

Vergleichende Evaluation
der tagesklinischen und stationären
Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger
am SuchtTherapieZentrum Hamburg

Dissertation zur Erlangung der Würde des
Doktors der Philosophie der Universität Hamburg

vorgelegt von
Lucia Krohn
aus Hamburg

Hamburg 2007

1. Dissertationsgutachter: Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus

2. Dissertationsgutachter: Prof. Dr. Sven Tönnies

Disputationsgutachterin: Prof. Dr. Monika Bullinger

Disputationsgutachter: Prof. Dr. Reinhold Schwab

Disputationstermin: 28.11.2007

Mein besonderer Dank gilt Dr. Henry Buhk, der diese Arbeit wissenschaftlich betreut hat und bei Fragen immer ansprechbar gewesen ist. Winfried Lotz-Rambaldi hat die Entwicklung der Fragebögen hilfreich unterstützt.

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus danke ich für die Schaffung sehr günstiger Arbeitsbedingungen und die Freiheit bei der Ausgestaltung des Themas. Prof. Dr. Sven Tönnies danke ich für die Erstellung des Zweitgutachtens.

Ein großes Dankeschön gilt den studentischen Hilfskräften Jennifer Westerbeck und Susanne Rectanus für ihre engagierte Mitarbeit.

Für eine gute Kooperation möchte ich Dr. Ulrich Bloemeke, Leiter des STZ, sowie Thomas Zeikau danken. Bei Gaby Rückbrodt, Sekretärin im STZ, möchte ich mich für ihre Hilfsbereitschaft bedanken und bei den Patienten des STZ für die Bereitschaft zum Ausfüllen der Fragebögen und zur Veröffentlichung ihrer Daten.

Mein Dank gilt auch meinen Stiefvater Dr. Manfred Bogun für hilfreiche Anregungen bei der Erstellung der Arbeit. Ganz besonders danke ich ihm, meinem Mann Joachim Krohn und meiner Mutter Luise Kahle-Bogun für die immerwährende liebevolle Unterstützung.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
A) Theoretischer Hintergrund	2
1 Einleitung und Problemstellung	2
2 Alkoholkonsum in Deutschland	3
2.1 Klassifikation Alkoholabhängigkeit und -missbrauch	3
2.2 Alkoholkonsum und Alkoholismusprävalenz	4
2.3 Gesundheitliche und soziale Auswirkungen	6
2.4 Volkswirtschaftliche Einnahmen und Aufwendungen	8
3 Versorgungssituation Alkoholabhängiger in Deutschland	10
3.1 Gesundheitswesen und Interventionsansätze	10
3.2 Behandlungsangebote	12
3.3 Entwicklungen innerhalb der Alkoholrehabilitation	14
3.3.1 Behandlungssetting	14
3.3.2 Inanspruchnahme	15
3.3.3 Behandlungsdauer	17
3.3.4 Erwerbssituation von Alkoholabhängigen	18
3.4 Externe Qualitätssicherung in der Alkoholrehabilitation	19
4 Stand der Evaluationsforschung zur Alkoholrehabilitation	23
4.1 Methodische Anmerkungen	23
4.2 Empirische Ergebnisse	27
4.2.1 Abstinenzraten stationärer Entwöhnungsbehandlungen	27
4.2.2 Abstinenzraten teilstationärer Entwöhnungsbehandlungen	28
4.2.3 Abstinenzraten ambulanter Entwöhnungsbehandlungen	29
4.2.4 Abstinenzraten in settingvergleichenden Studien	31
4.2.5 Patientenmerkmale als Ergebnisprädiktoren der Entwöhnungsbehandlung	33
4.2.6 Behandlungsdauer als Ergebnisprädiktor der Entwöhnungsbehandlung	38
4.2.7 Art der Beendigung als Ergebnisprädiktor der Entwöhnungsbehandlung	40
5 Resümee	41
B) Beschreibung des evaluierten SuchtTherapieZentrums Hamburg	42
6 Integriertes Konzept der Suchtrehabilitation	42
7 Indikation und Konzeption des klinischen Bereichs	43
8 Indikation und Konzeption der Fachklinik	44
9 Indikation und Konzeption der Tagesklinik	45
10 Therapieangebot der Fachklinik	48
11 Therapieangebot der Tagesklinik	51
C) Planung der durchgeführten Evaluationsstudien	53
12 Fragestellungen	53
13 Methode	56
14 Operationalisierung	58
15 Datenerhebung	60
16 Messinstrument	61
17 Auswertungsverfahren	62

D)	Untersuchungsgruppe und Ergebnisse der prospektiven Studie	64
18	Rücklauf	64
19	Soziodemographische Merkmale.....	65
20	Ausgangsbedingungen.....	67
20.1	Ausbildung und Arbeitssituation	67
20.2	Vorbehandlung und Zugangsweg.....	70
20.3	Alkoholkonsum	73
20.4	Körperliche und psychische Verfassung	74
21	Weitere Stichprobenmerkmale	76
21.1	Behandlungs- und Katamnese-dauer	76
21.2	Responder-Nonresponder-Analyse	77
22	Ergebnisse zum Reha-Ende	79
22.1	Behandlungsbeendigung.....	79
22.2	Beurteilung der Reha.....	80
22.2.1	Inanspruchnahme und Beurteilung der Behandlungsangebote	80
22.2.2	Vorbereitung der Weiterbehandlung.....	84
22.2.3	Einbezug weiterer Personen in die Reha	85
22.2.4	Beurteilung einzelner Merkmale der Reha	85
22.2.5	Belastungen durch die Reha	87
22.3	Arbeitssituation	88
22.4	Alkoholkonsum	88
22.5	Psychische Verfassung	88
22.5.1	ICD-10-Diagnosen	88
22.5.2	SCL-90-R.....	89
23	Katamnese- und Verlaufsergebnisse.....	90
23.1	Zufriedenheit mit der Reha	90
23.2	Soziodemographie.....	93
23.3	Arbeitssituation	94
23.4	Weiterbehandlung	97
23.5	Alkoholkonsum	98
23.6	Körperliche und psychische Verfassung	110
23.6.1	Körperliche und psychische Beschwerden	110
23.6.2	Suchtbelastungen.....	114
23.6.3	SCL.....	116
23.7	Weitere Veränderungen durch die Reha	118
23.8	Reha-Ziele	120
23.8.1	Suchtbezogene Ziele.....	120
23.8.2	Berufliche und allgemeine Ziele	121
23.8.3	Ziele aus dem Bereich der körperlichen bzw. psychischen Verfassung und der sozialen Beziehungen	123
24	Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen und Diskussion.....	125
24.1	Fragestellung 1	126
24.2	Fragestellung 2	128
24.3	Fragestellung 3.....	128
24.4	Fragestellung 4.....	130
24.5	Fragestellung 5.....	132
24.6	Fragestellung 6.....	133
24.7	Fragestellung 7	134
24.8	Fragestellung 8.....	135
24.9	Fragestellung 9.....	138

24.10	Fragestellung 10	139
24.11	Rücklauf und Responder-Nonresponder-Analyse	139
E)	Untersuchungsgruppe und Ergebnisse der retrospektiven Studie	141
25	Rücklauf	141
26	Soziodemographische Merkmale	141
27	Ausgangsbedingungen	143
27.1	Ausbildung und Arbeitssituation	143
27.2	Alkoholkonsum	145
28	Weitere Stichprobenmerkmale	146
28.1	Behandlungs- und Katamnese-dauer	146
28.2	Responder-Nonresponder-Analyse	147
29	Ergebnisse	147
29.1	Behandlungsbeendigung	147
29.2	Beurteilung der Reha	148
29.2.1	Inanspruchnahme und Beurteilung der Behandlungsangebote	148
29.2.2	Zufriedenheit mit der Reha	150
29.3	Arbeitssituation	151
29.4	Weiterbehandlung	153
29.5	Alkoholkonsum	153
29.6	Körperliche und psychische Verfassung	158
29.6.1	Körperliche und psychische Beschwerden	158
29.6.2	ICD-10-Diagnosen	160
29.6.3	Suchtbelastungen	160
29.6.4	SCL	162
29.7	Weitere Veränderungen durch die Reha	164
30	Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen und Diskussion	165
30.1	Fragestellung 1	165
30.2	Fragestellung 3	166
30.3	Fragestellung 4	167
30.4	Fragestellung 5	167
30.5	Fragestellung 7	168
30.6	Fragestellung 8	169
30.7	Fragestellung 9	170
30.8	Fragestellung 10	170
30.9	Rücklauf und Responder-Nonresponder-Analyse	170
F)	Gesamtüberblick durchgeführter STZ-Studien	171
31	Ergebnisse	171
32	Diskussion	180
33	Fazit und Ausblick	184
G)	Abkürzungsverzeichnis	187
H)	Literaturverzeichnis	188
Anhang	197
34	Ergebnistabellen der prospektiven Studie	197
35	Ergebnistabellen der retrospektiven Studie	200
36	Katamnesefragebogen der prospektiven Studie	201

Zusammenfassung

Die vorliegende Evaluationsstudie untersucht tagesklinisch¹ und stationär behandelte alkoholabhängige Rehabilitanden² des SuchtTherapieZentrums Hamburg (STZ³). Es handelt sich um eine naturalistisch angelegte Fragebogenstudie, die aus zwei Teilstudien besteht: Einem prospektiven Erhebungsteil mit den Messzeitpunkten Reha-Beginn (T₁), Reha-Ende (T₂) und Sechs-Monats-Katamnese (T₃) sowie einem retrospektiven Studienteil, für den zu einem einheitlichen Zeitpunkt (T_r) Fragebögen an ehemalige Rehabilitanden (Entlassjahrgang 2001 bis Aufnahmezeitpunkt 10/2004) versandt worden sind.

Ziel dieser Erhebungen ist, Aussagen über relevante Outcomeparameter zu treffen und kurz- und mittelfristige Effekte der Behandlung nachzuweisen. Neben der Abstinenzrate als zentralem Erfolgskriterium liegt ein Schwerpunkt auf der Erhebung sozialmedizinischer Daten. Es werden Veränderungen durch die Reha v.a. in den Bereichen Arbeitssituation, soziale Integration und psychische sowie somatische Befindlichkeit erfasst.

Die Rücklaufrate der prospektiven Studie beträgt insgesamt für T₁ 98,7% (N = 392), für T₂ 84,7% (N = 316) und für T₃ 69,5% (N = 223) der zu T₁ erreichbaren Patienten. Der Katamnesezeitraum umfasst im Mittel 6,7 Monate (SD = 0,72). Im Rahmen der prospektiven Studie wird eine Abstinenzrate der Responder zu T₃ im Katamnesezeitraum von 61,3% in der Tagesklinik und 38,4% in der Fachklinik festgestellt.

In der retrospektiven Erhebung wird eine Responserate von 50,8% (N = 226) der erreichbaren Patienten erzielt. Der Katamnesezeitraum beträgt im Mittel 31,5 Monate (SD = 13,6). Von den Respondern der retrospektiv befragten Rehabilitanden sind über den gesamten Katamnesezeitraum 51,1% der Tages- und 42,7% der Fachklinikpatienten vollständig abstinent.

In der prospektiven Studie zeigen die zu Beginn der Reha erhobenen Daten neben Merkmalen einer geringeren sozialen und beruflichen Integration eine stärker ausgeprägte Alkoholabhängigkeit der Fachklinikpatienten sowie deutlichere inter- und intrapsychische Belastungen und Defizite. Es handelt sich bei den beiden untersuchten Gruppen um Stichproben unterschiedlich belasteter Grundgesamtheiten. Dies entspricht den indikativen Vorgaben der zuweisenden Einrichtungen. Neben den heterogenen patientenspezifischen Ausgangsmerkmalen bestehen auch behandlungsspezifische Unterschiede.

In beiden Gruppen werden positive Veränderungen in relevanten Bereichen durch die Reha erzielt. Dies betrifft u.a. die Verringerung der psychischen Symptombelastungen, die Reduktion des Alkoholkonsums hinsichtlich Menge und Häufigkeit und die Verringerung der Krankheitszeiten. Allerdings differieren die Ergebnisse zwischen den Gruppen. Zum Katamnesezeitpunkt weisen die Fachklinikpatienten in der überwiegenden Anzahl von Merkmalen negativere Werte auf, z.B. bezüglich der beruflichen Wiedereingliederungsquote und der Abstinenzrate nach DGSS 3.

Im retrospektiven Studienteil sind die Stichproben homogener. Beide Gruppen erreichen im Katamnesezeitraum Verringerungen des Alkoholkonsums, der Suchtbelastungen und körperlicher und psychischer Symptome. Es bestehen nur geringfügige Gruppenunterschiede zum Katamnesezeitpunkt.

Mögliche Gründe für die zwischen den Studien differierenden Ergebnisse werden ausführlich diskutiert.

¹In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe "tagesklinisch" und "teilstationär" synonym verwendet für die Bezeichnung "ganztägig ambulanz".

²Der einfachen Lesbarkeit halber wird an dieser Stelle und im Folgenden bei geschlechtsunspezifischen Bezeichnungen die männliche Form verwendet.

³Im folgenden Text verwendete Abkürzungen werden im Verzeichnis auf Seite 81 erläutert.

A) Theoretischer Hintergrund

1 Einleitung und Problemstellung

Die vorliegende Evaluationsstudie zum Behandlungserfolg des tagesklinischen und stationären Behandlungssettings am SuchtTherapieZentrum Hamburg (STZ) ist im Rahmen einer Forschungsstelle in der Arbeitsgruppe Sucht- und Versorgungsforschung des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt worden.

Alkoholabhängigkeit stellt eine der häufigsten psychischen Störungen dar, die in der Regel mit gravierenden körperlichen, psychischen, sozialen und beruflichen Auswirkungen verbunden ist. Für die stationäre Alkoholentwöhnung in Deutschland liegt eine Vielzahl von Evaluationsstudien vor. Obwohl in Deutschland ein im Vergleich zu anderen Ländern hoher Anteil der Alkoholentwöhnungen ambulant durchgeführt wird, besteht ein Mangel an wissenschaftlichen Begleituntersuchungen in diesem Bereich. Noch gravierender ist der Mangel an Studien über teilstationäre Entwöhnungsbehandlungen. Vor allem prospektive Studien fehlen bislang weitgehend. Beispielsweise haben Sonntag und Künzel (2000) für ihre Expertise über ambulante Alkoholentwöhnung lediglich drei Studien, für kombinierte stationäre und ambulante Behandlung vier Studien gefunden, wohingegen sie für den stationären Bereich 26 Studien ausfindig gemacht haben. International gibt es eine Reihe von Evaluationsstudien, deren Ergebnisse sich jedoch aufgrund der unterschiedlichen therapeutischen, sozialen, rechtlichen und kulturellen Bedingungen nicht auf Deutschland übertragen lassen (Miller, Walters et al. 2001).

