

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Universitätskrankenhauses Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. Dieter Naber

Untersuchung zur Patientenstruktur einer integrierten Tagesklinik für Suchtkranke

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
dem Fachbereich der Universität Hamburg vorgelegt von

Hans Dlabal
aus Kassel

Hamburg 2001

Angenommen von dem Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am: 24.04.2002

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs
Medizin der Universität Hamburg

Dekan: Prof. Dr. C. Lagener

Referent: Prof. Dr. M. Krausz

Koreferent: Prof. Dr. D. Naber

Inhaltsverzeichnis

1	Relevanz des Themas	5
1.1	Suchtkrankenbehandlung in Deutschland	5
1.2	Aktueller Stand tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung	12
2	Forschungsstand	18
2.1	Einleitung	18
2.2	Internationale Literatur	18
2.2.1	Ergebnisse zur Behandlungsökonomie	18
2.2.2	Behandlungssetting und Therapieinhalte	21
2.2.3	Behandlungsergebnisse bei Alkoholabhängigen	23
2.2.4	Behandlungsergebnisse bei drogenabhängigen und komorbiden Patienten	25
2.2.5	Zusammenfassung der Ergebnisse der internationalen Literatur	26
2.3	Deutsche Literatur	27
2.3.1	Entwicklung der derzeitigen Situation	27
2.3.2	Ergebnisse tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung	31
2.4	Empirische Daten	35
2.4.1	Daten aus Veröffentlichungen zur tagesklinischen Suchtbehandlung	35
2.4.2	Behandlungsdaten aus der Suchttagesklinik „Alstertor“ in Hamburg	39
2.5	Realisierung tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung in Deutschland	41
2.6	Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes	43
3	Problembeschreibung und Fragestellungen der Untersuchung	46
3.1	Problembeschreibung	46
3.2	Fragestellungen	48
3.2.1	Selektionseffekte bei einem tagesklinischen Behandlungsangebot	49
3.2.1.1	Dauer der Abhängigkeitserkrankung	49
3.2.1.2	Schwere der Abhängigkeitserkrankung	50
3.2.1.3	Psychiatrische Komorbidität	50
3.2.1.4	Behandlungsdauer	51
3.2.1.5	Therapiemotivation	51

3.2.2	Vergleich der tagesklinischen Patienten mit Patienten aus stationären Entzugsbehandlungen	51
3.2.2.1	Prognostische Parameter	52
3.2.2.2	Stressverarbeitung	54
3.2.2.3	Suizidalität und psychiatrische Komorbidität	55
3.2.2.4	Akzeptanz und Behandlungszufriedenheit	55
3.2.2.5	Angaben zu Weiterbehandlung	56
4	Rahmenbedingungen der Durchführung der Studie	57
4.1	Beschreibung der „Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen“ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd	57
4.2	Stichprobenrekrutierung	64
5	Methodik	66
5.1	Erhebung	66
5.2	Statistik	68
6	Ergebnisse	70
6.1	Stichprobenbeschreibung	70
6.2	Deskriptive Statistik der Tagesklinikpatienten	74
6.2.1	Dauer der Abhängigkeitserkrankung	74
6.2.1.1	Alter beim ersten Alkoholkonsum	74
6.2.1.2	Alter beim ersten Rausch	74
6.2.1.3	Dauer des vermehrten Alkoholkonsums und der Abhängigkeit	75
6.2.1.4	Abstinenzfähigkeit	76
6.2.1.5	Frühere Behandlungen	78
6.2.2	Schwere der Abhängigkeitserkrankung	80
6.2.2.1	Durchschnittliche tägliche Trinkmenge und Alkoholfolgestörungen	80
6.2.2.2	Somatischer Status	81
6.2.2.3	Nikotin-, Medikamenten- und Drogenprobleme	81
6.2.2.4	Soziale Situation	83
6.2.3	Suizidalität und psychiatrische Komorbidität	88
6.2.3.1	Nicht suchtbedingte psychiatrische Behandlungen	88
6.2.3.2	Suizidalität	88
6.2.3.3	Einschätzung der psychiatrischen Komorbidität durch die behandelnden Ärzte	89
6.2.4	Behandlungsdauer	90
6.2.5	Motivation zur Inanspruchnahme weiterer suchtspezifischer Therapie- und Hilfsangebote	92
6.2.5.1	Motivation zur Kontaktaufnahme mit Suchtberatungsstellen	94
6.2.5.2	Motivation für einen Wechsel in Übergangseinrichtungen	95

6.2.5.3	Motivation für eine Langzeitentwöhnung	95
6.2.5.4	Motivation zur Kurzzeittherapie	97
6.2.5.5	Motivation zum Besuch von Selbsthilfegruppen	97
6.3	Vergleich tagesklinisch behandelter Patienten mit Patienten aus stationären Entzugsbehandlungen	98
6.3.1	Vergleich der Patientengruppen auf Unterschiede in prognostischen Parametern und Folgeschäden	99
6.3.1.1	Trinkmenge	99
6.3.1.2	Index für chronisch mehrfach geschädigte Alkoholabhängige nach Hilge und Schulz	100
6.3.1.3	Prognoseindex nach Schulz	101
6.3.1.4	Sozialindex nach Hoffmann et al.	102
6.3.1.5	Suchtfolgeschäden	103
6.3.1.6	Medikamentenprobleme	105
6.3.2	Vergleich der Patientengruppen auf Unterschiede in Coping-Strategien (SVF)	106
6.3.2.1	Schuldabwehr	106
6.3.2.2	Problemkontrolle	106
6.3.2.3	Emotionskontrolle	108
6.3.3	Vergleich der Patientengruppen auf Suizidalität und psychiatrische Komorbidität	109
6.3.3.1	Suizidalität	109
6.3.3.2	Schwere Depression	111
6.3.3.3	Neurosen / Persönlichkeitsstörungen	112
6.3.3.4	Psychiatrische Vorbehandlung	112
6.3.4	Behandlungserfahrungen (subjektive Einschätzungen)	113
6.3.5	Planungen zur suchtspezifischen Weiterbehandlung	118
6.3.5.1	Teilnahme an Selbsthilfegruppen	118
6.3.5.2	Planung einer Entwöhnungsbehandlung	119
6.3.5.3	Planung einer ambulanten Therapie	120
6.3.5.4	Planung der Aufnahme in ein Übergangswohnheim oder betreutes Wohnen	122
7	Diskussion	123
7.1	Methodik der Untersuchung	123
7.2	Motivation zur tagesklinischen Behandlung	125
7.3	Basisdaten	127
7.3.1	Geschlechterverhältnis	127
7.3.2	Alter	128
7.3.3	Suchtspezifische Merkmale	130
7.3.4	Soziale Merkmale	132
7.4	Prognostische Parameter	133

7.5	Psychische Variablen	136
7.5.1	Coping-Strategien	136
7.5.2	Depression und Suizidalität	137
7.5.3	Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	138
7.6	Behandlungserfahrungen	141
7.7	Planungen zur Weiterbehandlung	148
8	Zusammenfassung	152
9	Literatur	154
10	Anhang	165
10.1	Verzeichnis der Abbildungen	166
10.2	Verzeichnis der Tabellen	167
10.3	Erhebungsinstrumente	169
11	Danksagung	201
12	Lebenslauf	202
	Erklärung	203

1 Relevanz des Themas

1.1 Suchtkrankenbehandlung in Deutschland

Die Suchtkrankenbehandlung in Deutschland hat fachlich in den vergangenen Jahren deutliche Fortschritte erzielt, die internationale Anerkennung finden (Mann, Buchkremer 1995). In vielen psychiatrischen Krankenhäusern werden den ehemals „ungelebten Kindern der Psychiatrie“ (Schwoon, Krausz 1990) inzwischen differenzierte stationäre und ambulante Behandlungen angeboten, die den individuell unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht zu werden versuchen. Auch die Entwöhnungsbehandlungen in Fachkliniken können mit ihren Katamneseergebnissen im internationalen Vergleich gut bestehen (Süß 1995). Die Suchtforschung in Deutschland hat in den letzten Jahren an Intensität und Qualität zugenommen, wovon die zunehmende Zahl von Publikationen und Kongressen zu suchtspezifischen Themen zeugt.

Die Besonderheiten der Struktur der Suchtkrankenversorgung in Deutschland führt zu einer ungleichen Verteilung der Behandlungsfortschritte: Von den ungefähr 3,3 Millionen Abhängigkeitskranken wurden von den Psychiatrischen Krankenhäusern etwa 2,5 % und von den Fachkliniken 0,8 % pro Jahr erreicht (Wienberg 1992). Die überwiegende Mehrzahl der Suchtkranken hat zu dem unspezifischsten Sektor des Hilfesystems, nämlich dem der medizinischen Basisversorgung, Kontakt: 70 % aller abhängigen Patienten werden von niedergelassenen Ärzten behandelt, ungefähr 24 % der Suchtkranken werden in somatischen Krankenhäusern versorgt (Wienberg 1992). Niedergelassene Nervenärzte sind an der ambulanten Behandlung dieses Klientels nur mit etwa 5 % beteiligt (Bochnik, Koch 1990).

Die Auswertung neuerer epidemiologischer Untersuchungen und Schätzungen zur 12-Monats-Prävalenz der Alkoholabhängigkeit läßt Wienberg zu dem Schluß kommen: „Zwei Millionen Menschen müssen demnach als aktuell behandlungsbedürftig im engeren Sinne gelten“ (Wienberg 2001a, S. 18). Aufgrund der gegenüber den Schätzungen von 1992 korrigierten Zahlen zur Gesamtprävalenz und zur Versorgung in den verschiedenen Institutionen errechnete Wienberg höhere, in Tabelle 1 ange-

gebene Intervalle zum Anteil der jeweiligen institutionellen 12-Monats-Prävalenz an der Gesamtprävalenz. An den in 1992 beschriebenen Größenordnungen hat sich aber nichts wesentlich verändert.

<u>Sektor I:</u>	Fachberatungsstellen	6 - 8 %
Traditionelle Suchtkrankenhilfe	Fachkliniken	1,5 - 2 %
<u>Sektor II:</u>	Sozialpsychiatrische Dienste	4,5 - 5,5 %
Psychosoziale / psychiatrische	Psychiatrische Krankenhshr. / Abt.	3,5 - 4,5 %
Basisversorgung	Eingliederungshilfe (Wohnen)	0,5 - 0,7 %
	Wohnungslosenhilfe	3 - 4 %
<u>Sektor III:</u>	Niedergelassene Ärzte	70 - 80 %
Medizinische Primärversorgung	Allgemeinkrankenhäuser	30 -35 %

Tabelle 1: Anteil der institutionellen 1-Jahres-Prävalenz an der Gesamtprävalenz der Alkoholabhängigen (nach Wienberg 2001b)

Stellt man dieser Versorgungsrealität die erheblichen Defizite in der Lehre in Suchtmedizin an deutschen Universitäten gegenüber (Mann, Kapp 1995), so wird evident, daß einem kleinen Prozentsatz der Abhängigen eine adäquate Behandlung zugute kommt, während die Mehrzahl dieser Patienten nur insuffizient versorgt wird.

Die „medizinische“ Suchtkrankenversorgung mit der dazugehörenden Versorgungsforschung hat in Deutschland keine Tradition. Nachdem das Bundessozialgericht erst 1968 Sucht als Krankheit anerkannte, hat sich die Psychiatrie zunächst widerwillig (Schwoon u. Krausz 1990) dieser Patientengruppe angenommen. Für die psychiatrische Behandlung allgemein hat die Psychiatrie-Enquete (Deutscher Bundestag 1974) vier Ziele formuliert, die auch heute unverändert gültig sind:

- gemeindenah
- bedarfsgerecht
- koordiniert
- Gleichstellung von psychisch Kranken mit somatisch Kranken.

Während in der Allgemeinpsychiatrie zumindest bei den drei erstgenannten Zielen seither deutliche Verbesserungen zu registrieren waren, sind im Bereich der Suchtkrankenversorgung wenige Fortschritte erkennbar. Eine Ursache hierfür dürfte die „Sucht-Vereinbarung“ von 1978 sein, die sich durch „unerträgliche Diskontinuitäten in der Behandlung suchtkranker Menschen“ (Schwoon 1996, S. 34) als therapiehinderlich erwiesen hat. Bereits in den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung werden die Grundlagen der Sucht-Vereinbarung von 1978 kritisiert: „Die Aufteilung in Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung entspricht jedoch weder dem Krankheitsverlauf noch den Erfordernissen angemessener Behandlung“ (Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988, S. 512). Daher wurde von der Expertenkommission mittelfristig auch die Überwindung dieser Trennung für unabdingbar gehalten. Entgegen dieser fachlichen Forderung wurde aber in der Nachfolgevereinbarung zwischen den Krankenkassenverbänden und den Rentenversicherern vom Mai 2001 die Aufspaltung in „Entzug“ und „Entwöhnung“ fortgeschrieben (Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ 2001).

Aus der Sucht-Vereinbarung von 1978 wird die vereinfachte Vorstellung abgeleitet, Suchtbehandlung sei somatische Entgiftung mit anschließender Entwöhnung für Patienten, die in einer vorausgegangenen Beratungsphase sich selbst als abhängigkeitskrank definiert haben und auf das Ziel der unbefristeten Abstinenz festgelegt werden könnten. Obwohl Kunze in diesem Zusammenhang von einer „mißbräuchlichen Überinterpretation der Sucht-Vereinbarung '78“ (Kunze 1995, S. 30) spricht, hält sich im Alltag bei Kostenträgern, Arbeitgebern, Angehörigen und auch manchen Suchtkranken selbst hartnäckig die veraltete Vorstellung dieser Therapiekette als Königsweg aus der Sucht. Die Defizite einer auf somatische Entgiftung reduzierten Behandlung, die nach Wienberg (1992) etwa zehnmal häufiger im Allgemeinkrankenhaus als in der Psychiatrie stattfindet, faßt die Expertenkommission in vier Kritikpunkten zusammen: 1. Es findet in Allgemeinkrankenhäusern keine „qualifizierte Entgiftungsbehandlung“ statt. 2. Die Strukturen des Allgemeinkrankenhauses unterstützen bei Angehörigen, Ärzten und dem Patienten ein Verhalten, das die Ursachen der somatischen Symptome verleugnen hilft. 3. Den Patienten wird zu wenig abver-

langt. 4. In psychiatrischen Kliniken mit Aufnahmeverpflichtung und differenziertem Angebot wirken sich die „finanzierungsrechtlichen, schematischen Vorstellungen von Entgiftungsbehandlung außerordentlich hinderlich aus“ (Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988, S. 514). Für die Frage, was unter einer qualifizierten Entgiftungsbehandlung, die heute durch den neuen Terminus der (qualifizierten) Entzugsbehandlung auf das erweiterte Aufgabenspektrum hinweisen soll, zu verstehen ist, konnten inzwischen einheitliche Standards aus der Arbeit der psychiatrischen Kliniken entwickelt werden (Westendarp, Elsner, Fingerhut, Magerkurth, Reymann 2001).

Für die Betrachtung der Suchtkrankenbehandlung von der Seite der Qualitätssicherung empfiehlt sich die Unterscheidung in Strukturqualität, Prozeßqualität und Ergebnisqualität (Cording 1995). Die verschiedenen Aspekte der Prozeß- und der Ergebnisqualität, wie sie durch Therapiestudien, Korrelationen von therapeutischen Interventionen oder Programmen mit Behandlungsergebnissen und Katamnesen abgebildet werden, bezogen sich auf den Bereich der Entwöhnungsbehandlungen und wurden in den letzten Jahren vereinzelt auf Entzugsbehandlungen ausgedehnt. Wesentliches Zielkriterium der Ergebnisqualität waren Abstinenzquoten, die nicht nur von der Effektivität der Behandlung abhängen, sondern mehr noch von den Eigenheiten der untersuchten Stichprobe. Gute Resultate im Bereich der Abstinenz relativieren sich, wenn die Frage einbezogen wird, wie viele und welche Patienten bezogen auf alle Abhängigkeitskranken von dem Therapieangebot erreicht wurden. Zur Beurteilung des Nutzens einer Therapie wäre daher zunächst zu bestimmen, welche verlaufs- und prognoserelevanten Charakteristika die untersuchten Patienten aufweisen und an welcher Stelle der Therapiezielhierarchie (Schwoon 1992) sie derzeit stehen, um dann angemessene individuelle Ziele zu definieren. In diesem Sinne könnte auch für Schwerstabhängige eine gute Ergebnisqualität dokumentiert werden. Die Reduzierung der Ergebnisqualität auf eine möglichst dauerhaften Abstinenz hat dazu geführt, daß es ein Überangebot an Therapien in gut ausgestatteten Einrichtungen und Diensten für Patienten gibt, die von Therapeuten als besonders geeignet angesehen werden (Kunze 1995). Bei dieser Selektion spielt die Motivation eines Patienten eine

dominierende Rolle. Für „unmotivierte“, das heißt wenig Eigeninitiative entwickelnde und damit prognostisch ungünstige Patienten, sowie auch für schwerstabhängige „hoffnungslose“ Fälle, die eine schlechtere Ergebnisqualität erwarten lassen, fehlen adäquate Angebote.

Eine bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller Suchtkranken einer Region muß jedem Suchtkranken dieser Region entsprechend seiner Hilfsbedürftigkeit, Motivationslage und Mitwirkungsfähigkeit in jedem Stadium seiner Erkrankung adäquate Hilfe garantieren (Fleischmann et al. 1995). Damit rückt die Strukturqualität und damit auch der Organisationsgrad des Versorgungsangebotes in den Fokus der Betrachtung. Eine zeitgemäße Suchtkrankenbehandlung muß der Unterschiedlichkeit der Suchtpatienten schon von der Angebotsseite her gerecht werden, um die Inanspruchnahme suchtspezifischer Therapie zu erhöhen. Durch die Charakterisierung von sechs Behandlungskategorien für Suchtkrankenbehandlung beschreibt die Psychiatrie-Personalverordnung (Kunze, Kaltenbach 1994) die unterschiedlichen Behandlungserfordernisse, die in differenzierten Therapiesettings ihren Niederschlag finden sollten. Angesichts der zuvor referierten Zahlen von Wienberg zur Versorgungsepidemiologie in Deutschland ist eine Differenzierung der Angebotsstruktur entscheidend für die Verbesserung der therapeutischen Versorgung Suchtkranker, da die Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen defizitärer ist als die verschiedenen vorgehaltenen Therapiemethoden.

In diesem Zusammenhang ist auch der Begriff der Motivation erweitert zu betrachten: Während zunächst die Motivation eines Patienten Eingangsvoraussetzung zu bestimmten Therapien war (v. a. zu den hochspezialisierten Therapien in der Randzone nach Wienberg (1992)), wurde später erkannt, daß die fehlende Motivation ein krankheitsimmanentes Symptom ist, das der gezielten Behandlung bedarf (Kunze 1995; Stetter, Mann 1997). In der Folge wurde aus der Entgiftungsbehandlung die (qualifizierte) Entzugsbehandlung, die die Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die Förderung von Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation einschließt (Mann, Stetter 1991; Schwoon 1992; Oberlaender 1993; Fleischmann et al. 1995; Kunze 1995; Stetter, Axmann-Krcmar 1996). In Studien zur qualifizierten

Entzugsbehandlung in Lübeck (Lange, Veltrup, Driessen 1999), Tübingen (Mann, Stetter, Günthner, Buchkremer 1995) und Hamburg (Schulz 2000) wurden daher für die Ergebnisqualität nicht nur Abstinenzraten, sondern auch Antrittsraten für die Inanspruchnahme weiterer suchtspezifischer Hilfen definiert und ermittelt. Gerade in diesem Therapiezielparameter zeigten sich die deutlichsten Verbesserungen, wenn Entzugsbehandlungen ohne und mit Motivierungsbehandlung verglichen werden (Stetter, Axmann-Krcmar 1996).

Bei Fokussierung der Strukturqualität und für Fragen nach dem Organisationsgrad des Versorgungsangebotes sowie dem Ausschluß bestimmter Patientengruppen, muß die Motivation der Behandler sowie die Motivation der Leistungs- und Kostenträger als relevante Größe für den Therapieverlauf größere Berücksichtigung finden, als dies in der Diskussion des Motivationsbegriffes bisher erfolgte. Die Motivation der Kostenträger zielt in der derzeitigen Situation auf eine Reduzierung der Dauer der stationären Therapien zur Reduzierung der Kosten. In einer Untersuchung zu den Konsequenzen des Verweildauerrückganges bei stationären Behandlungen in der Psychiatrie „stieg bei den alkoholkranken Patienten mit der durchschnittlichen Reduktion der Verweildauer pro Behandlungsepisode die personenbezogene Behandlungsdauer deutlich an“ (Richter, Eikermann 2000, S.70). Eine Kosten-Nutzen-Analyse einer um drei Wochen erweiterten qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung mit einer konventionellen Entgiftungsbehandlung ergab für die längere Behandlung ein leicht besseres klinisches Ergebnis, aber ein deutlich besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis durch geringere stationäre Folgekosten in den nachfolgenden fünf Jahren (Driessen, Veltrup, Junghanns, Przywara, Dilling 1999). In einer Studie aus den USA wurde der gleiche Zusammenhang zwischen einer längeren stationären Behandlung und einer höheren Rate von nachfolgender ambulanter Weiterbehandlung gefunden (Castaneda et al 1992), was ebenso den weiteren Krankheitsverlauf und Folgekosten beeinflussen dürfte. Trotz dieser Hinweise auf die Ineffektivität der Kosteneindämmung durch Reduzierung der Behandlungsdauer einzelner Behandlungsepisoden halten die Krankenkassen derzeit an dieser Ausgabenpolitik fest.

In diesem Zusammenhang weist Richter (2001) auf ungeklärte verlaufsrelevante, aber auch gleichzeitig ethische Fragen hin, die bislang - auch in anderen Bereichen der Psychiatrie - nicht genügend untersucht wurden: „Entspricht die erhöhte Rate der Wiederaufnahmen tatsächlich einer größeren Häufigkeit von Krankheitsrückfällen? Werden Krankheitsrückfälle möglicherweise sogar durch verminderte Aufenthaltsdauern induziert? Wie wirken sich vermehrte Aufenthalte bzw. Rückfälle auf den Krankheitsverlauf aus (...Kindling-Effekt durch häufige Entgiftungen...)? Welche Auswirkungen haben häufigere Aufenthalte auf Motivation, Compliance und Lebensqualität der Betroffenen?“ (Richter 2001, S. 28). In Nordrhein-Westfalen und Hamburg haben sich Arbeitsgemeinschaften zusammengefunden, die „ausgehend von den Auswirkungen der teilweise drastisch verkürzten Kostenzusagen für die stationäre Alkoholentzugsbehandlung auf die Behandlungsqualität und der potentiellen Ausgrenzung chronifizierungsgefährdeter Patienten“ (Marcea, Kuhlmann 2001, S. 45), mit der Erarbeitung und Veröffentlichung von Qualitätsstandards zur Etablierung von Leitlinien zur „qualifizierten Entzugsbehandlung“ versuchen, diesem Trend entgegen zu wirken (Schwoon 2000; Westendarp, Elsner, Fingerhut, Magerkurth, Reymann 2001; Kuhlmann, Summa-Lehmann, Reymann, Marcea 2001).

Zusammenfassend hält es Kunze zur Vermeidung von Ausgrenzung von Suchtpatienten für notwendig, daß

- „(a) Therapeuten ihre Arbeit bedarfs- statt angebotsorientiert gestalten und prognostisch ungünstige Patienten als therapeutische und konzeptionelle Herausforderung sehen, statt sie auszugrenzen;
- (b) freie Träger in die regionale Versorgungsverpflichtung einbezogen werden, statt daß sie sich die Aufgaben „frei“ (nach eigenem Angebot) wählen;
- (c) Kostenträger die Dienste und Einrichtungen bedarfsgerecht ausstatten, statt daß sie versuchen, mit niedrigen Kosten für minimale Versorgung davonzukommen;

(d) Städte und Kreise versuchen, diese Personen zu integrieren, statt bestrebt zu sein, ihre Öffentlichkeit nicht mit auffälligen, störenden Personen zu belasten.“ (Kunze 1995, S. 37)

In diesem Spannungsfeld zwischen der Reduzierung der Suchtbehandlung auf Entzug und Entwöhnung einerseits und den sozialpsychiatrisch orientierten Forderungen von Kunze zum Aufbau eines differenzierten Behandlungsangebotes sowie den Ergebnissen der bisherigen Evaluation zur qualifizierten Entzugsbehandlung andererseits, ist die Stellung einer Tagesklinik für Suchtkranke zu definieren. Können durch ein tagesklinisches Setting auch Patienten mit ungünstiger Prognose behandelt werden oder ist die Tagesklinik nur ein neuer Baustein für leichter kranke Suchtpatienten, wie vielfach vermutet wird (Hüllinghorst 1996, Wefelmeyer 1999)? Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen können und werden stationär und zunehmend auch ambulant durchgeführt. Gibt es hier noch Bedarf für ein drittes Setting oder kann die Tagesklinik für Suchtkranke durch ein sozialpsychiatrisches Profil die Therapie für die Suchtpatienten verbessern, die mit den klassischen Bausteinen von Entzug und Entwöhnung unzureichend behandelt sind? Kann die integrierte tagesklinische Behandlung kostengünstiger Teil der qualifizierten Entzugsbehandlung sein? Es soll daher im folgenden Abschnitt die Stellung der Tagesklinik im Spektrum der Behandlungsangebote beschrieben werden.

1.2 Aktueller Stand tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung

Erste Tageskliniken in der Psychiatrie wurden in Rußland nach dem Zweiten Weltkrieg erprobt (Peters 1984). Die Weiterentwicklung dieser Behandlungsform und deren Verbreitung in der westlichen Psychiatrie geht nach Schindler (1986) auf Bierer in London und Cameron zurück. Ausgangspunkt war eine Akzentverschiebung des bislang ausschließlichen therapeutischen Interesses von der Akutbehandlung psychotischer Patienten auf die Rehabilitation bei chronischen Verläufen. Die Öffnung der klassischen Anstalten zu kleinen, milieuwirksamen Behandlungseinheiten mit dem therapeutischen Schwergewicht auf Psychotherapie und Ergotherapie wurde als

besonders wichtig für diese neuen Aufgaben erkannt und zunehmend auch in Deutschland in Tageskliniken realisiert (Finzen 1977; Bosch, Veltin 1983; Bock 1985).

Die Vorstellung, daß abhängigkeitskranke Menschen tagesklinisch behandelt werden könnten, ist in Deutschland bis heute neu. Hudolin hat zwar schon 1964 in einer deutschen Publikation aufgrund seiner in Zagreb/Jugoslawien gemachten Erfahrungen auf die Vorteile tagesklinischer Behandlung von Alkoholikern hingewiesen, doch blieb dies ohne Resonanz für die deutsche Versorgungspraxis. Zu dieser Zeit war Alkoholismus in Deutschland nicht als Krankheit anerkannt und die klinische Behandlung dieser Patienten entsprechend unentwickelt.

Zur Frage der tagesklinischen Suchtbehandlung äußert sich die Psychiatrie-Enquete von 1974 folgendermaßen: „Spezielle Tageskliniken für Suchtkranke erübrigen sich. Auf eine tagesklinische Betreuung angewiesene Suchtkranke sind verhältnismäßig selten. Derartige Patienten können in der Regel in allgemeinen psychiatrischen Tageskliniken oder Tagesstätten betreut werden“ (S. 274).

Die psychiatrische Alltagspraxis sieht anders aus: Suchtmittelabhängigkeit gilt bis heute in vielen allgemeinspsychiatrischen Tageskliniken als Kontraindikation für eine Behandlung. Dies fand auch Finzen in seinen eigenen Erfahrungen mit Suchtpatienten in einer allgemeinspsychiatrischen Tagesklinik bestätigt: „Alkoholismus und Drogenabhängigkeit mußten nicht von vornherein zum Ausschluß der Patienten führen. Wir haben es mehrmals versucht: Einmal mit einem Alkoholiker und sind gescheitert. Vier- oder fünfmal mit Drogenabhängigen, ohne ganz eindeutiges, im ganzen aber doch negatives Ergebnis“ (Finzen 1977, S. 121).

Eine Tagung im Psychiatrischen Krankenhaus Marburg im Sommer 1989 zum aktuellen Stand tagesklinischer Behandlung in Hessen ergab das gleiche Resultat: Primäre Suchtmittelabhängigkeit wurde als Kontraindikation für teilstationäre Behandlung benannt (Landeswohlfahrtsverband Hessen 1990). Dies schien für die Referenten so evident zu sein, daß Begründungen hierfür nicht gegeben wurden.

Um Tageskliniken für Suchtkranke zu etablieren, bedarf es neben der Lösung der erheblichen administrativen Probleme vor allem einer veränderten Sicht der Behandler von Abhängigkeitskranken und deren Behandlung. Wie ausgeführt, hat schon 1988 die Expertenkommission der Bundesregierung von den Suchtkranken eine „aktive und verantwortliche Mitarbeit“ gefordert. (Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988, S. 494). Auch die veränderte Bewertung von Rückfällen im Behandlungsverlauf, deren Einbeziehung in den therapeutischen Prozeß (Körkel, Kruse 1993; Lauer, Richter 1995), sowie eine realitätsgerechtere Ausrichtung der einzelnen Therapieschritte an einer angemessenen Therapiezielhierarchie (Schwoon 1992, Kunze 1995), führten zu einer notwendigen Neubewertung des Suchtkranken und seiner Behandlung. Kruse, der als einer der Pioniere tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung in Deutschland gelten kann, beschreibt die Hindernisse und deren Auswirkungen auf die Patienten in der eigenen Erwartungshaltung sehr eindrücklich: „Auch ich konnte mir vor 15 Jahren aus der vollstationären Behandlungsperspektive einer Suchtabteilung eines Landeskrankenhauses überhaupt nicht vorstellen, daß ein alkoholkranker Mensch, wenn man ihm oder ihr vor Abschluß der Therapie Urlaub gibt, jemals nüchtern wieder zurückkehren würde. Wie zu erwarten, gaben sich die Süchtigen auch entsprechende Mühe, unsere Erwartungen nicht unerfüllt zu lassen“ (Kruse 1994, S. 102-103).

Die veränderten Sichtweisen von der psychiatrischen Behandlung allgemein und im besonderen von Suchtpatienten fanden schließlich Eingang in die Psychiatrie-Personalverordnung (Kunze, Kaltenbach 1996). Sie geht von der regionalen Versorgungsverpflichtung aus, wie sie in der Psychiatrie-Enquete gefordert wurde (siehe oben) und die für die Suchtpatienten genauso selbstverständlich realisiert werden muß: „Jede gute Suchtkrankenbehandlung ist gemeindenah, oder sie ist nicht gut“ (Schwoon 1996, S. 31). Darüber hinaus wendet die Psychiatrie-Personalverordnung die Perspektive von der institutionsgeleiteten zur patientenzentrierten Sichtweise, indem sie den Bezug zum realen Lebensfeld des Patienten und die enge Kooperation mit dem übrigen medizinischen Hilfesystem sowie anderen vom Wohnort erreichbaren Hilfeformen in den Vordergrund rückt (Kunze 1995).

In dieser Sichtweise ist evident, daß die allgemeinen Aussagen der Psychiatrie-Personalverordnung zur tagesklinischen Behandlung die gleiche Bedeutung für Suchtpatienten besitzen wie für andere Psychiatriepatienten: „Bei einem Teil der Patienten ist therapeutische Kontinuität über verschiedene Behandlungsbereiche (Krankheitsphasen) hinweg für den Erfolg der Behandlung wichtig. Dies gilt insbesondere für teilstationäre Behandlung, die nicht nur in einer spezialisierten Station, sondern auch ausdrücklich in Verbindung mit jeder Station möglich sein soll.“ (Kunze, Kaltenbach 1996, S. 9) Hier wird die tagesklinische Behandlung nicht als eigenständige, evtl. sogar mit anderen Behandlungsformen konkurrierende Therapie gesehen, sondern sie ist ein an eine bestimmte Krankheitsphase angepaßtes Setting, in dem der Gesamtprozeß weiterläuft. Die inhaltliche Kontinuität und die Kontinuität in den Bezugspersonen ist oberste Leitlinie, weshalb auch explizit auf die Möglichkeit der stationsintegrierten tagesklinischen Behandlung verwiesen wird. Die Psychiatrie-Personalverordnung konkretisiert dies: „Die Verordnung fördert die teilstationäre Behandlung. [...] Deshalb kann neben der teilstationären Behandlung in der Tagesklinik auch in jeder Station integrierte teilstationäre Behandlung stattfinden. Dies fördert die Kontinuität der Behandlung auch beim Wechsel zwischen stationärer und teilstationärer Form. Zum anderen ist so jedes differenzierte stationäre Behandlungsprogramm auch teilstationär nutzbar“ (Kunze, Kaltenbach 1996, S. 12). Angesichts dieser Aussagen ist eine deutliche Diskrepanz zur geringen Verbreitung dieser Behandlungsform in der Allgemeinpsychiatrie festzustellen.

Speziell für Suchtkranke führt die Psychiatrie-Personalverordnung zur tagesklinischen Behandlung aus: „Dies ist eine geeignete Behandlungsphase für Suchtkranke, die so stabil sind, daß sie therapiefreie Zeiten (abends und am Wochenende) ohne Rückfall bewältigen“ (Kunze, Kaltenbach 1996, S. 167). Diese Formulierung spricht dafür, daß die Autoren für die tagesklinische Suchtkrankenbehandlung nur ein geeignetes Klientel vermuten, daß zumindest so weit gefestigt ist, wie es üblicherweise für Entwöhnungsbehandlungen notwendig ist. Diese Aussage kann die tagesklinische Suchtkrankenbehandlung in Konkurrenz zu Entwöhnungsbehandlungen treten lassen. Hierauf wird später noch einzugehen sein.

Die Psychiatrie-Personalverordnung definiert für den Behandlungsbereich S 6 (tagesklinische Behandlung Abhängigkeitskranker) eine Klientel, die auf Alkohol- und Medikamentenabhängige begrenzt ist. Diese Patienten sollten entgiftet und nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig sein. An Behandlungszielen nennt die Psychiatrie-Personalverordnung das Erkennen der Abhängigkeit, die Abstinenz, die Befähigung zur ambulanten Behandlung, außerdem die Integration in Selbsthilfegruppen, Krisenbewältigung und die Vermeidung oder Verkürzung vollstationärer Behandlung. Die gleichen Behandlungsziele finden sich auch, allerdings in anderen Kombinationen, in den Behandlungsbereichen S 1 (Regelbehandlung von Suchtpatienten), S 3 (rehabilitative Behandlung einschließlich der sog. „Entwöhnung“) und S 5 (psychotherapeutische Behandlung). Damit sind der tagesklinischen Behandlung keine eigenen Behandlungsziele zugewiesen. Die Stellung der Tagesklinik innerhalb der noch immer existenten Aufteilung der Suchtbehandlung in Entzug und Entwöhnung bleibt unscharf definiert. Eine sinnvolle Definition wird in diesem Kontext nicht zu finden sein, da die Aufteilung in Entzug und Entwöhnung künstlich und therapiehinderlich ist (Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988).

Die Aufteilung in Entzug und Entwöhnung mit der entsprechenden Aufteilung der Kostenträgerschaft hat dazu geführt, „daß zur Zeit ebenso viele Modelle, Finanzierungswege und Konzepte existieren wie Tageskliniken in Deutschland“ (Esser 1996, S. 21). Dies zeigt erneut, daß im Bereich der Suchtkrankenbehandlung die Realisation von erfolgversprechenden neuen Behandlungskonzepten sich nicht allein nach therapeutischen Gesichtspunkten und Erfordernissen richten kann, sondern daß wesentlicher Verwaltungsvorschriften die therapeutische Versorgungsstruktur bestimmen.

Auch für Suchtpatienten setzt die Psychiatrie-Personalverordnung die therapeutische Kontinuität für den Behandlungserfolg hoch an. „Die Erfahrung zeigt, daß die therapeutische Kontinuität über die Behandlungsabstufungen hinweg für die Compliance und den Therapieerfolg von entscheidender Bedeutung ist“ (Kunze, Kaltenbach 1996, S. 167). Trotz deutlicher Hinweise in der Psychiatrie-Personalverordnung auf

die Möglichkeit der integrierten Tagesklinik ist diese Behandlungsform nur wenig bekannt und realisiert (Wagner 1996).

Nach Schwoon (1996) können Suchttageskliniken unterschiedliche Funktionen erfüllen und damit in Konkurrenz zu etablierten Einrichtungen der Suchtkrankenbehandlung treten. Er unterscheidet drei Typen von Tageskliniken, die entsprechend der bisherigen Aufgabenaufspaltung in „Entzug“, „Entwöhnung“ und „Nachsorge“ eingeteilt werden können. Wenn durch die Einrichtung von Suchttageskliniken keine neuen, vom bisherigen Behandlungsangebot nicht erreichten Patientengruppen rekrutiert werden können, so werden die Tageskliniken logischerweise in direkte Konkurrenz mit etablierten Einrichtungen der Suchtkrankenversorgung treten. Diese Interessenkollision ist nach Schwoon (1996) auch dafür verantwortlich, daß bis 1996 nur 15 Suchttageskliniken mit insgesamt 220 Behandlungsplätzen entstanden sind. In den alten Bundesländern, in denen durch eine andere Struktur des Gesundheitswesens bereits gemeindenähe ambulante und teilstationäre Behandlungsangebote vorhanden waren, mußten diese zugunsten des Neubaus großer Fachkliniken aufgegeben werden (Schwoon 1996).

2 Forschungsstand

2.1 Einleitung

Literatur zu tagesklinischer Behandlung ist rar (Westermann, Zechert 2000; Wefelmeyer 1999). Bei der Übersicht fällt auf, daß die beschriebenen Konzepte sich unterscheiden, da auch die Motivationen der Behandler und der Kostenträger für diese Behandlung verschieden sind. Aus unterschiedlichen Traditionen haben sich unterschiedliche Versorgungssysteme für die Behandlung und Betreuung Abhängigkeitskranker in unterschiedlichen Ländern etabliert. Die subjektiven Behandlungserwartungen und Bereitschaften, die bisher etablierten Wege zu verlassen, differieren von Versorgungssystem zu Versorgungssystem. Resultierend lassen sich Ergebnisse anderer Länder nur bedingt auf die deutsche Situation übertragen. Deshalb soll die nachfolgende Literaturübersicht nach internationaler und deutscher Literatur getrennt betrachtet werden.

2.2 Internationale Literatur

2.2.1 Ergebnisse zur Behandlungsökonomie

Eine der ersten Arbeiten zur tagesklinischen Suchtkrankenbehandlung stammt von Hudolin aus Zagreb (im ehemaligen Jugoslawien) aus dem Jahr 1964. Als ein wesentlicher Vorteil der tagesklinischen gegenüber der vollstationären Behandlung wird in Übereinstimmung mit den referierten Arbeiten aus den USA und Kanada der Kostenfaktor angeführt. Hudolin beschreibt unter Hinweis auf die Weltliteratur zu diesem Thema, daß etwa 10 bis 30 % aller Krankenhausbetten in der stationären Psychiatrie von Suchtkranken in Anspruch genommen werden. Bei diesen Suchtkranken handelt es sich aber nur um eine geringe Subpopulation mit fortgeschrittenem und/oder schwerem Verlauf, leichtere Fälle kämen erst gar nicht zur Behandlung. Deshalb solle ein tagesklinisches Behandlungsangebot einerseits mehr Patienten und nach

Möglichkeit in einem früheren Krankheitsstadium erreichen, andererseits aber kostengünstiger arbeiten als die vollstationären Alternativen. Diese Argumente, die Hudolin 1964 für die Situation in Zagreb beschreibt, haben auch heute in Deutschland unverändert Gültigkeit, wie Wienberg (1992) in seiner Bestandsaufnahme des Versorgungssystems für Alkohol Kranke zeigte.

Zur Überprüfung seiner Hypothesen verglich Hudolin eine Gruppe von Alkoholikern, die durchschnittlich 30 bis 40 Tage vollstationär und anschließend gleichlang tagesklinisch behandelt wurden, mit einer gleich großen Gruppe von Alkoholikern, die ausschließlich teilstationär behandelt wurden. Ohne konkrete Zahlen zu nennen, berichtet er, daß die Patienten tagesklinische Behandlung bevorzugen würden und daß bei der tagesklinischen Behandlung frühe Rückfälle seltener seien (Hudolin 1964).

In den nachfolgend referierten Arbeiten aus Amerika und Kanada wird aufgrund des Kostendrucks im dortigen Gesundheitssystem der Frage der Behandlungskosten in Relation zur Effektivität der Behandlung großes Interesse gewidmet. Auf der einen Seite entstehen in den USA (wie in den anderen Industrienationen) riesige volkswirtschaftliche Verluste durch die Alkoholabhängigkeit, andererseits stiegen die diesbezüglichen Behandlungskosten ohne Steigerung der Effektivität. Bensinger und Pilkington (1983) führen als Begründung für die Suche nach alternativen Behandlungsformen der Alkoholabhängigkeit auf, daß sich zwischen 1975 und 1980 in einem firmeneigenen Behandlungsprogramm die durchschnittliche stationäre Verweildauer pro Patient verdoppelt und die durchschnittlichen Kosten pro Patient verdreifacht haben, während das Behandlungsergebnis unverändert geblieben sei.

Für den Bereich der Allgemeinpsychiatrie ermittelten Penk, Charles und van Hoose (1978) für die tagesklinische Behandlung etwa 55 % der Kosten, die eine vollstationäre Behandlung erfordern würde. Die tagesklinische Behandlung von Alkoholabhängigen in Kanada bezifferten McLachlan und Stein (1982) auf 37 % der Kosten für ein vollstationäres Therapieprogramm. Nach der Nachuntersuchung von 88 % der tagesklinisch und 84 % der stationär behandelten Patienten nach einem Jahr errechneten sie für die „erfolgreich“ tagesklinisch behandelten Patienten Kosten von 35,4 %

gegenüber den vollstationär behandelten. In ihrer Arbeit über Effektivität und Kosten einer vollstationären und tagesklinischen Behandlung von Kokainabhängigen berichten Alterman et al. (1994) von folgenden Kostenunterschieden: Die Behandlungskosten für die tagesklinischen Patienten lagen bei 36 % der Kosten für die vollstationär behandelten Patienten; bei dem Vergleich der Patienten, die das tagesklinische oder das vollstationäre Behandlungsprogramm erfolgreich abgeschlossen hatten, lag der Kostenfaktor bei 61 %; bei dem Vergleich der Patientengruppen, die bei der Nachuntersuchung noch abstinent waren, ergaben sich durchschnittliche Behandlungskosten der tagesklinischen Behandlung von etwa 38 % der Kosten bei vollstationärer Behandlung.

Mit dem kostenbedingten Rückgang vollstationärer Behandlungsprogramme für Alkohol- und Drogenabhängige in den USA (Weisner et al. 2001) werden in neueren Studien tagesklinische mit den traditionellen ambulanten Behandlungsprogrammen verglichen. Dabei sind die Unterschiede in den Behandlungsintensitäten der einzelnen Programme erheblich: Während Coviello et al. (2001) ein Tagesklinikbehandlungsprogramm mit 12 Wochenstunden mit einem ambulanten Behandlungsprogramm mit sechs Wochenstunden für Kokainabhängige vergleichen, hat in der Studie von Weisner et al. (2000) das Tagesklinikprogramm mit insgesamt 104 Behandlungssitzungen in acht Wochen die mehr als vierfache zeitliche Intensität wie das zu vergleichende Ambulanzprogramm für alkoholabhängige Patienten.

Coviello et al. (2001) untersuchten in ihrer Studie 94 Kokainabhängige aus unterer sozialer Schicht und wiesen sie randomisiert dem zwölfwöchigen Tagesklinikprogramm oder dem sechswöchigen Ambulanzprogramm zu. Sie fanden zwischen beiden Gruppen keinen signifikanten Unterschied in bezug auf Abstinenz während der Behandlung, Behandlungsabschluß, Weiterbehandlung oder Variablen des Addiction Severity Index vier und sieben Monate nach Behandlungsende. So bestätigen sie beiden Behandlungsprogrammen gleiche Effektivität bei signifikanter Kostenersparnis des Ambulanzprogramms.

Auch Weisner et al. fand in ihrer Untersuchung keine relevanten Unterschiede zwischen der tagesklinisch und der ambulant behandelten Patientengruppe. Das tagesklinische Behandlungsprogramm wurde in den ersten drei Wochen täglich mit sechs Stunden pro Tag und anschließend in den verbleibenden fünf Wochen mit 1,5 Stunden pro Tag an vier Tagen in der Woche durchgeführt. Die ambulant behandelten Patienten wurden 1,5 Stunden pro Sitzung an drei Tagen in der Woche ebenfalls für acht Wochen behandelt. Die durchschnittlichen Behandlungskosten lagen bei den tagesklinisch behandelten Patienten etwa doppelt so hoch wie bei den ambulant behandelten Patienten (Weisner et al. 2000). Eine differenziertere Betrachtung der Daten brachte aber bei einer Patientengruppe deutliche Kostenvorteile für die tagesklinische Behandlung durch geringere Folgekosten. Die Patienten, die aufgrund ihrer Werte in den Skalen des Addiction Severity Index zum psychiatrischen Status in eine mittelschwere Gruppe eingestuft wurden, profitierten am meisten von der größeren Behandlungsintensität der Tagesklinik mit entsprechend niedriger errechneten Folgekosten (Weisner et al 2001).

2.2.2 Behandlungssetting und Therapieinhalte

Ähnlich wie in Deutschland (Schwoon 1996, Wefelmeyer 1999) gab es auch in Amerika aus dem Blickwinkel der stationären Therapie Vorbehalte gegenüber tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung. Bensinger und Pilkington (1983) stellen dieser Angst die Erfolge vieler Patienten gegenüber, die durch die Hilfe der in Amerika weit verbreiteten Selbsthilfegruppe der Alcoholics Anonymous abstinent wurden - ohne je vollstationär behandelt worden zu sein. Neben den Kostengründen führen Bensinger und Pilkington ein weiteres Argument für die Entwicklung alternativer Behandlungsangebote auf: Viele behandlungsbedürftige Alkoholiker akzeptierten nicht das vollstationäre Behandlungsprogramm über 4 Wochen; außerdem kamen durch das von der Firma geförderte Programm mit Übungs- und Informationssitzungen viele Beschäftigte in früheren Stadien ihrer Alkoholismuserkrankung zur Behandlung. Aus diesen Gründen wurde von Bensinger ein firmeneigenes tagesklinisches Behandlungsange-

bot für Alkoholranke eingeführt. Inzwischen sind im Bereich der legalen Drogen tagesklinische Behandlungsangebote in den USA breit akzeptiert und etabliert (Wagner 1996) und durch den Kosten- und Effektivitätsnachweisdruck des dortigen Gesundheitssystems durch wissenschaftliche Studien weitgehend abgesichert.

In der vorliegenden Literatur aus Amerika und Kanada sind die Zielsetzungen und Therapieangebote ähnlich. Im Gegensatz zu deutschen oder europäischen Untersuchungen wird die Abstinenz nicht als einziges Therapieziel anerkannt, sondern die Erreichung von psychischer, physischer und sozialer Stabilisierung ist dort ein Zielkriterium, wo Abstinenz nicht erreichbar ist. Meist wird der eigentlichen tagesklinischen Behandlung, die je nach Setting zwischen 3 und 8 Wochen dauert, eine etwa einwöchige Entgiftungsbehandlung vorangestellt. Die ambulante Nachsorgephase mit wöchentlichen Treffen mit den Mitarbeitern der Klinik dauert bis zu zwei Jahren. Integrierender Bestandteil der Therapie (häufig über den gesamten Behandlungszeitraum) ist oft eine Disulfiramgabe.

Inhaltlich folgen die Therapien psychoedukativen Konzepten. Es werden Kenntnisse über Abhängigkeit, Co-Abhängigkeit, Selbsthilfegruppen, Auswirkungen auf Körper und sozialen Kontext, Stressmanagement und anderes vermittelt. Psychotherapeutische Strategien basieren meist auf Verhaltenstherapie und beziehen sich auf spezifische Rückfallvermeidungs- und Problemlösetechniken, alkoholassoziierte Verhaltensweisen und interpersonelle Fertigkeiten. Gruppensitzungen werden meist der Vorzug vor Einzelgesprächen gegeben, die Familie wird in wöchentlichen Abendgruppen in die Therapie mit einbezogen. Jede Patientengruppe hat ihre Bezugstherapeuten; ein Behandlungsteam besteht aus Psychiatern, Psychologen, Sozialarbeitern, spezialisierten Pflegekräften, Werktherapeuten und Berufsberatern.

2.2.3 Behandlungsergebnisse bei Alkoholabhängigen

Bezüglich der Behandlungsergebnisse berichten Penk, Charles und van Hoose (1978), die auch Alkoholabhängige in ihrem allgemeinspsychiatrischen Patientengut behandelten, von mild ausgeprägten Vorteilen der tagesklinischen Behandlung aufgrund einer Zunahme von Beschäftigung und sozialen Aktivitäten.

McLachlan und Stein (1982) berichten in ihrer vergleichenden Studie zur Effektivität von tagesklinischer und stationärer Behandlung von signifikanten Verbesserungen bei den Variablen Abstinenz, interpersonelles Verhalten, Depression, Angst, Selbstkonzept, geistige Verfassung und Medikamentencompliance. Alle Patienten mit Behandlungswunsch, die die Eingangskriterien (Diagnose Alkoholabhängigkeit, Alkohol als führende Droge, es wird kein Krankenhausbett wegen physischer Erkrankung oder Entzug benötigt, tägliches Erscheinen ist möglich, Akzeptanz der tagesklinischen oder stationären Behandlung) erfüllten, wurden randomisiert stationärer oder tagesklinischer Behandlung zugewiesen. Besonders interessant und überraschend ist dabei ihre Beobachtung bezüglich der notwendigen vollstationären Behandlungen vor und nach dem tagesklinischen Therapieprogramm: Die Anzahl der Tage stationärer Behandlung pro Jahr verringerte sich um 79 % nach der Tagesklinikbehandlung; bei den ausschließlich stationär behandelten Patienten stieg die vergleichbare Anzahl der Tage vollstationärer Behandlung um 38 %.

