

Qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger in Rheinland- Pfalz

Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach
Pfalzkrankenhaus, Klingenmünster

Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung

im Auftrag des Ministeriums für Familie,
Gesundheit, Arbeit und Soziales, Rhein-
land-Pfalz

Bearbeiter:

Dipl. Psychologe W. Görgen
Soziologe (MA) R. Hartmann

Köln, im Juli 2003

INHALTSVERZEICHNIS

Kapitel		Seite
1	EINLEITUNG	1
1.1	Ausgangssituation	1
1.2	Konzeptionen der Modellprojekte	3
1.3	Aufbau des Berichts	5
2	VORGEHEN DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG	6
3	ERGEBNISSE DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG	7
3.1	Organisatorische und institutionelle Rahmenbedingungen	7
3.1.1	„Haus Martinsberg“	7
3.1.2	„Cleaneck“	10
3.2	Die Patienten der Modellprojekte	13
3.2.1	Behandlungsbezogene Merkmale	13
3.2.2	Soziodemographische Kennzeichen	18
3.2.3	Suchtbiographische Kennzeichen	23
3.3	Behandlungsverlauf und -ergebnis	30
3.3.1	Behandlungsverlauf	30
3.3.2	Behandlungsergebnisse	36
3.4	Ergebnisse der Patientenbefragung	47
3.5	Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zu ausgewählten Aspekten des Behandlungsprogramms	54
4	ZUSAMMENFASSUNG UND BILANZ	56
5	LITERATUR	62

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<u>Abb.</u>		<u>Seite</u>
Abb. 1:	Kostenträger der Entzugsbehandlung	15
Abb. 2:	Letzter Aufenthaltsort	16
Abb. 3:	Vermittlung	17
Abb. 4:	Alter bei Aufnahme	19
Abb. 5:	Erwerbstätigkeit	21
Abb. 6:	Aktueller Konsum der Patienten im Vergleich	24
Abb. 7:	Alter bei Erstkonsum	26
Abb. 8:	Suchtproblematik im familiären/sozialen Umfeld	27
Abb. 9:	Bisherige Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen und Art der Beendigung der letzten Behandlung	29
Abb. 10:	Mittlerer Zeitwert (in Minuten) pro Fall und Tag für Maßnahmengruppen	32
Abb. 11:	Suchtbezogene Hauptdiagnose zu Behandlungsbeginn	33
Abb. 12:	Kritische Ereignisse während der Entzugsbehandlung	35
Abb. 13:	Behandlungsdauer bei wiederholten Behandlungen	38
Abb. 14:	Verweildauer gesamt	39
Abb. 15:	Art der Beendigung (Fälle)	41
Abb. 16:	Status bei Beendigung	42
Abb. 17:	Psychische Verfassung im Vergleich zur Ausgangssituation.	43
Abb. 18:	Gesundheitliche Situation bei Beendigung	44
Abb. 19:	Weitervermittlung/Verlegung/Wechsel in andere suchtspezifische Einrichtung	45
Abb. 20:	Bewertung des Behandlungssettings (Mittelwerte)	51
Abb. 21:	Absichten bei Verlassen der Einrichtung	52
Abb. 22:	Einschätzung der psychischen Stabilität bei Verlassen der Einrichtung	53

TABELLENVERZEICHNIS

<u>Tab.</u>		<u>Seite</u>
Tab. 1:	Personal nach Qualifikation und Vorerfahrung	8
Tab. 2:	Personal nach Qualifikation und Vorerfahrung	11
Tab. 3:	Erhebungszeiträume und Behandlungsfälle	13
Tab. 4:	Aufnahme	14
Tab. 5:	Zeitraum zwischen erster Kontaktaufnahme und Beginn der Entzugsbehandlung (Fälle) mit Direktaufnahme	18
Tab. 6:	Durchgeführte Entzugsmedikation (Fälle) Rhein-Mosel-Fachklinik	34
Tab. 7:	Verweildauer	37
Tab. 8:	Verweildauer der Patienten (Fälle)	39
Tab. 9:	Anzahl der Teilnehmer an der Patientenbefragung (Fälle)	47
Tab. 10:	Stadien der Veränderungsbereitschaft zu Beginn bzw. Ende des Aufenthalts	48
Tab. 11:	Einschätzung der in Anspruch genommenen Maßnahmen und Angebote auf ihre Wirksamkeit für den Behandlungsverlauf	49

1 EINLEITUNG

1.1 Ausgangssituation

Die Verbesserung der Entzugsbehandlung von Drogenabhängigen stellt eine wichtige Aufgabe für die Weiterentwicklung des Hilfesystems dar (vgl. DHS 2001). Dabei ist inzwischen fachlich gesichert, dass eine qualifizierte Entzugsbehandlung einer bloßen somatischen Entgiftung vorzuziehen ist (vgl. BEHRENDT, DEGKWITZ, TRÜG 1995, CORNING, FLEISCHMANN, KLEIN 1995, GÖRGEN u.a. 1996, MANN, BUCHKREMER 1995, KUHLMANN 2002).

Anknüpfend an die Empfehlungen der EXPERTENKOMMISSION DER BUNDESREGIERUNG (1988) sowie an erste praktische Erfahrungen in Einrichtungen wie bspw. Zentrale Entgiftung für Nordrhein-Westfalen (Hagen-Hohenlimburg), Entzugsstationen des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll (Hamburg) sowie Cleanok (Lengerich) wurde in den 90er Jahren das Bundesmodellprogramm „Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe“ aufgelegt. In ihm wurden in elf Einrichtungen Konzepte einer „kalten“ und „methadon- bzw. medikamentengestützten“ qualifizierten Entzugsbehandlung erprobt (vgl. GÖRGEN u.a. 1996). In den meisten (alten) Bundesländern wurden inzwischen Anstrengungen unternommen, die Qualität der Entzugsbehandlung von Drogenabhängigen zu verbessern (vgl. VERBAND DER BAYERISCHEN BEZIRKE 1991, KUHLMANN u.a. 1994, MANN, KNAPP 1997, SCHILLER u.a. 2001).

Im Rahmen der Entwicklung von medizinischen Leitlinien für die Diagnostik und Therapie substanzbezogener Störungen wurde der Fachöffentlichkeit mittlerweile das Kapitel zur Akutbehandlung von substanzbezogenen Störungen durch Opioide als Vorabinformation vorgelegt (vgl. REYMANN u.a. 2002).

Die vorliegenden Erfahrungen und Ergebnisse zeigen u.a., dass

- durch einen niedrigschwelligen, voraussetzungslosen Zugang die Reichweite des Angebots verbessert und drogengefährdete und -abhängige Menschen frühzeitiger erreicht werden,
- unterschiedliche individuelle Voraussetzungen und Behandlungsanlässe neben einem für alle Patienten gültigen Basisprogramm differenzierte Angebote, Maßnahmen und Interventionen erfordern,
- im Rahmen einer Zielhierarchie (vgl. SCHWOON 1992) personenbezogen unterschiedliche Behandlungsziele verfolgt werden (z.B. Verbesserung des körperlichen Allgemeinzustands, Förderung der Krankheitseinsicht, Rückfallbearbeitung),
- differenzierte Behandlungsangebote ein multidisziplinär besetztes Team erfordern, das u.a. in der Lage ist, eine hohe Beziehungsdichte zu den Patienten zu realisieren und im Rahmen eigenständiger Stationen eine tragfähige (therapeutische) Atmosphäre zu gewährleisten,
- die Behandlungsdauer von individuellen Erfordernissen abhängt und nicht schematisch festgelegt werden kann,
- die Unterscheidung zwischen „kalter“ bzw. „warmer“ Entzugsbehandlung im Rahmen eines begründeten Gesamtkonzepts unter Berücksichtigung spezieller Patientengruppen sinnvoll ist,

- die qualifizierte Entzugsbehandlung in den regionalen Verbund der Hilfen eingebunden werden muss, um ein abgestimmtes und aufeinander bezogenes Vorgehen im Rahmen eines Gesamtbehandlungs- bzw. Betreuungsplans zu ermöglichen.

In den letzten Jahren haben sich hinsichtlich der qualifizierten Behandlung Drogenabhängiger unterschiedliche konzeptionelle Schwerpunkte und Entzugsstrategien herausgebildet. Diese können u.a. nach folgenden systematischen Gesichtspunkten gegliedert werden:

- Niedrigschwellige Entzugsbehandlung, die ihren Ausgangspunkt alleine am Willen der Patienten zur Durchführung der Behandlung nimmt und individuelle Behandlungsziele verfolgt (vgl. BÖHME 1990, TRÜG 1992) vs. hochschwellige Entzugsbehandlung bei bestehender Veränderungsbereitschaft mit dem Ziel der Überleitung in eine stationäre medizinische Rehabilitation (vgl. GÖSLING 1995).
- Entzugsbehandlungen in einem primär großstädtischen Einzugsgebiet mit multimorbiden Drogenabhängigen (vgl. BEHRENDT, DEGKWITZ 1995 (a), (b), BRANDT u.a. 1999) vs. Entzugsbehandlungen in ländlichen Regionen mit einer gemischten Klientel unterschiedlicher Problemlagen (LEXOW 1995).
- Verschiedene Behandlungsstrategien wie bspw. medikamentengestützte Entzugsbehandlung (vgl. u.a. UNGLAUB 1994, SOYKA, VÖLKL 1994, BRACK, BEHRENDT 1995), akupunkturgestützte Entzugsbehandlung (vgl. u.a. STRAUß, WEIDIG 1995), antagonistisch-indizierter narkosegestützter Opiatentzug (vgl. TRETTER u.a. 2001).

Trotz dieser Ausdifferenzierungen beinhaltet das gemeinsame Grundverständnis qualifizierter Entzugsbehandlung auch weiterhin eine über die somatische Entgiftungsbehandlung hinausreichende Behandlung, in der die medizinischen Interventionen ergänzt werden um Maßnahmen der „psychosozialen Begleitung“ (vgl. SONDERKONFERENZ 1990). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass sich Drogenabhängige während der Entzugsbehandlung in einer Grenzsituation befinden, in der „alle Probleme im psychischen, sozialen und medizinischen Bereich dem Abhängigen plötzlich bewusst (werden)“ (BACKMUND 1995, S. 69). In diesem Sinn wird - insbesondere vor dem Hintergrund der Illegalität - der (stationäre) Drogenentzug zu einem „bio-psycho-sozialen Moratorium“, in dem es neben der Frage des Überlebens auch um die Wiedergewinnung der Hoffnung im Hinblick auf die zukünftige Lebenspraxis geht (vgl. TRÜG 1995, S. 18).

In Rheinland-Pfalz existieren seit 1997 **„Leitlinien für eine qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängiger von illegalen Drogen“**, in denen u.a. der Geltungsbereich, die Zielgruppen, Art, Umfang und Qualität der Leistungen sowie die personellen und sachlichen Voraussetzungen beschrieben werden. Sie wurden vom Ausschuss für Krankenhausplanung verabschiedet und dienen als Orientierungs- und Planungsgrundlage für die qualifizierte Entzugsbehandlung von Drogenabhängigen.

Auf Basis dieser Leitlinien wurde in den Jahren 2001 und 2003 in Rheinland-Pfalz ein Vorhaben durchgeführt, in dessen Rahmen das Konzept einer qualifizierten Entzugsbehandlung in den psychiatrischen Kliniken in Andernach und Klingenmünster modellhaft erprobt wurde. Die Besonderheit des Projekts lag u.a. darin, dass in der Rhein-Mosel-Fachklinik in Andernach die Behandlung medikamentengestützt und im Pfalz-klinikum in Klingenmünster opiatfrei erfolgte. Mit ihm sollte folglich die qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger auch im Hinblick auf eine Differenzierung des Behandlungsangebots erprobt werden. Mit der wissenschaftlichen Begleitung hat das rheinland-pfälzische Ministerium für Arbeit, Familie, Soziales und Gesundheit die

FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, Köln beauftragt.

1.2 Konzeptionen der Modellprojekte

„Haus Martinsberg“, Rhein-Mosel-Fachklinik in Andernach

In der Konzeption werden u.a. die Einordnung der Entzugsstation in das Gesamtbehandlungsangebot der Rhein-Mosel-Fachklinik, Indikationen, Menschenbild und Suchtverständnis, die therapeutischen Leistungen sowie die organisatorischen Voraussetzungen differenziert beschrieben. Vorgesehen ist eine medikamentengestützte Entzugsbehandlung („warmer Entzug“) mit einem intensiven psychotherapeutischen, pflegerischen, sozialarbeiterischen sowie ergo- und sporttherapeutischen Behandlungsprogramm. Die Konzeption orientiert sich an den Grundsätzen der humanistischen Psychologie mit einer ganzheitlichen Sicht des Menschen, der im Austausch mit seiner natürlichen und sozialen Umwelt nach Selbstverwirklichung und Wachstum strebt und neben seinen Erkrankungen, Störungen bzw. Defiziten über Stärken, Fähigkeiten und Ressourcen verfügt.

Sucht wird u.a. als dysfunktionaler Versuch der Konflikt- und Problemlösung verstanden. „Suchtidentität bildet sich über Erfahrungen psychischer und/oder existentieller Notlagen aus und verfestigt sich durch Wiederholungsmuster und fehlende Handlungsalternativen“ (KONZEPTION 2001a, S. 10). Über diese individuellen Aspekte hinaus wird Sucht systemisch unter physiologischen, psychologischen, sozialen, ökologischen und spirituellen Gesichtspunkten betrachtet.

Die therapeutische Grundhaltung ist ausgerichtet an Transparenz, Respekt und Akzeptanz und soll sich in einem dialogischen Prozess mit dem Patienten u.a. bei der Erarbeitung von Zielen, der Einleitung von Veränderungsprozessen und supportiver Begleitung realisieren.

„Behandelt werden sollen drogenabhängige Patienten,

- die sich in frühen Stadien der Sucht und in fortgeschrittenen Stadien der Sucht befinden, häufig mit multiplen Suchtbegleitungs- und Folgeerkrankungen,
- die bei Substitutionsbehandlung vom Beikonsum (Alkohol, Benzodiazepine, illegale Drogen) entziehen,
- die therapiemotiviert sind und eine Abstinenz anstreben, weshalb eine Entgiftung notwendig ist,
- die eine Entzugsbehandlung als Vorbereitung für eine ambulante Therapie, z.B. eine Drogenberatungsstelle, einen Arzt, einen Psychotherapeuten oder sonstige psychosoziale Betreuung benötigen,
- die eine Entzugsbehandlung vor einer geplanten und bewilligten stationären Therapie benötigen,
- die eine Entzugsbehandlung als Vorbereitung zur niedrigschwelligen Betreuung nutzen möchten (z.B. Betreutes Wohnen, Orientierungshaus),
- die eine Entzugsbehandlung bei Rückfällen während einer stationären Entwöhnungsbehandlung benötigen“ (ebd., S. 6 f.).

Orientiert am ICD-10 gelten die Diagnoseschlüssel F.11, F.14, F.16 und F.19. In „Haus Martinsberg“ werden keine Personen mit folgenden (Krankheits-)Merkmale aufgenommen: akute Psychose, akute Eigen- oder Fremdgefährdung, schwere Intoxikation mit vitaler Gefährdung, Unterbringung nach Psych-KG. Für diese Personengruppe stehen im Rahmen der Pflichtversorgung andere Stationen der Rhein-Mosel-Fachklinik zur Verfügung. Darüber hinaus werden keine Paare, Mütter mit Kindern sowie Personen unter 18 Jahren (Minderjährige) aufgenommen.

Ausgehend von einem therapeutischen Rahmenprogramm sowie auf der Basis einer umfassenden Eigen-, Sozial- und Pflegeanamnese soll eine individuelle Behandlungsplanung umgesetzt werden.

Als Teil eines Verbundsystems soll eng mit den ambulanten, stationären und komplementären Hilfen für Drogenabhängige, aber auch mit substituierenden Ärzten und sozialen Hilfen kooperiert werden.

„Cleaneck“, Pfalzkrinikum Klingenmünster

In der Konzeption werden das Leitbild, die bisherigen Erfahrungen in der Entzugsbehandlung Drogenabhängiger, der Zuständigkeitsbereich, die Behandlungsziele, die eingesetzten Instrumente und Methoden sowie die Behandlungsphasen ausführlich beschrieben. Vorgesehen ist eine opiatfreie Entzugsbehandlung („kalter Entzug“). Zur Linderung der Entzugssymptomatik werden u.a. Akupunktur, Aromatherapie sowie Bäder und Sauna eingesetzt.

Sucht wird im Zusammenhang mit Rausch und Ekstase als konstitutives Merkmal menschlicher Existenz gesehen. Missbrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen gelten als ab- bzw. fehlgeleitete Form dieser Merkmale mit Krankheitscharakter. Behandlungsbedürftigkeit wird dabei bei jungen Menschen u.a. im Zusammenhang mit persönlichen Reifungskrisen und in vielen Fällen auch anderen psychischen Erkrankungen gesehen. Neben den Elementen des Behandlungsgramms (u.a. psychologische Interventionen, sozialarbeiterische Hilfen, Ergo-, Musik- und Sporttherapie) wird deshalb der Station als beschütztem und drogenfreiem Raum sowie der aktiven und transparenten Beziehungsgestaltung zwischen Patienten und Mitarbeitern ein besonderer Stellenwert beigemessen. Der Verzicht auf eine substituierende Medikation erfolgt u.a. wegen der dadurch erreichbaren längeren Dauer einer drogenfreien Wahrnehmung der eigenen Situation und des sozialen Umfelds.

„Die Hauptzielgruppe stellen Abhängige von illegalen Drogen dar (ICD-10: F11-16, F19),

- die eine Entzugsbehandlung anstreben, weil sie im Anschluss eine stationäre oder ambulante Entwöhnungsbehandlung in Aussicht haben. Diese Patienten-/Patientinnengruppe wird bei der Platzvergabe vorrangig berücksichtigt,

- die eine Entzugsbehandlung wünschen, um den Ausstieg aus der Drogenszene zu versuchen, auch wenn sie (noch) keine konkrete Vorstellung über das weitere therapeutische Vorgehen haben,
- die eine Entzugsbehandlung wünschen, weil sie sich im Anschluss in eine abstinenzorientierte ambulante Behandlung/Betreuung begeben wollen, z.B. bei einem/r niedergelassenen Arzt/Ärztin, Drogenberatung, Selbsthilfegruppe usw.,
- die eine stationäre Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen haben, kurzfristig rückfällig wurden und zur erneuten Stabilisierung und Drogenfreiheit eine Entzugsbehandlung durchführen wollen“ (vgl. KONZEPTION 2001b, S. 8f.)

Nicht aufgenommen werden Patienten, die sich in einem schweren körperlichen Entzug befinden und aufgrund der schweren Begleit- und/oder Folgeerkrankungen einer intensivmedizinischen Behandlung bedürfen, sowie Patienten, bei denen eine psychotische Störung eine Teilnahme am suchtspezifischen Therapieprogramm verhindert (vgl. ebd., S. 9). Darüber hinaus können auch Patienten, die eine medikamentengestützte Entzugsbehandlung mit Substitutionsmitteln wünschen, nicht aufgenommen werden.

Neben der Entzugsbehandlung i.e.S. zielt die Behandlung darauf ab, dass der Patient eine Risikoabschätzung vornimmt, sich orientiert und Schritte im Hinblick auf Anschlussmaßnahmen einleitet.

1.3 Aufbau des Berichts

Der Bericht fasst die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Modellprojekte zusammen. Er gliedert sich - neben der Einleitung - in folgende Kapitel:

In *Kapitel 2* werden das Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung sowie die einzelnen Arbeitsschritte und eingesetzten Erhebungsverfahren beschrieben.

Kapitel 3 beinhaltet die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung, wobei organisatorische und institutionelle Rahmenbedingungen, Patientenmerkmale sowie Behandlungsverlauf und -ergebnis dargestellt werden. Darüber hinaus erfolgt eine Bewertung der Behandlungsprogramme aus Patienten- und Mitarbeitersicht. Die Ergebnisse werden - soweit dies möglich ist - mit anderen wissenschaftlichen Studien verglichen¹.

In *Kapitel 4* werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung bilanzierend zusammengefasst.

¹ Eine umfassende Darstellung der organisatorischen Rahmenbedingungen, des Behandlungsprogramms, der Patienten und der Effekte qualifizierter Entzugsbehandlung findet sich in der Berichterstattung zum Bundesmodellprogramm „Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe“ (vgl. GÖRGEN u.a. 1996). Bei einer Datenbankrecherche und der Durchsicht einschlägiger Fachzeitschriften wurden nach diesem Zeitpunkt im deutschsprachigen Raum nur wenige neuere Studien gefunden (z.B. KALKE u. RASCHKE 1999, ERBAS u.a. 2003). Die Studien zur qualifizierten Entzugsbehandlung Drogenabhängiger bezogen sich mehrheitlich auf einzelne Aspekte der Behandlung wie bspw. ambulante und tagesklinische Entzugsbehandlung (vgl. PIEST 1999, SCHMIDT u.a. 1999) oder Behandlungsansätze (vgl. WEBER 1998, BACKMUND u.a. 2003).

2 VORGEHEN DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG

Die FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, Köln hat im Mai 2001 mit der wissenschaftlichen Begleitung von „Haus Martinsberg“ in Andernach und im April 2002 von „Cleansack“ in Klingenberg begonnen.

Nach einer Zwischenberichterstattung über die qualifizierte Entzugsbehandlung von „Haus Martinsberg“ im April 2002 (vgl. FOGS 2002 a) und „Cleansack“ (FOGS 2002 b) war vor allem folgende generelle Fragestellung von Interesse: Bestehen im Hinblick auf die untersuchten Struktur-, Prozess- und Ergebnismerkmale Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsangeboten einer medikamentengestützten („warmen“) und opiatfreien („kalten“) Entzugsbehandlung?²

Im Einzelnen waren u.a. folgende Untersuchungsfragen zu beantworten:

- Wie entwickelt sich die Inanspruchnahme des Behandlungsangebots?
- Welche strukturellen Merkmale kennzeichnen die Einrichtungen?
- Welche soziodemographischen, suchtbio-graphischen und behandlungsbezogenen Merkmale weisen die Patienten auf?
- Wie ist der Behandlungsverlauf ausgestaltet und welche Behandlungsleistungen werden erbracht?
- Welche Behandlungsergebnisse werden erzielt?
- Wie stellt sich das Behandlungsprogramm aus Sicht der Patienten und Mitarbeiter dar?

Die wissenschaftliche Begleitung hat zur Beantwortung der genannten Untersuchungsfragen u.a. folgende Arbeitsschritte umgesetzt:

- Dokumentation infrastruktureller und organisatorischer Rahmenbedingungen unter Verwendung eines (teil-)standardisierten Fragebogens sowie Besuche vor Ort,
- Dokumentation der Patientenmerkmale anhand eines umfänglichen standardisierten Fragebogens,
- Dokumentation standardisierter und patientenbezogener Behandlungsleistungen,
- Durchführung einer Patientenbefragung zur Bewertung von Angeboten und Maßnahmen, zu ihren Absichten und Zielen sowie zu ihrer Änderungsbereitschaft zu Behandlungsbeginn und -ende durch (teil-)standardisierte Fragebogen,
- Befragung der Mitarbeiter mit einem (teil-)standardisierten Fragebogen am Ende der Modellphase zu konzeptionellen und Umsetzungsaspekten der jeweiligen Behandlungsprogramme.

Zwischenergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung wurden den beteiligten Einrichtungen, dem Auftraggeber und der begleitenden Projektgruppe mit Vertretern der Krankenkassen regelmäßig rückgemeldet.

² Die Charakterisierung des jeweiligen Behandlungsansatzes als „warme“ bzw. „kalte“ Entzugsbehandlung erfolgt in Anlehnung an den Sprachgebrauch im Praxisfeld. Sie entsprechen nicht den tatsächlichen Inhalten des Behandlungsprogramms. Diese unterscheiden sich dadurch, dass bei einer „warmen“ Entzugsbehandlung eine substituierend-unterstützende Medikamentierung erfolgt, während die „kalte“ Entzugsbehandlung opiatfrei durchgeführt wird, ohne dass auf die medizinisch notwendige Medikamentierung, bspw. bei einer Krampfgefährdung, verzichtet wird.

3 ERGEBNISSE DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG

3.1 Organisatorische und institutionelle Rahmenbedingungen

3.1.1 „Haus Martinsberg“

Träger und Einzugsgebiet

Die qualifizierte Entzugsbehandlung „Haus Martinsberg“ ist Teil der Rhein-Mosel-Fachklinik in Andernach - Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie. Die Fachklinik ist eine Einrichtung des Landeskrankenhauses (AöR) und nimmt als Psychiatrisches Akutkrankenhaus Pflichtversorgungsaufgaben wahr.

Bis zur Eröffnung von „Haus Martinsberg“ wurden Drogenabhängige in der Rhein-Mosel-Fachklinik auf einer geschlossenen Station gemeinsam mit Alkohol- und Medikamentenabhängigen entgiftet. Auf der Station wurden von insgesamt 25 Behandlungsplätzen acht speziell für Drogenabhängige vorgehalten.

Das Einzugsgebiet der qualifizierten Entzugseinrichtung umfasst den nördlichen Teil von Rheinland Pfalz³. Im Rahmen der Pflichtversorgung ist die Fachklinik zuständig für ein Versorgungsgebiet von ca. 1.230.000 Einwohner.

Obwohl die Rhein-Mosel-Fachklinik eher am Rande des Pflichtversorgungsgebiets liegt, ist sie mit dem öffentlichen Personennahverkehr vor allem aus dem Kernversorgungsgebiet (Stadt Koblenz, Landkreise Mayen-Koblenz, Cochem-Zell und Westerwald) gut erreichbar.

Einrichtung und Behandlungsplätze

Für die qualifizierte Entzugsbehandlung stehen 20 vollstationäre Behandlungsplätze zur Verfügung. „Haus Martinsberg“ ist auf dem Gelände der Fachklinik ein separat gelegener, vollrenovierter und neu eingerichteter Pavillonbau mit einer eigenen abgegrenzten Geländefläche.

Die Patienten können auf zehn Zweibettzimmer zurückgreifen. „Haus Martinsberg“ ist so gestaltet, dass der Klinikcharakter deutlich in den Hintergrund tritt. Die räumliche Ausstattung ermöglicht den Patienten mit drei Aufenthaltsräumen und einer großen Terrasse wechselnde Aufenthaltsmöglichkeiten. Das weitere Raumangebot mit sechs Mitarbeiter- bzw. Teamräumen, Funktionsräumen für Ergo- und Gruppentherapie, einer Sauna sowie verschiedenen Wirtschaftsräumen ist großzügig gestaltet. Dies sowie die vielfältigen Möglichkeiten der Fachklinik im Bereich der Freizeitgestaltung (Sporthalle, Schwimmbad, Minigolfplatz, Kegelbahn, Volleyballplatz, Parkgelände) gewährleisten eine abwechslungsreiche Gestaltung des Aufenthalts.

³ Als einzige qualifizierte Entzugsbehandlung betrug das Einzugsgebiet von „Haus Martinsberg“ in der ersten Modellphase das gesamte Bundesland. Mit Eröffnung einer zweiten qualifizierten Entzugsstation in Klingenstein im südlichen Landesteil wurde das Einzugsgebiet - planerisch - eingegrenzt auf den nördlichen Landesteil.

Finanzierung und Behandlungsdauer

Von den Krankenkassen wird auf Basis der §§ 39 und 107 Abs. 1 SGB V für die qualifizierte Entzugsbehandlung ein Klinikpflegesatz von ca. 193 Euro bezahlt.

Die Aufenthaltsdauer richtet sich nach den Erfordernissen des Einzelfalls. Die konzeptionell vorgesehene Behandlungsdauer zur Erreichung der Behandlungsziele (s.u.) beträgt i.d.R. 21 Tage. Dies wird den Patienten auch als voraussichtliche Behandlungsdauer zu Beginn mitgeteilt.

Personalausstattung und Qualifikation

In „Haus Martinsberg“ arbeiteten 17 Mitarbeiter in einem multiprofessionellen Team. Die folgende Tab. 1 zeigt die Verteilung nach Berufsgruppen sowie Vorerfahrungen in der Arbeit mit drogenabhängigen bzw. suchtkranken Personen zu Beginn (in Klammern am Ende) der Evaluationsphase.

Tab. 1: Personal nach Qualifikation und Vorerfahrung

Berufsgruppe	Anzahl der Mitarbeiter	Anzahl der Mitarbeiterstellen (in VzE *)	Erfahrung mit Drogenabhängigen: Anzahl der Mitarbeiter	Erfahrung mit Suchtkranken: Anzahl der Mitarbeiter
Ärzte	1 (3)	1,66 (1)	1 (3)	3 (1)
Pflegekräfte (examinierte Krankenpfleger)	10 (11)	9,25	6 (11)	6 (11)
Diplom-Psychologen	1	0,5	1	1
Dipl.-Sozialarbeiter/-Sozialpädagogen	1 (2)	1 (0,75)	1 (2)	1 (2)
Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten	1	0,5	1	1
Sporttherapeuten	1	0,33 (0,5)	1	1

* Vollzeitäquivalente

Die 17 Mitarbeiter arbeiteten (zu Beginn) auf 13,41 Mitarbeiterstellen (Vollzeitäquivalent) am Ende der Evaluationsphase auf 12,33 Stellen. Die Mehrzahl der Mitarbeiter waren Pflegekräfte, von denen - wie alle anderen Mitarbeiter auch - rund zwei Drittel über Erfahrungen in der Arbeit mit Suchtkranken bzw. Drogenabhängigen verfügten. Der Großteil dieser Mitarbeiter war vorher in der geschlossenen Entzugsstation für Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängige der Rhein-Mosel-Fachklinik tätig, sodass ein weitgehend eingearbeitetes Team die Arbeit aufgenommen hatte. Während der ersten Modellphase hat es beim Pflegepersonal eine vergleichsweise hohe Personalfuktuation gegeben, was Abstimmung und Entwicklung einer konzeptuellen Kohärenz innerhalb des Behandlungsteams erschwert hat.