Evaluationsstudien über teilstationäre Entwöhnungsbehandlungen werden daher zunehmend gefordert (z.B. Weissinger und Missel 2006; Soyka, Hasemann et al. 2003; Soyka, Baumgartner et al. 1999), insbesondere Vergleichsstudien zu stationären Maßnahmen. Weitere Forschung über differentielle Indikationskriterien, Prognosemerkmale und Prädiktoren des Therapieerfolgs ist notwendig. Sonntag und Künzel (2000) stellen fest, dass es nur wenige Studien gibt, die Zusammenhänge zwischen Behandlungs- und Einrichtungsmerkmalen und Therapieerfolg untersuchen. Sie plädieren dafür, in zukünftigen Studien eine Reihe von Faktoren zu berücksichtigen, v.a. einrichtungsbezogene (z.B. Intensität, Vielfalt und Strukturiertheit der Therapieangebote, Behandlungsdauer) und patientenseitige (z.B. Schweregrad der Störung, Erst- oder Wiederholungsbehandlung). Die Autoren fordern, in Publikationen methodische Merkmale wie Signifikanzwerte, Parameter für Teilstichproben, Erfolgsmaße, Therapiedauer und die Rate vorzeitiger Therapiebeendigung zu berichten, um die Vergleichbarkeit der Studien zu erhöhen. Identisch definierte Erfolgskriterien und einheitliche Katamnesezeiträume sollen zu einer besseren Vergleichbarkeit von Ergebnissen, z.B. anhand von Meta-Analysen führen.

Auch Zobel, Missel et al. (2005) betonen, dass ein Mangel an Evaluationsstudien für den ambulanten Behandlungsbereich und auch für Kombinationsbehandlungen bestehe. Der Effizienznachweis sei noch zu erbringen und die ambulante bzw. teilstationäre Behandlung dürfe nicht vorschnell als eine mit dem stationären Bereich vergleichbare Regelbehandlungsform angesehen werden.

Neben der Abstinenzrate als zentralem Erfolgskriterium sind bei Evaluationsstudien außerdem weitere Ergebnisparameter zu erheben, v.a. die zunehmend relevanten sozialmedizinischen

Daten. Hierzu gehören vorrangig Merkmale der sozialen und beruflichen Integration sowie Veränderungen der psychischen und somatischen Folge- und Begleiterkrankungen der Alkoholabhängigkeit.

Mit der vorliegenden Studie soll ein Großteil der genannten Fragestellungen für eine spezifische Entwöhnungseinrichtung, das SuchtTherapieZentrum Hamburg, untersucht werden.

2 Alkoholkonsum in Deutschland

2.1 Klassifikation Alkoholabhängigkeit und -missbrauch

Alkoholabhängigkeit wird seit 1952 durch die Weltgesundheitsorganisation als Krankheit akzeptiert. Seit 1968 wird sie in der Bundesrepublik durch das Bundessozialgerichtsurteil als schwere chronische Erkrankung anerkannt.

In Bezug auf die Verursachung substanzbezogener Erkrankungen spielen Menge und Häufigkeit des Alkoholkonsums eine entscheidende Rolle. In einem vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten Forschungsprojekt sind die tolerierbaren täglichen oberen Alkoholzufuhrmengen für Männer auf 20 - 24g und für Frauen auf 10 - 12g reinen Alkohol festgelegt worden (Burger, Brönstrup et al. 2000). Als riskant wird Alkoholkonsum definiert, der wahrscheinlich zu schädlichen Konsequenzen im Sinne von körperlichen, psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen führt. Die Grenze für riskanten Alkoholkonsum wird im Allgemeinen bei mehr als 30 - 40g reinem Alkohol pro Tag für Männer und bei über 20g pro Tag bei Frauen gelegt (Müller-Fahrnow, Ilchmann et al. 2002).

Für die Klassifikation von Alkoholabhängigkeit wird die ICD-10 (Dilling, Mombour et al. 1993) oder das DSM-IV (Saß, Wittchen et al. 1998) verwendet. Alkoholabhängigkeit ist nicht nur durch die übersteigerte Trinkmenge, sondern definitionsgemäß nach ICD (F10.2) oder DSM (303.90) auch durch psychische und soziale Folgeschäden gekennzeichnet. Eine Definition für Alkoholmissbrauch findet sich im DSM-IV (305.00); in der ICD-10 ist stattdessen schädlicher Gebrauch definiert (F10.1).

Die Klassifikation nach ICD oder DSM wird ergänzt durch das ICF-Modell der WHO, auf dessen Grundlage Aussagen zu Funktionsfähigkeit, Aktivitäten und Partizipation möglich sind. Wegen der Komplexität der ICF ist offen, inwieweit sie in den nächsten Jahren als Klassifikationssystem Eingang in die Versorgungspraxis finden wird. Auf Grundlage der ICF können Aussagen getroffen werden über:

- Art, Ausprägung und Funktion des Substanzgebrauchs
- Schädigungen, Einschränkungen und Störungen der Körperfunktionen und -strukturen (einschließlich psychischer Störungen)
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten (z.B. Arbeit, tägliches Leben, Kommunikation)
- Beeinträchtigung der Teilhabe an Lebensbereichen (z.B. soziale Beziehungen, Arbeit, Wohnen, Freizeit, finanzielle Situation)
- Aussagen zu weiteren Kontextfaktoren (z.B. Motivation, Sichtweise des Arbeitgebers, der Angehörigen)

Diese diagnostischen Einschätzungen sind von erheblicher Relevanz, da sie Grundlage für die Entscheidung sind, ob eine Rehabilitation ambulant, tagesklinisch oder stationär erfolgen soll (Weissingen und Missel 2006).

2.2 Alkoholkonsum und Alkoholismusprävalenz

Alkoholkonsum in Europa

Der Erstkonsum von Alkohol findet in Europa im Durchschnitt mit 12,5 Jahren statt, der erste Rausch erfolgt im Mittel mit 14 Jahren. Die Europäische Union ist die Region mit dem höchsten Alkoholverbrauch weltweit. 85% der Europäer trinken Alkohol. Erwachsene der EU-Staaten berichten, durchschnittlich fünf Mal pro Jahr betrunken zu sein und 17 Mal Binge-drinking, also das Trinken von fünf oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Trinkgelegenheit, zu erleben. Schätzungen mit Einbezug von nicht erfasstem Alkoholkonsum ergeben einen Durchschnittsverbrauch von 15 Litern Reinalkohol pro Konsument und Jahr (Anderson und Baumberg 2006). Laut DHS (2007) sind in Deutschland im Jahr 2005 pro Einwohner 10,0 Liter Reinalkohol konsumiert worden. Dies ist eine Verringerung gegenüber dem Vorjahr von 1,0%, ein Trend der sich seit einigen Jahren fortsetzt. Weitere Mengenangaben des durchschnittlichen Alkoholkonsums in Deutschland sind in Tabelle 1 bis 3 genannt.

In allen jemals untersuchten Kulturen zeigt sich, dass Männer im Vergleich zu Frauen häufiger und in größeren Mengen Alkohol trinken. Unter Alkoholeinfluss neigen sie zudem zu risikoreicherem Verhalten. Auch hinsichtlich des sozioökonomischen Status bestehen unterschiedliche Trinkmuster. Unter Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status besteht ein höherer Anteil Alkoholabhängiger; gleichzeitig aber auch ein größerer Anteil abstinent lebender Personen als unter Menschen mit einem hohen sozioökonomischen Status (Anderson und Baumberg 2006).

Tabelle 1: Alkoholkonsum je Einwohner in Liter

	2005	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %
Bier	115,2	-0,6
Wein	19,9*	-0,2
Schaumwein	3,8	0
Spirituosen / -Mischgetränke (33 Vol.%)	5,7	-1,7

*bezogen auf Weinwirtschaftsjahr (01.09. - 31.08.)

Quelle: Vorläufige Schätzung des ifo Instituts (DHS 2007)

Tabelle 2: Alkoholkonsum in g reinem Alkohol pro Woche im Jahr 2004

	1 - 120 g	> 120 g	M pro Woche
Männer	48%	26%	96,5 g
Frauen	56%	8%	39,2 g
insgesamt	52%	17%	68,8 g

Quelle: Fachverband Sucht e.V. (2006)

Tabelle 3: Rangfolge ausgewählter Länder hinsichtlich des Alkoholkonsums pro Person

Rang*	Land	Liter reiner Alkohol pro Person Jahr 2003	Veränderung 1970 - 2003 in %
1	Luxemburg	12,6	+26,3
2	Ungarn	11,4	+25,1
3	Tschechien	11,0	+31,0
4	Irland	10,8	+83,6
5	Deutschland	10,2	-0,5
6	Spanien	10,0	-13,8
7	Großbritannien	9,6	+80,1
8	Portugal	9,6	-2,7
9	Dänemark	9,5	+39,7
10	Österreich	9,3	-11,3
11	Frankreich	9,3	-42,7
12	Zypern	9,0	+174,5
13	Schweiz	9,0	-15,9

*Rangplatz unter 45 Ländern, die in genannter Quelle erfasst sind
 Quelle: Commission for Distilled Spirits, 2005 (DHS 2007)

Alkoholabhängigkeit

Laut einer Schätzung des Instituts für Therapieforschung (DHS 2005) sind in Deutschland 1,7 Mio. Personen alkoholabhängig. Weitere 1,7 Mio. Personen betreiben missbräuchlichen und zusätzlich 10,4 Mio. Personen riskanten Alkoholkonsum. Einer Schätzung von Anderson und Baumberg (2006) zufolge sind 23 Mio. Europäer (5% der Männer, 1% der Frauen) in einem beliebigen Jahr alkoholabhängig. Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen nach DSM-IV stellen laut TACOS-Studie⁴ mit einer Lebenszeitprävalenz von 25,8% die häufigste Diagnosegruppe psychischer Störungen dar. Danach folgen Angststörungen (15,1%), somatoforme Störungen (12,9%) und affektive Störungen (12,3%). Eine für die BRD repräsentative Studie des IFT zeigt, dass Alkohol gemäß der Missbrauchs- und Abhängigkeitskriterien des DSM-IV nach Tabak der am häufigsten konsumierte Suchtstoff ist. Danach folgen beruhigende, schmerzstillende Medikamente, Haschisch, Heroin, Kokain, Ecstasy und Amphetamine (Müller-Fahnow, Ilchmann et al. 2002). Die Lebenszeitprävalenz für Störungen durch Alkoholkonsum weist große geschlechtsspezifische Unterschiede auf und beträgt für Männer 14,0% und für Frauen 2,5%. Alkoholmissbrauch betrifft 6,0% der Männer und 1,5% der Frauen. Frauen haben eine um den Faktor 0,16 geringere Erkrankungschance für Störungen durch Alkoholkonsum als Männer (Meyer, Rumpf et al. 2000).

Zudem haben die Autoren signifikante Zusammenhänge gefunden zwischen der Lebenszeitprävalenz von Störungen durch Alkoholkonsum und Alter der Probanden (niedrigere Rate bei den über 50jährigen), dem Familienstand (erhöhte Raten für Geschiedene, getrennt lebende oder Verwitwete im Vergleich zu Verheirateten), dem Haushaltsnettoeinkommen (niedrigere Raten in höheren Einkommensgruppen) und dem Wohnsitz (höhere Rate innerhalb eines Stadtgebiets). Nicht signifikant ist der Zusammenhang mit dem Merkmal Schulbildung. Bezüglich des riskanten Konsums von Alkohol zeigt sich eine deutliche Variabilität zwischen den Bundesländern (Nord-Süd-Gefälle und erhöhter Konsum in den neuen Bundesländern).

⁴Längsschnittstudie, Teil des Projektes "Transitions in Alcohol Consumption and Smoking" (TACOS). Repräsentative Erhebung der 18- bis 64-jährigen Allgemeinbevölkerung mit persönlichen Interviews von 4.075 Personen (Rumpf, Meyer et al. 2000).

2.3 Gesundheitliche und soziale Auswirkungen

Gesundheitliche Auswirkungen (physisch, psychisch, Mortalität)

Alkohol ist eine dosisabhängige toxische Substanz. Aufgrund seiner Wasser- und Fettlöslichkeit kann Alkohol in jede Körperzelle eindringen und nahezu jedes Gewebe des menschlichen Organismus schädigen. Bezüglich der betroffenen Organe und des Ausmaßes der Schädigung gibt es große individuelle Unterschiede, die auf genetische und Umweltfaktoren zurückzuführen sind. Alkoholkonsum verursacht ca. 60 verschiedene Krankheitstypen (Bartsch 2007). Hanke und John (2003) bezeichnen 462 Erkrankungen (nach ICD-9, vierstellig) als tabak- oder alkoholattributabel.

Typische körperliche Alkoholfolgeerkrankungen sind Alkoholpsychosen, alkoholische Fettleber, alkoholische Hepatitis und Leberzirrhose sowie alkoholische Neuropathie. Weitere häufige Erkrankungen sind gastrointestinale Störungen, Krebserkrankungen der oberen Verdauungswege und der Mundhöhle, des Rachens, der Speiseröhre, des Magens und der Bauchspeicheldrüse, Immunstörungen, Leberschäden, Stoffwechselerkrankungen, Lungenkrankheiten, Krankheiten des Knochenbaus, der Haut und der Muskulatur, Störungen des blutbildenden Systems und der Hormonproduktion, reproduktive Störungen sowie vorgeburtliche Schädigungen, einschließlich Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht. Des Weiteren kardiovaskuläre Erkrankungen wie Herzmuskelschwäche, Herzrhythmusstörungen und Hypertonie.

Als neuropsychiatrische Folgen gelten Entzugssyndrome, Krampfanfälle, psychotische Störungen, Polyneuropathien und kognitive Beeinträchtigungen (das Gedächtnis und Abstraktionsvermögen und die Aufmerksamkeit, kognitive Leistungsgeschwindigkeit und visuell-räumliche Wahrnehmung betreffend) bis zu alkoholbedingtem amnestischen Syndrom, sowie organisch bedingte Persönlichkeitsveränderungen mit zunehmender Entdifferenzierung und Nivellierung.

Zu den psychischen Folgen lassen sich auch die Vernachlässigung von Interessen außerhalb der Sucht, Defizite im Bereich der Körperpflege und Hygiene und eine affektive, mitunter auch sexuelle Enthemmung und gesteigerte Aggressivität zählen (Soyka 2002).

Bei akuten, aber auch bei chronischen Alkoholfolgeerkrankungen korrespondiert eine Verringerung der Trinkmenge oder Abstinenz mit einer Besserung des Gesundheitszustandes (Anderson und Baumberg 2006; Langlotz 2006), wenngleich einige Schädigungen irreversibel sind.

Die Rate komorbider Störungen ist bei Alkoholabhängigen hoch. Besonders häufig ist eine komorbide Nikotinabhängigkeit. In Entwöhnungseinrichtungen werden Raucherquoten von 80 bis 90% genannt (Schneider und Wallroth 2005). Alkoholabhängige Rehabilitanden sind zudem häufig besonders starke Raucher. Die körperlichen Schädigungen durch Alkoholkonsum werden durch gleichzeitigen Nikotinkonsum potenziert. Beispielsweise geben Schneider und Wallroth (2005) das Risiko für Speiseröhrenkrebs bei Alkoholabhängigen mit 14% und für Nikotinabhängige mit 7% an. Die Kombination beider Substanzen führe zu einer Risikosteigerung auf 55%.