In der bereits erwähnten Arbeit von Bensinger und Pilkington (1983) wurden 75 % von 213 Patienten, die im ersten Jahr dieses firmeneigenen tagesklinischen Behandlungsangebotes behandelt worden waren, als gebessert eingestuft.

Bei dem Vergleich von 668 Patienten, die randomisiert einem achtwöchigen ambulanten oder tagesklinischen Behandlungsprogramm zugewiesen wurden, fand Weisner (2000) in beiden Studienarmen acht Monate nach Beginn der Therapie gleiche signifikante Verbesserungen in den Abstinenzraten (56% tagesklinische Gruppe, 52% ambulante Gruppe) und in allen sieben Kategorien des Addiction Severity Index (ASI). Parallel wurden noch 405 Patienten untersucht, die die randomisierte Zuweisung ablehnten und selbst über das Therapiesetting entscheiden wollten. Auch hier

fanden sich in beiden Behandlungsgruppen signifikante Verbesserungen in den ASI-Skalen und in den Abstinenzraten (72% tagesklinische Gruppe, 61% ambulante Gruppe). Im Gegensatz zu den randomisierten Patientengruppen hatten in den nichtrandomisierten Patientengruppen die tagesklinisch behandelten Patienten bessere Behandlungsergebnisse erzielt als die ambulant behandelten Patienten, die in ihren Merkmalen viele Charakteristika aufwiesen, die in der Literatur mit guten Behandlungsergebnissen assoziiert seien. Dagegen fanden sich in der tagesklinischen Gruppe ungünstigere Parameter in bezug auf Alkohol, Drogen, Arbeit und psychiatrische Symptome. Da die nichtrandomisierte Gruppe mit der eigenen Entscheidung für oder gegen ein Therapiesetting den natürlichen Therapieprozeß abbildet, mißt Weisner den Unterschieden in den Ergebnissen zwischen randomisierter und nichtrandomisierter Gruppe eine besondere Bedeutung für die Interpretation von Studienergebnissen zu (Weisner et al. 2001).

Die Differenzierung der Behandlungsergebnisse für Patienten mit unterschiedlichen Schweregraden ihrer psychiatrischen Beeinträchtigung erbrachte weitere Aufschlüsse für die Stellung der tagesklinischen Behandlung. Weisner und Mitarbeiter fanden sowohl in ihrer randomisierten als auch der nichtrandomisierten Gruppe, daß die Patienten mit einer mittleren Schwere in den psychiatrischen Skalen des ASI mit den dominierenden Symptomen Angst und Depression am stärksten von dem tagesklinischen Behandlungssetting und der größeren Behandlungsintensität gegenüber dem ambulanten Setting profitierten. Bei den Untergruppen mit geringerer psychiatrischer Beeinträchtigung fanden sich keine signifikanten Vorteile der Tagesklinik. Die Patienten der Untergruppe mit den höchsten Werten auf den psychiatrischen ASI-Skalen (Gewalt, Suizidalität) profitierten am wenigsten von den Behandlungsprogrammen und benötigen andere psychiatrische Dienste (Weisner et al. 2000; 2001).

2.2.4 Behandlungsergebnisse bei drogenabhängigen und komorbiden Patienten

Zur Frage der Möglichkeiten und Nutzen von tagesklinischen Behandlungen bei Drogenabhängigen liegen drei Veröffentlichungen von Alterman und Mitarbeitern (1992, 1993, 1994) vor. Sie stellten eine Diskrepanz zwischen teilstationärer Behandlungsnachfrage bei Kokainabhängigen und den entsprechenden Behandlungsangeboten fest. Deshalb nahmen sie diese Patientengruppe in ein bestehendes tagesklinisches Behandlungsprogramm für Alkoholabhängige auf. In einer 1992 durchgeführten Untersuchung verglichen sie die zwischen 1987 und 1990 behandelten Patienten. Sie stellten dabei fest, daß die kokainabhängigen Patienten im Vergleich zu den Alkoholabhängigen signifikant jünger waren, einen kürzeren Verlauf ihrer Sucht hatten, mehr rechtliche Probleme aufwiesen, aber weniger körperliche Probleme vorhanden waren. Betrachtet man die Unterschiede zwischen der vollstationären und der tagesklinischen Behandlung von Kokainabhängigen, so ergeben sich nach Alterman et al. (1994) die folgenden signifikanten Ergebnisse: Das stationäre Behandlungssetting wird häufiger regulär beendet als das tagesklinische; andererseits überwiegen bei den Patienten, die an der Nachsorgebehandlung teilnehmen, die Patienten, die die Tagesklinik beendet haben.

Die Untersuchung von Alfs und McClellan (1992) über tagesklinische Behandlung nimmt eine Sonderstellung ein, denn sie bezieht sich auf Patienten mit einer Doppel-diagnose. Unter den 271 erfaßten Tagesklinikpatienten zwischen 1987 und 1989 waren 145 (54 %) Patienten, die an dem speziellen Therapieprogramm teilnahmen. Unter ihnen waren alle Formen von Doppeldiagnosen vertreten. Sie beendeten die Behandlung mit 66 % der Fälle seltener regulär als herkömmliche Tagesklinikpatienten (77 %). 39 % wurden wegen Abwesenheit entlassen; die Rückfallquote während der Behandlung lag bei 33 %. 27 % der Doppeldiagnosepatienten waren abstinent und vollbeschäftigt oder besuchten eine Schule, 34 % waren weiter in Behandlung geblieben und zeigten sich mit geringem Suchtmittelkonsum stabil. Ein Vergleich dieser Zahlen mit entsprechenden Ergebnissen der herkömmlichen Tagesklinikpatienten wird nicht angegeben. Hauptgrund für ein Scheitern der Therapie dieser

schwer zu behandelnden Patientengruppe war die Krankheitsverleugnung. Als wesentlicher Faktor für einen Behandlungserfolg wurde die gewachsene Fähigkeit der Patienten beschrieben, Gruppensituationen zu bewältigen. Dabei überraschte, daß nichtpsychotische Patienten unterstützende Beziehungen zu psychotischen Patienten unterhalten konnten, ebenso gelang dies Alkoholabhängigen gegenüber Drogenabhängigen.

2.2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse der internationalen Literatur

Zusammenfassend wird von allen zuvor referierten Autoren die tagesklinische Suchtbehandlung für eine große Anzahl suchtkranker Patienten als effektive Alternative zu herkömmlicher stationärer Behandlung angesehen. Wagner (1996) hat die aus der vorliegenden Literatur ableitbaren Vorteile tagesklinischer Behandlung zusammengefaßt:

- „(a) Es kommt zu geringeren Störungen des täglichen Lebens, da die Patienten in gewohnter Umgebung bleiben.
- (b) Die Patienten können sich Familienproblemen nicht entziehen und nehmen weiter an sozialen Aktivitäten teil, während sie mit dem `Suchtdruck' fertig werden müssen.
- (c) Patienten werden weniger abhängig von Institutionen und der Übergang von der Intensivbehandlung zur Nachsorge ist weniger mühsam.
- (d) Tagesklinische Behandlung wird leichter akzeptiert, gerade auch in frühen Phasen der Abhängigkeit sowie von Frauen mit Kindern.
- (e) Hospitalisation `triggert' regressive Verhaltensweisen und blockiert die Wiederaufnahme von Verantwortlichkeit gegenüber Familie, Job und sich selbst.

- (f) Bei Tagesklinikbehandlung ist das 'financial survival' eher gesichert. Das bedeutet, daß der Patient unter den besonderen US-amerikanischen Arbeitsmarktbedingungen nicht durch Kündigung des Arbeitsplatzes bedroht ist.
- (g) Tagesklinische Behandlung ist kostengünstiger“ (Wagner 1996, S.17).

2.3 Deutsche Literatur

2.3.1 Entwicklung der derzeitigen Situation

Die deutschen Publikationen zu den Behandlungsmöglichkeiten Suchtkranker in einem tagesklinischen Setting reichen bis 1980 zurück. Münzenberg (1980) hat ausführlich die potentiellen Möglichkeiten der Alkoholikerbehandlung in einem tagesklinischen Setting beschrieben, doch zu dieser Zeit überwog eine zurückhaltende (Finzen 1977) oder ablehnende Position dieser Behandlungsmöglichkeit gegenüber (Bock 1985; Kruse u. Sievers 1987).

Zeitgleich wurden 1979 in Hannover und Bremen tagesklinische Behandlungsmöglichkeiten für Alkoholabhängige etabliert. Bei dem Bremer Modell ist die tagesklinische Behandlung als zweite Behandlungsstufe nach einer 8- bis 12-wöchigen vollstationären Entwöhnungsbehandlung konzipiert (von Loeffelholz-Dressel u. Scheidt-Wunnenberg 1984). Einerseits stellt diese tagesklinische Behandlung die Fortführung der zuvor absolvierten Entwöhnungsbehandlung dar, wenn von Loeffelholz-Dressel und Scheidt-Wunnenberg ausführen: „Das Ziel der tagesklinischen Behandlung unterscheidet sich nicht grundsätzlich von dem der Entwöhnungsstationen, nämlich mittels Information über die Alkoholkrankheit, Psycho- und Soziotherapie den Patienten zu einer stabilen Abstinenz zu verhelfen“ (S. 56). Andererseits war diese Form der Fortführung der Entwöhnungstherapie nicht zu Lasten der Rentenversicherungen möglich, die üblicherweise Kostenträger für Entwöhnungsbehandlungen sind. Die tagesklinische Behandlung wurde zu Lasten der Krankenkassen durchgeführt, was zu einer Patientenselektion nach Vorgaben von Verwaltungsvorschriften führte: „Da

in unserer Tagesklinik aus kassenrechtlichen Gründen (§ 184 RVO) keine reine Suchtbehandlung stattfinden darf, leiden die bei uns behandelten Patienten über ihre Suchtproblematik hinaus noch an vielerlei organischen und psychiatrischen Zusatzkomplikationen“ (von Loeffelholz-Dressel u. Scheidt-Wunnenberg 1984, S. 57). Hierzu ergänzen Kruse und Sievers (1987), daß für Patienten, deren Leistungsträger während der vollstationären Entwöhnungstherapie die Rentenversicherungen waren, eine teilstationäre anschließende Therapie von vornherein aus Kostengründen nicht möglich sei, da die Krankenkassen, gestützt durch entsprechende Rechtssprechung, grundsätzlich diese Behandlungskosten nicht übernehmen würden.

Das tagesklinische Behandlungsmodell in Hannover wurde von vornherein nicht als Ergänzung, sondern als Alternative zur vollstationären Entwöhnungsbehandlung mit entsprechend langen Behandlungszeiten konzipiert (Kruse u. Sievers 1987). Aus den vorliegenden Publikationen gehen deutliche Unterschiede in bezug auf selektierte Patientenpopulationen, Zielsetzungen, therapeutische Schwerpunkte und Vorbedingungen hervor. Während in der Tagesklinik in Bremen die Suchtproblematik neben anderen Erkrankungen im Vordergrund steht und beispielsweise der Besuch von Selbsthilfegruppen als Vorbedingung gestellt wurde, haben in der hannoverschen Tagesklinik die suchtspezifischen Themen einen geringeren Stellenwert gegenüber anderen seelischen Erkrankungen, die der Sucht als zugrundeliegend angesehen werden. Dementsprechend werden dort die meisten Patienten mit der Diagnose „neurotische Fehlentwicklung bei sekundärem Alkoholismus“ versehen und auch der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen wird nur geringer Stellenwert beigemessen (Kruse u. Sievers 1987).

Über die Dauer der Behandlungszeit hinaus lassen sich aus der zitierten Literatur zu den Tageskliniken in Hannover und Bremen keine konkreten Daten gewinnen, die Aussagen darüber machen könnten, für welche Patientengruppen eine tagesklinische Behandlung nützlich und erfolgversprechend oder auch nicht erfolgversprechend sein könnte. Alle Autoren beschreiben die Nützlichkeit tagesklinischer Behandlungsformen, ohne dies genauer zu präzisieren. So kommen von Loeffelholz-Dressel u. Scheidt-Wunnenberg (1984) nach der ausführlichen Schilderung ihrer inhaltlichen

Arbeit in der Tagesklinik in Bremen zu dem Fazit, „daß die tagesklinische Behandlungsform für psychiatrische Patienten mit Suchtproblematik nach abgeschlossener Entwöhnungsbehandlung ein wichtiges therapeutisches und bedarfsgerechtes Angebot ist“ (S. 67) und sie sehen sich durch ihre Erfahrungen in der Vermutung der Notwendigkeit tagesklinischer Behandlungsformen für die angesprochene Patientengruppe bestätigt.

In einer Arbeit aus der ehemaligen DDR wird die Tagesklinik für alkoholabhängige Patienten als Basisbehandlung beschrieben. Während in den meisten Publikationen aus Westdeutschland die Stellung der Tagesklinik für Suchtkranke in Ergänzung oder als Ersatz für die Entwöhnungstherapie gesehen wird, beschreiben Ribbschlaeger und Wahlstab (1988) die Tagesklinik als geeignetes Setting, um in einer frühen Therapiephase die Alkoholkranken zu einem längeren ambulanten therapeutischen Prozeß zu motivieren. In Ostberlin gab es in jedem Stadtbezirk Fachambulanzen, die bei Bestätigung der Diagnose 'Sucht' und dem Fehlen von Kontraindikationen (beispielsweise starkes Entzugssyndrom) sofort mit einer 4wöchigen Basistherapie im tagesklinischen Setting begannen. Folgerichtig beschrieben die Autoren die Funktion dieser Tagesklinik auch als „Anwärm- und Orientierungsphase, aber auch als Trainingsfeld für die reale Konfrontation und Bewährung nach der Entlassung“ (Ribbschlaeger, Wahlstab 1988, S. 107). Den Erfolg dieses therapeutischen Settings sehen die Autoren darin bestätigt, daß nach ihren Angaben etwa 75 % der tagesklinisch behandelten Patienten in ihrer langfristigen Therapie verbleiben.

Kruse hat auf der Tagung zur gemeindepsychiatrischen Suchtkrankenversorgung in Westdeutschland im Mai 1993 in Bonn in seinem Vortrag festgestellt, daß „die tagesklinische Suchtkrankenbehandlung ein leider noch zu selten genutzter Mosaikstein im Rahmen einer regionalisierten Suchtkrankenversorgung“ sei (Kruse 1994, S. 107). Neben den bereits beschriebenen ersten Tageskliniken für Suchtkranke in Bremen und Hannover sind bis 1996 ungefähr 15 neue Tageskliniken für Suchtkranke entstanden, die sich von ihrer Konzeption und von ihrem Behandlungsangebot als einen solchen Mosaikstein einer regionalisierten Suchtkrankenversorgung verstehen (Soyka 1988; Übersicht bei Wagner, Krausz, Schwoon 1996). Wie viele Tageskliniken für

Abhängigkeitskranke mittlerweile existieren, ist nicht bekannt (Westermann, Zechert 2000).

Seit 1966 existiert in Bielefeld eine eigenständige Tagesklinik für Abhängigkeitskranke mit 16 Behandlungsplätzen, die sich als Teilbaustein der regionalen psychiatrischen Pflichtversorgung versteht (Westermann, Zechert 2000). Die Behandlungsdauern werden flexibel den Bedürfnissen des Einzelfalles angepaßt und reichen von wenigen Tagen bis zu mehreren Monaten. In 1997 und 1998 wurden pro Jahr etwa 180 Patienten behandelt, davon durchschnittlich 10% drogenabhängige Patienten. Der Frauenanteil lag mit 30% höher als in der stationären Suchtkrankenbehandlung. Auffallend ist in Bielefeld der hohe Anteil von 71,4% von Patienten mit komorbiden Störungen, wobei Angststörungen und Depressionen dominieren. So sehen die Autoren gerade für diese Patientengruppen eine besondere Indikation für tagesklinische Behandlung (Westermann, Zechert 2000). Katamnestische Ergebnisse liegen nicht vor.

Teilstationäre Suchtkrankenbehandlung im vollstationären Bereich wird von der Psychiatrie-Personalverordnung aus Gründen der therapeutischen Kontinuität zwar empfohlen (Kunze, Kaltenbach 1994), aber nur wenig praktiziert. Erfahrungen mit dieser Behandlungsform wurden bisher nur von Westermann und Wessel (1996) sowie von Dlabal (1996) publiziert.

Als Indikationen für diesen Versorgungsauftrag gelten allgemein die stationären Behandlungsindikationen, wenn eine vollstationäre Therapie für die Erreichung dieser Ziele nicht mehr erforderlich ist und/oder die besonderen Vorteile tagesklinischer Behandlung in das Behandlungskonzept einbezogen werden können. Darüber hinaus ist tagesklinische Behandlung besonders dann indiziert, „wenn ambulante Behandlung qualitativ und quantitativ nicht ausreicht, um bestehende Abhängigkeit zu behandeln und begleitende oder verursachende neurotische, psychosomatische oder depressive Symptome gleichzeitig vorliegen, und wenn eine vollstationäre Behandlung durch Entfernung der PatientInnen aus dem suchtvorsachenden Milieu die erforderliche Bearbeitung der milieubedingten Probleme behindert“ (Westermann,

Wessel 1996, S. 62). Darüber hinaus sehen die Autoren die Indikation für eine tagesklinische Behandlung auch dann gegeben, wenn die Motivation zur Behandlung erst geweckt werden muß.

2.3.2 Ergebnisse tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung

Von den verschiedenen Autoren werden dem unterschiedlichen Durchschnittsalter in den Tageskliniken in Bremen und Hannover keine besondere Bedeutung für den Nutzen und Therapieerfolg beigemessen. Während der hannoversche Altersdurchschnitt bei 38 Jahren lag, waren in Bremen mehr als die Hälfte der Patienten über 50 Jahre alt (Kruse 1994), was auf die oben erwähnten Selektionsfaktoren zurückzuführen sein dürfte.

Demgegenüber wird aber der Behandlungsdauer eine herausragende Stellung zugeschrieben. Kruse und Sievers (1987) zitieren Münzenberg, der in einem unveröffentlichten Manuskript in der hannoverschen Tagesklinik zwei Patientengruppen unterscheidet, nämlich eine therapeutisch nicht sehr erfolgversprechende Gruppe, die weniger als 100 Tage in Therapie bleibt und durchschnittlich nach 26 Tagen bei den Männern und 17 Tagen bei den Frauen die Therapie abbricht, und eine zweite therapeutisch erfolgversprechende Gruppe, die über 100 Tage bleibt und dann bei den Männern eine durchschnittliche Verweildauer von 306 und bei den Frauen von 260 Tagen erzielt. Kruse und Sievers (1987) geben aber keine Hinweise, wie sich die beiden Gruppen unterscheiden.

In der Tagesklinik für Suchtkranke in Bremen wurde die Beobachtung gemacht, daß Patienten, die innerhalb der ersten 3 Wochen die Therapie abbrachen, alkohol- und medikamentenabhängig waren und allein lebten; sie hatten die höchsten Rückfallraten. In der auf ca. 3 Monate angelegten Behandlungsdauer wurden die ersten 3 Wochen als Integrationszeit angesehen; für die Patienten, die diese Zeit in der Behand-

lung überstanden, wurden dauerhafte Abstinenzraten von 50 % berichtet (Kruse 1994), wobei aber der genaue Katamnesezeitraum nicht genannt wurde.

Aufgrund ihrer Katamneseergebnisse, die an 73,6 % aller in den Jahren 1983 und 1984 in die Bremer Tagesklinik aufgenommenen 91 Patienten erhoben werden konnten, können Kruse und Sievers (1987) zumindest als Tendenz berichten, daß in einem Arbeitsverhältnis stehende Frauen offenbar weniger von einer tagesklinischen Behandlung profitieren als Männer, die noch Arbeit haben. Rentner zeigten ein schlechteres Behandlungsergebnis als Frührentner und Frührentnerinnen, die Altersgruppe der über 50jährigen, die allerdings auch häufiger vertreten war, habe besonders profitiert. Die Behandlungsergebnisse wurden nicht ausschließlich an einer Rückfallrate oder Abstinenzdauer gemessen, sondern Kruse und Sievers haben ohne Anspruch auf Wissenschaftlichkeit entsprechend den Nachbefragungsergebnissen die Patienten acht Kategorien zugeordnet, wobei die Kategorie I die „sicher abstinenten“ und die Kategorien II und III die „ziemlich sicher abstinenten“ Patienten umfaßten (S. 177). Die weiteren Kategorien umfaßten Patienten mit sporadischen Rückfällen, mit „stabilen“ Trinkmustern (ohne erneute stationäre Interventionen) sowie rückfälligen Patienten mit erforderlichen stationären Behandlungen.

In der Tagesklinik in Hannover kam es zwischen 1988 und 1992 zu ca. 150 Aufnahmen, davon 25 Wiederaufnahmen. Die Erfahrungen faßt Kruse (1994) folgendermaßen zusammen: „Ohne die Merkmale exakt beschreiben zu können (ganz zu schweigen von Wissenschaftlichkeit), hat man jedoch den Eindruck, daß bei dieser Form der „Entwöhnungstherapie“ eine bestimmte Gruppe von Patientinnen und Patienten davon in besonderer Weise profitieren kann“ (S. 105).

Aufgrund anderer Organisationsstrukturen in der ehemaligen DDR mit Primärversorgung in poliklinischen Praxen und einer nur sehr geringen Kapazität vollstationärer psychiatrischer Alkoholkrankenversorgung einerseits und dem Fehlen von Fachkliniken zur sog. Entwöhnung andererseits, fand die Behandlung Alkoholabhängiger überwiegend ambulant statt. Bei einer katamnestischen Untersuchung an einer ambulant behandelten Gruppe von Alkoholabhängigen fand Kielstein einen „erschreckend

negativen Verlauf der 'Weggebliebenen'“ (1996, S. 42), weshalb er Überlegungen anstellte, wie diese Patienten dauerhafter an die Behandlungseinrichtung gebunden werden können. Hierzu führte er 1978 neben anderen Neuerungen (sofortiger Therapiebeginn ohne Wartezeiten, wöchentliche Gruppentherapie als Nachsorge über ein bis zwei Jahre) eine tagesklinische Intensivbehandlung über 4 bis 5 Wochen in das therapeutische Konzept ein. Verglichen mit den oben beschriebenen tagesklinischen Modellen von Bremen und Hannover, die zur gleichen Zeit eröffnet wurden, hat die Tagesklinik von Kielstein in Magdeburg eine andere Funktion. Waren die ersten Tageskliniken in Westdeutschland als Ergänzung oder Ersatz der klassischen stationären Entwöhnungsbehandlung konzipiert, so hatte die ostdeutsche Tagesklinik eine Funktion, die sich mit den Zielen eines qualifizierten Entzuges am besten beschreiben läßt.

Für eine ambulante/tagesklinische Entgiftung hält Kielstein 60 bis 70% aller Alkohol- und Medikamentenabhängigen für geeignet. Er sieht die Kontraindikationen hierfür im Wesentlichen in einer sozialen Instabilität, schwacher Motivation zur Abstinenz, starken körperlichen oder psychiatrischen Störungen und zu erwartenden Komplikationen im Entzug.

Die Behandlungsergebnisse seiner ambulanten und tagesklinischen Behandlung im Vergleich mit der vor 1978 ausschließlich ambulant behandelten Patientengruppe faßt Kielstein (1996, S. 42) folgendermaßen zusammen: „1. Rückgang der Therapieabbrüche innerhalb von drei Monaten von über 50% auf 24%; 2. Zunahme der längerfristigen Therapieteilnehmer (mehr als 3 Monate) von unter 50% auf 76%; 3. etwa gleichbleibende Besserungsrate der längerfristigen Therapieteilnehmer: 1978 - 65%, 1982 - 67%; 4. Anstieg der Besserungsraten der Therapieabbrecher von 10,8% 1978 auf 39% 1982; 5. globale Besserungsrate bezogen auf alle Patienten, die in die Studie gingen: 1978 31% nach einem Jahr, 1982 58,5% nach 20 Monaten; 6. prozentualer Anstieg der Arbeiter und Hilfsarbeiter in der Gruppe der längerfristigen Gruppenteilnehmer von 32,5% 1978 auf 72,5% 1982.“ Kielstein definiert in der zitierten Arbeit nicht die von ihm verwandten Kriterien, die er für seine Berechnungen der „Besserungsraten“ bzw. der „globalen Besserungsraten“ zugrunde legt.

Die Tagesklinik für Suchtkranke der Psychiatrischen Klinik Bielefeld-Bethel versteht sich als ein das vorhandene stationäre Behandlungsangebot ergänzender Baustein einer regionalisierten Suchtkrankenversorgung. In einer ersten Phase wurde ab 1992 auf einer dortigen Suchtstation ein tagesklinisches Behandlungsangebot installiert. Betrachtet man die Ergebnisse dieser Tagesklinik, so fällt zunächst der hohe Frauenanteil von 54% in der ersten Behandlungsphase 1992 und von nur noch 36% in der zweiten Behandlungsphase 1993 auf. Darüber hinaus gibt es aber keine in der dortigen Basisdokumentation erfaßten relevanten sozialen oder krankheitsverlaufsbezogenen Unterschiede im Klientel zwischen den Suchtstationen und der Tagesklinik; eine besondere Auswahl einer Personengruppe für die tagesklinische Behandlung fand nicht statt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag bei sechs Wochen. Bei einer postalischen Katamnese von allen Tagesklinikpatienten, die in 1992 und 1993 mindestens 4 Tage die Tagesklinik besucht hatten und der Entlassungszeitpunkt mindestens ein Jahr vergangen war, wurden folgende Ergebnisse erhoben: Von den 70 angeschriebenen Patienten sandten 47% den Fragebogen zurück (Rücklauf von Patienten der ersten Behandlungsphase 1992 betrug 70%, von Patienten der zweiten Behandlungsphase 1993 nur 35%), 14 % waren unbekannt verzogen, 39% (= 27 Patienten) gaben keine Antwort. Von den Patienten, die antworteten, waren 58% in den letzten 12 bis 30 Monaten dauerhaft abstinent, 36% gaben einen gelegentlichen Konsum ohne körperliche oder soziale Folgen an, 6% berichteten von dauerhaften Konsum mit entsprechenden gravierenden Folgen. Bezüglich der Weiterbehandlung ist zu erwähnen, daß 40% im Anschluß an die Tagesklinik eine Behandlung in einer Fachklinik anschlossen, 59% besuchten regelmäßig Selbsthilfegruppen. Insgesamt schätzten 80% aller Patienten, die antworteten, ihren Gesundheitszustand als zufriedenstellend oder sehr zufriedenstellend ein (Westermann, Wessel 1996).

Bezüglich tagesklinischer Entwöhnungsbehandlungen liegen Ergebnisse der Tagesklinik der Caritas in München vor. In einer 2-Jahres-Katamnese von 63 alkoholabhängigen Patienten, davon 36 Männer und 27 Frauen, wurde eine Abstinenzrate von 36,5% (27 Patienten) ermittelt. Die Behandlungsdauer betrug im Mittel acht Wochen.

Die Patienten mußten eine feste Wohnung nachweisen, das familiäre Umfeld sollte wenig gestört sein. Ausschlußkriterien waren schwere Persönlichkeitsstörungen, Drogenabhängigkeit, akute Psychosen, akute Suizidalität oder andere schwere psychische Störungen. Die Autoren kommen zu dem Schluß, „daß sich alkoholabhängige Patienten in ein hoch strukturiertes tagesklinisches Programm integrieren lassen und daß die gefundene Abstinenzrate von rund 36% bei den untersuchten Patienten durchaus gut vergleichbar ist mit Behandlungsergebnissen, wie man sie von 'klassischen' stationären Entwöhnungstherapien erwarten kann“ (Soyka et al. 1999, S. 54)

2.4 Empirische Daten

2.4.1 Daten aus Veröffentlichungen zur tagesklinischen Suchtbehandlung

Bei der Darstellung des Forschungsstandes zur tagesklinischen Suchtbehandlung wurden neben einzelnen Daten überwiegend Tendenzen und subjektive Einschätzungen referiert. Betrachtet man sich die Datenlage, so fällt die geringe Vergleichbarkeit der vorliegenden Studien auf. Hierfür sind nicht nur die vom deutschen Suchthilfesystem verschiedenen Strukturen in USA und Kanada verantwortlich, sondern auch die deutschen Studien lassen sich nicht miteinander vergleichen, da die unterschiedlichen tagesklinischen Strukturen, die behandelten Patienten, ihre Auswahl, Rekrutierung, Suchtanamnese, Vorbehandlungen und andere verlaufsrelevante Daten nur unvollständig vorliegen. Zur Evaluierung tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung stellt sich zunächst die Frage, welche Patienten von diesem Setting erreicht und angesprochen werden können. Die für diese Fragestellung relevanten Daten aus der internationalen Literatur sind in Tabelle 2 zusammengestellt.

Hier zeigt sich, daß bei tagesklinischen Behandlungsangeboten für alkoholabhängige Patienten, deren Durchschnittsalter bei etwa 40 Jahren liegt; der Anteil der behandelten Frauen zwischen 10 und 18% schwankt. Lediglich in der neueren Studie von Weisner et al. (2000) liegt der Frauenanteil mit 35% deutlich höher. Die durchschnittliche Arbeitslosenquote von unter 30% und der Anteil von über 50% Verheirateten

kann ein Hinweis sein, daß mit diesem Behandlungssetting überwiegend noch sozial integrierte Patienten erreicht wurden. Auch hier ist in der Studie von Weisner (2000) ein abweichender Trend zu bemerken. Die Arbeitslosenquote liegt hier bei über 50%, der Anteil der verheirateten oder in festen Partnerschaften lebenden Patienten bei 46%. Die Autoren weisen darauf hin, daß in den USA aus Kostengründen inzwischen weitgehend nur noch tagesklinische und ambulante Behandlungsprogramme existieren, womit der Anteil der Patienten mit als ungünstig angesehenen Prognosevariablen in tagesklinischen Programmen zunimmt. Weitere Rückschlüsse aufgrund von Gemeinsamkeiten der vorliegenden Daten lassen sich nicht ableiten.

Auch die deutschen Studien, deren Daten in Tabelle 3 zusammengestellt sind, lassen keine Rückschlüsse auf die oben gestellten Fragen nach der Versorgungsrelevanz tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung zu. Westermann und Wessel (1996) berichten zwar, daß es sich bei ihrer Klientel in der Tagesklinik um den gleichen „Querschnitt von abhängigkeiterkrankten Menschen, die sich im vollstationären Bereich [...] befinden“ (S. 60-61), handele, belegen diesen Eindruck aber nicht mit entsprechenden Daten. Da es sich bei dieser Tagesklinik in Bielefeld um acht Behandlungsplätze auf einer Suchtstation handelte, bleibt die Frage offen, welchen Patienten dieser Suchtstation das Angebot der tagesklinischen Weiterbehandlung unterbreitet wurde. Aus der später installierten separaten Tagesklinik in Bielefeld wird ein Frauenanteil von 30% berichtet. Bezüglich des hohen Anteils von 71,4% komorbider Störungen weisen die Autoren darauf hin, daß tagesklinische Behandlung für komorbide Suchtpatienten besonders geeignet sei (Westermann, Zechert 2000). Schließlich bleiben als Gemeinsamkeiten der meisten Studien die Feststellungen, daß in Tageskliniken deutlich mehr Männer als Frauen mit einem Durchschnittsalter von knapp 40 Jahren behandelt werden.

Autoren	Patienten-Rekrutierung	Anz. unters. Pat	Ø- Alter (J)	M:F (%)	verh. (%)	arbeits- los (%)	ØSchulbe- such (J)	Haupt- Droge	Ø Kon- sum- Dauer (J)	Ø Thera- piedauer	Abbruch- Rate(%)	Abst.rate / Katamnese- dauer
McLachlan, Stein 1982	Behandlungszentrum für Alkoholabhängige	50	44	82:18		27	12	Alkohol	23	3 Wochen		32%
Bensinger, Pilkington 1983	Firmenmitarbeiter	213	38,4	90:10	56,8	0		Alkohol		2 Wochen	3 %	68,5% („stabil“) 18 Monate
Malla, Cooper 1985	Psych. Abt. Allgemeinkrhts	110	39	86:14	55,5	30			18	3 Wochen	45	
Alfis, McClellan 1992	Doppeldiagnosepat., Psychiatr. Abt.	145								6-8 Wochen	34	
Altman, Dobra, McLellan, 1992	Suchttherapiezentrum, Uni-Klinik	60	33,9					Kokain	8	1 Monat	46,7	
		60	42,5					Alkohol	16,2	1 Monat	14,4	
Altman, McLellan 1993	Suchttherapiezentrum, Uni-Klinik	31	34,9	25,8			12,2	Kokain	2,7	1 Monat		
		57	43,2	28,1			12,4	Alkohol	16,1	1 Monat		
Altman et al 1994	Suchttherapiezentrum, Uni-Klinik	56	34	<20				Kokain		1 Monat	46,4	62,5% 6 Monate
Weisner et al. 2000	Suchttherapiezentrum, Uni-Klinik	668 randomis- iert ik - amb	37	66:34	46	55	65% h.schul 18% college	Alkohol		8 Wochen		56% 6 Monate
Weisner et al. 2000	Suchttherapiezentrum, Uni-Klinik	405 nicht randomik - amb	39	66:34	45	55	57% h.schul 27% college	Alkohol		8 Wochen		64% 6 Monate

Tabelle 2: Empirische Daten aus der internationalen Literatur

Autoren	Patienten- Selektion	Anz. unters. Pat	Ø- Alter (J)	M:F (%)	verh./ Partner (%)	berufs- tätig (%)	Haupt- Suchtstoff	Ø Therapie- dauer	Abbruchrate (%)	Abst.rate / Katamnese- dauer
Kruse, Sievers 1987	nach vollstat. Ent- wöhnung (8-12 Wo.)	91	> 50	ca 1:1	47,3	14,3	Alkohol	3 Monate	16,5	41,8% ca. 24 Monate
Kruse 1994	nach Entgiftung	125	38	73:27		46,4				
Kielstein 1996	keine Selektion	188					Alkohol	4-5 Wochen, anschl. amb	11% Verleg. in stat. Therapie	67%(Besserung) 12 Monate
Westermann, Wessel, 1996	nach Entgiftung	78		ca 62:38				ca 6 Wochen		32% > 12 Monate
Soyka et al. 1999	Entwöhnung nach Entgiftung	63	42,9 (± 9,3)	57:43	57	72	Alkohol	8 Wochen		36,5% 24 Monate
Westermann, Zechert, 2000	46% n. stat. Vorbeh. 54% über Ambulanz	182		ca. 70:30			90% Alkohol 10% Drogen	wenige Tage bis mehrere Mona- te		

Tabelle 3: Empirische Daten aus der deutschen Literatur

2.4.2 Behandlungsdaten aus der Suchttagesklinik „Alstertor“ in Hamburg

Im Gegensatz zu der „integriert“ arbeitenden Tagesklinik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd ist die Suchttagesklinik Alstertor des Klinikums Nord in Hamburg eine separat arbeitende Tagesklinik. Sie ist räumlich nicht nur von einer vollstationären Behandlungsstation, sondern arbeitet von der gesamten Klinik und dem Kliniksgelände getrennt in der Innenstadt Hamburgs. Aus der dortigen Basisdokumentation von 1999 liegen Daten von 182 Patienten vor.

Bezüglich der Zugangswege zur tagesklinischen Behandlung erfolgten 80% Zuweisungen über niedergelassene Ärzte, 72% der Patienten wünschten aus eigenem Impuls diese Behandlung und 14% wurden von anderen Krankenhäusern überwiesen (Mehrfachnennungen waren möglich).

Die vom Klinikum Nord übermittelten psychiatrischen Erst- und Zweitdiagnosen für die Patienten der Tagesklinik Alstertor sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengestellt. Da die ICD 10-Diagnosen unvollständig sind („ohne Angabe“ = 74,2% bei den Erstdiagnosen) werden die vorhandenen psychiatrischen ICD 9-Diagnosen aufgelistet.

	Erstdiagnose	Zweitdiagnose
Schizophrenie u.ä.	0%	0,5%
Affektive Störungen	1,6%	0%
Neurose/Persönlichkeitsstö.	1,1%	25,8%
ohne Angabe/sonst.	7,1%	61,5%

Tabelle 4: Psychiatrische Komorbidität: Daten von 182 Patienten der Suchttagesklinik Hamburg

Trotz des Hinweises auf die ICD 9 handelt es sich bei diesen Diagnosen um klinische Diagnosen, die nicht mittels standardisierter Erhebungsinstrumente gewonnen wur-

den, sondern sie spiegeln die therapeutische Einschätzung im Rahmen der routinemäßigen psychiatrischen Alltagsdiagnostik wieder.

Einige soziodemografische Daten aus der Basisdokumentation der Tagesklinik Alstertor sind in Tabelle 5 aufgelistet und vergleichbaren Daten aus dem Jahrbuch Sucht aus ambulanten (EBIS) und stationären (SEDOS) Suchthilfeeinrichtungen (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. 2000) gegenübergestellt.

	TK-Alstertor	EBIS		SEDOS
Geschlechterverteilung: m:w	68,1% : 31,9%	ca. 77% : 23%		76% : 24%
Altersverteilung:		Durchschnittsalter (J)		
• 30 Jahre	8,2%	M: 40; F: 43		M: 41; F: 43
• 31 - 45 Jahre	49,5%			
• 46 - 60 Jahre	39,6%			
• 61 Jahre	2,7%			
Familienstand:		M	F	
• ledig	32,4%	36%	20%	
• verheiratet / fester Partner	30,2%	37%	43%	
• geschieden	25,3%	20%	24%	
• verwitwet	3,3%	2%	7%	
• getrennt lebend		6%	7%	
• sonstiges / keine Angaben	8,8%			
Lebenssituation:				
• mit Partner / Bezugsperson	38,5%	46%	55%	
• allein	50,5%	35%	26%	
• sonstiges / keine Angaben	11,0%	19%	19%	
Stellung im Erwerbsleben:				
• berufstätig	50,5%	58%	61%	
• Hausfrau / -mann	2,7%			
• arbeitslos	35,2%	39%	34%	49%
• Ausbildung / Umschulung	0,5%			
• Rente / Frührente	6,0%			
• sonstiges / keine Angaben	4,9%	3%	5%	

Tabelle 5: Soziodemografische Daten von 182 Patienten der Suchttagesklinik Hamburg im Vergleich mit EBIS- und SEDOS-Daten aus 1999

Aus Hamburg wurde für 1999 eine durchschnittliche tagesklinische Behandlungsdauer von 25 Tagen mitgeteilt. Dabei wurden 5% der Patienten bis zu zehn Tagen, weitere 5% bis zu 21 Tagen und 90% über 21 Tage behandelt.

2.5 Realisierung tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung in Deutschland

Angeichts der Forschungsergebnisse, daß tagesklinische Behandlung für viele Suchtpatienten eine kostengünstige und mit vielen Vorteilen versehene Behandlungsalternative und Behandlungsergänzung darstellt, ist die geringe Verbreitung tagesklinischer Basisversorgung von Suchtpatienten in Deutschland überraschend. Betrachtet man sich die Zusammenstellung der Tageskliniken für Suchtkranke in Deutschland in dem gleichnamigen Buch von Wagner, Krausz und Schwoon (1996), so finden sich bis 1996 für den Bereich der Akutbehandlung nur etwa 160 tagesklinische Behandlungsplätze in 10 Tageskliniken. Bei 17 Plätzen hiervon in der Tagesklinik der Universitätsklinik Bochum spielt nach der Beschreibung das Thema Sucht eine zweitrangige Rolle in der Behandlung. Nur zwei Kliniken (Marburg und Schwerin) bieten in ihren Suchtabteilungen eine integrierte tagesklinische Behandlung an. Darüber hinaus ist dieser Aufstellung zu entnehmen, daß es keine spezifischen tagesklinischen Behandlungsangebote für Drogenabhängige in Deutschland gibt. Da diese Patientengruppe recht heterogen ist und ein differenziertes Behandlungsangebot benötigt, wird von Bonorden-Kleij (1996) auch eine Tagesklinik für Drogenabhängige für wünschenswert gehalten und in theoretischen Vorüberlegungen konzeptionell skizziert.

Unter den gegebenen sozialrechtlichen Voraussetzungen (SGB V, SGB VI, Suchtvereinbarung zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern vom 20.11.1978 und aktualisiert vom 04.05.2001) ist tagesklinische Suchtkrankenbehandlung entweder dem Bereich der Entwöhnung oder der suchttherapeutischen Akutbehandlung zuzuordnen. Hier sind fachliche Erwägungen und sozialrechtliche Bestim-

mungen nicht bruchlos zur Deckung zu bringen, was jederzeit zu Einwänden gegen tagesklinische Suchtkrankenbehandlung führen kann (Wefelmeyer 1999). Für den Bereich der Akutbehandlung von alkohol- und/oder medikamentenabhängigen Patienten sind von verschiedenen Arbeitsgruppen Richtlinien publiziert worden (Schwoon 2000; Kuhlmann et al. 2001; Marcea, Kuhlmann 2001; Westendarp et al. 2001), die die Ergebnisse bisheriger Studien zur „qualifizierten Entzugsbehandlung“ (Mann et al. 1995; Lange et al. 1999; Schulz 2000; Olbrich 2001) aufgreifen. Da dauerhafte Abstinenzraten mit der Inanspruchnahme weiterer über die Entgiftungsbehandlung hinausgehender suchtspezifischer Hilfen ansteigen und damit auch Folgekosten verringern (Driessen et al. 1999;), ist die Motivationsbehandlung hierfür wesentlicher Inhalt der Akutbehandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen (Stetter, Axmann-Krcmar 1996; Schwoon 2000). Diese und weitere in den Richtlinien genannten Behandlungsziele (z. B. Erkennen und Akzeptieren der Abhängigkeit, Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen) werden meist in vollstationären Behandlungsprogrammen zum qualifizierten Entzug verfolgt, sie sind aber prinzipiell settingunabhängig (Marcea, Kuhlmann 2001). Zur Vermeidung von Konflikten mit Kostenträgern haben daher verschiedene selbständige Tageskliniken Behandlungsschwerpunkte (z. B. Motivationsbehandlung in Hamburg, Behandlung von Patienten mit komorbiden Störungen in Bielefeld) mit Krankenkassen vor Ort vereinbart oder direkte Absprachen oder Verträge mit Kostenträgern (z. B. Magdeburg mit Krankenkassen, München mit Rentenversicherungsträger, in Kassel gemischte Finanzierung) geschlossen.

Für die Frage, welche Patienten und welche Behandlungsziele bei der Akutbehandlung von Abhängigkeitskranken zu welchem Zeitpunkt und mit welchem Ergebnis auch tagesklinisch realisiert werden können, liegen in Deutschland zu wenige Erfahrungen vor. „Aufgrund der geringen Anzahl von Behandlungsplätzen kann kaum eine Evaluierung dieser Behandlungsform vorgenommen werden, um zu prüfen, ob etwa Forschungsergebnisse amerikanischer Studien hinsichtlich der Effektivität und Kostenersparnis sich in Deutschland replizieren lassen“ (Wagner 1996, S. 10).

2.6 Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes

Aus der internationalen Literatur (Recherche über DIMDI), die überwiegend aus Amerika und Kanada stammt, lassen sich eine Reihe von Vorteilen einer tagesklinischen Suchtkrankenbehandlung ableiten, die ebenso in der deutschen Literatur beschrieben sind. Neben dem Kostenfaktor, der vor dem Hintergrund der aktuellen Kostenentwicklung im deutschen Gesundheitssystem zunehmende Bedeutung erlangen wird, beziehen sich die meisten Vorteile einer tagesklinischen Suchtbehandlung auf explizit gemeindepsychiatrische Inhalte, indem die Behandlung sich dem alltäglichen Lebensumfeld des Patienten öffnet und dieses in die Behandlung mit einbezieht. So wird berichtet, daß die tagesklinisch behandelten Suchtpatienten in ihrem Alltagsleben weniger gestört werden als bei einer vollstationären Behandlung, was in einigen Untersuchungen dazu führte, daß eine suchtspezifische Behandlung von Frauen (teilweise mit Kindern) und von Patienten in noch frühen Phasen ihrer Suchterkrankung eher akzeptiert und realisiert werden konnte. Das größere Maß an Eigenverantwortung und an Verantwortung gegenüber der Familie während der Behandlung wirkt regressiven Tendenzen entgegen und macht die Patienten weniger abhängig von den Behandlungsinstitutionen. Andererseits wurde übereinstimmend von den meisten Autoren betont, daß bei diesem Therapiesetting die Alltagsprobleme besser in den therapeutischen Prozeß integriert werden können.

Diesen übereinstimmend referierten Vorteilen steht bisher ein geringes Angebot an tagesklinischen Behandlungsangeboten in Deutschland gegenüber. Insbesondere die beiden ersten Tageskliniken für Suchtkranke in Westdeutschland in Bremen und Hannover zeigen die Unterschiede zwischen den deutschen und den amerikanischen Behandlungsgewohnheiten auf: Während in Deutschland die tagesklinische Behandlung nur als Ergänzung oder Ersatz einer mehrmonatigen Entwöhnungsbehandlung zum Einsatz kam, steht in Amerika die Tagesklinik mit Behandlungsdauern von oft nur einem Monat am Anfang der therapeutischen Einflußnahme und wird inzwischen aus Kostengründen zunehmend von ambulanten Behandlungsprogrammen verdrängt. Die Tradition des deutschen Suchtversorgungssystems mit langen vollstationären Behandlungen und wenig Eigenverantwortlichkeit der Patienten für eine kleine,

ausgewählte Patientengruppe läßt sich in die Anfänge der tagesklinischen Behandlung zurückverfolgen.

Aus der vorliegenden Literatur geht hervor, daß bislang kaum tagesklinische Behandlungsangebote für Suchtkranke im Bereich der Basisversorgung existieren, die nach geltender Rechtslage in die Kostenträgerschaft der Krankenkassen fallen. Lediglich aus Bielefeld liegen hierzu zwei Untersuchungen (Westermann, Wessel 1996; Westermann, Zechert 2000) vor, wobei bei ersterer Untersuchung auffallend ist, daß bei getrennter Betrachtung von zwei Behandlungszeiträumen 1992 und 1993 deutliche Unterschiede in Klientel und Ergebnis registriert wurden. Bei der zweiten Untersuchung fällt der hohe Anteil komorbider Patienten auf. Auch dies läßt auf nicht beschriebene Selektionseffekte bei der Rekrutierung der behandelten Patienten schließen.

In Hamburg und in Ravensburg (mündliche Mitteilung von C. Heinle, Zentrum für Psychiatrie Weissenau) werden qualifizierte Alkoholentzugsbehandlungen tagesklinisch durchgeführt; Untersuchungsergebnisse liegen aber noch nicht vor.

Die Behandlungskonzeption von Kielstein (1996) basiert auf Behandlungsstrukturen der ehemaligen DDR und kann deshalb nur bedingt auf westdeutsche Verhältnisse übertragen werden. Seine „tagesklinische Intensivbehandlung“ (S. 42) sieht er als Beginn eines längerfristigen ambulanten Therapiesettings.

Zusammengefaßt läßt der derzeitige Forschungsstand zu tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung kaum verbindliche Schlußfolgerungen zu, da insgesamt ein Mangel an aussagefähigen Daten vorliegt. Im Sinne der unter ökonomischem Druck steigenden Fokussierung von Ergebnisqualität liegen Daten zu Ergebnissen tagesklinischer Behandlung (z. B. Besserung im Trinkverhalten und anderen Variablen, kostengünstigere Therapie, längere Haltequoten u. a.) eher vor, als Daten zur Charakterisierung und damit zur Prognose der behandelten Patienten. So findet sich vor allem ein Mangel an Daten zu Selektionskriterien, zum bisherigen Suchtverlauf, zu therapeuti-

schen Vorerfahrungen, zu prognoserelevanten Variablen, zur sozialen Situation bei Behandlungsbeginn, zu Komorbidität und zur Behandlungszufriedenheit.

3 Problembeschreibung und Fragestellungen der Untersuchung

3.1 Problembeschreibung

Für die Beschreibung und Beurteilung der Qualität der Suchtkrankenbehandlung hat sich das System der Unterscheidung von Strukturqualität, Prozeßqualität und Ergebnisqualität (Donabedian 1974) inzwischen bewährt und etabliert (Fleischmann 1995). Während sich in der Vergangenheit Qualitätsbeschreibung und -sicherung bei Suchtkrankenbehandlungen überwiegend auf Entwöhnungsbehandlungen bezog (Müller-Fahrnow 1993, Rist 1996), sind in den letzten Jahren auch vermehrt Studien zur Qualität von Entzugsbehandlungen veröffentlicht worden (Mann, Buchkremer 1995; Fleischmann, Lenske, Wenig, Unglaub, Cording 1995; Stetter und Axmann-Krcmar 1996; Olbrich 2001; Schwoon et al. 2002). Als Zielgröße wurde in den meisten Studien die Ergebnisqualität fokussiert.

Die in Kapitel 1 beschriebenen Besonderheiten des deutschen Suchtversorgungssystems führen dazu, daß nur ein sehr kleiner Teil aller Alkoholabhängigen von einem suchtspezifischen Behandlungsangebot erreicht wird (Wienberg 1992; Wienberg und Driessen 2001). Dieser Aspekt rückt die Frage nach der Strukturqualität in den Vordergrund. Die bisherigen Ergebnisse der Versorgungsforschung führen zu der Forderung, ein gemeindenahes, differenziertes Versorgungsangebot für Suchtkranke aufzubauen und vorzuhalten (BMJFFG 1988, Kunze 1995, Schwoon 1996).

Während sich bei der stationären Entzugsbehandlung differenzierte Angebote entwickelten und etablierten, wurde tagesklinische Suchtkrankenbehandlung nur sporadisch realisiert (siehe Kapitel 2.5). Dies steht im Widerspruch zu den in der internationalen und deutschen Literatur genannten Vorteilen dieses Behandlungssettings.

