outpatient alcohol detoxification - results from an open clinical study Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 252, 197-200

2003

- **Bottlender M, Bottlender R, Scharfenberg CD, Soyka M:** Effizienz der ambulanten Entwöhnungstherapie - Die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für den Therapieverlauf einer ambulanten Alkoholentwöhnungstherapie Psychther Psychosom Med Psychol 53, 384-389
- **Bottlender M, Hasemann S, Scharfenberg CD, Soyka M:** Prospektive Untersuchung zur Effizienz der ambulanten Entwöhnungstherapie bei alkoholabhängigen Patienten: Ergebnisse zur Haltequote und Psychopathologie

- **Soyka M, Möller HJ, Wittchen HU (Hrsg.):** Psychopathologie im Längsschnitt Landsberg, Ecomed-Verlag, 136-147
- **Soyka M, Hasemann S, Scharfenberg CD, Löhnert B, Bottlender M:** Prospektive Untersuchung zur Effizienz der ambulanten Entwöhnungstherapie bei alkoholabhängigen Patienten: Ergebnisse zur Haltequote und Katamnese, Nervenarzt 74, 226-234
- **Soyka M, Horak M:** Ambulante Entgiftung von Alkoholabhängigen
- **Rumpf HJ, Hüllinghorst R (Hrsg.):** Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen Freiburg, Lambertus Verlag, 231-246

2004

- **Bottlender M, Hasemann S, Scharfenberg CD, Soyka M:** Verlauf und Effizienz einer hochstrukturierten ambulanten Alkoholentwöhnungstherapie Psychotherapie 9, 112-115
- **Bottlender M, Soyka M:** Impact of craving on alcohol relapse during, and 12 months following outpatient treatment Alcohol 39, 357-361
- **Horak M, Soyka M:** Motivationale Psychotherapie in der ambulanten Entgiftung Psychotherapie 9, 106-110
- **Rüster P:** Entwicklung und Ergebnisse eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in der ambulanten Alkoholentwöhnungstherapie, Psychotherapie 9, 91-96
- **Soyka M:** Ambulante Behandlung von Alkoholabhängigen
- **Thomasius R, Küstner U (Hrsg.):** Familie und Sucht - Modelle, Therapiepraxis, Prävention Stuttgart, Schattauer Verlag, 202-212
- **Soyka M:** Ambulante Entziehung und Entwöhnung Alkoholkranker, Neue Konzepte und Ergebnisse der Therapiefor- schung, Bayerisches Ärzteblatt, 2, 80-83

- **Soyka M, Bottlender M:** Für welche Patienten ist eine ambulante Therapie der Alkoholabhängigkeit geeignet? Neue Versorgungsansätze und erste Ergebnisse Suchtmedizin 6, 73-79
- **Soyka M, Clausius N, Hohendorf G, Horak G:** Ambulante Entgiftung mit Carbamazepin und Tiapridex - medizinische Sicherheit und Ergebnisse einer Follow-up-Untersuchung, Suchtmedizin 6, 307-311
- **Soyka M, Horak M:** Outpatient alcohol detoxification - implementation efficacy and outcome effectiveness of a model project Eur Addict Res 10, 180-187

2005

- **Bottlender M, Soyka M:** Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: Predictors of outcome 6-months after treatment, Eur Addict Res 11, 132-137
- **Bottlender M, Soyka M:** Impact of different personality dimensions (NEO-Five-Factor-Inventory) on the outcome of alcohol-dependent patients 6 and 12 months after treatment, Psychiatry Res 136, 61-67
- **Bottlender M, Soyka M:** Outpatient alcoholism treatment. Predictors of outcome after three years, Drug and Alcohol Dependence 80, 83-89
- **Bottlender M, Soyka M:** Prädiktion des Behandlungserfolges 24 Monate nach ambulanter Alkoholentwöhnungstherapie: Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen, Fortschr Neurol Psychiatr 73, 150-155
- **Soyka M:** Ambulante Behandlung von Alkoholabhängigkeit In: Thomasius R, Küstner U (Hrsg.): Familie und Sucht - Modelle, Therapiepraxis, Prävention, Stuttgart, Schattauer Verlag, 202-212