Zu weiteren häufigen komorbiden Störungen gehören Schizophrenie, Angst und Depression bis hin zur Suizidalität. Die retrospektive Differenzierung in primäre, also der Alkoholabhängigkeit vorausgehende, und sekundäre Störungen ist schwierig.

Bei der Einschätzung der alkoholbedingten gesundheitlichen Folgeschäden müssen auch alkoholassoziierte Verletzungen, Verkehrsunfälle und Gewalttaten berücksichtigt werden.

Deutschland verzeichnet jährlich den direkten oder indirekten alkoholbedingten Tod von etwa 42.000 Menschen (Bühringer, Augustin et al. 2000). EU-weit sterben jährlich 195.000 Personen an den gesundheitlichen Auswirkungen ihres Alkoholkonsums. Gleichzeitig besagen Schätzungen, dass durch die krankheitsprotektiven Wirkungen von mäßigem Alkoholkonsum der Tod von 160.000 Menschen pro Jahr hinausgezögert wird. Vorzeitiger Tod und Behinderung treten bei 12% der Männer und 2% der Frauen durch übermäßigen Alkoholkonsum ein. Alkoholkonsum gilt innerhalb der EU nach Tabakkonsum und Hypertonie als dritthöchster Risikofaktor für die Gesundheit (Anderson und Baumberg 2006).

Soziale Auswirkungen (familiär, beruflich, öffentlich)

Die Auswirkungen einer Alkoholabhängigkeit auf die Familie des Betroffenen sind komplex. Familienangehörige übernehmen oft die Rolle von Co-Abhängigen, indem sie das Suchtverhalten stützen und versuchen, den Konsum des Betroffenen zu kontrollieren oder zu verstecken. Insbesondere die Kinder in den Familien leiden häufig unter Verunsicherung und Angst durch Stimmungsschwankungen und das mitunter willkürliche und unvorhersehbare Verhalten des alkoholabhängigen Familienmitglieds. Eine Reduktion sozialer Kontakte bis hin zur sozialen Isolation, ein Gefühl der Ohnmacht, Enttäuschungen, Kontrollversuche und Misstrauen sowie häufige Konflikte können die Atmosphäre innerhalb der Familien chronisch Alkoholabhängiger prägen. Alkoholabhängige zeigen öfter als gesunde Vergleichspersonen ineffektive Copingstrategien im Umgang mit diesen Konflikten. Familienangehörige von Alkoholabhängigen sind zudem häufiger Opfer von Gewalttaten, u.a. sexuellen Missbrauchs innerhalb der Familie (Soyka 2002).

Berufliche Auswirkungen von Alkoholabhängigkeit verursachen immense volkswirtschaftliche Kosten. Durch die psychischen und kognitiven Leistungseinschränkungen, insbesondere die geringere motorische Geschicklichkeit und Koordination und das verminderte Reaktionsvermögen, kommt es bei Alkoholabhängigen zu einer erhöhten Rate von alkoholassoziierten Arbeitsunfällen und Verletzungen. Folgen einer chronischen Alkoholabhängigkeit können auch Persönlichkeitsveränderungen mit einer Reduktion von Initiative und Aktivität sein, außerdem Unzuverlässigkeit, mangelnde Sorgfalt, Gleichgültigkeit und Gereiztheit, mitunter auch überangepasstes Verhalten. Dieses Verhalten und die hohen krankheitsbedingten Fehlzeiten erhöhen die Gefahr eines Arbeitsplatzverlusts deutlich. Eine alkoholbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung stellt eine Verletzung der arbeitsvertraglichen Pflichten dar. Die sozialrechtliche Anerkennung der Alkoholabhängigkeit als Krankheit entbindet dabei nicht von arbeitsrechtlichen Konsequenzen (Soyka 2002). Neben der Arbeitslosenrate ist auch der Anteil Arbeitsunfähiger unter Alkoholabhängigen deutlich erhöht. Weitere Ausführungen zu beruflichen Auswirkungen befinden sich in Abschnitt 3.3.4.

Die Gesellschaft betreffende Auswirkungen von Alkoholkonsum und -abhängigkeit sind neben den Aufwendungen (Abschnitt 2.4) auch die hohe Unfallhäufigkeit und die erhöhte Rate von Gewalttaten unter Alkoholeinfluss. Die Zahl der unter Alkoholeinfluss entstandenen Verkehrsunfälle ist in den letzten Jahren gesunken, ist aber immer noch alarmierend. Im Jahr 2004 haben sich bundesweit im Straßenverkehr 22.548 alkoholbedingte Unfälle ereignet, bei denen 704 Personen gestorben sind. 90% der alkoholisierten Beteiligten sind Männer (Bundesanstalt für Straßenwesen 2005). Die enthemmende und aggressionsfördernde Wirkung des Alkoholkonsums steht in Zusammenhang mit erhöhter Gewaltbereitschaft und Straftaten. Laut Bühringer, Augustin et al. (2000) wird jede vierte Gewalttat unter Alkoholeinfluss begangen, wobei schwere Delikte, insbesondere Tötungsdelikte, in noch höherem Ausmaß mit Alkohol assoziiert sind.

2.4 Volkswirtschaftliche Einnahmen und Aufwendungen

Einnahmen

Die Verbrauchssteuern auf Alkohol sind eine wichtige volkswirtschaftliche Einnahmequelle. Die Höhe der von den Bundesländern durchschnittlich erhobenen Verbrauchssteuern je Liter reinen Alkohols in Deutschland beträgt für Branntwein 13,03 €, für Schaumwein 1,36 € und für Alkopops 55,50 €. Die Ländersteuer für Bier beträgt 0,09 € (Bundesfinanzministerium 2007). Die Steuereinnahmen der Jahre 2005 und 2006 sind in Tabelle 4 aufgeführt.

Tabelle 4: Einnahmen aus alkoholbezogenen Steuern in Mio. €

Bundessteuern (in Mio. €):	2005	2006	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %
Branntweinsteuer	2.141,9	2.160,3	+0,9
Alkopopsteuer	9,6	6,0	-37,5
Schaumweinsteuer	424,3	420,8	-0,8
Zwischenerzeugnissteuer	27,2	26,4	-3,0
Ländersteuer (in Mio. €):			
Biersteuer	777,2	779,5	+0,3

Quelle: Bundesfinanzministerium (2007)

Aufwendungen

Bei der Betrachtung des Kostenaspekts sind die direkten von den indirekten alkoholassoziierten Kosten zu unterscheiden. Die direkten Aufwendungen umfassen Therapiekosten, Krankenhausaufenthalte und präventive Maßnahmen. Indirekte Kosten entsprechen dem durch Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bedingten Ressourcenverlust, also dem Verlust an Produktivität, welcher sich durch die erhöhte Mortalitäts- und Arbeitsunfähigkeitsrate sowie die vermehrten Frühberentungen erklären lässt (Langlotz 2006).

- **Direkte Kosten**

Die Frühberentung eines Alkoholkranken führt zu jährlichen Ausgaben der Rentenversicherung von durchschnittlich 103.000 €. Für eine Suchtbehandlung werden hingegen im Mittel nur etwa 11.000 € ausgegeben (Weissinger 2001). Die Behandlung alkoholabhängiger Menschen lohnt sich daher nicht nur aus ethischen und sozialpolitischen, sondern auch aus ökonomischen Gründen, da die Einsparungen durch die Rehabilitation die Ausgaben für die Rehabilitation bei Weitem übersteigen (Weissinger 2006). Im Jahr 1999 sind beispielsweise 5.300 Personen mit einem Durchschnittsalter von 49 Jahren frühberentet worden. Für die gesetzliche Rentenversicherung entstehen dadurch für diesen Jahrgang bis zum Erreichen der Altersgrenze Kosten von ca. 500 Mio. €.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund für die Jahre 2004 und 2005 sind in Tabelle 5 aufgelistet, die Anzahl durch die DRV bewilligter Entwöhnungsbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit in Tabelle 6.

Tabelle 5: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund

	2004	2005
Anträge	1.317.879	1.295.991
Bewilligungen	881.330	879.796
Leistungen	804.064	803.159
davon stationäre und ambulante Entwöhnungen	52.536	50.835

Quelle: Deutsche Rentenversicherung (2007)

Tabelle 6: Bewilligte Entwöhnungsbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit der Deutschen Rentenversicherung Bund

	2002	2003	2004
stationäre Behandlungen	37.011	36.941	36.961
ambulante Behandlungen	12.273	16.707	18.113

Quelle: DHS (2007)

Die Kosten für Entwöhnungsbehandlungen machen laut Müller-Fahrnow, Ilchmann et al. (2002) etwa 15% der Gesamtleistung der gesetzlichen Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation aus und haben zum damaligen Zeitpunkt etwa 460 Mio. € betragen. Alkoholabhängige verursachen durch die Nutzung des Gesundheitssystems doppelt so hohe Kosten wie andere Patientengruppen, die in Bezug auf Geschlecht und Alter vergleichbar sind (Holder 2000). Sobald jedoch eine Suchtbehandlung begonnen wird, sinken die Kosten für das Gesundheitssystem. Holder berichtet nach einem Vergleich mehrerer Studien, dass in Bezug auf den Nutzungsgrad und die verursachten Kosten keine Geschlechterunterschiede bestehen, es jedoch deutliche Alterseffekte gibt. Zu Behandlungsbeginn jüngere Patienten verursachen nach der Entwöhnungsbehandlung deutlich geringere Kosten als ältere. Der Autor berichtet, dass der Kosten-Nutzen-Effekt bei ambulanten Entwöhnungsbehandlungen beträchtlich höher ist als bei stationären. Solche Kosten-Nutzen-Analysen werden für die medizinische Rehabilitation zunehmend verlangt. Clade (1997) stellt fest, dass für die Rentenversicherungsträger eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme dann wirtschaftlich rentabel ist, wenn die Frührentenzahlung wegen BU- oder EU-Rente (heute Rente wegen Erwerbsminderung) im Durchschnitt mindestens 3,4 Monate hinausgezögert werden kann. Zu diesem Zeitpunkt entsprechen sich Kosten und Nutzen. Die von ihm erhobenen Werte überschreiten diese Grenze erheblich: Rund zwei Drittel der Rehabilitanden aller Indikationsgruppen sind mindestens noch fünf Jahre nach der Rehabilitation im Erwerbsleben, etwa 50% der Rehabilitanden sind noch mindestens zehn Jahre erwerbstätig. Genaue Zahlen für den Bereich der Suchterkrankungen liegen nicht vor.

- **Indirekte Kosten**

Anderson und Baumberg (2006) haben Studien zur Abschätzung der monetär fassbaren Kosten in Zusammenhang mit Alkohol für die EU-Gesellschaft ausgewertet und diese für das Jahr 2003 auf 125 Mrd. € (79 - 220 Mrd. €) beziffert. Dies entspricht 1,3% des Bruttosozialproduktes. In Bezug auf Tabak werden vergleichbare Kosten errechnet. Mit 270 Mrd. € deutlich höher ist die Summe bei Einbezug von immateriellen Kosten in Zusammenhang mit Alkohol. Diese beinhalten Schätzwerte für Leiden und Verluste an Lebensjahren, die infolge der kriminellen, sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums entstehen. Je nach Berücksichtigung verschiedener Lebensbereiche, die durch Alkoholkonsum beeinflusst werden, belaufen sich diese Kosten auf Werte zwischen 150 und 760 Mrd. € (Anderson und Baumberg 2006). Einer Berechnung des Robert-Koch-Instituts zufolge beziffern sich die direkten und indirekten Kosten

durch alkoholbedingte Morbidität und Mortalität in Deutschland auf über 20 Mrd. € pro Jahr. Darin enthalten sind 6,8 Mrd. €, die in dieser Berechnung für die ca. 42.000 Verstorbenen und damit einhergehend etwa 900.000 verlorenen Lebensjahren sowie 285.000 verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren bilanziert werden (Bergmann und Horch 2000).

3 Versorgungssituation Alkoholabhängiger in Deutschland

3.1 Gesundheitswesen und Interventionsansätze

Gesundheitswesen

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt in seinem Gutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit (Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung) fest: „In den fortgeschrittenen Industrienationen stellt die angemessene Versorgung chronisch Kranker die wichtigste und größte Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Chronische Krankheiten verursachen einen erheblichen Teil der direkten und - in einem noch höheren Maße - der indirekten Krankheitskosten, z.B. durch Produktionsausfälle, Lohnersatzleistungen oder vorgezogene Rentenzahlungen. In Zukunft wird die Bedeutung chronischer Krankheiten weiter zunehmen.“ Dies liegt unter anderem an dem Zusammenhang zwischen demographischer Alterung der Bevölkerung und der daraus resultierenden Zunahme chronischer Erkrankungen (Fischer, Kuhlmeier et al. 2000/2001).

Im deutschen Gesundheitswesen gibt es eine Vielzahl von unabhängigen Institutionen mit Steuerungs-, Aufsichts-, Leistungs- und Finanzierungsfunktionen. Auf Bundesebene ist das Bundesministerium für Gesundheit die zentrale gesundheitspolitische Einrichtung. Ihm sind einige Behörden unterstellt (z.B. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), die in Teilbereichen der Gesundheitsversorgung tätig sind. Für die Bereiche Rehabilitation, Pflege und Arbeitsschutz ist das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zuständig. In den einzelnen Bundesländern tragen die Ministerien, in denen die Gesundheits- und Sozialressorts angesiedelt sind, die zentrale Verantwortung für die Gestaltung des Gesundheitswesens.

Finanziert werden die Leistungen des Gesundheitswesens zu ca. zwei Dritteln durch Sozialversicherungsbeiträge, die an die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen und Sozialversicherungen wie Renten- und Unfallversicherungen entrichtet werden. Etwa 90% der Bevölkerung sind Mitglied in gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und etwa 9% in privaten Krankenversicherungen. 12% der gesetzlich Krankenversicherten hat private Zusatzversicherungen. Ein Teil der Leistungen zur Prävention, Früherkennung und Behandlung von Erkrankungen sind im Versicherungsschutz der GKV enthalten, ein weiterer Teil ist zuzahlungspflichtig. Für nicht krankenversicherte Menschen übernehmen die Sozialämter die Behandlungskosten.

Im Sozialgesetzbuch sind die gesetzlichen Grundlagen für die GKV und gesetzliche Rentenversicherung (GRV) dargelegt. Für die GKV sind hier die drei Grundprinzipien ihres Handlungs- und Organisationsbereiches festgelegt: Das Bedarfsprinzip, das Solidarprinzip und das Sachleistungsprinzip. Für die GRV sind hier die verschiedenen Rentenformen und die Aufgabe festgeschrieben, Maßnahmen des Erhalts, der Verbesserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu finanzieren, also Rehabilitation zu gewährleisten (Sonntag und Künzel 2000).