Der zunehmende Kostendruck im deutschen Gesundheitswesen führte in den vergangenen Jahren zu Verkürzungen stationärer psychiatrischer Behandlungen mit unterschiedlichen Folgen (Richter 2001). Besonders stark waren hiervon Patienten

mit Abhängigkeitserkrankungen betroffen (Marcea, Kuhlmann 2001). Ein Vergleich der Behandlungen im Jahr 1987 und zehn Jahre später in 1997 zeigte, daß bei den alkoholkranken Patienten mit der durchschnittlichen Reduktion der Verweildauer pro Behandlungsepisode die personenbezogene Behandlungsdauer deutlich anstieg. „Alkoholranke Patienten wurden im Jahr 1997 sowohl häufiger als auch insgesamt länger behandelt als 10 Jahre zuvor“ (Richter, Eikermann 2000, S.70). Die Autoren weisen auf die hierdurch steigenden Behandlungskosten hin und betrachten es als wahrscheinlich, daß sich Krankheitsverläufe dadurch verschlechtern. Hier könnte eine integrierte Tagesklinik eine kostengünstige Verlängerung einzelner Behandlungsepisoden darstellen, bei der nach Abklingen akuter Entzugssymptome und ausreichender physischer und psychischer Stabilität unter therapeutischer Kontinuität die Auseinandersetzung der Patienten mit ihrer Erkrankung und die Förderung der Motivation zur Inanspruchnahme weiterer suchtspezifischer Hilfen stattfinden könnte.

Solche „preisgünstigen“ Behandlungsmodelle bergen die Gefahr in sich, daß nur leichter Erkrankte mit günstiger Prognose hiervon profitieren können. So wirft denn auch Esser, Mitarbeiterin des Bereiches Krankenhausplanung und Psychiatriereferentin der Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, die naheliegende Frage auf: „Wo sind denn die Suchtkranken, die zu krank sind, ambulant behandelt zu werden und gleichzeitig noch so gesund, daß sie abends und am Wochenende allein zu hause sein können“ (Esser 1996, S. 21). Im Anschluß an die Untersuchungen von Wienberg (1992) bestehen aber für die schwer und chronisch erkrankten Patienten mit Alkoholabhängigkeit mit ungünstigem Verlauf die größten Defizite an qualifizierter Behandlung. Daher ist primär die Frage zu klären, welche Patientengruppen von integrierter tagesklinischer Behandlung erreicht werden können.

Aus der Zusammenschau internationaler und deutscher Literatur zur Suchtkrankenbehandlung bestätigen Sonntag und Künzel (2000) die Bedeutung individueller Patientenvariablen für das Behandlungsergebnis. Sie fordern daher mehr Individualität und Flexibilität in der Behandlung, insbesondere auch bezüglich der Behandlungsdauer. Für die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, daß erst nach einer detaillierten Erfassung der in diesem Setting behandelten Patienten individuelle Therapie-

ziele für katamnestische Untersuchungen definiert werden müßten. Insbesondere bei schwerer erkrankten Patienten erscheint das immer wieder verwendete Abstinenzkriterium allein wenig geeignet, um den möglichen Nutzen einer integrierten tagesklinischen Behandlung zu belegen. Da bisher wenig Daten über Patientenvariablen eines Kollektivs einer Suchttagesklinik in der Literatur zu finden sind, soll diese Studie hierauf fokussieren und eine katamnestische Untersuchung unterbleiben, da für angemessene Zielkriterien derzeit noch keine ausreichenden Informationen über Patientenvariablen von Tagesklinikpatienten vorliegen.

3.2 Fragestellungen

In Anbetracht der dargestellten unbefriedigenden Datenlage soll daher eine Stichprobe von integriert tagesklinisch behandelten Patienten erhoben und in bezug auf Suchtverlauf, psychische, somatische und soziale Variablen dargestellt werden. Anhand dieser Ergebnisse ist zu prüfen, ob das Behandlungssetting zu Selektionseffekten bei der Auswahl der behandelten Patienten führt und welche Aufgabenstellung eine integriert arbeitende Tagesklinik für Suchtkranke im Rahmen einer gemeindepsychiatrischen Suchtkrankenversorgung haben kann.

Da oft wiederholte Behandlungsepisoden in dem Prozeß der Überwindung der Abhängigkeit erforderlich sind, spielt die Frage der Behandlungszufriedenheit eine wichtige Rolle und soll daher in dieser Untersuchung ebenfalls erfaßt werden.

Neben der Indikationsstellung für eine bestimmte Behandlungsform nach medizinischen, psychiatrischen oder psychotherapeutischen Kriterien, kommt dem Wunsch des einzelnen Patienten nach einem bevorzugten Behandlungssetting eine wichtige Bedeutung für das Behandlungsergebnis zu (Weisner et al. 2001). Da zudem in dieser Untersuchung die reale Behandlungspraxis unter konkreten Versorgungsanforderungen abgebildet werden soll, werden keine besonderen Kriterien oder Zuweisungen für die Behandlung in der integrierten Tagesklinik vorgegeben. Dies begrenzt die Ergebnisse auf deskriptive Daten.

3.2.1 Selektionseffekte bei einem tagesklinischen Behandlungsangebot

Welche Patienten können von einem integrierten tagesklinischen Behandlungsangebot erreicht werden? Für welche Patienten wird bei bisher fehlenden wissenschaftlichen Vorgaben die Indikation zur tagesklinischen Behandlung gesehen, welche Patientengruppen bleiben möglicherweise durch Selektionseffekte von diesem Behandlungsangebot ausgegrenzt? Krankheitsdauer und -folgeschäden können Hinweise auf die Schwere der Suchterkrankung geben. Zur Überprüfung der Frage, ob die in der Literatur genannten Vorteile tagesklinischer Behandlung nur „leichter“ Erkrankten offen stehen, soll untersucht werden, welches prognostische Profil in Bezug auf Krankheitsdauer und -verlauf, Suchtmittelkonsum, sozialem Status, somatische und soziale Folgeschäden Patienten einer integrierten Tagesklinik aufweisen?

3.2.1.1 Dauer der Abhängigkeitserkrankung

Zur Überprüfung der Frage, ob tagesklinische Suchtkrankenbehandlung in der Regelversorgung zu Patientenselektionen in Bezug auf die Dauer der Suchterkrankung führt, soll eine Erhebung und statistische Deskription der Parameter

- Alter bei Erstkonsum
- Alter beim ersten Rausch
- Dauer vermehrten Alkoholkonsums
- Dauer der Alkoholabhängigkeit
- Abstinenzzeiten
- frühere Behandlungen der Suchterkrankung

erfolgen.

3.2.1.2 *Schwere der Abhängigkeitserkrankung*

Zur Beurteilung der Schwere der Abhängigkeitserkrankung soll eine Erhebung und statistische Deskription von

- Alkoholkonsum
- Alkoholfolgestörungen
- Medikamentenproblemen
- somatischem Status
- sozialer Situation

erfolgen.

3.2.1.3 *Psychiatrische Komorbidität*

Psychiatrische Komorbidität kann Verlauf und Prognose der Suchterkrankung wesentlich beeinflussen. Für manche suchtspezifischen Hilfsangebote stellen weitere, nicht suchtbedingte psychiatrische Erkrankungen einen Ausschlußgrund dar. Zur Überprüfung, ob integrierte tagesklinische Suchtbehandlung ebenfalls zu diesbezüglichen Selektionen führt, soll eine Abschätzung der psychiatrischen Komorbidität erfolgen.

Hierzu werden die Häufigkeiten der Patientenangaben zu nicht suchtbedingten psychiatrischen Behandlungen und zur Suizidalität dargestellt.

Zur Frage der Einschätzung der psychiatrischen Auffälligkeiten (Psychosen, Neurosen, Depressionen, Suizidalität) der Patienten der integrierten Tagesklinik durch die behandelnden Ärzte sollen die Ergebnisse von deren klinischer Einschätzung in der alltäglichen psychiatrischen Routinediagnostik dargestellt werden.

3.2.1.4 Behandlungsdauer

Welche Variationen zeigt die Behandlungsdauer, wenn diese nicht vom Therapieprogramm vorgegeben ist, sondern nach individuellen Gesichtspunkten bestimmt wird? Spiegelt sich eine angenommene Heterogenität der untersuchten Stichprobe, wie sie für Patienten im stationären Entzug typisch ist, auch in unterschiedlicher Behandlungsdauer wieder? Wie lang ist die Behandlungsdauer im Vergleich zu den zeitlichen Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Kategorie S6), im Vergleich zu qualifizierten Entzugsbehandlungen und zu Entwöhnungsbehandlungen?

3.2.1.5 Therapiemotivation

Können Patienten einer integrierten Tagesklinik erfolgreich zur Inanspruchnahme weiterer suchtspezifischer Hilfen motiviert werden? Gibt es hierbei Unterschiede in bezug auf die Dauer der tagesklinischen Behandlung?

Die Ergebnisse der Angaben der Patienten am Ende der tagesklinischen Behandlung zu ihren weiteren Plänen sollen in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer dargestellt werden.

3.2.2 Vergleich der tagesklinischen Patienten mit Patienten aus stationären Entzugsbehandlungen

Zur Überprüfung der Frage nach Selektionseffekten bei tagesklinischer Behandlung soll ein Vergleich zwischen dem Marburger tagesklinisch behandelten Patientenkollektiv mit drei anderen Patientenkollektiven von qualifizierten Entzugsbehandlungen durchgeführt werden. Hierbei handelt es sich um Patienten, die anlässlich einer Entzugsbehandlung in drei verschiedenen Krankenhäusern mit dem gleichen Erhebungsinstrumentarium untersucht wurden:

- Das psychiatrische Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf besitzt eine Aufnahmeverpflichtung für einen Teil der Stadt Hamburg und bietet auf einer hierfür spezialisierten Station qualifizierte Entzugsbehandlung an (**UKE-PS.5**).
- Das Heinrich Sengelmann-Krankenhaus in Bad Oldesloe ist ein psychiatrisches Fachkrankenhaus mit überwiegend ländlichem und nur in geringerem Ausmaß städtischem Einzugsgebiet. Auch hier wird auf einer hierfür spezialisierten Station qualifizierte Entzugsbehandlung angeboten (**HSK-Ausweg**).
- Im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf wird in der Abteilung für Innere Medizin ein spezielles stationsübergreifendes Therapieprogramm für den qualifizierten Alkoholentzug angeboten (**EKA.Int**).

In den drei Vergleichskrankenhäusern wurden alle Patienten berücksichtigt, die in einem definierten Zeitraum von drei Monaten zur qualifizierten Entzugsbehandlung aufgenommen wurden. Da hierdurch eine Selektion, wie sie teilweise in anderen Studien auftritt, vermieden wurde (Höppner 1999, S.29), erschienen die Daten dieser Patienten für die hier geplante Fragestellung besonders geeignet.

3.2.2.1 Prognostische Parameter

Zur Untersuchung der vier Kollektive in bezug auf prognostisch relevante Unterschiede werden neben einzelnen Variablen, wie beispielsweise der Trinkmenge als Maß für bereits eingetretene Toleranzentwicklung und Kontrollverlust, vor allem Indizes zur chronischen Mehrfachschädigung und zum sozialen Status einem statistischen Vergleich unterzogen.

Nach Hilge und Schulz (1999) sind chronisch mehrfach geschädigte Alkoholabhängige (CMA) eine „therapeutische Restkategorie“ (S. 56), die keinen Zugang zu spezialisierten Behandlungsangeboten der Suchtberatungsstellen und Fachkliniken finden. Für eine operationale Definition von CMA entwickelten sie ein Meßinstrument, das Merkmale für Chronifizierung und für Mehrfachschädigung im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich erfaßt (Hilge und Schulz 1999).

Für einen Vergleich von Patientengruppen aus drei verschiedenen Kliniken stellte Schulz (2000) einen Prognoseindex aus 12 Punkten zusammen. Zur Erfassung des Rückfallrisikos entnahm sie der diesbezüglichen Literatur die häufigsten soziodemografischen und krankheitsbezogenen Variablen, die mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf korrelieren und stellte sie zu nachfolgendem Index zusammen:

1. mindestens ein Elternteil abhängig
2. mehr als zwei Angehörige suchtkrank
3. Beginn der Abhängigkeit vor dem 25. Lebensjahr
4. mehr als drei Folgekrankheiten
5. mehr als zehn Jahre abhängig
6. mehr als fünf Entgiftungen oder zwei Entwöhnungen
7. zusätzlich Medikamenten- oder Drogenprobleme
8. manchmal oder oft Suizidgedanken
9. psychiatrische Komorbidität
10. Haftstrafe (verbüßt oder auf Bewährung)
11. über ein Jahr arbeitslos
12. ohne eigene Wohnung

Bei der katamnestischen Überprüfung nach drei Monaten zeigte sich bei 9 Einzelmerkmalen ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit dem Rückfallkriterium „Alkoholkonsum an mehr als einem Tag“. Lediglich die Parameter „ohne eigene Wohnung“, „über ein Jahr arbeitslos“ und „Haftstrafe“ wiesen keinen Zusammenhang auf (Schulz 2000).

In einer Studie zur Korrelation von Persönlichkeit, sozialer Integration und Therapieerfolg bildeten Hoffmann et al. (1991) aus neun Variablen zu den Bereichen Beruf,

Familie, Finanzen und Wohnen einen Sozialindex, der mit dem Therapieerfolg entwöhnungsbehandelter Alkoholabhängiger stärker korrelierte als Persönlichkeitsvariablen, die mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) gewonnen wurden.

Die vier Kollektive sollen verglichen werden in bezug auf

- Trinkmenge
- CMA-Index nach Hilge und Schulz
- Prognose-Index nach Schulz
- Sozialindex nach Hoffmann et al.
- Folgekrankheiten, die stationärer Behandlung bedurften
- Summe aller Folgekrankheiten
- Medikamentenprobleme.

3.2.2.2 *Stressverarbeitung*

Unter Stress versteht man einen psychischen und somatischen Zustand auf einem erhöhten Erregungsniveau, der aus erlebten bzw. körperlich spürbaren Schädigungen und Gefährdungen des Wohlergehens und der Integrität des Organismus bzw. der betroffenen Persönlichkeit resultiert (Drever, Fröhlich 1974). Unter Stressverarbeitungsweisen werden diejenigen bewußten oder unbewußten psychischen Vorgänge verstanden, die zur Normalisierung des erhöhten Erregungsniveaus in Gang gesetzt werden (Janke et al. 1985). Da auch Suchtmittel oft zur Reduktion von Stress eingesetzt werden, soll mittels des Fragebogens zur Stressverarbeitung „SVF“ (Janke et al. 1985) untersucht werden, ob die tagesklinisch behandelten Patienten sich in ihren Copingstrategien von Patienten, die eine stationäre Entzugsbehandlung absolvierten, unterscheiden.

Bei dem SVF lassen sich aufgrund faktorenanalytischer Untersuchungen drei klar zu kennzeichnende Bereiche abgrenzen, die den größten Beitrag zur Aufklärung der gemeinsamen Varianz leisten (Janke et al. 1985). Aus diesen Bereichen wurden die

Subtests ausgewählt, die für alkoholabhängige Patienten die größte Varianz erwarten lassen (siehe Kapitel 5.1):

- Emotionskontrolle mit den Subtests 12 (Fluchttendenz), 15 (Resignation) und 16 (Selbstbemitleidung),
- Problemkontrolle mit den Subtests 7 (Situationskontrollversuche), 8 (Reaktionskontrollversuche) und 9 (positive Selbstinstruktion),
- Schuldabwehr mit dem Subtest 3 (Schuldabwehr).

3.2.2.3 Suizidalität und psychiatrische Komorbidität

Da die behandlungs- und prognoserelevante Heterogenität von alkoholabhängigen Patienten wesentlich von der psychiatrischen Komorbidität abhängt, die sich selbst auch wieder in erhöhter Suizidalität äußern kann, soll ein diesbezüglicher Vergleich der tagesklinisch behandelten Patienten mit den Kollektiven aus qualifizierten Entzugsbehandlungen erfolgen. Hierzu sollen die Angaben der Patienten zur Suizidalität, zu erfolgten Suizidversuchen und zu psychiatrischen Vorbehandlungen, die nicht suchtbedingt waren, verglichen werden. Zusätzlich werden die Einschätzungen der behandelnden Ärzte zu dem früheren oder aktuellen Vorliegen von affektiven oder schizophrenen Psychosen, Neurosen, schweren Depressionen und Suizidalität untersucht und verglichen.

3.2.2.4 Akzeptanz und Behandlungszufriedenheit

Unterscheiden sich Akzeptanz und Bewertung der Behandlung bei tagesklinischen Patienten und „Entgiftungspatienten“? Zur Beantwortung dieser Frage soll ein Vergleich der in Skalen zusammengefaßten Items des EBE-Fragebogens (siehe Kapitel 5.1) durchgeführt werden.

Die 29 Items zur Behandlungserfahrung des EBE-Fragebogens wurden zu folgenden Skalen zusammengefaßt:

- Gewonnene Krankheitseinsicht
- Erhaltene Information über Suchterkrankungen
- Einfluß durch Mitpatienten
- Bewertung des Verhaltens des Stationspersonals
- Bewertung des Behandlungsprogramms
- Ausstattung der Station
- Allgemeine Bewertung.

Neben diesen Bereichen wird der Gesamtmittelwert aus allen Items einem Vergleich der vier Behandlungsgruppen unterzogen.

3.2.2.5 Angaben zu Weiterbehandlung

Bei einer angenommenen Heterogenität der tagesklinisch behandelten Patienten und bei der Intention, auch Schwerstabhängige mit ungünstigem Verlauf in dieses Setting einzubeziehen, erscheint die Suchtmittelabstinenz als Meßgröße für ein Behandlungsergebnis ungeeignet. Für die Definition angemessener individueller Ziele müssen zunächst Ausgangspopulation und Behandlungsdauer bekannt sein, was für tagesklinische Patienten erst mit dieser Untersuchung geschehen soll. Daher war eine katamnestische Nachuntersuchung zunächst nicht vorgesehen. Die Angaben der Patienten zu ihren Plänen bezüglich einer suchtspezifischen Weiterbehandlung sind von ihrem Aussagewert natürlich nicht mit Katamneseergebnissen vergleichbar. Es ist aber zu erwarten, daß Unterschiede in den zu vergleichenden Kollektiven, auf den diese Untersuchung fokussiert, in sich schon den Angaben der Patienten zu geplanten suchtspezifischen Weiterbehandlungen zeigen.

4 Rahmenbedingungen der Durchführung der Studie

4.1 Beschreibung der „Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen“ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd ist ein psychiatrisches Krankenhaus in Trägerschaft des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen mit Versorgungsverpflichtung für zwei Drittel der Stadt Marburg und zwei Landkreise. Die Stadt Marburg und der Landkreis Marburg-Biedenkopf haben etwa 180.000 Einwohner, der Landkreis Hersfeld-Rotenburg hat etwa 140.000 Einwohner, also ein Gesamtinzugsgebiet von 320.000 Einwohnern. Für ein Drittel des Versorgungsgebietes ist seit 1995 die Psychiatrische Klinik der Philippsuniversität Marburg zuständig; da diese Klinik erst seit kurzer Zeit Pflichtversorgung leisten muß und zuvor und auch heute Suchtkrankenbehandlung kein Schwerpunkt war und ist, gibt es dort keine spezialisierten Behandlungsstationen und keine gewachsene Zusammenarbeit mit den komplementären Einrichtungen der (überwiegend nichtmedizinischen) Suchtkrankenhilfe. Deshalb kommt ein großer Teil der Suchtkranken aus dem Pflichtversorgungsgebiet der Psychiatrischen Universitätsklinik in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd. Aber auch aus benachbarten Landkreisen mit Zuständigkeiten anderer psychiatrischer Krankenhäuser mit Pflichtversorgung und spezialisierten Angeboten für Suchtkranke kommen Patienten nach Marburg zur Behandlung. Im Jahr 2000 waren nach Angaben der Krankenhausverwaltung von allen Aufnahmen im Suchtbereich der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd 52,4% aus dem Pflichtversorgungsgebiet und 47,6% von außerhalb.

Es liegen keine Zahlen über die Suchtkranken vor, die in somatischen Krankenhäusern oder Abteilungen in Marburg oder den angrenzenden Landkreisen behandelt werden. Es gibt viele Hinweise (persönliche Kontakte anlässlich von Konsiliaruntersuchungen, Mitteilungen von Suchtberatungsstellen und Sozialdiensten der somatischen Kliniken und Abteilungen, Mitteilungen von Patienten, die in der Vergangenheit Entzugsbehandlungen in somatischen Kliniken absolvierten) für eine große Zahl von

Suchtbehandlungen in somatischen Kliniken; es ist aber unbekannt, ob die Situation in Marburg mit den von Wienberg (2001b) hochgerechneten Zahlen übereinstimmt.

Aus einer Entzugsstation, auf der es schon (vereinzelt) seit etwa 1985 integrierte tagesklinische Behandlungen gab, wurde 1991 eine eigene Abteilung mit zwei Stationen und integrierter tagesklinischer Behandlung, ergänzt durch ambulante Behandlungsangebote. Anfangs war die Aufgabenstellung der beiden Stationen in Akutbehandlung (= qualifizierte Entzugsbehandlung) und in Weiterbehandlung von Patienten mit zusätzlichen psychiatrischen Störungen (meist neurotische / Persönlichkeitsstörungen, Encephalopathien unterschiedlichen Ausmaßes) aufgeteilt. Patienten mit Abhängigkeiten von legalen und illegalen Suchtstoffen wurden parallel auf beiden Stationen und tagesklinisch behandelt.

Kürzere Behandlungszeiten, die Steigerungen der Aufnahmezahlen von Suchtpatienten und vor allem eine verstärkte Nachfrage nach stationären Behandlungskapazitäten für Drogenabhängige zwangen 1997/98 zu einer Umorganisation der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, um bei veränderten Rahmenbedingungen den Versorgungsauftrag weiterhin möglichst optimal verwirklichen zu können. Die Abteilung gliedert sich inzwischen in eine offene Behandlungsstation für Abhängige von illegalen Drogen (auf dieser Station sind zukünftig ebenfalls integrierte tagesklinische Behandlungen möglich) und in eine offene Behandlungsstation für Abhängige von Alkohol und/oder Medikamenten, auf der die bereits etablierte integrierte tagesklinische Behandlung stattfindet. Ergänzt wird dieses Angebot von einer Suchtambulanz.

Der Begriff „integriert“ bedeutet hier nicht nur die Integration der tagesklinischen Behandlung in eine Behandlungsstation, sondern die Integration in ein settingübergreifendes Gesamtbehandlungskonzept wurde bei der neuen Gliederung der Abteilung beibehalten. So können diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei personeller Konstanz über die verschiedenen Settings fortgeführt werden, falls dies erforderlich ist (Abbildung 1).

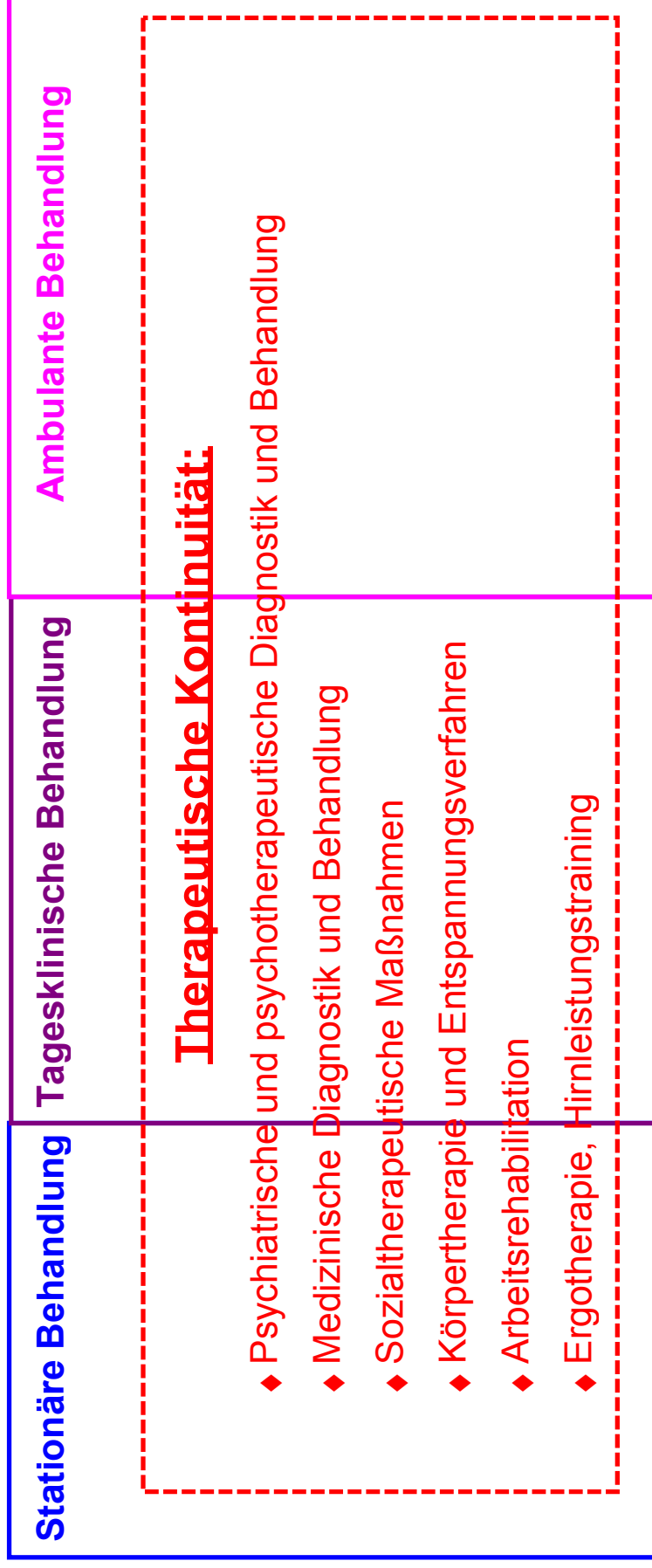


Abbildung 1: Therapeutische Kontinuität über verschiedene Behandlungssettings

Die Konzeption der integrierten tagesklinischen Behandlung geht auf psychoanalytische Überlegungen zur Psychotherapie von Psychosen zurück und zielt auf eine Objektkonstanz, die über die Behandlung akuter Krisensituationen hinausreicht (Linemann und Rohlf 1990; Landeswohlfahrtsverband Hessen 1990). Die Bedeutung dieser Objektkonstanz auch für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen ergibt sich aus den häufigen Brüchen im Kontakt bei einem Wechsel der betreuenden Institutionen (Schwoon et al. 1989). Dementsprechend wird der therapeutischen Kontinuität bei Suchtpatienten von der Psychiatrie-Personalverordnung (Kunze, Kaltenbach 1996) sowie bei Fokussierung der Qualitätssicherung (Kunze 1995) ein hoher Stellenwert zugewiesen.

Eine weitere theoretische Grundposition der Arbeit mit Abhängigkeitskranken in der Klinik Marburg-Süd liegt in der Bedeutung des Therapeutenstils als Wirkvariable. Die Achtung und Akzeptanz des Patienten durch alle Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen, unabhängig vom psychischen und körperlichen Zustand bei Aufnahme in das Krankenhaus, sowie therapeutische Interventionen entsprechend der „motivierenden Gesprächsführung“ (Miller und Rollnick 1999) bilden die Basis für Veränderungsmotivation. Das Verständnis des Prozesses der Veränderung und die hierfür zweckmäßig erscheinenden Interventionen orientieren sich an dem Stadienmodell von Prochaska und DiClemente (1982). Eine gründliche psychiatrische, medizinische und soziale Diagnostik soll zu einer aktuellen Standortbestimmung für den Patienten führen, von der aus die nächsten Behandlungsziele entsprechend der Therapiezielhierarchie nach Schwoon (1992) fokussiert werden können.

Die therapeutischen Angebote der verschiedenen Berufsgruppen (siehe Abbildung 1) sind mit pflegerischen Aktivitäten zur Tagesstrukturierung im Sinne von Milieuthherapie in einem Wochenplan zusammengefaßt. Entsprechend dem psychischen und körperlichen Zustand des Patienten, seiner Motivationslage und seiner aktuellen Positionierung in der Therapiezielhierarchie wird aus den verbalen und nonverbalen Therapieangeboten ein individueller Plan zusammengestellt, der im Verlauf der Behandlung überprüft und angepasst wird. Für die praktische Arbeit hat sich dabei die

Orientierung an dem differenzierten Aufgabenkatalog der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für die qualifizierte Entzugsbehandlung (Schwoon 2000) bewährt.

Die Entwicklung der Aufnahmezahlen und der Behandlungsdauer geht aus den nachfolgenden Abbildungen hervor (Daten der Verwaltung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd).

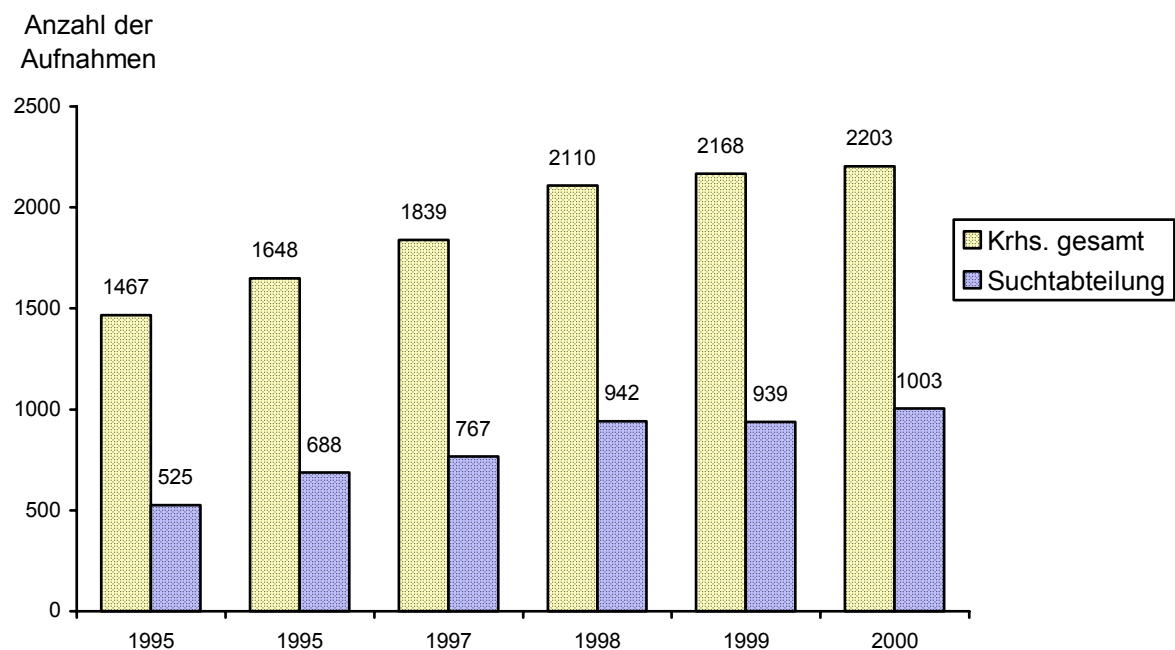


Abbildung 2: Stationäre Aufnahmen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd in den Jahren 1995 bis 2000

Im Bereich der vollstationären Behandlungen zeigte sich von 1995 bis 2000 eine ständige Steigerung der Aufnahmezahlen im gesamten Krankenhaus. Während die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen in 1995 mit einem Anteil von 36% an den Aufnahmen des gesamten Krankenhauses beteiligt war, steigerte sich dieser Anteil auf 46% in 2000.

Bei den tagesklinischen Behandlungen (Abbildung 3) kam es bis 1996 zunächst zu einer Steigerung der Aufnahmezahlen, ab 1997 gingen die tagesklinischen Aufnahmezahlen wieder zurück, insbesondere in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen.

Während 1996 noch 140 tagesklinische Aufnahmen (= 41% aller tagesklinischen Aufnahmen im gesamten Krankenhaus) in dieser Abteilung erfolgten, waren es 2000 nur noch 84 Aufnahmen (= 30% aller tagesklinischen Aufnahmen im gesamten Krankenhaus). Die Zahlen tagesklinischer Behandlungen bis 1996 belegen Bedarf und Akzeptanz dieser Behandlungsform bei Suchtkranken. Der Druck der Kostenträger führte zu einem Rückgang tagesklinischer Suchtbehandlungen, nicht aber zu einem Rückgang der Nachfrage.

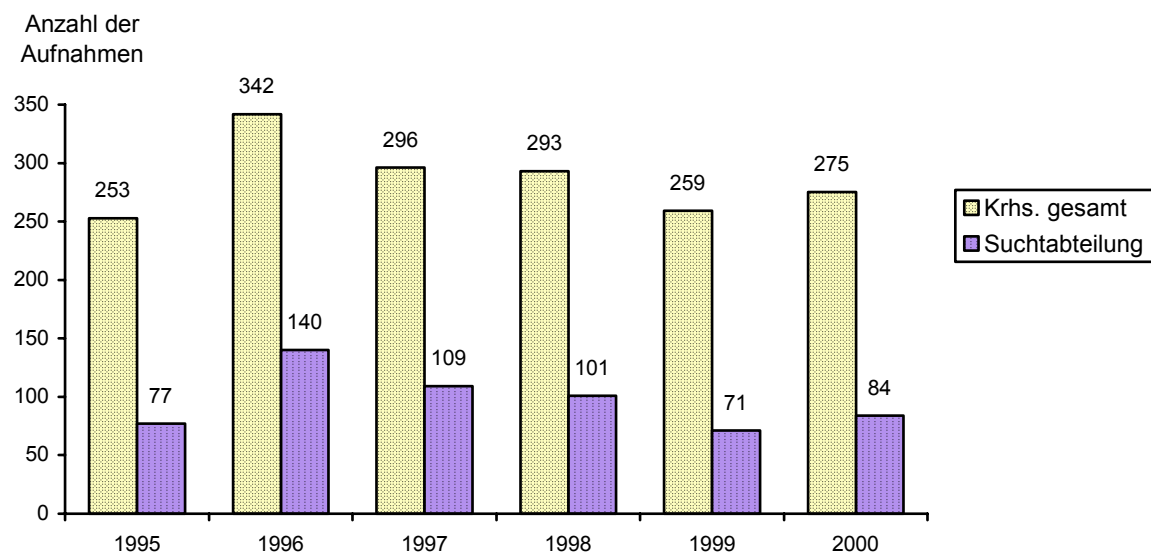


Abbildung 3: Tagesklinische Aufnahmen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd in den Jahren 1995 bis 2000

Auch bei der Entwicklung der Behandlungszeiten bei vollstationärem (Abbildung 4) und tagesklinischem Setting (Abbildung 5) zeigt sich der Einfluß der Kostenträger.

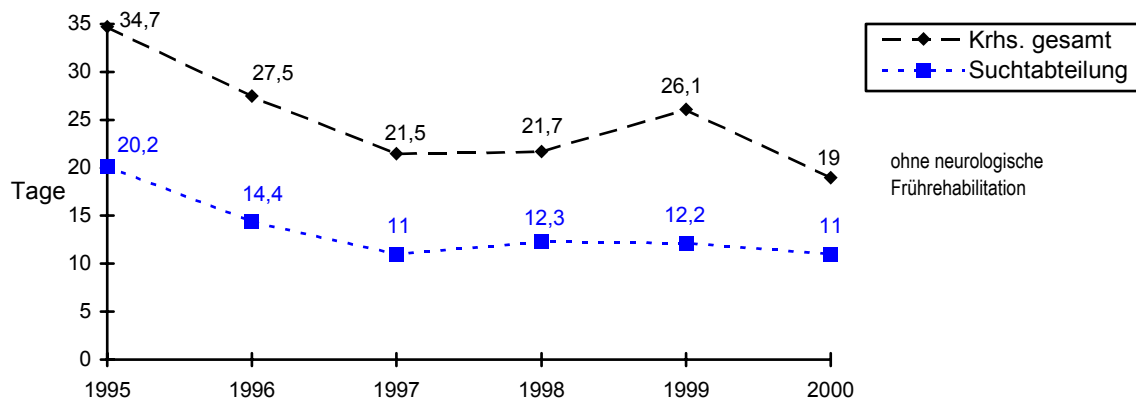


Abbildung 4: Entwicklung der Behandlungszeiten bei vollstationärer Behandlung in den Jahren 1995 bis 2000

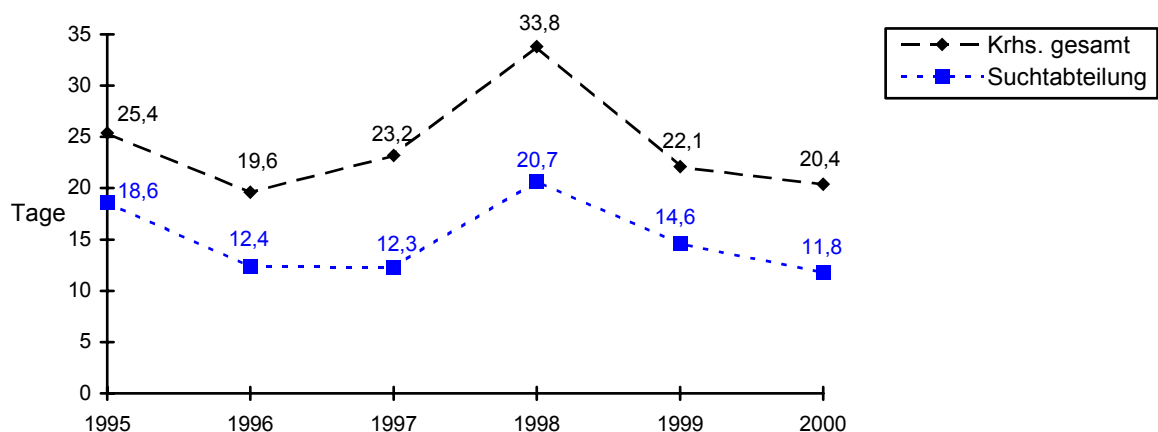


Abbildung 5: Entwicklung der Behandlungszeiten bei tagesklinischer Behandlung in den Jahren 1995 bis 2000

Sowohl bei der integrierten Tagesklinik im Bereich für Abhängigkeitserkrankungen als auch in den separaten Tageskliniken der anderen Abteilungen addieren sich oft stationäre und tagesklinische Behandlungszeiten zu einer Behandlungsepisode. Das bedeutet für die integrierte Tagesklinik im Bereich Abhängigkeitserkrankungen, daß die überwiegende Mehrzahl der Patienten in der Tagesklinik (siehe Kapitel 6.1) unmittelbar zuvor eine stationäre Entzugsbehandlung von etwa zehn Tagen absolvierte und anschließend nur das Setting wechselte.

4.2 Stichprobenrekrutierung

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd ist ein Versorgungskrankenhaus, das von der personellen, organisatorischen und apparativen Ausstattung für Forschungsaufgaben nicht gerüstet ist. Vorhaben wie die vorliegende Studie werden neben den Versorgungsaufgaben zusätzlich geleistet. Die zuvor referierten Zahlen über Aufnahmen und Verweildauer, die von den Vorgaben der Psych-PV deutlich abweichen (bei Personalbemessung nach Psych-PV) belegen einen hohen Versorgungsdruck. Zusammen mit Personalfluktuationen ist hierdurch die Anzahl der „organisatorisch verlorengegangenen“ Patienten, die nicht in die Studie aufgenommen werden konnten, bedingt.

Indikationsstellung für die Aufnahme sowie für die Dauer der tagesklinischen Behandlung richteten sich nach der klinischen Notwendigkeit und Wunsch des Patienten und wurden von den jeweils behandelnden Stationsärzten vorgenommen, die nur mit dem Ausfüllen der Behandlungsdokumentation bei Aufnahme und Entlassung an der Studie beteiligt waren. So wurden in dem Untersuchungszeitraum beispielsweise auch Suchtpatienten mit einer ungünstigen Prognose bezüglich der Absolvierung einer tagesklinischen Behandlung aufgenommen (und das rasche Scheitern bewußt in Kauf genommen), wenn dies für die Gewinnung einer realistischeren Standortbestimmung des betreffenden Patienten erforderlich erschien. Diese Faktoren erklären die relativ hohe Zahl von Patienten, die nicht für die Studie erfaßt werden konnten. Die Untersuchung wurde am 16.07.1997 begonnen und am 24.12.1999 beendet. In diesem Zeitraum wurden 175 Behandlungsepisoden von 132 Patienten, davon 84 (63,6%) Männer und 48 (36,4%) Frauen, registriert. 9 Männer und 11 Frauen wurden zweimal, 7 Männer und 3 Frauen wurden dreimal und 1 Mann viermal in diesem Zeitraum tagesklinisch aufgenommen. Das Durchschnittsalter lag bei den Männern bei 38 Jahren mit einer Spanne von 18 bis 58 Jahren, bei den Frauen bei 41 Jahren mit einer Spanne von 24 bis 69 Jahren.

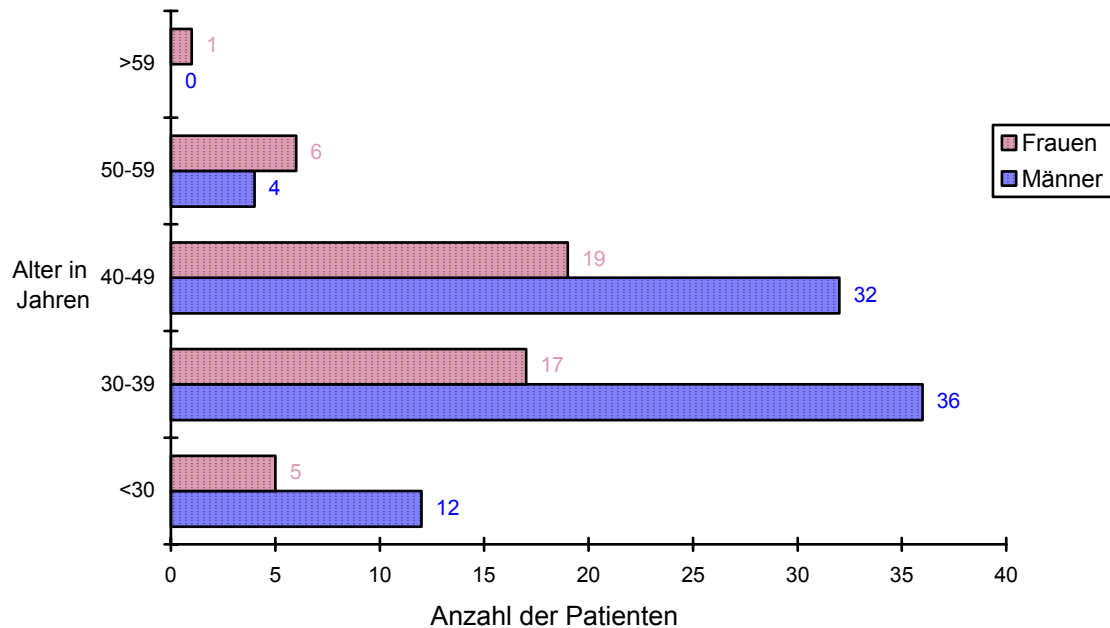


Abbildung 6: Altersverteilung der 132 tagesklinischen Patienten

Von den 132 tagesklinischen Patienten wurden

- 65 Patienten vollständig für die Studie erfaßt,
- 24 Patienten wegen Behandlungsabbruch nach 5 Tagen oder weniger nicht erfaßt,
- 16 Patienten verweigerten die Teilnahme an der Studie,
- 26 Patienten wurden wegen „organisatorischer Mängel“ nicht erfaßt (wegen Problemen in der Personalbesetzung erfolgte eine zeitlang keine Datenerhebung),
- 1 Patient hatte keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse.

Patienten, deren Behandlungsdauer von Beginn an auf 5 Tage oder kürzer begrenzt war, wurden in die Studie aufgenommen; sie füllten die Erhebungsbögen lediglich einige Tage früher aus als die Patienten mit längerer Behandlungsdauer.

5 Methodik

5.1 Erhebung

Zur Beantwortung der zuvor genannten Fragestellungen wurde ein Erhebungsinstrumentarium ausgewählt, welches bereits in anderen Untersuchungen bei suchtmittelabhängigen Patienten zur Anwendung kam. Hierdurch sollte nicht nur gewährleistet sein, daß die methodische Evaluation gegeben war, sondern die Vergleichbarkeit mit anderen Stichproben sollte wegen der versorgungsrelevanten Fragestellungen hohe Priorität haben. Unter diesem Gesichtspunkt erschien die Verwendung von Erhebungsinstrumenten sinnvoll, die in dem von Schwoon initiiertem und geleitetem Forschungsprojekt „Differentialdiagnostik zur Indikationsstellung für Alkoholismus-Therapien“ (DIFAT) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf bereits eingesetzt wurden. Hierzu gehörten:

- Der Streßverarbeitungsfragebogen SVF (Janke et al. 1985) wurde von der DIFAT-Forschungsgruppe von 114 Items auf 42 Items (siehe Anlage) entsprechend den im Handbuch angegebenen faktorenanalytisch gewonnenen Ergebnissen gekürzt. Hierdurch sollte auf die praktische Durchführbarkeit der Befragung und auf die Motivationslage der Patienten Rücksicht genommen werden, da weitere Fragebögen zu bearbeiten waren. Eingesetzt wurden die sieben Subtests „Fluchttendenz“, „Resignation“, „Selbstbemitleidung“, „Situations- und Reaktionskontrollversuche“, „positive Selbstinstruktion“ und „Schuldabwehr“ mit je sechs Items.

Die anderen Erhebungsinstrumente (siehe Anlage) wurden von Schwoon entwickelt und in Anlehnung an die Forschungskriterien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGS) konzipiert. Mit ihnen wurden auch die Erhebungen in den in Kap. 3.2.2 aufgeführten Vergleichskollektiven durchgeführt:

- ADO - Aufnahmedokumentation: Mit diesem Bogen wurden alle Patienten erfaßt; er enthält Angaben darüber, ob der Patient für die Studie infrage kam, ob

die Erhebung vollständig ist oder welche Gründe gegen eine Beteiligung an der Untersuchung vorlagen.

- BEDO - Behandlungsdokumentation durch den behandelnden Arzt: Angaben zu Aufnahmeverfahren, Zustand des Patienten bei Aufnahme, Entlassungsmodus und gegebene Therapieempfehlungen wurden erfragt.
- SOMA - Erfassung somatischer und psychiatrischer Variablen: Der behandelnde Arzt wurde nach akuten somatischen und chronischen, deutlich beeinträchtigenden Krankheiten der Patienten befragt, darüber hinaus nach Alkoholfolgekrankheiten sowie nach aktuellen oder früheren psychiatrischen Erkrankungen.
- FAB - Alkoholbezogene Basisdokumentation: Es handelt sich um einen von den Patienten selbst auszufüllenden standardisierten Fragebogen mit 57 Items, der nach Variablen für den Verlauf und die Schwere der Abhängigkeits-erkrankung sowie nach möglichen sozialen, psychischen und somatischen Folgen fragt.
- EBE - Erfassung von Behandlungserfahrungen: Die subjektiven Erfahrungen der Patienten in den Bereichen „Krankheitseinsicht“, „Information“, „Mitpatienten“, „Personal“, „Programm“, „Ausstattung“ und „generelle Einschätzung“ wurden durch jeweils vier beziehungsweise fünf Items abgebildet. Aus der Summation aller Items wurde die „allgemeine Zufriedenheit“ mit der Behandlung errechnet. Niedrige Skalenwerte geben positive Behandlungserfahrungen wieder.

Jeder Patient, der ab dem Stichtag 15.07.1997 in die integrierte Tagesklinik aufgenommen wurde bzw. in dieses Setting wechselte, wurde mit dem Bogen ADO und der Erhebungsdokumentation erfaßt. Alle Patienten, die mit der Teilnahme an der Studie einverstanden waren, bestätigten dies durch ihre Unterschrift auf der Einverständniserklärung I.

Die Erhebungsbögen BEDO Seite 1 und 2 sowie SOMA wurden von den behandelnden Ärzten unmittelbar nach Aufnahme, BEDO Seite 3 bis 7 nach Entlassung, ausgefüllt.

Die Patienten füllten die Fragebögen FAB und SVF nach einer Woche tagesklinischer Behandlung und den Fragebogen EBE einen Tag vor Entlassung aus. Patienten mit einer geplanten Entlassung nach einer Woche tagesklinischer Behandlung beantworteten alle Fragebögen einen Tag vor Entlassung.

5.2 Statistik

Die nachfolgend aufgeführten statistischen Verfahren kamen über die Computerprogramme Microsoft Excel (Version 7.0) und SPSS (Version 6.1) zur Anwendung. Die Darstellung erfolgte über das Textverarbeitungsprogramm Microsoft Word (Version 7.0).

Die verschiedenen statistischen Verfahren wurden vor der Anwendung hinsichtlich der geforderten methodischen Voraussetzungen (z.B. Normalverteilung, Erwartungswerte, Varianzhomogenität) überprüft. Bei Nichterfüllen der Voraussetzungen wurden nonparametrische Verfahren eingesetzt.

Die deskriptive Statistik erfolgte über die Berechnung und Darstellung von

- absoluten und relativen Häufigkeiten,
- Mittelwerten, Variationsweiten und Standardabweichungen,
- Gruppierung von Daten (Klassenbildungen),
- Histogrammen und Polygonzügen.

Die Überprüfung auf Normalverteilung wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov Goodness of Fit Test durchgeführt (2-tailed $p < 0.01 \Rightarrow$ keine Normalverteilung).

Für die Überprüfung von Gruppenunterschieden wurden der χ^2 -Test und wegen der für eine einfache Varianzanalyse fehlenden Voraussetzung der Normalverteilung der Variablen der Kruskal-Wallis-Test als nonparametrisches Verfahren eingesetzt.

Für die Formulierung der Signifikanzen wurde auf

- 5%-Niveau ($p < 0.05$) der Ausdruck „signifikant“ (p^*),
- 1%-Niveau ($p < 0.01$) der Ausdruck „sehr signifikant“ (p^{**}),
- 1‰-Niveau ($p < 0.001$) der Ausdruck „hochsignifikant“ (p^{***})

verwendet. P-Werte im Bereich zwischen 5%- und 10%-Niveau wurden als Tendenz interpretiert.