2006

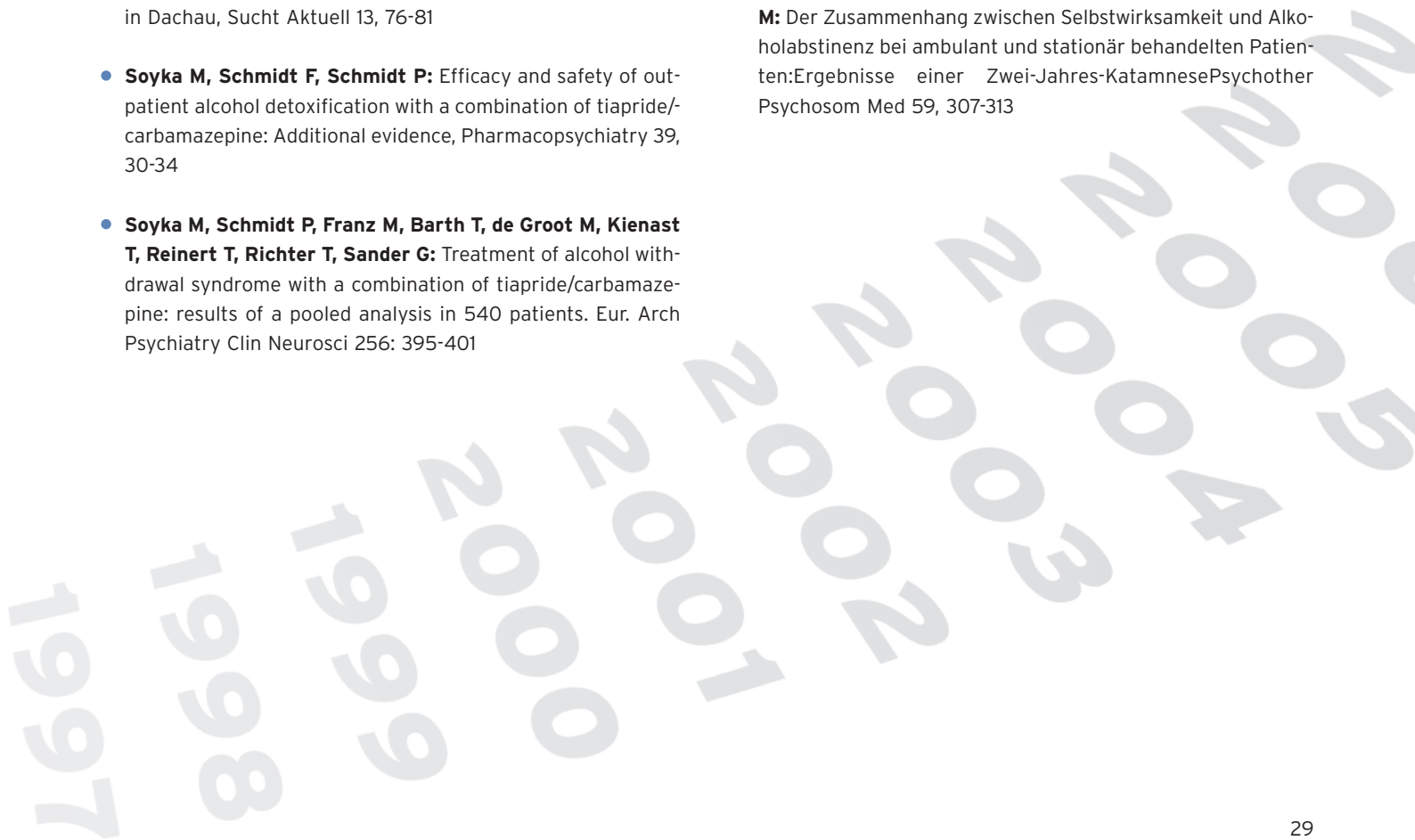
- **Bottlender M, Köhler J, Soyka M:** Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten, Fortschr Neurol Psychiatr 74, 19-31
- **Bottlender M, Preuss U, Soyka M:** Association of personality disorders with Type A and Type B alcoholics Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience, 256, 55-61
- **Soyka M, Bottlender M:** Modell einer ambulanten Betreuungs- und Nachsorgeeinrichtung für Alkoholranke In: Möller HJ (Hrsg.): Therapie psychischer Erkrankungen, 3. Aufl., Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 666-672
- **Soyka M, Löhnert B, Bottlender M:** Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation am Beispiel der Fachambulanz für Suchterkrankungen „Klientenzentrierte Problemlberatung“ in Dachau, Sucht Aktuell 13, 76-81
- **Soyka M, Schmidt F, Schmidt P:** Efficacy and safety of outpatient alcohol detoxification with a combination of tiapride/carbamazepine: Additional evidence, Pharmacopsychiatry 39, 30-34
- **Soyka M, Schmidt P, Franz M, Barth T, de Groot M, Kienast T, Reinert T, Richter T, Sander G:** Treatment of alcohol withdrawal syndrome with a combination of tiapride/carbamazepine: results of a pooled analysis in 540 patients. Eur. Arch Psychiatry Clin Neurosci 256: 395-401