Prävention

Präventionsmaßnahmen haben das Ziel, negative Auswirkungen von Alkoholkonsum zu verhindern, zu beschränken oder rückgängig zu machen. Sie beziehen sich auf die Betroffenen selbst, z.B. bei Suchtfolgeerkrankungen oder sind notwendig für das soziale Umfeld, z.B. bei Co-Abhängigkeit innerhalb der Familie, für Betriebe, z.B. wenn Kosten für den Arbeitgeber durch Arbeitsausfall entstehen und für den Sozialstaat, z.B. durch Belastungen der Versicherungsträger. Je nach Zielgruppe und Zeitpunkt der Maßnahme werden unterschiedliche Präventionsformen unterschieden. Unter *Primärprävention* werden alle Maßnahmen verstanden, die dazu beitragen sollen, den gefährdenden Konsum von Suchtmitteln in der Gesamtbevölkerung zu vermeiden, beispielsweise Aufklärung, pädagogische Maßnahmen oder substanzbezogene Politik, z.B. Preisgestaltung oder Werbe- und Zugänglichkeitsbeschränkungen. *Sekundärprävention* beinhaltet die Arbeit mit gefährdeten oder bereits abhängigen Alkoholkonsumenten, z.B. in Form einer Motivierung zu einer aktiven Auseinandersetzung mit den Substanzproblemen. Ziel ist u.a. ein frühzeitiges Erkennen von Missbrauch oder Abhängigkeit und eine Begrenzung des Chronifizierungsrisikos durch Beratung oder Frührehabilitation. *Tertiärprävention* bezeichnet die Nachsorge bzw. Maßnahmen, die einen möglichen Rückfall in den Alkoholkonsum vermeiden sollen und Maßnahmen zur Stabilisierung und Wiedereingliederung in berufliche, familiäre und soziale Bezüge (Greca 2004, Müller-Fahrnow, Ilchmann et al. 2002).

Rehabilitation

Rehabilitation wird im deutschen Gesundheitssystem durch die Rentenversicherungsträger finanziert. Es werden vier Arten von Rehabilitationsleistungen unterschieden: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Umschulungen oder Weiterbildungen), ergänzende Leistungen (Übergangsgeld oder Kosten für Haushaltshilfen) und sonstige Leistungen wie Rehabilitationen nach Krebserkrankungen sowie Heilbehandlungen für Kinder von Versicherten. Gemäß der Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation umfasst die ambulante Reha auch den Bereich der teilstationären Behandlung.

§9 des SGB VI (gesetzliche Rentenversicherung) legt die Ziele von Leistungen der medizinischen Rehabilitation folgendermaßen fest:

- (1) Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um
 1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
 2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern.Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind.
- (2) Die Leistungen nach Absatz 1 können erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

§10 SGB VI legt u.a. folgende Voraussetzungen fest:

- (1) Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,
1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
 2. bei denen voraussichtlich
 - a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann,
 - b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,
 - c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann.

Der FVS spricht sich dafür aus, die initiale Behandlungsmotivation als Kriterium für die Rehabilitationswilligkeit und somit als Bewilligungskriterium für Rehabilitationsmaßnahmen von Suchtkranken zu verwenden. Motivation zur Behandlung solle nicht als Behandlungsvoraussetzung gefordert werden. Sie sei kein statischer Zustand, sondern stelle eine Prozess- und Zielvariable der Maßnahmen dar. Eine grundsätzliche Bereitschaft, sich einer Behandlung zu unterziehen, sei jedoch schon bei Reha-Beginn erforderlich (Weissingen und Missel 2006). Als Grundlage für die Belegung stationärer Entwöhnungseinrichtungen empfiehlt der FVS den Leistungsträgern eine Orientierung an definierten Qualitätsstandards (siehe Übersicht in Weissingen und Missel 2006).

3.2 Behandlungsangebote

Seit dem Urteil des Bundessozialgerichtshofes von 1968, mit dem Alkoholabhängigkeit als schwere chronische Erkrankung anerkannt worden ist, hat sich ein zunehmend umfangreiches Beratungs- und Behandlungsangebot in Deutschland entwickelt. Behandlungsstellen für Alkoholabhängige lassen sich unterteilen in Kontakt- und Beratungsstellen, Entgiftungs-, Entwöhnungs- und Nachsorgebehandlungen. Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge kann je nach Indikation ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt werden.

Bis 1975 ist die Behandlung der Alkoholabhängigkeit in der Regel stationär durchgeführt worden. Seit 1991, mit dem Abschluss der "Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht" (EVARS) (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1997), ist ein Ausbau der ambulanten und zunehmend der teilstationären Entwöhnung erfolgt.

Entgiftung findet in der Regel stationär statt. Sie wird durchgeführt in Allgemeinkrankenhäusern (internistische Abteilungen), Universitätskliniken oder psychiatrischen Landeskrankenhäusern (psychiatrische oder toxikologische Abteilungen) und ist eine Leistung der Krankenversicherung. Während sich das traditionelle Konzept der Entgiftung auf rein medizinische Maßnahmen beschränkt, beinhaltet der *qualifizierte Entzug* auch psychotherapeutische bzw. psychosoziale Behandlung (z.B. Informationsvermittlung, Motivationsentwicklung und Rückfallprophylaxe). Anschließend sollte regelhaft eine *Entwöhnungsbehandlung* erfolgen, deren Kosten von der Rentenversicherung getragen werden (medizinische Rehabilitation in Einrichtungen der Rentenversicherungsträger oder anerkannte Einrichtungen freier Träger). Diese erfolgt ambulant in einer psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle, stationär in einer Fachklinik bzw.

innerhalb einer Entwöhnungsabteilung eines psychiatrischen Krankenhauses oder in einem teilstationären Setting. Die tagesklinische Behandlung erfolgt in deutlich geringerem Umfang als die stationäre Rehabilitation. Die Entwöhnungsbehandlung ist abstinenzorientiert und beinhaltet auch soziale und berufliche Maßnahmen. Ziel ist die Wiederherstellung bzw. Sicherung der Erwerbsfähigkeit und sozialen Integration. Zusätzlich, meist nach der Entwöhnungsbehandlung, werden *Nachsorge* bzw. *Integrationshilfen* angeboten, die das Ziel der Förderung der Wiedereingliederung und Integration der Rehabilitanden verfolgen. Sie bieten beispielsweise Unterstützung bei der Freizeitgestaltung, der Wohnungs- oder Arbeitssuche aber auch Krisenintervention und Rückfallprophylaxe (Sonntag und Künzel 2000).

Laut DHS (2007) stehen bundesweit mit dem Stand von 2004 bzw. 2005 folgende Beratungs- und Behandlungsangebote zur Verfügung:

- 7.500 Selbsthilfegruppen für Suchtkranke
- 934 Beratungsstellen für Suchtkranke (in 460 dieser Einrichtungen werden ambulante Behandlungen durchgeführt)
- 9.500 stationäre Therapieplätze für Alkohol- und Medikamentenabhängige
- 2.100 Therapieplätze im Regelvollzug für Suchtkranke
- 5.100 Plätze für eine qualifizierte Entgiftung in 165 Einrichtungen
- 7.600 Plätze in Betreutem Wohnen, Übergangseinrichtungen, Wohnheimen und Heimen für chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke
- 400 Plätze in Tageskliniken

Von Soyka und Bottlender (2004) werden die Aufgaben und Ziele verschiedener Behandlungsphasen definiert, für die jeweils unterschiedliche Institutionen und Therapeuten zuständig sind (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Phasen der Alkoholtherapie nach Soyka und Bottlender (2004)

Therapiephasen	Motivationsphase	Entgiftungsphase	Entwöhnung	Nachsorge
Aufgaben	- Diagnosestellung - Aufklärung - Förderung der Behandlungsbereitschaft - Motivation - Therapieeinleitung	- Entzug von Alkohol - Behandlung von Folgestörungen - Motivationsförderung - Stärkung der Abstinenzsicherheit - Einleitung von spezifischen Therapiemaßnahmen - Kontakt zu Suchthilfegruppen	- Wissensvermittlung - Verhaltensänderung - psychische Stabilisierung - soziale und berufliche Rehabilitation - evt. Behandlung psychischer Störungen	- Rückfallprophylaxe - somatische und psychische Stabilisierung - Förderung einer "zufriedenen" Abstinenz
Ärzte / Therapeuten / Institutionen	- Hausarzt - Betriebsarzt - Facharzt - Suchtberatungsstelle - Fachambulanz	stationär: - psychiatrische Klinik - Allgemeinkrankenhaus ambulant: - Fachambulanz - evt. Hausarzt	stationär: - Facharzt - psychiatrische Klinik ambulant: - Fachambulanz - Suchtberatungsstelle	- Fachambulanz - Suchtberatungsstelle - Hausarzt - Psychiater - Psychotherapeut - Suchtmediziner - Selbsthilfegruppen

3.3 Entwicklungen innerhalb der Alkoholrehabilitation

Zu Beginn der Etablierung des Versorgungssystems der Suchtkrankenhilfe in Deutschland Anfang der 70er Jahre ist die Suchtbehandlung ausschließlich stationär erfolgt. Die Fachkliniken haben meist weit entfernt vom sozialen Umfeld des Patienten gelegen, die Behandlungsstrategien und Therapieinhalte sind einheitlich je nach Art der konsumierten Suchtmittel festgelegt gewesen. 1975 hat die für den Deutschen Bundestag tätige Enquete-Kommission den Ausbau ambulanter Therapiemöglichkeiten für Suchtkranke gefordert, beispielsweise in Fachambulanzen. Anfang der 80er Jahre haben sich die Forderungen nach grundlegenden Änderungen des bisher rein stationären Suchtkrankenhilfesystems gemehrt.

Seit den 90er Jahren erfolgen umfassende Veränderungen des Rehabilitationssystems in Deutschland. Bekannte Schlagwörter dieser Entwicklung sind die Prozesse der Flexibilisierung, Professionalisierung, Individualisierung und Differenzierung. Die Veränderungen sind angestoßen worden durch Initiativen der Rentenversicherungsträger. Hier sind zu nennen die Kommission zur Weiterentwicklung in der medizinischen Rehabilitation des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger zu Beginn der 90er Jahre, der Rehabilitationswissenschaftliche Förderschwerpunkt von Rentenversicherung und Bundesforschungsministerium sowie die Qualitätssicherungsprogramme von Renten-, Kranken- und Unfallversicherung seit Mitte der 90er Jahre. 1996 ist das Beschäftigungs- und Wachstumsförderungsgesetz formuliert worden und hat eine Strukturkrise im Bereich der Rehabilitation ausgelöst.

Am 1. Juli 2001 ist das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Kraft getreten. Es stellt die trägerübergreifende rechtliche Grundlage für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen dar. § 19 Abs. 2 SGB IX impliziert einen Vorrang von ambulanten Leistungen gegenüber stationären. Bei der differentiellen Zuweisung eines Patienten zu einem Behandlungssetting kann diese Faustregel nicht strikt angewendet werden, sondern muss unter Berücksichtigung der Umstände, Interessen und Bedürfnisse des Rehabilitanden getroffen werden.

Weitere Entwicklungen der letzten Jahre sind die Einführung der DRG-Fallpauschalen als Grundlage der Finanzierung und Abrechnung von Krankenhausleistungen, die zu einer Verschiebung von Fällen und Kosten in die nachgelagerten Behandlungssektoren, also z.B. die Rehabilitationseinrichtungen führen. Die Einrichtung von Forschungsverbänden hat zu einer Verbesserung der strukturellen Voraussetzungen der Rehabilitationsforschung und inhaltlich zu einer verstärkten beruflichen Orientierung der Rehabilitation und zur Intensivierung der Nachsorge geführt. Weitere aktuelle Entwicklungen beziehen sich auf eine stärkere wissenschaftliche Fundierung der Suchtrehabilitation durch Leitlinienentwicklung und Qualitätssicherungsprogramme (Schliehe und Jäckel 2004).

3.3.1 Behandlungssetting

Im Vergleich zu anderen westlichen Industriestaaten verfügt das Suchthilfesystem in Deutschland über ein gut ausgebautes und erfolgreiches, aber auch vergleichsweise kostenintensives stationäres Versorgungssystem. Der Anteil ambulanter Versorgungsangebote ist eher gering, hier fehlen immer noch ausreichende Behandlungsangebote. Ambulante Maßnahmen sind zum einen kostengünstiger, zum anderen besteht durch die meist wohnortnahe Ansiedelung eine erleichterte Kooperation mit regionalen Vor- und Nachbehandlern (z.B. Selbsthilfegruppen). Im Rahmen ambulanter Behandlungen kann außerdem eine stärkere Einbeziehung des sozialen Umfelds der Patienten erfolgen und es besteht die Möglichkeit, Maßnahmen der beruflichen Reintegration in Form von Arbeitserprobungen am Arbeitsplatz der Patienten zu leisten. Ein Transfer der in der

Rehabilitation angestoßenen Verhaltensänderungen in das Alltagsumfeld der Patienten ist so erleichtert.

Seit dem Beginn der engen Kooperation zwischen GRV und GKV besteht das gemeinsame Ziel in einer Ausweitung der ambulanten Versorgungsangebote. 1991 sind die rechtlichen Grundlagen für die Durchführung und Finanzierung ambulanter Entwöhnungstherapien durch die EVARS geregelt worden. In dieser Rahmenvereinbarung der Kranken- und Rentenversicherungsträger sind u.a. Indikationsrichtlinien, Ausschlusskriterien und Qualitätsstandards für die Durchführung ambulanter Therapiemaßnahmen festgehalten. Die Empfehlungsvereinbarung enthält auch Anforderungskriterien an die Einrichtungen (Soyka 1998).

1996 ist die Entscheidung getroffen worden, in ausgewählten Indikationsbereichen gemeinsam ambulante Modelle zu erproben und zu evaluieren. Im Jahr 2000 sind dann die Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation der BAR verabschiedet worden. Diese beinhalten die Empfehlung eines maßnahmenintensiven Behandlungskonzepts, welches in der Regel interdisziplinär umgesetzt wird.

2001 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger die Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker ("Vereinbarung Abhängigkeitskrankungen") beschlossen. Diese fasst die bisherige Suchtvereinbarung von 1978 und die Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht von 1991 in der Fassung von 1996 zusammen und beinhaltet Anforderungen an die Einrichtungen zur ambulanten oder stationären Rehabilitation und Kriterien für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen et al. 2001).

Aktuelle Entwicklungen beinhalten eine verstärkte Vernetzung von stationären und ambulanten Therapieformen. Die Kombination von ca. zehnwöchiger stationärer Therapie in einer Fachklinik mit anschließender teilstationärer Entlassphase in derselben Einrichtung sowie einer engen Kooperation mit den weiterbehandelnden Suchtberatungsstellen wird beispielsweise seit 2007 in 19 niedersächsischen Suchtkliniken erprobt. Die Behandlung dauert insgesamt ein Jahr und umfasst mehrere Therapiemodule, die frei kombinierbar sind. So kann auf akute Probleme eines Patienten z.B. mit einem erneuten kurzen stationären Aufenthalt reagiert werden. Die Kosten für die komplette Behandlung werden mit einer Pauschale vergütet, so dass das jeweilige Neubeantragen der Mittel für eine neue Therapiephase entfällt (Beneker 2006).

3.3.2 Inanspruchnahme

Anzahl durchgeführter Behandlungen

Die Anzahl stationärer Entwöhnungsbehandlungen ist in den letzten Jahren relativ konstant geblieben. Der Anteil ambulanter Entwöhnungen ist hingegen erheblich gestiegen und macht inzwischen etwa ein Drittel aus (Egner 2002). Der Trend steigender Anträge wird v.a. für die alten Bundesländer berichtet (Soyka, Hasemann et al. 2003).