6 Ergebnisse

In die Studie wurden 65 Patienten aufgenommen. Die Rekrutierung wurde zuvor beschrieben, weitere Selektionskriterien gab es nicht. Von 57 Patienten liegen vollständige Datensätze vor; bei 8 Patienten fehlt die Einschätzung der Behandlung bei Entlassung („EBE“) wegen vorzeitiger Entlassung, meist durch Behandlungsabbruch. Da diese Studie auf versorgungsrelevante Fragestellungen fokussiert und weniger auf Ergebnisqualität, wurden diese 8 Patienten in der Auswertung belassen.

6.1 Stichprobenbeschreibung

Von den 65 in die Studie aufgenommenen Patienten waren 39 (60%) Männer und 26 (40%) Frauen. Für die vollstationäre Behandlung auf der Station, in die die Tagesklinik integriert ist, wurde für 1999 ein Geschlechterverhältnis von 72% (N=389) Männer zu 28% (N=151) ermittelt. Damit ist in Marburg der Anteil der Frauen an der tagesklinischen Behandlung deutlich höher als bei der stationären Entzugsbehandlung.

Das Durchschnittsalter lag bei der erhobenen Stichprobe bei 40 Jahren (Standardabweichung 8,2), der jüngste Proband war 24 Jahre und der älteste 58 Jahre alt. Die Altersverteilung gibt die Abbildung 7 wieder.

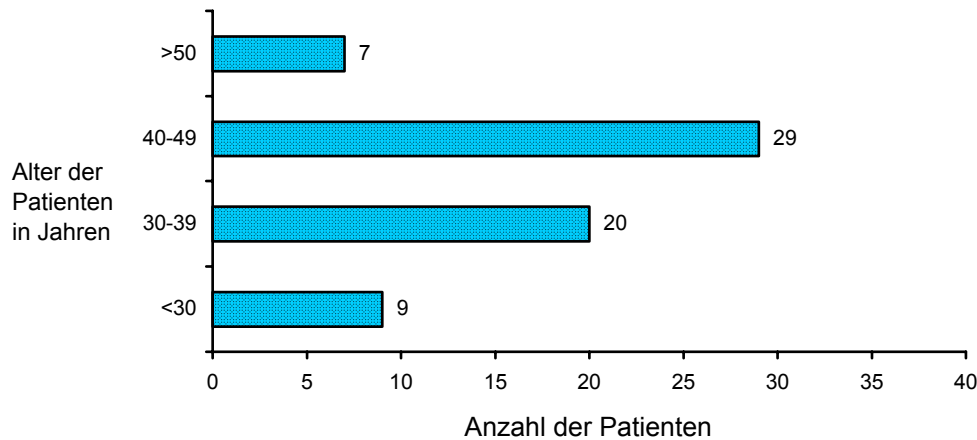


Abbildung 7: Altersverteilung der 65 tagesklinischen Patienten

63 Teilnehmer der Studie waren deutscher Nationalität, ein Teilnehmer hatte spanische und ein Teilnehmer türkische Nationalität.

Fast alle Patienten dieser Studie (64 von 65) drängten selbst auf eine tagesklinische Behandlung oder ließen sich hierzu gut motivieren. 57% (N=37) folgten einer Empfehlung der zuvor behandelnden Station, die auch die tagesklinische Behandlung durchführte. Ein Patient wurde von einer allgemeinspsychiatrischen Station in die Suchttagesklinik verlegt; er mußte die vollstationäre Entzugsbehandlung in der Allgemeinspsychiatrie absolvieren, da die Suchtabteilung zum Aufnahmezeitpunkt voll belegt war und die Aufnahme zeitlich nicht verschoben werden konnte. Bei den übrigen 43% (N=28) war eine Empfehlung der Station nicht erforderlich, sie wünschten von sich aus eine tagesklinische Behandlung.

An weiteren Personen oder Institutionen, die zur tagesklinischen Behandlung drängten, wurden Partner (N=10) und andere Angehörige (N=4) sowie Arbeitgeber (N=7) und Beratungsstellen (N=4) genannt. Die weiteren Nennungen (Selbsthilfegruppen, andere Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Wohnheime, Gerichte, Ausbildungsstätten) spielten zahlenmäßig (jeweils N=1) keine Rolle. Dabei wurde den Patienten meist nicht explizit zu einer tagesklinischen Behandlung, sondern zu einer über die bloße Entzugsbehandlung hinausgehenden Therapie geraten.

Entsprechend dem geschilderten Setting wurde bei 88% (N=57) der Patienten die tagesklinische Behandlung als Weiterbehandlung nach erfolgter Entzugsbehandlung auf der gleichen Station mit den gleichen Behandlern durchgeführt. Bei diesen Patienten sowie bei den von einer allgemeinspsychiatrischen Station verlegten Patienten ergaben sich Indikation und Motivation zur tagesklinischen Behandlung erst während der vorausgegangenen Entzugsbehandlung. 7 Patienten (11%) wurden ohne stationäre Vorbehandlung direkt (und ohne ärztliche Einweisung) zur tagesklinischen Behandlung aufgenommen.

48 Patienten (73,8%) haben unmittelbar vor der hier untersuchten tagesklinischen Behandlung einen stationären Entzug absolviert und sind anschließend nahtlos tagesklinisch weiterbehandelt worden. Bei 8 Patienten mit stationären Entzugsbehandlungen in der Vorgeschichte ging der jetzigen tagesklinischen Behandlungsepisode aber nicht unmittelbar eine stationäre Entzugsbehandlung voraus. Immerhin fanden 26,2% (N=17) den Weg in die Tagesklinik ohne vorausgegangene stationäre Behandlung (Abbildung 8), wobei hiervon über die Hälfte (N=9) noch nie stationär behandelt wurde.

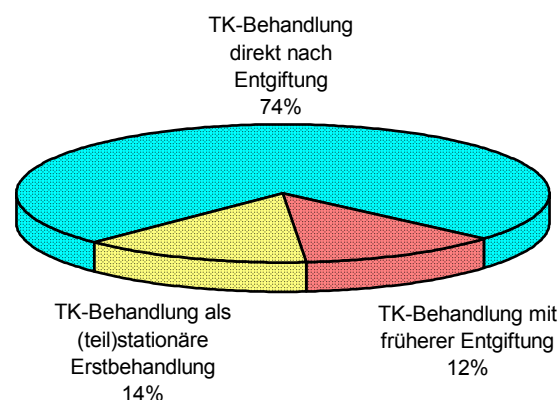


Abbildung 8: Vorbehandlung vor tagesklinischer Aufnahme

Bei Aufnahme der tagesklinischen Behandlung waren 97% (N=63) der Patienten nach eigenen Angaben suchtmittelfrei, ein Patient stand unter Benzodiazepinen, ein weiterer unter anderen Medikamenten. Bei 35 Patienten (54%) wurde ein Drogen-

screening durchgeführt: 31 Patienten hatten ein negatives Ergebnis; im Gegensatz zu den Eigenangaben wurden bei 2 Patienten Benzodiazepine, bei 2 anderen Cannabis nachgewiesen. Der Alkoholttest (per Atemgasanalyse) war bei allen Patienten zu Beginn der tagesklinischen Behandlung negativ.

Bei der Diagnose der Abhängigkeit wurde bei 94% (N=61) eine Alkoholabhängigkeit als führende Diagnose genannt, eine Patientin hatte primär eine Benzodiazepinabhängigkeit und 3 Patienten eine polyvalente Suchtmittelabhängigkeit.

In bezug auf die Anzahl der stationären Entzugsbehandlungen im letzten Jahr vor der jetzt ausgewerteten Behandlungsepisode zeigt die untersuchte Stichprobe eine große Streuung, die in der Abbildung 9 dargestellt ist.

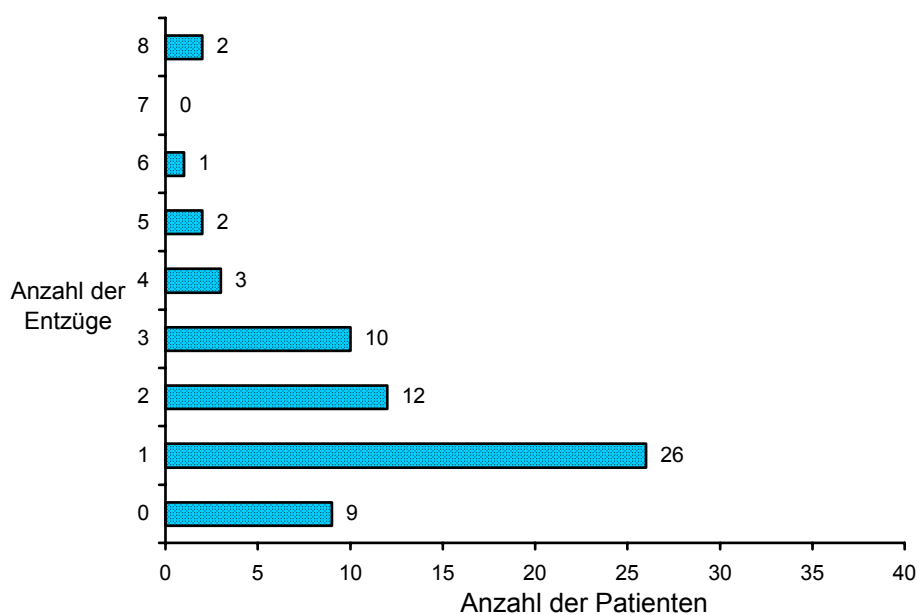


Abbildung 9: Häufigkeit der stationären Entzüge im letzten Jahr

Ohne der späteren Auswertung der Daten zum bisherigen Gesamtverlauf der Suchterkrankung vorzugreifen, kann aus diesen Unterschieden abgelesen werden, daß sich die Patienten in sehr verschiedenen Stadien oder Phasen ihrer Erkrankung befinden. Aus dieser Sicht ist neben anderen individuellen Faktoren die heterogene

Motivation und Zielsetzung für die tagesklinische Behandlung ableitbar und lässt damit auch Unterschiede im Behandlungsverlauf erwarten.

6.2 Deskriptive Statistik der Tagesklinikpatienten

6.2.1 Dauer der Abhängigkeitserkrankung

Von den 65 Patienten dieser Untersuchung hatten 61 die Hauptdiagnose einer Alkoholabhängigkeit; 2 Patienten mit anderen Suchthauptdiagnosen machten ebenfalls Angaben zu ihrem Alkoholkonsumverhalten, so daß 63 Datensätze zur Auswertung kamen. 2 Patienten verneinten jeglichen Alkoholkonsum, sie waren drogenabhängig.

6.2.1.1 Alter beim ersten Alkoholkonsum

Das Durchschnittsalter des ersten Alkoholkonsums errechnete sich aus den Patientenangaben auf 14,9 Jahre (Standardabweichung 3,40). Als Extremwert wurde von einer Patientin das Alter von 3 Jahren für den ersten Alkoholkonsum genannt, das höchste Alter wurde mit 23 Jahren angegeben.

6.2.1.2 Alter beim ersten Rausch

Den ersten Rausch erlebten die Patienten durchschnittlich mit 17,6 Jahren (Standardabweichung 5,82). Aussagekräftiger als die niedrigsten und höchsten Extremwerte (7 bzw. 43 Jahre) ist eine Aufschlüsselung nach Altersgruppen:

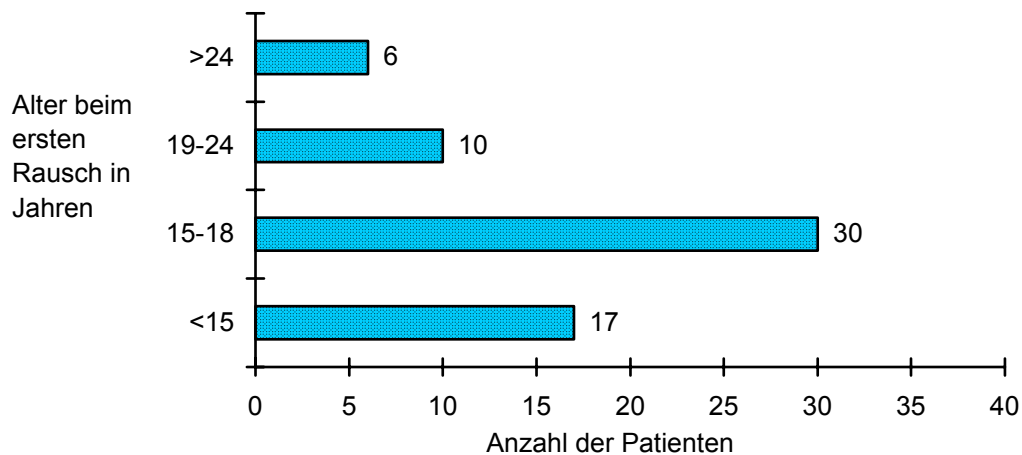


Abbildung 10: Alter beim ersten Rausch

6.2.1.3 Dauer des vermehrten Alkoholkonsums und der Abhängigkeit

Für die Dauer des vermehrten Alkoholkonsums errechnete sich ein Durchschnittswert von 13,5 Jahren (Standardabweichung 7,2). Die Aufschlüsselung der Konsumdauer zeigt eine relativ gleichmäßige Verteilung:

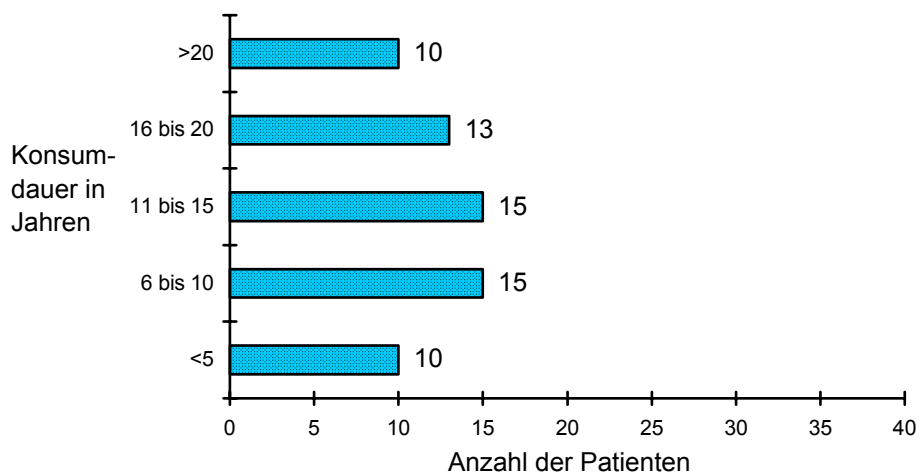


Abbildung 11: Dauer des vermehrten Alkoholkonsums

Von den 63 Patienten, die Angaben zu ihrem Alkoholkonsum machten, schätzten sich 62 als alkoholkrank ein, im Extremfall mit einer Dauer von 30 Jahren. Für die

durchschnittliche Dauer der Alkoholabhängigkeit errechnete sich nach den Angaben der Patienten ein Wert von 10 Jahren (Standardabweichung 6,82). Wie die relativ gleichmäßige Verteilung der unterschiedlichen Konsumdauer erwarten lässt, zeigt sich auch bei der Dauer der Abhängigkeit eine ähnliche Verteilung der Patienten:

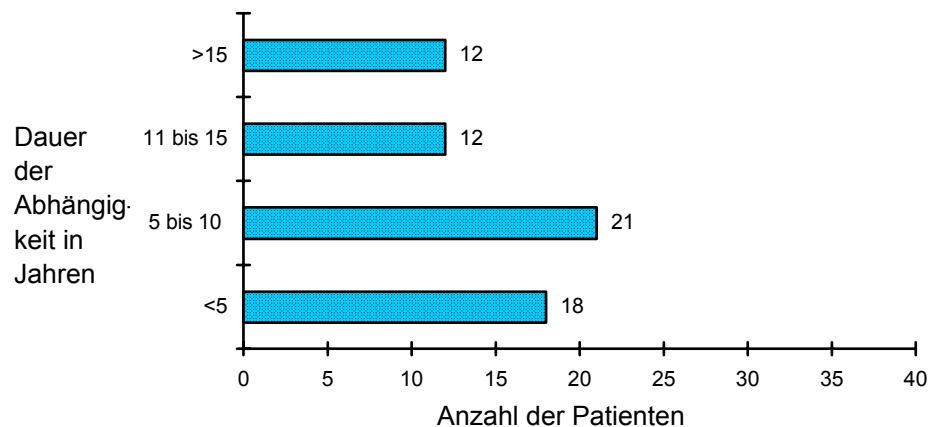


Abbildung 12: Dauer der Alkoholabhängigkeit

60,3% der 63 Patienten (N=38) stufen sich als „Problemtrinker“ ein, womit sie einen Zusammenhang zwischen ihrem Alkoholkonsum und psychischen und/oder sozialen Konflikten postulieren. 31,7% (N=20) stufen sich als „Pegeltrinker“ ein und 7,9% (N=5) bezeichnen sich als „Quartalstrinker“.

6.2.1.4 Abstinenzfähigkeit

Für die Charakterisierung von Dauer und Schwere der Alkoholabhängigkeitserkrankung ist auch die Beschreibung der Abstinenzfähigkeit von Bedeutung. Die Beantwortung der Frage nach der gesamten Abstinenzzeit in den letzten 5 Jahren erbrachte das in Abbildung 13 dargestellte Ergebnis:

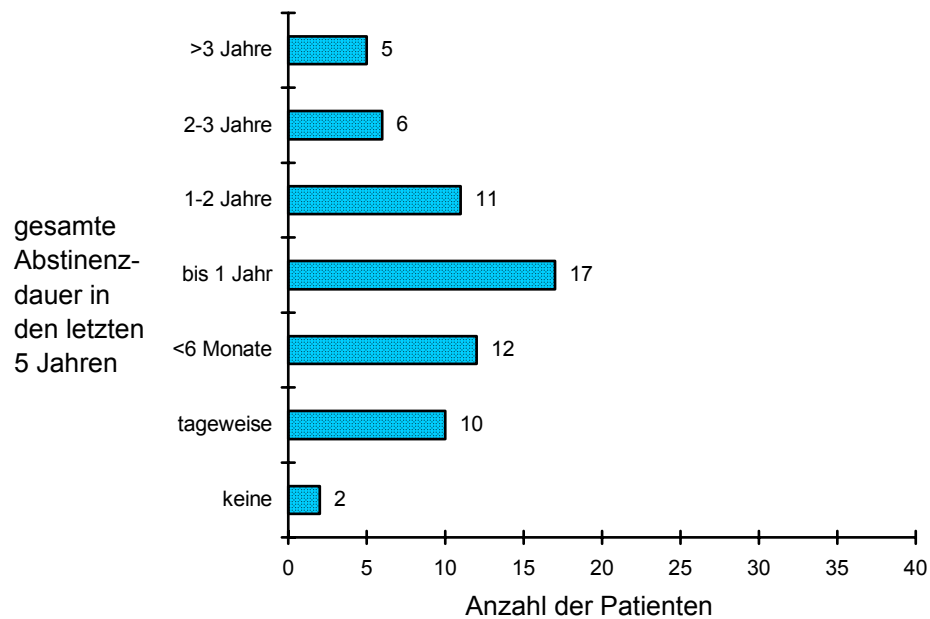


Abbildung 13: Gesamtabstinenzdauer in den letzten 5 Jahren

Der Durchschnittswert für die längste Abstinenzzeit am Stück innerhalb der letzten 5 Jahre von 48,5 Wochen (Standardabweichung 80,85) ist wenig aussagekräftig. Die in Abbildung 14 präsentierte Aufschlüsselung zeigt, wie heterogen das Kollektiv auch in bezug auf die bisherige Abstinenzfähigkeit ist.

Von allen befragten Patienten dieser Untersuchung glaubten 86% (N=59), daß sie mit dem Alkoholkonsum völlig aufhören müssen und den Alkohol nie wieder anrühren dürfen. 4 Patienten gaben „kontrolliertes Trinken“ als Ziel an und ein Patient glaubte, nach einer gewissen Abstinenzphase wieder kontrolliert trinken zu können.

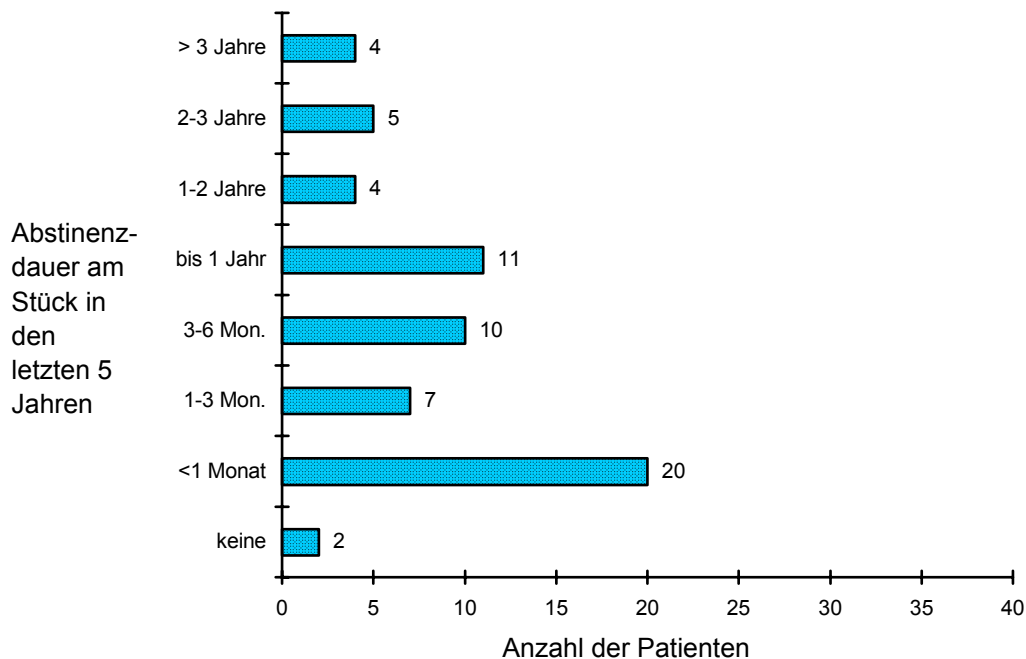


Abbildung 14: Längste Abstinenz am Stück in den letzten 5 Jahren

6.2.1.5 Frühere Behandlungen

Parallel zu der unterschiedlichen Krankheitsdauer im untersuchten Kollektiv sind entsprechende Unterschiede in der Häufigkeit früherer Behandlungen zu erwarten.

Für 9 Patienten (= 13,8%) stellte diese Behandlungsepisode die erste stationäre Behandlung ihrer Suchterkrankung überhaupt dar. 56 Patienten (= 86,2%) hatten bereits stationäre Entzugsbehandlungen absolviert (siehe Abbildung 15), im Durchschnitt 5,3mal (Standardabweichung 6,4).

Bei Patienten mit langer Krankheitsvorgeschichte und mehrfachen Entzugsbehandlungen sind auch absolvierte stationäre Entwöhnungsbehandlungen zu erwarten. Deren Häufigkeit gibt ebenfalls Abbildung 15 wieder.

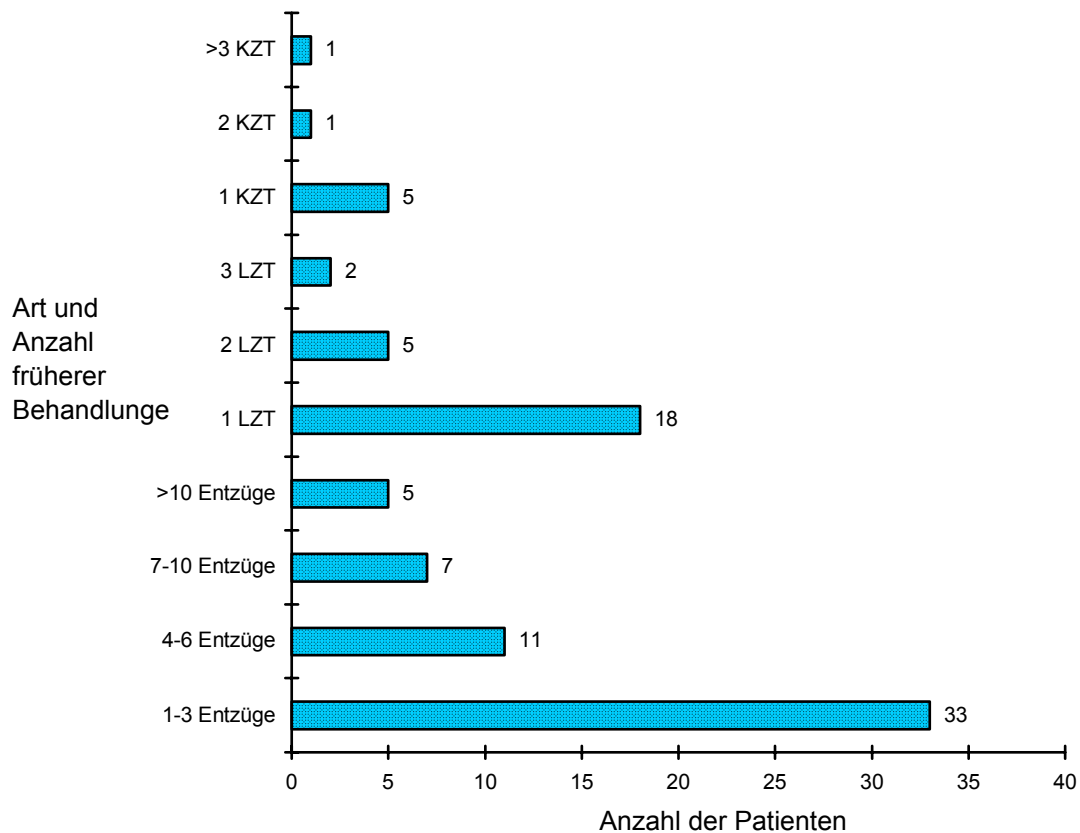


Abbildung 15: Häufigkeit früherer Behandlungen
(LZT = stationäre Langzeittherapie >3 Monate, KZT = stationäre Kurzzeittherapie < 3 Monate)

Die stationären Lang- und Kurzzeittherapien lagen minimal 2 Monate und längstens 13½ Jahre zurück.

Bei der Beantwortung der Frage nach ambulanter Therapie, das heißt nach einer Behandlung in einer therapeutischen Praxis oder in einer Beratungsstelle mit regelmäßigen Terminen über mehrere Wochen lang, haben zunächst viele Patienten auch kürzerfristige ambulante „Therapieversuche“ positiv beantwortet, was dann nach genauerer Klärung korrigiert werden mußte. Danach haben 26% (N=17) des untersuchten Kollektivs eine ambulante Therapie absolviert, in einem Fall zweimalig. Diese Therapien lagen zwischen 1 Monat und 13½ Jahren zurück.

Die sehr unterschiedliche Akzeptanz und Nutzung von Selbsthilfegruppen ist aus Abbildung 16 zu ersehen. Die Ordinatenbeschriftung entspricht den Antwortvorgaben des Fragebogens.

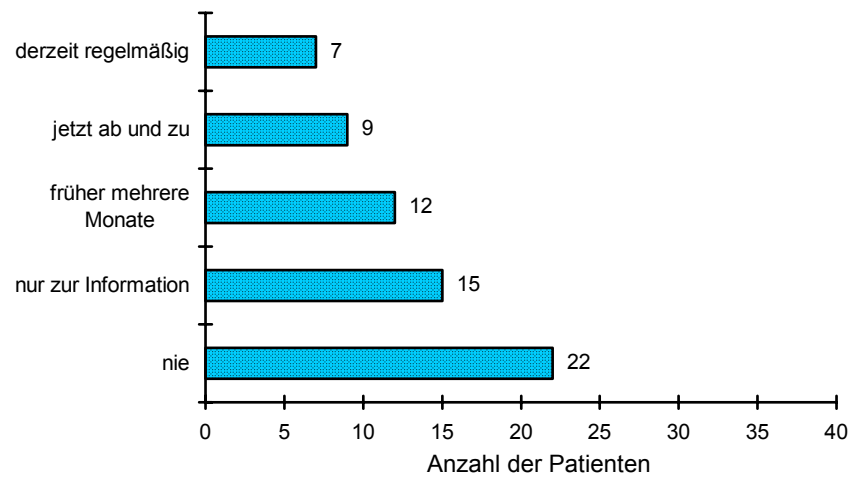


Abbildung 16: Teilnahme an Selbsthilfegruppen

6.2.2 Schwere der Abhängigkeitserkrankung

6.2.2.1 Durchschnittliche tägliche Trinkmenge und Alkoholfolgestörungen

Für die Trinkmenge errechnete sich ein Durchschnittswert von 224 ml Reinalkohol pro Patient und Tag (mit einer Standardabweichung von 59 ml); die Extremwerte lagen bei 100 ml und 340 ml Alkohol pro Tag.

Die Antworten der Patienten über typische Alkoholfolgestörungen sind in der nachfolgenden Tabelle 6 zusammengefaßt:

	nie aufgetreten	keine Behandlung	aufgetreten und	
			ambulante Behandlung	stationäre Behandlung
Delir	55 (84,6%)	2 (3,1%)	0	8 (12,3%)
Leberschäden	45 (69,2%)	12 (18,5%)	2 (3,1%)	6 (9,2%)
Nierenschäden	62 (95,4%)	2 (3,1%)	1 (1,5%)	0
Magenerkrankungen	41 (63,1%)	11 (16,9%)	11 (16,9%)	2 (3,1%)
Pankreatitis	58 (89,2%)	3 (4,6%)	2 (3,1%)	2 (3,1%)
Kreislaufstö./Herzerkrank.	47 (72,3%)	7 (10,8%)	8 (12,3%)	3 (4,6%)
Polyneuropathien	57 (87,7%)	5 (7,7%)	1 (1,5%)	2 (3,1%)
Epileptische Anfälle	57 (87,7%)	0	0	8 (12,3%)
Gedächtnisverlust/Filmriß	29 (44,6%)	24 (36,9%)	6 (9,2%)	6 (9,2%)
Unfall durch Alkohol	52 (80,0%)	6 (9,2%)	2 (3,1%)	5 (7,7%)

Tabelle 6: Alkoholfolgestörungen (nach Patientenangaben)

6.2.2.2 Somatischer Status

Wie die behandelnden Ärzte aufgrund der Anamnese- und der Befunderhebung zu Beginn der tagesklinischen Behandlung den somatischen Status einschätzten, zeigt Tabelle 7.

6.2.2.3 Nikotin-, Medikamenten- und Drogenprobleme

Von 65 Patienten haben 9 (= 13,8%) nie geraucht, 5 Patienten (= 7,7%) haben früher einmal geraucht und die große Mehrheit von 51 Patienten (= 78,5%) raucht aktuell. Allerdings schätzen sich nur 47 Patienten als nikotinsüchtig ein. Die derzeitigen 51 Raucher rauchen nach ihren eigenen Angaben zwischen 10 und 50 Zigaretten pro Tag, der Durchschnittswert liegt bei 30.

	nicht be- fundet	nein / negativ	jemals	ja / aktuell positiv
<u>Polyneuropathie (PNP):</u>				
a) Sensibilitätsstörung	1 (1,5%)	58 (89,2%)		6 (9,2%)
b) Fehlende Reflexe	1 (1,5%)	56 (86,2%)		8 (12,3%)
c) Gangataxie (nicht cerebellar)		64 (98,5%)		1 (1,5%)
d) Atrophie		63 (96,9%)		2 (3,1%)
Mittlere PNP (a+b)		61 (93,8%)		4 (6,2%)
Schwere PNP (+ c oder d))		64 (98,5%)		1 (1,5%)
<u>Kleinhirnschädigung</u>		64 (98,5%)		1 (1,5%)
<u>Alk. Demenz</u>		62 (95,4%)		3 (4,6%)
<u>Delir (nicht intensivpflichtig)</u>		57 (87,7%)	8 (12,3%)	
<u>Delir (intensivpflichtig)</u>		65 (100%)		
<u>Grand Mal auch ohne Alk.</u>		65 (100%)		
<u>Grand Mal nur im Entzug</u>		59 (90,8%)	5 (7,7%)	1 (1,5%)
<u>EEG-Auffälligkeit</u>	56 (86,2%)	9 (13,8%)		
<u>CCT-Auffälligkeit</u>	56 (86,2%)	5 (7,7%)	3 (4,6%)	1 (1,5%)
<u>Lebererkrankungen:</u>				
Zirrhose		65 (100%)		
Schwere Hepatitis		60 (92,3%)	3 (4,6%)	2 (3,1%)
Vergrößerung/Verfettung		52 (80,0%)	6 (9,2%)	7 (10,8%)
<u>Magenerkrankung:</u>				
Gastritis		51 (78,5%)	14 (21,5%)	
Ulcus		64 (98,5%)	1 (1,5%)	
<u>Pankreaserkrankung:</u>				
Akute Pankreatitis, intensivpfl.		65 (100%)		
Chronische P. mit Insuffizienz		63 (96,9%)		2 (3,1%)
Chronische P. ohne Insuff.		65 (100%)		
<u>Herz-Kreislaufkrankung:</u>				
AVK Stadium II - III		65 (100%)		
Hypertonie (nicht entzugsbed.)		57 (87,7%)	1 (1,5%)	7 (10,8%)
Koronare Herzkrankheit		65 (100%)		
Z.n. Herzinfarkt		65 (100%)		
Kardiomyopathie		65 (100%)		

Tabelle 7: Somatischer Status der Patienten in der Tagesklinik

Die Einnahme von Psychopharmaka zu irgendeinem Zeitpunkt wurde von 69,2% (N=45) der Patienten verneint und von 30,8% bejaht. Hier wurden in erster Angabe Benzodiazepine (10 mal), Distraneurin (5 mal), Antidepressiva und Schmerzmittel (je 2 mal) und Kräuterextrakte (1 mal) genannt. Auch bei den Zweitnennungen liegen die Benzodiazepine (4 mal) vor den Schmerzmitteln (2 mal) und Kräuterextrakten (1

mal). 13 Patienten haben diese Medikamente auch im letzten Vierteljahr vor der aktuellen Behandlung eingenommen.

Die Altersspanne, in der solche Medikamente zum ersten Mal konsumiert wurden, reicht vom 13. Bis zum 55. Lebensjahr (Durchschnitt 26 Jahre).

Von den 20 Patienten, die einen Medikamentenkonsum angegeben haben, schätzen sich 4 als aktuell medikamentenabhängig ein; 3 Patienten glauben, früher einmal hiervon abhängig gewesen zu sein und 13 sehen sich weder heute noch früher einmal als medikamentenabhängig an.

54 Patienten des untersuchten Kollektivs (= 83%) gaben an, keine Drogen konsumiert zu haben; 11 Patienten (= 17%) konsumierten mehr als 10mal meist zwei bis vier verschiedene Drogen, am häufigsten Cannabis und Opiate, dagegen wurden Kokain, Amphetamine und Hypnotika nur vereinzelt genannt.

Bei 9 der 11 Patienten mit Drogenerfahrung lag der Erstkonsum bereits vor dem 20. Lebensjahr, bei 2 Patienten erst danach (Durchschnittsalter 17,5 Jahre).

4 Drogenkonsumenten schätzen sich als aktuell drogenabhängig ein; 2 Patienten glauben, früher einmal abhängig gewesen zu sein und 5 Patienten sehen sich weder heute noch früher als drogenabhängig an.

6.2.2.4 Soziale Situation

Suchterkrankungen gehen meist bei zunehmender Krankheitsdauer mit sozialen Folgeproblemen, das heißt mit einer Verschlechterung der Lebenssituation einher. Bei früh einsetzender Suchterkrankung können bereits Schul- und Berufsausbildung betroffen sein, in späteren Jahren kann es zum Verlust des erreichten sozialen Status kommen. Die Schul- und Berufsausbildung ist in den folgenden Abbildungen 17 bis 20 dargestellt:

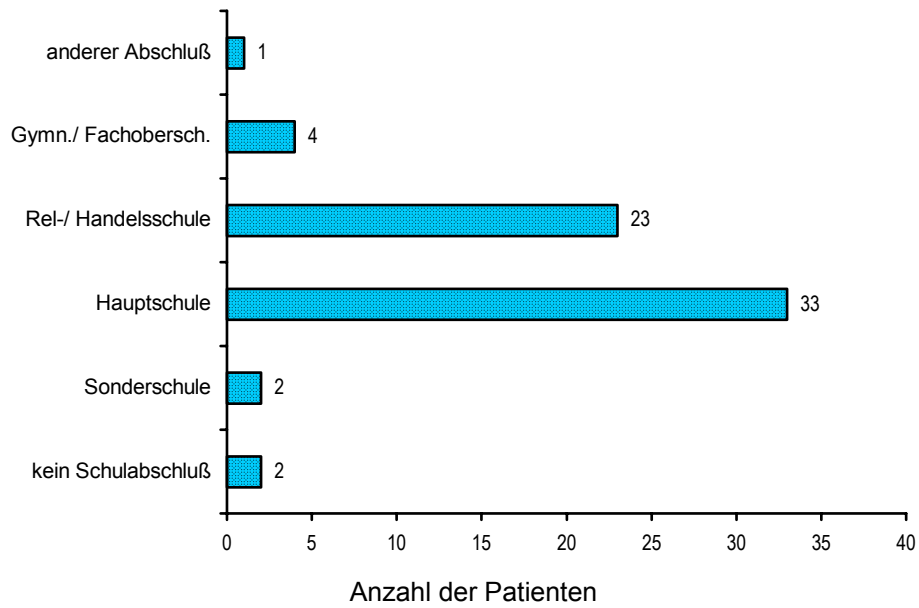


Abbildung 17: Schulbildung

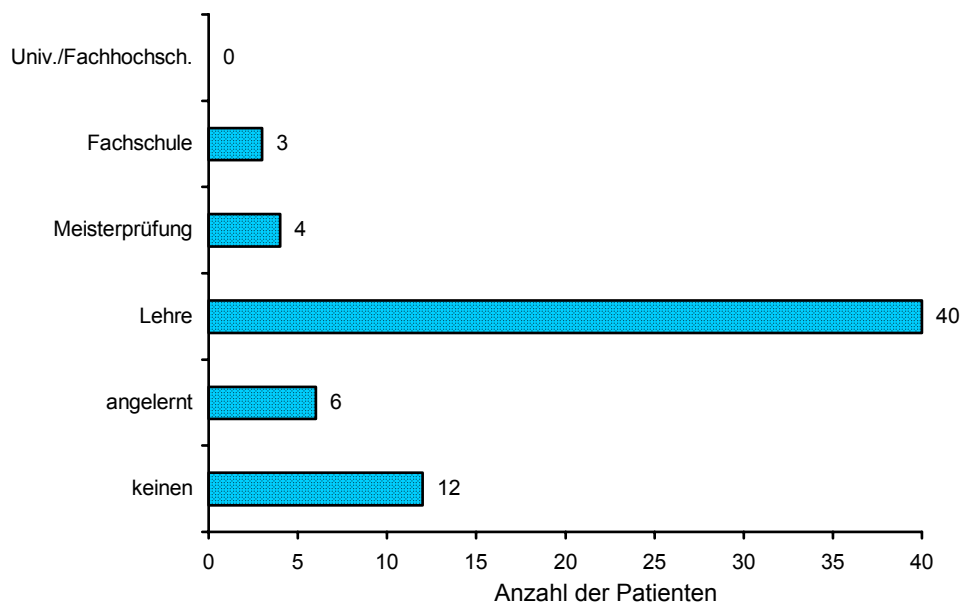


Abbildung 18: Berufsabschluß

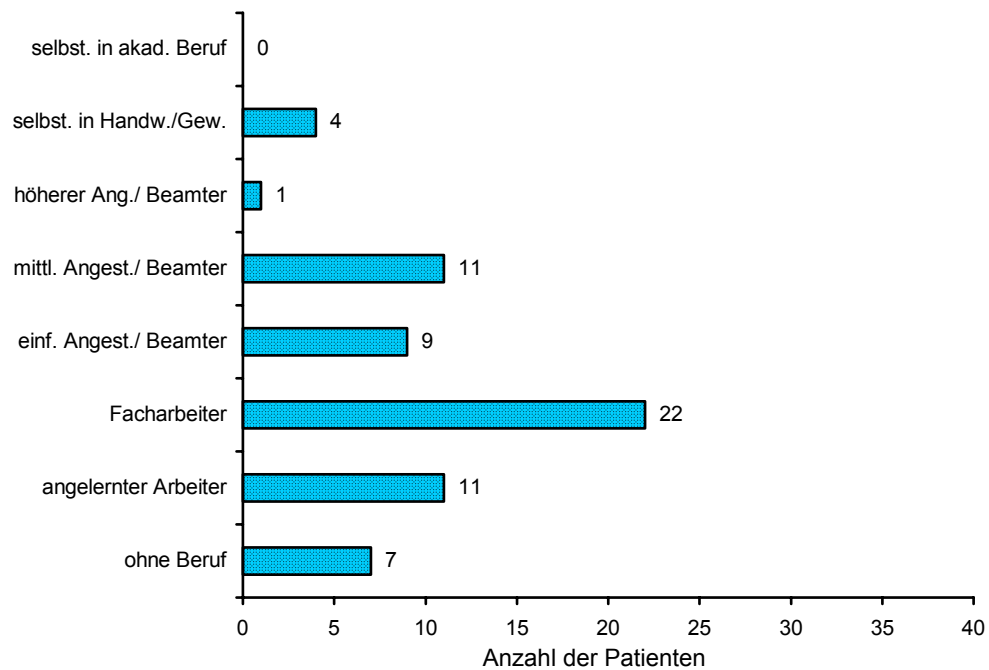


Abbildung 19: Berufsgruppeneinstufung

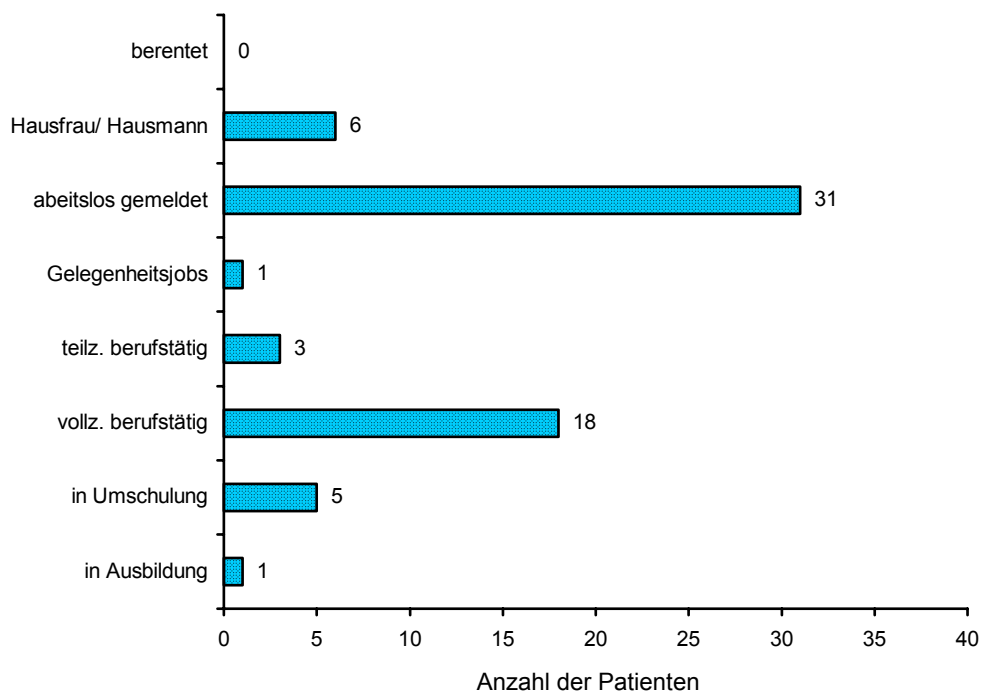


Abbildung 20: Gegenwärtige Berufstätigkeit

Die 31 arbeitslosen Patienten waren im Durchschnitt 40,7 Monate ohne Arbeit (Standardabweichung 82,5), wobei die Spanne zwischen frisch eingetretener und dauerhaft während der gesamten Zeitspanne potentieller Berufstätigkeit bestehender Arbeitslosigkeit lag. So gab ein Patient an, seit 39 Jahren arbeitslos zu sein.

30,8% der Patienten (N=20) waren nur kurz oder nie, 69,2% (N=45) waren einige Jahre oder zur Zeit noch in Ihrem Ausbildungsberuf tätig. Den Arbeitsplatz wechselten in den letzten 5 Jahren 61,5% (N=40) nie oder nur einmal, 30,8% (N=20) wechselten ihn zwei- bis dreimal und 7,7% (N=5) häufiger als dreimal.

Mit dem Arbeitsstatus eng verknüpft ist meist auch die finanzielle Situation. So finanzieren 29,2% (N=19) ihren Lebensunterhalt durch die eigene Berufstätigkeit, 35,4% leben von Arbeitslosengeld oder -hilfe. Die übrigen Patienten gaben als überwiegende Finanzquelle Ausbildungsförderung, Sozialhilfe (jeweils 9,2%), Einkommen des Partners (10,8%), Rente (1,5%) oder „Sonstiges“ (4,6%) an.

Nur 18,5% (N=12) der Patienten kommen mit dem ihnen zur Verfügung stehenden Geld ganz gut aus. Fast doppelt so viele Patienten, nämlich 32,3% (N=21) beklagen, daß ihnen das Geld nicht ausreicht.

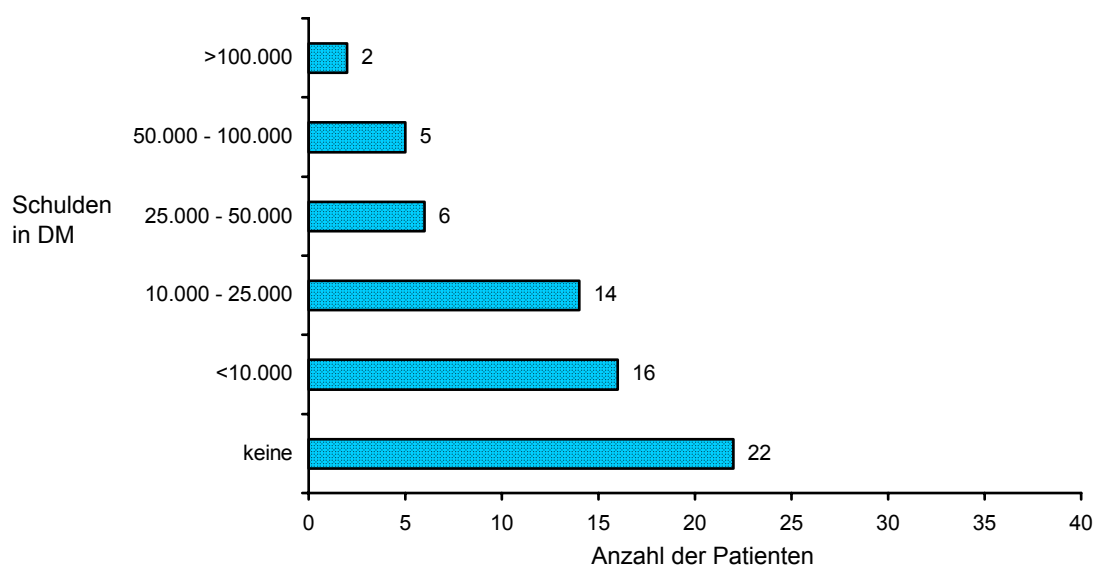


Abbildung 21: Schuldenhäufigkeit (in DM)

Die Mehrheit von 49,2% (N=32) gab an, daß sie gerade eben mit dem Geld auskomme. Doch auch in dieser Gruppe müssen einige Patienten mit Schulden enthalten sein, wie die diesbezügliche Abbildung 21 zeigt.

32,3% (N=21) der untersuchten Patienten sind ledig und waren nie verheiratet; etwa gleichviel Patienten (33,8%, N=22) waren verheiratet oder lebten zum Untersuchungszeitpunkt in einer festen Partnerschaft. Die dritte gleichgroße Gruppe (32,3%, N=21) war geschieden oder lebte in Trennung. Ein Proband war verwitwet. Die Anzahl der Kinder schwankte zwischen 0 und 10, in Durchschnitt hatten die Patienten 1,31 Kinder (Standardabweichung 1,66).

Die Wohnsituation ist in Abbildung 22 dargestellt:

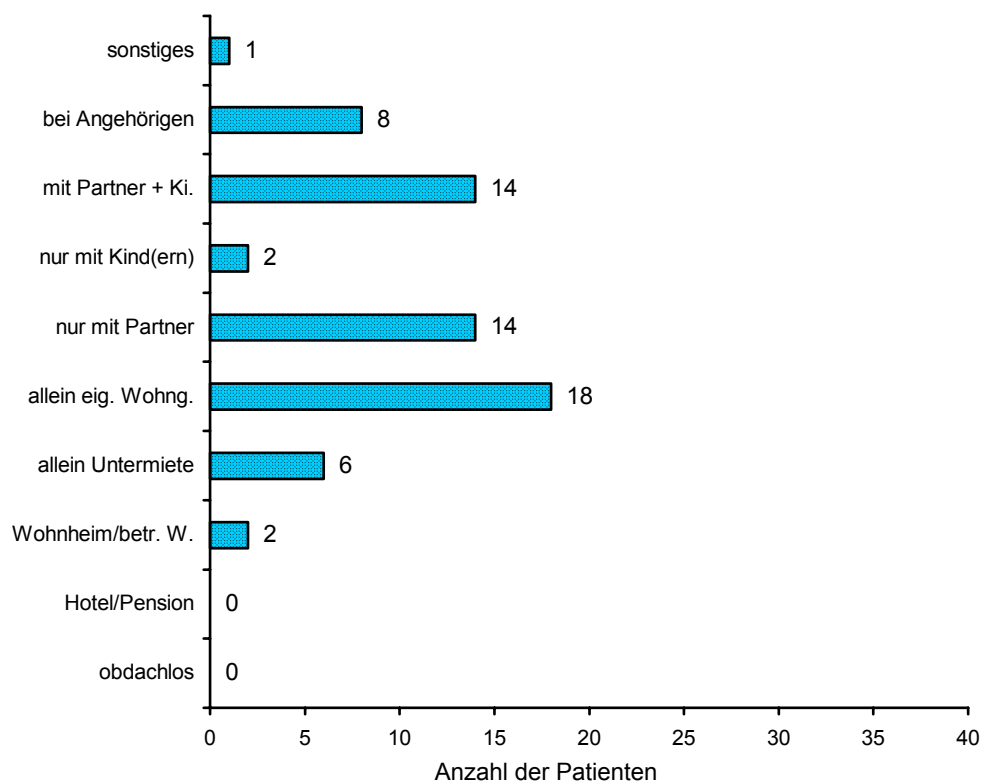


Abbildung 22: Wohnsituation

41,5% (N=27) der Patienten gaben einen oder mehrere (bis zu 4malige) Führerscheinentzüge an, meist (N=23) wegen Alkohol am Steuer.