Zu Beginn verfügten die Ärzte, der Dipl.-Psychologe sowie die Dipl.-Sozialarbeiterin über eine psycho- bzw. suchtttherapeutische Zusatzqualifikation. Zwei Pflegekräfte befanden sich in der Ausbildung zum Fachpfleger.

Die Arbeit der professionellen Kräfte wird ergänzt durch ein regelmäßiges 14-tägiges Gruppenangebot einer Anonymus-Narcotics-Selbsthilfegruppe.

Engpässe in der o.g. Personalausstattung des Modellprojekts lagen neben dem Pflegebereich beim ärztlichen Personal und beim Sozialdienst. Insgesamt konnten Ausfallzeiten kaum kompensiert werden. Darüber hinaus war oftmals die Kontinuität der therapeutischen Beziehung gefährdet.

Aufnahme-, Aufenthalts- und Entlassregelungen

Angezielt wird bei einer Aufnahme in „Haus Martinsberg“ die vorbereitende Beratung der Entzugspatienten durch eine Drogenberatungsstelle. Die Patienten sind aufgefordert, vorab einen Lebenslauf einschließlich ihrer substanzbezogenen Probleme zu erstellen und den regelmäßigen Kontakt zur Aufnahmeleitung zu halten. In Einzelfällen wird vorab auch ein Informationsgespräch durchgeführt. Im Rahmen der Aufnahme-prozedur wird die Anzahl der gleichzeitig behandelten Russlanddeutschen begrenzt, da Erfahrungen gezeigt haben, dass diese als größere Gruppe nicht integriert werden können. Sofern die Behandlung nicht durch den Patienten gegen ärztlichen Rat abgebrochen wird, erfolgt die Entlassung i.d.R. nach 21 Tagen zu einem vorher vereinbarten Termin. Dabei wird darauf geachtet, dass der Übergang in eine Anschlussmaßnahme unmittelbar erfolgt.

Qualitätssicherung und -management

Die Mitarbeiter nehmen an einer externen Supervision teil. Darüber hinaus findet regelmäßig eine kollegiale Fallsupervision statt. Den Mitarbeitern stehen die klinikinterne Fort- und Weiterbildungsangebote bspw. im Bereich der psychiatrischen Pflege zur Verfügung. Die stations- und abteilungsübergreifende Dokumentation entspricht den klinischen Standards (z.B. BADO, Krankenblatt, Pflegedokumentation).

(Institutionelle) Kooperation

Die qualifizierte Entzugsbehandlung ist Teil des (regionalen) Verbundsystems der Drogenhilfen. Die Einrichtung kooperiert vor dem Hintergrund ihrer konzeptionellen Ziele und Aufgabenstellung im Vorfeld der stationären Behandlung vor allem mit Drogenberatungsstellen sowie mit Blick auf Anschlussmaßnahmen vor allem mit Fachkliniken der medizinischen Rehabilitation sowie den rheinland-pfälzischen Orientierungshäusern. Darüber hinaus bestehen Kontakte zu Gesundheitsämtern und AIDS-Hilfen sowie zur Jugend- und Bewährungshilfe. Mit Blick auf die Substitutionsbehandlung bestehen enge Kooperationsbeziehungen zur Methadonambulanz der Rhein-Mosel-Fachklinik sowie zu substituierenden Ärzten.

Institutionell wird die fallbezogene Kooperation gestützt durch die Mitarbeit in den (regionalen) Arbeitskreisen Substitution, Jugendhilfe, Nicht-Sesshaftenhilfe und Migration sowie im Therapieverbund Nördliches Rheinland-Pfalz.

3.1.2 „Cleansack“

Träger und Einzugsgebiet

Das Behandlungsangebot einer qualifizierten Entzugsbehandlung Drogenabhängiger „Cleansack“ ist Teil des Pfalzklunikums für Psychiatrie und Neurologie in Klingenmünster. Das Klinikum ist eine Einrichtung des Landeskrankenhauses (AöR) und nimmt als Psychiatrisches Akutkrankenhaus Pflichtversorgungsaufgaben wahr.

Vor der Eröffnung der „Cleansack“ wurden bis Juli 2001 Drogenabhängige auf einer 29 Betten umfassenden Entzugsstation gemeinsam mit Alkoholabhängigen entgiftet. Danach stand für knapp ein Jahr eine eigene Drogenentzugstation zur Verfügung, auf der eine medikamentengestützte Entzugsbehandlung durchgeführt wurde.

Das Einzugsgebiet der Entzugseinrichtung in Klingenmünster umfasste - planerisch - den südlichen Teil von Rheinland-Pfalz. Aufgenommen werden aber auch Patienten aus anderen Bundesländern, die vor allem wegen des spezifischen Ansatzes der opiatfreien Entzugsbehandlung das Angebot in Anspruch nehmen wollen. Im Rahmen der Pflichtversorgung ist das Pfalzklunikum zuständig für ein Versorgungsgebiet von ca. 3,5 Millionen Einwohnern.

Die Einrichtung liegt zwar im Zentrum des Pflichtversorgungsgebiets, aufgrund der ländlichen Lage ist die Einrichtung nur schlecht mit dem öffentlichen Nahverkehr zu erreichen.

Einrichtung und Behandlungsplätze

Die Einrichtung befindet sich in einem abseits gelegenen vollständig renovierten und neu eingerichteten Pavillonbau auf dem Klinikgelände. Der Bau steht auf einer abgegrenzten größeren Geländefläche. Für die Entzugsbehandlung stehen 20 vollstationäre Behandlungsplätze zur Verfügung

Lage, Einrichtung und Atmosphäre lassen den Klinikcharakter deutlich in den Hintergrund treten. Die Patienten sind in Einzelzimmern untergebracht. Ihnen stehen darüber hinaus ein Speisesaal, zwei Aufenthaltszimmer und ein Spielraum (u.a. Billard) zur Verfügung. Das weitere Raumangebot umfasst eine Patientenküche, sieben Mitarbeiterzimmer, vier Funktionsräume für Einzel-, Gruppen und Ergotherapie, die Patientenküche, einen Fitnessraum sowie eine Sauna mit den erforderlichen Umkleide- und Ruheräumen sowie dem Nassbereich⁴. Auf dem Klinikgelände können die Patienten das Schwimmbad, die Kegelbahn, Minigolf und Sporthalle nutzen. Außerdem besteht eine Einkaufsmöglichkeit. Diese Bedingungen ermöglichen es den Patienten, ihren Aufenthalt in der Klinik abwechslungsreich auszugestalten.

Finanzierung und Behandlungsdauer

Auf Basis der §§ 39 und 107 Abs. 1 SGB V erfolgt die Finanzierung der Einrichtung über den Pflegesatz der Klinik in Höhe von ca. 196 Euro.

Die Aufenthaltsdauer der Patienten richtet sich nach den Erfordernissen des Einzelfalls. Konzeptionell ist mit den Krankenkassen eine Aufenthaltszeit bis zu 21 Tagen vereinbart.

⁴ Das vollständige Raumangebot stand (erst) ab Juni 2002 zur Verfügung.

Personalausstattung und Qualifikation

Das multiprofessionelle Behandlungsteam setzte sich (zu Beginn) aus 21 Personen auf 15,25 Mitarbeiterstellen zusammen. Tab. 2 zeigt die Verteilung nach Berufsgruppen sowie Vorerfahrungen in der Arbeit mit drogenabhängigen bzw. suchtkranken Personen zu Beginn der Projektarbeit.

Tab. 2: Personal nach Qualifikation und Vorerfahrung

Berufsgruppe	Anzahl der Mitarbeiter	Anzahl der Mitarbeiterstellen (in VzE*)	Erfahrung mit Drogenabhängigen: Anzahl der Mitarbeiter	Erfahrung mit Suchtkranken: Anzahl der Mitarbeiter
Ärzte	2	2 (1,5)	2 (1)	2 (1)
Pflegekräfte (examinierte Krankenpfleger)	15 (13)	10,75	15 (11)	15 (11)
Diplom-Psychologen	1	0,5	1	1
Dipl.-Sozialarbeiter/-Sozialpädagogen	1	1	1	1
Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten	1	0,5	1	1
Sporttherapeuten	1	0,5 (0,1)	1	1

* Vollzeitäquivalente

Wie Tab. 2 zeigt, verfügten (zu Beginn) alle Mitarbeiter über einschlägige Vorerfahrungen in der Arbeit mit drogenabhängigen bzw. suchtkranken Patienten. Das Behandlungsteam hatte bereits vor Beginn der Arbeit im „Cleanneck“ in der Entzugsbehandlung von Drogenabhängigen im Pfalzkrankenhaus zusammengearbeitet. Vor Beginn haben die Mitarbeiter an einem Startworkshop zur Konzeption und Umsetzung einer opiatfreien Entzugsbehandlung sowie an einer Fortbildungsmaßnahme zur Anwendung von Akupunktur und Aromatherapie teilgenommen.

Die approbierte Dipl.-Psychologin verfügt über eine psychotherapeutische, vier Pflegekräfte haben eine fachspezifische Zusatzqualifikation.

Die Anonymus-Narcotics-Selbsthilfegruppe bietet einmal im Monat eine Gruppensitzung an.

Aufnahme-, Aufenthalt und Entlassregelungen

Die Aufnahme erfolgt ohne weitere Anforderungen nach telefonischer Anmeldung und einer Krankenhauseinweisung. Sie erfolgt zeitnah und unmittelbar nach Absprache mit den Patienten. Der Aufenthalt der Patienten ist grundsätzlich an die Einhaltung der Hausordnung gebunden. Rückfälle werden im Erstfall therapeutisch bearbeitet, im Wiederholungsfall werden die Patienten entlassen. Gewalttätigkeit und Gefährdung anderer, bspw. durch Weitergabe von Suchtmitteln auf der Station, haben ebenfalls die frühzeitige Entlassung der Patienten zur Folge. Die Behandlung wird i.d.R. nach Erreichen des gemeinsam erarbeiteten Therapieziels beendet. Die Anzahl der gleichzeitig behandelten Minderjährigen ist aus therapeutischen Gründen auf zwei begrenzt.

Qualitätssicherung und -management

Die Mitarbeiter nehmen an einer externen Supervision teil. Darüber hinaus findet regelmäßig eine kollegiale Fallsupervision statt. Den Mitarbeitern stehen die klinikinternen Fort- und Weiterbildungsangebote bspw. im Bereich der psychiatrischen Pflege zur Verfügung. Die stations- und abteilungsübergreifende Dokumentation entspricht den klinischen Standards (z.B. BADO, Krankenblatt, Pflegedokumentation) und wird auch nach der Evaluationsphase durch eine Patientendokumentation und -befragung ergänzt.

(Institutionelle) Kooperation

Die Einrichtung arbeitet vor Ort mit substituierenden Ärzten, der AIDS-Hilfe und anderen psychosozialen Institutionen sowie vor allem mit den regionalen und überregionalen Drogenberatungsstellen und Fachkliniken der medizinischen Rehabilitation fallbezogen zusammen.

Die institutionelle Kooperation basiert vor allem auf der Mitarbeit im Koordinationskreis der Drogeneinrichtungen südliche Weinstraße sowie dem Arbeitskreis der Drogenzugsstationen in Baden-Württemberg.

Die organisatorischen und institutionellen Rahmenbedingungen der beiden qualifizierten Entzugseinrichtungen wurden entscheidend geprägt durch den klinischen Charakter, die organisatorischen Standards und die Aufgabenstellung (z.B. Pflichtversorgungsauftrag) der psychiatrischen Fachkliniken.

Die personelle Ausstattung der beiden Entzugseinrichtungen lag deutlich unter den Personalanzahlzahlen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) für den Behandlungsbereich S 2 (Intensivbehandlung von Abhängigkeitserkrankten) (vgl. KUNZE U. KALTENBACH 1996), der Personalausstattung der Einrichtungen im Bundesmodellprogramm „Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe“ (vgl. GÖRGEN u.a. 1996) sowie den Anforderungen an eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger in Nordrhein-Westfalen (vgl. KUHLMANN u.a. 1994). Darüber hinaus war im Vergleich zum genannten Bundesmodellprogramm der Anteil der Pflegekräfte an der Personalausstattung zu Lasten anderer Berufsgruppen, z.B. Sozialarbeiter, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, erhöht.

Unterschiede zwischen den beiden rheinland-pfälzischen Einrichtungen zeigten sich u.a. mit Blick auf:

- **Personalentwicklung:** Häufige Personalwechsel, insbesondere bei den Pflegekräften, und unterschiedliche Auffassungen zu konzeptionellen Fragen (z.B. Aufnahmekriterien, Stationsregeln) erschwerten in der Rhein-Mosel-Fachklinik zeitweise die Umsetzung der konzeptionellen Ziele. Demgegenüber konnte das Behandlungsteam im Pfalzklitorium mit hoher personeller Kontinuität und abgestimmten konzeptionellen Zielvorstellungen arbeiten.
- **Zugangsregelungen:** Die Rhein-Mosel-Fachklinik legte den Patienten vor der Aufnahme die vorbereitende Beratung durch eine Drogenberatungsstelle nahe, außerdem wurden die Patienten aufgefordert, vorab einen Lebenslauf einschließlich ihrer substanzbezogenen Probleme zu erstellen sowie regelmäßigen Kontakt zur Aufnahmeleitung zu halten. Demgegenüber erfolgt die Aufnahme in das Behandlungsprogramm im Pfalzklitorium i.d.R. ohne weitere Anforderung zeitnah und in

Absprache mit den Patienten.

- Raumangebot: In der Rhein-Mosel-Fachklinik wurden die Patienten in Zweibettzimmern, im Pfalzkrankenhaus in Einzelzimmern untergebracht.

3.2 Die Patienten der Modellprojekte

Im Folgenden werden die Patienten der beiden Entzugseinrichtungen nach soziodemographischen, suchtbio-graphischen und behandlungsbezogenen Merkmalen beschrieben. Dabei werden die beiden Behandlungsprogramme hinsichtlich der erhobenen Patientenmerkmale verglichen⁵. Die Datenerhebung in den Einrichtungen erfolgte in unterschiedlichen Zeiträumen und bezieht sich auf eine unterschiedliche Anzahl einbezogener Behandlungsfälle. Tab. 3 gibt einen Überblick über die Erhebungszeiträume und die Anzahl der behandelten und dokumentierten Patienten.

Tab. 3: Erhebungszeiträume und Behandlungsfälle

	Rhein-Mosel-Fachklinik	Pfalzkrankenhaus
Erhebungszeiträume	01.07.2001 bis 31.12.2002	01.06.2002 bis 31.05.2003
Anzahl der tatsächlichen Behandlungsfälle	412	461
Anzahl der dokumentierten Behandlungsfälle	338	435
Anzahl der dokumentierten Patienten	276	350

Angestrebt wurde eine Erfassung aller Patienten über den jeweiligen Erhebungszeitraum. Dies konnte im Pfalzkrankenhaus weitgehend erreicht werden. In der Rhein-Mosel-Fachklinik haben u.a. die angespannte Personalsituation sowie ein Wechsel in der ärztlichen Leitung dazu beigetragen, dass insbesondere im letzten Drittel des Erhebungszeitraums nicht alle Behandlungsfälle dokumentiert wurden.

3.2.1 Behandlungsbezogene Merkmale

Belegung und Art der Aufnahme

In der Rhein-Mosel-Fachklinik erfolgten im Untersuchungszeitraum 412 Aufnahmen. Die durchschnittliche Verweildauer betrug **15,9 Tage**, die durchschnittliche Belegung 11,3 Patienten. Im Unterschied dazu wurden im Pfalzkrankenhaus 461 Behandlungsfälle aufgenommen. Die durchschnittliche Verweildauer betrug dort **11,6 Tage**, die durchschnittliche Belegung 12,6 Patienten bzw. 13,5 Patienten, wenn der deutlich geringer belegte erste Monat nicht in die Berechnung einbezogen wird.

⁵ Bei den vorgenommenen Vergleichen werden jeweils an erster Stelle die Zahlenwerte der Rhein-Mosel-Fachklinik und anschließend die Zahlenwerte des Pfalzkrankenhauses genannt.

Tab. 4 zeigt das Verhältnis von Neu- bzw. Erstaufnahmen und wiederholten Aufnahmen in die Entzugsstationen auf Basis der dokumentierten Fälle⁶.

Tab. 4: Aufnahme

Aufnahme	Rhein-Mosel Fachklinik		Pfalzkrankenhaus	
	absolut	in %	absolut	in %
Neuaufnahme	276	81,9	350	80,5
wiederholte Aufnahme	61	18,1	85	19,5
GESAMT	337	100,0	435	100,0

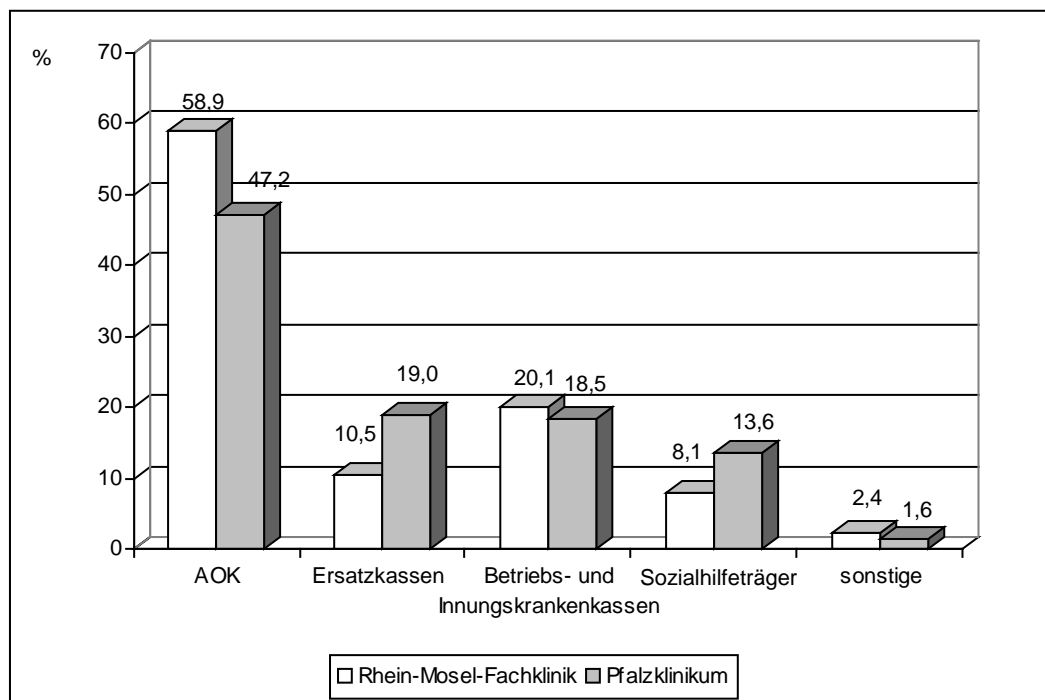
In beiden Einrichtungen wurden gut vier Fünftel der Patienten erstmalig aufgenommen. Der Anteil der Erstaufnahmen an allen Aufnahmen ist erwartungsgemäß hoch, handelte es sich doch jeweils um ein neu implementiertes Angebot. Gleichwohl wurde in den Betrachtungszeiträumen von 1,5 bzw. einem Jahr immerhin jeder fünfte Behandlungsfall wiederholt aufgenommen. Ergebnisse einer Betrachtung der Behandlungshäufigkeit im Jahresvergleich in den Entzugsstationen des Klinikums Nord in Hamburg zur qualifizierten Entzugsbehandlung Drogenabhängiger zeigen, dass der Anteil der Erstaufnahmen im Vierjahresvergleich von 81 % auf 51 % sinkt (vgl. KALKE U. RASCHKE 1999).

Kosten- und Leistungsträger

Als Kosten- und Leistungsträger der Entzugsbehandlungen fungierten erwartungsgemäß überwiegend die Krankenkassen (90,1 % bzw. 85,4 % der Fälle). Subsidiär wurde der Sozialhilfeträger tätig (8,1 % bzw. 13,6 %). Abb. 1 zeigt die Verteilung der Kostenträgerschaft in den Einrichtungen im Vergleich.

⁶ Im Pfalzkrankenhaus weichen die dokumentierten Fälle von den tatsächlichen Fällen ab, da bspw. im letzten Monat (5/2003) nur noch abgeschlossene Fälle in die Dokumentation einbezogen werden konnten.

Abb. 1: Kostenträger der Entzugsbehandlung

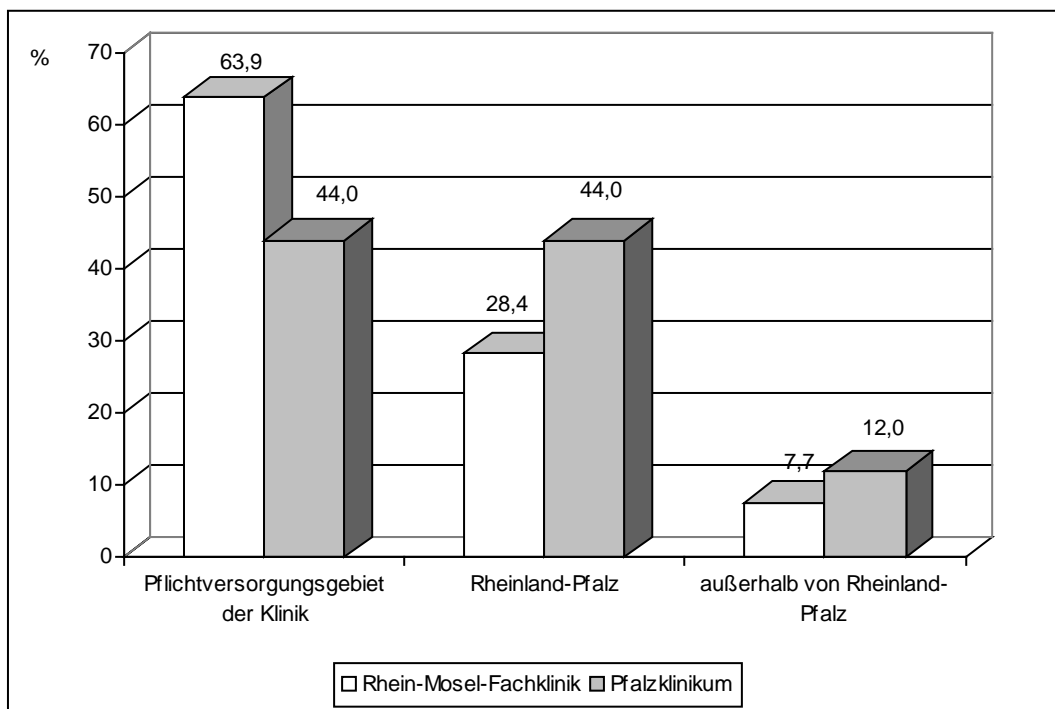


Hauptsächlicher Leistungsträger war demnach die AOK (58,9 % bzw. 47,2 %). Darüber hinaus fällt auf, dass bei den Patienten des Pfalzlinikums häufiger Ersatzkassen als Leistungsträger fungierten als bei Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik. Betriebs- und Innungskrankenkassen übernahmen in ca. jedem fünften Behandlungsfall die Kosten.

Einzugsgebiete, vermittelnde Instanzen und Aufnahmezeiträume

Vor dem Hintergrund der Pflichtversorgung der jeweiligen Klinik, der regionalen Verortung der Einrichtungen im nördlichen bzw. südlichen Landesteil von Rheinland-Pfalz sowie der unterschiedlichen Behandlungskonzepte war die Entwicklung der tatsächlichen Inanspruchnahme der Angebote nach Einzugsgebieten von Interesse. Abb. 2 zeigt die Verteilung der **Einzugsgebiete** im Vergleich, wobei der letzte Aufenthaltsort der Patienten als Differenzierungskriterium dient.

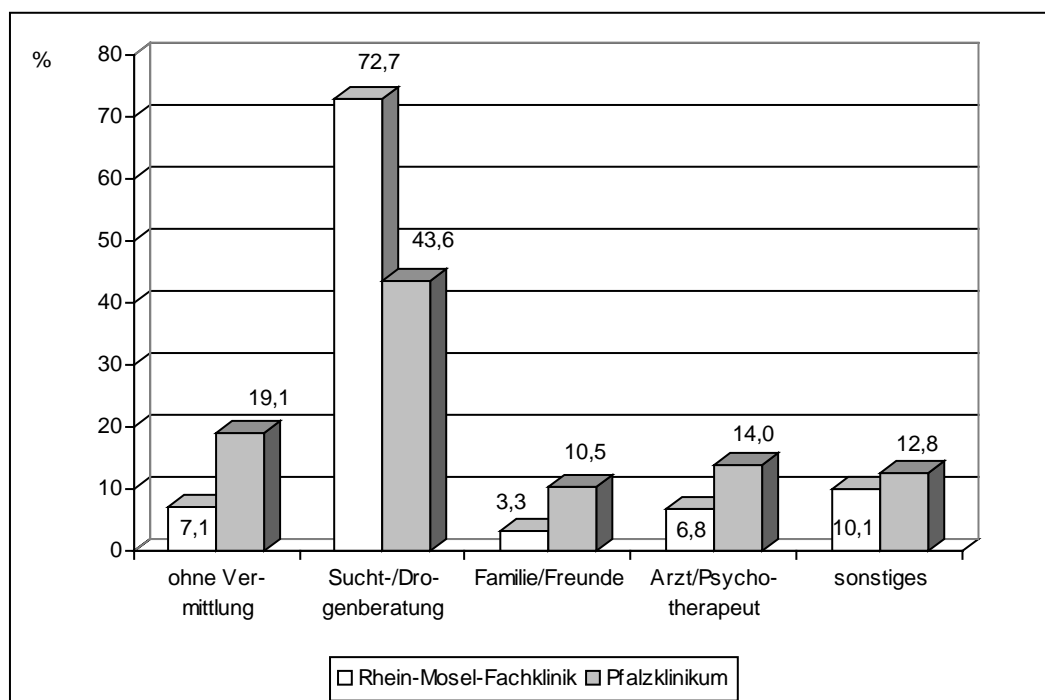
Abb. 2: Letzter Aufenthaltsort



In beiden Einrichtungen kamen die Patienten hauptsächlich aus dem Pflichtversorgungsgebiet der psychiatrischen Klinik oder aus Rheinland Pfalz. Der Anteil von Patienten aus anderen Bundesländern fiel demgegenüber deutlich geringer aus. In der Entzugsbehandlung der Rhein-Mosel-Fachklinik kamen deutlich mehr Patienten aus dem Pflichtversorgungsgebiet der Klinik als im Pfalz-klinikum (63,9 % bzw. 44 %). Auch nahmen im Pfalz-klinikum mehr Patienten aus anderen Bundesländern das Behandlungsprogramm in Anspruch als in der Rhein-Mosel-Fachklinik. Vermutlich spielte hierbei die geographische Lage der Einrichtungen ebenso eine Rolle wie die Unterschiede in den Behandlungsprogrammen. Während sich medikamentengestützte Entzugsbehandlungen Drogenabhängiger in den angrenzenden Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Hessen als Standardangebote etabliert haben, ist die opiatfreie Entzugsbehandlung ein spezialisiertes Angebot, das auch landesgrenzübergreifend in Anspruch genommen wird.

Vor dem Hintergrund der Diskussion um die Erschließung neuer Zielgruppen (z.B. junge Drogenabhängige, von Partydrogen abhängige Personen zur Verbesserung des Erreichungsgrads suchtspezifischer Hilfen) stellt sich die Frage nach den **Zugangswegen** in die qualifizierte Entzugsbehandlung. Abb. 3 zeigt die unterschiedlichen Zugangswege im Vergleich.

Abb. 3: Vermittlung



In beiden Einrichtungen erfolgte die Vermittlung in die Entzugsbehandlung hauptsächlich durch Sucht- und Drogenberatungsstellen. Mit Blick auf die Anteile der einzelnen Vermittlungsinstanzen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Während in der Rhein-Mosel-Fachklinik der Zugangsschwerpunkt konzeptkonform bei den Sucht- und Drogenberatungsstellen lag, erfolgten Zugänge zur Behandlung im Pfalzkllinikum über unterschiedliche Wege: Die Aufnahme der Patienten erfolgte zu deutlich höheren Anteilen direkt und ohne Vermittlung (7,1 % vs. 19,1 %) bzw. durch private Bezugspersonen (3,3 % vs. 10,5 %) oder niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten (6,8 % vs. 14 %).

In die qualifizierte Entzugsbehandlung der Rhein-Mosel-Fachklinik haben Sucht- und Drogenberatungsstellen aus insgesamt 34 verschiedenen Orten Klienten vermittelt, wobei die Vermittlungen insbesondere aus Koblenz (87 Fälle), Andernach (50), Neuwied (16), Montabauer (11), Bad Kreuznach (10), Mainz (11), Ludwigshafen (6) und Trier (6) erfolgt sind. Ins Pfalzkllinikum haben Beratungsstellen aus 31 Orten Klienten vermittelt, davon Landau (33 Fälle), Ludwigshafen (28), Mainz (16), Worms (14), Kaiserslautern (13), Neustadt (9), Pirmasens (8) und Bad Kreuznach (7).

Mit Blick auf die **Gestaltung des Zugangs** zur qualifizierten Entzugsbehandlung ohne bürokratische Hemmnisse und Zugangsschwellen war u.a. von Interesse, wie viel Zeit zwischen der ersten Kontaktaufnahme und dem Beginn der stationären Behandlung lag. Tab. 5 gibt hierüber einen vergleichenden Überblick.

Tab. 5: Zeitraum zwischen erster Kontaktaufnahme und Beginn der Entzugsbehandlung (Fälle) mit Direktaufnahme

Zeitraum	Rhein-Mosel-Fachklinik		Pfalzkl. Klinik	
	absolut	in %	absolut	in %
1 - 7 Tage	93	27,6	406	96,0
8 - 14 Tage	91	27,0	13	3,1
15 - 28 Tage	75	22,3	1	0,2
29 - 90 Tage	61	18,1	1	0,2
91 und mehr Tage	17	5,0	2	0,5
GESAMT	337	100,0	423	100,0

Während im Pfalzkl. Klinik Patienten weit überwiegend direkt oder im Verlauf einer Woche aufgenommen wurden (96 %), erfolgte die Aufnahme im der Rhein-Mosel-Fachklinik bei gut der Hälfte der Patienten innerhalb eines 14-Tage-Zeitraums. Bei der anderen Hälfte betrug er bis zu drei und mehr Monate⁷. Neben unterschiedlichen konzeptionellen Schwerpunktsetzungen wie bspw. die angestrebte Vorbereitung durch Sucht- und Drogenberatungsstellen in der Rhein-Mosel-Fachklinik bzw. eine direkte und niedrigschwellige Aufnahme im Pfalzkl. Klinik (siehe auch Abschnitt 1.2) führten vermutlich auch die Abstimmungen mit den Aufnahmezeitpunkten anschließender Entwöhnungsmaßnahmen zu längeren Zeiträumen zwischen Anmeldung und Beginn der Entzugsbehandlung.