Im Jahr 2004 sind von der Deutschen Rentenversicherung Bund 55.074 (67% stationäre und 33% ambulante) Entwöhnungen aufgrund von Alkoholabhängigkeit bewilligt worden (DHS 2007). Im Jahr 2005 sind es mit 50.835 etwas weniger Entwöhnungsbehandlungen gewesen. In 78% der Fälle haben Männer die Behandlungen in Anspruch genommen (Deutsche Rentenversicherung 2007a).

Anteil erreichter Patienten

Das Suchthilfesystem erreicht nur einen kleinen Teil der Alkoholabhängigen. Laut Wienberg (1992) werden in Fachkliniken nur ca. 0,8% des tatsächlichen Aufkommens an Alkoholabhängigen pro Jahr behandelt, in Fachberatungsstellen ca. 4,7%. Hansmeier, Müller-Fahrnow et al. (2000) schätzen die Inanspruchnahmeraten von Entwöhnungsbehandlungen in Deutschland auf 83 pro 100.000 Versicherten. Nach Soyka, Hasemann et al. (2003) erhalten nur knapp 2,0% der Alkoholabhängigen eine stationäre Entwöhnungsbehandlung. Selbst bei einer Erfolgsquote von 60% ist damit bezogen auf die Ausgangspopulation lediglich ein Impact von 1,2% erreicht.

Im Rahmen der TACOS-Bevölkerungsstudie (Rumpf, Meyer et al. 2000) ist die Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen durch Alkoholabhängige und Alkoholmissbraucher in der Erwachsenenbevölkerung anhand einer Zufallsstichprobe von 4.075 Personen erfasst worden. Personen mit einer Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 im Verlauf ihres Lebens haben zu 60% keinerlei Kontakt zu suchtspezifischen Hilfen, 14% haben geringfügige Kontakte und 27% nehmen weitergehende Hilfen in Anspruch. 93% der Alkoholabhängigen haben jedoch mindestens einmal im letzten Jahr Kontakt zu Einrichtungen der medizinischen Versorgung, z.B. zu ihrem Hausarzt aufgenommen. Bei Alkoholmissbrauchern ergeben sich deutlich geringere Inanspruchnahmeraten, am häufigsten genannt wird von 5% die Beratung durch einen Arzt. Die Inanspruchnahmeraten suchtspezifischer Hilfen sind in Tabelle 8 aufgeführt.

Rumpf, Meyer et al. (2000) stellen fest, dass eine Remission bei in Anspruch genommener Suchttherapie vorwiegend durch regelmäßige und längerfristige Behandlungen erreicht wird, seltener durch geringfügige Hilfen.

Tabelle 8: Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen in Prozent der Alkoholabhängigen (Rumpf, Meyer et al. 2000)

	remittierte Alkoholabhängige (n = 98)			aktuell Alkoholabhängige (n = 55)		
	kein Kontakt	wenige Kontakte*	über wenige Kontakte hinausgehend	kein Kontakt	wenige Kontakte*	über wenige Kontakte hinausgehend
Selbsthilfegruppe	71,4	10,2	18,4	83,6	10,9	5,5
Beratungsstelle	78,6	16,3	5,1	96,4	3,6	0,0
Entzugsbehandlung in Psychiatrie	76,5	23,5	per Definition nicht möglich	81,8	18,2	per Definition nicht möglich
qualifizierter Entzug in Psychiatrie	88,8	per Definition nicht möglich	11,2	92,7	per Definition nicht möglich	7,3
Entzug im Krankenhaus	89,8	10,2	per Definition nicht möglich	94,5	5,5	per Definition nicht möglich
ambulante Gruppentherapie	91,8	4,1	4,1	96,4	3,6	0,0
Entwöhnungsbehandlung	75,5	per Definition nicht möglich	24,5	90,9	per Definition nicht möglich	9,1
Beratung durch Arzt	61,2	31,6	7,1	74,5	21,8	3,6
Beratung durch sonstige Fachkräfte	88,8	8,2	3,1	92,7	7,3	0,0
irgendeine Hilfe	53,1	13,3	33,7	70,9	14,5	14,5

*Wenige Kontakte sind definiert als maximal zehn Selbsthilfegruppen-Besuche, dreimaliges Aufsuchen einer Beratungsstelle bzw. fünf Beratungen von einem Arzt. Zu dieser Gruppe gehören auch körperliche Entzüge ohne weitergehende Behandlung.

Die meisten Betroffenen suchen suchtspezifische Hilfen erst spät auf. Eine Erhebung des Entlassjahrgangs 2002 des FVS mit einer Stichprobengröße von N = 13.069 hat ergeben, dass die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von Patienten einer stationären Entwöhnungsbehandlung im Mittel 11,8 Jahre beträgt (Weissing 2001).

Diese Angaben verdeutlichen, dass Maßnahmen zur Erhöhung der Inanspruchnahmerate von Alkoholabhängigen und Alkoholmissbrauchern notwendig sind und insbesondere Maßnahmen zur Früherkennung und Frühintervention in Hausarzt- und internistischen Praxen und Allgemeinkrankenhäusern sinnvoll sein können. Auch eine Erhöhung des Problembewusstseins in der Allgemeinbevölkerung, z.B. bezüglich der Menge schädlichen Konsums, sollte angestrebt werden.

3.3.3 Behandlungsdauer

Die mittlere Dauer stationärer Entwöhnungsbehandlungen in Deutschland hat sich in den letzten Jahren deutlich verkürzt. Diese Entwicklung wird z.B. deutlich bei Betrachtung der von Süß (1995) im Rahmen einer Meta-Analyse zusammengefassten älteren Angaben. Die Behandlungsdauer hat damals in den elf einbezogenen Fachkliniken im Mittel 21,5 Wochen betragen. Die mittlere stationäre Behandlungsdauer ist damit in Deutschland mehr als fünfmal länger als in anderen Ländern gewesen und sogar länger als die Dauer der dortigen ambulanten Therapieprogramme (M = 13,2 Wochen). Aktuellere Daten liefert die vom VDR zusammengestellte Übersicht über die Dauer stationärer Entwöhnungsbehandlungen (Tabelle 9).

Tabelle 9: Durchschnittliche Dauer stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlungen

Jahr	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Tage	108	96	88	87	86	86	86	86

Quelle: VDR Statistik (Zobel, Missel et al. 2005)

In den letzten Jahren ist im Gesundheitsversorgungssystem und auch im Bereich der Suchtrehabilitation der Kostendruck gestiegen. Mit der Verabschiedung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes, das der Konsolidierung der Rentenversicherungsbeiträge dienen sollte, werden seit 1996 Einsparungsmaßnahmen durchgesetzt, die unter anderem die Verkürzung der Behandlungsdauer der Alkoholentwöhnungsbehandlungen beinhalten (Sonntag und Künzel 2000). In einer gemeinsamen Rahmenempfehlung für Leistungsträger ist eine Begrenzung der Behandlungszeiten für Alkoholabhängige auf bis zu 16 Wochen verabschiedet worden (Holz und Leune 1999). Für Wiederholungsbehandlungen werden Behandlungszeiten von sechs, acht oder zehn Wochen genehmigt, nur wenige Ausnahmen erlauben eine Therapiedauer von 16 Wochen (Zemlin, Herder et al. 1999). Richtlinie für die Regelzeiten sind für die Kostenträger die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen, weniger fachliche Gründe. Daher fallen Behandlungszeiten jährlich unterschiedlich aus. Der FVS fordert, dass sich die Behandlungsdauer in einer Entwöhnungseinrichtung an der medizinischen Notwendigkeit des Einzelfalls orientieren soll und daher flexibel erfolgen muss. Der Verband befürwortet eine Verweildauerbudgetierung mit einem klinikbezogenen Zeitbudget (Weissing und Missel 2006). Ein solches Modell werde dem individuellen Störungsverlauf und Behandlungsbedarf gerecht. Die gesonderte zeitliche Begrenzung der Behandlung von Therapiewiederholern ist laut FVS aufgrund der häufigen Chronifizierung der Patienten nicht indiziert.

Der Bereich der Suchtrehabilitation ist im Vergleich zu anderen Rehabilitationsformen von den finanziellen Einsparungen durch das WFG in einem geringeren Maße betroffen. Leichte Rückgänge in der Ausgabenentwicklung im Jahr 1997 sind dabei nur für stationäre Leistungen

verzeichnet. Die Ausgaben für den ambulante Maßnahmen haben zugenommen (Hansmeier, Müller-Farnow et al. 2000).

Die Auswirkungen der kontinuierlichen Behandlungsdauerverkürzung auf den Behandlungserfolg werden kontrovers diskutiert. Die Mehrzahl der Studien weist negative Effekte auf die Erfolgsquoten nach. Studienergebnisse hierzu sind in Abschnitt 4.2.6 dargestellt.

3.3.4 Erwerbssituation von Alkoholabhängigen

Im Sozialgesetzbuch sind die gesetzlichen Grundlagen und Aufgaben der Rehabilitation von Suchtkranken festgelegt. Als zentrale Rehabilitationsziele sind definiert, Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit und das vorzeitige Ausscheiden der Rehabilitanden aus der Erwerbstätigkeit zu verhindern oder die Rehabilitanden möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern. Das Erreichen dieser Ziele erleichtert dabei auch andere bedeutsame Reha-Ziele, v.a. die Sicherung der Abstinenz bzw. die Minimierung von Rückfallrisiken (Henkel und Grünbeck 2005).

Die BfA hat regelmäßig über den Erwerbsverlauf ihrer Versicherten im Rahmen der Qualitätssicherungsberichterstattung informiert. Von den stationär behandelten Alkoholabhängigen aus dem Behandlungsjahrgang 1998 sind 87% der Rehabilitanden innerhalb der zwei Jahre nach der Reha lückenlos oder lückenhaft erwerbstätig geblieben. Der Anteil an Frühberentungen liegt bei 7%. 2% gehen in Altersrente und 4% versterben (Hümmelink und Grünbeck 2002). Die Rate der nach der Reha Erwerbstätigen variiert zwischen den Altersgruppen. Von den über 50jährigen Rehabilitanden erhalten innerhalb der zwei Jahre nach der Behandlung 14% EU / BU-Rente, von den bis 34jährigen 1%. Lang, Weissinger et al. (2002) berichten von einer Studie der Bundesknappschaft, in die 84 Patienten einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige einbezogen worden sind. Sie machen für den Zeitraum von zwei Jahren vor und fünf Jahren nach der Reha einen Rückgang der Arbeitsunfähigkeitsfälle um 83,1%, der Arbeitsunfähigkeitstage von 75,3% und einen Rückgang der Krankenhaustage von 76,7% aus.

Henkel und Grünbeck (2005) haben VDR-Daten von Rehabilitanden der Behandlungsjahrgänge 1975 bis 2003 hinsichtlich ihres Erwerbsverlaufs zwei Jahre vor und zwei Jahre nach der Suchtrehabilitation ausgewertet und kommen zu dem Schluss, dass Patienten, die nach der Suchtbehandlung für längere Zeit arbeitslos sind, im Vergleich zu Erwerbstätigen ein zweifach höheres Risiko haben, alkoholorückfällig zu werden und ein 3,5fach höheres für eine Rückfälligkeit in die frühere Alkoholabhängigkeit. Während des Untersuchungszeitraums stellen die Autoren eine deutliche Steigerung des Arbeitslosenanteils unter den Suchtrehabilitanden fest. 1975 sind lediglich 7% der Rehabilitanden arbeitslos gewesen, bis 2003 ist dieser Wert auf 37% gestiegen. Zwar ist während dieses Zeitraums auch die Arbeitslosenquote in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland gestiegen, die Quote der Rehabilitanden liegt jedoch im gesamten Zeitraum weit darüber. Hierfür werden verschiedene mögliche Ursachen diskutiert:

Alkoholabhängige fallen durch vergleichsweise hohe sucht- bzw. krankheitsbedingte Fehlzeiten, Leistungsminderungen und disziplinarische Konflikte auf und sind damit in Zeiten verschärfter Personalauslese besonders gefährdet, entlassen zu werden. Die Arbeitslosenquote in der Allgemeinbevölkerung ist zudem besonders innerhalb der älteren, beruflich gering qualifizierten und gesundheitlich eingeschränkten Bevölkerungsgruppe gestiegen, zu der Alkoholabhängige relativ häufig gehören. Zudem besteht das Risiko, dass sich vor der Arbeitslosigkeit bestehende Alkoholprobleme im Zuge einer Langzeitarbeitslosigkeit intensivieren und in Alkoholabhängigkeit münden. Für diese These spricht, dass der Anteil von Langzeitarbeitslosigkeit seit Beginn der 1980er Jahre stark gestiegen ist. Der große Anteil Arbeitsloser in der Suchtrehabilitation ist auch

durch die hohe Rate von Wiederholungsbehandlungen geprägt, die durch die erhöhte Rückfallhäufigkeit bei arbeitslosen Alkoholabhängigen besteht. Ein weiterer Grund für den Anstieg der Arbeitslosenrate in Suchtrehabilitationseinrichtungen könnte der verstärkte finanzielle Druck sein, der seit einigen Jahren auf alkoholabhängigen Arbeitslosen lastet. Dieser entsteht durch die Möglichkeit der Reduktion oder Einstellung der Arbeitslosenunterstützung, wenn ein Alkoholabhängiger keine Suchtbehandlung aufnimmt.

Den Anteil von 6,7% Frühberentungen für die untersuchten Rehabilitanden des Jahrgangs 2001 bewerten Henkel und Grünbeck (2005) als eindeutig positiv. Sie gehen davon aus, dass ein Rehabilitand definitionsgemäß bei Reha-Antragstellung von Erwerbsunfähigkeit bedroht ist und ohne Intervention aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und frühberentet worden wäre. Die Autoren bilanzieren differenziert für verschiedene Subgruppen. Die Reintegrationsquote von 20% nach einem Jahr für Patienten, die vor Reha-Beginn arbeitslos gewesen sind, bewerten sie positiv. Für die nach Beendigung der Reha erwerbstätigen Patienten diagnostizieren sie gute Chancen, relativ lang erwerbstätig zu bleiben. Innerhalb der vor der Reha erwerbstätigen Patienten ist nach der Reha der Beschäftigtenanteil gesunken, während die Rate der Arbeitslosen gestiegen ist. Aus diesem Grund weisen die Autoren auf die Notwendigkeit von arbeitsplatzsichernden Maßnahmen für die Erwerbstätigen während der Behandlung hin.

3.4 Externe Qualitätssicherung in der Alkoholrehabilitation

Qualitätssicherung (QS) und Qualitätsmanagement (QM) sind mittlerweile feste Bestandteile des Rehabilitationssystems in Deutschland. Das Gesamtziel der Qualitätssicherung ist die Optimierung der medizinischen Rehabilitation. Anlass für die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen sind die zunehmenden ökonomischen Schwierigkeiten des Gesundheitsversorgungssystems gewesen und die damit verbundene Notwendigkeit, medizinischen Rehabilitationsleistungen Effektivität und Effizienz nachzuweisen. Weitere Ziele sind eine verstärkte Kooperation aller am Rehabilitationsprozess beteiligten Einrichtungen, die Erschließung von Leistungsreserven und die Förderung des internen Qualitätsmanagements. Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen auch der Leistungstransparenz und stärkeren Patientenorientierung dienen und Einrichtungsvergleiche ermöglichen.