Fast genauso viele Patienten (N=26 / 40%) sind schon ein- oder mehrmals (bis zu 5 Verurteilungen) zu Geld- oder Haftstrafen verurteilt worden. Dabei war in 16 Fällen eine Verkehrssache, in 2 Fällen ein Eigentumsdelikt und in 6 Fällen andere Gesetzesübertretungen Grund für die Verurteilungen. Zweimal wurden mehrere Gründe angegeben. Bei 25 von 26 Patienten spielten Suchtmittel (fast immer Alkohol) eine wesentliche Rolle bei den Delikten.

Während des Untersuchungszeitraumes stand 1 Patient unter einer gesetzlichen Betreuung, die aber für die Behandlung ohne Relevanz war. Auch dieser Patient absolvierte die tagesklinische Behandlung aus eigener Motivation heraus.

6.2.3 Suizidalität und psychiatrische Komorbidität

6.2.3.1 Nicht suchtbedingte psychiatrische Behandlungen

Von den untersuchten 65 Patienten waren nach eigenen Angaben 35,4% (N=23) schon einmal in psychiatrischer Behandlung wegen einer anderen, nicht suchtbedingten Erkrankung. Davon wurden 6 Patienten nur ambulant, 7 Patienten nur stationär und 10 Patienten sowohl ambulant als auch stationär behandelt.

6.2.3.2 Suizidalität

Über 63% (N=41) der untersuchten Patienten gaben an, schon einmal Selbstmordgedanken gehabt zu haben, wobei die Häufigkeit 14mal mit selten, 16mal mit manchmal und 11mal mit oft angegeben wurde. 29,2% der untersuchten Patienten (N=19) gaben Suizidversuche in der Vorgeschichte an (Abbildung 23).

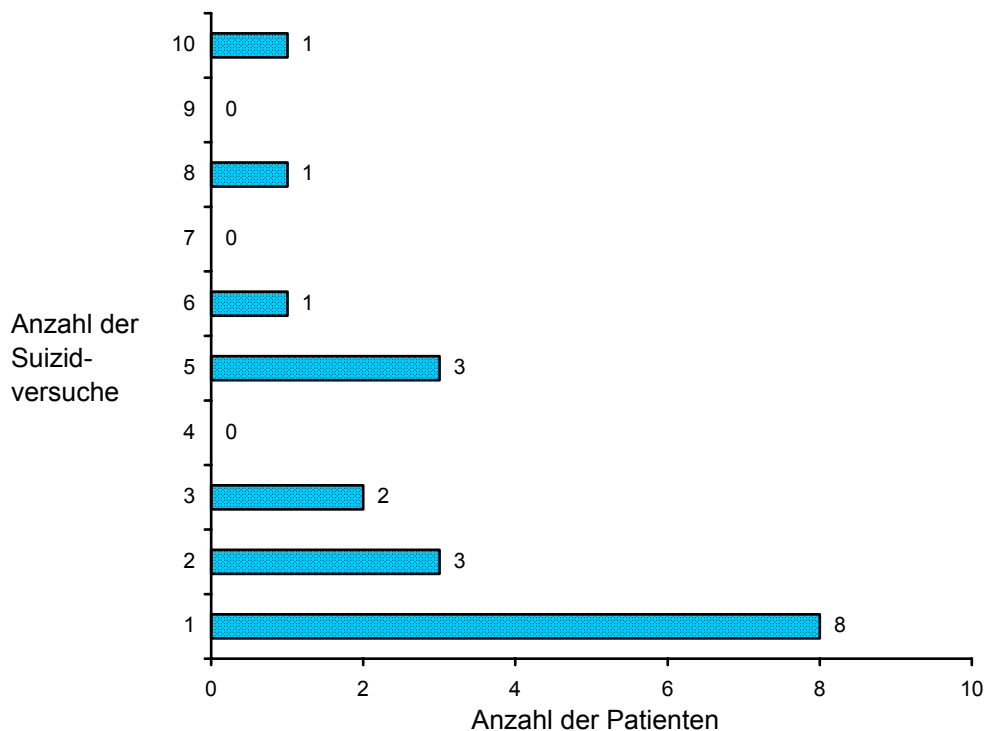


Abbildung 23: Suizidversuche in der Vorgeschichte von 19 Patienten

6.2.3.3 *Einschätzung der psychiatrischen Komorbidität durch die behandelnden Ärzte*

Die Einschätzung der behandelnden Stationsärzte zur Suizidalität und zur psychiatrischen Komorbidität während der aktuellen Behandlungsepisode und in der Vorgeschichte ist in Abbildung 24 dargestellt. Die Einschätzung wurde nicht anhand klinischer Skalen oder standardisierter diagnostischer Kriterien vorgenommen, sondern sie spiegelt den klinischen Eindruck der behandelnden Stationsärzte wieder, der auch die individuelle Behandlungsplanung mit dem einzelnen Patienten bestimmt.

Für die Einschätzung von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen spielen entsprechend der psychoanalytischen Krankheitslehre psychodynamische Gesichtspunkte wie die Gestaltung von Objektbeziehungen, dominierende Abwehrmechanismen, Fixierungen auf insuffiziente Bewältigungsstrategien und unrealistische Selbstbilder eine übergeordnete Rolle gegenüber neurotischen Symptombildungen. Da diese

psychodynamischen Merkmale den Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung mitbestimmen oder die Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen erschweren oder unmöglich machen können, wurde in psychoanalytisch orientierten Fallsupervisionen oft auf diese Merkmale fokussiert.

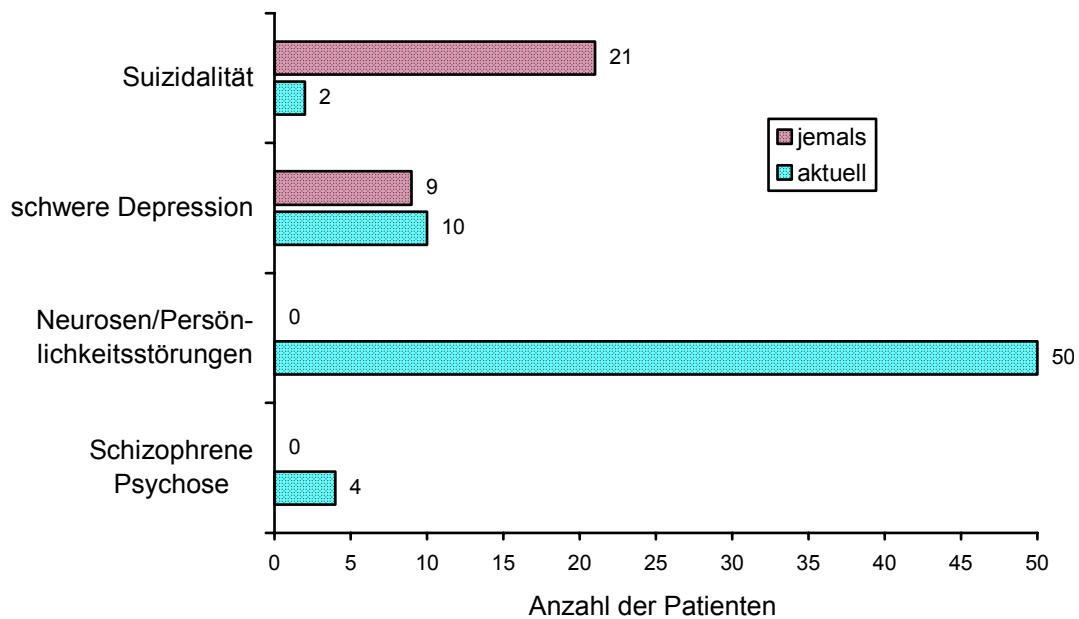


Abbildung 24: Einschätzung der psychiatrischen Komorbidität

6.2.4 Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer schwankte zwischen 3 und 68 Tagen, der Mittelwert betrug 23 Tage und liegt damit deutlich unter der in der Psychiatrie-Personalverordnung angegebenen durchschnittlichen Behandlungszeit von 60 Tagen. Hierbei wurden nur die effektiv in der Tagesklinik zugebrachten Zeiten gezählt; tageweise Unterbrechungen oder Beurlaubungen wurden nicht mitgezählt, ebenso Wochenenden, falls der Patient nicht wegen psychischer Instabilität und/oder Rückfallgefahr auch am Wochenende tagesklinisch behandelt wurde.

Die Behandlungsdauer wurde individuell bei jedem Patienten entsprechend den jeweiligen Indikationen, Behandlungszielen und psychischen Befunden festgelegt. Die sich daraus und aus Behandlungsabbrüchen, meist wegen Rückfällen, ergebenden Variationen der Behandlungsdauer, sind in Abbildung 25 dargestellt:

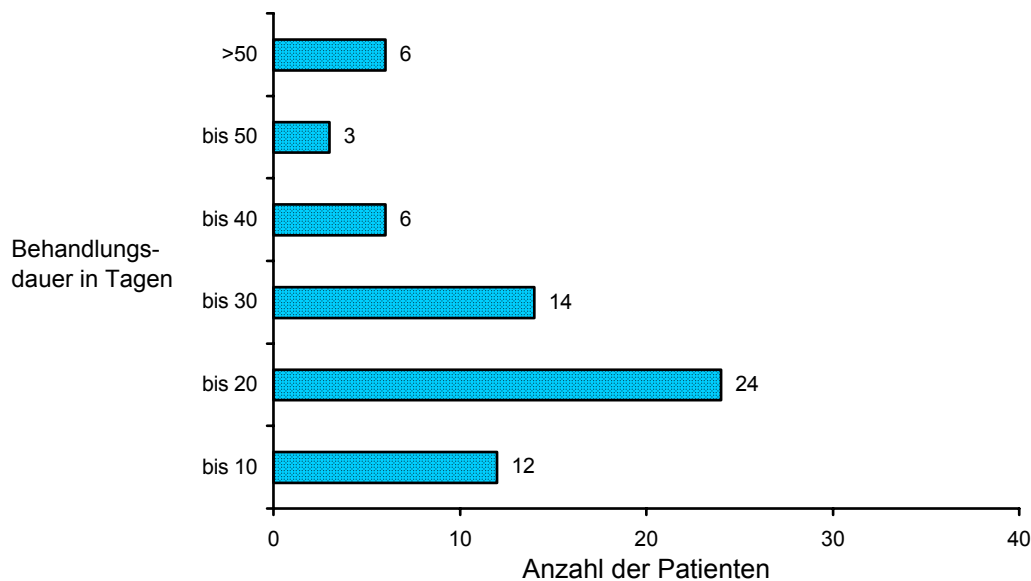


Abbildung 25: Verteilung der unterschiedlichen Behandlungsdauer

Insgesamt ist die durchschnittliche Behandlungsdauer von 23 Tagen länger als die von der Verwaltung ermittelte durchschnittliche Behandlungsdauer für tagesklinische Suchtbehandlung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd (siehe Abbildung 5). Die Differenz ergibt sich daraus, daß fast 20% (24 von 132) der tagesklinischen Patienten wegen Behandlungsabbruch nach weniger als 5 Tagen nicht in die Studie aufgenommen werden konnten, aber die allgemeine Behandlungsdauerstatistik nach unten beeinflussen. Bereits zuvor wurde ausgeführt, daß die Aufnahme in die Tagesklinik auch bei ungünstiger Prognose ermöglicht wurde, wenn zumindest die Hoffnung bestand, daß der Patient durch ein Scheitern der tagesklinischen Behandlung zu einer realistischeren Einschätzung seiner Situation und damit zu effektiveren Planungen zukünftiger Behandlungen gelangen könne. Auch während der Durchführung dieser Studie wurde von dieser Praxis nicht abgewichen.

Bei freien Wochenenden entspricht eine 5tägige tagesklinische Behandlung einer Woche. Etwa 37% (N=24) der Patienten hatten damit eine Behandlungszeit von 2 bis 4 Wochen; 18% (N=12) wurden nur 2 Wochen oder weniger behandelt. Die längeren tagesklinischen Behandlungszeiten verteilen sich auf 22% (N=14) bis zu 6 Wochen und auf 23% (N=15) über 6 Wochen Behandlung.

6.2.5 Motivation zur Inanspruchnahme weiterer suchtspezifischer Therapie- und Hilfsangebote

Die Vorbereitung möglicher Weiterbehandlungen ist ein Teil der tagesklinischen Behandlungsaktivitäten und bezieht (in unterschiedlichem Umfang) die Zusammenarbeit des Klinikpersonals mit den Mitarbeitern von Weiterbehandlungseinrichtungen mit ein. Bei 78,5% (N=51) der Stichprobe war am Ende der tagesklinischen Behandlungsepisode eine Weiterbehandlung vereinbart worden. 12,3% (N=8) lehnten eine Weiterbehandlung ab und bei 9,2% (N=6) war diese Frage noch unklar, was in der Praxis nach unseren Erfahrungen eher mit keiner Weiterbehandlung korrelieren dürfte. Natürlich ist die feste Vereinbarung einer Weiterbehandlung nicht gleichbedeutend mit der wirklichen Aufnahme einer Weiterbehandlung, auch Dauer und Erfolg einer Weiterbehandlung bleiben bei diesen Patientenangaben offen.

Als häufigstes Argument bei der Ablehnung von Weiterbehandlungsempfehlungen wurde von den Patienten die Einschätzung vorgebracht, diese Weiterbehandlung für „nicht notwendig“ zu erachten.

Zur Beantwortung der Frage, ob die Ergebnisse zur Weitervermittlung mit der Behandlungsdauer korrelieren, wurde das Patientenkollektiv in eine Gruppe mit maximal 15 Tagen und eine zweite Gruppe mit über 15 Tagen tagesklinischer Behandlungsdauer eingeteilt und ausgewertet. 15 Tage tagesklinischer Behandlung entspricht bei Auslassung der Wochenenden und keinen Beurlaubungen aus der Therapie einer Dauer von 3 Wochen. Hinzu kommen bei den meisten Patienten noch ein bis zwei Wochen stationärer Entzugsbehandlung vor der tagesklinischen Weiterbe-

handlung. Damit liegt die Gesamtbehandlungsdauer der kürzer behandelten Gruppe bei etwa 3 bis 5 Wochen. Da die Expertenkommission von 1988, die Psychiatrie-Personalverordnung für die „Regelbehandlung“ Alkoholkranker sowie die neueren Leitlinien für die Akutbehandlung (siehe Kapitel 2.5) eine Zeitdauer von 3 bis 6 Wochen vollstationärer „qualifizierter Entgiftungsbehandlung“ (Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988; Kunze, Kaltenbach 1994; Schwoon 2000; Kuhlmann et al. 2001; Marcea, Kuhlmann 2001; Olbrich 2001; Westendarp et al. 2001), für erforderlich hält, wurde die oben genannte Grenze von 15 Tagen tagesklinischer Behandlung gewählt, um möglicherweise Aussagen darüber erhalten zu können, ob bei Verlängerung der Behandlungsdauer Effekte bezüglich der Motivation zur Inanspruchnahme weiterer suchtspezifischer Hilfen nachzuweisen sind.

Von den 65 Patienten dieser Untersuchung hatten 22 (= 33,8%) eine tagesklinische Behandlungsdauer von maximal 15 Tagen, 43 Patienten (= 66,2%) lagen darüber.

Für die generelle Frage der Weitervermittlung am Ende der tagesklinischen Behandlung fanden sich nach Aufteilung in unterschiedliche Behandlungsdauern folgende Ergebnisse:

	Gesamtkollektiv		< 16 Tg.		> 15 Tg.	
	Rate	Anzahl	Rate	Anzahl	Rate	Anzahl
ja	78,5%	51	72,7%	16	81,4%	35
nein	12,3%	8	13,65%	3	11,6%	5
unklar	9,2%	6	13,65%	3	2,3%	3
Σ	100%	65	100%	22	100%	43

Tabelle 8: Weitervermittlung in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer

Die Unterschiede sind statistisch nicht signifikant ($\chi^2 = 0,06$, $p > 0.1$).

6.2.5.1 Motivation zur Kontaktaufnahme mit Suchtberatungsstellen

Bezüglich der Weiterbehandlung oder Beratung bei Suchtberatungsstellen stellte sich die Situation nach Einschätzung der behandelnden Stationsärzte folgendermaßen dar:

- Bei 15,4% (N=10) der Patienten wurde keine Indikation (z.B. bei Vorliegen von Psychosen, schweren Persönlichkeitsstörungen oder organischen Folgeschäden) gesehen;
- bei 40% (N=26) der Patienten bestand ein Beratungsstellenkontakt schon vor der tagesklinischen Behandlung und
- bei 44,6% (N=29) der Patienten wurde von den Behandlern eine Kontaktaufnahme empfohlen. Von diesen 29 Patienten haben
- 13 Patienten die Kontaktaufnahme abgelehnt,
- 11 Patienten einen Beratungsstellentermin von der Tagesklinik aus wahrgenommen und
- 5 Patienten noch keinen festen Termin.

Die Aufschlüsselung der Beratungsstellenkontakte nach Behandlungsdauer gibt nachfolgende Tabelle wieder:

	Gesamtkoll.		< 16 Tg.		> 15 Tg.	
	Rate	Anzahl	Rate	Anzahl	Rate	Anzahl
Ø Indikation	15,4%	10	18,2%	4	14%	6
Kontakt vor Beh.	40,6%	26	44,4%	8	39,1%	18
Pat. dagegen	20,3%	13	33,3%	6	15,2%	7
Pat. motivierbar	39,1%	25	22,2%	4	45,7%	21
Σ	100%	64	100%	18	100%	46

Tabelle 9: Beratungsstellenkontakte entsprechend der Behandlungsdauer

Die Rate der Patienten, die zu Beratungsstellenkontakten zu motivieren waren, liegt doppelt so hoch in der Gruppe mit der längeren Behandlungsdauer. Die Ergebnisse sind statistisch signifikant ($\chi^2 = 4,01$; $p < 0.05$ für den rot dargestellten Teil der Tabelle).

Am Ende der tagesklinischen Behandlung wurde der weitere Informations- und Unterstützungsbedarf durch Beratungsstellen lediglich von 25,8% (N=16) der 62 Patienten, die die Entlassungsdokumentation ausfüllten, bejaht. Bei 71% (N=44) konnte während der tagesklinischen Behandlung das Informationsbedürfnis und die Planung der weiteren Behandlung, soweit gewünscht, ausreichend organisiert werden. Zwei Patienten machten hierzu keine Angaben. Das Wahrnehmen von Terminen bei Beratungsstellen während der tagesklinischen Behandlung wurde ausdrücklich gefördert.

6.2.5.2 Motivation für einen Wechsel in Übergangseinrichtungen

Bezüglich Übergangseinrichtungen wurde von den Behandlern in 92,3% (N=60) der Patienten keine Indikation gesehen, bei 7,7% (N=5) wurde eine Empfehlung ausgesprochen, die von 3 Patienten abgelehnt wurde. Zwei Patienten wurden nahtlos in eine Übergangseinrichtung verlegt.

Bei der Entlassungsdokumentation haben neben den zwei Patienten, deren Verlegung nahtlos organisiert werden konnte, zwei weitere Patienten ihre Absicht bekundet, (zu einem späteren Zeitpunkt) ebenfalls in eine betreute Einrichtung zu wechseln.

6.2.5.3 Motivation für eine Langzeitentwöhnung

Bezüglich einer stationären Langzeittherapie wurde bei 40% (N=26) der Patienten eine Empfehlung der Mitarbeiter ausgesprochen. Von diesen 26 Patienten haben nach Angaben der Stationsärzte

- 9 Patienten eine Langzeittherapie abgelehnt,
- 12 Patienten bereits einen festen Aufnahmetermin zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Tagesklinik,
- 2 Patienten einen vagen Aufnahmetermin und
- 3 Patienten befanden sich noch im Stadium der Beantragung.

Bezogen auf die Behandlungsdauer stellt sich die beabsichtigte Inanspruchnahme einer stationären Langzeittherapie folgendermaßen dar:

	Gesamtkoll.		< 16 Tg.		> 15 Tg.	
	Rate	Anzahl	Rate	Anzahl	Rate	Anzahl
Ø Indikation	60%	39	54,5%	12	62,8%	27
Empfehlung	40%	26	45,5%	10	37,2%	16
Pat. dagegen	34,6%	9	40%	4	31,3%	5
Pat. motivierbar	65,4%	17	60%	6	68,7%	11
Σ	100%	26	100%	10	100%	16

Tabelle 10: Motivation zur Langzeittherapie in Abhängigkeit von der Therapiedauer

Auch bezüglich der Inanspruchnahme einer stationären Langzeittherapie zeigt sich bei den Patienten mit einer längeren tagesklinischen Behandlung eine höhere Rate, die Unterschiede sind aber nicht statistisch signifikant ($\chi^2 = 0,208$; $p > 0.1$ für den rot dargestellten Teil der Tabelle).

Die von den Patienten selbst in der Entlassungsdokumentation gemachten Angaben zur Langzeittherapie decken sich weitgehend mit den Angaben der Ärzte in deren Behandlungsdokumentation bei Entlassung.

6.2.5.4 *Motivation zur Kurzzeittherapie*

Bei keinem der 65 Patienten dieser Untersuchung wurde die Indikation für eine Kurzzeittherapie gestellt.

6.2.5.5 *Motivation zum Besuch von Selbsthilfegruppen*

Bezüglich des Besuches von Selbsthilfegruppen wurde bei 7,7% (N=5) der Patienten keine Empfehlung gegeben, vor allem wegen psychiatrischer Komorbidität. Von den anderen 60 Patienten (92,3%) haben gegenüber den behandelnden Ärzten

- 21 Patienten den Besuch von Selbsthilfegruppen abgelehnt,
- 23 Patienten zwar den Besuch geplant, aber noch keine passende Gruppe gefunden,
- 8 Patienten während der tagesklinischen Behandlungszeit „ihre“ Gruppe gefunden und
- bei 8 Patienten bestand schon vor der Behandlung eine Gruppenzugehörigkeit.

In der von den (N=62) Patienten ausgefüllten Entlassungsdokumentation lagen die Angaben ganz ähnlich:

- 26 Patienten lehnten einen Besuch von Selbsthilfegruppen ab,
- 34 planten den weiteren oder zukünftigen Besuch von Selbsthilfegruppen,
- 2 Patienten machten keine Angaben.

Auch bei der Motivation zum Besuch einer Selbsthilfegruppe zeigt sich erneut eine höhere Rate bei den Patienten mit längerer tagesklinischer Behandlungsdauer:

	Gesamtkoll.		< 16 Tg.		> 15 Tg.	
	Rate	Anzahl	Rate	Anzahl	Rate	Anzahl
Ø Indikation	7,7%	5	13,6%	3	4,7%	2
Empfehlung	92,3%	60	86,4%	19	95,3%	41
Pat. dagegen	35%	21	42,1%	8	31,7%	13
Pat. motivierbar	65%	39	57,9%	11	68,3%	28
Σ	100%	60	100%	19	100%	41

Tabelle 11: Motivation zum Besuch von Selbsthilfegruppen in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer

Die Unterschiede sind aber statistisch nicht signifikant ($\chi^2 = 0,617$; $p > 0.1$ für den rot dargestellten Teil der Tabelle).

6.3 Vergleich tagesklinisch behandelter Patienten mit Patienten aus stationären Entzugsbehandlungen

Zur Untersuchung der Frage, ob sich durch die Indikationsstellung zur integrierten tagesklinischen Behandlung Selektionseffekte ergeben, wird die zuvor deskriptiv dargestellte Patientengruppe mit Patienten verglichen, die in drei verschiedenen Krankenhäusern eine qualifizierte Entzugsbehandlung durchgeführt haben. Die Vergleichskrankenhäuser wurden in Abschnitt 3.2.2 beschrieben.

Gruppe 1: 65 Patienten einer speziellen Station für qualifizierten Alkoholentzug der Psychiatrischen Klinik des Universitätskrankenhauses Eppendorf in Hamburg mit städtischem Einzugsgebiet (**UKE-PS.5**).

Gruppe 2: 70 Patienten einer speziellen Station für qualifizierten Alkoholentzug des Heinrich-Sengemann-Krankenhauses, eines Fachkrankenhauses für Psychiatrie mit überwiegend ländlichem Einzugsgebiet (**HSK-Ausweg**).

Gruppe 3: 63 Patienten der Internistischen Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf in Hamburg, die stationsübergreifend eine qualifizierte Entzugsbehandlung absolvierten (**EKA.Int.**).

Gruppe 4: 65 Patienten der integrierten Tagesklinik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd mit städtischem und ländlichem Einzugsgebiet (**TK-Marburg**).

6.3.1 Vergleich der Patientengruppen auf Unterschiede in prognostischen Parametern und Folgeschäden

Zur Beantwortung der Frage, ob sich die Patientengruppen bezüglich der Schwere der Erkrankung unterscheiden, sollen die in Kapitel 3.2.2.1 dargestellten Parameter verglichen werden:

6.3.1.1 Trinkmenge

Die Angaben der Patienten zu ihrem durchschnittlichen Alkoholkonsum in „nassen“ Zeiten ergaben für die vier Vergleichsgruppen folgende Ergebnisse:

	N	Mittelwert	St.-Abw.	Min	Max
UKE-PS.5	65	224,9	58,0	90	360
HSK-Ausweg	70	210,1	74,8	90	470
EKA.Int.	63	211,1	66,3	60	370
TK-Marburg	64	223,9	59,0	60	470

Tabelle 12: Trinkmengen in ml Alkohol pro Tag

Der Vergleich der mittleren Rangplätze erbrachte keine statistisch signifikanten Unterschiede (Kruskal-Wallis-H-Test: $\chi^2 = 4,8$; $p = 0,18$). Das bedeutet, daß sich die Patienten der vier Kollektive in ihren täglichen Trinkmengen nicht unterscheiden.

6.3.1.2 Index für chronisch mehrfach geschädigte Alkoholabhängige nach Hilge und Schulz

Die Berechnung des CMA-Index nach Hilge und Schulz (siehe Kap. 3.2.2.1) erbrachte folgende Ergebnisse:

	N	Mittelwert	St.-Abw.	Min	Max (von 11 möglichen)
UKE-PS.5	65	1,52	1,31	0	6
HSK-Ausweg	70	1,67	1,68	0	7
EKA.Int.	63	1,57	1,48	0	7
TK-Marburg	65	1,52	1,39	0	7

Tabelle 13: CMA-Index nach Hilge und Schulz

Der Vergleich der mittleren Rangplätze erbrachte keine statistisch signifikanten Unterschiede (Kruskal-Wallis-H-Test: $\chi^2 = 0,01$; $p = 0,999$). Die Merkmale für chronisch mehrfach geschädigte Alkoholabhängige waren bei den tagesklinisch behandelten Patienten etwa gleich häufig wie bei den Patienten im stationären qualifizierten Entzug.

Die Dichotomisierung des CMA-Index nach dem Vorschlag von Hilge und Schulz in Untergruppen mit Werten von 0 bis 3 („Nicht-CMAL“) und von 4 bis 7 („CMAL“) erbrachte folgende Ergebnisse:

Index	UKE-PS5	HSK-Ausweg	EKA.Int	TK-Marburg
0 - 3	N = 60	N = 59	N = 58	N = 62
	92,3 %	84,3 %	92,1 %	95,4 %
4 - 7	N = 5	N = 11	N = 5	N = 3
	7,7 %	15,7 %	7,9 %	4,6 %

Tabelle 14: CMA-Index nach Hilge und Schulz, dichotomisiert

Trotz der geringen Fallzahlen in der CMAL-Gruppe sind die statistischen Berechnungen interpretierbar (Minimum expected frequency: 5,749) und ergaben folgende Ergebnisse: Pearson's $\chi^2 = 5,527$; 3 Freiheitsgrade; $p = 0.137$. Damit sind die Unterschiede des Anteils von chronisch mehrfachgeschädigten Alkoholabhängigen statistisch nicht signifikant. Auch hier zeigt sich, daß in der Marburger Tagesklinik nicht signifikant weniger Patienten mit Merkmalen für chronische Mehrfachschädigung behandelt wurden wie in stationären Entzugsbehandlungen.

6.3.1.3 Prognoseindex nach Schulz

Die Berechnung des Prognoseindex nach Schulz (siehe Abschnitt 3.2.2.1) erbrachte folgende Ergebnisse:

	N	Mittelwert	St.-Abw.	Min	Max (von 12 möglichen)
UKE-PS.5	65	3,71	2,31	0	10
HSK-Ausweg	70	2,44	1,94	0	7
EKA.Int.	63	2,57	1,97	0	8
TK-Marburg	65	3,75	2,16	0	9

Tabelle 15: Prognoseindex nach Schulz

Der Vergleich der mittleren Rangplätze erbrachte folgende Ergebnisse:

	N	mittlerer Rangplatz
UKE-PS.5	65	152,04
HSK-Ausweg	70	109,48
EKA.Int.	63	112,70
TK-Marburg	65	154,92

Tabelle 16: Mittlere Rangplätze des Prognoseindex nach Schulz

Die Patientengruppen der psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg Eppendorf und der Marburger Tagesklinik haben deutlich höhere Indexwerte, die statistisch hochsignifikant sind (Kruskal-Wallis-H-Test: $\chi^2 = 21,04$; $p = 0,0001$). Das bedeutet, daß die Patienten der TK-Marburg und des UKE eine wesentlich ungünstigere Prognose in bezug auf Rückfälligkeit und Suchtverlauf haben als die Patienten der beiden anderen Vergleichskrankenhäuser.

Die Dichotomisierung des Prognoseindex nach dem Vorschlag von Schulz in Untergruppen mit Werten von 0 bis 4 und von 5 bis 10 erbrachte folgende Ergebnisse:

Index	UKE-PS5	HSK-Ausweg	EKA.Int	TK-Marburg
0 - 4	N = 45 69,2 %	N = 58 82,9 %	N = 53 84,1 %	N = 45 69,2 %
5 - 10	N = 20 30,8 %	N = 12 17,1 %	N = 10 15,9 %	N = 20 30,8 %

Tabelle 17: Prognoseindex nach Schulz, dichotomisiert

Die statistischen Berechnungen ergaben folgende Ergebnisse: Pearson's $\chi^2 = 7,416$; 3 Freiheitsgrade; $p = 0.5975$. Das bedeutet, daß sich in der Dichotomisierung der Indexwerte die zuvor gefundenen Unterschiede statistisch nicht mehr abbilden. Aus den verschiedenen Ergebnissen läßt sich daher schließen, daß in den Gruppen der Patienten mit Indexwerten von 5 bis 10 in den vier Institutionen erhebliche Unterschiede bestehen müssen, konkret weisen die Patienten der Marburger Tagesklinik und des UKE mehr verlaufsungünstige Merkmale auf.

6.3.1.4 Sozialindex nach Hoffmann et al.

Die Berechnung des Sozialindex nach Hoffmann (siehe Kap. 3.2.2.1) ergab folgende Ergebnisse:

	N	Mittelwert	St.-Abw.	Min	Max (von theoretisch 4)
UKE-PS.5	65	2,14	0,88	0	3,75
HSK-Ausweg	70	2,28	1,00	0,25	4,0
EKA.Int.	63	2,18	0,90	0	3,75
TK-Marburg	65	2,03	1,06	0	4,0

Tabelle 18: Sozialindex nach Hoffmann et al.

Der Vergleich der mittleren Rangplätze erbrachte keine statistisch signifikanten Unterschiede (Kruskal-Wallis-H-Test: $\chi^2 = 2,77$; $p = 0,429$). Das bedeutet, daß sich die vier Patientenkollektive nicht in sozialen Parametern unterscheiden, die sich für die Verlaufsprognose bei entwöhnungsbehandelten Patienten als relevant erwiesen hatten.

6.3.1.5 Suchtfolgeschäden

In der nachfolgenden Tabelle 19 sind die Häufigkeiten der von den Patienten angegebenen Suchtfolgeschäden, die insgesamt bisher aufgetreten sind, zusammengestellt. Tabelle 20 zeigt das Ergebnis der Berechnung der mittleren Rangplätze der Suchtfolgeschäden.

	N	Mittelwert	St.-Abw.	Min	Max
UKE-PS.5	63	1,90	2,08	0	10
HSK-Ausweg	66	1,15	1,36	0	6
EKA.Int.	63	1,41	1,61	0	7
TK-Marburg	65	1,15	1,55	0	7

Tabelle 19: Gesamtsumme der Folgeschäden

	N	mittlerer Rangplatz
UKE-PS.5	63	146,82
HSK-Ausweg	66	121,24
EKA.Int.	63	131,36
TK-Marburg	65	117,32

Tabelle 20: Mittlere Rangplätze der gesamten Suchtfolgeschäden

Die statistischen Berechnungen ergaben für die gefundenen Unterschiede keine statistische Signifikanz (Kruskal-Wallis-H-Test: $\chi^2 = 6,546$; $p = 0,088$), sondern sie können lediglich als Tendenz geringerer Suchtfolgeschäden der tagesklinisch behandelten Patienten interpretiert werden.

Neben der Gesamtsumme der Suchtfolgeschäden wurde die Häufigkeit der Folgeschäden, die einer stationären Behandlung bedurften, separat berechnet. In der nachfolgenden Tabelle 21 sind die Ergebnisse zusammengefaßt:

	N	Mittelwert	St.-Abw.	Min	Max
UKE-PS.5	63	1,08	1,76	0	9
HSK-Ausweg	66	1,53	1,0	0	5
EKA.Int.	63	1,92	1,46	0	7
TK-Marburg	65	1,65	1,1	0	5

Tabelle 21: Suchtfolgeschäden, die stationärer Behandlung bedurften

Die Berechnung der mittleren Rangplätze erbrachte keine statistisch signifikanten Unterschiede (Kruskal-Wallis-H-Test: $\chi^2 = 3,839$; $p = 0,279$).

6.3.1.6 Medikamentenprobleme

Die über den FAB erfaßte Häufigkeit von Medikamentenproblemen in den vier untersuchten Patientenkollektiven gibt Tabelle 22 wieder, die Ergebnisse der Berechnung der mittleren Rangplätze ist in Tabelle 23 dargestellt.

	N	Mittelwert	St.-Abw.	Min	Max
UKE-PS.5	65	1,78	2,80	0	8
HSK-Ausweg	70	0,79	1,82	0	6
EKA.Int.	63	0,87	1,97	0	7
TK-Marburg	65	1,75	2,92	0	8

Tabelle 22: Häufigkeit von Medikamentenproblemen

	N	mittlerer Rangplatz
UKE-PS.5	65	145,05
HSK-Ausweg	70	120,04
EKA.Int.	63	122,59
TK-Marburg	65	140,95

Tabelle 23: Mittlere Rangplätze der Medikamentenprobleme

Medikamentenprobleme sind bei den Patienten, die in der psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf und in der Marburger Tagesklinik behandelt wurden, häufiger als in den beiden anderen Kliniken. Sie stellen einen prognostisch ungünstigen Faktor dar (P. Schulz 2000). Die Überprüfung auf Signifikanz ergab, daß die gefundenen Unterschiede statistisch signifikant sind (Kruskal-Wallis-H-Test: $\chi^2 = 9,403$; $p = 0.024$).

6.3.2 Vergleich der Patientengruppen auf Unterschiede in Coping-Strategien (SVF)

6.3.2.1 Schuldabwehr

Die Berechnungen zur Schuldabwehr brachten für die vier Kollektive folgende Ergebnisse:

	N	Mittelwert	St.-Abw.	Min	Max
UKE-PS.5	63	101,29	9,27	78	116
HSK-Ausweg	69	101,48	8,54	77	115
EKA.Int.	62	102,44	8,82	81	119
TK-Marburg	65	101,60	9,09	83	126

Tabelle 24: Standardwerte Faktor „Schuldabwehr“

Die vier Kollektive unterscheiden sich statistisch nicht in ihren Standardwerten zur Schuldabwehr (Kruskal-Wallis-H-Test: $\chi^2 = 0,83$; $p = 0,84$). Die Ergebnisse liegen nur gering über den Durchschnittswerten (100) der Standardisierungskollektive. Das bedeutet, daß sich Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen in diesen Subtests nicht oder nur unbedeutend von anderen Kollektiven unterscheiden.

6.3.2.2 Problemkontrolle

Die Zusammenfassung der Subtests 7 (Situationskontrollversuche), 8 (Reaktionskontrollversuche) und 9 (positive Selbstinstruktion) des SVF zum Faktor Problemkontrolle (entsprechend Abschnitt 3.2.2.2) erbrachte bei den vier untersuchten Kollektiven folgende Ergebnisse:

	N	Mittelwert	St.-Abw.	Min	Max
UKE-PS.5	63	99,73	9,24	82	121
HSK-Ausweg	69	98,54	9,47	75	120
EKA.Int.	62	101,03	11,38	76	121
TK-Marburg	65	95,69	9,99	75	121

Tabelle 25: Standardwerte Faktor „Problemkontrolle“

Die Ergebnisse der Berechnung der mittleren Rangplätze für die Standardwerte bezüglich des Faktors Problemkontrolle zeigt Tabelle 26:

	N	mittlerer Rangplatz
UKE-PS.5	65	138,27
HSK-Ausweg	70	128,93
EKA.Int.	63	146,85
TK-Marburg	65	107,04

Tabelle 26: Mittlere Rangplätze für den Faktor Problemkontrolle

Die tagesklinisch behandelten Patienten haben die niedrigsten Werte für die Subtests des SVF, die sich auf die Kontrolle einer Belastungssituation oder der hierdurch auftretenden Reaktionen beziehen. Die in der Tabelle dargestellten Unterschiede zwischen den Marburger Patienten und den drei Vergleichsgruppen sind mit $\chi^2 = 10,04$ und $p = 0.018$ im Kruskal-Wallis-H-Test statistisch signifikant. Die tagesklinisch behandelten Patienten sind eher hoffnungslos und neigen dazu, schneller aufzugeben. Diese Grundhaltung korreliert mit dem klinischen Eindruck des Verharrens in einer Opferrolle oder andersherum ausgedrückt fühlen sich die Patienten der Marburger Tagesklinik weniger in der Lage, Stresssituationen aktiv anzugehen und zu bewältigen.

6.3.2.3 Emotionskontrolle

Die Zusammenfassung der Subtests 12 (Fluchttendenz), 15 (Resignation) und 16 (Selbstbemitleidung) des SVF zum Faktor Emotionskontrolle (entsprechend Kap. 3.2.2.2) erbrachte bei den vier untersuchten Kollektiven folgende Ergebnisse:

	N	Mittelwert	St.-Abw.	Min	Max
UKE-PS.5	63	107,60	8,91	78	123
HSK-Ausweg	69	104,74	9,92	79	124
EKA.Int.	62	104,77	8,62	87	122
TK-Marburg	65	108,37	9,37	82	123

Tabelle 27: Standardwerte Faktor „Emotionskontrolle“

Die Berechnung für die mittleren Rangplätze erbrachte folgende Ergebnisse:

	N	mittlerer Rangplatz
UKE-PS.5	63	140,66
HSK-Ausweg	69	115,64
EKA.Int.	62	117,18
TK-Marburg	65	147,14

Tabelle 28: Mittlere Rangplätze für den Faktor Emotionskontrolle

Die in der Tabelle 28 dargestellten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen sind statistisch signifikant (Kruskal-Wallis-H-Test: $\chi^2 = 9,04$; $p = 0.029$). Sowohl die Patienten der Hamburger Universitätsklinik als auch der Marburger Tagesklinik beschreiben sich in diesem Test als emotional insuffizienter im Umgang mit Streß- oder Konfliktsituationen. Fluchttendenzen, Resignation und Selbstbemitleidung zur Reduzierung eines erhöhten Erregungsniveaus sind bei ihnen signifikant stärker ausgeprägt.

6.3.3 Vergleich der Patientengruppen auf Suizidalität und psychiatrische Komorbidität

6.3.3.1 Suizidalität

Bei der Frage nach dem Vorhandensein und der Häufigkeit von Suizidgedanken konnten die untersuchten Patienten zwischen den vier Kategorien „nie“, „selten“, „manchmal“ und „oft“ wählen. Die Ergebnisse gibt Tabelle 28 wieder.

Die statistischen Berechnungen ergaben folgende Ergebnisse: Pearson's $\chi^2 = 18,914$; 9 Freiheitsgrade; $p = 0.026$. Damit sind die in der Tabelle dargestellten Unterschiede zwischen den Kollektiven signifikant.

	UKE-PS5	HSK-Ausweg	EKA.Int	TK-Marburg
nie	N = 15 23,8 %	N = 35 50,0 %	N = 31 50,8 %	N = 24 36,9 %
selten	N = 17 27,0 %	N = 14 20,0 %	N = 15 24,6 %	N = 14 21,5 %
manch- mal	N = 17 27,0 %	N = 17 24,3 %	N = 8 13,1 %	N = 16 24,6 %
oft	N = 14 22,2 %	N = 4 5,7 %	N = 7 11,5 %	N = 11 16,9 %

Tabelle 29: Häufigkeit von Suizidgedanken

Das häufigere Vorkommen von Suizidgedanken in den untersuchten Kollektiven der psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg und der Marburger Tagesklinik findet seine Entsprechung auch in den Ergebnissen der Befragung der Patienten zu bereits erfolgten Suizidversuchen:

	UKE-PS5	HSK-Ausweg	EKA.Int	TK-Marburg
nein	N = 31 49,2 %	N = 55 78,6 %	N = 47 77,0 %	N = 46 70,8 %
ja	N = 32 50,8 %	N = 15 21,4 %	N = 14 23,0 %	N = 19 29,2 %

Tabelle 30: Suizidversuche in der Vorgeschichte

Die statistischen Berechnungen ergaben folgende Ergebnisse: Pearson's $\chi^2 = 16,512$; 3 Freiheitsgrade; $p = 0.0009$. Die Unterschiede zwischen den Kollektiven sind hochsignifikant. Über die Hälfte der Patienten der psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg hat bereits einen (oder mehrere) Suizidversuche unternommen. Während bei den anderen drei Kollektiven die Häufigkeit der Suizidversuche in der Vorgeschichte hinter der Häufigkeit von „manchmal“ und „oft“ vorhandenen Suizidgedanken mehr oder weniger zurück bleibt, haben möglicherweise viele Patienten der psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg mit häufigeren Suizidgedanken auch Suizidversuche durchgeführt.

Die Einschätzung der Suizidalität durch die behandelnden Stationsärzte gibt Tabelle 30 wieder, wobei die Antwortkategorien „nein“ und „nicht befundet“ einerseits sowie „aktuell“ und „jemals“ andererseits zusammengefaßt wurden.

	UKE-PS5	HSK-Ausweg	EKA.Int	TK-Marburg
nein	N = 41 64,1 %	N = 57 81,4 %	N = 48 76,2 %	N = 42 64,6 %
jemals/ aktuell	N = 23 35,9 %	N = 13 18,6 %	N = 15 23,8 %	N = 23 35,4 %

Tabelle 31: Einschätzung der Suizidalität durch die behandelnden Ärzte

In diesen Ergebnissen der Einschätzung der Suizidalität bestätigen sich die Angaben der Patienten zur Häufigkeit von Suizidgedanken: Danach ist die Suizidalität in den

Kollektiven der psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg und der Marburger Tagesklinik höher als in den beiden anderen Vergleichskollektiven. Statistisch sind diese Unterschiede aber nicht signifikant, sondern lediglich als Tendenz zu werten (Pearson's $\chi^2 = 7,347$; 3 Freiheitsgrade; $p = 0.062$).

6.3.3.2 Schwere Depression

Da Depressivität und Suizidalität hoch miteinander korrelieren, sind bei der Einschätzung des Vorhandenseins schwerer Depressionen ähnliche Ergebnisse zu erwarten wie bei der Suizidalität. Auch hier wurden die für die behandelnden Ärzte möglichen Antwortkategorien „nein“ und „nicht befundet“ einerseits sowie „jemals“ und „aktuell“ andererseits zusammengefaßt. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 32:

	UKE-PS5	HSK-Ausweg	EKA.Int	TK-Marburg
nein	N = 42 65,6 %	N = 63 90,0 %	N = 63 100 %	N = 46 70,8 %
jemals/ aktuell	N = 22 34,4 %	N = 7 10,0 %	N = 0	N = 19 29,2 %

Tabelle 32: Einschätzung von schwerer Depression durch die behandelnden Ärzte

Nach diesen Ergebnissen sind schwere Depressionen in den Kollektiven der psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg und der Marburger Tagesklinik deutlich häufiger vorhanden als in den beiden anderen Vergleichskollektiven. Während die in die gleiche Richtung weisenden Ergebnisse zur Häufigkeit von Suizidgedanken und zur Einschätzung der Suizidalität durch die behandelnden Ärzte nur auf dem 5%-Niveau signifikant beziehungsweise nur als Tendenz interpretierbar waren, sind die Ergebnisse zur Depression mit den beschriebenen Unterschieden der Kollektive hochsignifikant: Pearson's $\chi^2 = 33,563$; 3 Freiheitsgrade; $p < 0.00001$.

6.3.3.3 Neurosen / Persönlichkeitsstörungen

Die Einschätzung durch die behandelnden Ärzte, ob eine Neurose oder Persönlichkeitsstörung zusätzlich zur Suchterkrankung vorliege, erfolgte ebenso wie die Einschätzung der Depressionen aufgrund des psychopathologischen Befundes, des klinischen Eindrucks und der Anamnese. Auch hier wurden die vier möglichen Antwortkategorien in der gleichen Weise, wie zuvor beschrieben, zusammengefaßt.

	UKE-PS5	HSK-Ausweg	EKA.Int	TK-Marburg
nein	N = 45 70,3 %	N = 60 85,7 %	N = 61 96,8 %	N = 15 23,1 %
jemals/ aktuell	N = 19 29,7 %	N = 10 14,3 %	N = 2 3,2 %	N = 50 76,9 %

Tabelle 33: Einschätzung von neurotischen und Persönlichkeitsstörungen durch die behandelnden Ärzte

Aus der Tabelle geht hervor, daß die Ärzte der Marburger Tagesklinik deutlich häufiger bei den von ihnen behandelten Patienten die zusätzliche Diagnose einer Neurose oder Persönlichkeitsstörung stellen als in den drei Vergleichskliniken. Die gefundenen Unterschiede sind statistisch hochsignifikant (Pearson's $\chi^2 = 96,227$; 3 Freiheitsgrade; $p < 0.00001$), so daß hier von einer Besonderheit in der diagnostischen Einschätzung in Marburg auszugehen ist.

6.3.3.4 Psychiatrische Vorbehandlung

Bei der Frage nach psychiatrischer Vorbehandlung, die wegen einer anderen, nicht suchtbedingten Erkrankung erforderlich geworden war, waren den Patienten die Antwortmöglichkeiten „nein“, „nur ambulant“, „nur stationär“ sowie „ambulant und stationär“ vorgegeben. Die beiden letzten Kategorien wurden für die Auswertung zusammengefaßt.

	UKE-PS5	HSK-Ausweg	EKA.Int	TK-Marburg
nein	N = 36 57,1 %	N = 58 82,9 %	N = 51 82,3 %	N = 42 64,6 %
nur	N = 7 11,1 %	N = 6 8,6 %	N = 5 8,1 %	N = 6 9,2 %
ambulant				
stationär	N = 20 31,7 %	N = 6 8,6 %	N = 6 9,7 %	N = 17 26,2%

Tabelle 34: Psychiatrische Vorbehandlungen wegen nicht suchtbedingter Störungen

Die Patienten der Hamburger Universitätsklinik und der Marburger Tagesklinik sind sehr signifikant häufiger wegen nicht suchtbedingter Störungen in psychiatrischer Behandlung gewesen (Pearson's $\chi^2 = 18,937$; 6 Freiheitsgrade; $p = 0.00427$). Dieses Ergebnis stimmt mit der Tendenz überein, die durch die zuvor dargestellten Ergebnisse zur Suizidalität und psychiatrischen Komorbidität sich abzeichnete.

6.3.4 Behandlungserfahrungen (subjektive Einschätzungen)

Die Ergebnisse des Vergleichs der vier untersuchten Kollektive zur Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Behandlung entsprechend den in Abschnitt 3.2.2.3 aufgeführten Skalen der EBE-Items geben die folgenden Tabellen 35 bis 42 wieder. Niedrige Skalenwerte bedeuten positive Behandlungserfahrungen.

Die Skala „Krankheitseinsicht“ fragt nach dem Vorhandensein eines subjektiven Krankheitskonzeptes und nach der Einstellung zur weiteren Behandlungsnotwendigkeit.

	N	mittlerer Rangplatz
UKE-PS.5	65	132,39
HSK-Ausweg	70	121,79
EKA.Int.	60	126,28
TK-Marburg	57	125,80

Tabelle 35: Mittlere Rangplätze zur Behandlungserfahrung: Krankheitseinsicht

Die höheren Werte der Patienten des Universitätsklinikums Eppendorf deuten auf eine im Vergleich geringere Förderung von Krankheitseinsicht und eine erhöhte Abwehrhaltung gegenüber dem eigenen Trinken und der Abhängigkeitserkrankung hin, doch die Unterschiede sind nicht signifikant (Kruskal-Wallis-H-Test: $\chi^2 = 0,744$; $p = 0.863$).

Die Skala „Information“ erfaßt die Bewertung der Aufklärung über die Aspekte der Entwicklung, Ausprägung und Auswirkungen der Abhängigkeitserkrankung sowie über die weiterführenden Behandlungsmöglichkeiten.