In den beiden rheinland-pfälzischen qualifizierten Entzugseinrichtungen wurden im Jahresmittel 275 bzw. 461 Behandlungen durchgeführt, dabei fungierte erwartungsgemäß die AOK als hauptsächlicher Leistungsträger. Der Schwerpunkt der Patientenrekrutierung lag in beiden Einrichtungen im Pflichtversorgungsgebiet der jeweiligen psychiatrischen Klinik, wobei im Pfalzkl. Klinik vergleichsweise mehr Patienten aus ganz Rheinland-Pfalz und den angrenzenden Bundesländern kamen. Die Vermittlung erfolgte in der Rhein-Mosel-Fachklinik (konzeptkonform) weit überwiegend über Sucht- und Drogenberatungsstellen, während im Pfalzkl. Klinik unterschiedliche Vermittlungswege dokumentiert wurden. Unterschiede zwischen den Einrichtungen zeigen sich auch mit Blick auf den Zeitraum zwischen der ersten Kontaktaufnahme und dem Beginn der Behandlung: In der Rhein-Mosel-Fachklinik wurden bspw. 27,6 %, im Pfalzkl. Klinik 96,0 % der Fälle innerhalb von sieben Tagen aufgenommen.

3.2.2 Soziodemographische Kennzeichen

Eine wichtige Aufgabe suchtspezifischer Hilfen besteht darin, Personen mit einem risikanten bzw. missbräuchlichen Konsum frühzeitig mit geeigneten sekundärpräventiven Angeboten zu erreichen. Aber auch bei einer bereits eingetretenen Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen sind Anstrengungen hinsichtlich einer möglichst frühen Intervention erforderlich. Die qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger zielt generell auf eine solche frühzeitige Erreichung der Zielgruppe. Darüber hinaus sollte für Rheinland Pfalz im Pfalzkl. Klinik das stationäre Angebot entsprechend ausgestaltet werden, um jugendlichen und heranwachsenden Personen den Zugang zu einer quali-

⁷ Insbesondere in der letzten Phase der Evaluation hat sich der Zeitraum zwischen Kontaktaufnahme und Behandlungsbeginn auch in der Rhein-Mosel-Fachklinik verkürzt.

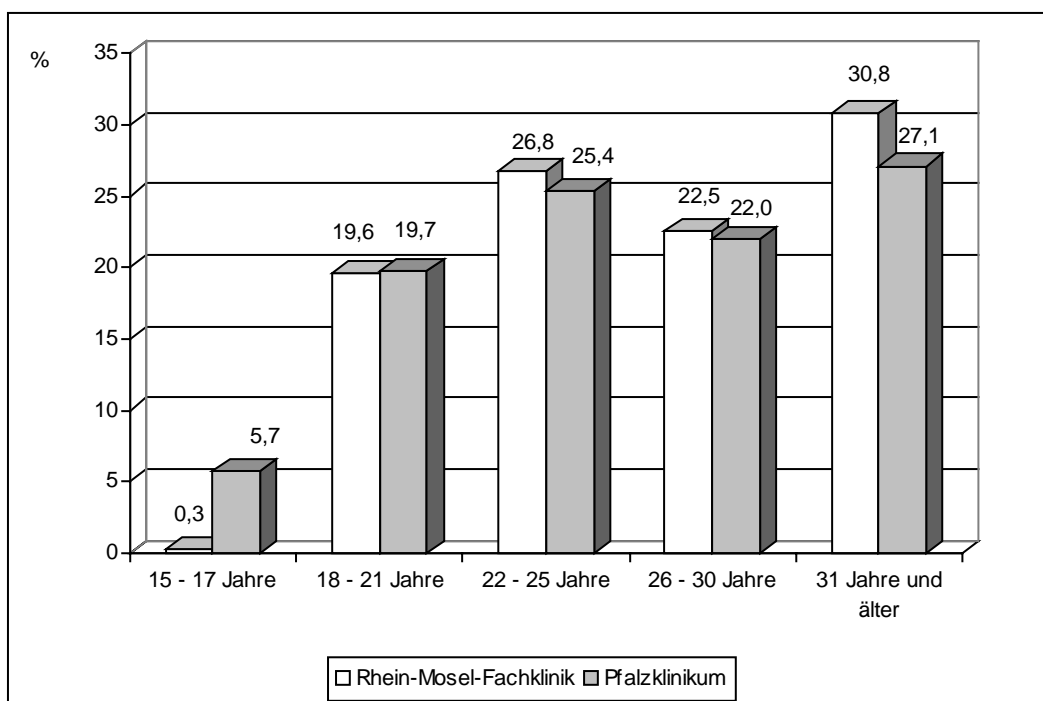
fizierten Entzugsbehandlung zu erleichtern. Neben diesen Aspekten war schließlich von Interesse, ob sich Patienten einer medikamentengestützten von denen einer opiatfreien Entzugsbehandlung hinsichtlich weiterer soziodemographischer Merkmale unterschieden.

Geschlecht, Alter, Nationalität

In beiden Einrichtungen waren knapp vier fünftel der Patienten Männer (78,9 % bzw. 78 %) (vgl. Anhang, Tab. 4), was sich weitgehend mit der Geschlechterverteilung aus anderen Studien zur qualifizierten Entzugsbehandlung Drogenabhängiger deckt (vgl. GÖRGEN u.a. 1996, ERBAS u.a. 2003).

Abb. 4 gibt einen Überblick über das **Alter der Patienten** bei Aufnahme nach Altersgruppen.

Abb. 4: Alter bei Aufnahme



In beiden Einrichtungen verteilte sich das Alter der behandelten Patienten über die Altersklassen von 18 bis 21 Jahre bis 31 Jahre und älter. Auf die Altersgruppe der unter 26-Jährigen entfiel in der Rhein-Mosel-Fachklinik knapp und im Pfalzlinikum gut die Hälfte der Personen. Damit wurden in beiden Einrichtungen deutlich mehr jüngere Personen erreicht, als im Bundesmodellprogramm Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe in den 90er Jahren (34,9 %). Im Pfalzlinikum wurden im Untersuchungszeitraum 20 Jugendliche (5,7 %) behandelt, was einen ersten Schritt in Richtung einer Öffnung qualifizierter Entzugsbehandlung auch für diese Personengruppe bedeutete.

Das Durchschnittsalter der Patienten lag in der Rhein-Mosel-Fachklinik bei 27,4 und im Pfalzlinikum bei 26,9 Jahren (vgl. Anhang, Tab. 2 und 3), wobei in der Rhein-Mosel-Fachklinik keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen festgestellt werden konnten, während Frauen im Pfalzlinikum durchschnittlich jünger als Männer waren

(27,2 vs. 26,0 Jahre). Sog. Aussiedler waren mit durchschnittlich 24,9 Jahren bzw. 23,8 deutlich jünger als weitere Deutsche mit 28,2 bzw. 27,6 Jahren. Insgesamt waren die Patienten der rheinland-pfälzischen Entzugseinrichtungen etwas jünger als Patienten in elf bayerischen Entzugseinrichtungen für drogenabhängige Patienten (28,5 Jahre) (vgl. ERBAS u.a. 2003).

Die allermeisten Patienten beider Einrichtungen waren deutsche Staatsangehörige (88,3 % bzw. 93,0 %), wobei es sich etwa bei jeder sechsten Person (16,4 % bzw. 17,7 %) um einen Aussiedler aus den ehemaligen Sowjetrepubliken handelte. Personen mit einer anderen Nationalität kamen vor allem aus EU-Staaten oder der Türkei (vgl. Anhang Tab. 1). Gegenüber Vergleichsstudien war insbesondere in der Rhein-Mosel-Fachklinik der Anteil von Ausländern erhöht (vgl. GÖRGEN u.a. 1996). Darüber hinaus ist der hohe Anteil von sog. Aussiedlern zu beachten, obwohl deren Anteil in der Rhein-Mosel-Fachklinik an der jeweils aktuellen Patientengruppe durch entsprechende Aufnahmeregelungen (z.B. bis zu drei bzw. fünf Personen) begrenzt war.

Beziehungs-, Lebens- und Wohnsituation

Der überwiegende Teil der behandelten Patienten war in beiden Einrichtungen ledig (73,1 % bzw. 80,3 %). Weiteren Aufschluss über die soziale Beziehungssituation liefert die Frage nach der aktuellen Partnerbeziehung. Danach war fast jede zweite Person alleinstehend (49,3 % bzw. 55 %). Gleichwohl verfügten immerhin zwei Fünftel über eine feste Beziehung (39,6 % bzw. 40,9 %). Das Bild eines vergleichsweise (noch) vorhandenen sozialen Beziehungsgefüges verfestigt sich, zieht man die Lebenssituation mit ein. Danach lebte lediglich jeder vierter Patient allein (25,2 % bzw. 29,2 %). Der überwiegende Teil der Patienten lebt mit Eltern, Partnern oder Freunden und Bekannten zusammen, wobei in der Tendenz Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik weniger häufiger mit Partnern zusammenleben als Patienten des Pfalzkrankums (13,9 % vs. 21,1 %).

Entsprechend war die Wohnsituation der Patienten dadurch gekennzeichnet, dass eine überwiegende Mehrheit über eine gesicherte Wohnsituation in Form selbständigen Wohnens oder dem Wohnen bei Angehörigen bzw. Eltern verfügte (92 % bzw. 87,8 %).

Insgesamt fällt auf, dass sich die Patienten der beiden Entzugseinrichtungen mit Blick auf ihre soziale Beziehungs- und Lebenssituation kaum voneinander unterschieden (vgl. Anhang Tab. 5 bis 8).

Schulische, berufliche und finanzielle Situation

Verschiedene Studien zeigen, dass im Vergleich zur Gesamtbevölkerung bei Drogenabhängigen ein niedrigeres Bildungs- bzw. berufliches Qualifikationsniveau vorliegt (vgl. z.B. HARTMANN u.a. 1994, OLIVA u.a. 2001). In den beiden rheinland-pfälzischen Entzugseinrichtungen hatte etwa jede achte Person die zuletzt besuchte Schule ohne qualifizierten Abschluss (vorzeitig) verlassen (12,0 % bzw. 11,7 %). Mehrheitlich verfügten die Patienten über einen Hauptschulabschluss (60,4 % bzw. 65,5 %), knapp jeder Sechste hatte einen Realschulabschluss (16,0 % bzw. 17,5 %) (vgl. Anhang Tab. 9). Damit lag das Bildungsniveau der Patienten tendenziell etwas höher als im Modellpro-

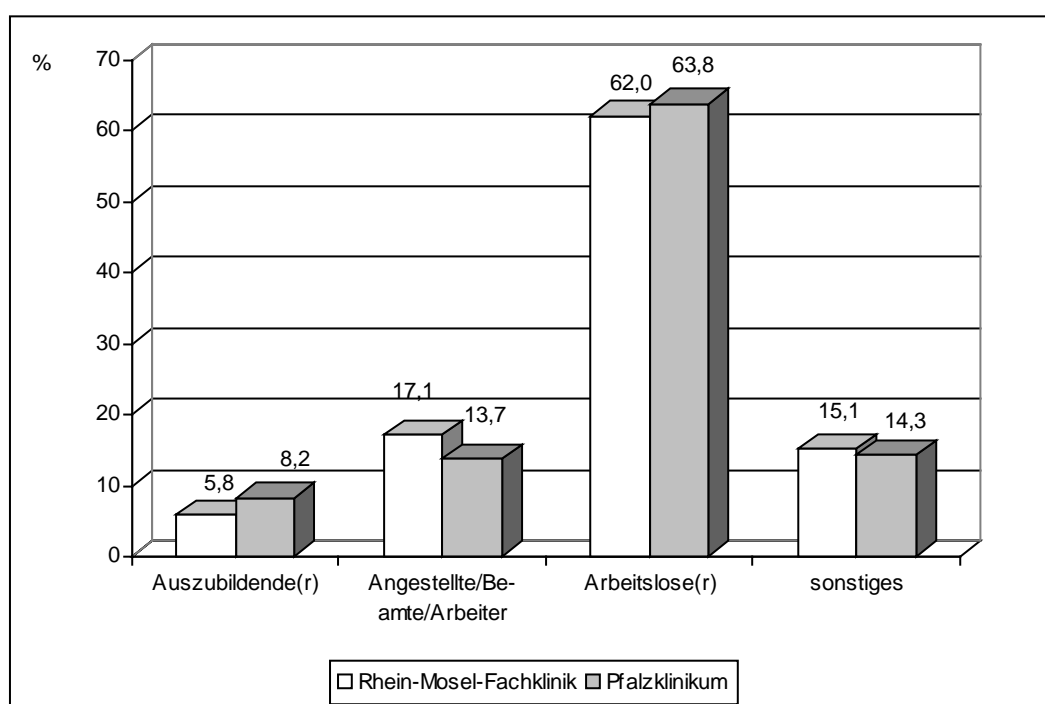
gramm Kompakttherapie (vgl. GÖRGEN u.a. 1996), im Vergleich zur Gesamtbevölkerung weicht es jedoch nach unten hin ab.

Knapp bzw. gut vier Fünftel der befragten Personen hatten eine berufliche Ausbildung begonnen (79,3 % bzw. 85,4 %). Ein vergleichsweise großer Teil hatte - in beiden Einrichtungen - die Ausbildung abgebrochen (30,9 % bzw. 37,9 %) bzw. keinen Beruf erlernt (19,6 % bzw. 14,3 %).

Männliche Patienten des Pfalzkrankums haben häufiger eine abgeschlossene Berufsausbildung als weibliche Patienten (40,4 % vs. 30,3 %)⁸.

Die materielle Situation der Patienten lässt sich u.a. durch ihre berufliche und Verschuldungssituation beschreiben. Abb. 5 zeigt die überwiegende Erwerbssituation der letzten sechs Monate vor Aufnahme im Vergleich.

Abb. 5: Erwerbstätigkeit



Die Situation der Patienten beider Einrichtungen war vor allem durch Arbeits- bzw. Erwerbslosigkeit gekennzeichnet (66,7 % bzw. 65,8 %), was zwar einen hohen „Belastungswert“ darstellt, durchaus aber durch Ergebnisse anderer Studien bestätigt wird (vgl. GÖRGEN u.a. 1996, KALKE u. RASCHKE 1999). Lediglich gut jeder fünfte Patient verfügte über einen Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatz (22,9 % bzw. 22,2 %) (vgl. Anhang, Tab. 10). Die **Dauer der Arbeitslosigkeit** betrug für die Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik durchschnittlich **19,3 Monate** und für die Patienten des Pfalzkrankums **20,1 Monate**.

Vor dem Hintergrund der insgesamt belasteten beruflichen Situation kann die Verschuldungssituation als vergleichsweise überschaubar charakterisiert werden (vgl. Anhang Tab. 11). Immerhin gaben in der Rhein-Mosel-Fachklinik 31,8 % und im Pfalzkli-

⁸ Cramers V: .217, $p > .05$ (Bei nonparametrischen Tests wurde Cramers V als Koeffizient berechnet. Als praktisch bedeutsam bzw. ausreichend aussagekräftig werden dabei Werte $> .20$ angesehen. Das Signifikanzniveau wird jeweils gesondert berechnet).

nikum sogar 62,5 % der Patienten an schuldenfrei zu sein. Mit 5.000 Euro und mehr waren in der Rhein-Mosel-Fachklinik 25,1 % und im Pfalzkrinikum 16,2 % verschuldet. Die Verschuldungssituation der Patienten in den Einrichtungen unterscheidet sich signifikant. Da die Erwerbssituation keine gravierenden Unterschiede aufweist, dürften Gründe für die unterschiedliche Verschuldung im engen Zusammenhang mit Unterschieden in den Konsummustern (vgl. Abschnitt 3.2.3) und den sich daraus ergebenden finanziellen Anforderungen stehen. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass in der Rhein-Mosel-Fachklinik bei einigen Personen auch pathologisches Glücksspiel diagnostiziert wurde.

Legalbewährung und strafrechtliche Situation

Legalbewährung und strafrechtliche Belastung sind ein wichtiger Indikator zur Beschreibung der sozialen und Lebenssituation Drogenabhängiger. Dabei besteht allerdings zwischen der Abhängigkeit von illegalen Drogen und Delinquenz, Drogenkarriere und krimineller Karriere kein kausaler Zusammenhang. Vielmehr scheint ein devianter und von anerkannten sozialen Normen abweichender Lebensstil mit Drogenmissbrauch und kriminellen Handlungen einherzugehen (vgl. RAUTENBERG 1998).

Im Zusammenhang mit der Drogenproblematik waren in der Rhein-Mosel Fachklinik 60,5 % und im Pfalzkrinikum 48,4 % der Patienten wenigstens einmal gerichtlich verurteilt. Über Hafterfahrungen verfügte jeweils jeder dritte Patient (35,1 % bzw. 31,5 %), wobei Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik durchschnittlich weniger inhaftiert waren als Patienten des Pfalzkrinikums (1,7 vs. 2,1 Inhaftierungen).

Unterschiede zwischen den Einrichtungen zeigen sich bei den Gründen für die Verurteilungen: während Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik u.a. auch wegen Delikten gegen Personen und Diebstahl ohne Beschaffungscharakter verurteilt wurden, standen bei Patienten des Pfalzkrinikums vor allem BtM- und Beschaffungsdelikte im Vordergrund (vgl. Anhang, Tab. 12).

Männer waren häufiger verurteilt worden als Frauen (65,4 % vs. 41,4 % bzw. 52,9 % vs. 30,7 %)⁹, wobei lediglich im Pfalzkrinikum Männer auch signifikant häufiger über Hafterfahrungen verfügten als Frauen (35,5 % vs. 17,3 %)¹⁰. Im Hinblick auf die Legalbewältigung zeigt sich bei Aussiedlern und sonstigen Deutschen ein differenziertes Bild: Die beiden Gruppen waren vergleichsweise ähnlich häufig gerichtlich verurteilt worden, allerdings hatten sonstige Deutsche in der Tendenz häufiger als Aussiedler bereits Haftstrafen verbüßt (39,6 % vs. 17,8 %). Anders die Situation im Pfalzkrinikum, hier waren Aussiedler häufiger gerichtlich verurteilt worden (60 % vs. 45,6 %) als sonstige Deutsche, Hafterfahrungen hatten beide Gruppen in vergleichbarer Häufigkeit.

Insgesamt waren die Patienten aus den beiden rheinland-pfälzischen Einrichtungen in der Tendenz strafrechtlich deutlich geringer vorbelastet (Anzahl der Verurteilungen, Hafterfahrungen) als die Klientel aus vergleichbaren Studien (vgl. GÖRGEN u.a. 1996, KALKE u. RASCHKE 1999).

Mit Blick auf rehabilitative Zielsetzungen war darüber hinaus von Interesse, wie sich die (aktuelle) strafrechtliche Situation bei Aufnahme in die Entzugsbehandlung darstellt. Aktuell strafrechtlich belastet waren jeweils etwa die Hälfte der aufgenommenen Patienten (49,5 % bzw. 52,1 %). Dabei waren Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik vergleichsweise häufiger mit einer Bewährungsstrafe (nach § 56 StGB) belastet, während

⁹ Cramers V .212 bzw. .214: p >.01 bzw. .01

¹⁰ Cramers V .201: p >.03

Patienten des Pfalzkrankenhauses häufiger noch ein offenes Verfahren hatten (vgl. Anhang, Tab. 13). Im Vergleich zu Personengruppen aus einer Vergleichsstudie fiel die aktuelle strafrechtliche Belastung der Patienten beider Einrichtungen in der Tendenz geringer aus (vgl. GÖRGEN u.a. 1996).

Das Durchschnittsalter der Patienten lag in der Rhein-Mosel-Fachklinik bei 27,4, im Pfalzkrankenheim bei 26,9 Jahren, wobei im Pfalzkrankenheim 5,7 % Minderjährige waren. Knapp vier Fünftel der Patienten waren Männer. Die Patienten verfügten (noch) über ein vergleichsweise stabiles soziales Beziehungsgefüge (Partnerschaft, Wohnsituation). Demgegenüber war die Erwerbssituation der Patienten durch einen hohen Anteil von Arbeitslosigkeit belastet (62,0 % bzw. 63,8 %), die bereits lange andauerte (Ø: 19,3 bzw. 20,1 Monate). Obwohl ca. ein Drittel der Patienten (35,1 % bzw. 31,5 %) über Haftbefehle verfügten, waren sie in der Tendenz geringer strafrechtlich belastet, als die Klientel aus Vergleichsstudien.

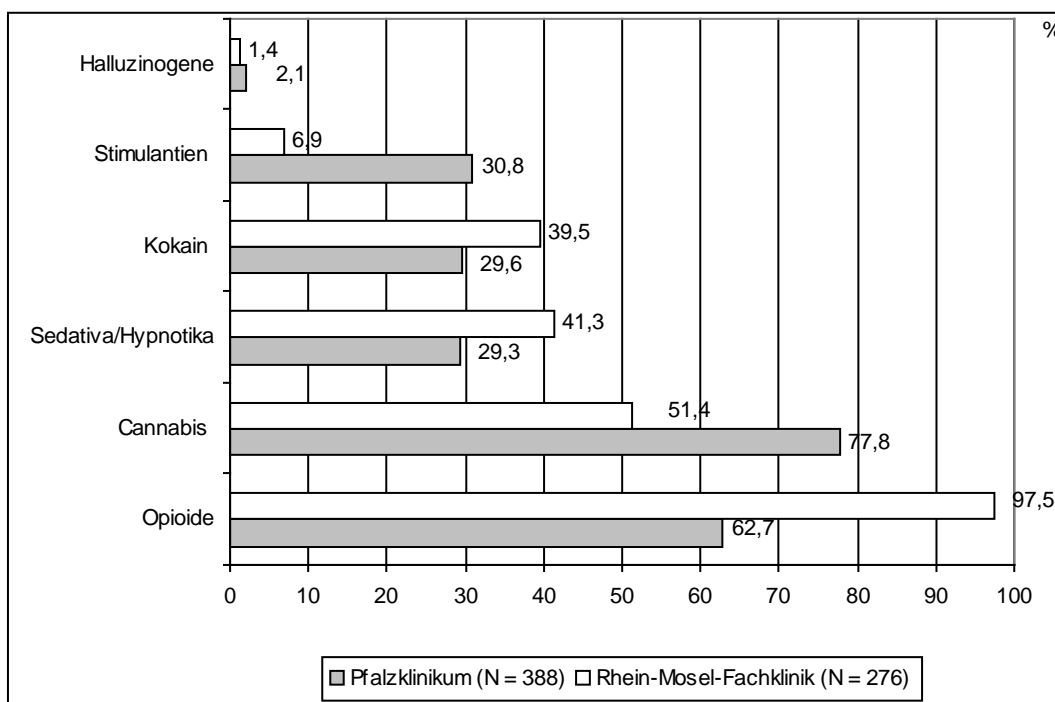
3.2.3 Suchtbiographische Kennzeichen

Modelle zur Entstehung einer Drogenabhängigkeit gehen i.d.R. von der Multikonditionalität des Krankheitsbilds aus, wobei die Faktoren Individuum, Sozialfeld und Droge aufeinander bezogen sind (vgl. FEUERLEIN 1979). Mit Blick auf den Faktor Droge sind insbesondere für die Durchführung einer Entzugsbehandlung substanzspezifische Gefährdungspotentiale ebenso zu beachten wie Konsumhäufigkeit, -art und -dauer. Im Zusammenhang hiermit waren darüber hinaus suchtbiographische Kennzeichen der Patienten vor allem hinsichtlich der medikamentengestützten bzw. opiatfreien Behandlungsangebote von Interesse.

Aktueller Konsum psychoaktiven Substanzen

Einen Überblick über die **aktuelle Konsumsituation** in den letzten 30 Tagen vor der (Erst-)Aufnahme zeigt Abb. 6.

Abb. 6: Aktueller Konsum der Patienten im Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



Die Patienten beider Einrichtungen hatten - einschl. Alkohol und Tabak - durchschnittlich 4,5 Drogen konsumiert (vgl. Anhang, Tab. 14 und 15). Unterschiede zeigen sich allerdings bei der Art der konsumierten Drogen: So hatten Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik vergleichsweise häufiger Opiode, Kokain (einschl. Crack) und Sedativa/Hypnotika konsumiert, während Patienten des Pfalzlinikums häufiger Cannabis, Stimulantien und Halluzinogene konsumiert hatten. Nicht unerwartet handelt es sich bei fast allen Patienten um Raucher.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass es sich bei Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik überwiegend um „klassische“ Drogenabhängige handelt, bei denen der Heroin- und Benzodiazepinmissbrauch im Vordergrund steht. Gut zwei Fünftel der Patientengruppe (42,4 %) hatten aktuell auch Methadon konsumiert. Das Konsummuster dieser Personengruppe zeigt Übereinstimmungen mit Patienten aus Vergleichsstudien (z.B. GÖRGEN 1996, KALKE u. RASCHKE 1999). Demgegenüber wird im Pfalzlinikum (auch) eine vergleichsweise größere Zahl von sog. Partydrogenkonsumenten behandelt, die sich durch Missbrauch von Stimulantien und den Konsum von Cannabis auszeichnen.

Gefragt wurde auch nach der **letzten durchschnittlichen Tagesdosis** vor Aufnahme. Bei Heroin lag diese bei den Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik bei durchschnittlich 1,58 gr. (min.: 0,2 gr.; max.: 5,5 gr. bei 223 Nennungen) und bei den Patienten des Pfalzlinikums bei 1,2 gr. (min.: 0,1 gr.; max.: 5 gr. bei 144 Nennungen). Methadon/Polamidon wurde von den Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik durchschnittlich mit 4,75 ml (min: 0,4 ml; max.: 12 ml. bei 107 Nennungen) und von den Patienten des Pfalzlinikums durchschnittlich mit 3,34 ml (min: 1,0 ml; max.: 13,0 ml. bei 29 Nennungen) konsumiert.

Gruppenvergleiche zeigen, dass Aussiedler und sonstige Deutsche in gleichen Tagesdosen Heroin konsumiert hatten. Frauen hatten in höheren Tagesdosen als Männer Heroin konsumiert (1,71 gr. vs. 1,55 gr. bzw. 1,28 gr. vs. 1,17). Demgegenüber wurde

Frauen Methadon in geringeren Dosen verabreicht als Männern (1,34 ml vs. 4,77 ml bzw. 1,56 ml vs. 3,91 ml).

Diagnose von schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit

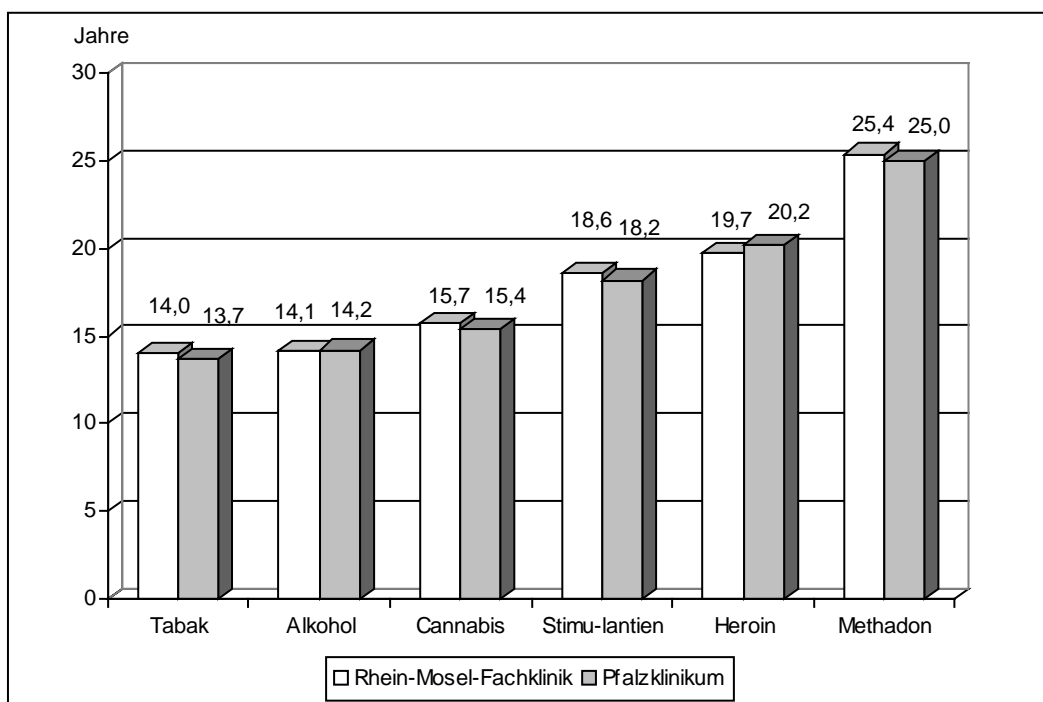
Erwartungsgemäß zeigt sich bei den aufgenommenen Personengruppen ein vielschichtiges Bild in den ICD-10-Diagnosen zu **schädlichem Gebrauch** bzw. **Abhängigkeitssyndrom**. Bei den Patienten der Entzugseinrichtungen wurden durchschnittlich 3,0 bzw. 3,3 Abhängigkeitsdiagnosen und 2,3 bzw. 3,9 Diagnosen eines schädlichen Gebrauchs festgestellt. Unterschiede zwischen den Diagnosemerkmalen der Patienten der beiden Einrichtungen lassen sich vor allem mit Blick auf einzelne Substanzgruppen beschreiben (vgl. Anhang, Tab. 16 und 17): Bei den Opioiden wurden in der Rhein-Mosel-Fachklinik vor allem bei Methadon ein Abhängigkeitssyndrom (93,2 %) und bei Heroin schädlicher Gebrauch (64,3 %) diagnostiziert, während im Pfalzklitorium der Schwerpunkt der Abhängigkeitsdiagnose auf Heroin (86,2 %) und bei schädlichem Gebrauch bei Codein (75,6 %) lag. Bei Sedativa bzw. Hypnotika und Kokain wurden in der Rhein-Mosel-Fachklinik überwiegend ein Abhängigkeitssyndrom (Benzodiazepine 81,7 %) und im Pfalzklitorium mehrheitlich schädlicher Gebrauch (Benzodiazepine 70,7 %) diagnostiziert. Bei den Halluzinogenen fällt auf, dass im Pfalzklitorium bei einer größeren Patientengruppe (93 Personen) schädlicher Gebrauch von Meskalin konstatiert wurde. Ein unterschiedlicher Missbrauchsgrad lag schließlich bei Cannabis vor: Während Cannabiskonsum in der Rhein-Mosel-Fachklinik überwiegend mit einem Abhängigkeitssyndrom einherging (81,2 %), waren im Pfalzklitorium nur 53,7 % der Konsumenten abhängig.