Zusammenarbeit der Kostenträger bei der Qualitätssicherung

Die Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen haben 1999 eine "gemeinsame Erklärung über eine Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation" (QS-Reha 1999) verabschiedet. Hierin ist vereinbart, dass die Rehabilitationseinrichtungen verpflichtet sind, an den QS-Verfahren ihres federführenden Kostenträgers teilzunehmen. Inhaltlich gleichartige und gleichwertige Verfahren werden unter den Trägern anerkannt, so dass Einrichtungen nicht an mehreren Verfahren teilnehmen müssen. Zudem wird die Absicht erklärt, gemeinsam Qualitätssicherungsprogramme zu entwickeln und bestehende und geplante Maßnahmen abzustimmen, zu harmonisieren und weiterzuentwickeln. Vor diesem Hintergrund sind bereits zahlreiche Aktivitäten initiiert, um die QS-Verfahren zu vereinheitlichen. Beispielsweise sind die Inhalte und Anforderungen des Peer-Review-Verfahrens zwischen GKV- und GRV-belegten Einrichtungen weitgehend identisch formuliert. Weitere Maßnahmen zur Harmonisierung, v.a. im Bereich der Erfassung der Ergebnisqualität, sollen in Zukunft durchgeführt werden.

In der "Gemeinsamen Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX" (BAR 2003) werden institutionsübergreifend und einheitlich die Anforderungen und Grundsätze der

Qualitätssicherung in der Rehabilitation geregelt. GKV, GRV, Unfallversicherung, Bundesagentur für Arbeit und andere vereinbaren darin die Sicherung und Weiterentwicklung von barrierefreier Leistungserbringung sowie die Durchführung einrichtungsvergleichender Qualitätsanalysen. Qualität wird folgendermaßen definiert: "Qualität von Leistungen zur Teilhabe bedeutet eine wirksame und bedarfsgerechte, am Krankheitsfolgemodell der WHO (ICF) orientierte fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche Leistungserbringung".

Generell ist eine multidimensionale Qualitätsmessung mit einer parallelen Messung der im Folgenden beschriebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Patientenzufriedenheit sinnvoll, um ein differenziertes Bild der Qualität einer Rehabilitationseinrichtung zu erhalten.

Strukturqualität

Die Strukturanforderungen für die stationäre Reha der GRV und der GKV beinhalten Merkmale der räumlichen, personellen und medizinisch-technischen Einrichtungsausstattung, der therapeutischen Behandlung, Schulung und Patientenbetreuung, konzeptionellen Grundlagen, des internen Qualitätsmanagements sowie der internen Kommunikation und Personalentwicklung. Um Verbesserungsmöglichkeiten und zuweisungsrelevante Daten zu erhalten, werden Vergleiche des Ist-Zustandes mit dem Soll-Zustand vorgenommen.

Die Strukturqualität von Einrichtungen wird häufig durch *Visitationen* erhoben. Eine Visitation beinhaltet eine externe, von Fachpersonal vor Ort durchgeführte Bewertung der Rehabilitationseinrichtungen. Die Bewertungsgrundlage bilden Leitlinien oder vorab definierte Qualitätskriterien (Jäckel und Farin 2004).

Prozessqualität

Mit der Prozessqualität soll erfasst werden, inwieweit die angewendeten diagnostischen und therapeutischen Leistungen einer Einrichtung angemessen und sachgerecht durchgeführt werden. Dies umfasst die Dauer, Frequenz, Inanspruchnahme, Konzeption und Methodik der Maßnahmen (Schulze 2006). Die Bewertung der Prozessqualität einer Behandlung erfolgt häufig über *Peer-Reviews*. Im Peer Review wird der individuelle Reha-Prozess anhand von zufällig ausgewählten ärztlichen Entlassberichten und individuellen Therapieplänen durch gleichgestellte Angehörige der jeweiligen Berufsgruppe (Peers) auf der Basis definierter Bewertungskriterien beurteilt. Für die Begutachtung des Einzelfalls gibt es Checklisten mit Bewertungskriterien qualitätsrelevanter Prozessmerkmale. Im Einzelnen bewertet der Peer sechs qualitätsrelevante Bereiche des Rehabilitationsprozesses: Anamnese, Diagnostik, Therapieziele und Therapie, klinische Epikrise, sozialmedizinische Epikrise, weiterführende Maßnahmen und Nachsorge (Deutsche Rentenversicherung 2007c).

Als allgemein akzeptierter Kompromiss zwischen Maximierung der Repräsentativität und Minimierung des Aufwands gilt die Analyse von mindestens 20 Behandlungsfällen pro Einrichtung und Erhebungsperiode (Jäckel und Farin 2004).

Bewertungen des Behandlungsprozesses erfolgen zunehmend unter Einbezug von *Leitlinien*. Medizinische Leitlinien sind definiert als "systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für die Leistungserbringer und Patienten über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen". Leitlinien geben damit Handlungsempfehlungen im Sinne einer Hilfe bei der Entscheidungsfindung (Deutsche Rentenversicherung 2007b). Ziel der Leitlinienentwicklung in der Rehabilitation ist, sicherzustellen, dass therapeutische Verfahren angewendet werden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen worden ist. Rehabilitationsspezifische Leitlinien werden auf der Basis eines Vergleichs der

Versorgungsrealität mit dem Soll-Zustand (Einsatz evidenz-basierter Therapien) entwickelt. Diese ergibt sich aus den jeweils erhaltenen therapeutischen Leistungen, die anhand der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) im Entlassbericht dokumentiert sind (Egner, Gewinn et al. 2006).

Für die Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen, die auch Entwöhnungsbehandlungen beinhaltet, ist 2006 eine evidenzbasierte Leitlinie publiziert worden (Geyer, Batra et al. 2006). Mittels systematischer Literaturrecherche, Expertenbewertung und Konsensuskonferenzen sind suchtspezifische Maßnahmen und allgemeine Methoden (z.B. Psycho- oder Ergotherapie) bewertet und im Rahmen integrierter Programme als Sequenzbehandlungen empfohlen worden. Auch die Deutsche Rentenversicherung Bund hat eine Leitlinie für die stationäre und teilstationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit in einer Pilotversion erarbeitet. Diese Prozessleitlinie bestimmt Therapiemodule der Alkoholrehabilitationsbehandlung, die evidenzbasiert sind oder sich aus der Versorgungspraxis bzw. aufgrund von Trägeraufgaben ergeben, solange sie nicht nachweislich unwirksam oder schädlich sind. Die einzelnen Verfahren sind zu evidenzbasierten Therapiemodulen gruppiert worden, die die Erwartungen der Rentenversicherung an eine gute Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit beschreiben (Deutsche Rentenversicherung 2007b).

Ergebnisqualität

Die Erhebung des vom Patienten wahrgenommenen Rehabilitationsoutcomes kann anhand von direkter oder indirekter Veränderungsmessung mit unterschiedlich vielen Erhebungszeitpunkten erfolgen. Auch eine arztseitige Erfassung der Ergebnisqualität ist sinnvoll, da eine Reihe von Confoundern, wie Multimorbidität und die Diagnose adäquat nur über den Behandler erhebbar sind. Diese Angaben werden im Rahmen von einrichtungsvergleichenden Analysen als Kontrollvariablen einbezogen (Jäckel und Farin 2004).

Patientenbeurteilung / -zufriedenheit

Patientenbewertungen können je nach Konstruktionsprinzip des Erhebungsbogens und Art der Items den Dimensionen Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität zugeordnet werden. Die erfassten Bewertungsmerkmale betreffen die ärztliche, pflegerische und psychologische Betreuung, Beurteilung der Behandlungselemente sowie der nicht-medizinischen Dienstleistungen in den Bereichen Verwaltung, Organisation und Essen (Jäckel und Farin 2004).

Aktuelle Qualitätssicherungsprogramme

Drei aktuelle Qualitätssicherungsprogramme in der Alkoholrehabilitation und ausgewählte Ergebnisse werden im Folgenden kurz beschrieben.

1) Das Programm der GRV zur Qualitätssicherung in der stationären Rehabilitation

Dieses 1994 entwickelte Programm gilt für alle Indikationen. Für die Indikationsbereiche Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen ist ein spezielles Instrumentarium entwickelt worden. Dieses bezieht sich auf rentenversicherungseigene oder federführend von ihr belegte Rehabilitationskliniken. Aktuell wird die Überarbeitung der Instrumente geplant.

Folgende Qualitätsdimensionen werden erhoben:

1. Strukturqualität der Reha-Einrichtungen: Einheitliche Klinikdokumentation, die allgemeine Angaben, personelle und therapeutische Angebote erfasst;

-
2. Prozessqualität: Peer-Review-Verfahren der Entlassungsberichte, in denen die Leistungen anhand der KTL kodiert werden. Ergebnisse des Peer-Reviews 2004 werden von Beckmann, Baumgarten et al. (2006) berichtet. In 25% der Einrichtungen sind deutliche und gravierende Mängel im gesamten Reha-Prozess identifiziert worden. Im Vergleich zur Vorerhebung ist dies ein signifikanter Rückgang von 7%;
 3. Förderung des QM: Entwicklung eines Manuals für klinikinterne und klinikübergreifende Qualitätszirkel;
 4. Patientenseitige Ergebnisqualität: Direkte Ergebniserfassung durch einen standardisierten Fragebogen zur Zufriedenheit und zum Behandlungserfolg aus Patientensicht. Erhobene Outcome-Kriterien sind der allgemeine Gesundheitszustand, körperliche und psychische Beschwerden, Einschränkungen in Beruf und Alltag, Risikofaktoren und Arbeitsunfähigkeit bzw. Berentung. Es erfolgt eine kontinuierliche Befragung von bis zu 20 zufällig ausgewählten Patienten einer Einrichtung pro Monat, acht bis zwölf Wochen nach der Reha zu einem Erhebungszeitpunkt. Die Rücklaufquoten liegen im Bereich Psychosomatik / Sucht bei etwa 55% (Egner, Gewinn et al. 2006).

Die Einrichtungen erhalten über ihre Ergebnisse des QS-Programms von der GRV regelmäßig Rückmeldungen und Vergleichsdaten strukturähnlicher Kliniken. Einrichtungsbezogene Ergebnisse sollen zukünftig auch den Versicherten zugänglich gemacht werden. Das Ziel des Kostenträgers ist dabei, aus den Ergebnissen der Qualitätssicherungsprogramme deutlichere Konsequenzen für die Belegung und Vergütung von Rehabilitationseinrichtungen zu ziehen. Egner (2002) berichtet, dass etwa 75% der befragten Rehabilitanden ihre Entwöhnungsbehandlung mit "ausgezeichnet" oder "gut" bewertet haben. Über 80% der Befragten geben an, im Katamnesezeitraum keine Suchtmittel konsumiert zu haben.

2) Das Qualitätssicherungsprogramm der GKV in der stationären Rehabilitation: QS-Reha-Verfahren

Dieses Programm ist im Jahr 2000 entwickelt worden und gilt für alle Indikationen. Für die Indikationsbereiche psychische / psychosomatische und Abhängigkeitserkrankungen ist ein spezielles Instrumentarium entwickelt worden. Die Teilnahme ist seit 2004 verpflichtend für alle von der GKV hauptbelegten Rehabilitationskliniken. Zurzeit nehmen bundesweit ca. 240 Rehabilitationseinrichtungen für alle Indikationsbereiche am einrichtungsvergleichenden QS-Reha-Verfahren teil. Aktuell findet eine Überarbeitung des Verfahrens statt.

Das Programm beinhaltet die Erhebung folgender Dimensionen:

1. Strukturqualität: Erhebung durch einen Fragebogen und in 20% der Einrichtungen ergänzend durch Visitationen;
2. Prozessqualität: Peer-Review-Verfahren der Entlassungsberichte;
3. Patientenzufriedenheit: Fragebogen;
4. Arzt- und patientenseitige Ergebnisqualität. Kurz- und mittelfristiger Outcome sowie die Erreichung individueller Therapieziele aus Patienten- und Therapeutensicht werden anhand von Fragebögen erfasst. Patientenseitig erhobene Outcome-Kriterien beziehen sich u.a. auf die psychopathologische Symptomatik, interaktionelle Schwierigkeiten, psychisches Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit, Lebensqualität, Krankheitszeiten / Erwerbstätigkeit, Medikamenten- und Suchtmittelkonsum und die Erreichung individueller Therapieziele. Therapeutenseitige Outcome-Kriterien beziehen sich auf die Lebensqualität, Beeinträchtigung, Zielerreichung und Leistungsfähigkeit des Patienten.

Alle drei bis vier Jahre werden Daten einer konsekutiven Stichprobe von ca. 200 Patienten zu drei Zeitpunkten (Reha-Beginn und -Ende sowie Sechs-Monats-Katamnese) erhoben. Die Reha-Einrichtungen und Kostenträger erhalten jeweils im Anschluss an eine Erhebungsphase individuelle Berichte mit risikoadjustierten Klinikvergleichen.

3) Gemeinsames Qualitätssicherungsprogramm der GKV und GRV in der ambulanten Rehabilitation: QS ambulante Reha - Sucht

Dieses Programm ist im Jahr 2004 in gemeinsamer Initiative von gesetzlicher Renten- und Krankenversicherung begonnen worden und befindet sich noch im Konzeptstadium. Die Umsetzung steht bisher noch aus. Zurzeit findet eine Ausschreibung zur Erstellung und Pilotierung der Instrumente statt. Es wird der Einsatz folgender Instrumente diskutiert:

1. Strukturqualität: Kriterienkatalog der Basis- und Zuweisungskriterien, Erfassungsbogen, Visitationen;
2. Prozessqualität: Es werden alternative Konzepte zur Erfassung der Prozessqualität durch Peer-Reviews der Entlassungsberichte, Fragebögen oder Visitationen entwickelt;
3. Ergebnisqualität: Es werden alternativ einzusetzende am KDS orientierte Patientenfragebögen entwickelt, die eine direkte bzw. indirekte Ergebniserfassung beinhalten. Zu erhebende Outcome-Kriterien beziehen sich auf Veränderungen des Suchtmittelkonsums (Häufigkeit des Suchtmittelkonsums, Dauer der aktuellen Abstinenz, Anzahl, Schwere und Dauer von Rückfällen, Prognose zur langfristigen Abstinenz), Veränderung physischer und psychischer Beeinträchtigung und Veränderung der Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe (soziale Funktionsfähigkeit, psychosoziale Anpassung, soziale und berufliche Teilhabe und Krankheitszeiten). Zusätzlich sollen Fragebögen zur Patientenzufriedenheit und Therapeutenfragebögen zur Zielerreichung eingesetzt werden.

4 Stand der Evaluationsforschung zur Alkoholrehabilitation

4.1 Methodische Anmerkungen

Studiendesign

Im Allgemeinen sind prospektive Evaluationsstudien retrospektiven vorzuziehen. Als Vorteile prospektiver Katamnesen gelten die Aktualität der Angaben der Rehabilitanden und die damit verbundene Reliabilität der Antworten sowie die sehr geringe Varianz der Katamnesedauer bei einem prospektiven Design. Retrospektive Studien werden häufig aus ökonomischen Gründen vorgezogen. Mit einem retrospektiven Design werden in der Regel Daten über den längerfristigen Verlauf einer Behandlung erhoben.