2007

- **Schmidt P, Kufner H, Hasemann S, Löhnert B, Kolb W, Zemlin U, Soyka M:** Ist der European Addiction Severity Index ein sinnvolles Diagnoseinstrument bei Alkoholabhängigkeit? Fortschritte Neurologie, Psychiatrie 75, 1-7

2009

- **Schmidt P, Kufner H, Löhnert B, Kolb W, Zemlin U, Soyka M:** Effizienz der ambulanten und stationären Alkoholentwöhnung, Prädiktoren des Behandlungserfolgs Fortschr Neurol Psychiat 77, 451-456
- **Soyka M, Schmidt P:** Outpatient alcoholism treatment - 24 month outcome and predictors of outcome Subst Abuse Treat Prev Polycy 4
- **Zingg C, Schmidt P, Kufner H, Kolb W, Zemlin U, Soyka M:** Der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Alkoholabstinenz bei ambulant und stationär behandelten Patienten: Ergebnisse einer Zwei-Jahres-Katamnese Psychother Psychosom Med 59, 307-313



Impressum

Herausgeber

KPB Fachambulanz für Suchterkrankungen Klientenzentrierte Problemlösung

Münchner Strasse 33
85221 Dachau
Tel.: 0 8131-826 25
Fax: 0 8131-80781

Machtlfinger Strasse 11
81379 München
Tel.: 089-724494-0

E-Mail: info@kpb-fachambulanz.de
www.kpb-fachambulanz.de

Redaktion

- **Bärbel Löhnert**
- **Thomas Zech**
- **Dr. Claudia Botschev**

Mit freundlicher Unterstützung durch:

Prof. Dr. Michael Soyka,
Ludwig-Maximilians-Universität München
Privatklinik Meiringen, Schweiz

Kontakte



Birgit Hey
Verwaltungsleitung
Tel.: 0 8131-826 25



Dr. med. Claudia Botschev
Ärztliche Leitung
Tel.: 089-724494-0



Gabriele Maurer-Wüst
Therapeutische Leitung Dachau
Tel.: 0 8131-826 25



Thomas Zech
Therapeutische Leitung München
Tel.: 089-724494-0

2010
2009
2008
2007
2006
2005
2004
2003
2002
2001
2000

1966

1967

1968

1999

2000

2001

2002

2003

2004

2005

2006

2007