Die Behandlungsprogramme ließen darüber hinaus ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten bei Personen erwarten, die **vor der Entzugsbehandlung substituiert** wurden. Das Ergebnis der Dokumentation erstaunt insofern, als in der Rhein-Mosel-Fachklinik bei nicht deutlich mehr Patienten im Vorfeld Methadon zur Substitution eingesetzt wurde als im Pfalzklitorium (38,8 % vs. 32,2 %) (vgl. Anhang, Tab. 18 und 19). Erklärt werden kann dieser Umstand damit, dass im Pfalzklitorium Substituierte, die eine opiatfreie Entzugsbehandlung durchführen möchten, in Abstimmung mit dem substituierenden Arzt aufgefordert werden vor der Aufnahme das Substitut bis auf eine geringe Dosis abzudosieren.

Erstkontakt zu psychoaktiven Substanzen

Erwartungsgemäß erfolgte der **Erstkonsum psychoaktiver Substanzen** auch bei den Patienten der rheinland-pfälzischen Entzugseinrichtungen im Jugendalter (bis 18 Jahre) bzw. in der Phase des Heranwachsens (bis 21 Jahre). Abb. 7 zeigt das Erstkonsumalter bei ausgewählten Substanzen im Vergleich.

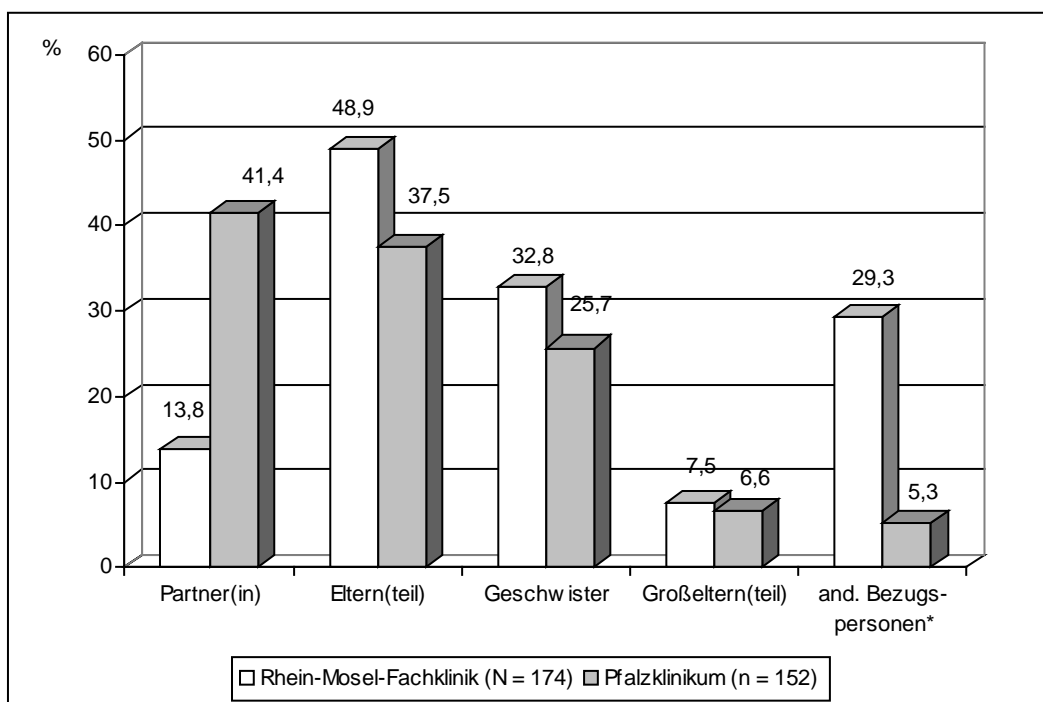
Abb. 7: Alter bei Erstkonsum



Erstkonsumierte Drogen in frühem Alter sind danach vor allem Tabak und Alkohol (jeweils ca. 14 Jahre) gefolgt von Cannabis (15,7 bzw. 15,4 Jahre). Größere Teile der befragten Personengruppe haben danach (auch) MDMA und verwandte Substanzen sowie Amphetamine konsumiert. Heroin wurde mehrheitlich erst von Heranwachsenden konsumiert (19,7 bzw. 20,2 Jahre). Substitutionsmittel (z.B. Methadon) wurden im Durchschnitt erwartungsgemäß später zum ersten Mal konsumiert (25,4 bzw. 25 Jahre). Dies gilt auch für Substanzen mit Missbrauchspotential (z.B. Antidepressiva) (vgl. Anhang, Tab. 20 und 21). Insgesamt verlief der Einstieg in den Konsum psychoaktiver »Substanzen bei den Patientengruppen der Entzugseinrichtungen weitgehend parallel. In der Tendenz bestehen jedoch Unterschiede bei Amphetaminen und Meskalin. Bei beiden Substanzen waren Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik etwas älter als die Vergleichsgruppe des Pfalzlinikums (18,5 vs. 17,7 und 19,1 vs. 17,5 Jahre) (vgl. Anhang, Tab. 22 und 23).

Da der Erstkonsum in frühen Altersstufen erfolgt ist, war u.a. von Interesse, wie sich die **Suchtproblematik im familiären bzw. sozialen Umfeld** darstellt. Abb. 8 gibt hierzu einen Überblick im Vergleich.

Abb. 8: Suchtproblematik im familiären/sozialen Umfeld (Mehrfachnennungen möglich)



* Onkel, Cousin, bester Freund.

Das familiäre und soziale Umfeld der Patienten beider Einrichtungen ist durch Suchtproblematik wichtiger Bezugspersonen belastet, wobei bei Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik eine solche Belastung häufiger vorliegt als bei Patienten des Pfalzlinikums (63 % vs. 44 %). Auch mit Blick auf die einzelnen Bezugspersonen zeigen sich Unterschiede. Während bei den Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik vor allem bei Personen der Primärfamilie (Eltern, Geschwister) und Verwandten (z.B. Onkel, Cousins) eine suchtbezogene Belastung vorliegt, sind es bei den Patienten des Pfalzlinikums vor allem die aktuellen Partner, bei denen eine Suchtproblematik angegeben wurde.

Konsumformen und Notfallsituationen

Gesundheitliche Folgen des Konsums von (harten) illegalen Drogen gehen häufig mit bestimmten Einnahmeformen einher, wobei vor allem der (nicht sterile) intravenöse Konsum z.T. zu erheblichen gesundheitlichen Folgeschäden führen kann.

In beiden Einrichtungen verabreichte sich der überwiegende Teil der Heroinkonsumenten die Substanz **intravenös** (63,8 % bzw. 73,6 %). Immerhin 36,2 % bzw. 26,4 % Patienten gaben an, Heroin geraucht/inhaliert bzw. geschnüffelt zu haben. Von den Kokainkonsumenten haben sich 38,1 % bzw. 44,4 % intravenös versorgt (vgl. Anhang, Tab 24). Allerdings bestehen Unterschiede zwischen den Patientengruppen der beiden rheinland-pfälzischen Entzugseinrichtungen: Während bei den Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik nur 15,2 % angaben, **keinen intravenösen Drogenkonsum** gehabt zu haben, waren dies im Pfalzlinikum immerhin 40,0 % der Patienten.

Diejenigen Patienten, die jemals i.V.-Konsum hatten, zeigen in beiden Einrichtungen zu etwa gleichen Anteilen einen risikoe erhöhten Konsum durch die gemeinsame Benutzung von Spritzen oder Besteck (50,4 % bzw. 52,1 %) (vgl. Anhang, Tab. 25).

Die Applikationsformen gehen offensichtlich nicht mit Unterschieden hinsichtlich eingetretener Drogennotfälle und Suizidversuche einher. Jeweils etwa ein Drittel der Patienten beider Einrichtungen hatten wenigstens einmal im Verlauf ihres Drogenkonsums zu hoch dosiert mit der Folge eines Bewusstseinsverlusts bzw. eine Behandlung als Drogennotfall (32,6 % bzw. 35,2 %), wobei durchschnittlich 2,1-mal bzw. 2,5-mal ein solcher Fall je Person vorgekommen ist (vgl. Anhang, Tab. 26).

Damit waren Patienten in Rheinland-Pfalz deutlich weniger mit einer solchen existenziellen Notlage konfrontiert als bspw. noch Patienten im Modellprogramm Kompakttherapie (vgl. GÖRGEN u.a. 1996). Bei diesen hatte jeder Zweite mindestens einmal eine solche Situation erlebt (57,7 %). Diese Unterschiede erklären sich vermutlich sowohl durch regionale Besonderheiten (z.B. Metropolen vs. ländliche Einzugsgebiete) als auch durch Fortschritte bei der Prophylaxe von Drogennotfällen.

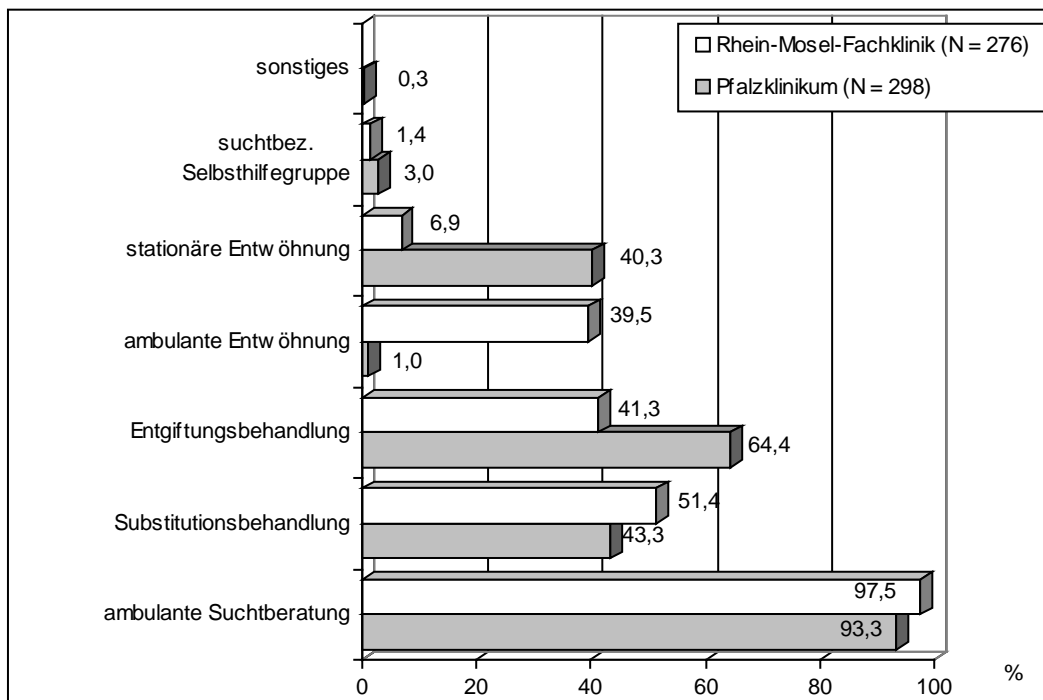
Bedenklich stimmt auch die Antwortverteilung mit Blick auf Suizidalität: Immerhin gab in beiden Einrichtungen jede fünfte Person (18,1 % bzw. 19,6 %) an, bereits einmal einen Suizidversuch unternommen zu haben (vgl. Anhang, Tab. 27). Gleichwohl muss auch gesehen werden, dass die Personengruppe des Modellprojekts in deutlich geringerem Maß diese Angabe macht als bspw. (noch) die Klientel des Modellprogramms Kompakttherapie (32,4 %).

Frauen in der Rhein-Mosel-Fachklinik waren häufiger in Drogennotfallsituationen (31 % vs. 14,7 %) und suizidal (44,8 % vs. 29 %) als ihre männlichen Mitpatienten. Demgegenüber lassen sich im Pfalzkrankenhaus bei diesen Merkmalen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellen.

Bisherige Inanspruchnahme von suchtbezogenen Hilfen

Für fast alle betreuten Personen war die Aufnahme in das Behandlungsprogramm nicht die erste Intervention im Verlauf ihres Drogenmissbrauchs (97 % bzw. 85 %). Das Spektrum der bisherigen Maßnahmen zeigt Abb. 9 im Vergleich.

Abb. 9: Bisherige Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen und Art der Beendigung der letzten Behandlung



Diejenigen Patienten, die jemals zuvor suchtspezifische Hilfen in Anspruch genommen haben, nutzten vor allem die ambulante Suchtberatung (97,5 % bzw. 93,3 %). Erwartungsgemäß lag der Anteil von Personen mit einer Substitutionsbehandlung in der Rhein-Mosel-Fachklinik über dem im Pfalzkrankenhaus (67,7 % vs. 43,3 %). Bei den stationären Maßnahmen tritt **die Entgiftungsbehandlung** hervor. Auch hier zeigen sich Unterschiede zwischen den Einrichtungen sowohl hinsichtlich des Anteils der Nutzer (72,5 % vs. 64,4 %) als auch der durchschnittlichen Häufigkeit der Inanspruchnahme (3,6-mal vs. 5,1-mal).

Demgegenüber tritt die Inanspruchnahme **stationärer Entwöhnungsbehandlung** deutlich zurück, wobei erstaunlicherweise Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik in geringerem Maß Erfahrungen mit dieser Behandlung haben als Patienten des Pfalzkrankenhauses (27,9 % vs. 40,3 %). Dafür hat die erstgenannte Patientengruppe häufiger ambulante Entwöhnungsmaßnahmen beansprucht bzw. hat häufiger Selbsthilfegruppen besucht (vgl. Anhang, Tab. 28 und 29).

Betrachtet man jeweils die letzte durchgeführte Maßnahme, so fällt auf, dass fast die Hälfte der Maßnahmen nicht planmäßig beendet worden ist (vgl. Anhang, Tab. 29).

Suchtbiographisch konnten sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede zwischen den Patientengruppen der Einrichtungen festgestellt werden. Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik hatten aktuell eher Opiode, Sedativa/Hypnotika und Kokain, Patienten des Pfalzkrankenhauses eher Cannabis und Stimulantien konsumiert. Entsprechend höher fiel im Pfalzkrankenhaus die Gruppe der Patienten aus, die noch nie einen intravenösen Drogenkonsum hatten (15,2 % bzw. 40,0 %). Die Mehrzahl der Patienten beider Einrichtungen (97 % bzw. 85 %) hatten bereits Hilfen im Zusammenhang mit ihrem Drogenproblem in Anspruch genommen, wobei unter den stationären Maßnahmen bei 64,4 % bzw. 72,5 % der Patienten (die bereits Hilfen in Anspruch genommen haben) die Entgiftungsbehandlung mit einer hohen Häufigkeit der Inan-

spruchnahme (3,6- bzw. 5,1-mal) hervortritt. Während Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik häufiger über Substitutionserfahrung verfügen, haben Patienten des Pfalzkrankums häufiger an einer stationären Entwöhnungsbehandlung teilgenommen.

3.3 Behandlungsverlauf und -ergebnis

3.3.1 Behandlungsverlauf

3.3.1.1 Art und Umfang der Behandlungsleistungen

Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses standen ausschließlich Art und zeitlicher Umfang unmittelbar patientenwirksamer Maßnahmen, d.h. derjenige Zeitwert, den Patienten für spezifische Maßnahmen beanspruchen, mit denen der individuelle Bedarf abgedeckt wird. Dies bedeutet, dass (notwendige) organisatorische Leistungen der Beschäftigten wie z.B. Koordination der Arbeitsabläufe, Dienst-/Teambesprechungen, Außenkontakte etc., von denen die Patienten lediglich mittelbar betroffen sind, aus der Analyse ausgeblendet wurden.

Auf Basis der Regelaufgaben gemäß Psych-PV und des Erhebungsinstruments aus dem Bundesmodellprogramm Kompakttherapie wurde - gemeinsam mit den Projektbeschäftigten - ein Erfassungsbogen entwickelt. Unterschieden wurden dabei

- **medizinische und pflegerische (Standard-)Leistungen**, die regelhaft bei allen Patienten erbracht werden und deren Dauer als (relativ) konstant anzusehen ist (z.B. Aufnahmegespräch, körperliche Untersuchung, Chefarztvisite, Medikamentenausgabe, Zimmerkontrolle, Begleitung zur Sporthalle). Die durchschnittliche Dauer dieser Leistungen wurde durch die Beschäftigten eingeschätzt und festgelegt.
- Leistungen, die **patientenbezogen** angewandt wurden (z.B. Krisengruppe, Morgenrunde, physikalische Therapie, ärztliche Sprechstunde, psychologische Interventionen, sozialpädagogische Maßnahmen). Diese Leistungen wurden als Einzelleistungen patientenbezogen erhoben (Dokumentations-/Therapiekarte).

Die Erhebung wurde als Vollerhebung durchgeführt, d.h. die o.g. Leistungen wurden in den Betrachtungszeiträumen im Grundsatz für alle Patienten dokumentiert. Aufgrund der teilweise angespannten personellen Situation in der Rhein-Mosel-Fachklinik wurden nicht bei allen Patienten die vollständig erbrachten Leistungen dokumentiert.

In die Auswertung einbezogen werden konnten 158 (Rhein-Mosel-Fachklinik) bzw. 430 (Pfalzkrankum) Behandlungsfälle. Die Verweildauer dieser Personengruppen betrug durchschnittlich 17,8 bzw. 10,3 Tage und streut zwischen einem und 48 bzw. 40 Tagen. Dokumentiert wurden insgesamt Leistungen an 2.812 bzw. 4.458 Tagen.

Im Folgenden werden Ergebnisse der Leistungsdokumentation dargestellt. Als Betrachtungsebene wurde der **durchschnittliche Behandlungstag pro Patient** gewählt, d.h. alle dokumentierten Leistungen wurden umgerechnet auf einen typischen Behandlungstag.

Medizinische und pflegerische Standardleistungen

Zur Umrechnung der standardisierten Angaben zu den medizinischen und pflegerischen Leistungen wurde die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der in die Gesamtdokumentation einbezogenen 158 bzw. 430 Behandlungsfälle zugrunde gelegt. Außerdem

war bei der Umrechnung die durchschnittliche Belegung der Stationen zu beachten, diese betrug im Betrachtungszeitraum jeweils 13 Patienten.

In beiden Einrichtungen wurden medizinische und pflegerische Standardleistungen in etwa gleichem Umfang erbracht: Pro durchschnittlichem Behandlungstag wurden in der **Rhein-Mosel-Fachklinik 115 und im Pfalzklitorium 112 Minuten** für diesen Leistungstyp aufgewandt. Unterschiede bestehen allerdings mit Blick auf die Binnendifferenzierung der Leistungen. Auf medizinische (Standard-)Leistungen (z.B. körperliche Untersuchung, Medikation, Visite) entfielen 25,7 % bzw. 17,4 % der insgesamt dokumentierten standardisierten Behandlungsleistungen pro Patient/Tag, wobei vor allem die (notwendigen) externen Kontakte und Kommunikation hervortreten (8,7 % bzw. 7,7 %). Bei den pflegerischen Standardleistungen entfielen in der Rhein-Mosel-Fachklinik vergleichsweise höhere Zeitanteile auf pflegerische Betreuungsleistungen (z.B. Essen ausgeben, Zimmerkontrolle) und pflegerische Leistungen im Bereich Freizeit (z.B. Begleitung zur Sporthalle, Spaziergänge) als im Pfalzklitorium (16,8 % vs. 9,2 % bzw. 15,4 % vs. 11,5 %). Demgegenüber waren im Pfalzklitorium die pflegerischen Behandlungsleistungen (z.B. Blutdruckmessung, Befindlichkeit erfragen, Dokumentation) deutlich erhöht (41 % vs. 60 %). Im Zusammenhang mit der Aufnahme- und Entlasssituation erbrachte die Pflege 9,6 bzw. 8,5 % der Standardleistungen (vgl. Anhang, Tab. 30).

Patientenbezogen dokumentierte Leistungen

Nachfolgend werden die Ergebnisse derjenigen Leistungen dargestellt, die patientenbezogen dokumentiert wurden (Therapie-/Dokumentationskarte). Aus den Einrichtungen lagen folgende Daten vor:

- Rhein-Mosel-Fachklinik: Dokumentationen von 158 Patienten an durchschnittlich 17,8 Dokumentationstagen pro Patient, insgesamt 2.812 Tage¹¹
- Pfalzklitorium: Dokumentationen von 430 Patienten an durchschnittlich 10,3 Dokumentationstagen, insgesamt 4.458 Tage.

Im Schnitt beansprucht ein Fall pro Behandlungstag in der Rhein-Mosel-Fachklinik ca. 2,68 Stunden (161 Minuten) und im Pfalzklitorium 5,21 Stunden (312 Minuten). Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass im Pfalzklitorium wegen des hohen Stellenwerts des Angebots pflegerische Gespräche (mit 48,9 Minuten) gesondert dokumentiert wurden. Darüber hinaus fällt die dokumentierte geplante Freizeit im Pfalzklitorium deutlich höher aus als in der Rhein-Mosel-Fachklinik (8,8 Minuten vs. 100,5 Minuten). Schließlich wurden im Pfalzklitorium auch sonstige Leistungen mit 10,4 Minuten dokumentiert. Bezieht man diese (konzeptionellen) Besonderheiten (z.B. pflegerische Gespräche, geplante Freizeit) des Behandlungsangebots im Pfalzklitorium nicht mit in die Berechnung ein, wurden in beiden Einrichtungen annähernd gleiche patientenbezogen dokumentierte Leistungen pro Fall/Tag erbracht (152 vs. 153 Minuten) (vgl. Anhang, Tab. 31).

Mit Blick auf den zeitlichen Umfang werden die patientenbezogen dokumentierten Leistungen dominiert durch die Morgen- und Abendgruppe (34,9 % bzw. 24,7 %). Größere Einheiten der dokumentierten Zeit entfielen auf Sportangebote (8,4 % bzw. 5,7 %), Ergotherapie (10,8 % bzw. 10,9 %) und physikalische Therapie (13,8 % bzw. 14,1 %).

Für Gruppengespräche wurden 11,1 % bzw. 12,9 % Zeitanteile aufgewandt. Im Pfalzklitorium entfielen 14 % der dokumentierten Zeit auf Akupunktur, sowie 1,4 % auf Aro-

¹¹ Berücksichtigt wurden nur vollständige Dokumentationen.

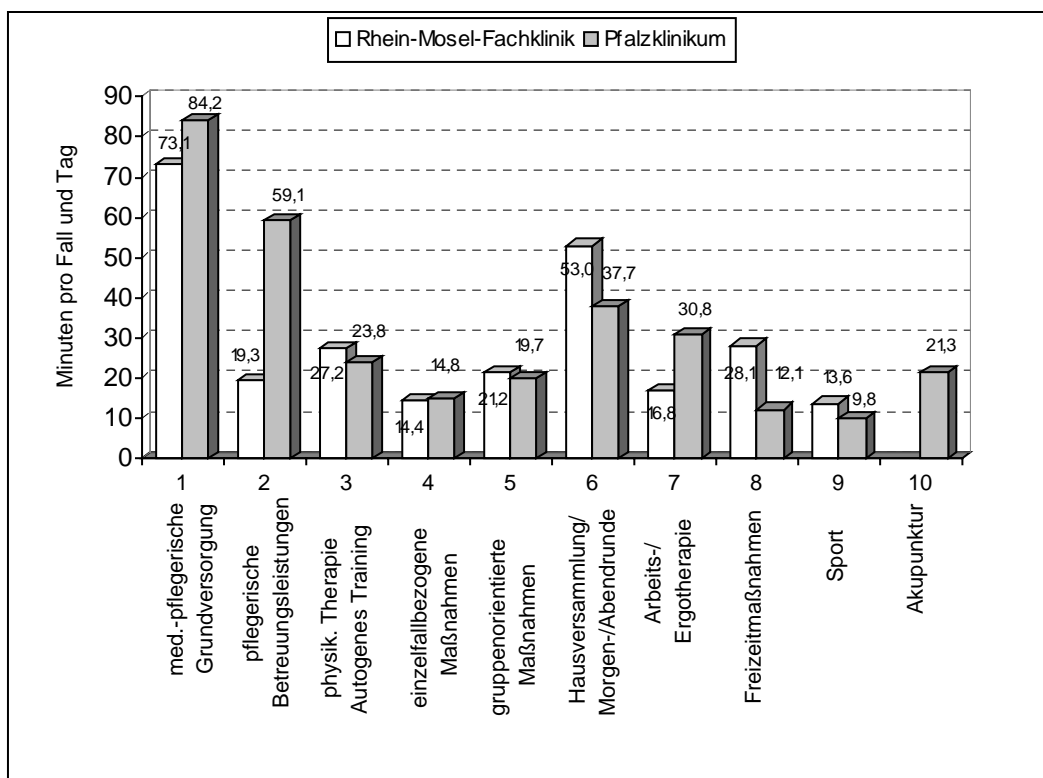
matherapie und PMR-Therapie, in der Rhein-Mosel-Fachklinik wurden 4,1 % Zeitan-teile für autogenes Training aufgewandt. In beiden Einrichtungen entfielen deutlich geringere Anteile auf ärztliche, psychologische und sozialpädagogische Interventionen (insgesamt 4,8 % bzw. 6,7 %) (vgl. Anhang, Tab. 31).

Fasst man die standardisiert erhobenen Leistungen und die pro Patient dokumentierten Einzelleistungen zusammen, so erhielt ein Patient in der Rhein-Mosel-Fachklinik pro Tag durchschnittlich 267 Minuten und ein Patient im Pfalzkrankenhaus 265 Minuten unmittelbar patientenbezogene Leistungen (ohne pflegerische Gespräche und geplante Freizeit).

Maßnahmengruppen

Die medizinischen und pflegerischen Standardleistungen sowie die patientenbezogen dokumentierten Leistungen (s.o.) wurden zu zehn Kategorien zusammengefasst und die jeweiligen durchschnittlichen Zeitwerte pro Fall und Tag abgebildet. Die folgende Abb. 10 veranschaulicht, aus welchen Kernelementen sich ein „typischer“ Falltag der Entzugsbehandlungen im Umfang von durchschnittlich ca. 4,5 Stunden in der Rhein-Mosel-Fachklinik und 5,2 Stunden im Pfalzkrankenhaus (im Dokumentationszeitraum) zusammengesetzt hat.

Abb. 10: Mittlerer Zeitwert (in Minuten) pro Fall und Tag für Maßnahmengruppen¹²



Charakteristisch war der hohe Anteil von gruppenbezogenen Maßnahmen zur Strukturierung des Tagesablaufs (6, 7, 8, 9) von insgesamt 2,0 bzw. 1,5 Stunden pro Fall und

¹² s. Anhang, Tab. 43

Tag sowie von Maßnahmen der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung von 1,2 bzw. 1,4 Stunden. Unterschiede bei den pflegerischen Betreuungsleistungen (0,3 bzw. 1 Stunde) pro Fall und Tag sind vor allem auf die höheren Anteile von (dokumentierten) Gesprächen des Pflegepersonals im Pfalzkllinikum zurückzuführen. Auf Maßnahmen mit einer eher therapeutischen Ausrichtung (3, 4, 5, 7, 10)¹³ entfiel ein zeitlicher Umfang von 1,3 bzw. 1,8 Stunden pro Fall und Tag, wobei im Pfalzkllinikum die Akupunktur sowie eine längere Arbeitstherapie dokumentiert wurden.