Veränderungsmessung kann durch verschiedene Methoden erfolgen. Bei einer indirekten Veränderungsmessung werden zu mindestens zwei Messzeitpunkten Prä- und Post-Messungen durchgeführt. Die beobachtete Veränderung wird aus der Differenz der Messwerte bestimmt.

Bei einer direkten Veränderungsmessung wird zu einem Messzeitpunkt retrospektiv die wahrgenommene Veränderung gegenüber einem Bezugspunkt (z.B. vor der Reha) erhoben (Variante A) oder retrospektiv der erinnerte Prä-Status erfragt (Variante B). Die Veränderung wird als Differenz aus dem konkurrent erhobenen Post-Status und dem retrospektiv erhobenen Prä-Status bestimmt (Kohlmann und Raspe 1998).

Die verschiedenen Methoden werden von Kohlmann und Raspe unterschiedlich bewertet. Die Ergebnisse der drei Methoden unterscheiden sich erheblich und weisen nur mittlere Übereinstimmungen auf. Als Methode der Wahl wird für rehabilitationswissenschaftliche Evaluationsstudien die indirekte Veränderungsmessung beschrieben. Für retrospektive

Untersuchungen sollte der Erhebung des erinnerten Prä-Status den Vorzug vor dem direkten Vergleichurteil gegeben werden.

Stichprobenselektion

Bei der Ergebnisinterpretation von Evaluationsstudien muss berücksichtigt werden, dass in der Regel nicht die Grundgesamtheit der Patienten befragt werden kann, sondern dass die Ausschöpfungsquote der Grundgesamtheit durch verschiedene Faktoren eingeschränkt ist (siehe dazu Abbildung 1). Diese Ausfälle beeinflussen das Ergebnis und zwar in der Regel eher positiv. Es werden stichprobenneutrale (z.B. da Adressen nicht ermittelbar sind) von systematischen, also mit der Untersuchungsdurchführung oder dem Untersuchungsgegenstand zusammenhängenden Ausfällen unterschieden.

Grundgesamtheit (alle Beender eines Entlassjahrgangs)			
Ausgangsstichprobe I			kein Einverständnis
Ausgangsstichprobe II "Angeschriebene"		keine Adresse	
Antworter (Responder) "Teilnehmer"	Nonresponder: - nicht Erreichte - Verstorbene - Unfähig zur Beantwortung - Verweigerer		

Abbildung 1: Bildung der Stichprobe und Katamneseschwund (DHS 2006)

Neben den genannten Faktoren der Ergebnisbeeinflussung stellt vermutlich auch die Grundgesamtheit der Patienten einer Entwöhnungseinrichtung eine selektierte Stichprobe dar. Podschus, Wölfling et al. (2006) berichten beispielsweise, dass Patienten, die nach einer stationären Akutbehandlung eine Entwöhnungsbehandlung beantragt haben, eine deutlich bessere Abstinenzprognose haben als Patienten, die keine weitere Behandlung initiiert haben. Die erstgenannte Gruppe stellt im Vergleich zur Grundgesamtheit der Alkoholabhängigen eine Gruppe mit höherer Veränderungsmotivation dar.

Stichprobenausfälle wirken auch ergebnisbeeinflussend, weil sie den Stichprobenumfang reduzieren. Dies ist insbesondere bei Gruppenvergleichen relevant. Laut Bortz und Döring (2002) wird beispielsweise für den statistischen Nachweis eines in der Population gültigen kleinen Effekts über einen Mittelwertvergleich zweier Stichproben auf dem 5%igen Signifikanzniveau eine Stichprobengröße von $N = 310$ benötigt. Bei geringem Stichprobenumfang einer Evaluationsstudie ist der Nachweis kleiner Effekte bei statistischen Vergleichen zwischen den Gruppen deutlich erschwert.

Erfolgsdefinitionen

Als zentrales Erfolgskriterium der Alkoholrehabilitation gilt übereinstimmend das Erreichen der alkoholbezogenen Abstinenz. In den letzten Jahren sind zusätzlich auch Merkmale der beruflichen, somatischen, psychischen, familiären und sozialen Situation zur Erfolgsbeurteilung herangezogen worden. Diese Merkmale sind auch als Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker festgelegt (AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen et al. 2001).

Sonntag und Künzel (2000) stellen in ihrer Expertise fest, dass ein Großteil der von ihnen untersuchten Studien zur Alkoholentwöhnung keine klaren Erfolgskriterien definiert. In vielen Studien liegen solche Definitionen lediglich für das Abstinenzkriterium vor, nicht aber für andere beurteilte Variablen. Das Abstinenzkriterium als übereinstimmendes Erfolgsmaß wird nicht einheitlich definiert und bezieht sich auf unterschiedliche Zeitfenster (Katamnesezeitpunkt drei, sechs, zwölf oder mehr Monate nach der Behandlung bzw. vor der Befragung). In vielen Studien werden Definitionen für gebessertes Trinkverhalten angegeben. Diese beinhalten teilweise Angaben zur Anzahl der Tage mit Alkoholkonsum, Mengenangaben des konsumierten Alkohols oder eine Kombination aus beiden Merkmalen. Von Zeissler (1999) wird der Konsum mit einer komplexen Punktevergabe für verschiedene Konsumkriterien erfasst.

Bezogen auf die psychische, somatische, soziale und berufliche Situation wird Erfolg ebenfalls unterschiedlich definiert. Einige Studien legen klare Erfolgskriterien vor und bilden aus den verschiedenen Werten einen Gesamterfolgswert. Durch definierte Scores aus standardisierten Fragebögen, Beschwerdelisten oder Selbstratings werden in einigen Studien die soziale Integration und Persönlichkeitsmerkmale der Patienten erfasst. Die gesundheitliche Situation wird teilweise auch über Laborparameter bestimmt. Eine erfolgreiche berufliche (Re-)Integration wird durch Erwerbstätigkeit oder eine bestimmte Anzahl von Arbeitstagen in einem festgelegten Zeitraum definiert. Variablen wie Zufriedenheit mit dem eigenen Leben, Freizeitgestaltung und die Inanspruchnahme weiterer Behandlungen spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Sonntag und Künzel (2000) gehen davon aus, dass die Unterschiede in den Erfolgsraten der verschiedenen Entwöhnungsbehandlungen in erster Linie durch die unterschiedlichen Erfolgsdefinitionen bedingt werden.

Farin (2005) beschreibt die grundlegende Schwierigkeit von einrichtungsvergleichenden Evaluationsstudien: Der Wert des jeweils betrachteten Outcomeparameters hängt nicht nur von der Qualität der Behandlung in einer spezifischen Einrichtung ab, sondern neben einem Messfehler entscheidend auch von Patienteneigenschaften. Als Confounder, also Variablen, die nicht von der Klinik beeinflussbar sind, sind beispielhaft zu nennen der Eingangswert des betrachteten Outcomeparameters, Komorbidität und Alter des Rehabilitanden. Eine randomisierte Zuordnung zu verschiedenen Einrichtungen oder Behandlungssettings ist aus ethischen Gründen meist nicht möglich. In der Regel befassen sich also die durchgeführten Evaluationsstudien mit heterogenen Patientenpopulationen und sind daher nicht unmittelbar vergleichbar. Auch ein Vergleich von Prä-Post-Effektstärken ist nicht ausreichend, da hierbei nur der Eingangsstatus als Referenz dient und Confounder nicht berücksichtigt werden. Aus diesem Grund ist der Einsatz von Regressionsanalysen sinnvoll. In diesem Verfahren werden Confounder als Prädiktoren eingegeben. Die Residualwerte der Regressionsanalyse geben die Differenzen zwischen den tatsächlichen und den durch die Regression vorhergesagten Werten an. Sie kontrollieren den Einfluss der berücksichtigten Prädiktoren auf das Ergebnis und erlauben so einen von den Confoundern unabhängigen Einrichtungsvergleich.

Bezugsgruppen der Erfolgsquote

Neben den unterschiedlichen Erfolgskriterien und deren Definitionen sind bei der Beurteilung von Abstinenzquoten die den Berechnungen zugrundeliegenden Bezugsgruppen zu beachten. In Deutschland haben sich die Berechnungsformen (Tabelle 10) der Abstinenzquoten nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS 2001) etabliert. Die Höhe der berechneten Abstinenzquote hängt maßgeblich von der zugrundeliegenden Bezugsgruppe ab. Im Gegensatz zu internationalen Studien werden in Deutschland Abstinenzquoten meist nach den konservativen Methoden DGSS 3 oder DGSS 4 berechnet, so dass der Behandlungserfolg vergleichsweise niedriger erscheint. Die Ergebnisse fallen am positivsten bei einer Berechnung der Erfolgsquote nach DGSS 1 aus.

Tabelle 10: Berechnung der Abstinenzquote nach DGSS (2001)

	Bezugsgruppen
DGSS 1	Alle erreichten Patienten, die planmäßig entlassen worden sind.
DGSS 2	Alle planmäßig entlassenen Patienten (planmäßig = planmäßiger Abschluss, Weitervermittlung / Wechsel, Verlegung). Nichterreichte, einschließlich Todesfälle, werden als rückfällig eingestuft.
DGSS 3	Alle in der Katamneseuntersuchung erreichten Patienten.
DGSS 4	Alle im festgelegten Zeitraum entlassenen Patienten. Alle für die keine Informationen vorliegen, werden als rückfällig gewertet. Nichterreichte, einschließlich Todesfälle, werden als rückfällig eingestuft.

Katamnesezeiträume

Je nach Katamnesezeitraum werden unterschiedliche Ergebnisse der Rückfallhäufigkeit erzielt. Die Dokumentationsstandards der DGSS (2001) fordern eine Ein-Jahres-Katamnese als Standard. Zusätzlich wird die Durchführung von Sechs-Monats-, Zwei-, Fünf- und Zehn-Jahres-Katamnesen vorgeschlagen. Die Erhebungszeitpunkte einer prospektiven Katamnese sollten nur geringfügig variieren. Die Schwankungsbreite sollte nach den Empfehlungen der DGSS folgende Werte nicht überschreiten: Bei Sechs-Monats-Katamnesen plus / minus einem Monat, bei Zwei-Jahres-Katamnesen plus drei / minus einem Monat, bei Fünf-Jahres-Katamnesen plus sechs / minus einem Monat und bei Zehn-Jahres-Katamnesen plus zwölf / minus einem Monat.

Mit der Durchführung von Langzeitkatamnesen ist im Vergleich zu Kurzzeitkatamnesen immer auch eine geringere Validität verbunden, da mit zunehmendem Katamnesezeitraum weitere Ereignisse oder nachfolgende Maßnahmen häufiger eintreten und die Ergebnisse beeinflussen.

Auch ein kurzer Katamnesezeitraum von sechs Monaten liefert relevante Daten über den Behandlungserfolg, da in der Regel ein Großteil der Rückfälle bereits in den ersten Monaten nach Behandlungsbeendigung erfolgt. Zobel, Missel et al. (2004) beispielsweise haben anhand der Angaben von 1.513 rückfälligen Katamneseantwortern ermittelt, dass sich 20% der Rückfälle im ersten Monat nach der stationären Behandlung ereignen und weitere 16% im zweiten. Drei Monate nach Abschluss der Behandlung haben sich bereits 51% der Rückfälle des gesamten Ein-Jahres-Katamnesezeitraums ereignet, nach sechs Monaten 77% der Rückfälle.

4.2 Empirische Ergebnisse

4.2.1 Abstinenzraten stationärer Entwöhnungsbehandlungen

Einen Überblick über die Entwicklung der Abstinenzquoten in den verschiedenen stationären Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen des FVS liefern dessen regelmäßig durchgeführten Ein-Jahres-Katamnesen. Für den Entlassjahrgang 2003 (Zobel, Missel et al. 2005) werden die Daten von Vollerhebungen der einbezogenen elf Fachkliniken mit insgesamt 7.266 durchgeführten Behandlungen berücksichtigt. Die Behandlungszeiten liegen zwischen vier und 26 Wochen. In Tabelle 11 werden die Abstinenzraten in Abhängigkeit von den unterschiedlichen Berechnungsformen dargestellt.

Tabelle 11: Abstinenzquoten (inklusive Verstorbene) der FVS-Katamnese 2003 (Zobel, Missel et al. 2005)

	DGSS 1 (N = 3.819)	DGSS 2 (N = 6.123)	DGSS 3 (N = 4.313)	DGSS 4 (N = 7.266)
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
abstinent	65,2 (2.491)	40,7 (2.491)	63,7 (2.749)	37,8 (2.749)
abstinent nach Rückfall*	9,5 (364)	5,9 (364)	9,5 (409)	5,6 (409)
rückfällig	25,3 (964)	53,4 (3.268)	26,8 (1.155)	56,6 (4.108)

*Definition: mindestens zwölfwöchige Abstinenz zum Befragungszeitpunkt

In der Gesamtstichprobe des Jahres 2003 sind 29,0% Frauen. Es besteht kein geschlechtsbezogener Unterschied in der Responserate. 35,3% der Rehabilitanden der Gesamtstichprobe sind zu Beginn der Reha erwerbslos. Der Anteil sinkt im Zeitverlauf und liegt bei den Katamneseantwortern bei 31,9%. Der Anteil planmäßiger Therapiebeendigung beträgt 84,3%. Die Ergebnisse der Erhebung zeigen, dass die Abstinenzrate für Erstbehandelte deutlich über der von Patienten mit Wiederholungsbehandlungen liegt und dass eine Behandlungszeit von mehr als zwölf Wochen eine höhere Erfolgsquote erzielt als Behandlungszeiten bis zwölf Wochen. Die Autoren ziehen den Schluss, dass eine kurze Behandlungsdauer bei Wiederholungsbehandlungen besonders ineffektiv sei.

Eine Mehrfachbefragung, u.a. nach sechs Monaten, von Patienten einer stationäre Behandlung mit teilstationärer Entlassphase ist von Podschus, Wölfling et al. (2006) durchgeführt worden. Die Patienten (N = 60) sind im Mittel 42 Jahre alt, 20% sind ohne Bildungsabschluss, 47% arbeitslos. Der Beginn des regelmäßigen Alkoholkonsums liegt im Mittel bei 21 Jahren. Die höchste Trinkmenge von Bier beträgt im Durchschnitt 226g (SD = 118), von Wein 260g (SD = 177) und von Schnaps 301g (SD = 158) reinen Alkohol täglich. Planmäßig entlassen werden 80% der Patienten. Nach DGSS 3 beträgt die Abstinenzquote 60%, 40% der Patienten sind rückfällig.

Bauer, Wolfram et al. (1995) haben Daten aus einer 10- bis 14-Jahres-Katamnese stationärer Alkoholentwöhnung veröffentlicht. Im gesamten Katamnesezeitraum sind 17,9% der Rehabilitanden (22 von 123 Personen) durchgehend abstinent. Dies entspricht 36,7% der zum Katamnesezeitpunkt lebenden Patienten, die an der Befragung teilgenommen haben. 63,3% der Responder (30,9% der Grundgesamtheit) sind zum Katamnesezeitpunkt seit mindestens fünf Jahren abstinent. 4,9% geben gegenwärtigen Substanzgebrauch an.