	N	mittlerer Rangplatz
UKE-PS.5	65	127,22
HSK-Ausweg	70	134,37
EKA.Int.	60	101,07
TK-Marburg	57	142,78

Tabelle 36: Mittlere Rangplätze zur Behandlungserfahrung: Information

Die aus der Tabelle ersichtlichen Unterschiede, wonach die Patienten der Marburger Tagesklinik am unzufriedensten mit den erhaltenen Informationen über ihre Abhängigkeitserkrankung waren, sind fast sehr signifikant (Kruskal-Wallis-H-Test: $\chi^2 = 11,267$; $p = 0.0104$).

Die Skala „Mitpatienten“ enthält Items, die die durch die Mitpatienten vermittelte Stationsatmosphäre erfassen.

	N	mittlerer Rangplatz
UKE-PS.5	65	127,86
HSK-Ausweg	70	123,36
EKA.Int.	60	126,22
TK-Marburg	57	129,10

Tabelle 37: Mittlere Rangplätze zur Behandlungserfahrung: Mitpatienten

Die Unterschiede zur Bewertung der Behandlungserfahrungen im Kontakt mit den Mitpatienten sind nicht signifikant (Kruskal-Wallis-H-Test: $\chi^2 = 0,233$; $p = 0.972$).

Die Skala „Personal“ erfaßt die Beurteilung der Interaktionen zwischen Patienten und den verschiedenen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen der Stationen. In Anbetracht gesellschaftlich verbreiteter Vorurteile gegenüber Suchtkranken erscheint das Gefühl von Akzeptanz in einer Therapiesituation von besonderer Bedeutung für die Compliance und Behandlungsmotivation.

	N	mittlerer Rangplatz
UKE-PS.5	65	134,65
HSK-Ausweg	70	131,34
EKA.Int.	60	118,75
TK-Marburg	57	119,42

Tabelle 38: Mittlere Rangplätze zur Behandlungserfahrung: Personal

Die aus der Tabelle ersichtlichen Unterschiede in bezug auf die Behandlungserfahrungen mit dem Stationspersonal sind nicht signifikant (Kruskal-Wallis-H-Test: $\chi^2 = 2,419$; $p = 0.490$).

Ein niedriger Wert bei der Skala „Programm“ drückt eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit den angebotenen Therapien und den vorhandenen Stationsregeln aus.

	N	mittlerer Rangplatz
UKE-PS.5	65	135,11
HSK-Ausweg	70	126,31
EKA.Int.	60	119,17
TK-Marburg	57	124,63

Tabelle 39: Mittlere Rangplätze zur Behandlungserfahrung: Programm

Auch die Behandlungserfahrungen mit dem Therapieprogramm zeigen keine signifikanten Unterschiede (Kruskal-Wallis-H-Test: $\chi^2 = 1,580$; $p = 0.664$).

Die Skala „Ausstattung“ bewertet die räumlichen Gegebenheiten, die den Patienten während der Behandlung zur Verfügung stehen.

	N	mittlerer Rangplatz
UKE-PS.5	65	148,78
HSK-Ausweg	70	134,15
EKA.Int.	60	108,27
TK-Marburg	57	110,89

Tabelle 40: Mittlere Rangplätze zur Behandlungserfahrung: Ausstattung

Die aus der Tabelle 40 ersichtlichen Unterschiede in der Bewertung der Ausstattung sind sehr signifikant (Kruskal-Wallis-H-Test: $\chi^2 = 13,481$; $p = 0,0037$), wonach die Patienten der Marburger Tagesklinik und des internistischen Krankenhauses die Ausstattung deutlich besser bewerten, als die des Universitätskrankenhauses Eppendorf und des Heinrich-Sengelmann-Krankenhauses. Niedrige Werte auf dieser Skala entsprechen nicht nur einer positiven Beurteilung der räumlichen Stationsausstattung, sondern auch des Erlebens von Schutz und Sicherheit bezüglich des Kontaktes mit Alkohol oder rückfallauslösender Situationen.

Die Skala „Allgemeine Bewertung“ enthält Items zur medizinischen Betreuung, zum Nutzen und Erfolg der Behandlung und zu den Fragen der erneuten Kontaktierung oder Weiterempfehlung der Behandlungsstätte.

	N	mittlerer Rangplatz
UKE-PS.5	65	139,39
HSK-Ausweg	70	152,99
EKA.Int.	60	99,96
TK-Marburg	57	107,20

Tabelle 41: Mittlere Rangplätze zur Behandlungserfahrung: Allgemeine Bewertung

Die Unterschiede in den Items zur „Allgemeinen Bewertung“ sind hoch signifikant (Kruskal-Wallis-H-Test: $\chi^2 = 24,454$; $p = 0.000$). Auch hier geben die Patienten der Marburger Tagesklinik eine bessere Bewertung ab als die Patienten des Heinrich-Sengelmann-Krankenhauses und der Station P5 des Universitätskrankenhauses Eppendorf. In den Items dieser Skala wird neben der Beurteilung der medizinischen Betreuung danach gefragt, ob die Behandlung insgesamt als nützlich und hilfreich erlebt wurde und dementsprechend erneut genutzt und auch weiterempfohlen würde.

Die sehr und hoch signifikanten Ergebnisse bei den Skalen Ausstattung und Allgemeine Bewertung, bei denen die Patienten der Inneren Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Alstertor und der Marburger Suchttagesklinik bessere Bewertungen vergaben als die Patienten des Universitätskrankenhauses Eppendorf und des Heinrich-Sengelmann-Krankenhauses, finden sich auch in der Gesamtbewertung wieder.

	N	mittlerer Rangplatz
UKE-PS.5	65	139,82
HSK-Ausweg	70	136,71
EKA.Int.	60	106,84
TK-Marburg	57	119,47

Tabelle 42: Mittlere Rangplätze zur Behandlungserfahrung: Gesamt-Mittelwert

Die Unterschiede zwischen den vier Kollektiven in der Gesamtbewertung der Behandlung sind auf dem 5%-Niveau signifikant (Kruskal-Wallis-H-Test: $\chi^2 = 8,437$; $p = 0.0378$).

6.3.5 Planungen zur suchtspezifischen Weiterbehandlung

Kurz vor Entlassung wurden die Patienten zu ihren Planungen bezüglich der nachfolgenden Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen befragt. Die Ergebnisse sind nachfolgend aufgeführt.

6.3.5.1 Teilnahme an Selbsthilfegruppen

Die Aussage „Ich werde anschließend regelmäßig in eine Selbsthilfegruppe gehen“ wurde folgendermaßen beantwortet:

	UKE-PS5	HSK-Ausweg	EKA.Int	TK-Marburg
nein	N = 10 15,6 %	N = 7 10,0 %	N = 4 6,5 %	N = 26 43,3 %
ja	N = 54 84,4 %	N = 63 90,0 %	N = 58 93,5 %	N = 34 56,7 %

Tabelle 43: Geplanter Besuch von Selbsthilfegruppen

Die statistische Berechnung ($\chi^2 = 34,415$, $df = 3$, $p < 0.0001$) zeigt, daß die geringere Bereitschaft zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen bei den Patienten der Marburger Tagesklinik hochsignifikant ist. Der Anteil der Marburger Patienten, der zur Teilnahme entschlossen ist und bereits eine feste Gruppe vor der tagesklinischen Behandlung hatte oder während der Behandlung fand, ist etwa gleich groß wie in den Vergleichskliniken:

	UKE-PS5	HSK-Ausweg	EKA.Int	TK-Marburg
Gruppe	N = 20	N = 36	N = 16	N = 14
suchen	38,5 %	57,1 %	33,3 %	41,2 %
feste	N = 32	N = 27	N = 32	N = 20
Gruppe	61,5 %	42,9 %	66,7 %	58,8 %

Tabelle 44: Stand der Vorbereitung zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen

Von dem Kollektiv des Heinrich-Sengemann-Krankenhauses haben tendenziell weniger Patienten eine feste Selbsthilfegruppe gefunden ($\chi^2 = 7,393$, $df = 3$, $p = 0.0604$).

6.3.5.2 Planung einer Entwöhnungsbehandlung

Die Aussage in dem Fragebogen „Ich habe einen Antrag gestellt für eine Entwöhnungsbehandlung“ wurde folgendermaßen beantwortet:

	UKE-PS5	HSK-Ausweg	EKA.Int	TK-Marburg
nein	N = 49	N = 42	N = 30	N = 44
	76,6 %	60,0 %	49,2 %	71,0 %
ja	N = 15	N = 28	N = 31	N = 18
	23,4 %	40,0 %	50,8 %	29,0 %

Tabelle 45: Antragstellung für eine Entwöhnungsbehandlung

Die Patienten der Hamburger Universitätsklinik und der Marburger Tagesklinik haben deutlich seltener einen Antrag auf eine Entwöhnungsbehandlung gestellt als die Patienten der anderen beiden Vergleichskliniken. Die aus der Tabelle 45 ablesbaren Unterschiede sind statistisch sehr signifikant ($\chi^2 = 12,016$, $df = 3$, $p = 0.0073$). Von den Patienten, die einen Antrag auf Entwöhnungsbehandlung gestellt haben, hat nur ein kleiner Teil (UKE-PS5 = 6,6 %; HSK-Ausweg = 14,3 %; EKA.Int = 19,6%; TK-Marburg = 17,7%) bereits einen festen Aufnahmetermin. Die Unterschiede zwischen den Kliniken sind statistisch nicht signifikant ($\chi^2 = 4,838$, $df = 3$, $p = 0.184$).

6.3.5.3 Planung einer ambulanten Therapie

Die Antworten auf die Aussage „Ich werde eine ambulante Therapie machen“ zeigen ein umgekehrtes Ergebnis: Die Patienten der Marburger Tagesklinik und des Hamburger Universitätsklinikums entschieden sich häufiger für eine ambulante Therapie:

	UKE-PS5	HSK-Ausweg	EKA.Int	TK-Marburg
nein	N = 33 51,6 %	N = 49 70,0 %	N = 37 64,9 %	N = 29 46,8 %
ja	N = 31 48,4 %	N = 21 30,0 %	N = 20 35,1 %	N = 33 53,2 %

Tabelle 46: Planung einer ambulanten Therapie

Die in der Tabelle 46 ablesbaren Unterschiede sind statistisch signifikant ($\chi^2 = 9,559$, $df = 3$, $p = 0.0227$). Bei genauerer Betrachtung, wo die Patienten eine ambulante Therapie absolvieren möchten, wird deutlich, wodurch der hohe Anteil von Patienten der Marburger Tagesklinik bewirkt wird, die eine ambulante Therapie planen:

	UKE-PS5	HSK-Ausweg	EKA.Int	TK-Marburg
Beratungsstelle	N = 20 64,5 %	N = 18 90,0 %	N = 12 70,6 %	N = 5 15,2 %
Psychotherapie	N = 11 35,5 %	N = 2 10,0 %	N = 5 29,4 %	N = 2 6,1 %
eigene Ambulanz				N = 26 78,8 %

Tabelle 47: Art der ambulanten Therapie

Die Zahlen sind statistisch nicht auswertbar, sie geben aber einen wichtigen Hinweis auf die versorgungsrelevante Bedeutung einer Suchtambulanz mit enger therapeutischer Verzahnung mit stationären Behandlungsstrukturen (siehe Kapitel 4.1 und Abbildung 1).

Der Bedarf an weiterer Information und Unterstützung durch eine Beratungsstelle wurde folgendermaßen beurteilt:

	UKE-PS5	HSK-Ausweg	EKA.Int	TK-Marburg
nein	N = 30 46,9 %	N = 37 52,9 %	N = 22 37,9 %	N = 44 73,3 %
ja	N = 34 53,1 %	N = 33 47,1 %	N = 36 62,1 %	N = 16 26,7 %

Tabelle 48: Bedarf an Unterstützung durch eine Suchtberatungsstelle

Die Patienten der Marburger Tagesklinik sehen für sich sehr signifikant weniger ($\chi^2 = 16,197$, $df = 3$, $p = 0.00103$) die Notwendigkeit für weitere Informationen und Unterstützung durch Suchtberatungsstellen. Die Suchtambulanz der Marburger Klinik führt keine Beantragungen für Entwöhnungsbehandlungen und keine ambulanten Entwöh-

nungsbehandlungen durch; in diesen Fällen wird auf die örtlichen Suchtberatungsstellen verwiesen, mit denen ein enger Kontakt und Austausch besteht.

6.3.5.4 Planung der Aufnahme in ein Übergangwohnheim oder betreutes Wohnen

Die Aussage „Ich werde in ein Übergangwohnheim / betreutes Wohnen gehen“ wurde nur von 4 Patienten (6,5 %) des Marburger Kollektivs zustimmend beantwortet. Ähnlich niedrig lag die Quote im Kollektiv der Hamburger Universitätsklinik, während sich in den beiden anderen Krankenhäusern deutlich mehr Patienten für diese Form der suchtspezifischen Nachsorge entschied:

	UKE-PS5	HSK-Ausweg	EKA.Int	TK-Marburg
nein	N = 58 90,6 %	N = 57 82,6 %	N = 48 78,7 %	N = 58 93,5 %
ja	N = 6 9,4 %	N = 12 17,4 %	N = 13 21,3 %	N = 4 6,5 %

Tabelle 49: Planung der Aufnahme in eine Übergangseinrichtung oder in das betreute Wohnen.

Die aus der Tabelle 49 ablesbaren Unterschiede sind als Tendenz interpretierbar ($\chi^2 = 7,569$, $df = 3$, $p = 0.0559$), wobei sich die Kollektive 1 und 4 einerseits sowie 2 und 3 andererseits nur wenig unterscheiden.

7 Diskussion

7.1 Methodik der Untersuchung

Da die vorliegende Untersuchung auf epidemiologische Aspekte und Fragen der Strukturqualität fokussiert, wurde ein Erhebungsinstrumentarium gewählt, mit dem Entgiftungspatienten in anderen Kliniken bereits untersucht worden waren. Während Selbstaussagen von Suchtpatienten in Studien mehrfach untersucht und als hinreichend valide und reliabel akzeptiert werden (Küfner, Feuerlein, Huber 1988), können sich bei der ärztlichen Behandlungsdokumentation Verzerrungen durch unterschiedliche Vorerfahrungen aufgrund der beruflichen Ausbildung sowie verschiedener diagnostischer Gewohnheiten ergeben, da neben objektiven Daten auch subjektive Einschätzungen erfragt wurden. Da es sich bei den Vergleichskliniken sowohl um zwei psychiatrische als auch um eine internistische Abteilung handelt, sind die Unterschiede der beurteilenden Ärzte aufgrund ihrer bisherigen beruflichen Sozialisation evident. Da in psychiatrischen Landeskrankenhäusern die Routinediagnostik überwiegend von der klinischen Psychopathologie und dem klinischen Eindruck geprägt ist und nicht über mehr oder weniger standardisierte Erhebungsinstrumente erfolgt, können sich hier leichter institutionelle Diagnosegewohnheiten entsprechend dem Arbeitsschwerpunkt und der Prioritätensetzung der leitenden Ärzte etablieren. Dieses Phänomen wird insbesondere bei der Diskussion der Ergebnisse zur Einschätzung psychiatrischer Komorbidität zu berücksichtigen sein.

Unter den methodischen Fragen und Problemen bei Studien mit Suchtpatienten kommt möglichen Selektionsfaktoren eine erhebliche Bedeutung zu (Schwoon 1989; Sonntag, Künzel 2000). Unterschiedliche Wartezeiten, Anmeldeprozeduren und Aufnahmebedingungen können Patienten von einer Teilnahme an einer Studie ebenso ausschließen wie Rahmenbedingungen der Studie und Umgang mit frühzeitigen Behandlungsabbrüchen. In den beiden psychiatrischen Vergleichskliniken dieser Studie wurde nach Anmeldung und Warteliste aufgenommen, in der internistischen Abteilung der dritten Vergleichsklinik gab es zwar keine Anmelde- und Warteliste, aber doch bei einigen Patienten einige Tage Wartezeit (Schulz 2000). Der Aufnah-

memodus wurde daher in allen drei Vergleichskliniken als ungefähr gleichrangig niederschwellig angesehen. Für eine stationäre oder tagesklinische Aufnahme in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd ist zwar eine Anmeldung erwünscht, aber nicht Voraussetzung. Je nach Bettenverfügbarkeit werden die Patienten sofort oder zu ihrem Wunschtermin aufgenommen, Wartezeiten bei Kapazitätsengpässen von einigen Tagen kommen aber durchaus vor. Notfälle (z. B. Delir, bereits bestehendes starkes Entzugssyndrom, Suizidalität oder andere psychische Krisen) werden immer sofort aufgenommen, Patienten mit intensivbehandlungspflichtigen Intoxikationen werden zunächst an Nachbarkrankenhäuser mit Intensivstationen weitervermittelt und später zurück übernommen. Das Kriterium der Wartezeit von einigen Tagen für wenige Patienten entspricht damit den Vergleichskliniken, darüber hinaus gibt es in Marburg keine Vorbedingungen für eine stationäre Aufnahme, die zu Selektionseffekten führen könnten.

Für eine tagesklinische Behandlung gibt es weder bei Übernahme aus der vollstationären Vorbehandlung noch bei einer direkten Aufnahme eine Wartezeit. Da in der Literatur kaum verbindliche indikative Vorgaben für tagesklinische Suchtbehandlung zu finden sind, spiegelt das untersuchte Klientel das Patientenspektrum wider, das aufgrund Selbsteinschätzung und aufgrund der Einschätzung der behandelnden Ärzte in der alltäglichen Versorgungssituation tagesklinische Behandlung zu dem damaligen Zeitpunkt für sinnvoll erachtete. Die Motive der Patienten und der Ärzte für eine tagesklinische Behandlung wurden nicht erfasst. Seitens der Ärzte können unterschiedlich restriktive Haltungen gegenüber tagesklinischer Behandlung aufgrund befürchteter Probleme mit Kostenträgern nicht ausgeschlossen werden. Eine Quantifizierung und Qualifizierung hierdurch bedingter Selektionseffekte ist jedoch nicht möglich.

Weitere Selektionseffekte können sich durch das Image eines Krankenhauses bei Vorhandensein oder Fehlen konkurrierender Behandlungsangebote, durch Empfehlungen zuweisender Stellen (niedergelassene Ärzte, Notärzte, Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen) oder durch Eigenheiten des Einzugsgebietes ergeben. Die psy-

chiatrische Klinik Marburg-Süd ist ein Fachkrankenhaus mit Pflichtversorgung mit gemischt kleinstädtisch und ländlichem Einzugsgebiet, das sich von seinem Image her sicher nicht von anderen psychiatrischen Landeskrankenhäusern unterscheidet. Als konkurrierende Angebote werden mehr oder weniger qualifizierte Entgiftungsbehandlungen in der Psychiatrischen Klinik der Universität Marburg sowie in der internistischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses in Marburg durchgeführt. In beiden Konkurrenzkliniken werden keine eigenen Behandlungseinheiten für alkoholabhängige Patienten vorgehalten; tagesklinische Behandlungen von Suchtpatienten sind zwar in der psychiatrischen Universitätsklinik möglich, aber nicht üblich. Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen und niedergelassene Ärzte empfehlen überwiegend den Suchtpatienten die Klinik Marburg-Süd, unabhängig vom Pflichtversorgungsgebiet, sodaß hier die überwiegende Mehrzahl aller von der Psychiatrie erreichbaren Suchtpatienten dieser Region behandelt wird.

Neben den aufgeführten institutions- und umgebungsbedingten Selektionsmöglichkeiten wurde durch Verwendung identischer und mehrfach in früheren Untersuchungen erprobter Erhebungsinstrumente methodisch die Vergleichbarkeit gewährleistet.

7.2 Motivation zur tagesklinischen Behandlung

Von den 65 tagesklinisch behandelten Patienten dieser Studie wurden 74% zunächst stationär zur Entzugsbehandlung aufgenommen; sie wandten sich also nicht primär mit dem Wunsch nach tagesklinischer Behandlung an die Klinik, sondern wurden erst während ihrer Entzugsbehandlung mit dieser Weiterbehandlungsmöglichkeit vertraut und durch Stationspersonal und/oder Mitpatienten zur Inanspruchnahme motiviert. Weiteren 12% war die Station, die auch das tagesklinische Setting anbietet, von einer früheren stationären Entzugsbehandlung vertraut. Damit unterscheidet sich die Eingangssituation der Mehrzahl der Patienten der Marburger Tagesklinik grundlegend von einer separaten Tagesklinik, wo die Patienten sich nach bereits anderweitig erfolgter Motivation mit dem expliziten Wunsch nach tagesklinischer Behandlung an eine Klinik wenden. Die 14% der Marburger Patienten, für die die tagesklinische Be-

handlung die erste suchtspezifische stationäre Therapie darstellte, ließen sich zunächst ambulant über die Behandlungsmöglichkeiten beraten. Erst während dieser Beratung wurde die Indikation zur tagesklinischen Behandlung erarbeitet.

Suchtmittelabhängige Patienten, die sich mit dem Wunsch nach einer Entzugsbehandlung an eine Klinik wenden, befinden sich in der Regel in einer Krise, die oft eine günstige Einstiegssituation bei dem Patienten für therapeutische Interventionen bewirkt (Mann et al. 1995, Stetter und Axmann-Krcmar 1996). Das bedeutet, daß mehrheitlich akute körperliche, seelische und/oder soziale Störungen den Patienten in die Klinik führen. Die stationäre Aufnahme ist seltener das Ergebnis einer in einem längeren Entscheidungsprozeß gewonnenen Einsicht. Patienten, die sich an eine separate Tagesklinik wenden, sind demgegenüber meist nicht (mehr) in einer akuten Notsituation. Zur Beantwortung der Frage, wie die Patienten aus dem heterogenen Kollektiv von entgiftungswilligen und/oder -bedürftigen Suchtpatienten, die sich zu einer tagesklinischen Weiterbehandlung motivieren lassen, von anderen Entgiftungspatienten unterscheiden, wurde deshalb der Vergleich der tagesklinisch behandelten Patienten mit verschiedenen Patientenkollektiven aus Entzugsbehandlungen durchgeführt.

Die gefundenen Ergebnisse sind aber nicht auf Patienten anderer, nicht integriert arbeitender Tageskliniken für Suchtkranke übertragbar. Bei dem integrierten tagesklinischen Weiterbehandlungsangebot handelt es sich um ein zeitlich überschaubares und jederzeit ohne Konsequenzen zu beendendes Therapieangebot, das mit bekanntem und von der Entzugsbehandlung vertrautem Personal in bekannter und vertrauter Umgebung mit überwiegend auch bekannten und vertrauten therapeutischen Maßnahmen stattfindet. Das bedeutet, der Patient kann viel konkreter abschätzen, auf was er sich bei der integrierten Tagesklinik einläßt, als ein Patient, der sich (vielleicht sogar erstmals) von außen an eine Institution mit dem Wunsch nach Suchtbehandlung wendet. Es kann also davon ausgegangen werden, daß die nötige Eingangsmotivation für die integrierte Tagesklinik niedriger ist als für eine separate Tagesklinik, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse begrenzt.

7.3 Basisdaten

7.3.1 Geschlechterverhältnis

Bei den Vorteilen tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung wird sowohl bei den internationalen als auch den deutschen Erfahrungen auf die Attraktivität dieses Settings für Frauen hingewiesen (Wahlstab 1991; Wagner 1996, Westermann und Wessel 1996), die nicht vollständig aus ihren möglichen Verpflichtungen gegenüber Kindern und/oder Partnern herausgerissen würden. In amerikanischen Studien fanden sich aber nur Anteile weiblicher Patienten von 14% in einer psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses (Malla und Cooper 1985), von 18% in einem Behandlungszentrum für Alkoholabhängige (McLachlan und Stein 1982) und sogar nur von 10% bei einem betriebsinternen Behandlungsprogramm für alkoholabhängige Firmenangehörige (Bensinger, Pilkington 1983). Die zuletztgenannte Zahl kann zwar durch die Mitarbeiterstruktur der Firma bedingt sein, in den anderen Behandlungszentren wären bei der genannten Attraktivität aber höhere Frauenanteile zu erwarten gewesen. In einer neueren Studie aus Amerika (Weisner et al. 2000) lag der Frauenanteil mit 35% deutlich höher.

Vergleicht man den in dieser Studie gefundenen Anteil weiblicher Patienten bei der tagesklinischen Behandlung von 40% mit dem Frauenanteil von 28% bei vollstationärer Entzugsbehandlung in der Klinik Marburg-Süd und von 33% im Gesamtkollektiv der drei Vergleichskliniken, so bestätigt sich die aus der Literatur abgeleitete Erwartung des höheren Frauenanteils.

Angesichts des Frauenanteils von etwa 20% bei epidemiologischen Studien zur Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in Deutschland (Wittchen et al. 1992) spricht der Frauenanteil von 40% bei der integrierten tagesklinischen Behandlung dieser Studie für eine überdurchschnittlich gute Motivierbarkeit von Frauen für eine über eine Entgiftung hinausgehende Auseinandersetzung mit ihrer Suchterkrankung. Oder anders betrachtet: Die gezielte Arbeit während der Entzugsbehandlung an der teilweise phasenspezifischen Abwehr mit Verleugnung, Bagatellisierung, Projektionen und anderen Mechanismen (John 1991), die mit der körperlichen Erholung und damit dem

Abklingen der akuten Krise und dem Nachlassen der Erinnerung daran einsetzt (Stetter und Axmann-Krcmar 1996), hat bei Frauen einen größeren Erfolg als bei Männern. Die Gründe hierfür lassen sich aus dem vorliegenden Material nicht ableiten. Die Angaben der Frauen (wie auch der Männer) zur Frage, warum sie sich für die tagesklinische Weiterbehandlung entschieden haben, waren settingunspezifisch und bezogen sich meist auf die erkannte Notwendigkeit der weiteren Stabilisierung und Auseinandersetzung mit der eigenen Suchterkrankung.

Der Anteil von 38% weiblicher Patienten in der integrierten Bielefelder Suchttagesklinik (Westermann und Wessel 1996) entspricht etwa dem Marburger Verhältnis, während der Anteil von 27% Frauen in der Tagesklinik in Hannover (Kruse 1994) eher dem Frauenanteil in Entzugsbehandlungen entspricht. Das Geschlechterverhältnis in der Bremer Tagesklinik von 1:1 (Kruse und Sievers 1987) kann für einen direkten Vergleich nicht herangezogen werden, da es sich hier um tagesklinische Weiterbehandlungen nach 8- bis 12wöchiger Entwöhnungsbehandlung handelte. In anderen separat arbeitenden Suchttageskliniken liegt der Anteil weiblicher Patienten in Bielefeld mit 30% (Westermann, Zechert 2000) und in Hamburg mit knapp 32% (siehe Tabelle 5) unter der Rate der integrierten Tagesklinik in Marburg. In der tagesklinischen Entwöhnungsbehandlung in München ist dagegen der Frauenanteil mit 43% (Soyka et al. 1999) deutlich höher, so daß postuliert werden könnte, daß die Vorteile tagesklinischer Behandlung für Frauen erst in der Entwöhnungsbehandlung mit den unvermeidlich vorausgehenden Entscheidungsfindungen und Vorbereitungszeiten ihren Niederschlag finden. Die unterschiedlichen Zahlen zeigen aber insgesamt, daß für den Anteil der Frauen in tagesklinischer Behandlung weitere, settingunabhängige inhaltliche und/oder strukturelle Gründe bestimmend sind.

7.3.2 Alter

Ein weiterer Vorteil tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung wird darin gesehen, Patienten in früheren Stadien ihrer Erkrankung einer spezifischen Behandlung zuführen zu können (Wagner 1996). Dies müßte sich in einem niedrigeren Durchschnitts-

alter abbilden, was aber nur für eine separate Tagesklinik gelten würde, da das Eingangstor für die integrierte Tagesklinik für die Mehrzahl der von diesem Angebot erreichten Patienten die stationäre Entzugsbehandlung ist. Das in dieser Studie ermittelte Durchschnittsalter von 40 Jahren liegt nur gering unter dem Durchschnittsalter der drei Vergleichskollektive von 42,8 Jahren, sowie dem Durchschnittsalter der Patienten von anderen Studien zu Entzugsbehandlungen, die ebenfalls knapp über 40 Jahre liegen (Höppner 1999). Auch das von Soyka und Mitarbeitern (1999) beschriebene Patientenkollektiv in tagesklinischer Entwöhnungsbehandlung zeigt mit einem Durchschnittsalter von knapp 43 Jahren keine Hinweise darauf, daß (bisher) jüngere Patientengruppen in früheren Erkrankungsstadien mit diesem Setting gewonnen werden können. Damit entspricht das Marburger Ergebnis einerseits den Erwartungen für eine integrierte Tagesklinik, andererseits lassen sich aus dem Durchschnittsalter keine Rückschlüsse auf Selektionen in bezug auf Patienten mit früherem Erkrankungsstadium schließen.

Hierbei ist allerdings zu bedenken, daß tagesklinische Suchtbehandlung keinesfalls als etabliert angesehen werden kann (Schwoon 1996), damit kann auch eine solche Behandlungsform nicht die gesellschaftlich bestehenden Stigmatisierungen, die einem frühen Behandlungsbeginn entgegenstehen, überwinden. Da tagesklinische Suchtkrankenbehandlung auch bei Hausärzten, somatisch orientierten Klinikärzten und wahrscheinlich auch Mitarbeitern von Suchtberatungsstellen in ihren Möglichkeiten nicht ausreichend bekannt sein dürfte, können von diesen wichtigen Kontaktpersonen für Suchtkranke auch keine Informationen und motivationalen Impulse für diese Behandlungsform ausgehen. Dagegen ist in Amerika tagesklinische Suchtkrankenbehandlung weiter verbreitet und etabliert. Aus der amerikanischen Literatur werden durchschnittliche Altersangaben von 33,9 bis 44 Jahre berichtet (siehe Tabelle 2), was niedriger liegt als die wenigen Angaben aus der deutschen Literatur (siehe Tabelle 3). In wie weit hier ein Zusammenhang besteht oder ob andere Gründe für das niedrigere Durchschnittsalter bei tagesklinischer Behandlung in Amerika maßgeblich sind, kann aus dem vorliegenden Material nicht entschieden werden.

7.3.3 Suchtspezifische Merkmale

Die in Abschnitt 6.2 dargestellten Daten bestätigen zunächst die Heterogenität der Patienten, die durch die praktizierten wenigen Ausschlusskriterien für die integrierte tagesklinische Behandlung erwartet werden konnte. Patienten mit frühem Beginn und schwerem Verlauf ihrer Suchterkrankung sowie reichhaltigen therapeutischen Vorerfahrungen konnten ebenso zu einer tagesklinischen Behandlung motiviert werden, wie Patienten mit milderen Verlaufsformen und geringeren Folgeschäden. Auch in bezug auf die Abstinenzfähigkeit, an die bei einer tagesklinischen Behandlung höhere Anforderungen gestellt werden als bei einer vollstationären Behandlung, zeigten sich erhebliche Unterschiede: Über ein Drittel der Patienten gab an, in den vergangenen 5 Jahren weniger als ein halbes Jahr insgesamt abstinent gewesen zu sein mit ununterbrochener Abstinenzdauer von maximal einem Monat. Diese Patienten sahen in der Option der tagesklinischen Behandlung ebenso eine erfolgversprechende Behandlungsmöglichkeit wie die etwa 20% Patienten mit ein- bis mehrjährigen Abstinenz Erfahrungen. Fehlende und kurze Abstinenz Erfahrungen in der jüngeren Vergangenheit wurden weder von den Patienten selbst noch von ihren Behandlern als Ausschlußgrund für eine tagesklinische Behandlung gewertet. Eine mögliche Überschätzung der Abstinenzfähigkeit seitens der Patienten war zwar gegeben, doch da als Therapieziel oft die realistische Einschätzung der Abstinenzfähigkeit fokussiert wurde, konnte damit therapeutisch gearbeitet werden.

In Abschnitt 4.2 wurde beschrieben, daß in dem Erhebungszeitraum 24 Patienten wegen frühzeitigem Behandlungsabbruch, meist vermutlich wegen Rückfälligkeit, nicht in die Studie aufgenommen werden konnten. Hierdurch ergab sich aber keine Selektion in Richtung auf ein Patientenkollektiv mit günstigen Abstinenzvoraussetzungen. Die Ergebnisse zu Beginn und Verlauf der Abhängigkeitserkrankung bestätigen im Vergleich mit den Kollektiven der drei anderen Krankenhäuser die Hypothese, daß es sich bei den in Marburg tagesklinisch behandelten Patienten nicht um eine leichter erkrankte Untergruppe handelt. Die Angaben für das Alter beim ersten Alkoholkonsum und beim ersten Rausch, für die tägliche Trinkmenge und begleitenden Konsum von psychotropen Medikamenten sind in dem Marburger Kollektiv ungünstiger als im Durchschnitt der Vergleichskliniken. Sie entsprechen etwa der Subgruppe

der UKE-Patienten, die sich als schwerer und länger krank und prognostisch ungünstiger herausstellte (Schulz 2000). In der Dauer des vermehrten Alkoholkonsums und der Dauer der Abhängigkeit sowie des begleitenden Nikotinabusus zeigen sich keine auffallenden Unterschiede zum Durchschnitt der Vergleichskollektive.

Die Patienten der Marburger Tagesklinik haben zu 86,2% bereits Entzugsbehandlungen absolviert, während die Patienten der Vergleichskrankenhäuser nur zu 59% angaben, bereits früher Entgiftungen durchgeführt zu haben (Schulz 2000). Diese deutliche Abweichung ist durch das integrierte tagesklinische Setting erklärbar: Durch eine unmittelbar vor der tagesklinischen Weiterbehandlung (74%) oder früher absolvierten (12%) Entzugsbehandlung wurden die Marburger Patienten erst auf diese Behandlungsoption aufmerksam und hierfür motiviert. Für nur 14% der Patienten war die Tagesklinik die erste suchtspezifische stationäre Behandlung. Dieses Ergebnis korrespondiert mit der zuvor am Alter der Patienten abgelesenen Vermutung, daß tagesklinische Suchtbehandlung (bisher) nicht ausreichend Patienten in einem früheren Stadium ihrer Erkrankung gewinnen kann.

Die integrierte Tagesklinik in Marburg wurde von Patienten mit unterschiedlichen therapeutischen Vorerfahrungen besucht. Während erwartungsgemäß die meisten Patienten bisher keine Entwöhnungsbehandlung absolvierten, hatten immerhin fast 40% schon an stationären Entwöhnungsbehandlungen, teilweise mehrmals, teilgenommen. Patienten mit abgeschlossenen ambulanten Therapien fanden sich nur vereinzelt, sehr viel häufiger gab es abgebrochene Therapieversuche. Ebenso war die Nutzung von Selbsthilfegruppen sehr unterschiedlich. Dementsprechend waren die therapeutischen Anliegen der tagesklinischen Patienten sehr verschieden und reichten von bloßer Neugier oder dem Wunsch der abstinenter Überbrückung bis zu einer anderen Therapiemaßnahme über das Training von Belastbarkeit und kognitiver Fähigkeiten bis zu dem Anspruch psychotherapeutischer Bearbeitung traumatisierender Kindheitserlebnisse. Trotz dieser Unterschiede sahen aber die Patienten das tagesklinische Setting als geeignet für ihre Anliegen in ihrer derzeitigen Situation an, wie die Ergebnisse zur Behandlungszufriedenheit zeigen. Damit wird das tagesklinische Setting als Rahmen für unterschiedliche Therapieziele zu einer relativen

Behandlungsvariablen. Dieser Rahmen erscheint sowohl für unterschiedliche Patientenvariablen als auch für verschiedenen Therapieziele wie Rückfallprävention, Hirnleistungstraining, Psychotherapie und andere geeignet zu sein und erfüllt damit die Forderung nach flexibilisierten und individualisierten Behandlungen (Sonntag, Künzel 2000).

7.3.4 Soziale Merkmale

Die in den Tabellen 2 und 3 aufgeführten internationalen und deutschen Studien geben nur wenige Fakten zur sozialen Situation von tagesklinisch behandelten Suchtpatienten her. Im Einklang mit der häufig geäußerten Auffassung, daß tagesklinische Suchtbehandlung nur für sozial integrierte Patienten mit relativ guter Prognose geeignet sei (Kruse 1994, Hüllinghorst 1996), wird in den „speziellen Indikationen“ für die tagesklinische Entwöhnungsbehandlung in München beschrieben: „Der Arbeitsbereich [...] ist für den Patienten stark belastend [...] . Das familiäre Umfeld ist dagegen noch wenig gestört (Partnerschaft, Familie, engster Freundeskreis bei Alleinstehenden).“ (Soyka et al. 1999, S.52). Damit wäre die tagesklinische Suchtbehandlung aber nur eine Erweiterung für wenige Patienten der Randzone nach Wienberg (1992), die bereits hochspezialisiert behandelt werden. Die Studie von Kruse und Sievers (1987), bei der die tagesklinische Behandlung sich an eine 8- bis 12wöchige vollstationäre Entwöhnungsbehandlung anschloß, erfaßte überwiegend diese Patienten, die zu fast 50% verheiratet waren oder in einer festen Partnerschaft lebten. In der tagesklinischen Entwöhnungsbehandlung in München waren 57% der Patienten verheiratet (Soyka et al. 1999).

Demgegenüber zeigen die in Abschnitt 6.2.2.4 dargestellten Ergebnisse zur sozialen Situation der in Marburg tagesklinisch behandelten Patienten, daß hier keine diesbezügliche Selektion stattfand. Ein Drittel der Patienten ist verheiratet oder lebt in einer festen Partnerschaft, ein weiteres Drittel ist geschieden oder getrennt lebend und das letzte Drittel war und ist ledig. Diese Häufigkeitsverteilung in bezug auf den Familien-

stand entspricht dem Gesamtdurchschnitt der drei Vergleichskollektive aus den stationären Entzugsbehandlungen (Schulz 2000).

Auch die Daten zum Schulabschluß, zur Berufsausbildung, zur gegenwärtigen Erwerbstätigkeit sowie zu den aktuellen Schulden zeigen keinen Hinweis auf eine Selektion von Patienten mit günstigerem sozialen Status in der Marburger Tagesklinik. Im Gegenteil zeigt sich, daß der Anteil von Patienten mit höherer schulischer und beruflicher Qualifikation in der Marburger Tagesklinik geringer ist als im Durchschnitt der Vergleichskollektive der stationären Entzugsbehandlung (Schulz 2000), allerdings nicht statistisch signifikant.

Auch bezüglich der Erwerbstätigkeit, der aktuellen Schulden und der Führerscheinentzüge haben die Marburger Tagesklinikpatienten einen ungünstigeren Status als die Patienten aus den Entzugsbehandlungen.

Die Ergebnisse zu den sozialen Rahmenbedingungen der Patienten in der integrierten Tagesklinik in Marburg sind nicht auf andere Tageskliniken zu übertragen, wie der Vergleich mit der Hamburger Tagesklinik Alstertor (Tabelle 5) zeigt. In letzterer befinden sich mehr Patienten mit aktueller Berufstätigkeit. Neben geographischen Besonderheiten (die Region Marburg hat einen ungünstigen Arbeitsmarkt) sind die unterschiedlichen Zugangswege zur tagesklinischen Behandlung von Bedeutung. Wie in Kapitel 7.2 ausgeführt, ist es durch die spezifische Eingangssituation für die integrierte Tagesklinik möglich, auch Patienten mit ungünstigen sozialen Rahmenbedingungen für eine derartige Behandlung zu gewinnen.

7.4 Prognostische Parameter

Um mögliche Selektionseffekte bei der tagesklinisch behandelten Stichprobe im Vergleich zu Entzugspatienten in den Vergleichskrankenhäusern aufdecken zu können, wurden verschiedene prognostische Parameter überprüft. Die tägliche Trinkmenge war in der Marburger Tagesklinik und im UKE höher als im HSK und im EKA, allerdings ohne statistische Relevanz. Der Anteil chronisch mehrfach geschädigter Alko-

holabhängiger, der mit dem CMA-Index nach Hilge und Schulz (1999) bestimmt wurde, erbrachte ebenso wenig statistisch verwertbare Unterschiede zwischen den Kollektiven wie der Vergleich des Sozialindex nach Hoffmann, Weithmann und Rothenbacher (1991), der sich bei entwöhnungsbehandelten Patienten als prognostisch aussagekräftig erwiesen hatte.

Da sich prognostische Parameter im Laufe der Zeit durch veränderte gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen ändern können und Untersuchungen hierzu teilweise 20 bis 30 Jahre alt sind, entwickelte P. Schulz (2000) einen aktuellen Prognoseindex, den sie mit einer 3-Monatskatamnese evaluierte. Die Anwendung dieses Index erbrachte hochsignifikante Unterschiede zwischen den vier Kollektiven: Die Patienten der Marburger Tagesklinik hatten im Gruppenvergleich die höchsten und damit prognostisch ungünstigsten Werte, die von der Größenordnung der Häufung prognostisch ungünstiger Patienten im UKE entsprach. Erwartungsgemäß handelte es sich bei den Patienten, die in der Inneren Medizin ihren Entzug absolvierten, im Durchschnitt um eine prognostisch günstigere Gruppe, unerwartet gab es im HSK eine ähnliche Verteilung prognostischer Merkmale wie in der Inneren Medizin. Bei der Dichotomisierung der Patienten in eine Gruppe mit eher günstiger Prognose (Score 0 bis 4) und mit eher ungünstiger Prognose (Score 5 bis 10 bei möglichem Maximalwert von 12) lagen jeweils 30,8% der Patienten der TK Marburg und des UKE in der ungünstigen Gruppe gegenüber 17,1% bzw. 15,9% bei den beiden anderen Kliniken. Diese Unterschiede waren statistisch nicht mehr signifikant, woraus folgt, daß in der TK Marburg und im UKE mehr Patienten mit höheren Scores behandelt wurden.

Die Patienten der Marburger Suchttagesklinik haben im Vergleich tendenziell weniger Suchtfolgeschäden, doch bei dem Vergleich der Suchtfolgeschäden, die stationäre Behandlung erforderten, sind die Kollektive statistisch nicht mehr unterscheidbar, so daß sich hieraus keine Besonderheiten des Marburger Klientels ableiten lassen. Begleitende Medikamentenprobleme sind tendenziell in der Marburger Tagesklinik und im UKE häufiger als in den beiden anderen Vergleichskliniken.

Diese Ergebnisse bestätigen die bereits aus den Basisdaten abzulesende Tendenz, daß in der integriert arbeitenden Suchttagesklinik in Marburg ein heterogenes Klientel behandelt wurde mit einem hohen Anteil von Patienten mit schweren Verläufen und ungünstiger Prognose, wie er für eine psychiatrische Klinik mit Pflichtversorgungsauftrag in Entzugsbehandlungen zu erwarten ist. Die Marburger Patienten entsprechen in den meisten suchtvverlaufsrelevanten Daten den Patienten der Station 5 des UKE, bei der in einer früheren Gegenüberstellung der drei Vergleichskliniken untereinander bereits eine Häufung prognostisch ungünstiger Patienten festgestellt wurde (Schulz 2000).

Aus diesem Ergebnis läßt sich ableiten, daß tagesklinische Behandlungen auch für Patienten mit schwerem und ungünstigem Verlauf möglich sind. Um aber gerade diesen schwierigen Patienten das tagesklinische Behandlungsangebot zu ermöglichen, erscheint das integrierte Setting von besonderer Bedeutung. Wie zuvor ausgeführt, befindet sich die Mehrheit dieser Patienten bereits in einer Behandlung, die in räumlicher und weitgehend personeller Kontinuität fortgesetzt wird. Hierdurch wird die Eingangsschwelle zur Tagesklinik gesenkt. Die sozialpsychiatrische Forderung, schwerer erkrankte Patienten nicht von bestimmten Behandlungsformen auszuschließen (Kunze 1995), kann mit einer integriert arbeitenden Tagesklinik für Suchtkranke realisiert werden.

Diese Ergebnisse bestätigen darüber hinaus den Paradigmenwechsel in der Behandlung suchtmittelabhängiger Patienten zu mehr Eigenverantwortlichkeit (BMJFFG 1988; Kruse 1994), der sich in den vergangenen Jahren vollzog. Noch vor 10 oder 15 Jahren hätte die Indikationsstellung für tagesklinische Suchtbehandlung zu Selektionseffekten geführt, Patienten mit ungünstiger Prognose hätte man in Erwartung sicherer Mißerfolge von dieser Behandlungsform ausgeschlossen. Die Abwendung vom alleinigen Abstinenzdogma und stattdessen eine Fokussierung auf individuell zu erarbeitende Therapieziele (Kunze 1995) entsprechend einer Therapiezielhierarchie (Schwoon 1992) schaffen für die Indikationsstellung zu tagesklinischer Behandlung einen weiten Spielraum und führen zu den hier vorliegenden Ergebnissen.

7.5 Psychische Variablen

7.5.1 Coping-Strategien

In bezug auf das Erleben und den Umgang mit Streßsituationen unterscheiden sich die Marburger Tagesklinikpatienten gering von den UKE-Patienten, aber deutlich von den Suchtkranken der beiden anderen Kliniken. Sie resignieren schneller, ihr affektives Erleben ist mehr von Hoffnungslosigkeit und Selbstmitleid bestimmt; die Opferrolle, in der sie sich fühlen, ist stärker ausgeprägt. Ihre Fähigkeit oder ihre Bereitschaft zum Aushalten und Ertragen unangenehmer Gefühle ist vermindert, was mit geringer Selbstmotivation zum Durchstehen schwieriger Situationen und Selbstwertproblemen verbunden ist. Dementsprechend geben sie in schwierigen Situationen schneller auf, sie sind weniger aktiv bei der Bewältigung von Streßsituationen und neigen statt dessen eher zur Vermeidung und Flucht.

In dieser Charakteristik liegt eine Antwort auf die Frage, welchen Patienten aus der Gesamtgruppe der zum Entzug aufgenommenen Patienten eine tagesklinische Behandlung angeboten wird. Die Patienten, die sich selbst und/oder denen von seiten der Behandler größere affektive und Handlungskompetenz zugetraut wird, sind in der Tagesklinik weniger vertreten, unabhängig von Prognosemerkmalen. Gerade bei den selbstunsicheren und passiv-resignativen Patienten erscheint die gestufte Konfrontation mit dem Alltag außerhalb einer Klinik besonders indiziert.

Die beschriebenen Besonderheiten der Marburger Tagesklinikpatienten in bezug auf Emotions- und Problemkontrolle dürften nicht auf separat arbeitende Tageskliniken übertragbar sein, sondern sie erscheinen typisch für das integrierte Setting, mit dem gerade die Patienten erreicht werden sollen, für die aus psychischen Gründen ein Institutionswechsel und damit therapeutische und personelle Diskontinuität nach einer Entzugsbehandlung besonders schwierig erscheint.

An dieser Stelle drängt sich die Frage nach möglichen Zusammenhängen zwischen ungünstigem Suchtverlauf, psychischen Patientenvariablen und dem gegliederten Suchthilfesystem auf. Auf dem Weg vom Entzug im Krankenhaus über den Kontakt

mit einer Beratungsstelle und der anschließenden Aufnahme in eine Suchtfachklinik bis hin zur zu selten wahrgenommenen Nachsorge kommt es immer wieder zu Brüchen im Kontakt zwischen den Betroffenen und den Behandlungsangeboten (Schwoon et al. 1989). Der Aussage, viele Patienten seien ungenügend motiviert zur Inanspruchnahme weiterer suchtspezifischer Hilfen, muß nach den vorliegenden Ergebnissen die Aussage gegenübergestellt werden, daß ein nicht unerheblicher Anteil von Suchtpatienten offenbar psychisch nicht in der Lage ist, den notwendigen Weg durch die Instanzen zu absolvieren. Hierdurch fänden die von Wienberg vorgelegten Zahlen zur versorgungspolitischen Nachrangigkeit von Entwöhnungsbehandlungen (1992; 2001b) eine plausible inhaltliche Erklärung. Die Notwendigkeit der Motivation zur Inanspruchnahme weiterer suchtspezifischer Hilfen während einer qualifizierten Entzugsbehandlung bleibt hiervon unberührt. Allerdings sind diesen Motivierungsbemühungen bei einem Teil der Suchtpatienten Grenzen gesetzt, die in dem aktuellen Suchthilfesystem zu Behandlungsnachteilen führen. Die Forderung nach Überwindung der Trennung der Suchtbehandlung in Entgiftung und Entwöhnung mit den entsprechenden Finanzierungsgrundlagen (BMJFFG 1988; Schwoon et al. 1989; Kunze, Kaltenbach 1994) und nach Ausbau eines differenzierten gemeindenahen Behandlungsangebotes (Kunze 1995; Schwoon 1996) findet in den vorliegenden Ergebnissen erneute Bestätigung.

7.5.2 Depression und Suizidalität

Die Unterschiede in den Kollektiven in der Einschätzung schwerer Depressionen in der Vorgeschichte oder aktuell durch die behandelnden Ärzte sind nicht nur statistisch hochsignifikant, sondern erscheinen trotz methodischer Ungenauigkeiten plausibel. Die Einschätzung einer schweren Depression durch die Stationsärzte erfolgte weder operationalisiert noch anderweitig konkretisiert. Die Ausbildung und diagnostische Gewohnheit und Erfahrung der einschätzenden Ärzte in den verschiedenen Institutionen wies sicher erhebliche Unterschiede auf, doch die Angaben der Patienten zur Häufigkeit von Suizidgedanken und Suizidversuchen bestätigen zwar nicht in

der zahlenmäßigen Ausprägung, aber in der Tendenz die Einschätzung der Stationsärzte. Patienten mit schweren Depressionen und Suizidalität sind in der Marburger Tagesklinik nicht ganz so häufig vertreten wie im UKE, aber deutlich häufiger als im HSK oder im EKA. Das bedeutet, daß auch über diese Kriterien keine positive, prognostisch günstige Patienten bevorzugende Selektion für die Tagesklinik erfolgte. Eine tragfähige therapeutische Beziehung gilt als wirksames Suizidprophylaktikum, zudem kann innerhalb des integrierten Settings bei zunehmender Akuität der Suizidalität problemlos ein Patient in das vollstationäre Setting bei therapeutischer Kontinuität wechseln. Diese Möglichkeit erleichtert sicher sowohl dem Patienten als auch dem behandelnden Arzt eine großzügigere und schnellere Indikationsstellung für die Tagesklinik bei die Sucht begleitenden Depressionen.