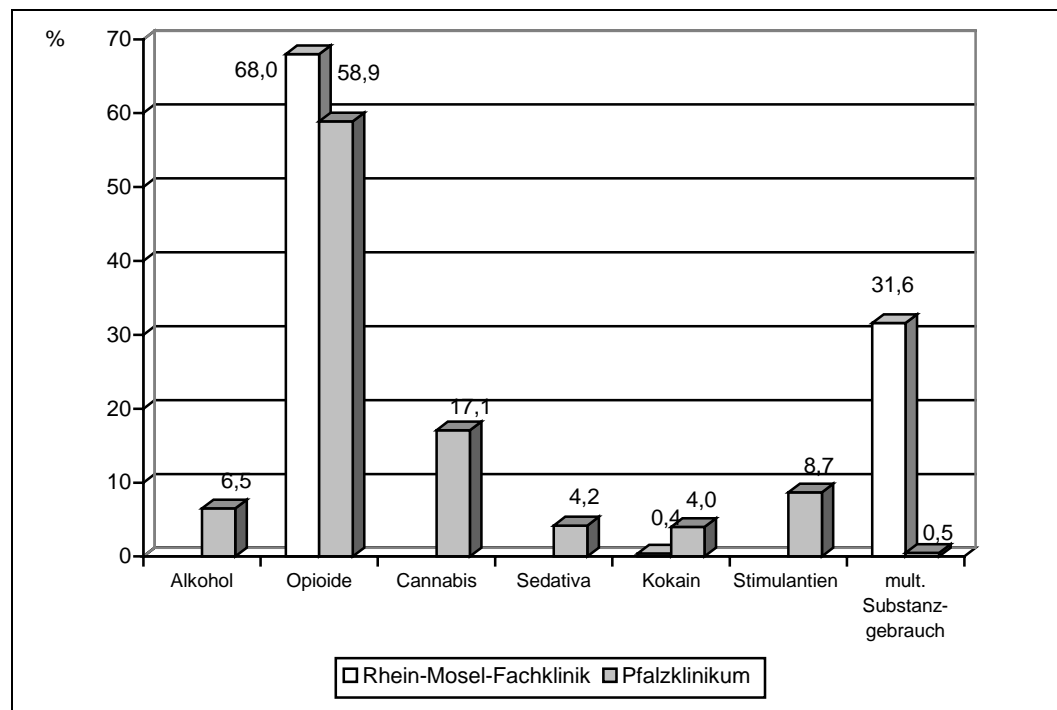
Qualifizierte Entzugsbehandlung hält ein differenziertes Spektrum von patientenbezogenen Leistungen vor, wobei an einen typischen Falltag 4,5 (Rhein-Mosel-Fachklinik) bzw. 5,2 Stunden (Pfalzkllinikum) patientenbezogene Leistungen erbracht werden. Dabei entfallen größere Leistungsanteile auf die medizinisch-pflegerische Grundversorgung und die Stationsversammlungen. Bedeutsame Anteile, bspw. Arbeits-/Ergotherapie, Freizeitmaßnahmen und Sport, stehen im engen Zusammenhang mit der Strukturierung des Tagesablaufs. Auf andere therapeutische Maßnahmen, bspw. physikalische Therapie sowie auf Einzel- und Gruppenangebote, entfielen deutlich geringere Anteile. Im Pfalzkllinikum wurde das Leistungsspektrum ergänzt um pflegerische Gespräche und Akupunktur.

3.3.1.2 Ausgewählte Aspekte des Behandlungsverlaufs

Erstdiagnosen

Bezogen auf die Suchterkrankung wurden zum Zeitpunkt der Aufnahme die in Abb. 11 aufgeführten Diagnosen (suchtbezogene Hauptdiagnose) festgestellt.

Abb. 11: Suchtbezogene Hauptdiagnose zu Behandlungsbeginn



¹³ Im Pfalzkllinikum wurde die angeleitete Freizeit in dieser Betrachtung nicht berücksichtigt.

Die beiden Entzugseinrichtungen zeigen ein deutlich unterschiedliches Profil von Erstdiagnosen. Während bei Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik weit überwiegend Störungen durch Opioide (ICD-10: F11) bzw. multiplen Substanzgebrauch (F19) diagnostiziert wurden (99,6 %), umfasst das Spektrum substanzbezogener Störungen bei Patienten des Pfalzklini-kums neben den genannten Störungen (59,5 %) auch Störungen durch Alkohol (F10) Cannabinoide (F12), Sedativa und Hypnotika (F13), Kokain (F14) und Stimulantien (F15). Bei beiden Patientengruppen wurden vor allem Abhängigkeits- (ICD-10; 4. Stelle=2) und Entzugssyndrome (vierte Stelle=3) diagnostiziert. Andere Hauptdiagnosen, bspw. Cannabinoidentzugssyndrom mit Delir (F12.4) oder psychotische Störungen bei sonstigen Stimulantien (F15.5), wurden lediglich in Einzelfällen gestellt (vgl. Anhang, Tab. 32).

Nach ärztlicher Einschätzung war der Großteil der aufgenommenen Personen in der Rhein-Mosel-Fachklinik zum Zeitpunkt der Aufnahme in einer ausgeglichenen Verfassung (77,3 %). Jeder Vierte war (akut) intoxikiert oder entzügig. Demgegenüber wurden im Pfalzklini-kum gut zwei Fünftel der aufgenommenen Personen als entzügig und jeder Achte als intoxikiert beurteilt (vgl. Anhang, Tab. 33).

Über Suchterkrankungen hinausreichende psychiatrische Diagnosen wurden in der Rhein-Mosel-Fachklinik 15-, im Pfalzklini-kum 62-mal gestellt. Die Diagnosen verteilen sich auf verschiedene Diagnosegruppen, wobei vor allem schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2), neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) hervortreten. Im Pfalzklini-kum wurden vereinzelt auch Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend diagnostiziert.

Bei Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik wurden 156, bei Patienten des Pfalzklini-kums 157 Diagnosen zu somatischen Erkrankungen festgestellt, wobei in beiden Einrichtungen chronische Virushepatitis C am häufigsten diagnostiziert wurde (je 136-mal). Darüber hinaus stellten die untersuchenden Ärzte verschiedene Erkrankungen der Haut und HIV-Folgeerkrankungen fest.

Medikamentengestützte Behandlung

Das Behandlungsprogramm in der Rhein-Mosel-Fachklinik sah i.d.R. eine medikamentengestützte Entzugsbehandlung vor. Nach einer Einstellung von 1 bis 1,5 Tagen erfolgte die Medikamentierung „verdeckt“ mit einer schrittweisen Abdosierung. Im Behandlungsplan war i.d.R. eine medikamentenfreie Zeit von sieben Tagen eingeplant. Entzogen wurde hauptsächlich mit L-Polamidon.

Tab. 6 gibt einen Überblick über die durchgeführte Entzugsmedikation sowie die Aufenthaltsdauer.

Tab. 6: Durchgeführte Entzugsmedikation (Fälle) Rhein-Mosel-Fachklinik

Substanz	absolut	in %	Ø Tage	min	max
Placebo/kalter Entzug	6	1,7	16,5	6	40
Catapresan/Aponal	6	1,7	8,7	1	21
Methadon/Polamidon	298	83,0	12,4	1	55
andere Entzugsmedikation (z.B. Subutex)	49	13,6	8,4	1	17
GESAMT	359	100,0			

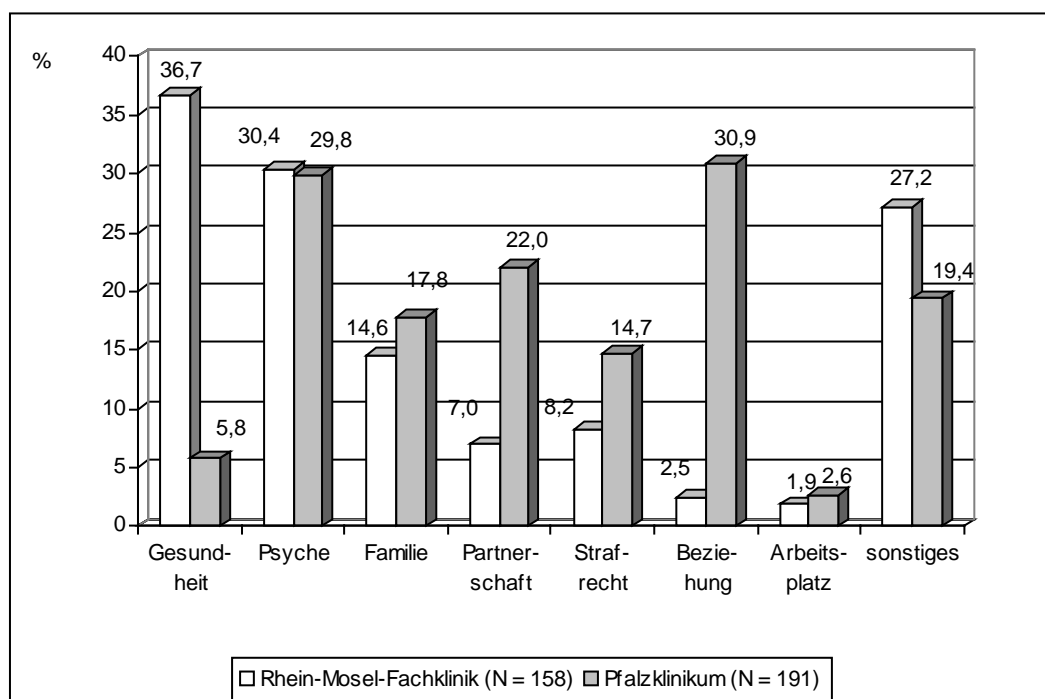
In der weit überwiegenden Mehrzahl der Behandlungsfälle wurde die Behandlung durch Methadon bzw. Polamidon gestützt (83 %). Lediglich in sechs Fällen wurde Captaresan/Aponal eingesetzt. Weitere Entzugsmedikamente waren Diazepam (42 Fälle) und Distraneurin (4 Fälle). In sechs Fällen absolvierten die Patienten einen „kalten“ Entzug bzw. bekamen ein Placebo.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer mit einer entzugslindernden Medikation lag beim methadon-/polamidongestützten Entzug bei 12,4 Tage. Deutlich geringer fiel die Behandlungsdauer dann aus, wenn sie durch andere Medikamente unterstützt wurde (8,4 Tage). Eine vergleichsweise lange Behandlungsdauer hatten diejenigen Patienten, die keine medikamentöse Unterstützung in Anspruch genommen haben (16,5 Tage).

Kritische Ereignisse während des Behandlungsverlaufs

Bei 47 % der Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik und 43,9 % der Patienten des Pfalzklunikums sind aus Sicht der behandelnden Ärzte im Behandlungsverlauf „kritische Ereignisse“ eingetreten. Abb. 12 zeigt die Art der kritischen Ereignisse im Vergleich.

Abb. 12: Kritische Ereignisse während der Entzugsbehandlung (Mehrfachnennungen möglich)



Während in beiden Entzugseinrichtungen die „kritischen Ereignisse“ zu gleichen Anteilen mit psychischen Problemen einhergingen (30,4 % bzw. 29,8 %), zeigen sich ansonsten deutliche Unterschiede zwischen den Patientengruppen: Dabei waren Patienten in der Rhein-Mosel-Fachklinik während der Entzugsbehandlung vor allem mit gesundheitlichen Problemen belastet, während Patienten des Pfalzklunikums vor allem Ereignisse im Zusammenhang mit Beziehungen, Partnerschaft und Familie zu verarbeiten hatten. Sonstige Probleme hing vor allem mit Gewaltanwendungen durch einzelne Patienten, Drogenkonsum oder behandlungsbezogenen Problemen (z.B. Medikation) zusammen.

Entsprechend der jeweiligen generellen und aktuellen Konsumgewohnheiten der Patienten wurden zu Behandlungsbeginn unterschiedliche suchtbetonte Hauptdiagnosen gestellt. Dominierten in der Rhein-Mosel-Fachklinik Störungen durch Opioide (F11) bzw. multiplen Substanzgebrauch (F19), so wurden im Pfalzkrinikum neben Störungen durch Opioide auch Störungen durch Alkohol (F10), Cannabis (F12), Sedativa/Hypnotika (F13), Kokain (F14) und Stimulantien (F15) diagnostiziert. Darüber hinaus wurden im Pfalzkrinikum vergleichsweise mehr weitere psychische Störungen (Komorbidität) festgestellt. In der Rhein-Mosel-Fachklinik erfolgte der medikamentengestützte Entzug hauptsächlich durch die Vergabe von Methadon/Polamidon (83 %). Bei knapp der Hälfte der Patienten sind während der Entzugsbehandlung - nach ärztlicher Einschätzung - kritische Ereignisse eingetreten. Dabei fällt auf, dass diese Ereignisse bei den Patienten des Pfalzkrinikums vergleichsweise häufiger im Bereich Beziehung, Partnerschaft und Familie lagen als bei Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik.

3.3.2 Behandlungsergebnisse

Missbrauch und Abhängigkeit von psychoaktiver Substanzen gehen oft mit somatischen Begleiterkrankungen, psychischen Störungen und sozialen Problemlagen einher. Die qualifizierte Entzugsbehandlung zielt - als indizierte Form der Behandlung - deshalb neben der Entgiftung auf die Behandlung somatischer Begleiterkrankungen und psychischer Störungen, die Motivierung und Vermittlung in suchtspezifische Anschlussmaßnahmen (z.B. Entwöhnungsbehandlung) sowie auf die Klärung der Beziehungs-, Wohn- und Arbeitssituation. Behandlungsergebnisse bzw. Effekte qualifizierter Entzugsbehandlung müssen die genannten Ziele berücksichtigen und unterschiedliche Ergebnisqualitäten aufeinander beziehen¹⁴.

Verweildauer und Belegung

Die (somatische) Entgiftungsbehandlung mit ihrer reinen Detoxifikation wird im Rahmen der qualifizierten Entzugsbehandlung um eine psychosoziale Motivationsbehandlung ergänzt und berücksichtigt verstärkt die individuellen Behandlungsvoraussetzungen. Diese erweiterte Zielsetzung sowie veränderte Konsummuster (z.B. Polytoxikomanie, Methadon) erfordern eine ausreichende und am individuellen Behandlungsbedarf der einzelnen Patienten orientierte Dauer der Entzugsbehandlung. Die „Leitlinien für eine qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängiger von illegalen Drogen“ in Rheinland-Pfalz sehen deshalb eine Behandlungsdauer von 21 Tagen vor, die bei Codein- und Methadonentzug in besonders zu begründenden Fällen bis zu maximal sechs Wochen verlängert werden kann. Deshalb und mit Blick auf die unterschiedlichen Behandlungsansätze einer medikamentengestützten und opiatfreien Entzugsbehandlung waren die tatsächlichen **Verweildauern** von besonderem Interesse. Tab. 7 gibt einen ersten Überblick über die Verweildauern.

¹⁴ Bei „weichen“ Kriterien wie bspw. Einschätzung der psychischen Verfassung, suchtbetonter Status oder verbleibender Behandlungsbedarf sind interpersonelle Unterschiede zwischen den beurteilenden Behandlern anzunehmen und im Hinblick auf die Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Gleichwohl kann das „ärztliche klinische Urteil“ als gemeinsame Bewertungsgrundlage genutzt werden.

Tab. 7: Verweildauer

Standort		Ø	min	max
Gesamt	Rhein-Mosel-Fachklinik (N 337)	16,54	0	54
	Pfalzkrankenhaus gesamt (N = 417)	10,34	0	40
reguläre Beendigung (Fälle)	Rhein-Mosel-Fachklinik (N=145)	22,43	7	44
	Pfalzkrankenhaus (N=222)	14,74	2	40
Abbruch (Fälle)	Rhein-Mosel-Fachklinik (N=177)	11,51	1	46
	Pfalzkrankenhaus (N=195)	5,51	0	33

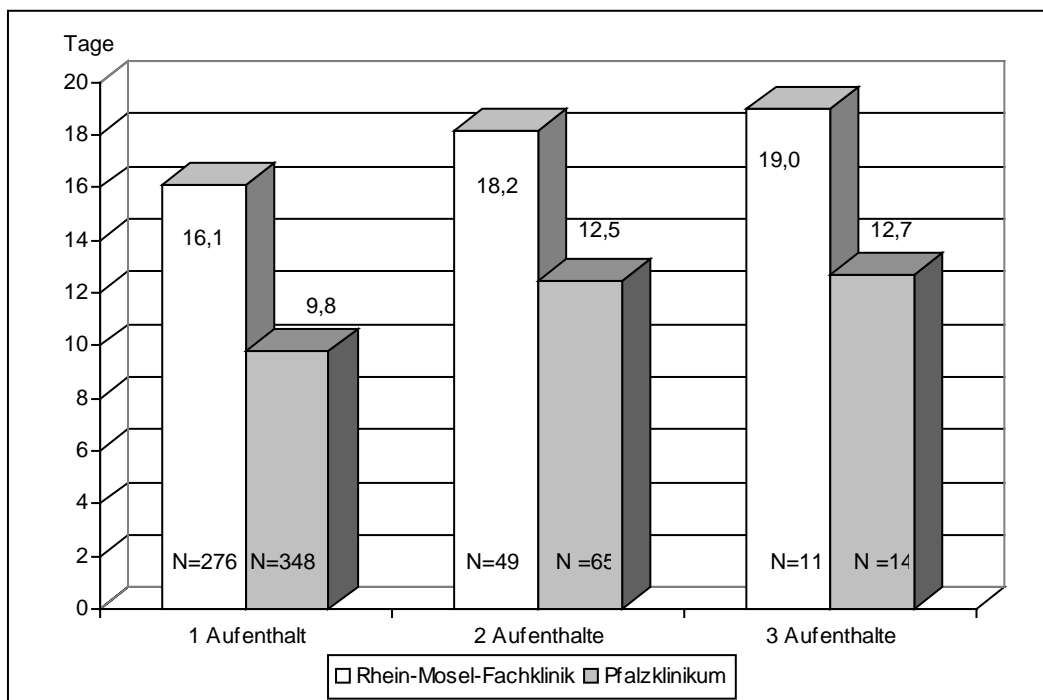
Die dokumentierten Patienten (Fälle) verweilten **in der Rhein-Mosel-Fachklinik durchschnittlich 16,5, im Pfalzkrankenhaus 10,3 Tage**¹⁵. Erwartungsgemäß dauerte die medikamentengestützte Behandlung länger als die opiatfreie Entzugsbehandlung. Dies wird auch deutlich, wenn die Verweildauer nach regulären und frühzeitigen Beenden dargestellt wird. **Regulär beendete Behandlungen** dauern in der Rhein-Mosel-Fachklinik durchschnittlich **22,4** und im Pfalzkrankenhaus **14,7 Tage**, die Verweildauer bei frühzeitigen Beendigungen (Abbrüchen) beträgt im Durchschnitt 11,5 bzw. 5,7 Tage.

Unterschiede zeigen sich im Gruppenvergleich: In der Rhein-Mosel-Fachklinik verweilten Frauen durchschnittlich 17,8 Tage, Männer 15,4 Tage; die Verweildauer von Frauen fiel demgegenüber im Pfalzkrankenhaus etwas geringer aus als die von Männern (8,5 vs. 10,2 Tage). Während in der Rhein-Mosel-Fachklinik die Verweildauern der Aussiedler bzw. weiteren deutschen Patienten annähernd übereinstimmen (17,3 vs. 16,7 Tage), verweilten die Aussiedler im Pfalzkrankenhaus kürzer als die weiteren deutschen Patienten (8,3 vs. 10,3 Tage).

Von Interesse war auch, wie sich die **Aufenthaltsdauer bei wiederholten Behandlungen** darstellt. Abb. 13 zeigt die Verweildauern in Abhängigkeit von der Anzahl der durchgeführten Entzugsbehandlungen in den beiden Einrichtungen.

¹⁵ Die durchschnittlichen Verweildauern im Bundesmodellprogramm Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe (vgl. GÖRGEN u.a. 1996) sowie in elf bayerischen Entzugseinrichtungen mit einer medikamentengestützten und opiatfreien Entzugsbehandlung betragen jeweils 15 Tage, wobei substituierte Patienten mit 16,7 Tagen länger in den Kliniken verweilten als nicht substituierte Patienten mit 13,8 Tagen (vgl. ERBAS u.a. 2003).

Abb. 13: Behandlungsdauer bei wiederholten Behandlungen



Die Dauer der Behandlung steigt, wie Abb. 13 zeigt, mit der Anzahl der durchgeführten Behandlungen in beiden Einrichtungen leicht an. In der Rhein-Mosel-Fachklinik von 16,1 bei Erstbehandlung auf 19,0 Tage bei der zweiten Wiederholungsbehandlung und im Pfalzkllinikum von 9,9 auf 12,7 Tage.

Eine weitere Fragestellung war, ob unterschiedliche Ausprägungsgrade konsumbezogener Merkmale (z.B. Tagesdosis, Konsumhäufigkeit) sich auf die Aufenthaltsdauer auswirken. Dabei zeigte sich, dass die **Höhe der Tagesdosis** an Heroin und Methadon in beiden Einrichtungen keine Auswirkungen auf die Aufenthaltsdauer hatte. Hinsichtlich der **Konsumhäufigkeit** zeigte sich in der Rhein-Mosel-Fachklinik lediglich, dass Patienten mit einem täglichen Methadonkonsum in den letzten 30 Tagen signifikant¹⁶ häufiger länger als 14 Tage in der Einrichtung verweilten als Patienten mit einer geringeren Konsumfrequenz. Bei anderen psychoaktiven Substanzen zeigte sich demgegenüber kein Zusammenhang zwischen Konsumhäufigkeit und Aufenthaltsdauer. Anders im Pfalzkllinikum: Patienten mit einem täglichen Heroinkonsum vor der Aufnahme beendeten die Behandlung signifikant häufiger in den ersten Behandlungstagen als Patienten mit geringer Konsumhäufigkeit. Demgegenüber verweilten Patienten mit einem täglichen Cannabiskonsum signifikant häufiger länger als 14 Tage als Patienten mit geringer Konsumfrequenz.

Die **diagnostische Einordnung** des Suchtproblems der Patienten nach schädlichem Gebrauch bzw. Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 hatte bei keiner der konsumierten Substanzen eine Auswirkung auf die Aufenthaltsdauer der Patienten. Eine Ausnahme bildeten lediglich Kokain- und Cannabiskonsumern im Pfalzkllinikum, wobei Patienten mit einer diagnostizierten Kokain- bzw. Cannabisabhängigkeit länger verweilten als Patienten mit schädlichem Gebrauch.

¹⁶ Cramers V .373: p >.001

Weitere Einblicke liefert, wie Tab. 8 zeigt, eine Aufschlüsselung der Verweildauern nach Wochen.

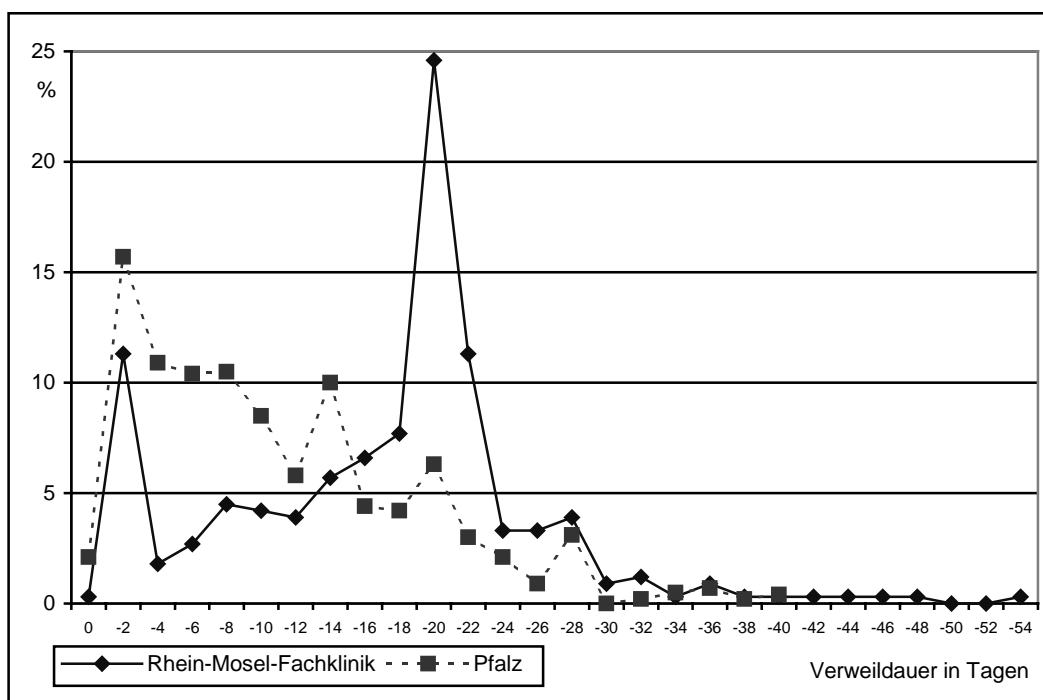
Tab. 8: Verweildauer der Patienten (Fälle)

	Rhein-Mosel-Fachklinik		Pfalzkl. Klinikum	
	absolut	in %	absolut	in %
1 - 7 Tage	62	18,4	187	44,3
8 - 14 Tage	52	15,4	123	29,1
15 - 21 Tage	162	48,1	76	18,0
22 und mehr Tage	61	18,1	36	8,5
GESAMT	337	100,0	422	100,0

Während in der Rhein-Mosel-Fachklinik fast die Hälfte der Patienten zwischen 15 und 21 Tagen verweilt, liegt der Schwerpunkt der Verweildauer bei den Patienten des Pfalzkl. Klinikums in der ersten Behandlungswoche. Anders ausgedrückt: Innerhalb von 14 Tagen beenden 33,8 % der Patienten die Behandlung in der Rhein-Mosel-Fachklinik und 73,4 % im Pfalzkl. Klinikum.

Eine weitere Vertiefung der Ergebnisse zur Verweildauer zeigt eine auf jeweils zwei Tage bezogene Darstellung. (vgl. Abb. 14).

Abb. 14: Verweildauer gesamt



Beide Einrichtungen verzeichneten vergleichsweise hohe Anteile von Patienten, die ein bis zwei Tagen verweilen (11,3 % bzw. 15,8 %). Danach zeigen die Einrichtungen deutlich unterschiedliche Profile im Hinblick auf die Verweildauer:

- In der Rhein-Mosel-Fachklinik nahm die Zahl der Patienten, die drei/vier Tage verweilen, deutlich ab (1,8 %) und stieg dann bis zur Stufe 17/18 Tage kontinuierlich an (7,7 %) und erreichte auf der Stufe 19/20 Tage mit 24,6 % ihren höchsten

Wert. Ab der Stufe 29/30 Tage verweilten jeweils lediglich einige wenige Patienten bis zu maximal 54 Tagen.

- Im Pfalzkrankenhaus nahm demgegenüber der Anteil der Patienten, die drei/vier Tage verweilten, von 10,9 % bis zur Stufe 25/26 Tage kontinuierlich ab (0,9 %). Eine Ausnahme bildeten dabei lediglich die Stufen 13/14 Tage (10 %) und 19/20 Tage (6,3 %), bei denen ein Anstieg von Beendigung erfolgte.

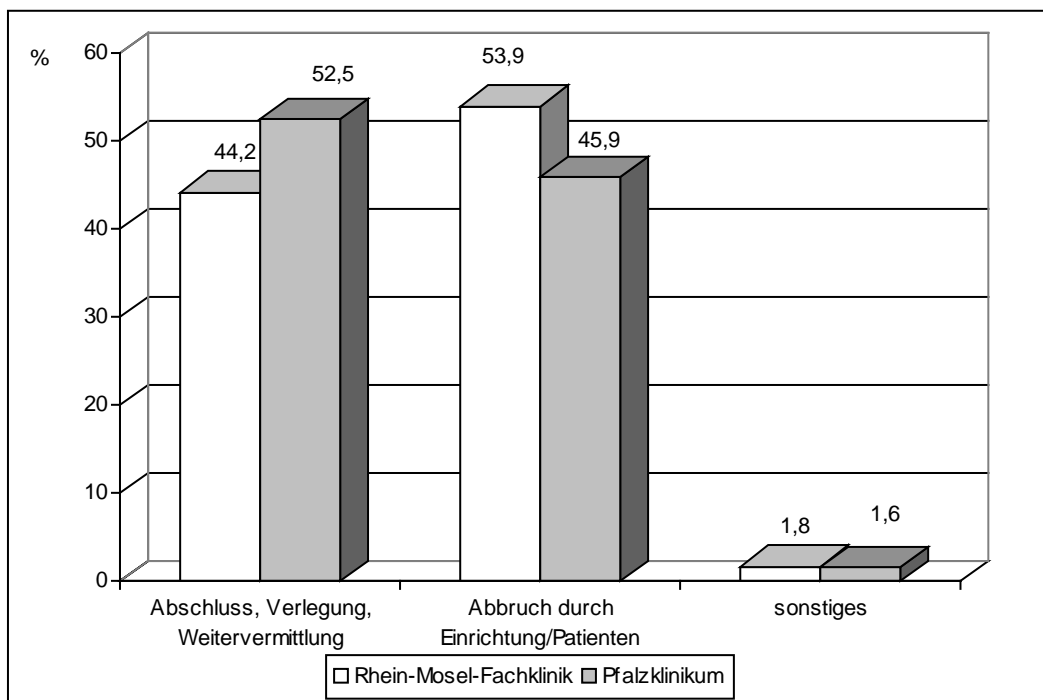
Dementsprechend und konzeptkonform (siehe Abschnitt 1.2) erfolgen reguläre Beendigungen in der Rhein-Mosel-Fachklinik vor allem am 19./20. (45 %) und danach bis zum 27./28. Aufenthaltstag (7,5 %). Im Pfalzkrankenhaus erfolgen demgegenüber reguläre Beendigungen in unterschiedlichen Ausprägungen vor allem über den Aufenthaltszeitraum von 3/4 Tage (4,6 %) bis 27/28 Tage (4,6 %) (vgl. Anhang, Abb. 1).

Eine vertiefte Analyse der Abbruchsituation zeigt, dass die Verweildauer von Abbrüchern nach einer Spitze am 1/2 Tag(en) (19,7 % bzw. 31,8 %) im der Rhein-Mosel-Fachklinik von einem niedrigen Niveau am 3./4. Tag (3,4 %) bis zum 15./16. Tag (11,3 %) stetig ansteigt und im Pfalzkrankenhaus von einem vergleichsweise hohen Niveau (18,5 %) bis zum 15./16. Tag (2 %) stetig abnimmt (vgl. Anhang, Abb. 2).

Art der Beendigung

Die Art der Beendigung liefert ein erstes Kriterium zur Bewertung des Behandlungsergebnisses. Die reguläre Beendigung erfolgt i.d.R. im Einverständnis mit dem Arzt. Dieses Einverständnis kann dabei ebenso auf einem (standardisierten) Programmdurchlauf basieren wie auf dem Erreichen individueller, zu Behandlungsbeginn bzw. im Verlauf vereinbarter Behandlungsziele. Als Abbruch kann folglich auch eine Behandlung bewertet werden, bei der nach einer vergleichsweise längeren Verweildauer die somatische Entgiftung abgeschlossen und körperliche Begleiterkrankungen behandelt sind, vereinbarte individuelle Ziele (bspw. die Bewerbung in einer Entwöhnungseinrichtung) aber noch nicht erfolgt ist. Das Kriterium „Art der Beendigung“ stellt folglich zwar ein wichtiges, gleichwohl aber nur ein Kriterium unter anderen zur Beurteilung des Erfolgs des Behandlungsansatzes dar. Abb. 15 zeigt die Art der Beendigung in den beiden Entzugseinrichtungen.