7.5.3 Neurosen und Persönlichkeitsstörungen

Die bisher dargestellten und diskutierten Ergebnisse konvergieren in die Richtung, daß die Patienten der Marburger Tagesklinik ein ähnliches Profil in bezug auf krankheits- und verlaufsspezifische, prognostische und soziale Merkmale aufweisen wie die Patienten der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf. Bei diesen beiden Patientenkollektiven handelt es sich im Durchschnitt um schwerer erkrankte Suchtpatienten mit ungünstigerer Prognose als in den beiden anderen Vergleichskrankenhäusern. Auch die Ergebnisse zu Depressivität und Suizidalität sowie zu psychiatrischen Vorbehandlungen, die nicht suchtbefindet waren, bestätigen diese Unterschiede.

Die Einschätzung des früheren oder aktuellen Vorhandenseins neurotischer oder Persönlichkeitsstörungen weicht dagegen stark vom Trend der bisherigen Ergebnisse ab: Fast 77% der Marburger Patienten in der Tagesklinik hatten nach der Einschätzung der behandelnden Stationsärzte eine neurotische oder Persönlichkeitsstörung, ein hochsignifikanter Unterschied zu den drei Vergleichskollektiven. Auch die Tagesklinik Alstertor in Hamburg liegt mit einem Anteil von fast 27% der Patienten mit einer entsprechenden Erst- oder Zweitdiagnose (Tabelle 4) deutlich unter den Marburger Zahlen und entspricht in dieser Größenordnung der Hamburger Universi-

tätsklinik. Dagegen wird aus der Bielefelder Tagesklinik ein Anteil von 71,4% von Patienten mit komorbiden Störungen berichtet, von denen über 95% Neurosen und Persönlichkeitsstörungen zeigten (Westermann, Zechert 2000), was fast den Marburger Zahlen entspricht.

Die bereits in der Diskussion der Ergebnisse zur Depressivität und Suizidalität aufgeführten methodischen Probleme gelten uneingeschränkt auch bei dieser diagnostischen Einschätzung, doch können sie die gefundenen Unterschiede nur teilweise erklären.

In einer Übersichtsarbeit über Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität beschreiben Wittfoot und Driessen (2000) anhand amerikanischer Untersuchungen erheblich erhöhte Prävalenzraten von Persönlichkeitsstörungen bei behandelten Patienten mit Alkoholabhängigkeit von 57 bis 78% gegenüber der Normalbevölkerung. In einer Studie zur Komorbidität bei Alkoholabhängigen in der Allgemeinbevölkerung, wurden die Daten bei den 15- bis 54jährigen Probanden zu Hause erhoben. „Die Lebenszeitprävalenz für irgend eine zusätzliche psychische Störung nach DSM-III-R betrug für Männer, die irgendwann im Leben eine Alkoholabhängigkeit entwickelt hatten, 78,3%, für Frauen 86%, wobei andere substanzbezogene Störungen eingeschlossen sind. Für Angststörungen (inklusive der posttraumatischen Belastungsstörung) ergab sich bezogen auf die Lebenszeitprävalenz eine Komorbiditätsrate von 35,8% bei den Männern mit Alkoholabhängigkeit und 60,7% bei den Frauen, für affektive Störungen eine Rate von 28,1% bei den Männern und 53,3% bei den Frauen“ (Wittfoot, Driessen 2000, S. 9-10). In einer auf alkoholabhängige Patienten ohne zusätzliche Substanzabhängigkeit beschränkten Untersuchung aus Deutschland fanden sich bei 17,6% sichere und in weiteren 16% wahrscheinliche Persönlichkeitsstörungen (Driessen 1999).

Die referierten Zahlen aus der Literatur differieren ähnlich stark wie die Zahlen bei den Vergleichskollektiven dieser Studie. Neben angesprochenen methodischen Problemen bei der Erhebung scheinen unterschiedliche theoretische Auffassungen von Bedeutung zu sein. So können zwei oder mehr Störungen völlig unabhängig voneinander bei derselben Person auftreten (Zufallsmodell), zwei oder mehr Störun-

gen können unterschiedliche Auswirkungen eines gemeinsam zugrunde liegenden Prozesses sein (phänomenologisches Modell), es können im Sinne eines Risikofaktormodells Kausalzusammenhänge zwischen primär auftretender und sekundär auftretender Störung im Sinne eines Kompensationsversuches sein und schließlich kann ein Zusammenhang in der gegenseitigen Verlaufsbeeinflussung zweier oder mehrerer Störungen als interaktionelles Modell bestehen (Wittfoot, Driessen 2000). Andererseits können psychische Auffälligkeiten, wie sie sich beispielsweise in den Untersuchungen zu den Coping-Strategien abbildeten (siehe Abschnitt 6.3.2), als der Suchterkrankung immanent angesehen werden, womit eine zusätzliche Komorbiditätsdiagnose entfällt. Insgesamt hat das aus der somatischen Medizin stammende Komorbiditätskonzept weder in der Psychiatrie noch in der nichtmedizinischen Suchtkrankenhilfe eine längere Tradition.

Die in der klinischen Alltagsdiagnostik ausgeübten Prioritäten in der Sichtweise von Komorbidität scheinen sehr unterschiedlich zu sein. Während in der Bielefelder und in der Marburger Tagesklinik eine hohe Komorbidität gesehen wird, liegen andernorts die Zahlen deutlich niedriger. Aus den erhobenen anderen Parametern bei den hier untersuchten Kollektiven lassen sich die Unterschiede nicht erklären. In der Bielefelder Tagesklinik wird in der Komorbidität ein besonderer Schwerpunkt gesehen: „In einem besonderen Maße werden Patienten in der Tagesklinik behandelt, die zusätzliche psychiatrische Störungen, wie z.B. Persönlichkeitsstörungen oder neurotische, depressive, psychosomatische und andere komorbide Störungsbilder aufweisen. Wenn psychische Erkrankungen auf kompensatorischem Weg zu einer Suchtmittel-erkrankung geführt haben oder als Folge des Suchtmittelkonsums anzusehen sind, kann das tagesklinische Behandlungssetting in besonderer Art und Weise geeignet sein“ (Westermann, Zechert 2000, S. 48). Die hier vertretene theoretische Auffassung von Komorbidität im Sinne des Risikofaktormodells oder des interaktionellen Modells herrscht auch in Marburg vor und hat handlungsleitende Bedeutung.

In der Marburger Tagesklinik liegt der Schwerpunkt der Diagnostik auf psychodynamischen Mechanismen, die sich im direkten Umgang mit den Patienten abbilden. Dadurch soll der Patient ihm bisher möglicherweise unbewußte Gesetzmäßigkeiten

in seinem Scheitern auf dem Weg in die Abstinenz erkennen lernen. Die Frage, ob und in welcher Weise derartige Mechanismen die erfolgreiche Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen beeinträchtigen, ist für die weitere Behandlungsplanung von Bedeutung. Die Ergebnisse in den Auswertungen der Streßverarbeitungsfragebögen können eine Berechtigung für diese Sicht- und Handlungsweise ergeben.

Die divergierenden Zahlen der vorliegenden Literatur zur Komorbidität sprechen dafür, daß die Diagnosen von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, selbst bei Verwendung standardisierter Erhebungsinstrumente, weniger reliabel sind als die Diagnosen anderer psychischer Störungen. Durch die existierenden sozialrechtlichen Abgrenzungsprobleme bei tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung (siehe Kapitel 1), die in Marburg eskalierten und zu einem hohen Begründungsaufwand für jede über eine rein somatische Entgiftung hinausgehende Suchtbehandlung führten, ist die unkritische Neigung zur Vergabe dieser Diagnosen sicher gefördert worden.

7.6 Behandlungserfahrungen

Die Ergebnisse zu den Behandlungserfahrungen könnten dadurch eingeschränkt sein, daß die 8 (von 65) Patienten, die wegen ungeplantem, meist nach recht kurzer Behandlungsdauer erfolgtem Behandlungsabbruch keinen Fragebogen zu ihren Behandlungserfahrungen ausfüllten, eine Tendenz zu günstigeren Beurteilungen bewirkt haben könnten. Auch bei stationären Entzugsbehandlungen finden sich Patienten, die kurz nach Aufnahme die Behandlung abbrechen und dementsprechend nicht diesbezüglich erfaßt werden können. Daher bezieht sich die Behandlungserfahrung bei allen Kollektiven auf die Patienten, die die Behandlung regulär, auch nach kurzer Behandlungszeit beendeten.

Die Patienten der Marburger Tagesklinik sind (statistisch fast sehr signifikant) am wenigsten zufrieden mit der erhaltenen Aufklärung über Entwicklung, Ausprägung und Auswirkungen ihrer Abhängigkeitserkrankung sowie über spezifische Weiterbildungsmöglichkeiten. Einerseits kann diese Unzufriedenheit mit den erhaltenen Informationen mit ungünstigen Verlaufs- und Prognosevariablen korrelieren (Höppner

1999), die im Marburger Kollektiv etwa gleich häufig wie in der Gruppe der UKE-Patienten vorhanden waren. Die Hamburger Patienten bewerteten aber die erhaltenen Informationen positiver, so daß diese Erklärung nicht ausreicht. Daher kann dieses Ergebnis als negative Auswirkung der in Marburg praktizierten Schwerpunktsetzung, wie sie im vorigen Abschnitt dargestellt wurde, interpretiert werden: Der Fokus der Behandler liegt hier auf der Erarbeitung psychodynamischer Konfliktkonstellationen, die Wissensvermittlung über die Eigenheiten der Suchterkrankung kommt dagegen zu kurz. Dieser Fokus stimmt aber nicht zwangsläufig mit den therapeutischen Interessen der Patienten überein, wie deren Rückmeldungen belegen. Eine weitere Erklärungsmöglichkeit liegt in der Fehleinschätzung der Behandler über das Wissen ihrer Patienten bezüglich ihrer Abhängigkeitserkrankung. Mehrfache Entzugs- und eventuell auch Entwöhnungsbehandlungen in der Vorgeschichte garantieren nicht eine ausreichende Information über die Erkrankung, wie sie von den Patienten gewünscht wird.

Die psychodynamische Schwerpunktsetzung in der Diagnostik ist sicher vorteilhaft, um die individuelle Situation des Patienten aus seiner Biografie heraus verstehen zu können, um die seiner Persönlichkeit immanenten Stärken und Schwächen bei der Planung weiterer Behandlungsmaßnahmen berücksichtigen zu können, um eigene Gegenübertragungsimpulse diagnostisch zu verwerten und nicht unter einem pädagogischen Deckmantel auszuagieren. Gleichzeitig beinhaltet diese Schwerpunktsetzung aber die Gefahr, daß sie nicht nur auf die Diagnostik und die Umgangsweise mit dem Patienten bezogen wird, sondern daß der Patient in einer frühen Phase nach überstandenem Entzug psychotherapeutisch überfordert wird. Die Ergebnisse zur Charakterisierung des Patientenkollektivs der Marburger Tagesklinik wiesen deutlich darauf hin, daß es sich hier im Durchschnitt um eine schwer erkrankte Gruppe von Suchtkranken handelt, von denen die Mehrzahl erst unmittelbar vor der tagesklinischen Behandlung ihren Entzug absolvierten. Zu diesem Zeitpunkt der Behandlung sollte bei vielen Patienten informativen und motivationalen Interventionen ein größeres Gewicht gegeben werden, auch wenn neurotische Mechanismen zu psychotherapeutischem Engagement verleiten.

Die Beeinflussung des Stationsmilieus durch Mitpatienten wird in der Marburger Tagesklinik und etwas geringer ausgeprägt im UKE am ungünstigsten beurteilt. Auch wenn die Unterschiede statistisch nicht signifikant sind, so kann sich hier ein Nachteil einer integrierten Tagesklinik abbilden. In beiden Kollektiven finden sich die am schwersten Kranken mit den ungünstigsten Prognoseparametern. Dies scheint mit einem unangenehmen Stationsmilieu zu korrelieren. Die Patienten, die durch ihren Wechsel in die Tagesklinik eine Bereitschaft zur weiteren Auseinandersetzung mit ihrer Suchterkrankung bekundet haben, werden im Stationsalltag und in verschiedenen therapeutischen Gruppen immer wieder mit neu zur Entzugsbehandlung aufgenommenen Patienten konfrontiert, die teilweise in ihrer Selbsteinschätzung und ihrer Veränderungsmotivation eine ungünstige Stimmung auf Station verbreiten. Hier wären in einer separat arbeitenden Tagesklinik bessere Ergebnisse zu erwarten, diesbezügliche Daten liegen aber nicht vor.

Die Skala „Ausstattung“ beschreibt nicht nur die räumlichen Gegebenheiten wie behagliche Aufenthaltsräume, ausreichende Rückzugsmöglichkeiten und einen ruhigen Stationsablauf, sondern auch das Erleben von Schutz und Sicherheit vor dem Kontakt mit Suchtmitteln und vor rückfallprovozierenden Situationen. Da die Patienten der Marburger Tagesklinik keine eigenen Räumlichkeiten zur Verfügung haben, sondern sich die Station mit den in Mehrzahl vorhandenen stationären Patienten teilen müssen, da der Schutz der Station vor Alkohol und rückfallträchtigen Situationen abends, nachts und am Wochenende wegfällt, überrascht auf den ersten Blick die diesbezüglich günstige Beurteilung der Patienten der Marburger Tagesklinik (und der internistischen Station), die sich sehr signifikant von den beiden psychiatrischen Vergleichskrankenhäusern unterscheiden.

Die Station, auf der die tagesklinische Behandlung durchgeführt wird, ist geräumig; helle Farben sowie moderne und gemütliche Möbel bestimmen das Ambiente. Doch für dieses Ergebnis dürfte der Aspekt der integrierten Tagesklinik entscheidender sein. Die Mehrzahl der tagesklinischen Patienten absolvierte auf dieser Station zuvor die Entzugsbehandlung, die Räumlichkeiten, der Ablauf und das Personal sind vertraut. Die Station wurde vor der tagesklinischen Behandlung bereits innerlich in Be-

sitz genommen, die Schutzmöglichkeiten sind bekannt und vertraut, so daß sie auch bei zeitlicher Begrenzung als ausreichend erlebt werden. Allen Patienten der Tagesklinik ist bekannt und vertraut, daß die Station in schwierigen Situationen außerhalb der Therapiezeiten aufgesucht oder telefonisch kontaktiert werden kann. Hiervon machen immer wieder tagesklinische (und auch ambulante) Patienten gebrauch.

Das Erleben von Schutz und Sicherheit des integrierten Settings liefert auch eine Erklärung dafür, daß Patienten mit schwerem Suchtverlauf und ungünstigen Prognosemerkmalen durchaus tagesklinisch behandelt werden können. Die schon geschilderten Vorurteile und Einschränkungen gegenüber tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung unterschätzen den „Milieufaktor“ des integrierten Settings. Hier kombinieren sich Schutzfunktionen der Station, deren Intensität der Patient in Grenzen selbst steuern kann, mit einem Ausmaß an Autonomie, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, die im vollstationären Rahmen zwangsläufig stärker eingeschränkt sind. Tagesklinisch behandelte Patienten erleben den Unterschied zwischen den Schutzfunktionen der Station und den potenziell rückfallprovozierenden Situationen in der gewohnten Lebensumgebung intensiver, was zu dieser Beurteilung ebenso beitragen kann.

Integrierte tagesklinische Behandlung ist für die Patienten, die hierzu motiviert waren oder werden konnten, eine attraktive Behandlungsform, die sich in der „generellen Einschätzung“ der Behandlung deutlich abbildet. Die tagesklinisch behandelten Patienten bewerteten die medizinische Betreuung, die allgemeine Wirksamkeit der Gesamtbehandlung so positiv, daß sie sich entsprechend häufig und eindeutig für eine nochmalige Selbstnutzung oder Weiterempfehlung dieses Behandlungsangebotes aussprachen. Diese Patienten repräsentieren zwar mit ihren Krankheitsverlaufsparemtern, Prognosevariablen, sozialen und psychischen Behandlungsbedingungen ein typisch schwer beeinträchtigtes, heterogenes „Entgiftungskollektiv“, doch sind sie durch ihre freiwillige Entscheidung zu der tagesklinischen Behandlung, die ihnen lediglich angeboten, zu der sie aber nicht gedrängt wurden, selektiert. Höppner (1999) fand in den drei Vergleichskollektiven deutliche Unterschiede in der Behandlungseinschätzung zwischen zur Entzugsbehandlung eingewiesenen Patienten, die

am zufriedensten waren, und den Notfall- oder Verlegungspatienten, die am unzufriedensten waren.

Die Einstellung eines Patienten bei Beginn einer Behandlungsepisode, die sich am Aufnahmemodus ablesen läßt, hat großen Einfluß auf die Bewertung und damit vermutlich auch auf den Nutzen der Behandlung. Der Marburger integrierten Tagesklinik gelang es, aus dem Gesamtkollektiv der Entzugspatienten einen Teil zu einer weiteren Auseinandersetzung mit ihrer Suchterkrankung zu motivieren, unabhängig davon, wie die vollstationäre Aufnahme zuvor zustande kam. Bei einigen dieser Patienten gelang diese Motivation erst nach mehreren vollstationären Entzugsbehandlungen. In der generellen Einschätzung des Nutzens der Behandlung unterschieden sich die Patienten der Tagesklinik (und ebenso der internistischen Abteilung) hochsignifikant von den beiden psychiatrischen Vergleichskollektiven in ihrer besseren Behandlungsbewertung. Dies bildet sich auch in der Skala der allgemeinen Zufriedenheit, die den Mittelwert aller Skalen zur Behandlungserfahrung repräsentiert, auf signifikantem Niveau ab.

Der Selektion der tagesklinischen Patienten durch Motivation zu dieser Behandlungsform muß die Selektion der Vergleichsgruppen gegenübergestellt werden. In den Vergleichskrankenhäusern wurden Behandlungsabbrecher und die Patienten, die von vornherein nur eine körperliche Entgiftung wollten und daher nicht oder nur wenige Tage am Programm der qualifizierten Entzugsbehandlung teilnahmen, nicht erfaßt (Schulz 2000). Damit muß der Selektionsvorteil der Marburger Patienten als ein zur Auseinandersetzung mit der eigenen Suchterkrankung motiviertes Klientel relativiert werden, da diese Auseinandersetzung auch wesentlicher Bestandteil der qualifizierten Entzugsbehandlung ist.

Als weiterer Faktor für die Erklärung der Unterschiede in der Bewertung der Behandlungserfahrung ist die Dauer der Behandlung zu diskutieren. Die Hamburger Krankenkassen finanzieren ihren Mitgliedern in der Regel eine dreiwöchige Behandlungsdauer (Höppner 1999), so daß davon auszugehen ist, daß entsprechend den oben genannten Ausschlußkriterien für die Erfassung der Hamburger Kollektive die meisten erfaßten Patienten des UKE als dem am besten vergleichbaren Kollektiv für die

Marburger Tagesklinikpatienten eine dreiwöchige qualifizierte Entzugsbehandlung absolvierten. Die Patienten der Marburger Tagesklinik hatten mit fast 60% eine Behandlungsdauer bis 21 Tage, wobei die vorherige stationäre Entzugsbehandlung mit maximal 10 Tagen bei vielen Patienten hinzu zu zählen ist. Damit ist davon auszugehen, daß die Anzahl der Behandlungstage bei den meisten Marburger Patienten um etwa 10 Tage höher liegt. Entscheidender scheint aber die längere Gesamtbehandlungsdauer zu sein, in der die Marburger Patienten sich mit ihrer Suchterkrankung und der aktuellen Situation auseinandersetzen. 20 Behandlungstage in der Tagesklinik entsprechen einer Behandlungszeit von vier Wochen, sodaß die meisten Marburger Patienten einschließlich einer vorgeschalteten Entzugsbehandlung auf eine Gesamtbehandlungsdauer von etwa 5 bis 8 Wochen kommen gegenüber einer dreiwöchigen Entzugsbehandlung in Hamburg. Wenn mit einer längeren Behandlungsdauer auch ein größerer Therapieerfolg im Sinne der vom Patienten individuell festgelegten Ziele verknüpft ist, wird sich dies auch in seiner Behandlungsbewertung niederschlagen.

Auch wenn mit der Behandlungsdauer in der Marburger Tagesklinik noch ein deutlicher Abstand zu Entwöhnungsbehandlungen gegeben ist, lohnt ein Vergleich mit den dortigen Erfahrungen bezüglich der Behandlungsdauer. Aus der Meta-Analyse von Süß (1995) geht hervor, daß die mittlere stationäre Verweildauer in Suchtfachkliniken etwa 21 Wochen, in psychiatrischen Kliniken 6 Wochen beträgt, in anderen Ländern nur 4 Wochen. Im Vergleich der Abstinenz- und Besserungsraten fand Süß eine gewisse Rechtfertigung dieser Behandlungszeiten. Gegenüber dem Zeitfaktor lassen sich andere Behandlungskomponenten nur schwer mit einem gesicherten Effekt auf das Behandlungsergebnis korrelieren (Rist 1996). Auch in einer neueren Studie zu der Korrelation von Therapiedauer bei Entwöhnungsbehandlungen und Therapieerfolg konnte im europäischen Vergleich das Ergebnis von Süß bestätigt werden: „Die etwas längere Therapiezeit in Deutschland geht mit einem höheren Therapieerfolg einher“ (Sonntag, Künzel 2000, S. 157). Die Autoren weisen gleichzeitig darauf hin, daß diese Aussage nur für eine kritische Therapiedauer gelte, innerhalb derer der Erfolg mit der Dauer wachse. Aufgrund fehlender Untersuchungen zu Therapiedauerobergrenzen lassen sich hierzu nur vorläufig Grenzen von drei (Alkoholabhängig-

keit) bis neun Monaten (Drogenabhängigkeit) für Patienten mit durchschnittlicher Ausprägung der Problematik formulieren. Für Patienten mit ungünstigen Verlaufs- und Prognosefaktoren oder Komorbidität halten die Autoren deutlich längere Behandlungszeiten für erforderlich.

Das Datenmaterial im Bereich stationärer Entzugsbehandlungen ist wesentlich spärlicher, sodaß hier vergleichbare Metaanalysen nicht durchgeführt werden konnten (Sonntag, Künzel 2000). Allerdings wurde für diesen Behandlungsabschnitt kürzlich belegt, daß der Verweildauerrückgang bei Alkoholabhängigen zu einer Verschlechterung des weiteren Verlaufes und zu vermehrt notwendigen Folgebehandlungen führt (Richter, Eikermann 2000). Zur Verlängerung von Behandlungszeiten im Rahmen eines gemeindenahen Behandlungskonzeptes könnte die Tagesklinik, insbesondere auch in ihrer integrierten Form, eine therapeutisch und ökonomisch sinnvolle Erweiterung der bisher realisierten stationären Angebote zur qualifizierten Entzugsbehandlung sein.

Neben dem Faktor der Behandlungsdauer ist auch die inhaltliche Ausgestaltung der tagesklinischen Behandlung in ihrer Wertigkeit für die positive Patientenresonanz zu untersuchen. In ihrer Auswertung internationaler Literatur und Befragung internationaler Suchttherapieexperten kommen Sonntag und Künzel (2000) zu dem Ergebnis, daß neben der Therapiedauer auch Strukturmerkmale und Patientenmerkmale für den Therapieerfolg bedeutsam sind. Zu den Strukturmerkmalen, die Therapieergebnisse positiv beeinflussen, zählen sie neben anderen die Intensität und Strukturiertheit der Therapie, Vielfalt der Therapieangebote und die Anpassung der Therapieangebote auf die Patientenbedürfnisse. Zu den Patientenvariablen, die mit positiven Therapieergebnissen zusammenhängen, führen sie unter anderen eine erhöhte Motivation und Selbstwirksamkeitserwartungen auf. Die Eigenheiten des tagesklinischen Settings bewirken, daß dem Patienten mehr zugetraut wird, daß er mehr Eigenverantwortung übernehmen kann (und muß), daß er bei günstigem Verlauf unmittelbarer Erfolge erleben kann, daß er weniger Einschränkungen unterworfen ist. Er erlebt jeden Tag therapeutische Maßnahmen in der Klinik und Alltag außerhalb der Klinik. Mit diesen Alltagserfahrungen kann er die einzelnen Therapiebausteine und die The-

rapieeinhalte wieder maßgeblich mitgestalten. Vor allem in der individuell zu erarbeitenden Behandlungsdauer, die in der therapeutischen Auseinandersetzung mit seiner Selbsteinschätzung erarbeitet wird, sowie in der individuellen Planung der Weiterbehandlung, kann der Patient erleben, daß diese Behandlung auf ihn speziell zugeschnitten und abgestimmt ist. Das hierdurch geförderte Gefühl der zunehmenden Kompetenz und Eigenverantwortlichkeit für den weiteren eigenen Weg ist sicher maßgeblich an der Beurteilung der Behandlung beteiligt.

7.7 Planungen zur Weiterbehandlung

Absichtserklärungen zur Inanspruchnahme weiterer suchtspezifischer Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen können nicht mit der realen Inanspruchnahme gleichgesetzt werden. Andererseits ist davon auszugehen, daß die von den Patienten diesbezüglich gegebenen Antworten den Stand der Planungen zum Zeitpunkt der Entlassung realistisch widerspiegeln. Viele Einflußfaktoren außerhalb der Klinik, die die Patienten ungenügend oder falsch einschätzten oder aus Unkenntnis gar nicht berücksichtigen konnten, entscheiden oft mehr über die reale Inanspruchnahme weiterer Therapien als die in der vorausgehenden Behandlung als notwendig oder sinnvoll erarbeiteten Erkenntnisse. Da eine einzelne Behandlungsepisode, sei es eine qualifizierte Entzugsbehandlung oder eine tagesklinische Behandlung, meist nur einen Zwischenschritt auf dem oft längeren Weg in eine dauerhafte Abstinenz darstellt, da sich in einer Entzugsbehandlung als auch in der hier untersuchten tagesklinischen Behandlung Patienten in unterschiedlichen Stadien des Entwicklungsprozesses aus der Sucht heraus befinden, da diese Arbeit auf die Patientenstruktur tagesklinischer Behandlung fokussiert ist, erscheint es sinnvoll und gerechtfertigt, die Behandlungsergebnisse auf die Planungen der Patienten am Ende der Behandlungsepisode zu begrenzen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse spielen die Verfügbarkeit und Attraktivität eigener und komplementärer Angebote eine wichtige Rolle. Auch regionale Besonderheiten, wie Wohn- und Arbeitsmarktsituation, bestimmen die Wahl der Patienten bezüglich

lich der weiteren poststationären Aktivitäten. Die regionalen Besonderheiten der drei Vergleichskrankenhäuser im Großraum Hamburg wurden von Schulz (2000) beschrieben. Da die Patienten des UKE in bezug auf suchtspezifische Variablen am besten mit dem Marburger Klientel übereinstimmen, da für diese Patienten Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen genauso gut erreichbar sind wie für die Marburger Patienten, und da beide Kliniken eigene ambulante Weiterbehandlungsangebote vorhalten, soll der Vergleich der Marburger Ergebnisse nur mit den Ergebnissen des UKE erfolgen, um die Einflüsse möglicher regionaler Besonderheiten gering zu halten.

Bei der Empfehlung zur Weiterbehandlung favorisierte das UKE die ambulante Weiterbehandlung, weil einerseits durch die längere Krankheitsdauer und häufigere stationäre Vorbehandlungen kein Anspruch auf weitere Entwöhnungstherapien mehr bestand (Schulz 2000), andererseits führen mehrfache erfolglose Behandlungsversuche mit zunehmender Krankheitsdauer zu einer schwindenden Behandlungsmotivation (John 1985, Höppner 1999). Zudem war die ambulante Nachsorge in der eigenen Klinik organisiert, was die Zugangsschwelle niedrig hält.

Aus ähnlichen Überlegungen überwiegen auch bei der Marburger Klinik die Empfehlungen für ambulante Therapien, hier hält die Suchtambulanz ein differenziertes Behandlungsangebot mit personeller Konstanz vor, wie in Abbildung 1 dargestellt. Die Ergebnisse zur Antragstellung für Entwöhnungsbehandlungen einerseits und zur Inanspruchnahme ambulanter Therapien andererseits spiegeln diese Situation wider. Der etwas größere Anteil der Marburger Tagesklinikpatienten gegenüber dem UKE-Kollektiv, die eine Entwöhnungsbehandlung beantragt haben, läßt sich dadurch erklären, daß bei einigen Patienten die Indikation zur tagesklinischen Behandlung explizit in der Vorbereitung (Gruppentherapiefähigkeit, kognitive Erholung bei Encephalopathie, Stabilisierung labiler Abstinenz für ambulante Entwöhnung) und abstinenter Überbrückung bis zum Antritt der Maßnahme bestand.

Über die Hälfte der Marburger Tagesklinikpatienten entschied sich für eine ambulante Weiterbehandlung, hiervon wollten fast 80% diese Behandlung in der eigenen Suchtambulanz durchführen. Hier bestätigen sich die oben gemachten Ausführungen

zur schwindenden Behandlungsmotivation und zunehmenden sozialen Desintegration, die niederschwellige, auf dieses Klientel angepaßte Behandlungsangebote erfordern. Hier bestätigen sich im Patientenverhalten aber auch die in dieser Untersuchung gewonnenen Ergebnisse zu den Coping-Strategien (Abschnitt 7.5.1), die die Bedeutung der therapeutischen Konstanz belegen. Die Entscheidungen zur geplanten Inanspruchnahme ambulanter Therapien in der eigenen Suchtambulanz können nicht allein mit der tagesklinischen Behandlung erklärt werden, sondern sie sind das Ergebnis der Einbettung der Tagesklinik in ein Gesamtbehandlungskonzept, wie es im Abschnitt 4.1 dargestellt wurde. Auf die Notwendigkeit der Konstanz therapeutischer Konzepte im Rahmen gemeindenaher Suchtkrankenbehandlung haben bereits Schwoon und Mitarbeiter (1989) hingewiesen.

Von besonderer Bedeutung ist dabei nicht nur das Vorhandensein eines ambulanten Behandlungsangebotes, sondern auch eine weite Differenzierung entsprechend den unterschiedlichen Erwartungen und Bedürfnissen der Patienten. Das bedeutet, daß die tagesklinischen Patienten aus den ihnen bereits bekannten Therapieangeboten ein „Ambulanzprogramm“ zusammenstellen können oder daß sie zusätzliche ambulante Therapieangebote bei ihnen bereits bekannten Therapeuten wahrnehmen können. Dies erscheint aus der klinischen Erfahrung insbesondere für die Patienten mit bisher äußerst ungünstigen Verläufen, mit psychiatrischer Komorbidität und dadurch verstärkten Kontaktstörungen, von großer Bedeutung. Die hier vorgehaltenen Angebote erklären auch, weshalb die Patienten der Marburger Tagesklinik kaum Bedarf für weitere Unterstützung durch Suchtberatungsstellen sehen und in deutlich geringerer Zahl den regelmäßigen Besuch von Selbsthilfegruppen planen.

Die Bedeutung des unmittelbaren Kennenlernens und Erlebens von Therapieangeboten oder Bezugspersonen zeigt sich bei den Selbsthilfegruppen. Im UKE tagen zweimal wöchentlich die Anonymen Alkoholiker und die Guttempler (Schulz 2000). Die hohe Präsenz und Kontinuität auf Station läßt die große Bedeutung von Selbsthilfegruppen erlebbar werden, Kontaktschranken verringern sich, so daß knapp 85% der UKE-Patienten am Ende ihrer Behandlung den regelmäßigen Besuch von Selbsthilfegruppen planen. In der Marburger Klinik sind dagegen Selbsthilfegruppen nur

nur einmal wöchentlich präsent, zu diesem Termin wechseln sich zudem sieben verschiedene Gruppen ab, die in ihrer Präsentation zudem sehr heterogen und teilweise nur auf bestimmte Subpopulationen ausgerichtet sind. Das Angebot, Selbsthilfegruppen während der Behandlungszeit außerhalb der Klinik zu besuchen, wird daher nur zögernd wahrgenommen. Dies spiegelt sich in dem Ergebnis wieder, daß nur knapp 57% der Tagesklinikpatienten den regelmäßigen Selbsthilfegruppenbesuch planen.

Aus dieser Situation heraus zeigt sich die Bedeutung der Einbettung der Tagesklinik in ein Gesamtbehandlungskonzept. In der integrierten Tagesklinik gelingt es bei einem im Durchschnitt schwierigen und prognostisch ungünstigen Klientel, das einen Institutionswechsel aus psychischen Gründen kaum oder gar nicht vollziehen kann, eine Motivation zu weiterer ambulanter Behandlung zu erzielen. Die Motivation zu einer Entwöhnungsbehandlung gelingt nur selten und ist nach den Erhebungen von Wienberg (1992; 2001b) wenig versorgungsrelevant. In der Etablierung eines gemeindenahen, differenzierten Behandlungsangebotes für Suchtkranke hat die integrierte Tagesklinik eine besondere Bedeutung für die Patienten, die ihr therapeutisches Anliegen nicht nur auf eine körperliche Entgiftung begrenzen möchten, sondern sie kann auch schwer erkrankten Patienten mit bisher ungünstigem Verlauf neue Möglichkeiten für eine adäquate ambulante Behandlung erschließen.

8 Zusammenfassung

Bei spärlichen Datenlage zu tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung wurde eine Stichprobe von 65 integriert tagesklinisch behandelten Patienten in bezug auf Selektionskriterien, bisherigen Suchtverlauf, prognoserelevante Variablen, soziale Situation bei Behandlungsbeginn, zu Komorbidität und zur Behandlungszufriedenheit untersucht und mit Patientenkollektiven in vollstationärer qualifizierter Entzugsbehandlung in drei unterschiedlichen Kliniken verglichen.

Die deskriptive Statistik zeigte, daß sowohl Patienten mit frühem Krankheitsbeginn und schwerem Verlauf ihrer Suchterkrankung ebenso zu einer tagesklinischen Behandlung motiviert werden konnten, wie Patienten mit milden Verlaufsformen und geringeren Folgeschäden. Der Vergleich mit den Patienten der drei anderen Kliniken (psychiatrische Universitätsklinik mit städtischem Einzugsgebiet, psychiatrisches Fachkrankenhaus mit überwiegend ländlichem Einzugsgebiet, internistische Abteilung in einem Allgemeinkrankenhaus) ergab, daß die tagesklinisch behandelten Patienten in bezug auf suchtspezifische Merkmale einschließlich prognostischer Parameter, soziale Situation und psychiatrische Komorbidität schwerer erkrankt waren als der Durchschnitt der Vergleichskollektive. Sie entsprachen der Subgruppe der Patienten des Universitätskrankenhauses, die sich bei einer früheren Untersuchung als schwerer und länger krank und prognostisch ungünstiger erwiesen hatte.

Die Ergebnisse zu den Coping-Strategien zeigten, daß die Gruppe der Tagesklinikpatienten schneller resignierten, Hoffnungslosigkeit und Selbstmitleid dominierte ihr Erleben, sie fühlten sich stärker in einer Opferrolle. Dementsprechend sind auch ihre aktiven Bewältigungsstrategien zur Überwindung ihrer Suchterkrankung unzureichender ausgeprägt. Durch das integrierte Setting der Tagesklinik gelang es bei fast 80% von ihnen eine Motivation zu weiterer, meist ambulanter Behandlung zu erzielen. Die Fortsetzung der therapeutischer Kontinuität in der integrierten Suchtambulanz war hierfür ein bedeutender Faktor.

Die Patienten bewerteten die Behandlung überwiegend positiv; insbesondere erlebten sie das tagesklinische Setting auch Schutz und Sicherheit bietend vor dem Kontakt mit Suchtmitteln und rückfallauslösenden Situationen.

9 Literatur

Alfs DS, McClellan TA (1992) A Day Hospital Program for Dual Diagnosis Patients in a VA Medical Center. *Hospital and Community Psychiatry* 43 (3): 241-244

Alterman AI, Droba M, McLellan AT (1992) Response to Day Hospital Treatment by Patients with Cocaine and Alcohol Dependence. *Hospital and Community Psychiatry* 43 (9): 930-932

Alterman AI, McLellan AT (1993) Inpatient and Day Hospital Treatment Services for Cocaine and Alcohol Dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment* 10: 269-275

Alterman AI, O'Brian CP, McLellan AT, August DS, Snider EC, Droba M, Cornish JW, Hall CP, Raphaelson AH, Schrade FX (1994) Effectiveness and Costs of Inpatient versus Day Hospital Cocaine Rehabilitation. *Journal of Nervous and Mental Disease* 182: 157-163

Bensinger A, Pilkington CF (1983) An Alternative Method in the Treatment of Alcoholism: The United Technologies Corporation Day Treatment Program. *Journal of Occupational Medicine* 25 (4): 300-303

Bochnik HJ, Koch H (1990) Die Nervenarzt-Studie. Praxen, Kompetenzen, Patienten. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

Bock T (1985) Möglichkeiten und Grenzen teilstationärer Psychiatrie, Einblick in eine Tagesklinik. Psychiatrie-Verlag, Rehburg-Loccum

Bonorden-Kleij K (1996) Ambulante und tagesklinische Behandlungsangebote für Drogenabhängige. In: Wagner HB, Krausz M, Schwoon DR (Hrsg) Tagesklinik für Suchtkranke. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau pp 68-76

Bosch G, Veltin A (Hrsg) (1983) Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung. Aktion psychisch Kranke. Tagungsberichte Band 9, Rheinland-Verlag GmbH, Köln

Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit BMJFFG (Hrsg) (1988) Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn

Castaneda R, Lifshutz H, Galanter M, Medalia A, Franco H (1992) Treatment compliance after detoxification among highly disadvantaged alcoholics. Am J Drug Alcohol Abuse 18: 223-234

Cording C (1995) Qualitätssicherung in der Psychiatrie. In: Cording C, Fleischmann H, Klein HE (Hrsg) Qualitätssicherung in der Suchttherapie. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau pp 9-24

Coviello DM, Alterman AI, Rutherford MJ, Cacciola JS, McKay JR, Zanis DA (2001) The effectiveness of two intensities of psychosocial treatment for cocaine dependence. Drug and alcohol dependence 61, 2: 145-154

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2000) Jahrbuch Sucht 2001. Neuland Verlag, Geesthacht

Deutscher Bundestag (Hrsg) (1974) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn, Drucksache 7/4200

Dlabal H (1996) Marburger Modell: Integrierte tagesklinische Suchtkrankenbehandlung. In: Wagner HB, Krausz M, Schwoon DR (Hrsg) Tagesklinik für Suchtkranke. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau pp 76-89

Donabedian, A.: The quality of medical care. Science 200, 1974

Drever J, Fröhlich WD (1974) Wörterbuch zur Psychologie. Deutscher Taschenbuch Verlag, München

Driessen M (1999) Psychiatrische Komorbidität bei Alkoholismus und Verlauf der Abhängigkeit. Steinkopff-Verlag, Darmstadt

Driessen M, Veltrup C, Junghanns K, Przywara A, Dilling H (1999) Kosten-Nutzen-Analyse klinisch-evaluierter Behandlungsprogramme. Nervenarzt 70: 463-470

Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Sucht-Vereinbarung) vom 20.11.1978

Esser H (1996) Tagesklinische Suchtbehandlung. In: Wagner HB, Krausz M, Schwoon DR (Hrsg) Tagesklinik für Suchtkranke. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau pp 18-24

Finzen A (1977) Die Tagesklinik. Psychiatrie als Lebensschule. Piper-Verlag, München

Fleischmann H (1995) Behandlungsmotivation Motivationsbehandlung. In: Fleischmann H, Klein HE (Hrsg) Behandlungsmotivation Motivationsbehandlung. Suchtkranke im psychiatrischen Krankenhaus. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau pp 8-16

Fleischmann H, Lenske H, Wenig C, Unglaub W, Cording C (1995) Zur Qualität der Entzugsbehandlung. In: Cording C, Fleischmann H, Klein HE (Hrsg) Qualitätssicherung in der Suchttherapie. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau pp 54-66

Hilge T, Schulz W (1999) Entwicklung eines Meßinstrumentes zur Erfassung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholabhängiger: Die Braunschweiger Merkmalsliste (BML). Sucht 45: 55-58

- Höppner H (1999) Alkoholranke im qualifizierten Entzug. Behandlungserfahrungen; nachklinische Inanspruchnahme suchtspezifischer Versorgungsangebote und nachklinisches Trinkverhalten. Diplomarbeit Fachbereich Psychologie, Universität Hamburg
- Hoffmann M, Weithmann G, Rothenbacher H (1991) Persönlichkeit, soziale Integration und Therapieerfolg von Alkoholikern. Sucht 37: 20-25
- Hudolin V (1964) Die Rolle der Tagesklinik bei der Behandlung von Alkoholikern. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg) Alkohol und Alkoholismus. Neuland Verlag, Hamburg pp 231-234
- Hüllinghorst R (1996) Tageskliniken für Suchtkranke. In: Wagner HB, Krausz M, Schwoon DR (Hrsg) Tagesklinik für Suchtkranke. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau pp 11-12
- Janke W, Erdmann G, Boucsein W (1985) Streßverarbeitungsfragebogen (SVF). Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen
- John U (1985) Alkoholiker in Entzugsbehandlung - Alkoholiker in Therapie. Ein Vergleich. Suchtgefahren 31: 47-56
- John U (1991) Psychische Abwehr als Grundmerkmal der Abhängigkeit. In: Wanke K, Bühringer G (Hrsg) Grundstörungen der Sucht. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 142-155
- Kielstein V (1991) Indikationskriterien und Prinzipien der ambulant / tagesklinischen Therapie von Suchtkranken. Sucht 37: 114-120
- Kielstein V (1996) Alkoholentzug unter tagesklinischen Bedingungen. In: Wagner HB, Krausz M, Schwoon DR (Hrsg) Tagesklinik für Suchtkranke. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau pp 41-48
- Körkel, J. Kruse G (1993) Mit dem Rückfall leben - Abstinenz als Allheilmittel? Psychiatrie-Verlag, Bonn

Kruse G (1994) Die Tagesklinik für Abhängigkeitskranke als integrierter Bestandteil einer regionalisierten Suchtkrankenversorgung. In: Jagoda B, Kunze H (Hrsg) Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung - Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen. Aktion psychisch Kranke. Tagungsberichte Band 21, Rheinland-Verlag GmbH, Köln pp 102-107

Kruse G, Sievers K (1987) Tagesklinische Behandlung von Abhängigkeitskranken. Psychiat. Prax. 14: 174-178

Küfner H, Feuerlein W, Huber M (1988) Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. Suchtgefahren 34: 157-270

Kuhlmann T, Summa-Lehmann P, Reymann G, Marcea JT (2001) Anforderungen an eine qualifizierte Akutbehandlung Alkoholabhängiger in NRW. Suchttherapie 2: 93-97

Kunze H (1995) Die Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger und deren Qualitätssicherung. In: Cording C, Fleischmann H, Klein HE (Hrsg) Qualitätssicherung in der Suchttherapie. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau pp 25-38

Kunze H, Kaltenbach L (Hrsg) (1996) Psychiatrie-Personalverordnung. 3. Auflage, Kohlhammer Verlag, Stuttgart Berlin Köln

Landeswohlfahrtsverband Hessen (Hrsg) (1990) Psychiatrische Tageskliniken in Hessen. Ein Tagungsbericht. Kassel

Lange W, Veltrup C, Driessen M (1999) Entgiftung und qualifizierte Entzugsbehandlung: Kurz-, mittel- und langfristige Katamnesen. Sucht 45: 235-244

Lauer G, Richter B (1995) Rückfälle während stationärer Suchtkrankenbehandlung: Auszugrenzendes Übel oder integrationsbedürftige Realität? In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg) Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. Sonderband 1995. Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht

- Linnemann F, Rohlf T (1990) Psychoanalytische Zugangswege zur Psychosenpsychotherapie in der psychiatrischen Praxis. In: Thom A, Wulff E (Hrsg) Psychiatrie im Wandel. Psychiatrie-Verlag, Bonn pp 308-320
- Loeffelholz-Dressel A von, Scheidt-Wunnenberg R (1984) 4 Jahre Tagesklinik für psychiatrische Patienten mit Abhängigkeitsproblematik. Sozialpsychiatrische Informationen 14,1: 55-67
- Malla AK, Cooper G (1985) Day Treatment for Alcoholism in a General Hospital Psychiatric Service. Canadian Journal of Psychiatry 30: 409-413
- Mann K, Buchkremer G (Hrsg) (1995) Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. Sonderband 1995. Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht
- Mann K, Buchkremer G (Hrsg) (1996) Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart, Jena, New York
- Mann K, Kapp B (1995) Zur Lehre in Suchtmedizin. Eine Befragung von Studenten und Professoren. In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg) Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. Sonderband 1995. Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht pp 38-40
- Mann K, Stetter F (1991) Keine Entgiftung ohne psychotherapeutische Begleitung. Psycho 17: 296-304
- Mann K, Stetter F, Günthner A, Buchkremer G (1995) Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. Deutsches Ärzteblatt 92 (45): 2217-2221
- Marcea JT, Kuhlmann T (2001) Leitlinien für die Erbringung medizinischer Leistungen in der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit Abhängigkeit und/oder schädlichem Gebrauch von psychotropen Substanzen für das Fachgebiet Psychiatrie/Psychotherapie. Suchttherapie 2: 45-50

- McLachlan JFC, Stein RL (1982) Evaluation of a day clinic for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 43 (3): 261-272
- Miller W R, Rollnick, S (1999) *Motivierende Gesprächsführung*. Lambertus-Verlag Freiburg
- Müller-Fahrnow W (1993) Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. *f & w* 10: 385-388
- Münzenberg JC (1980) Möglichkeiten der Alkoholikerbehandlung durch eine Tagesklinik. In: *Alkohol-Medikamenten- und Drogensucht. WldO-Materialien Band 10*, Bonn
- Oberlaender FA (1993) Die lebensorientierende Motivationsstation. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde* 22: 207-212
- Olbrich R (2001) Die qualifizierte Entzugsbehandlung in der stationären Alkoholismustherapie. In: Olbrich R (Hrsg) *Suchtbehandlung - Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen*. Roderer Verlag, Regensburg, pp 95-108
- Penk WE, Charles HL, van Hoose TA (1978) Comparative effectiveness of day hospital and inpatient psychiatric treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 94-101
- Peters UH (1984) *Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie*. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore
- Prochaska JO, DiClemente CC (1982) Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19: 276-288
- Ribbschläger M, Wahlstab A (1988) Die Tagesklinik als Basisbehandlung in der ambulanten Therapie von Alkoholkranken. *Psychiatr-Neurol-Med-Psychol-Beih.*: 100-102

Richter D (2001) Die Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung. Fortschr Neurol Psychiat 69: 19-31

Richter D, Eikermann B (2000) Verweildauerrückgang bei stationären Behandlungen in der Psychiatrie. Spektrum 29: 67-72

Rist F (1996) Therapiestudien mit Alkoholabhängigen. In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg) Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart Jena New York pp 241-254

Schindler R (1986) Tagesklinik. In: Müller C (Hrsg) Lexikon der Psychiatrie. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokio pp 668-669

Schulz P (2000) Der qualifizierte Alkoholentzug in der Inneren Medizin: Vergleich mit zwei psychiatrischen Abteilungen. Medizinische Dissertation, Universität Hamburg

Schwoon DR (1992) Motivation - ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In: Wienberg G (Hrsg) Die vergessene Mehrheit - Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Psychiatrie-Verlag, Bonn pp 170-182

Schwoon DR (1996) Suchttageskliniken zwischen Kooperation und Konkurrenz zu den etablierten Einrichtungen der Suchtkrankenversorgung. In: Wagner HB, Krausz M, Schwoon DR (Hrsg) Tagesklinik für Suchtkranke. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau pp 30-40

Schwoon DR (2000) Der Qualifizierte Entzug - Leitlinien für die Akut- und Motivierungsbehandlung alkohol- oder medikamentenabhängiger Menschen. Kongreßunterlagen, Suchttherapietage Hamburg

Schwoon DR, Krausz M (Hrsg) (1990) Suchtkranke - Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Enke-Verlag, Stuttgart

Schwoon DR, Schulz P, Höppner H (2002) Qualifizierte Entzugsbehandlung für Alkoholranke in der Inneren Medizin. Suchttherapie 2002, zur Publikation angenommen

Schwoon DR, Veltrup C, Gehlen A (1989) Ein mehrstufiges Behandlungsangebot für Alkoholranke: Inanspruchnahme und Behandlungsergebnisse. Psychiat. Prax. 16: 161-170

Sonntag D, Künzel J (2000) Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluß auf den Therapieerfolg? Sucht 46, Sonderheft 2

Soyka M, Baumgartner G, Preuss U, Wachter G, Weingärtner E, Möller HJ (1999) Katamnestische Untersuchung zur Effizienz der tagesklinischen Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. Krankenhauspsychiatrie 10: 50-55

Süß HM (1995) Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau 46: 248-266

Stetter F, Axmann-Krcmar D (1996) Psychotherapeutische Motivationsarbeit bei Alkoholkranken in der Entgiftungsphase. In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg) Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart Jena New York

Stetter F, Mann K (1997) Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. Nervenarzt 68: 574-581

Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (2001) Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker vom 04.05.2001

Wagner HB (1996) Internationale Erfahrungen mit tagesklinischer Suchtbehandlung. In: Wagner HB, Krausz M, Schwoon DR (Hrsg) Tagesklinik für Suchtkranke. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau pp 13-18

Wagner HB, Krausz M, Schwoon DR (Hrsg) (1996) Tagesklinik für Suchtkranke. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

Wahlstab A (1991) Ambulante Tagesklinik - ein Therapieangebot für alkoholranke Frauen? Sucht 37: 121-126

Wefelmeyer T (1999) Tagesklinik für Suchtkranke. In: Eikermann B, Reker T, Albers M (Hrsg) Die psychiatrische Tagesklinik. Thieme, Stuttgart, New York

Weisner C, Mertens J, Parthasarathy S, Moore C, Hunkeler EM, Hu T, Selby JV (2000) The outcome and cost of alcohol and drug treatment in an HMO: day hospital versus traditional outpatient regimes. Health service research 35, 4: 791-812

Weisner C, Mertens J, Parthasarathy S, Moore C, Hunkeler EM, Hu T, Selby JV (2001) Cost-effectiveness of a day hospital versus traditional alcohol and drug outpatient treatment in a health maintenance organisation: randomized and self-selected samples. In: Hilton ME et al. (2001) Improving alcoholism treatment across the spectrum of services. Alcohol Clin Exp Res 25, 1: 128-135

Westendarp H, Elsner H, Fingerhut C, Magerkurth T, Reymann G (2001) Suchtmedizinische qualifizierte stationäre Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. Spektrum 30: 26-30

Westermann H, Wessel T (1996) Die Rolle einer Tagesklinik für Suchtkranke im Rahmen eines regionalen Versorgungsauftrages. In: Wagner HB, Krausz M, Schwoon DR (Hrsg) Tagesklinik für Suchtkranke. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

Westermann H, Zechert C (2000) Tagesklinische Suchtkrankenbehandlung im Rahmen gemeindepsychiatrischer Versorgung. Krankenhauspsychiatrie 11, Sonderheft 1:46-52

Wienberg G (1992) Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik - Ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: Wienberg G (Hrsg) Die vergessene Mehrheit - Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Psychiatrie-Verlag, Bonn pp 12-60

Wienberg G (2001a) Die »vergessene Mehrheit« heute - Teil I: Ein Blick zurück nach vorn. In: Wienberg G, Driessen M (Hrsg) Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Psychiatrie-Verlag, Bonn pp 12-23

Wienberg G (2001b) Die »vergessene Mehrheit« heute - Teil V: Bilanz und Perspektiven. In: Wienberg G, Driessen M (Hrsg) Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Psychiatrie-Verlag, Bonn pp 318-332

Wienberg G, Driessen M (Hrsg) (2001) Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Wittchen HU, Essau CA, v Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M (1992) Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 241: 247-258

Wittfoot J, Driessen M (2000) Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität - Ein Überblick. Suchttherapie 1: 8-15

10 Anhang

10.1 Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Therapeutische Kontinuität über verschiedene Behandlungssettings	59
Abbildung 2: Stationäre Aufnahmen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd in den Jahren 1995 bis 2000	61
Abbildung 3: Tagesklinische Aufnahmen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd in den Jahren 1995 bis 2000	62
Abbildung 4: Entwicklung der Behandlungszeiten bei vollstationärer Behandlung in den Jahren 1995 bis 2000	63
Abbildung 5: Entwicklung der Behandlungszeiten bei tagesklinischer Behandlung in den Jahren 1995 bis 2000	63
Abbildung 6: Altersverteilung der 132 tagesklinischen Patienten	65
Abbildung 7: Altersverteilung der 65 tagesklinischen Patienten	71
Abbildung 8: Vorbehandlung vor tagesklinischer Aufnahme	72
Abbildung 9: Häufigkeit der stationären Entzüge im letzten Jahr	73
Abbildung 10: Alter beim ersten Rausch	75
Abbildung 11: Dauer des vermehrten Alkoholkonsums	75
Abbildung 12: Dauer der Alkoholabhängigkeit	76
Abbildung 13: Gesamtabstinenzdauer in den letzten 5 Jahren	77
Abbildung 14: Längste Abstinenz am Stück in den letzten 5 Jahren	78
Abbildung 15: Häufigkeit früherer Behandlungen	79
Abbildung 16: Teilnahme an Selbsthilfegruppen	80
Abbildung 17: Schulbildung	84
Abbildung 18: Berufsabschluß	84
Abbildung 19: Berufsgruppeneinstufung	85
Abbildung 20: Gegenwärtige Berufstätigkeit	85
Abbildung 21: Schuldenhäufigkeit (in DM)	86
Abbildung 22: Wohnsituation	87
Abbildung 23: Suizidversuche in der Vorgeschichte von 19 Patienten	89
Abbildung 24: Einschätzung der psychiatrischen Komorbidität	90
Abbildung 25: Verteilung der unterschiedlichen Behandlungsdauer	91

10.2 Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Anteil der institutionellen 1-Jahres-Prävalenz an der Gesamtprävalenz der Alkoholabhängigen (nach Wienberg 2001b)	6
Tabelle 2: Empirische Daten aus der internationalen Literatur	37
Tabelle 3: Empirische Daten aus der deutschen Literatur	38
Tabelle 4: Psychiatrische Komorbidität: Daten von 182 Patienten der Suchttagesklinik Hamburg	39
Tabelle 5: Soziodemografische Daten von 182 Patienten der Suchttagesklinik Hamburg im Vergleich mit EBIS- und SEDOS-Daten aus 1999	40
Tabelle 6: Alkoholfolgestörungen (nach Patientenangaben)	81
Tabelle 7: Somatischer Status der Patienten in der Tagesklinik	82
Tabelle 8: Weitervermittlung in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer	93
Tabelle 9: Beratungsstellenkontakte entsprechend der Behandlungsdauer	94
Tabelle 10: Motivation zur Langzeittherapie in Abhängigkeit von der Therapiedauer	96
Tabelle 11: Motivation zum Besuch von Selbsthilfegruppen in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer	98
Tabelle 12: Trinkmengen in ml Alkohol pro Tag	99
Tabelle 13: CMA-Index nach Hilge und Schulz	100
Tabelle 14: CMA-Index nach Hilge und Schulz, dichotomisiert	100
Tabelle 15: Prognoseindex nach Schulz	101
Tabelle 16: Mittlere Rangplätze des Prognoseindex nach Schulz	101
Tabelle 17: Prognoseindex nach Schulz, dichotomisiert	102
Tabelle 18: Sozialindex nach Hoffmann et al.	103
Tabelle 19: Gesamtsumme der Folgeschäden	103
Tabelle 20: Mittlere Rangplätze der gesamten Suchtfolgeschäden	104
Tabelle 21: Suchtfolgeschäden, die stationärer Behandlung bedurften	104
Tabelle 22: Häufigkeit von Medikamentenproblemen	105
Tabelle 23: Mittlere Rangplätze der Medikamentenprobleme	105
Tabelle 24: Standardwerte Faktor „Schuldabwehr“	106
Tabelle 25: Standardwerte Faktor „Problemkontrolle“	107
Tabelle 26: Mittlere Rangplätze für den Faktor Problemkontrolle	107

Tabelle 27: Standardwerte Faktor „Emotionskontrolle“	108
Tabelle 28: Mittlere Rangplätze für den Faktor Emotionskontrolle	108
Tabelle 29: Häufigkeit von Suizidgedanken	109
Tabelle 30: Suizidversuche in der Vorgeschichte	110
Tabelle 31: Einschätzung der Suizidalität durch die behandelnden Ärzte	110
Tabelle 32: Einschätzung von schwerer Depression durch die behandelnden Ärzte	111
Tabelle 33: Einschätzung von neurotischen und Persönlichkeitsstörungen durch die behandelnden Ärzte	112
Tabelle 34: Psychiatrische Vorbehandlungen wegen nicht suchtbedingter Störungen	113
Tabelle 35: Mittlere Rangplätze zur Behandlungserfahrung: Krankheitseinsicht	114
Tabelle 36: Mittlere Rangplätze zur Behandlungserfahrung: Information	114
Tabelle 37: Mittlere Rangplätze zur Behandlungserfahrung: Mitpatienten	115
Tabelle 38: Mittlere Rangplätze zur Behandlungserfahrung: Personal	115
Tabelle 39: Mittlere Rangplätze zur Behandlungserfahrung: Programm	116
Tabelle 40: Mittlere Rangplätze zur Behandlungserfahrung: Ausstattung	116
Tabelle 41: Mittlere Rangplätze zur Behandlungserfahrung: Allgemeine Bewertung	117
Tabelle 42: Mittlere Rangplätze zur Behandlungserfahrung: Gesamt-Mittelwert	118
Tabelle 43: Geplanter Besuch von Selbsthilfegruppen	118
Tabelle 44: Stand der Vorbereitung zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen	119
Tabelle 45: Antragstellung für eine Entwöhnungsbehandlung	119
Tabelle 46: Planung einer ambulanten Therapie	120
Tabelle 47: Art der ambulanten Therapie	121
Tabelle 48: Bedarf an Unterstützung durch eine Suchtberatungsstelle	121
Tabelle 49: Planung der Aufnahme in eine Übergangseinrichtung oder in das betreute Wohnen.	122

10.3 Erhebungsinstrumente

Marburg	N=60		?
			?

Klinik: Laufende Nummer: Alter: Geschlecht: (1 m / 2 w): Postleitzahl: Abstand zum letzten Alkoholkonsum (in Tagen):

(Trennlinie)

DIFAT. 97

4		
---	---	---

Klinik lfd. Nr.

Patient	Kontaktperson (Ehefrau, Arzt)
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
Klinik der Ersterhebung:	

(Trennlinie)

Einverständniserklärung I

Ich habe an einer Untersuchung zur Erforschung von Alkoholproblemen teilgenommen.

Ich bin damit einverstanden, daß auch Angaben aus anderen Untersuchungen in diesem Krankenhaus verwendet werden und entbinde dafür die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Ich wurde darüber informiert, daß alle Angaben nur für Forschungszwecke verwendet, anonym aufbewahrt und absolut vertraulich behandelt werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Einverständniserklärung II

Ich bin damit einverstanden, für Nachbefragungen unter meiner Adresse angeschrieben oder unter meiner Telefonnummer angerufen zu werden. Wenn ich nicht erreichbar sein sollte, darf der Kontakt über die umseitig genannte Person aufgenommen werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Grundsätzlich muß jeder aufgenommene Patient dokumentiert werden.

	<u>ja</u>	<u>nein</u>	
1. Basis - Info (Einverständnis usw.)	1	2	☐
3. BEDO (Behandlungsdokumentation)	1	2	☐

4. Ausfall

1 Pat. kam für Untersuchung nicht in Frage, weil

1 nicht deutschsprachig

2 nicht kooperationsfähig, weil

(Klartext)

2 Pat. kam für Fragebogen-Untersuchung in Frage, und

1 Erhebung ist vollständig

2 viele Missing Data bei Fragebogen-Selbstausskünften

3 nur Teil der Untersuchung, weil vorzeitig entlassen

4 nur Teil der Untersuchung, weil verweigert

5 nur Teil der Untersuchung, weil organisatorisch verschlampt

6 generell Missing, weil verweigert

7 generell Missing, weil organisatorisch verschlampt

vollständig?

5. Nationalität

1 deutsch

2 Europäische Union (EU)

3 Osteuropa

4 sonstiges Europa

5 orientalische Länder (Türkei, Iran usw.)

6 sonstige Länder

7 staatenlos

	<u>ja</u>	<u>nein</u>	
6. FAB, selbst ausgefüllt	1	2	☐
7. FAB, fremd ausgefüllt	1	2	☐
8. TAI / HAK	1	2	☐
9. SVF (Stressverarbeitung)	1	2	☐
10. BEDO (Behandlungsdokumentation)	1	2	☐
11. EBE (Einschätzung Behandlung)	1	2	☐

☐

DIFAT . 97- BEDO

4				
---	--	--	--	--

BEHANDLUNGSDOKUMENTATION BEI AUFNAHME

(durch die Behandelnden / bei Entlassung gegenprüfen!)

1. Verweildauer

1.1 Aufnahmedatum

--	--	--	--	--	--

1.2 Entlassungsdatum

--	--	--	--	--	--

2. Wer drängte jetzt auf Behandlung (maximal 3 Bereiche) ?

- 1 Pat. selbst (mit-) ausschlaggebend
- 2 PartnerIn
- 3 andere Familienangehörige
- 4 Arbeitgeber
- 5 Ausbildungs- / Umschulungsstätte
- 6 Beratungsstelle mit laufendem Therapieantrag
- 7 Beratungsstelle ohne laufenden Therapieantrag
- 8 Selbsthilfegruppe
- 9 Niedergelassener Arzt
- 10 anderes Krankenhaus / andere Station
- 11 Wohnheim / Übergangseinrichtung
- 12 Krankenkasse / Rentenversicherung
- 13 Arbeitsamt
- 14 Jugendamt / andere Behörde
- 15 Gerichtsverfahren
- 16 unklar
- 17 sonstige Stelle / Gründe:

(Klartext)

3. Aufnahmeart

- 1 als Notfall
- 2 direkt ohne ärztliche Einweisung
- 3 direkt mit ärztlicher Einweisung
- 4 über Warteliste
- 5 als Verlegung aus anderer Klinik
- 6 als Verlegung von anderer Station

--

4.	Zustand bei der Aufnahme I	☐
	1 suchtmittelfrei	
	2 nüchtern, aber unter Distraneurin	
	3 nüchtern, aber unter Benzodiazepinen	
	4 nüchtern, aber unter anderen Medikamenten	
	5 alkoholisiert mit . . . Promille	☐ ,

5.	Zustand bei der Aufnahme II	☐
	1 nicht ansprechbar bzw. kontaktfähig	
	2 ansprechbar, aber nicht kontaktfähig	
	3 eingeschränkt kooperationsbereit	
	4 kooperationsbereit	

6.	Drogenscreening (Urin)	☐
	1 nicht durchgeführt	
	2 negativ	
	3 positiv . . .	
	1 Benzodiazepine	☐
	2 Cannabis	
	3 Opioide	
	4 Kokain	
	5 Stimulantien	
	6 Sonstiges: _____	
	(Klartext)	

7.	Stationäre Entzüge im letzten Jahr	
	1 Klinik:	
	2 Klinik:	
	3 Klinik:	
	4 Klinik:	
	5	
	6	
	7	
	8 Sonstige, Anzahl:	

	(Klartext)	

8.	Hauptdiagnose (Abhängigkeit):	☐
	1 Alkohol	
	2 Medikamente	
	3 "ill." Drogen	
	4 Polytox.	

BEHANDLUNGSDOKUMENTATION BEI ENTLASSUNG

 (durch Behandelnde / auch Vorhergehendes überprüfen!)

9. Entlassung erfolgte

- 1 regulär
- 2 durch Personal wegen Suchtmittelkonsum
- 3 durch Personal wegen anderer Probleme

☐

(Klartext)

☐ ☐

- 4 wegen Kostenträgerproblemen
- 5 auf eigenen Wunsch, weil hinreichend behandelt
- 6 auf eigenen Wunsch, weil unzufrieden mit Behandlung

(Klartext)

☐ ☐

7 auf eigenen Wunsch wegen persönlicher Gründe, nämlich

1 privat: _____

☐ ☐

2 beruflich: _____

☐ ☐

3 sonstiges: _____

☐ ☐

 10. Verlegung auf eine andere Station / in eine andere Klinik / Pflegeheim

- 1 nein
- 2 ja, und zwar nach

☐

nach: _____

(Name der Klinik)

☐ ☐

wegen: _____

(Diagnose usw.)

☐ ☐

 11. Weitervermittlung / -behandlung

- 1 nein
- 2 unklar
- 3 ja

☐

12. Beratungsstelle

- 1 keine Indikation
- 2 Beratungsstellenkontakt bestand schon vor Aufnahme
- 3 Empfehlung durch Station

- 1 von Pat. nicht angestrebt, weil

- 2 BS - Termin von Station aus schon wahrgenommen
- 3 BS - fester Termin nach Entlassung in ... Tagen
- 4 BS - Termin noch offen

Name der BS:

(Klartext)

13. Übergangswohnheim / Vorsorge

- 1 keine Indikation
- 2 Empfehlung durch Station

- 1 von Pat. nicht angestrebt, weil

- 2 Kostenübernahme ungeklärt
- 3 Aufnahme an Kostenübernahme gescheitert
- 4 Sonstige Gründe für Nichtaufnahme:

(Klartext)

- 5 vager Aufnahmetermin

- 6 fester Aufnahmetermin nach Entlassung in ... Tagen

Name der Einrichtung:

(Klartext)

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

14. Langzeittherapie (Fachklinik)

1 keine Indikation

☐

2 Empfehlung durch Station

☐

1 von Pat. nicht angestrebt, weil

☐ ☐

2 Kostenübernahme ungeklärt

3 Aufnahme an Kostenübernahme gescheitert

4 Sonstige Gründe für Nichtaufnahme:

☐ ☐

(Klartext)

5 vager Aufnahmeterrn

☐ ☐

6 fester Aufnahmeterrn nach Entlassung in . . . Tagen

Name der Einrichtung:

☐ ☐

(Klartext)

15. Kurzzeittherapie (Fachklinik, Krankenhaus)

1 keine Indikation

☐

2 Empfehlung durch Station

☐

1 von Pat. nicht angestrebt, weil

☐ ☐

2 Kostenübernahme ungeklärt

3 Aufnahme an Kostenübernahme gescheitert

4 Sonstige Gründe für Nichtaufnahme:

☐ ☐

(Klartext)

5 vager Aufnahmeterrn

☐ ☐

6 fester Aufnahmeterrn nach Entlassung in . . . Tagen

Name der Einrichtung:

☐ ☐

(Klartext)

16. Selbsthilfegruppe

1 keine Indikation

2 Empfehlung durch Station

1 von Pat. nicht angestrebt, weil

3 geplant, Pat. sucht noch die richtige Gruppe

4 Gruppe während der stationären Zeit gefunden

5 feste Gruppenzugehörigkeit bestand schon vorher

Name der Gruppe:

(Klartext)

17. Medikation während des Entzuges

1 keine

2 ja

17.1 **Distraneurin** 1 nein 2 ja

Höchstdosis/Tag: _____

Dauer in Tagen: _____

17.2 **Carbamazepin** 1 nein 2 ja

Höchstdosis/Tag: _____

Dauer in Tagen: _____

17.3 **Kreislaufmittel** 1 nein 2 ja

Name: _____

Höchstdosis/Tag: _____

Dauer in Tagen: _____

17.4 **andere Mittel** 1 nein 2 ja

Name: _____

Höchstdosis/Tag: _____

Dauer in Tagen: _____

18. Medikation bei Entlassung (z.B. Antidepressiva, Antikonvulsiva, Campral usw.):

(Klartext)

19. Ambulante Entwöhnungstherapie

1 keine Indikation

☐

2 Empfehlung durch Station

☐

1 von Pat. nicht angestrebt, weil

☐
☐

2 Kostenübernahme ungeklärt

3 Aufnahme an Kostenübernahme gescheitert

4 Sonstige Gründe für Nichtaufnahme:

☐
☐

(Klartext)

5 vager Aufnahmetermin

☐
☐

6 fester Aufnahmetermin nach Entlassung in ... Tagen

Name der Einrichtung:

☐
☐

(Klartext)

20. Ambulante Psychotherapie

1 keine Indikation

☐

2 Empfehlung durch Station

☐

1 von Pat. nicht angestrebt, weil

☐
☐

3 geplant, Pat. sucht noch richtige(n) Psychotherapeutin(en)

4 PsychotherapeutIn während der stationären Zeit gefunden

5 Psychotherapie lief schon vorher

Name der/des Psychotherapeutin/en:

☐
☐

(Klartext)

DIFAT. 97- FAB

4				
---	--	--	--	--

Lesen Sie bitte jede Frage in Ruhe und aufmerksam durch.
Markieren Sie dann die Antwort, die für Sie am ehesten zutrifft,
mit einem Kreis um die Ziffer bei dieser Antwort.



Hier nichts
eintragen!

A. Alkohol

1. Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal Alkohol getrunken haben
(ein ganzes Glas Bier oder Wein oder Likör oder . . .) ?

_____ Jahre

--	--

2. Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal einen Rausch hatten ?

_____ Jahre

--	--

3. Seit wieviel Jahren trinken Sie schon vermehrt Alkohol ?

Seit _____ Jahren

--	--

4. Wie lange sind Sie schon alkoholkrank ?

Seit _____ Jahren

--	--

5. Welche Bezeichnung würde am ehesten auf Sie zutreffen ?

- 1 Pegeltrinken (Spiegeltrinken)
2 Problemtrinken
3 Quartalstrinken

--

6. Kommt es vor, daß Sie bis zu einem Rausch trinken ?

1 nein

2 ja, und zwar:

- 1 fast täglich
2 zwei- bis dreimal pro Woche
3 einmal pro Woche
4 zwei- bis dreimal pro Monat
5 einmal pro Monat
6 seltener

--

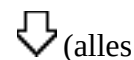
--

7. Wenn Sie sich vorgenommen haben, nicht mehr zu trinken,
wie halten Sie es dann ?

- 1 Ich höre vollständig auf
2 Ich versuche, schrittweise zu reduzieren
3 Ich habe es aufgegeben, das zu versuchen
4 Ich versuche es mit Hilfe von Medikamenten

--

8. In "nassen Zeiten", wieviel tranken Sie da zuletzt pro Tag durchschnittlich zusammen genommen) ? Hier nichts



eintragen!

Bier:

- ☐ bis zu 15 Litern und mehr
☐ bis zu 12 l
☐ bis zu 10 l
☐ bis zu 8 l
☐ bis zu 6 l
☐ bis zu 4 l
☐ bis zu 2 l
☐ bis zu 1 l

☐ gar kein Bier

Wein / Sekt :

- ☐ bis zu 8 Litern und mehr
☐ bis zu 6 l
☐ bis zu 5 l
☐ bis zu 4 l
☐ bis zu 3 l
☐ bis zu 2 l
☐ bis zu 1 l
☐ bis 0,5 l

☐ gar keinen Wein / Sekt

Likör (auch Südwein usw.) Korn/ Weinbrand/ Whisky
 (Flaschen je 0,7 l):

- ☐ bis zu 4 Flaschen und mehr
☐ bis zu 3,5 Flaschen
☐ bis zu 3 Flaschen
☐ bis zu 2,5 Flaschen
☐ bis zu 2 Flaschen
☐ bis zu 1 Flasche
☐ bis zu 1/2 Flasche
☐ bis zu 1/3 Flasche
☐ gar keinen Likör

- ☐ bis zu 3 Flaschen und mehr
☐ bis zu 2,5 Flaschen
☐ bis zu 2 Flaschen
☐ bis zu 1,5 Flaschen
☐ bis zu 1 Flasche
☐ bis zu 1/2 Flasche
☐ bis zu 1/3 Flasche
☐ ein paar kleine Gläser
☐ gar keinen Korn usw.

9. Wie lange haben Sie (insgesamt gesehen) in den letzten 5 Jahren ganz ohne Alkohol gelebt ?

- 1 gar nicht
 2 tageweise
 3 maximal ein halbes Jahr
 4 ein halbes bis ein Jahr
 5 ein bis zwei Jahre
 6 zwei bis drei Jahre
 7 drei Jahre und länger

9.1. Was war dabei die längste Zeit am Stück? _____
 (Klartext: Tage, Wochen oder Monate)

10. Wie wollen Sie es in Zukunft mit dem Alkoholgenuß halten ?

- 1 Ich glaube, daß ich völlig aufhören muß und nie wieder Alkohol anrühren darf.
 2 Ich glaube, daß ich erst einmal völlig aufhören muß und dann nach einiger Zeit wieder etwas trinken kann, ohne wieder abhängig zu werden.
 3 Ich will lernen, kontrolliert zu trinken, d. h. mit Alkohol so umzugehen wie andere Menschen auch, die nicht abhängig geworden sind.

B. Rauchen



Hier

eintragen!

nichts

11. Haben Sie jemals geraucht ?

1 nein (falls nein:
gehen Sie bitte gleich weiter unten zu Punkt C: Medikamente)

☐

2 ja, früher mal
Was (Zigaretten, Zigarre, Pfeife?) und wieviel ?

pro Tag etwa _____

Wann zuletzt ? _____

(Monat, Jahr)

3 ja, ich rauche heute noch
Was (Zigaretten, Zigarre, Pfeife?) und wieviel ?

pro Tag etwa _____

12. Glauben Sie, daß Sie nikotinsüchtig geworden sind ?

- 1 nein
2 ja, heute noch
3 ja, früher einmal

☐

C. Medikamente

Hier geht es jetzt um Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel oder andere Mittel, die die Stimmung beeinflussen, und auch um Entzugsmedikamente (wie z.B. Distaneurin).

13. Haben Sie solche Mittel irgendwann einmal mehrere Wochen lang genommen?

- 1 nein (falls nein:
gehen Sie bitte gleich weiter zu Punkt D: Drogen auf Seite 5)
2 ja: Welche waren das ?

☐

(Die Namen bitte
hier aufschreiben!)

Wann zuletzt ? _____

(Monat, Jahr)

14. Haben Sie solche Medikamente im letzten Vierteljahr eingenommen ?

- 1 nein 2 ja
Welche ?

☐

(Die Namen und die Menge pro Tag bitte hier aufschreiben!)



Hier nichts
eintragen!

15. Wie alt waren Sie, als Sie ein solches Medikament zum ersten Mal eingenommen haben ?

_____ Jahre

16. Kommt es vor, daß sie solche Medikamente ohne ärztliche Verschreibung einnehmen ?

1 nie 2 selten 3 manchmal 4 oft

☐

17. Fühlen Sie sich ohne solche Medikamente nicht richtig leistungsfähig ?

1 nie 2 selten 3 manchmal 4 oft

☐

18. Sind Sie erstaunt, wenn Sie sich überlegen, wie viele Tabletten Sie an einem Tag eingenommen haben ?

1 nie 2 selten 3 manchmal 4 oft

☐

19. Sind Sie ohne Medikamente ängstlicher und nervöser als sonst üblich ?

1 nie 2 selten 3 manchmal 4 oft

☐

20. Halten Sie sich bei solchen Medikamenten immer an die verordneten Mengen ?

1 nie 2 selten 3 manchmal 4 oft

☐

21. Gibt es Situationen, die Sie nicht ohne Medikamente schaffen können ?

1 nie 2 selten 3 manchmal 4 oft

☐

22. Haben Sie sich sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Tablettenvorrat angelegt ?

1 nie 2 selten 3 manchmal 4 oft

☐

23. Wie wollen Sie es in Zukunft mit solchen Medikamenten halten ?

- 1 Ich glaube, daß es Situationen gibt, in denen ich wieder auf solche Medikamente zurückgreifen werde.
2 Ich glaube, daß ich solche Medikamente nehmen werde, wenn sie mir von einem Arzt / einer Ärztin verschrieben werden.
3 Ich glaube, daß ich solche Medikamente unbedingt vermeiden muß.

☐

24. Glauben Sie, daß Sie von solchen Medikamenten abhängig (süchtig) geworden sind ?

- 1 nein
2 ja, heute noch
3 ja, früher einmal

☐

D. Drogen



Hier

eintragen!

nichts

Mit Drogen sind hier Stoffe gemeint wie z.B. Haschisch/Marihuana, Kokain, Crack, Heroin, Schnüffelfstoffe usw. oder auch Ersatzstoffe wie Methadon, Codein usw.

25. Haben Sie schon mal solche Drogen genommen ?

- 1 nein (falls nein: gehen Sie bitte gleich weiter zu Punkt E auf Seite 6) ☐
- 2 ja, mehrere Tage hintereinander oder
- 3 ja, mehr als 10mal

Welche waren das ?

(Die Namen bitte _____ 1. Name: ☐☐
hier aufschreiben!)

wann zuletzt ? _____
(Monat, Jahr)

26. Haben Sie im letzten Vierteljahr Drogen eingenommen ?

- 1 nein 2 ja
Welche ?

(Die Namen und die Menge pro Tag bitte hier aufschreiben)

27. Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal Drogen eingenommen haben ?

_____ Jahre

28. Wie wollen Sie es in Zukunft mit Drogen halten ?

- 1 Ich glaube, daß es Situationen gibt, in denen ich wieder auf Drogen zurückgreifen werde.
- 2 Ich glaube, daß ich gelegentlich Drogen nehmen kann, ohne daß ich davon abhängig werde.
- 3 Ich glaube, daß ich Drogen unbedingt vermeiden muß.

29. Glauben Sie, daß Sie von Drogen abhängig (süchtig) geworden sind ?

- 1 nein
- 2 ja, heute noch
- 3 ja, früher einmal

E. Gesetzeskonflikte



Hier nichts
eintragen!

30.1 Ist Ihnen schon einmal der Führerschein entzogen worden?

1 nein 2 ja:

wie oft ?

weshalb ?

wieviel Promille hatten Sie ? _____

30.2 Sind Sie schon einmal zu einer Geld- oder Haftstrafe verurteilt worden ?

1 nein 2 ja: wie oft ?

Art und Höhe der Strafe(n) : _____

30.3 Grund der Verurteilung :

- 1 Verkehrssache
- 2 Eigentumsdelikt
- 3 Körperverletzung
- 4 Sonstiges

30.4 Spielten Suchtmittel dabei eine Rolle?

1 nein 2 ja, und zwar:

	nein	ja
Alkohol	1	2
Medikamente	1	2
Drogen	1	2

31.1 Gibt es zur Zeit ein schwebendes Gerichtsverfahren gegen Sie ?

1 nein 2 ja, und zwar wegen :

- 1 Verkehrssache
- 2 Eigentumsdelikt
- 3 Körperverletzung
- 4 Sonstiges

31.2 Spielten Suchtmittel dabei eine Rolle?

1 nein 2 ja, und zwar:

	nein	ja
Alkohol	1	2
Medikamente	1	2
Drogen	1	2

32. Bestehen gesetzliche Auflagen wie z.B. eine Pflegschaft ?

1 nein 2 ja, und zwar :

F. Gesundheitsprobleme



Hier

eintragen!

nichts

33. Welche der folgenden suchtbedingten Erkrankungen sind bei Ihnen aufgetreten ? Mußten Sie deshalb schon einmal von einem Arzt in der Praxis (ambulant) oder in einem Krankenhaus (stationär) behandelt werden ?

	nein, nie aufgetreten		ja, aufgetreten. Behandlung:		
			keine	ambulant	stationär
Delir	1		2	3	4
Leberschäden	1		2	3	4
Nierenschäden	1		2	3	4
Magenerkrankungen	1		2	3	4
Bauchspeicheldrüsen- Erkrankung (Pankreatitis)	1	2	3	4	
Kreislaufstörungen / Herzerkrankungen	1		2	3	4
Nervenschäden / Muskel- lähmungen (Polyneuropathie)	1		2	3	4
Krampfanfälle (Epileptische Anfälle)	1		2	3	4
Gedächtnisverlust / Filmriß	1		2	3	4
Unfall durch Alkohol	1		2	3	4

34. Haben Sie schon einmal Selbstmordgedanken gehabt ?

1 nie 2 selten 3 manchmal 4 oft

35. Haben Sie schon einmal einen Selbstmordversuch unternommen ?

1 nein 2 ja: wie oft ? _____

36. Haben oder hatten Angehörige von Ihnen Suchtprobleme ?

	Alkohol		Medikam.		Drogen		Nikotin	
	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
Großeltern	1	2	1	2	1	2	1	2
Vater	1	2	1	2	1	2	1	2
Mutter	1	2	1	2	1	2	1	2
Geschwister	1	2	1	2	1	2	1	2
Partner / Partnerin	1	2	1	2	1	2	1	2
andere:	1	2	1	2	1	2	1	2



Hier nichts
eintragen!

37. Waren oder sind Angehörige von Ihnen wegen einer psychischen Krankheit in Behandlung (bei einem Nervenarzt oder in einer psychiatrischen Klinik) ?

	nein	ja
Großeltern	1	2
Vater	1	2
Mutter	1	2
Geschwister	1	2
Partner / Partnerin	1	2
andere:	1	2

☐
☐
☐
☐
☐
☐

38. Waren Sie selbst schon einmal in psychiatrischer (nervenärztlicher) Behandlung wegen einer anderen, nicht suchtbedingten Krankheit?

1 nein

nur ambulant (in einer Praxis)

3 nur stationär (in einer Klinik)

4 ambulant und stationär

☐

2

G. Frühere Behandlungen

39. Sind Sie schon einmal in einem Krankenhaus entzogen (entgiftet) worden ?

1 nein

2 ja: wie oft ?

(Anzahl insgesamt)

wann zuletzt ?

(Monat, Jahr)

40. Haben Sie schon einmal eine Langzeittherapie (länger als 3 Monate) in einer Fachklinik, therapeutischen Wohngemeinschaft usw. gemacht ?

1 nein

2 ja: wie oft ?

(Anzahl insgesamt)

wann zuletzt ?

(Monat, Jahr)

41. Haben Sie schon einmal eine Kurzzeittherapie (maximal 3 Monate) in einer Klinik, therapeutischen Wohngemeinschaft usw. gemacht ?

1 nein

2 ja: wie oft ?

(Anzahl insgesamt)

wann zuletzt ?

(Monat, Jahr)

42. Haben Sie schon einmal eine ambulante Therapie gemacht
(d. h. eine Behandlung in einer therapeutischen Praxis oder in einer
Beratungsstelle mit regelmäßigen Terminen, mehrere Wochen lang) ?

1 nein 2 ja: wie oft ? _____
(Anzahl insgesamt)

wann zuletzt ? _____
(Monat, Jahr)



Hier nichts
eintragen!

43. Haben Sie schon einmal an einem Treffen einer Selbsthilfegruppe
teilgenommen ?

1 nein
2 nur mal zur Information
3 früher mal mehrere Monate
4 jetzt ab und zu mal
5 zur Zeit jede Woche mindestens einmal

H. Lebenssituation

44. Welche Schulbildung haben Sie abgeschlossen ?

1 kein Schulabschluß
2 Sonderschule
3 Hauptschule
4 Realschule / Handelsschule
5 Gymnasium / Fachoberschule
6 anderer Abschluß

45. Welchen Berufsabschluß haben Sie ?

1 keinen
2 angelernt
3 Lehre
4 Meisterprüfung
5 Fachschule
6 Universität / Fachhochschule

Genaue Berufsbezeichnung: _____

46. In welche Berufsgruppe würden Sie sich einstufen ?

1 ohne Beruf
2 angelernter Arbeiter/ Arbeiterin
3 Facharbeiter/ Facharbeiterin
4 einfache(r) Angestellte(r) / Beamte(r)
5 mittlere(r) Angestellte(r) / Beamte(r)
6 höhere(r) Angestellte(r) / Beamte(r)
7 selbständig in Handwerk / Gewerbe
8 selbständig in einem akademischen Beruf



Hier nichts
eintragen!

47. Wie steht es mit Ihrer gegenwärtigen Berufstätigkeit ?

- 1 in Ausbildung
- 2 in Umschulung
- 3 vollzeit berufstätig
- 4 teilzeit berufstätig
- 5 Gelegenheitsjobs
- 6 arbeitslos gemeldet seit _____
(Monat / Jahr)
- 7 Hausfrau / Hausmann seit _____
(Monat, Jahr)
- 8 berentet seit _____
(Monat / Jahr)

☐
☐ ☐
☐ ☐

48. Waren Sie in Ihrem Ausbildungsberuf tätig ?

- 1 nie
- 2 nur kurz
- 3 einige Jahre
- 4 zur Zeit noch seit _____
(Monat / Jahr)

☐
☐ ☐

49. Wie oft haben Sie in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt ?

- 1 nie
- 2 einmal
- 3 zwei- bis dreimal
- 4 mehr als dreimal

☐

50. Wodurch finanzieren Sie zur Zeit Ihren Lebensunterhalt überwiegend ?

- 1 eigene Berufstätigkeit
- 2 Arbeitslosengeld / - hilfe
- 3 Umschulungsgeld / BAFög usw.
- 4 Sozialhilfe
- 5 Einkommen des (Ehe-) Partners
- 6 Einkommen anderer Angehöriger
- 7 Rente
- 8 Sonstiges: _____

☐ ☐

51. Wie sieht es zur Zeit mit Ihrer finanziellen Situation aus ?

- 1 Ich komme mit dem Geld nicht aus
- 2 Ich komme gerade eben damit aus
- 3 Ich komme ganz gut zurecht

☐

52. Haben Sie zur Zeit Schulden ?

- 1 keine
- 2 bis 10.000 DM
- 3 zwischen 10.000 und 25.000 DM
- 4 zwischen 25.000 und 50.000 DM
- 5 zwischen 50.000 und 100.000 DM
- 6 über 100.000 DM

☐



Hier nichts
eintragen!

53. Gesetzlicher Familienstand :

- | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------|
| 1 | ledig (nie verheiratet) | |
| 2 | verheiratet oder feste Partnerschaft | seit : _____ (Jahr) |
| 3 | getrennt lebend | seit : _____ (Jahr) |
| 4 | geschieden | seit : _____ (Jahr) |
| 5 | verwitwet | seit : _____ (Jahr) |

54. Wieviel Kinder haben Sie ? _____

--	--

55. Wie viele davon sind unter 20 ? _____

--	--

56. Mit wie vielen Ihrer Kinder haben Sie regelmäßig Kontakt ? _____

--	--

57. Wie wohnen Sie zur Zeit ?

- 1 obdachlos / auf der Straße
- 2 Hotel / Pension / Unterkunft . . .
- 3 Wohnheim / Betreutes Wohnen . . .
- 4 allein zur Untermiete
- 5 allein in eigener Wohnung
- 6 nur mit Partner / Partnerin zusammen
- 7 nur mit Kind(ern) zusammen
- 8 mit Partner und Kind(ern) zusammen
- 9 bei Angehörigen (Eltern, Geschwister . . .)
- 10 sonstiges : _____
(bitte hier aufschreiben)

--	--

58. Was war der Grund für die Entscheidung sich in einer Tagesklinik behandeln zu lassen? Nennen Sie 2 Gründe (z.B. Versorgung eines Haustieres, Kindes)

1. _____

2. _____

DIFAT . 97- SVF

4				
---	--	--	--	--

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...



Hier nichts
eintragen!

1) ... sage ich mir, laß dich nicht gehen.

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich

☐

2) ... möchte ich am liebsten nicht an die Zukunft denken.

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich

☐

3) ... sage ich mir, ich habe mir nichts vorzuwerfen.

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich

☐

4) ... überlege ich mein weiteres Verhalten ganz genau.

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich

☐

5) ... tue ich mir selber ein bißchen leid.

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich

☐

6) ... neige ich dazu, die Flucht zu ergreifen.

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich

☐

7) ... sage ich mir, daß ich das durchstehen werde.

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich

☐

8) ... versuche ich, mir alle Einzelheiten der Situation klar zu machen.

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich

☐

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

9) ... denke ich, möglichst von hier weg.

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich

☐

10) ... sage ich mir, du mußt dich zusammenreißen.

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich

☐

11) ... sage ich mir, Gewissensbisse brauche ich mir nicht zu machen.

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich

☐

12) ... neige ich dazu, schnell aufzugeben.

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich

☐

13) ... denke ich, nur nicht unterkriegen lassen.

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich

☐

14) ... ergreife ich Maßnahmen zur Beseitigung der Ursache.

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich

☐

15) ... überlege ich, wie ich am schnellsten aus der Situation herauskomme.

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich

☐

16) ... beneide ich andere, denen so etwas nicht passiert.

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich

☐

17) ... sage ich mir, ich kann nichts dafür.

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich

☐

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

18) ... bin ich deprimiert.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

19) ... fühle ich mich ein wenig vom Schicksal vernachlässigt.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

20) ... versuche ich, meine Erregung zu bekämpfen.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

21) ... sage ich mir, du darfst auf keinen Fall aufgeben.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

22) ... erscheint mir alles so hoffnungslos.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

23) ... habe ich nur den Wunsch, dieser Situation so schnell wie möglich
zu entkommen..

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

24) ... denke ich, ich habe die Situation nicht zu verantworten.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

25) ... mache ich einen Plan, wie ich die Schwierigkeiten
aus dem Weg räumen kann.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

26) ... versuche ich, Haltung zu bewahren.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

27) ... sage ich mir, nur nicht entmutigen lassen.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

28) ... versuche ich, mich der Situation zu entziehen.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

29) ... kann ich gar nicht einsehen, warum ausgerechnet immer ich
Pech haben muß.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

30) ... mache ich mir klar, daß ich Möglichkeiten habe,
die Situation zu bewältigen.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

31) ... versuche ich, mein Verhalten unter Kontrolle zu halten.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

32) ... neige ich dazu, alles sinnlos zu finden.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

33) ... wende ich mich aktiv der Veränderung der Situation zu.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

34) ... denke ich, mir bleibt auch nichts erspart.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

35) ... sage ich mir, du kannst damit fertig werden.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

36) ... denke ich, mich trifft keine Schuld.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

37) ... neige ich dazu, zu resignieren.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

38) ... sage ich mir, du darfst die Fassung nicht verlieren.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

39) ... versuche ich, die Gründe, die zur Situation geführt haben,
genau zu klären.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

40) ... frage ich mich, warum das gerade mir passieren mußte.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

41) ... denke ich, an mir liegt es nicht, daß es dazu gekommen ist.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

42) ... möchte ich am liebsten einfach weglaufen.

0	1	2	3	4	
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahrscheinlich	☐

Sie werden jetzt bald entlassen. Wir möchten gern Ihre Einschätzung über diese Behandlung kennenlernen.

Lesen Sie bitte jede Frage in Ruhe und aufmerksam durch.

Markieren Sie dann die Antwort, die für Sie am ehesten zutrifft, mit einem Kreis um die Ziffer bei dieser Antwort. nichts

eintragen!



Hier

1. Ich habe hier viel Neues über mich und meine Krankheit erfahren.

1	2	3	4
stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
genau	etwas	eher nicht	gar nicht

☐

2. Die Gespräche mit den Mitpatienten/ Mitpatientinnen haben mich aufgebaut.

1	2	3	4
stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
genau	etwas	eher nicht	gar nicht

☐

3. Die Leute vom Stationsteam sind zu wenig auf meine wirklichen Bedürfnisse eingegangen.

1	2	3	4
stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
genau	etwas	eher nicht	gar nicht

☐

4. Die Räume, in denen wir untergebracht waren, waren ansprechend und gemütlich.

1	2	3	4
stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
genau	etwas	eher nicht	gar nicht

☐

5. Die medizinische Betreuung kam zu kurz.

1	2	3	4
stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
genau	etwas	eher nicht	gar nicht

☐

6. Die Aufklärung über Alkoholprobleme war nicht ausreichend.

1	2	3	4
stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
genau	etwas	eher nicht	gar nicht

☐

7. Das Wochenprogramm war gut organisiert und anregend.

1	2	3	4
---	---	---	---

☐

stimmt
genau

stimmt
etwas

stimmt
eher nicht

stimmt
gar nicht



8. Es gab zu wenig Rückzugsmöglichkeiten,
z.B. für Gespräche mit Angehörigen.

1	2	3	4
stimmt genau	stimmt etwas	stimmt eher nicht	stimmt gar nicht

☐

9. Ich habe größere Probleme als das Trinken.

1	2	3	4
stimmt genau	stimmt etwas	stimmt eher nicht	stimmt gar nicht

☐

10. Die meisten Stationsregeln und Vorschriften waren sinnvoll.

1	2	3	4
stimmt genau	stimmt etwas	stimmt eher nicht	stimmt gar nicht

☐

11. Die Behandlung hier hat mir eigentlich nicht viel gebracht.

1	2	3	4
stimmt genau	stimmt etwas	stimmt eher nicht	stimmt gar nicht

☐

12. Unter den Mitpatienten/ Mitpatientinnen
habe ich mich fremd und unwohl gefühlt.

1	2	3	4
stimmt genau	stimmt etwas	stimmt eher nicht	stimmt gar nicht

☐

13. Ich habe viele Informationen über Alkohol
und seine Auswirkungen erhalten.

1	2	3	4
stimmt genau	stimmt etwas	stimmt eher nicht	stimmt gar nicht

☐

14. Die Leute vom Stationsteam hatten ausreichend Zeit für mich.

1	2	3	4
stimmt genau	stimmt etwas	stimmt eher nicht	stimmt gar nicht

☐

15. Falls ich noch einmal in eine Krise komme und einen Entzug brauche,
würde ich mich wieder hier behandeln lassen.

1	ganz sicher nicht
2	wahrscheinlich nicht
3	vielleicht
4	ganz sicher ja

☐

16.	Es gab Gespräche mit den Mitpatienten/ Mitpatientinnen, die mich erschreckt oder bedrückt haben.				☐
	1 stimmt genau	2 stimmt etwas	3 stimmt eher nicht	4 stimmt gar nicht	
17.	Auf der Station war es oft laut und hektisch.				☐
	1 stimmt genau	2 stimmt etwas	3 stimmt eher nicht	4 stimmt gar nicht	
18.	Ich weiß jetzt genau, was ich gegen meine Krankheit tun kann.				☐
	1 stimmt genau	2 stimmt etwas	3 stimmt eher nicht	4 stimmt gar nicht	
19.	Ich brauche eine weitere Behandlung wegen meiner Alkoholprobleme.				☐
	1 stimmt genau	2 stimmt etwas	3 stimmt eher nicht	4 stimmt gar nicht	
20.	Die Leute vom Stationsteam haben mich von oben herab behandelt.				☐
	1 stimmt genau	2 stimmt etwas	3 stimmt eher nicht	4 stimmt gar nicht	
21.	Von den Mitpatienten/ Mitpatientinnen wurde ich besser verstanden als von den Leuten vom Stationsteam.				☐
	1 stimmt genau	2 stimmt etwas	3 stimmt eher nicht	4 stimmt gar nicht	
22.	Wenn ein Freund oder jemand aus meiner Familie einen Entzug machen müßte, würde ich ihn hierher schicken.				☐
	1 ganz sicher nicht 2 wahrscheinlich nicht 3 vielleicht 4 ganz sicher ja				
23.	Ich verstehe jetzt weniger als vorher, was mit mir los ist.				☐
	1 stimmt genau	2 stimmt etwas	3 stimmt eher nicht	4 stimmt gar nicht	
24.	Das Behandlungsprogramm war für mich zu anstrengend.				☐
	1 stimmt genau	2 stimmt etwas	3 stimmt eher nicht	4 stimmt gar nicht	

25.	Die Leute vom Stationsteam haben gut verstanden, was mit mir los ist.				☐
	1	2	3	4	
	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt	
	genau	etwas	eher nicht	gar nicht	
26.	Bei vielem, was mit uns gemacht wurde, war mir nicht klar, was das sollte.				☐
	1	2	3	4	
	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt	
	genau	etwas	eher nicht	gar nicht	
27.	Ich fühlte mich während der Behandlung zu sehr unter Druck gesetzt.				☐
	1	2	3	4	
	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt	
	genau	etwas	eher nicht	gar nicht	
28.	Ich weiß jetzt mehr darüber, wie Suchtkrankheiten entstehen.				☐
	1	2	3	4	
	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt	
	genau	etwas	eher nicht	gar nicht	
29.	Ich habe mich auf der Station sicher und geschützt gefühlt.				☐
	1	2	3	4	
	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt	
	genau	etwas	eher nicht	gar nicht	

Und jetzt möchten wir gern noch etwas über Ihre weiteren Pläne erfahren.

1. Ich werde anschließend regelmäßig in eine Selbsthilfegruppe gehen.

1 nein 2 ja ...

- 1 und ich muß mir noch eine Gruppe suchen.
2 und ich habe schon eine feste Gruppe.

(Name der Gruppe)

2. Ich habe einen Antrag gestellt für eine Entwöhnungsbehandlung (Therapie) / Kur.

1 nein 2 ja

3. Ich habe bereits einen Aufnahmetermin für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in einer Fachklinik.

1 nein 2 ja, und zwar in ... Wochen

--	--

in _____
(Name / Ort der Fachklinik)

4. Ich werde eine ambulante Therapie machen.

1 nein 2 ja ...

- 1 in einer Beratungsstelle
2 bei einer Psychotherapeutin / einem Psychotherapeuten

(Name)

5. Ich brauche noch weitere Informationen und Unterstützung durch eine Beratungsstelle.

1 nein 2 ja ...

- 1 und ich muß noch einen Termin verabreden
2 und ich habe schon einen Termin verabredet

in _____
(Name der Beratungsstelle)

6. Ich werde in ein Übergangswohnheim / betreutes Wohnen gehen.

1 nein 2 ja ...

- 1 und ich muß mich noch um die Aufnahme kümmern.
2 und ich habe einen Aufnahmetermin in ... Wochen

in _____
(Name / Ort des Wohnheims)

11 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen beruflichen und privaten Wegbegleitern, die durch direkte oder indirekte Hilfestellungen zur Fertigstellung dieser Arbeit beigetragen haben, bedanken.

Mein besonderer Dank gilt

Herrn PD Dr. Dirk R. Schwoon für seine jederzeit freundliche und motivierende Betreuung, Anleitung, konstruktive Kritik und seine Hilfestellungen bei methodischen und statistischen Problemen,

Herrn Prof. Dr. Michael Krausz für die Überlassung des Themas und für seine spontane Bereitschaft, auch einem „ortsfremden“ Doktoranden die Promotion in Hamburg zu ermöglichen,

Herrn Dr. Hardy-Bernd Wagner, der engagiert und in freundschaftlicher Weise auch nach seinem Ausscheiden aus dem Universitätskrankenhaus Eppendorf durch wertvolle Diskussionen und kritische Manuskriptdurchsicht diese Arbeit förderte,

den Patientinnen und Patienten, die durch ihre Bereitschaft zur Teilnahme an dieser Untersuchung diese Arbeit erst ermöglichten,

den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik Marburg-Süd für Ihre Hilfe bei der Datenerhebung,

und meiner Frau für ihre Nachsicht und liebevolle Unterstützung.

12 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Hans Dlabal
Geburtsdatum	04. Dezember 1950
Geburtsort	Kassel
Familienstand	verheiratet

Schulbildung	1957 - 1961	Grundschule Kassel-Harleshausen
	1961 -1970	Albert-Schweitzer-Gymnasium, Kassel
	1970	Abitur

Bundeswehr	1970 - 1973	Offiziersausbildung
-------------------	-------------	---------------------

Studium	1973 -1976	Maschinenbau, TU Braunschweig
	1976 - 1983	Humanmedizin, Philippsuniversität Marburg
	1983	Approbation als Arzt

Beruflicher Werdegang	1983 - 1985	Assistenzarzt, Psychosomatische Abteilung der Wicker-Klinik, Bad Wildungen
	1985 - 1988	Assistenzarzt, PKH Haina
	1988 - 1989	Assistenzarzt, PKH Marburg
	1988	Zusatztitel Psychotherapie
	1989 - 1990	Assistenzarzt, Neurologie, Zwesten
	1990 - 1993	Assistenzarzt, PKH Marburg
	1991	Facharztanerkennung Psychiatrie
	seit 1993	Leitender Arzt der Abt. für Abhängigkeitserkrankungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd (ehemals PKH Marburg)

13 Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, daß ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfaßt, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe, und daß ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

HANS DLABAL