Abb. 15: Art der Beendigung (Fälle)



In der **Rhein-Mosel-Fachklinik** wurden gut zwei Fünftel (44,2 %) der Behandlungen zu einem planmäßigen Abschluss gebracht, im **Pfalzlinikum** wurden über die Hälfte regulär beendet (53,9 %). Vergleichsstudien berichten von unterschiedlichen Quoten planmäßiger Beendigung qualifizierter Entzugsbehandlungsprogramme: von 40 % (vgl. ERBAS u.a. 2003) bis zu 50 % bzw. 60 % (vgl. GÖRGEN u.a. 1996, KALKE u. RASCHKE 1999), wobei i.d.R. die Implementierungsphase der Behandlungsprogramme ausgespart wurde. Eine bewertende Einordnung der Ergebnisse des Teilkriteriums „Art der Beendigung“ der rheinland-pfälzischen Entzugseinrichtungen wie auch der Vergleich der beiden Einrichtungen muss die spezifischen Behandlungsansätze berücksichtigen. So ist bspw. in der medikamentengestützten Behandlung eine längere Verweildauer von i.d.R. bis zu drei Wochen Voraussetzung einer planmäßigen Beendigung, während die Behandlungsziele des opiatfreien Entzugs bereits nach ein bis zwei Wochen erreicht sein können.

Die Fälle regulärer Beendigung können im Pfalzlinikum weiter differenziert werden: Danach hatten von 223 regulär beendeten Behandlungsfällen 62,3 % planmäßig, d.h. mit ärztlichem Einverständnis die Behandlung beendet. Weitere 30 % wurden in suchtspezifische Einrichtungen vermittelt, wobei in diesen Fällen der Wechsel bereits zu Behandlungsbeginn beabsichtigt war. Schließlich wurden weitere 7,6 % in vergleichbare Einrichtungen weitervermittelt, wobei die Motivierung hierzu während der Entzugsbehandlung erfolgt ist (vgl. Anhang, Tab. 34).

Den disziplinarischen Entlassungen durch die Einrichtung lagen i.d.R. (mehrfache) Verstöße gegen die Stationsordnung zugrunde, wobei vor allem Drogenkonsum und gewaltbezogenes Verhalten im Vordergrund standen. Bei den Angaben zu den Gründen für den Behandlungsabbruch durch die Patienten stehen familiäre Probleme und der (aktuelle) Suchtdruck im Vordergrund. Darüber hinaus wird häufiger angegeben, dass sich Patienten von der Station entfernt haben.

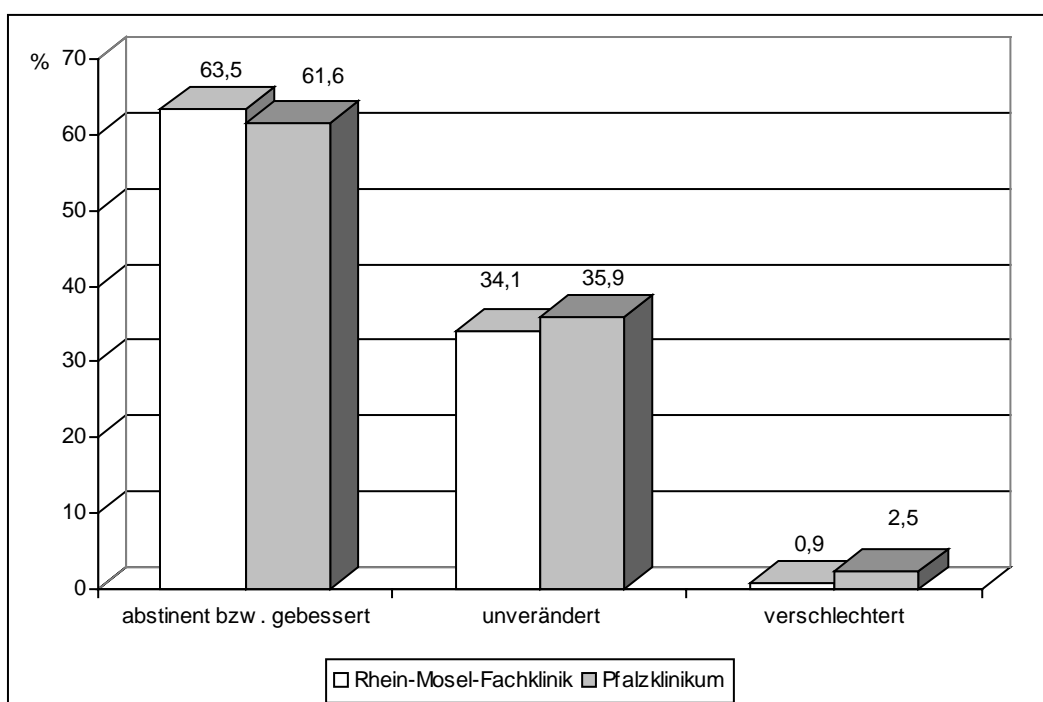
Ein Vergleich der Gruppe der Abbrecher mit den Patienten, die die Behandlung regulär abschließen, zeigt folgende Unterschiede: In der Rhein-Mosel-Fachklinik leben Abbrecher häufiger in einer festen Partnerbeziehung, hatten in der Tendenz einen niedrigeren Schulabschluss bzw. keine oder eine abgebrochene Berufsausbildung und haben bisher seltener einen Suizidversuch unternommen. Im Pfalzkllinikum brachen Patienten die Behandlung häufiger ab, die vorher eine Substitutionsbehandlung durchgeführt hatten. Darüber hinaus lag das Alter der Abbrecher unter dem der regulären Beender (25,8 vs. 27,8 Jahre).

Gesundheitliche Situation

Weiterhin war von Interesse, welchen **(Entzugs-)Status** die Patienten bis zur Beendigung der Behandlung im Hinblick auf die Entzugssymptomatik erreicht haben. **Ohne Entzugssymptomatik** verlassen immerhin gut drei Viertel (74,7 %) der Patienten die Behandlung der Rhein-Mosel-Fachklinik. Im Pfalzkllinikum beendeten - lt. ärztlicher Beurteilung - 56 % der Patienten die Behandlung ohne Entzugssymptomatik, wobei allerdings berücksichtigt werden muss, dass bei 41,2 % eine unklare Situation festgestellt wurde (vgl. Anhang, Tab. 35). Die Ergebnisse zeigen, dass in beiden Einrichtungen auch ein Teil der Patienten, die die Behandlung abbrechen, ohne Entzugssymptomatik die Einrichtung verlassen.

Am Ende der Entzugsbehandlung bzw. bei Behandlungsabbruch wurde vom behandelnden Arzt eine zusammenfassende Einschätzung im Hinblick auf die **Suchtproblematik** vorgenommen. Einen Überblick im Vergleich zeigt Abb. 16.

Abb. 16: Status bei Beendigung

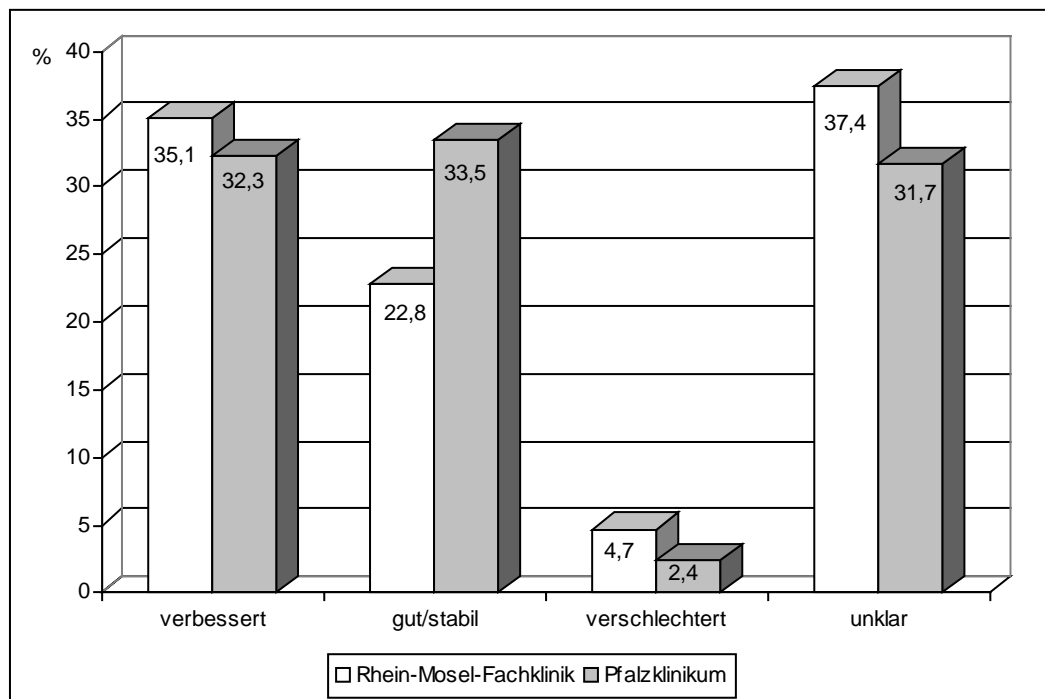


Danach waren gut drei Fünftel der behandelte Personen abstinent bzw. zeigten eine gebesserte Situation (63,5 % bzw. 61,6 %). Bei gut einem Drittel (34,1 % bzw. 35,9 %) wurde die suchtbezogene Situation als unverändert eingeschätzt. Bei wenigen Fällen hatte sich die Situation verschlechtert (0,9 % bzw. 2,5 %). Die Ergebnisse weisen darauf

hin, dass durch den stationären Aufenthalt erste Schritte einer suchtspezifischen Behandlung eingeleitet wurden, die über die (somatische) Entgiftung hinausreichen, die in den meisten Fällen vermutlich aber eine Weiterbehandlung erfordern.

Am Ende der Behandlung wurde (durch den behandelnden Arzt) die **psychische Verfassung** im Vergleich zur Ausgangslage eingeschätzt. Abb. 17 zeigt die Ergebnisse dieser Einschätzung im Einrichtungsvergleich.

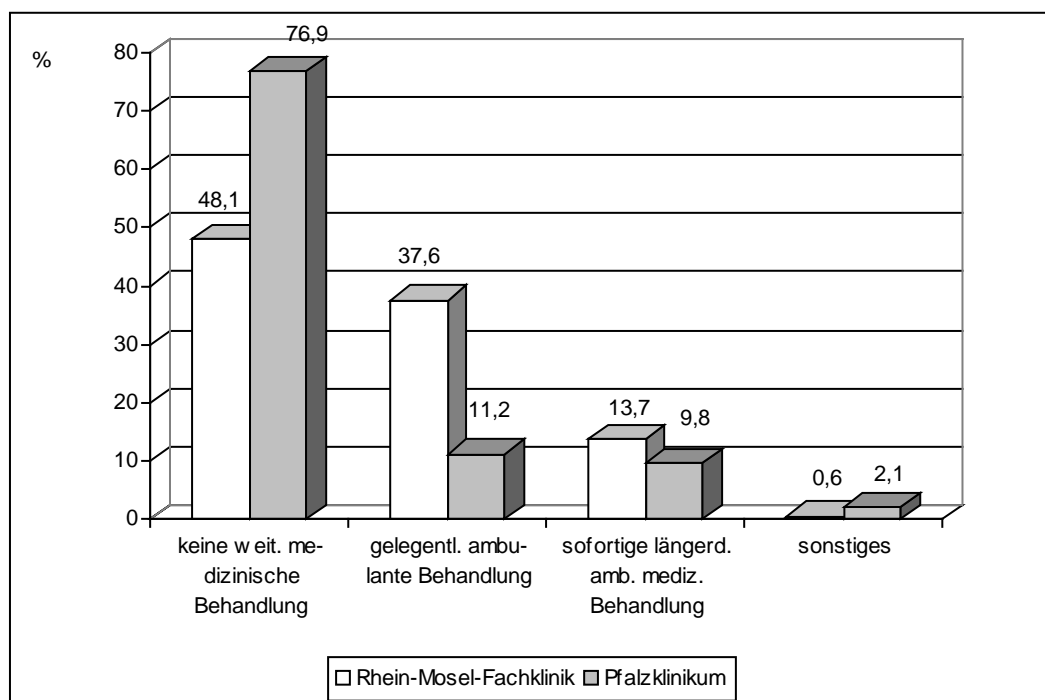
Abb. 17: Psychische Verfassung im Vergleich zur Ausgangssituation.



In einem Drittel der Behandlungsfälle hatte sich die psychische Verfassung der Patienten verbessert (32,3 % bzw. 35,1 %). Bei weiteren 33,5 % bzw. 22,8 % wurde die psychische Verfassung als gut/stabil eingeschätzt. Bei knapp bzw. gut einem weiteren Drittel der Patienten blieb die psychische Verfassung eher unklar. Dabei handelte es sich weit überwiegend um Patienten, die die Behandlung in einem frühen Stadium abgebrochen hatten.

Ein weiterer Indikator für die Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Patienten zum Ende der Behandlung ist die Feststellung der noch **verbleibenden medizinischen Behandlungsbedürftigkeit** (ohne Suchtbehandlung). Abb. 18 beschreibt die Behandlungsbedürftigkeit im Hinblick auf die Art der Behandlung im Vergleich.

Abb. 18: Gesundheitliche Situation bei Beendigung

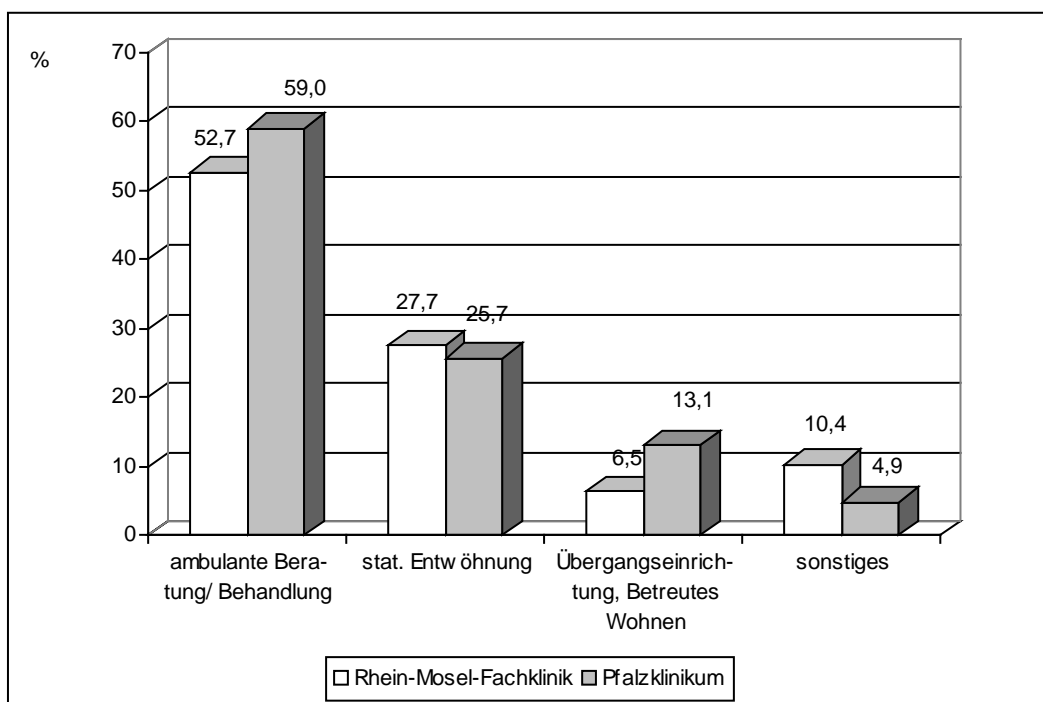


Bei immerhin knapp der Hälfte der Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik und bei zwei Drittel der Patienten des Pfalzlinikums war - aus ärztlicher Sicht - keine weitere medizinische Behandlung erforderlich. Gelegentliche bzw. sofortige, längerdauernde ambulante Behandlungen waren insbesondere bei Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik ausreichend (51,3 % bzw. 21 %). Lediglich in zwei bzw. neun Fällen wurde eine stationäre bzw. intensivmedizinische Behandlung für erforderlich gehalten (vgl. Anhang, Tab. 36).

Suchtspezifische und psychosoziale Situation

Mit Blick auf eine wichtige Zielsetzung qualifizierter Entzugsbehandlung, suchtspezifische Behandlungen vorzubereiten bzw. einzuleiten, war u.a. von Interesse, inwieweit sich an die stationäre Entzugsbehandlung weitere suchtspezifische Maßnahmen angeschlossen haben. Abb. 19 zeigt die (beabsichtigten) **Fortführungen der Behandlung** in den wichtigsten suchtspezifischen Angebotsbereichen.

Abb. 19: Weitervermittlung/Verlegung/Wechsel in andere suchtspezifische Einrichtung



Als Anschlussmaßnahme erfolgte vor allem eine ambulante Weiterbetreuung bzw. -behandlung (52,7 % bzw. 59 %). Gut jeder vierte Patient setzte seine Behandlung als **stationäre Entwöhnungsbehandlung** fort (27,7 % bzw. 25,7 %)¹⁷. In eine **Übergangseinrichtung bzw. in Betreutes Wohnen** wechselten 6,5 % bzw. 13,1 % der Patienten. Bedenklich stimmt, dass auf die qualifizierte Entzugsbehandlung lediglich in Einzelfällen eine ambulante Entwöhnungsmaßnahme gefolgt ist, was vor allem als Hinweis auf große Entwicklungsbedarfe bei diesem Angebotssegment interpretiert wird (vgl. Anhang, Tab. 37).

Betrachtet man nur die Gruppe der **regulär entlassenen Patienten**, so ergibt sich ein verändertes Bild: In der Rhein-Mosel-Fachklinik setzen 51,0 %, im Pfalzlinikum 30,9 % der Patienten die Behandlung in einer Entwöhnungseinrichtung fort. 14,5 % bzw. 13,0 % wechseln in eine Übergangseinrichtung bzw. in Betreute Wohnformen. Im Pfalzlinikum nehmen vergleichsweise mehr Patienten eine ambulante Beratung bzw. Behandlung auf als in der Rhein-Mosel-Fachklinik (29 % vs. 48 %).¹⁸

Neben der zukünftigen Betreuungs- bzw. Behandlungssituation wurde auch die zukünftige Wohn- und berufliche Situation erhoben. Dabei zeigen sich bei der Wohnsituation keine bedeutsamen Veränderungen gegenüber der **Wohnsituation** vor der Entzugsbehandlung. Lediglich in Einzelfällen ändert sich die Wohnsituation, bspw. von selbständigem Wohnen zum Wohnen bei Eltern (vgl. Anhang, Tab. 8 und 38). Verglichen mit der Klientel des Modellprogramms Kompakttherapie (z.B. ungeklärte

¹⁷ In elf bayerischen Entzugseinrichtungen setzten 31,4 % der Patienten mit einer gerichtlichen Auflage und 12,9 % der Patienten ohne eine solche Auflage die Behandlung in einer Entwöhnungseinrichtung fort.

¹⁸ Zur bewertenden Einordnung der Daten im Hinblick auf die Weitervermittlung in suchtspezifische Angebote müssen deren Zugangsvoraussetzungen mit Berücksichtigt werden. So stellt bspw. das Antragsverfahren bzw. die Bearbeitungsdauer bei den Trägern der medizinischen Rehabilitation ein Hindernis für eine unmittelbare Vermittlung aus der Entzugsbehandlung heraus dar.

Wohnverhältnisse 18,9 %) stellt sich die Wohnsituation der Patienten der rheinland-pfälzischen Entzugseinrichtungen am Ende der Entzugsbehandlung als stabil dar.

Neben der Wohnsituation ist im Hinblick auf rehabilitative Ziele vor allem die **berufliche Situation** von Bedeutung. Auch hier sind keine bedeutsamen Veränderungen zwischen Behandlungsbeginn und -ende dokumentiert. Wie bereits zu Behandlungsbeginn ist erwartungsgemäß ein Großteil der Patienten (weiterhin) arbeitslos. Lediglich jeder Fünfte (22,1 % bzw. 24,5 %) verfügt über einen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz (vgl. Anhang, Tab. 39).

Mit Blick auf die Behandlungsergebnisse wurden verschiedene Merkmale dokumentiert. Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten betrug - u.a. beeinflusst von den unterschiedlichen Behandlungskonzepten - in der Rhein-Mosel-Fachklinik 16,5, im Pfalzkrinikum 10,3 Tage. In der Rhein-Mosel-Fachklinik schlossen 44,2 %, im Pfalzkrinikum 53,9 % der Patienten die Behandlung regulär ab. Mit Blick auf die Suchtproblematik waren knapp zwei Drittel der Patienten - nach ärztlicher Einschätzung - am Behandlungsende abstinent bzw. hatte sich ihre Situation deutlich gebessert. Die psychische Verfassung der Patienten hatte sich - im Vergleich zur Ausgangssituation - bei einem Drittel verbessert bzw. war bei jedem Fünften der Rhein-Mosel-Fachklinik und bei jedem dritten Patienten des Pfalzkrinikums gut bzw. stabil. Eine weitere länger andauernde ambulante Weiterbehandlung somatischer Erkrankungen benötigte lediglich jeder zehnte Patient. Gut jeder vierte Patient setzte die Behandlung seiner Suchterkrankung in einer Entwöhnungseinrichtung fort. In Übergangseinrichtungen bzw. Betreute Wohnformen wechselten 6,5 % der Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik und 13,1 % des Pfalzkrinikums.

3.4 Ergebnisse der Patientenbefragung

Zur Untersuchung der Angemessenheit von Angeboten und Maßnahmen wurden die Patienten zu Behandlungsbeginn und -ende nach ihren Absichten sowie zu ihrer Änderungsbereitschaft befragt. Darüber hinaus sollten die Patienten die Rahmenbedingungen qualifizierter Entzugsbehandlung sowie die inhaltliche Ausgestaltung des Behandlungsprogramms aus ihrer Sicht auf ihre unterstützenden Potentiale für den individuellen Behandlungsverlauf beurteilen.

Die Befragung erfolgte mit einem (teil-)standardisierten Fragebogen. Tab. 9 zeigt die Anzahl der Befragungsteilnehmer.

Tab. 9: Anzahl der Teilnehmer an der Patientenbefragung (Fälle)

	Rhein-Mosel-Fachklinik	Pfalzkrankenhaus
Erhebungszeiträume	01.07.2001 bis 31.12.2002	01.06.2002 bis 31.05.2003
Behandlungsbeginn	300	310
Behandlungsende	255	292

Erfahrungen und Erwartungen bei Aufnahme in die Einrichtung

In der Rhein-Mosel-Fachklinik führten 28 % und im Pfalzkrankenhaus 36,6 % der Befragten erstmalig eine Entzugsbehandlung durch; der überwiegende Anteil von 72,0 % bzw. 64,4 % der Patienten hatte bereits einmal oder mehrfach eine stationäre Entzugsbehandlung in folgenden Einrichtungen angetreten, davon:

- in der jeweiligen Einrichtung bzw. im psychiatrischen Krankenhaus: 78,2 % bzw. 83,2 %
- Allgemeinkrankenhaus: 33,3 % bzw. 22,8 %
- woanders (z.B. Fachklinik, JVA): 18,1 % bzw. 32,1 %.

Die Mehrzahl der Befragten (68,0 %) in der Rhein-Mosel-Fachklinik und 47,4 % im Pfalzkrankenhaus hatte die Entzugsbehandlung mit der **Absicht** einer körperlichen Entgiftung und Vorbereitung auf eine anschließende stationäre oder ambulante Therapie begonnen. Ausschließlich zur körperlichen Entgiftung hatten 8,2 % bzw. 18,9 % der Patienten die Behandlung angetreten. Zusätzlich zur körperlichen Entgiftung erwarteten 10,0 % bzw. 12,6 % eine Beratung über Therapiemöglichkeiten. Die restlichen Befragten (13,8 % bzw. 21,1 %) geben unterschiedliche Absichten an wie bspw. Stabilisierung, Dosisreduzierung, akute Krise/Rückfall, Beginn einer Methadonbehandlung.

Vor dem Hintergrund der opiatfreien Entzugsbehandlung im Pfalzkrankenhaus wurden die Patienten nach ihren Gedanken und Erwartungen hinsichtlich der **Akupunktur** gefragt. Knapp die Hälfte der Patienten (46,3 %) war neugierig und gespannt auf die Behandlungsmaßnahme, 14,2 % waren überzeugt, dass es die richtige Behandlung für sie ist. Immerhin war jeder sechste Patient (17,8 %) eher skeptisch im Hinblick auf die Wirksamkeit der Behandlungsmethode und 12,8 % hatten lieber mit Medikamenten entzogen.

Änderungsbereitschaft der Patienten zu Behandlungsbeginn und -ende im Vergleich

Zur Erfassung der **Änderungsbereitschaft** der Patienten wurde der Fragebogen „Änderungsbereitschaft bei Alkoholkonsum“ (RCQ-D) (vgl. HANNÖVER u.a. 2001) auf die Gruppe der drogenabhängigen Patienten des Modellprojekts angepasst. Das Instrument enthält zwölf Aussagen, mit denen drei Stadien der Änderungsbereitschaft Absichtslosigkeit (= keine Absicht, den Drogenkonsum in absehbarer Zeit zu ändern), Absichtsbildung (= Auseinandersetzung mit dem eigenen Drogenkonsum ohne konkrete Handlungsschritte), Handlung (= aktive Änderung des Verhaltens) erfasst werden. Tab. 10 zeigt die Veränderungen in den Patientenaussagen zu Beginn und am Ende des Aufenthalts im Vergleich.

Tab. 10: Stadien der Veränderungsbereitschaft zu Beginn bzw. Ende des Aufenthalts

	Rhein-Mosel-Fachklinik (N=201)		Pfalzkrankenhaus (N=190)	
	Ø Behand- lungsbeginn	Ø Behand- lungsende	Ø Behand- lungsbeginn	Ø Behand- lungsende
Absichtslosigkeit z.B. "Über meinen Drogenkonsum nachzu- denken, ist reine Zeitverschwendung."	+4	+3	+4	+3
Absichtsbildung z.B. "Manchmal denke ich, dass ich weniger oder gar keine Drogen mehr nehmen sollte."	-4	-3	-4	-4
Handlung z.B. "Ich bin gerade dabei, meinen Drogen- konsum einzuschränken oder ganz damit aufzuhören."	-4	-4	-4	-4

In beiden Einrichtungen hat die Zustimmung der Patienten zu den Aussagen des Stadiums „Absichtslosigkeit“ am Behandlungsende gegenüber dem Behandlungsbeginn deutlich abgenommen, während umgekehrt die **Zustimmung zu den Aussagen des Stadiums „Absichtsbildung“** zugenommen hat¹⁹. Die Ergebnisse zeigen, dass bei den befragten Personen während der Behandlung die Bereitschaft, den eigenen Drogenkonsum kritisch zu hinterfragen, zugenommen hatte. Die vergleichsweise geringen Veränderungen im Stadium der „Handlung“ machen aber auch deutlich, dass viele Patienten eine tatsächliche Änderung des eigenen Verhaltens (noch) nicht begonnen hatten.

Bewertung des Behandlungsprogramms

In beiden Einrichtungen stand den Patienten ein umfangreiches Leistungsangebot medizinisch-therapeutischer, gesundheitspräventiver und rehabilitativer Maßnahmen zur Verfügung. Unterschiede ergaben sich vor allem bei den unterstützenden Maßnahmen der Entzugsbehandlung wie bspw. Medikamente (z.B. Methadon) in der Rhein-Mosel-Fachklinik und Akupunktur und Aromatherapie im Pfalzkrankenhaus.

Im Rahmen der Patientenbefragungen haben die Patienten die Elemente des Behandlungsprogramms im Hinblick auf die erfahrene Wirksamkeit auf einer sechsstufigen

¹⁹ Die Aussagen werden auf einer 5-stufigen-Ratingskala von (1) stimme überhaupt nicht zu bis (5) stimme sehr zu bewertet. Die unterschiedlichen Vorzeichen ergeben sich durch Umpolungen im Rahmen des Auswertungsprocedures (vgl. HANNÖVER u.a. 2001).

Ratingskala eingeschätzt. In beiden Einrichtungen überwog bei fast allen Behandlungselementen eine **positive Einschätzung der Wirksamkeit**.

Die nachfolgende Tab. 11 zeigt die Befragungsergebnisse im Vergleich, wobei die Mittelwerte einer sechs-stufigen-Ratingskala von sehr wirksam bis unwirksam dargestellt werden.

Tab. 11: *Einschätzung der in Anspruch genommenen Maßnahmen und Angebote auf ihre Wirksamkeit für den Behandlungsverlauf*

Rhein-Mosel-Fachklinik		Pfalzkrankenhaus	
Leistungen und Angebote	M	Leistungen und Angebote	M
psychologisches Einzelgespräch (N = 211)	3,43	psychologisches Einzelgespräch (N = 243)	3,70
sozialarbeiterisches Einzelgespräch (N = 207)	4,44	sozialarbeiterisches Einzelgespräch (N = 261)	4,41
		Gespräche mit den Pflegekräften (N = 287)	5,12
Krisengruppe (N = 222)	3,64		
Gesprächsgruppe (N = 222)	4,52	Gesprächsgruppe (N = 287)	4,36
Ergotherapie (N = 230)	5,04	Ergotherapie (N = 280)	4,40
Sporttherapie (N = 229)	5,08	Sporttherapie (N = 265)	4,38
Freizeitangebote (N = 231)	4,05	Freizeitangebote (N = 279)	4,70
	4,65	Akupunktur (N = 275)	4,39
Entspannungsübungen/Körperarbeit (N = 223)	4,65	Entspannungsübungen/PMRt (N = 217)	3,68
Massage/Bäder/Sauna (N = 220)	5,04	Sauna (N = 226)	5,06
medizinisch-ärztliche Versorgung (N = 232)	4,96	medizinisch-ärztliche Versorgung (N = 269)	4,25
medikamentöse Behandlung (N = 236)	5,00		
		Entspannungsbäder (N = 261)	4,85
		Aromapflege (N = 221)	4,39
Urinkontrollen (N = 233)	3,75	Urinkontrollen (N = 264)	4,33
pflegerische Betreuung (N = 237)	4,75	pflegerische Betreuung (N = 282)	5,05
Gesundheitsberatung (N = 218)	4,16	Gesundheitsberatung (N = 255)	4,25
Beratung über Umgang mit Drogen (N = 218)	3,74	Beratung über Umgang mit Drogen (N = 251)	3,76
Gespräche zur Rückfallvermeidung (N = 212)	3,35	Gespräch zur Rückfallvermeidung (N = 243)	3,44
Großgruppe/Plenum (N = 209)	3,87	Großgruppe/Hausversammlung/Plenum (N = 248)	4,00
Beratung über Therapie (N = 212)	4,03	Beratung über Therapie (N = 254)	4,25
lebenspraktische Beratung und Hilfen (N = 210)	3,59	lebenspraktische Beratung und Hilfen (N = 242)	3,77

Im Vordergrund der als (sehr) wirksam eingestuften Programmbestandteile standen in der **Rhein-Mosel-Fachklinik** die medizinisch-ärztliche Versorgung, Massage/Bäder/Sauna sowie Sport- und Ergotherapie. Von den Patienten des **Pfalzkrankenhaus** wurden vor allem Gespräche mit dem Pflegepersonal, Sauna, die pflegerische Betreuung und Freizeitangebote als besonders wirksam erlebt. In beiden Einrichtungen nahmen demgegenüber lebenspraktische Beratung und Hilfen, psychologische Einzelgespräche so-

wie Beratungsgespräche zum Umgang mit Drogen und zur Rückfallvermeidung einen geringeren Stellenwert aus Patientensicht ein. Einige Behandlungsangebote wie bspw. das sozialarbeiterische Einzelgespräch, die Gesprächsgruppe, Gesundheitsberatung und Beratung über Therapiemöglichkeiten wurden in beiden Einrichtungen im mittleren Bereich als wirksam bewertet.

Die einrichtungsspezifischen entzugsunterstützenden Maßnahmen wie die medikamentöse Behandlung in der Rhein-Mosel-Fachklinik und Akupunktur und Aromatherapie im Pfalzkrankenhaus wurden von den jeweiligen Patienten als (sehr) hilfreich bzw. wirksam für den Behandlungsverlauf eingestuft (vgl. Anhang, Tab 40 u. 41).

Qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger wird bundesweit vornehmlich als medikamentengestützte Behandlung durchgeführt. Die Patienten wurden deshalb direkt um eine Einschätzung der jeweiligen Behandlungsform gebeten. Für eine Mehrzahl der Patienten der **Rhein-Mosel-Fachklinik war die „verdeckte“ Medikation** mit Opiatersatzstoffen wenig problematisch bzw. unproblematisch (69,4 %), lediglich 9,6 % hatten die Behandlung für sich als (sehr) problematisch erlebt. Für gut jeden zweiten Patienten (55,5 %) des **Pfalzkrankenhaus war die opiatfreie Entzugsbehandlung** wenig problematisch bzw. unproblematisch. Knapp jeder fünfte hat diesen Aspekt der Behandlung für sich als (sehr) problematisch erlebt (18,9 %). Insgesamt gaben allerdings auch 68,9 % der Patienten des Pfalzkrankenhaus an, dass der Entzug besser verlief als am Anfang geglaubt. Befragt nach der Wirkung der Akupunktur gaben jeweils gut die Hälfte der Patienten an, dass die Akupunktur ihnen geholfen hat, ruhiger zu werden (54,6 %), die meisten Entzugssymptome durch die Akupunktur behandelt werden konnten (43,6 %) bzw. sie die Wirkung der Akupunktur überzeugt hat (50,2 %). Jeweils gut jeder Fünfte urteilt jedoch eher ambivalent bzw. knapp jeder dritte Patient kann der positiven Bewertung der Akupunktur nicht folgen.

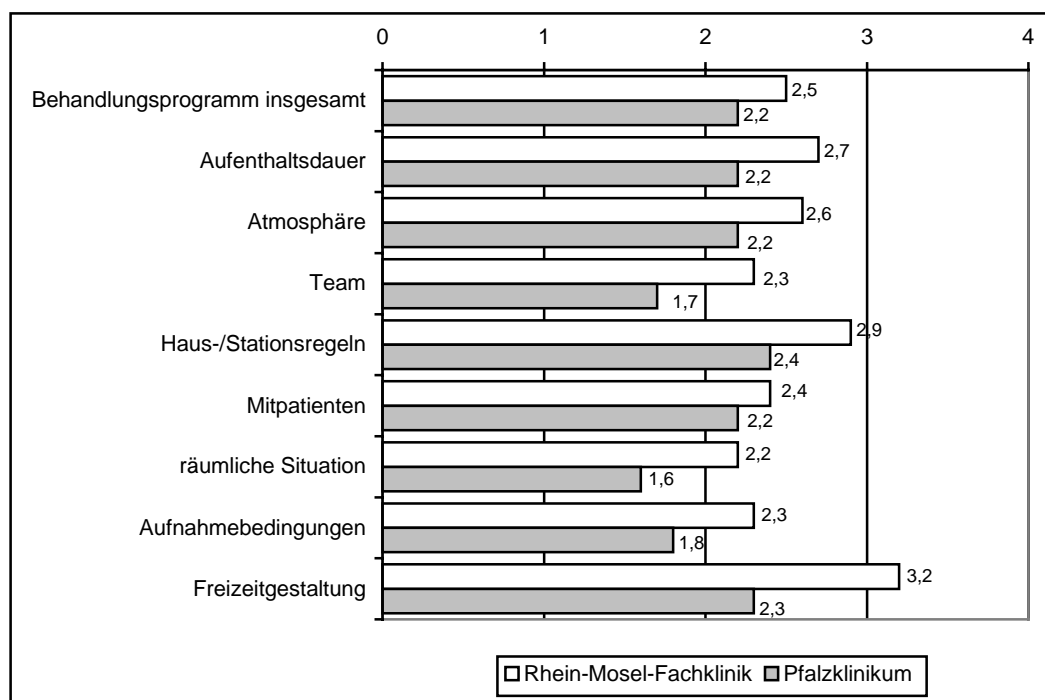
Für die überwiegende Mehrzahl der Patienten beider Einrichtungen war das **Zusammenleben in der Gruppe** (sehr) unterstützend bzw. hilfreich für den Behandlungsverlauf (79,5 % bzw. 81,1 %), was die Bedeutung des therapeutischen Milieus im Sinne einer Orientierung am Prinzip der therapeutischen Gemeinschaften auch in der Entzugsbehandlung von Drogenabhängigen unterstreicht.

Die Wünsche der Patienten - im Sinne weiterer Angebote - richteten sich in der Rhein-Mosel-Fachklinik vor allem auf ein mehr an tagesstrukturierenden und Freizeitangeboten und im Pfalzkrankenhaus auf spezielle Medikamentierungen (z.B. zum Schlafen) und Massage.

Als vergleichsweise „schlechter“ als bei bisherigen Entzugsbehandlungen wurden von den Patienten beider Einrichtungen nur wenige Aspekte beurteilt. Dabei wurden in der Rhein-Mosel-Fachklinik vor allem Gründe im Zusammenhang mit dem Stationsklima (z.B. Umgangston des Pflegepersonals, Gruppenklima) sowie nächtliche Urinkontrollen genannt, während Patienten des Pfalzkrankenhaus vor allem die fehlende Medikamentierung und die Qualität des Essens kritisch anmerkten. Als vergleichsweise „besser“ wurden in der Rhein-Mosel-Fachklinik einzelne Behandlungselemente (z.B. Gruppengespräche, Sport) vor allem aber die „verdeckte“ Medikation genannt. Demgegenüber hoben die Patienten des Pfalzkrankenhaus vor allem das therapeutische Klima, das Team und die räumliche Ausstattung hervor.

Von Interesse war über einzelne Programmbestandteile hinaus die Beurteilung der verschiedenen Elemente des **Behandlungssettings**. Abb. 20 fasst die Ergebnisse zusammen.

Abb. 20: Bewertung des Behandlungssettings (Mittelwerte)



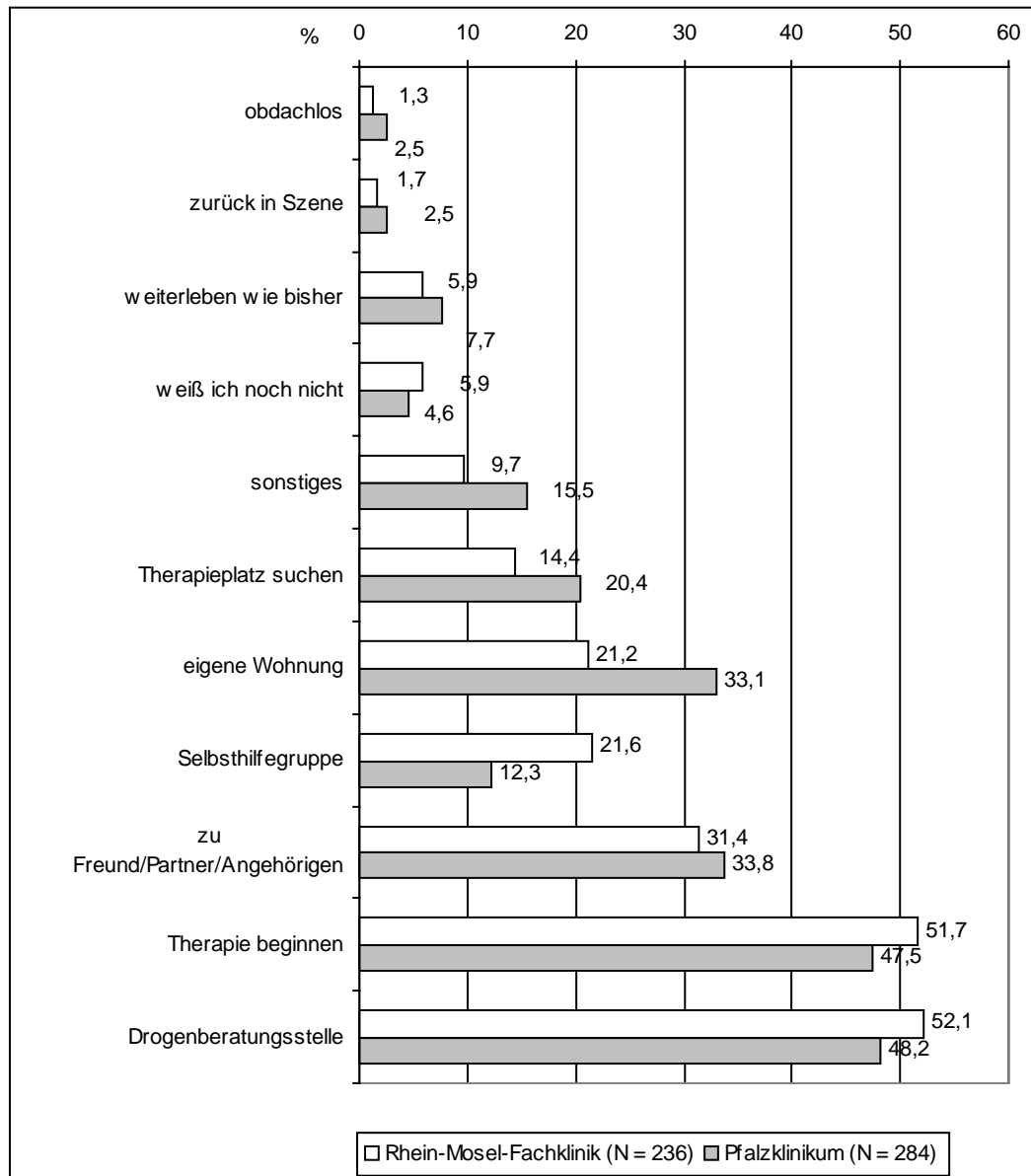
Das Behandlungsprogramm insgesamt wurde auf der Notenskala in der Rhein-Mosel-Fachklinik durchschnittlich mit 2,5, im Pfalzlinikum mit 2,2 beurteilt. In beiden Einrichtungen wurden die einzelnen Settingmerkmale überwiegend besser als befriedigend (3,0) beurteilt. Vergleichsweise gute Noten erhielten u.a. die jeweilige räumliche Situation, die Behandlungsteams und die Aufnahmebedingungen. Insgesamt bewerteten die Patienten des Pfalzlinikums die Settingmerkmale mit einer halben Note besser als die Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik, wobei Unterschiede u.a. bei der Freizeitgestaltung, der Aufenthaltsdauer und den Haus-/Stationsregeln hervortraten.

Zukunftsorientierung bei Verlassen der Einrichtung

Die Patienten wurden auch nach ihren Absichten nach Verlassen der Einrichtung befragt.

Abb. 21 gibt einen Überblick über die Antworten im Vergleich.

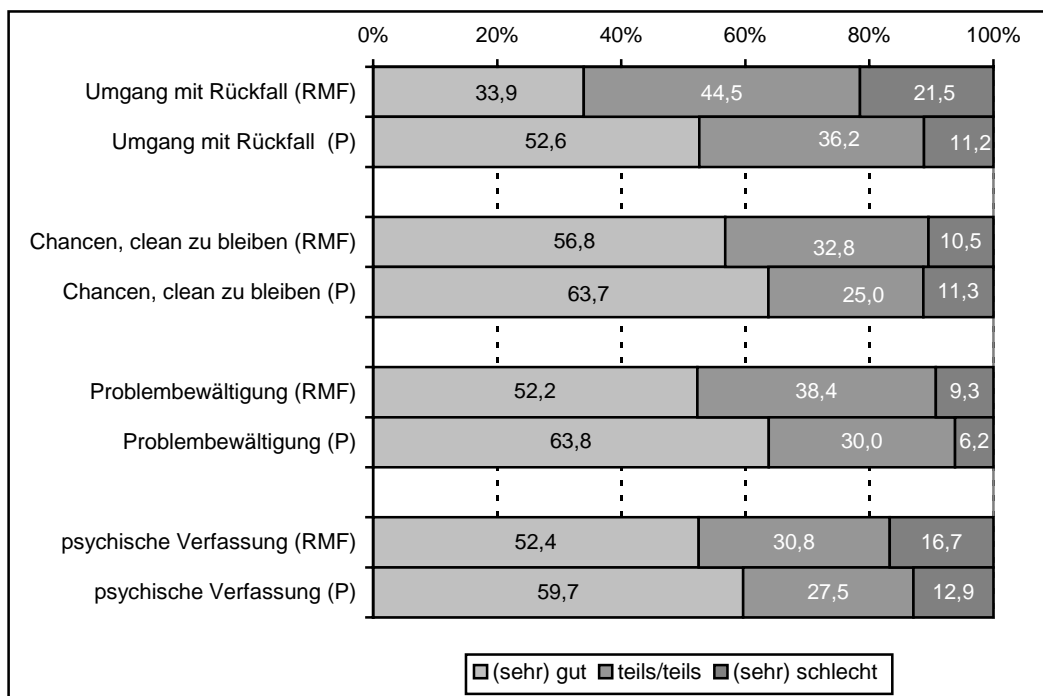
Abb. 21: Absichten bei Verlassen der Einrichtung (Mehrfachnennungen möglich)



Neben der (erneuten) Kontaktaufnahme zu einer Drogenberatungsstelle richtete sich die Orientierung der Patienten beider Einrichtungen darauf, eine Therapie zu beginnen oder sich um einen Therapieplatz zu bemühen. Immerhin jeder Fünfte in der Rhein-Mosel-Fachklinik (21,6 %) und jeder Achte im Pfalzlinikum (12,3 %) gibt an, sich einer Selbsthilfegruppe anschließen zu wollen. Die Hälfte der Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik (52,6 %) und zwei Drittel der Patienten des Pfalzlinikums (66,9 %) werden in einer eigenen Wohnung oder bei Freunden/Partnern und Angehörigen wohnen. Zu den Merkmalen „obdachlos“ bzw. „zurück in die Szene“ machen (lediglich) 3 % bzw. 5 % der Befragten Angaben.

Von Interesse war auch, mit welcher Selbsteinschätzung die Patienten die Einrichtung verlassen haben. Die folgende Abb. 22 zeigt Ergebnisse zu verschiedenen Aspekten der psychischen Stabilität.

Abb. 22: Einschätzung der psychischen Stabilität bei Verlassen der Einrichtung



RMF: Rhein-Mosel-Fachklinik; P: Pfalzlinikum

Wie Abb. 22 zeigt, räumten sich in der Rhein-Mosel-Fachklinik gut die Hälfte und im Pfalzlinikum knapp zwei Drittel der Patienten (sehr) gute Chancen ein, ihren aktuell drogenfreien Status zu stabilisieren und anstehende Probleme bewältigen zu können. Skeptischer wurde hingegen vor allem von den Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik der Umgang mit einem möglichen Rückfall beurteilt: Lediglich 33,9 % schätzen hier ihre Situation mit (sehr) gut ein. In beiden Einrichtungen fühlte sich gut die Hälfte der Patienten am Behandlungsende psychisch (sehr) stabil (52,4 % bzw. 59,7 %).

Abschließend machte eine Vielzahl von Patienten im Rahmen der Befragung Anmerkungen. Diese bestanden oft in einem Dank an die Einrichtung bzw. die Mitarbeiter für die erfahrene Unterstützung und Hilfe beim Entzug. Darüber hinaus fielen vor allem Anmerkungen auf, die den Wunsch nach einem drogenfreien und selbstbestimmten Leben bzw. den Willen zu einem Neubeginn zum Ausdruck brachten. Darüber hinaus wurde auf einzelne Schwachstellen des Angebots wie bspw. eine unzureichende Kontrolle der Drogenfreiheit der Station, bspw. durch konsequente Urinkontrollen oder fehlende Angebote, hingewiesen.

Aus Patientensicht wurden die Behandlungsprogramme insgesamt sowie einzelne Elemente weit überwiegend als (sehr) wirksam beurteilt. Unterschiede zwischen den Einrichtungen korrespondieren sowohl mit den unterschiedlichen Behandlungsansätzen als auch mit deren Umsetzung sowie dem Erreichungsgrad konzeptioneller Ziele. Auch Settingmerkmale wie bspw. Aufnahmebedingungen, Team, Atmosphäre, räumliche Situation wurden überwiegend besser als befriedigend (3,0) beurteilt. Schließlich zeigte die Selbsteinschätzung der Patienten zu ausgewählten Merkmalen (z.B. psychische Verfassung, Problembewältigung, Umgang mit Rückfall) überwiegend

eine positive Tendenz.

3.5 Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zu ausgewählten Aspekten des Behandlungsprogramms

Am Ende der Evaluationsphase wurden die Mitarbeiter der rheinland-pfälzischen Einrichtungen des qualifizierten Entzugs Drogenabhängiger zu konzeptionellen und Umsetzungsfragen des jeweiligen Behandlungsprogramms unter Verwendung eines (teil-)standardisierten anonymen Fragebogens schriftlich befragt. An der Befragung haben in der Rhein-Mosel-Fachklinik 13 und im Pfalzkrankenhaus 12 Mitarbeiter teilgenommen.

In einem ersten Schritt hatten die Mitarbeiter das Behandlungsprogramm insgesamt sowie einzelne Behandlungsangebote und institutionelle Voraussetzungen anhand einer sechsstufigen Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) zu beurteilen. Dabei bewerteten die Mitarbeiter das Behandlungsprogramm insgesamt in der Rhein-Mosel-Fachklinik durchschnittlich mit einem Wert von 2,1 und im Pfalzkrankenhaus mit 1,7. Die in der Tendenz bessere Einschätzung des Behandlungsprogramms insgesamt im Pfalzkrankenhaus korrespondierte mit der Beurteilung der Patienten, die das Behandlungsprogramm ebenfalls etwas besser bewerteten als die Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik (s. Abschnitt 3.4).

Eine vertiefte Analyse der Antworten zeigt allerdings Unterschiede zwischen den Einrichtungen auf. So urteilten die Mitarbeiter der Rhein-Mosel-Fachklinik mit Blick auf einzelne Behandlungsangebote durchschnittlich mit einem Wert von 1,9, die Mitarbeiter des Pfalzkrankenhauses mit 2,2 (z.B. medizinische Behandlung/Pharmakotherapie 1,7 vs. 2,5). Überwiegend gleich wurden die Kooperation mit Angehörigen (2,5 vs. 2,2), die Aufnahme- und Entlasssituation (2,0 vs. 2,1) sowie die - in beiden Einrichtungen eher unbefriedigende - Versorgung der Patienten/essen (beide: 3,6) bewertet. Während in der Rhein-Mosel-Fachklinik von den Mitarbeitern die einzelnen Behandlungsangebote vergleichsweise besser eingeschätzt wurden, beurteilten die Mitarbeiter des Pfalzkrankenhauses (eher) therapeutische Aspekte (Klima, Team, Regeln, Umgang) mit 1,5 zu 2,5 und sachlichen Rahmenbedingungen (Patienten- und Behandlungsräume, Freizeitmöglichkeiten, Möbel etc.) mit 1,3 zu 1,9 besser. Der gravierendste Unterschied besteht bei der Personalausstattung: Während diese im Pfalzkrankenhaus mit 2,6 noch als befriedigend bewertet wurde, beurteilten die Mitarbeiter der Rhein-Mosel-Fachklinik die Personalsituation mit 5,4 als deutlich mangelhaft (vgl. Anhang, Tab. 42).

Befragt nach Sachverhalten, die die Umsetzung der Konzeption erschwert bzw. die Umsetzungsqualität gemindert hatten, zeigten sich ebenfalls Unterschiede zwischen den Einrichtungen: Von den Mitarbeitern der Rhein-Mosel-Fachklinik wurden dabei vor allem Sachverhalte im Zusammenhang mit dem/der Personal(-entwicklung) genannt wie bspw. geringe Personalausstattung und häufiger Personalwechsel, Differenzen über Konzeption und Umsetzung im Behandlungsteam, fehlende Supervision und ungenügende fachliche Weiterbildung. Die Mitarbeiter beider Einrichtungen fühlten sich zudem von der Klinikleitung nur unzureichend unterstützt und beklagten eine mangelhafte Kommunikation und Abstimmung sowie eine rein betriebswirtschaftliche Bewertung der eigenen Arbeit.

Die insgesamt positive Bewertung des Behandlungsansatzes spiegelte sich auch in der angenommenen Zufriedenheit von Patienten, Angehörigen und externen Kooperationspartnern wider. Die Mitarbeiter beider Einrichtungen gehen dabei - auf der Grundlage ihrer Beobachtungen und Erfahrungen - überwiegend davon aus, dass die genann-

ten Personengruppen mit den Leistungen der Einrichtungen insgesamt (eher) zufrieden waren.

Aus Sicht der Mitarbeiter hat sich die qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger, wie sie in den beiden Einrichtungen umgesetzt wurde, bewährt und - trotz z.T. schwieriger Rahmenbedingungen - waren die Mitarbeiter alles in allem auch persönlich mit der Arbeit in den Einrichtungen zufrieden. Als entscheidende Faktoren für den Erfolg wurden u.a. genannt: das Engagement der Mitarbeiter trotz schwieriger Bedingungen, das Konzept, eine gute Mitarbeiter-Patienten-Beziehung, der opiatfreie, durch Zuwendung und verschiedene Anwendungen gestützte Entzug.

Konzeptionelle bzw. organisatorisch-personelle Entwicklungsbedarfe sahen die Mitarbeiter vor allem mit Blick auf die **personelle Ausstattung** in Relation zu den zugrunde gelegten Behandlungsplätzen für eine wirtschaftliche Umsetzung des Behandlungskonzepts. Dieser generelle Bedarf wurde z.T. verbunden mit inhaltlichen Überlegungen zur Verbesserung der Angebotsstruktur (z.B. medizinische Angebote, Ergotherapie). In der Rhein-Mosel-Fachklinik wurde zudem auf den hohen Zeitdruck und - im Zusammenhang mit der medikamentengestützten Behandlung - auf die Notwendigkeit (etwas) längerer Behandlungszeiten hingewiesen.

Die Mitarbeiter gingen einhellig davon aus, dass es für das qualifizierte Entzugsangebot ihrer Einrichtung einen Bedarf gibt, wobei in der Rhein-Mosel-Fachklinik vor allem auf die Nachfrage verwiesen wurde. Mitarbeiter des Pfalzkrankums betonten zudem die Attraktivität des Angebots wegen seiner vergleichsweise kurzen Entzugsdauer und den hohen Erreichungsgrad der gesetzten Behandlungsziele. Ein Bedarf wird dabei vor allem bei Patienten mit veränderten Konsumformen und einer leichten bis mittleren Abhängigkeit gesehen.

Aus Sicht der Mitarbeiter beider Einrichtungen hat sich die qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger bewährt. Trotz z.T. schwieriger Rahmenbedingungen (z.B. Personalwechsel und -ausstattung, zeitlicher Rahmen) waren die Mitarbeiter weit überwiegend auch persönlich mit der Arbeit der jeweiligen Entzugseinrichtungen zufrieden und sehen für beide Behandlungsansätze einen ausreichenden Bedarf.

4 ZUSAMMENFASSUNG UND BILANZ

Die Verbesserung der Entzugsbehandlung von Drogenabhängigen stellt eine wichtige Aufgabe für die Weiterentwicklung des Hilfesystems dar, wobei inzwischen fachlich gesichert ist, dass eine qualifizierte Entzugsbehandlung einer bloßen somatischen Entgiftung vorzuziehen ist. In Rheinland-Pfalz existieren seit 1997 „**Leitlinien für eine qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängiger von illegalen Drogen**“, in denen u.a. der Geltungsbereich, die Zielgruppen, Art, Umfang und Qualität der Leistungen sowie die personellen und sachlichen Voraussetzungen beschrieben werden. Sie wurden vom Ausschuss für Krankenhausplanung verabschiedet und dienen als Orientierungs- und Planungsgrundlage für die qualifizierte Entzugsbehandlung von Drogenabhängigen.

Auf Basis der Leitlinien wurde in den Jahren 2001 und 2003 ein Vorhaben durchgeführt, in dem das Konzept einer qualifizierten Entzugsbehandlung in den psychiatrischen Kliniken in Andernach und Klingenmünster modellhaft erprobt wurde. Die Besonderheit des Vorhabens lag u.a. darin, dass in der **Rhein-Mosel-Fachklinik in Andernach** die Behandlung **medikamentengestützt** und im **Pfalzkrankenhaus in Klingenmünster opiatfrei** erfolgte. Gegenstand der wissenschaftlichen Begleitung war demzufolge auch, ob zwischen den Behandlungsangeboten Unterschiede im Hinblick auf Durchführung und Ergebnis bestehen. Mit der wissenschaftlichen Begleitung hat das rheinland-pfälzische Ministerium für Arbeit, Familie, Soziales und Gesundheit die FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, Köln beauftragt.

Organisatorische und institutionelle Rahmenbedingungen

In beiden Einrichtungen konnten wichtige organisatorische und (infra-)strukturelle Voraussetzungen zur Durchführung einer qualifizierten Entzugsbehandlung geschaffen werden. Hierzu zählen u.a. eine spezialisierte Station mit räumlichen Bedingungen, die den „klinischen“ Charakter zugunsten alltagsnäherer Wohnformen mit Rückzugs-, Gemeinschafts- und Versorgungsräumen zurücktreten lassen. Hierzu zählt auch die multiprofessionelle Zusammensetzung der Mitarbeiter unter Einbeziehung pflegerischer, psychologischer, sozialarbeiterischer und medizinischer sowie suchtherapeutischer Kompetenzen. Dabei darf nicht übersehen werden, dass (generell) die klinische Organisations- und Leitungsstrukturen die Bildung von Behandlungsteams erschwert. Darüber hinaus haben personelle Engpässe - die Personalausstattung beider Einrichtungen lag deutlich unter den Personalanhaltszahlen der Psychiatrie Personalverordnung - die Erreichung der konzeptionellen Ziele erschwert. Insgesamt wurden die organisatorischen und institutionellen Rahmenbedingungen der beiden qualifizierten Entzugseinrichtungen entscheidend geprägt durch den klinischen Charakter, die organisatorischen Standards und die Aufgabenstellung (z.B. Pflichtversorgungsauftrag) der psychiatrischen Fachkliniken. Unterschiede zeigten sich u.a. mit Blick auf die Personal- und Teamentwicklung, wobei in der Rhein-Mosel-Fachklinik u.a. Personalwechsel und Klärungsbedarfe bei konzeptionellen Fragen zeitweise die Umsetzung der konzeptionellen Ziele erschwerten. Darüber hinaus hatten die Einrichtungen den Zugang unterschiedlich geregelt: Die Rhein-Mosel-Fachklinik legte den Patienten vor der Aufnahme die vorbereitende Beratung durch eine Drogenberatungsstelle nahe, darüber hinaus wurden die Patienten aufgefordert, vorab einen Lebenslauf einschließlich ihrer substanzbezogenen Probleme zu erstellen sowie regelmäßigen Kontakt zur Aufnahmeleitung zu halten. Demgegenüber erfolgte die Aufnahme in das Behandlungsprogramm im Pfalzkrankenhaus i.d.R. ohne weitere Anforderung zeitnah und in Absprache mit den

Patienten. Schließlich waren Patienten in der Rhein-Mosel-Fachklinik in Zweibettzimmern, im Pfalzkrinikum in Einzelzimmern untergebracht.

Die Patienten qualifizierter Entzugsbehandlung

In der Rhein-Mosel-Fachklinik wurden in der Evaluationsphase (7/2001 bis 12/2002) 412, im Pfalzkrinikum im Zeitraum von 6/2002 bis 5/2003 461 Patienten behandelt.

In beiden Einrichtungen kamen die Patienten hauptsächlich aus dem **Pflichtversorgungsgebiet** der psychiatrischen Klinik bzw. aus ganz Rheinland-Pfalz, wobei in der Rhein-Mosel-Fachklinik der Anteil von Patienten aus dem Pflichtversorgungsgebiet der Klinik höher lag als im Pfalzkrinikum (63,9 % bzw. 44 %). Auch nahmen im Pfalzkrinikum mehr Patienten aus anderen Bundesländern das Behandlungsprogramm in Anspruch als in der Rhein-Mosel-Fachklinik.

In beiden Einrichtungen erfolgte die **Vermittlung** in die Entzugsbehandlung hauptsächlich durch Sucht- und Drogenberatungsstellen. Mit Blick auf die Anteile der einzelnen Vermittlungsinstanzen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Während in der Rhein-Mosel-Fachklinik der Zugangsschwerpunkt konzeptkonform bei den Sucht- und Drogenberatungsstellen lag, erfolgten Zugänge zur Behandlung im Pfalzkrinikum über unterschiedliche Wege: Die Aufnahme der Patienten erfolgte zu deutlich höheren Anteilen direkt und ohne Vermittlung (7,1 % vs. 19,1 %) bzw. durch private Bezugspersonen (3,3 % vs. 10,5 %) oder niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten (6,8 % vs. 14 %). Während im Pfalzkrinikum Patienten weit überwiegend direkt oder im Verlauf einer Woche aufgenommen wurden (96 %), erfolgte die **Aufnahme** in der Rhein-Mosel-Fachklinik lediglich zu gut der Hälfte der Patienten innerhalb eines 14-Tage-Zeitraum.

Das **Durchschnittsalter** der Patienten lag in der Rhein-Mosel-Fachklinik bei 27,4 und im Pfalzkrinikum bei 26,9 Jahren. In beiden Einrichtungen waren knapp vier Fünftel der Patienten Männer (78,9 % bzw. 78,0 %).

Während sich **die soziale (Beziehungs-)Situation** der Patienten als vergleichsweise stabil darstellt - die Patienten lebten überwiegend mit Eltern, Partnern oder Freunden und Bekannten zusammen und zwei Fünftel hatten eine feste Beziehung - war die **Erwerbssituation** durch eine hohe Arbeitslosenquote (66,7 % bzw. 65,8 %) belastet. Die Dauer der Arbeitslosigkeit betrug durchschnittlich 19,3 bzw. 20,1 Monate.

Die Patienten beider Einrichtungen hatten (in den letzten 30 Tagen) - einschl. Alkohol und Tabak - durchschnittlich 4,5 Drogen konsumiert. Unterschiede zeigen sich allerdings bei der Art der **konsumierten Drogen**: So hatten Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik vergleichsweise häufiger Opioide, Kokain (einschl. Crack) und Sedativa/Hypnotika konsumiert, während Patienten des Pfalzkrinikums häufiger Cannabis, Stimulantien und Halluzinogene konsumiert hatten. In beiden Einrichtungen verabreichte sich der überwiegende Teil der Heroinkonsumenten die Substanz **intravenös** (63,8 % bzw. 73,6 %). Immerhin 36,2 % bzw. 26,4 % Patienten gaben an, Heroin geraucht/inhaliert bzw. geschnüffelt zu haben. Allerdings bestehen Unterschiede zwischen den Patientengruppen der beiden rheinland-pfälzischen Entzugseinrichtungen im Hinblick auf den intravenösen Konsum illegaler Drogen. Während bei den Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik nur 15,2 % angaben, **keinen intravenösen Drogenkonsum** gehabt zu haben, waren dies im Pfalzkrinikum immerhin 40,0 % der Patienten.

Erwartungsgemäß zeigt sich bei den aufgenommenen Personengruppen ein vielschichtiges Bild an **Diagnosen substanzbezogener Störungen**. Bei den Patienten der Ent-

zugseinrichtungen wurden durchschnittlich 3,0 bzw. 3,3 Abhängigkeitsdiagnosen und 2,3 bzw. 3,9 Diagnosen eines schädlichen Gebrauchs festgestellt. Die beiden Entzugseinrichtungen zeigen ein deutlich unterschiedliches Profil von **Erstdiagnosen**. Während bei Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik weit überwiegend Störungen durch Opioide (ICD-10: F11) bzw. multiplen Substanzgebrauch (F19) diagnostiziert wurden (99,6 %), umfasst das Spektrum substanzbezogener Störungen bei Patienten des Pfalz-klinikums neben den genannten Störungen (59,5 %) auch Störungen durch Alkohol (F10) Cannabinoide (F12), Sedativa und Hypnotika (F13), Kokain (F14) und Stimulan-tien (F15).

Die Mehrzahl der Patienten beider Einrichtungen (97 % bzw. 85 %) hatte bereits **Hilfen** im Zusammenhang mit ihrem Drogenproblem **in Anspruch genommen**, wobei unter den stationären Maßnahmen bei 64,4 % bzw. 72,5 % der Patienten (die bereits Hilfen in Anspruch genommen haben) die Entgiftungsbehandlung mit einer hohen Häufigkeit der Inanspruchnahme (3,6- bzw. 5,1-mal) hervortritt. Während Patienten der Rhein-Mo-sel-Fachklinik häufiger über Substitutionserfahrung verfügten, hatten Patienten des Pfalz-klinikums mehr stationäre Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt. Demgegen-über trat die Inanspruchnahme stationärer Entwöhnungsbehandlung deutlich zurück (27,9 % bzw. 40,3 %).

Wie die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zeigen, wurde in beiden Einrich-tungen ein (breites) Spektrum unterschiedlicher Patienten(-gruppen) behandelt (z.B. Migranten, Aussiedler), wobei insbesondere im Pfalz-klinikum auch Patienten(-gruppen) erreicht wurden, die bisher nur in Einzelfällen Zugang zur qualifizierten Entzugsbe-handlung gefunden hatten. Dies gilt u.a. für die Gruppe derjenigen Drogenabhängigen, deren Behandlungsmotivation noch gering ist und die nur über ein niedrigschwelliges Angebot den „Einstieg in den Ausstieg“ finden. Eine weitere Gruppe bilden jüngere Drogenkonsumenten, bei denen ein nicht intravenöser (Misch-)Konsum psychotroper Substanzen (z.B. Amphetamine; Kokain, Cannabis) im Vordergrund steht. Besondere Aufmerksamkeit verdienen dabei jugendliche Drogenkonsumenten, bei denen häufig weitere psychische Störungen diagnostiziert werden und für die (bisher) weder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch in der Sucht- und Drogenhilfe angemessene An-gebote bestehen. Für alle genannten Personengruppen gilt es, die in den beiden rheinland-pfälzischen Entzugseinrichtungen bestehenden Zugangswege und Behan-dlungsansätze weiterzuentwickeln und auszubauen.

Setting und Behandlungsprogramm qualifizierter Entzugsbehandlung

Qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger erfordert die Schaffung eines dro-genfreien Raums, ein förderliches soziales Klima und einen empathischen Umgang mit den Patienten bei Wahrung professioneller Distanz. Darüber hinaus sind geeignete stützende und stabilisierende (therapeutische) Interventionen und Hilfen zur persönli-chen und sozialen Orientierung sowie zur Entwicklung von Veränderungsbereitschaft und zur Förderung der Motivation zur Abstinenz und zur Inanspruchnahme von sucht-spezifischen Anschlussmaßnahmen erforderlich. Schließlich ist die Behandlung von psychiatrischen und somatischen Begleiterkrankungen sicherzustellen.

Auf dieser (gemeinsamen) Basis sind mit Blick auf die Detoxifikation bzw. die Be-handlung von - mit dem Absetzen bzw. Reduzieren der Substanz einhergehenden - körperlichen und psychischen Reaktionen unterschiedliche Entzugsstrategien möglich wie bspw. der opiatfreie oder medikamentengestützte Entzug. Unterschiedliche Ent-zugsstrategien tragen dabei u.a. der Tatsache Rechnung, dass schädlicher Gebrauch bzw. Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen allein kein Personengruppen verein-

heitlichendes Kriterium darstellt. Zu berücksichtigen sind jeweils unterschiedliche Substanzen, Konsummuster und -formen sowie die personalen und sozialen Rahmenbedingungen des Konsums. Differenzierte Entzugsstrategien und Behandlungsprogramme bilden eine wichtige Grundlage für eine frühzeitige Erreichung unterschiedlicher Konsumentengruppen.

Qualifizierte Entzugsbehandlung hält ein differenziertes Spektrum von **patientenbezogenen Leistungen** vor, wobei an einen typischen Falltag 4,5 (Rhein-Mosel-Fachklinik) bzw. 5,2 Stunden (Pfalzkrankenhaus) patientenbezogene Leistungen erbracht werden. Dabei entfallen größere Leistungsanteile auf die medizinisch-pflegerische Grundversorgung und die Stationsversammlungen. Bedeutsame Anteile bspw. Arbeits-/Ergotherapie, Freizeitmaßnahmen und Sport, stehen im engen Zusammenhang mit der Strukturierung des Tagesablaufs. Auf andere therapeutische Maßnahmen, bspw. physikalische Therapie, sowie auf Einzel- und Gruppenangebote entfielen deutlich geringere Anteile. Im Pfalzkrankenhaus wurde das Leistungsspektrum ergänzt um (intensive) pflegerische Gespräche und Akupunktur.

Aus **Patientensicht** wurden die Behandlungsprogramme insgesamt sowie einzelne Elemente weit überwiegend als (sehr) wirksam beurteilt. Unterschiede zwischen den Einrichtungen korrespondieren sowohl mit den unterschiedlichen Behandlungsansätzen als auch mit deren Umsetzung sowie dem Erreichungsgrad konzeptioneller Ziele. Die einrichtungsspezifischen entzugsunterstützenden Maßnahmen wie die medikamentöse Behandlung in der Rhein-Mosel-Fachklinik und Akupunktur und Aromatherapie im Pfalzkrankenhaus wurden von den jeweiligen Patienten insgesamt als (sehr) hilfreich bzw. wirksam für den Behandlungsverlauf eingestuft, wobei der Anteil von Patienten mit einer ambivalenten Einschätzung im Pfalzkrankenhaus höher ausfiel als in der Rhein-Mosel-Fachklinik. Settingmerkmale wie bspw. Aufnahmebedingungen, Team, Atmosphäre, räumliche Situation wurden ebenfalls überwiegend mit (sehr) gut bzw. besser als befriedigend (3,0) beurteilt.

Ergebnisse und Wirksamkeit qualifizierter Entzugsbehandlung

Zur Abschätzung der Wirksamkeit qualifizierter Entzugsbehandlung sind unterschiedliche Kriterien heranzuziehen, die sich an den Behandlungszielen orientieren müssen. Dabei ist das Kriterium der regulären Beendigung (das in der Entwöhnungsbehandlung einen hohen Stellenwert hat) lediglich ein Kriterium unter anderen. Wichtige Kriterien sind daneben der verbleibende medizinische Behandlungsbedarf, die psychische Stabilisierung, eine (erste) soziale Orientierung, die Stärkung der Veränderungsbereitschaft sowie die Einleitung von bedarfsgerechten Anschlussmaßnahmen. Legt man dieses Kriterienbündel zugrunde, so zeigen die Ergebnisse der Evaluation - auch vor der Folie vergleichbarer Studien -, dass in den beiden rheinland-pfälzischen Einrichtungen qualifizierte Entzugsbehandlung erfolgreich implementiert und erprobt wurde bzw. umgesetzt ist.

Die dokumentierten Behandlungsfälle **verweilten** in der Rhein-Mosel-Fachklinik durchschnittlich 16,5 und im Pfalzkrankenhaus 10,3 Tage. Erwartungsgemäß dauerte die medikamentengestützte Behandlung länger als die opiatfreie Entzugsbehandlung. Dies wird auch deutlich, wenn die Verweildauer nach regulären und frühzeitigen Beendern dargestellt wird. Regulär beendete Behandlungen dauern in der Rhein-Mosel-Fachklinik durchschnittlich 22,4 und im Pfalzkrankenhaus 14,7 Tage, die Verweildauer bei frühzeitigen Beendigungen (Abbrüchen) beträgt im Durchschnitt 11,5 bzw. 5,7 Tage.

Regulär hatten in der Rhein-Mosel-Fachklinik 44,2 %, im Pfalzkrankenhaus 53,9 % der Patienten die Behandlung **beendet**. In der Rhein-Mosel-Fachklinik beendeten 74,7 % der Patienten die Behandlung ohne Entzugssymptomatik, d.h. auch ein Teil derjenigen, die die Behandlung abgebrochen hatten. Nach ärztlicher Einschätzung waren gut drei Fünftel der behandelten Personen abstinent bzw. zeigten mit Blick auf die **Suchtprobleme** eine gebesserte Situation (63,5 % bzw. 61,6 %). In einem Drittel der Behandlungsfälle hatte sich die **psychische Verfassung** der Patienten verbessert (32,3 % bzw. 35,1 %). Bei weiteren 33,5 % bzw. 22,8 % wurde die psychische Verfassung als gut/stabil eingeschätzt. Bei immerhin knapp der Hälfte der Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik und bei zwei Drittel der Patienten des Pfalzkrankenhauses war - aus ärztlicher Sicht - keine weitere medizinische Behandlung erforderlich. Die ärztlichen Einschätzungen korrespondieren mit den Selbsteinschätzungen der Patienten. Danach räumten sich in der Rhein-Mosel-Fachklinik gut die Hälfte und im Pfalzkrankenhaus knapp zwei Drittel der Patienten (sehr) gute Chancen ein, ihren aktuell drogenfreien Status zu stabilisieren und anstehende Probleme bewältigen zu können. Skeptischer wurde hingegen vor allem von den Patienten der Rhein-Mosel-Fachklinik der Umgang mit einem möglichen Rückfall beurteilt: Lediglich 33,9 % schätzen hier ihre Situation mit (sehr) gut ein. In beiden Einrichtungen fühlte sich gut die Hälfte der Patienten am Behandlungsende psychisch (sehr) stabil (52,4 % bzw. 59,7 %).

In beiden Einrichtungen hatte sich bei den Patienten - im Mittel- die **Bereitschaft zur Veränderung** (nach dem Modell von Prochaska u. DiClemente) vom Stadium der „Absichtslosigkeit“ in Richtung des Stadiums der „Absichtsbildung“ weiterentwickelt, d.h. u.a. dass während der Behandlung die Bereitschaft, den eigenen Drogenkonsum kritisch zu hinterfragen, zugenommen hatte. Die Untersuchungsergebnisse zeigen aber auch, dass eine tatsächliche Änderung des eigenen Verhaltens (noch) nicht begonnen hatte. Als **Anschlussmaßnahme** erfolgte vor allem eine ambulante Weiterbetreuung bzw. -behandlung (52,7 % bzw. 59,0 %). Gut jeder vierte Patient setzte seine Behandlung als stationäre Entwöhnungsbehandlung fort (27,7 % bzw. 25,7 %). In eine Übergangseinrichtung bzw. in Betreutes Wohnen wechselten 6,5 % bzw. 13,1 % der Patienten. Bedenklich stimmt, dass auf die qualifizierte Entzugsbehandlung lediglich in Einzelfällen eine ambulante Entwöhnungsmaßnahme gefolgt ist, was vor allem als Hinweis auf große Entwicklungsbedarfe bei diesem Angebotssegment interpretiert wird. Von den **regulär entlassenen Patienten** setzten in der Rhein-Mosel-Fachklinik 51,0 %, im Pfalzkrankenhaus 30,9% der Patienten die Behandlung in einer Entwöhnungseinrichtung fort. 14,5 % bzw. 13,0 % wechseln in eine Übergangseinrichtung bzw. in betreute Wohnformen. Die (subjektive) Orientierung der Patienten beider Einrichtungen richtete sich neben der (erneuten) Kontaktaufnahme zu einer Drogenberatungsstelle darauf, eine Therapie zu beginnen (51,7 % bzw. 47,5 %) oder sich um einen Therapieplatz zu bemühen (14,4 % bzw. 20,4 %).

Aus **Sicht der Mitarbeiter** beider Einrichtungen hat sich die qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger bewährt. Trotz z.T. schwieriger Rahmenbedingungen (z.B. Personalwechsel und -ausstattung, zeitlicher Rahmen) waren die Mitarbeiter weit überwiegend auch persönlich mit der Arbeit der jeweiligen Entzugseinrichtungen zufrieden und sehen für beide Behandlungsansätze einen ausreichenden Bedarf.

Im gegliederten System gesundheitlicher Hilfen mit der Trennung von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung nimmt qualifizierte Entzugsbehandlung insbesondere in Verbindung mit der hochschwelligeren Entwöhnungsbehandlung sowie vorhandenen Behandlungs- und Versorgungsalternativen (z.B. Substitutionsbehandlung, Wohnheime, ambulantes Betreutes Wohnen) eine wichtige „Clearingfunktion“ wahr. Das geschützte stationäre Setting ermöglicht es den Patienten, ohne Beschaffungsdruck bzw. ohne

Drogen zu leben. In der kurzen Phase des Aufenthalts muss entweder eine bereits getroffene Entscheidung überprüft bzw. stabilisiert werden oder es müssen Voraussetzungen für Patientenentscheidungen geschaffen werden.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung liefern Hinweise sowohl für die Weiterentwicklung der jeweiligen Behandlungsansätze im Rahmen einer internen Qualitätsentwicklung (z.B. Zugang, Behandlungsregeln) als auch im Hinblick auf die Optimierung infrastruktureller Rahmenbedingungen wie bspw. eine sachgerechte Personalausstattung und bei der medikamentengestützten Behandlung die Sicherung einer bedarfsgerechten Behandlungsdauer. Die Ergebnisse liefern auch Hinweise auf einen Bedarf an qualifizierten Drogenentzugseinrichtungen in Rheinland-Pfalz, wobei die Frage des tatsächlichen Bedarfs vor dem Hintergrund der verbreiteten (rein) somatischen Entgiftung in Allgemeinkrankenhäusern gegenwärtig kaum zu beantworten ist.

5 LITERATUR

- BACKMUND, M. 1995
Möglichkeiten und Grenzen der Differenzierung im Drogenentzug, in: BEHRENDT, K., DEGKWITZ, P., TRÜG, E. (Hg.), Schnittstelle Drogenentzug, a.a.o., S. 57-73.
- BACKMUND, M., BERNHARD, W., MEYER, K. 2003
Buprenorphin - erste Erfahrungen in der qualifizierten Entzugsbehandlung, in: Suchttherapie, 4, S. 98-101.
- BEHRENDT, K., DEGKWITZ, P., TRÜG, E. (Hg.) 1995
Schnittstelle Drogenentzug - Strategien, Praxis und Perspektiven vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels in der Drogenhilfe, Freiburg i.B.
- BEHRENDT, K., DEGKWITZ, P. 1995 (a)
Problempatienten im Drogenentzug. Die Zunahme multimorbider Drogenkonsumenten in den Metropolen, ihre Auswirkungen und mögliche strukturelle und therapeutische Antworten, in: BEHRENDT, K., DEGKWITZ, P., TRÜG, E. (Hg.), Schnittstelle Drogenentzug, a.a.O., S. 214-228.
- BEHRENDT, K., DEGKWITZ, P. 1995 (b)
Stationäre Behandlung Drogenabhängiger in einer Großstadt am Beispiel Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll, in: CORDING C., FLEISCHMANN, H., KLEIN, H.E. (Hg.), Qualitätssicherung in der Suchttherapie, a.a.O., S. 80-85.
- BRACK, J., BEHRENDT, K., 1995
Medikamentöse Behandlung des Drogenentzugssyndroms, in: BEHRENDT, K., DEGKWITZ, P., TRÜG, E. (Hg.), Schnittstelle Drogenentzug, a.a.O., S. 74-84.
- BRANDT, J. u.a. 1999
Zur qualifizierten Entgiftung Hamburger Drogenabhängiger: Situation in einem peripher gelegenen Krankenhaus - Vergleich mit einem zentral gelegenen Krankenhaus 1996, Sucht, 45, S. 117-119.
- BÖHME, K. 1990
Niedrigschwelliger Entzug - Eine Chance für Heroinabhängige?, in: SCHWOON, D.R., KRAUSZ, M. (Hg.), Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie, Stuttgart, S. 145-152.
- CORDING, C., FLEISCHMANN, H., KLEIN, H.E. (Hg.) 1995
Qualitätssicherung in der Suchttherapie - Die Entzugsbehandlung von Drogenabhängigen im psychiatrischen Krankenhaus, Freiburg i.Br.
- DGSS (Hg.) 2000
Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen.
- DHS 2001
Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe, Positionspapier 2001, Hamm.

- DRIESSEN, M. u.a. 1999
Kosten-Nutzen-Analyse klinisch-evaluierter Behandlungsprogramme, in: Nervenarzt, 70, S. 463-470.
- ERBAS, B., JAEDICKE, J.P., TRETTER, F. 2003
Strukturdaten von 2387 Drogenpatienten in stationärer Entzugsbehandlung in Bayern, in: Sucht, 49 (3), S. 188-196.
- EXPERTENKOMMISSION DER BUNDESREGIERUNG 1988
Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, Bonn.
- FEUERLEI, W. 1979
Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit, Stuttgart.
- FOGS 2002 a
Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung „Qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger in der Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach“, Manuskript, Köln.
- FOGS 2002 b
Modellprojekt: Qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger im Pfalz-klinikum, Klingenmünster, Präsentation in der begleitenden Projektgruppe im April 2002, Manuskript Köln.
- FLEISCHMANN, H., UNGLAUB-WEBER, W. 1991
Stationäre psychotherapeutisch begleitete Entzugsbehandlung Drogenabhängiger - Baustein in der niedrigschwelligen Drogenarbeit?, in: DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (DHS) (Hg.), Drogenpolitik und Drogenhilfe, Freiburg, S. 137-144.
- FLEISCHMANN, H. u.a. 1995
Zur Qualität der Entzugsbehandlung, in: CORDING C., FLEISCHMANN, H., KLEIN, H.E. (Hg.), Qualitätssicherung in der Suchttherapie, a.a.O., S. 54-66.
- GÖRGEN, W., MÖLLER, I., OLIVA, H. 1995
Einschätzungen und Ergebnisse einer qualifizierten Entzugsbehandlung Drogenabhängiger aus Patientensicht, in: Sucht 42 (2), S. 82-91.
- GÖRGEN, W. u.a. 1996
Modellprogramm Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe - qualifizierte Entzugsbehandlung und stationäre Kurzzeittherapie -, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 81, Baden-Baden.
- GÖBLING, H.W. 1995
Qualifizierte Entgiftungsbehandlung zur Vorbereitung auf eine Langzeittherapie: die sogenannte hochschwellige Drogenentzugsstation, in: CORDING C., FLEISCHMANN, H., KLEIN, H.E. (Hg.), Qualitätssicherung in der Suchttherapie a.a.O., S. 95-101.

- HANNÖVER u.a. 2001
Der Fragebogen zur Änderungsbereitschaft bei Alkoholkonsum (RCQ-D), in: Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHRES). Version 1.00 Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- HARTMANN u.a. 1994
Modellprogramm Verstärkung in der Drogenarbeit - „Booster-Programm“ -, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 35, Baden-Baden.
- HEUDTLASS, J.-H. 1990
Thesen zur CLEANOK-Behandlung des warmen Entzuges, in: DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN e.V. (DHS) (Hg.), Abhängigkeit bei Männern und Frauen, Freiburg i.Br., S. 154-156.
- HEUDTLASS, J.-H. 1991
Binnendifferenzierte Ansätze zum Drogenentzug und zur Drogenabstinenz im Drogenhilfesystem, in: akzept e.V. (Hg.), Leben mit Drogen, Berlin, S. 155-157.
- KALKE, J., RASCHKE, P. 1999
Entzugsbehandlungen im Klinikum Nord - Auswertung einer Patientendokumentation, in: KRAUSZ, M., RASCHKE, P. (Hg.), Drogen in Metropolen, Freiburg i. Br.
- KONZEPTION 2001 (a)
Konzeption der qualifizierten Entzugsstation „Haus Martinsberg“ der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, Landeskrankenhaus, Anstalt des öffentlichen Rechts, Stand: April 2001.
- KONZEPTION 2001 (b)
Therapiekonzept für den qualifizierten Entzug Abhängiger von illegalen Drogen, Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Stand: November 2001.
- KNAPP, B. u.a. 1995
Evaluation der qualifizierten Entzugsbehandlung für Drogenabhängige in Baden-Württemberg, in: MANN, K. u. BUCHKREMER, G. (Hg.), Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sucht, Sonderband, S. 119-121.
- KÜFNER, H., FEUERLEIN, W., HUBER, G. 1988
Die stationäre Behandlung Alkoholabhängiger: Ergebnisse der 4-Jahres-Katamnesen, in: Suchtgefahren 32 Jg. Heft 1, S. 157-271.
- KUHLMANN, TH. u.a. 1994
Die qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW, in: Psychiat. Prax. 21, S. 13-18.
- KUHLMANN, TH. 2002
Die zukünftigen Aufgaben für die Behandlung Drogenabhängiger in Psychiatrischen Kliniken/Aktion psychisch Kranke, in: SCHMIDT-ZANDE, R. u. KUNZE, H. (Hg.), Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im gemeindepsychiatrischen Verbund, Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 157-167.

- KUNZE, H., KALTENBACH, L. (Hg.) 1996
Psychiatrie-Personalverordnung, Berlin.
- LEXOW, U. 1995
Stationäre Entzugsbehandlung Drogenabhängiger im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Emmerdingen, ein Versorgungskrankenhaus mit Flächenstruktur, in: CORDING C., FLEISCHMANN, H., KLEIN, H.E. (Hg.), Qualitätssicherung in der Suchttherapie a.a.O., S. 86-94.
- LANGE, W., VELTRUP, C., DRIESSEN, M. 1999
Entgiftung und qualifizierte Entzugsbehandlung: Kurz-, mittel- und langfristige Katamnesen, in Sucht, 45 (4), S. 228-234.
- MANN, K., BUCHKREMER, G. (Hg.) 1995
Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sucht, 4, Sonderband, Geesthacht.
- MANN, K., KNAPP, B. 1997
Drogenentzug, Baden-Württemberg-Studie. Evaluation des niedrigschwelligen und qualifizierten Angebots, Sucht 14, Sozialministerium Baden-Württemberg, Stuttgart.
- MISSEL, P. u.a. 1997
Effektivität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker: Ergebnisse einer klinikübergreifenden 1-Jahres-Katamnese, in: FACHAUSSCHUSS SUCHT (Hg.), Qualitätsstandards, Prozess- und Ergebnisqualität in der Behandlung Suchtkranker, Verhaltensmedizin Heute, Heft 7.
- OLIVA u.a. 2001
Case Management in der Sucht- und Drogenhilfe, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 139, Baden-Baden.
- PIEST B. 1999
Ambulanter Entzug von Opiaten - Eine Praxisstudie mit Katamnese, in: Sucht, 45, S. 263-268.
- PROJEKTGRUPPE RAUSCHMITTELFragen 1991
Forschungsprojekt "Amsel", Abschlussbericht, Bd. 1, Frankfurt/Main.
- RAMLOCH-SOHL, M. 1989
Entzugsbehandlung mit Akupunktur, in: Suchtgefahren, 3, S. 202 - 206.
- RAUTENBERG, M. 1998
Zusammenhänge zwischen Devianzbereitschaft, kriminellem Verhalten und Drogenmissbrauch, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 103, Baden-Baden.
- REYMANN, G. u.a. 2002
AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von substanzbezogenen Störungen, Kapitel 3.2 „Akutbehandlung bei Störungen durch Opioide“, in: Sucht, 48, S. 245-264.

- SAWALIES, D. 1989
Erfahrungen mit dem therapievorbereitenden Entzug in der zentralen Drogenentgiftung für NW., in: LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE, WESTFÄLISCHE KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE LENGERICH (Hg.), "Schmerz lass nach!", Konzepte des Drogenentzugs im internationalen Vergleich, Tagungsbericht, Lengerich, S. 4-7.
- SCHILLER, M. u.a. 2001
Zur heutigen Akutversorgungssituation Drogenabhängiger - Ergebnisse einer Umfrage in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie 1999, in: Suchttherapie, 2, S. 235-236.
- SCHMIDT, M. u.a. 1999
Tagesklinischer Entzug Opiatabhängiger, in: Sucht, 45, S. 195-200.
- SCHWOON, D.R. 1992
Motivation - ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker, in: WIENBERG, G. 1992, WIENBERG, G. (Hg.), Die vergessene Mehrheit - Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen, Bonn.
- SONDERKONFERENZ 1990
Sonderkonferenz der Innen-, Jugend-, Kultus- und Gesundheitsminister. Entschließung: Konzeption der Länder zur Bekämpfung der weiteren Verbreitung von Drogen, Drogensucht und Drogenkriminalität sowie zur Verstärkung der Hilfen für Drogenabhängige, Bonn 30. März 1990.
- SOYKA, M., VÖLKELE, G. 1994
Niedrigschwelliger Drogenentzug mit Clonidin oder Methadon? Deutsches Ärzteblatt, S. 806-807.
- STRAUß, K., WEIDIG W. 1995
Akupunktur im Drogenentzug - ein kurzer Abriß, in: BEHRENDT, K., DEGKWITZ, P., TRÜG, E. (Hg.), Schnittstelle Drogenentzug, a.a.O., S. 122-140.
- TRETTNER, F. u.a. 2001
Katamnese nach antagonistischen-induziertem narkosegestütztem Opiatentzug, Sucht, 47, S. 189-200.
- TRÜG, E. 1992
Evaluationsstudie zum niedrigschwelligen Drogenentzug opiatabhängiger Patienten in Hamburg, Sucht, 38, S. 323-335.
- TRÜG, E. 1995
Drogenpolitische Wandlungen und der neue Stellenwert von Entzugsbehandlung, in: BEHRENDT, K., DEGKWITZ, P., TRÜG, E. (Hg.), Schnittstelle Drogenentzug, a.a.O., S. 12-19.
- UNGLAUB, W. 1994
Niedrigschwelliger Drogenentzug mit Methadon oder Clonidin? Deutsches Ärzteblatt 91, S. 807-808.

VERBAND DER BAYERISCHEN BEZIRKE 1991

Grundsätze zur Weiterentwicklung der stationären Behandlung Drogenabhängiger in einem psychiatrischen Krankenhaus. Fortschreibung des vom Hauptausschuss der bayerischen Bezirke am 16.5.1991 beschlossenen Papiers.

WEBER, E. 1998

Der Turboentzug, in: Binad Info, S. 38-43.

ZINKLER, M. u.a. 1998

Katamnestiche Untersuchung niedrigschwellig entgifteter Opiatabhängiger, Sucht 44, S. 25-33