1980 bis 1984 ist von Feuerlein und Kufner (1989) die bekannte prospektive Multicenterstudie "Münchener Evaluation der Alkoholismus-Therapie" (MEAT) durchgeführt worden. Auftraggeber dieser Studie ist der VDR gewesen. Erhoben worden sind postalisch versandte Interview- bzw. Fragebogendaten von 1.410 alkoholabhängigen Patienten aus 21 stationären

Behandlungseinrichtungen zu fünf Messzeitpunkten: Aufnahme, Entlassung, sechs, 18 und 48 Monate nach Entlassung. Die Rücklaufquoten sind hoch und betragen 85% nach sechs Monaten, 84% nach 18 Monaten und 81% nach 48 Monaten. Nach konservativen Schätzungen betragen die Raten durchgängiger Abstinenz 66,9% nach sechs Monaten, 53,2% nach 18 Monaten und 46,4% nach 48 Monaten. Gebessert (abstinent nach Rückfall) sind nach sechs Monaten weitere 11,2%, nach 18 Monaten 8,5% und nach 48 Monaten 2,6% der ehemaligen Rehabilitanden. Einige methodische Aspekte dieser Untersuchung sind stark kritisiert worden. Bei der Interpretation dieser vergleichsweise hohen Abstinenzraten ist zu berücksichtigen, dass die Behandlungen, wie damals üblich, zwischen drei und sechs Monaten gedauert haben.

Sonntag und Künzel (2000) haben Daten von 26 Studien aus sechs europäischen Ländern zur stationären Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen ausgewertet und Abstinenzquoten zwischen 9 und 64% für unterschiedliche Katamnesezeiträume (range: 6 Wochen bis 7 Jahre nach Therapieende) festgestellt. Bei den Studien mit Ein-Jahres-Katamnesen (N = 13) liegen die Abstinenzraten zwischen 12 und 63%. Sie liegen damit deutlich über den Abstinenzraten für Drogenabhängige, die sich zwischen 14 und 37% bewegen. Die jeweils geplante Dauer der Behandlungen beträgt ca. elf Wochen. In der Mehrzahl der Einrichtungen (N = 21) liegt die Haltequote zwischen 70 und 90%. Die jeweiligen Stichproben setzen sich überwiegend aus zwei Dritteln Männern und einem Drittel Frauen zusammen. Die Patienten sind im Mittel Ende 30 bis Anfang 40 und seit 6 bis 20 Jahren alkoholabhängig.

Zusammengefasst liegen die Abstinenzraten der berichteten Studien zwischen 46 und 67% bei Katamnesezeiten zwischen sechs und 48 Monaten. Eine Studie mit 10- bis 14-Jahres-Katamnesezeitraum ermittelt eine Abstinenzquote von 37%. Ein Vergleich von 26 europäischen Studien ergibt für Ein-Jahres-Katamnesen durchschnittliche Abstinenzraten zwischen 12 und 63%. Die Behandlungszeiten variieren zwischen vier und 26 Wochen.

4.2.2 Abstinenzraten teilstationärer Entwöhnungsbehandlungen

Soyka, Baumgartner et al. (1999) haben eine Evaluationsstudie einer tagesklinischen Alkoholentwöhnung durchgeführt. Im Zwei-Jahres-Katamnesezeitraum sind von den 63 einbezogenen Patienten (Behandlungsdauer M = 8,0 Wochen) 63,5% rückfällig. 36,5% sind demnach durchgehend abstinent. Rückfällige Patienten leben signifikant seltener in einer stabilen Partnerschaft und haben signifikant häufiger Suizidversuche begangen.

Bloemeke (2004) hat die teilstationäre Entwöhnungsbehandlung am SuchtTherapieZentrum Hamburg (STZ) evaluiert. Es handelt sich dabei um eine retrospektive Katamnese aller Tagesklinikpatienten der Entlassjahrgänge 1998 bis 2000 (N = 270). Der Rücklauf beträgt 57,2% der erreichbaren Patienten (N = 131). Der eingesetzte Fragebogen ist inhaltlich teilweise mit denen der vorliegenden Studie übereinstimmend oder vergleichbar und zu einem einheitlichen Zeitpunkt ausgesendet worden. Der Katamnesezeitraum beträgt im Mittel 22,6 Monate bei einem range von 6 - 42 Monaten. Die Ergebnisse werden im Folgenden genannt.

Durchgängig abstinent im Katamnesezeitraum sind 53,1% der ehemaligen Patienten, durchgängig abstinent im letzten halben Jahr vor der Erhebung 64,1%, in den letzten 30 Tagen 76,3%. Es lässt sich keine Suchtverlagerung auf andere Substanzen feststellen.

Der Erwerbstätigenanteil steigt von 40,3% zu Beginn der Reha auf 52,7% zum Katamnesezeitpunkt. Der Anteil Arbeitsloser sinkt von 28,7% auf 11,6%. 10,7% der Patienten haben nach der Rehabilitation einen Antrag auf BU / EU gestellt. Im letzten halben Jahr sind 20,3% der Rehabilitanden krank gewesen und zwar durchschnittlich 9,1 Wochen (SD = 9,6). Zum Katamnesezeitpunkt sind 11,7% krank. Eine Aufnahme der Arbeit unmittelbar nach der

Reha erfolgt bei 45,2%; im Durchschnitt 2,2 Monate (SD = 4,5) nach der Reha. 22,6% der Patienten nehmen nach der Reha keine Erwerbstätigkeit auf.

Die Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha befinden 24,6% der Patienten als sehr gut, 37,7% als eher gut, 6,2% als eher schlecht und 2,3% als sehr schlecht. 29,2% der Patienten haben während der Reha bereits Kontakte zu weiterbehandelnden Einrichtungen aufgenommen, 63,4% zu Selbsthilfegruppen.

Der psychische Beschwerdedruck wird auf Skalen von 1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr stark erhoben. Er verringert sich vom Aufnahmezeitpunkt (M = 2,5, SD = 1,3), über den Entlasszeitpunkt (M = 1,8, SD = 1,0) bis zum Katamnesezeitpunkt (M = 1,7, SD = 1,0). In der Mehrzahl geben die befragten Patienten an, durch die Reha verschiedene positive Veränderungen des Befindens und des Verhaltens (beispielsweise "Ich bin mir selbst gegenüber ehrlicher geworden") erreicht zu haben. Es zeigen sich außerdem im Verlauf vom Reha-Beginn bis zum Katamnesezeitpunkt hoch signifikante Verringerungen der Belastungen durch die Suchterkrankung in den Bereichen Familie, Arbeit und Freundschaften.

Nach der Reha am STZ wird von 39,6% der Patienten eine ambulante Suchtberatung in Anspruch genommen, von 3,9% wird eine ambulante Entwöhnungsbehandlung als Nachsorgemaßnahme wahrgenommen. 15,2% führen erneut eine Entgiftung durch. Eine stationäre Entwöhnung nehmen 9,5% der Patienten in Anspruch, 0% eine teilstationäre Entwöhnung.

Aufgrund der defizitären Datenlage werden in diesem Abschnitt lediglich zwei Evaluationsstudien zur teilstationären Alkoholentwöhnung berichtet. Die Abstinenzraten liegen zwischen 37 und 53% bei Katamnesezeiträumen zwischen sechs und 42 Monaten und Behandlungsdauern von acht bzw. 16 Wochen.

4.2.3 Abstinenzraten ambulanter Entwöhnungsbehandlungen

Sonntag und Künzel (2000) haben in der bereits zitierten Expertise Studien zur Alkoholentwöhnungsbehandlung verglichen. Über ambulante Entwöhnungen haben sie lediglich drei deutsche Studien gefunden. Die Abstinenzquoten in diesen Studien liegen zwischen 38 und 48% bei einer Therapiedauer von bis zu 350 Tagen und einem mittleren Katamnesezeitraum von 19 bis 48 Monaten.

Zeissler (1999) hat eine Katamnese studie zur ambulanten Entwöhnung in einer psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle durchgeführt (N = 82, mittlerer Katamnesezeitraum 24,7 Monate, range 6 - 57 Monate). Die Daten sind mit einem Einzelinterview und einer ärztlichen Untersuchung sowie Labortests erhoben worden. Die Stichprobe umfasst 72% der zwischen 1991 und 1996 behandelten Patienten. Die mittlere Behandlungsdauer beträgt 51 Wochen. 63% der Patienten sind nach der Therapie dauerhaft abstinent. In den sechs Monaten vor der Katamneseerhebung leben 75% der Patienten alkoholabstinent. 81% der befragten Patienten sind vor der Behandlung und 83% zum Katamnesezeitpunkt erwerbstätig. Zum Katamnesezeitpunkt erhöht sich mehrheitlich im Vergleich zum Behandlungsbeginn die Zufriedenheit mit der beruflichen Situation, der Partnerschaft, den Freundschaften und der Freizeit. Des Weiteren verbessert sich die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands. Die Anzahl der Partnerschaften mit schädlichem Alkoholkonsum des Lebenspartners geht zurück. Die kumulierte Abstinenz der Gesamtstichprobe steigt von 295 Wochen in den sechs Monaten vor der Therapie auf 1.283 Wochen in den sechs Monaten vor der Katamneseuntersuchung. Bei den weiterhin alkoholkonsumierenden Patienten sinkt die Menge und Häufigkeit des Alkoholkonsums im Katamnesezeitraum.

Tecklenburg (2000) hat prospektiv und multizentrisch 272 ambulant behandelte Patienten aus zehn anerkannten Einrichtungen in Schleswig-Holstein untersucht. Die Rücklaufquote beträgt

76% bei einer mittleren Katamnesedauer von 21 Monaten. Die Abstinenzquote nach DGSS 4 beträgt 49%, rückfällig sind 43% der Patienten.

In eine Studie von Soyka, Kirchmayer et al. (1997) sind 65 Patienten einbezogen worden, die zwischen 1992 und 1994 ambulant behandelt worden sind. Die mittlere Behandlungsdauer beträgt acht Monate, die Katamnesedauer 18 - 24 Monate. Bei einer Rücklaufquote von 78% wird bei konservativer Berechnung eine Abstinenzquote von 48% erreicht.

Linster und Rückert (1998) haben Katamnesedaten einer Stichprobe erhoben, die 231 in 17 ambulanten Einrichtungen behandelte Patienten umfasst. Bei einem Katamnesezeitraum von sechs bis 30 Monaten erreichen sie eine Rücklaufquote von 57%. Bei einer Berechnung nach DGSS 4 beträgt die Abstinenzquote für den gesamten Zeitraum 36,4%.

Eine Untersuchung von Mundle, Brügel et al. (2001) stützt sich auf die Daten aller zwischen 1992 und 1997 behandelten 97 Patienten aus drei psychosozialen Beratungsstellen. Die Daten sind sechs, 18 und 36 Monate nach der Therapiebeendigung erhoben worden. Bei einer Rücklaufquote von 83% sind nach sechs Monaten 59% der Patienten durchgängig abstinent (DGSS 4), 4% gebessert und 37% rückfällig. Die Patienten sind im Mittel 43,1 Jahre alt, 68% sind Männer, 75% leben in fester Partnerschaft, 90% sind erwerbstätig.

2002 haben Lotz-Rambaldi, Buhk et al. (2005) eine retrospektive Katamnese zur ambulanten Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger durchgeführt. Im Rahmen dieser Studie sind Fragebogendaten von 1165 Patienten der Entlassjahrgänge 1998 - 2001 erhoben worden. Die Katamnesedauer beträgt 7 - 58 Monate (M = 32,3; SD = 14,1). 48% der Rehabilitanden sind im Katamnesezeitraum abstinent. Die Rehabilitanden berichten eine deutliche Reduktion der Belastungen durch die Suchterkrankung und der psychischen Beschwerden. Eine Zunahme des Anteils Erwerbstätiger nach der Rehabilitation ist nicht erfolgt.

Soyka und Bottlender (2004) haben in ihrer prospektiven Untersuchung zum Therapieverlauf in einer ambulanten Entwöhnungseinrichtung 97 Patienten (95%) in persönlichen Interviews sechs Monate nach Therapieende nachuntersucht. 64% der Patienten sind zum Katamnesezeitpunkt abstinent. Die Patientenangaben sind durch objektive Alkoholmessungen ergänzt worden. Ein Jahr nach Therapieende ergibt sich bei einer Rücklaufquote von 90% eine Abstinenzrate für die vergangenen sechs Monate von 64%.

Eine weitere prospektive Evaluationsstudie haben Soyka, Hasemann et al. (2003) durchgeführt. Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer der einbezogenen 102 Patienten beträgt 15 Jahre (range 6 - 24), die letzte durchschnittliche tägliche Trinkmenge 193g Alkohol. Bei einer Haltequote von 72,5% beträgt die Sechs-Monats-Abstinenzrate 64%. Im Zwölf-Monats-Katamnesezeitraum sind 56% der Patienten abstinent, 14% zeigen gebessertes Trinkverhalten. Alkoholrückfällige Therapieabbrecher zeichnen sich im Vergleich zu Patienten mit regulärer Beendigung aus durch einen signifikant höheren Anteil von Frauen, Geschiedenen, Patienten mit suchtkranken Partnern, alkoholspezifischen Vorbehandlungen und höheren Belastungen durch Depressivität, Ängstlichkeit und Craving zu Therapiebeginn.

Schulz, Witte et al. (2002) haben die ambulante Behandlung einer psychosozialen Beratungsstelle evaluiert. Bei einer Stichprobengröße von N = 85 beträgt der Rücklauf 63,5%, die Haltequote 81,2% und die Abstinenzrate nach DGSS 3 77,8%. Die mittlere Katamnesedauer beträgt 2,5 Jahre. Die Stichprobe besteht zu 13% aus Arbeitslosen. 75,5% leben in einer Partnerschaft, 94,3% haben keine gesundheitlichen Folgen des Alkoholismus, 77,8% sind mit ihrer Lebenssituation sehr zufrieden oder zufrieden. Die Patienten werden als sozial integriert beschrieben. Die Autoren kommen nach einer Literaturrecherche zu dem Schluss, dass mindestens die Hälfte ambulant behandelter Alkoholabhängiger 30 Monate nach Reha-Ende abstinent leben.

Zusammengefasst liegen die Abstinenzraten der berichteten Studien zur ambulanten Alkoholentwöhnung zwischen 36 und 78% bei Katamnesedauern zwischen sechs und 58 Monaten. Die Dauer der Behandlungen variiert zwischen acht und zwölf Monaten. In vielen

Untersuchungen werden keine Behandlungszeiten definiert; eine Behandlungsepisode ist in diesen Fällen meist durch eine Mindestanzahl von Gesprächen in einem festgelegten Zeitraum gekennzeichnet.

4.2.4 Abstinenzraten in settingvergleichenden Studien

Süß (1995) hat eine Meta-Analyse von 44 Studien durchgeführt, darunter 13 aus Deutschland. Enthalten sind prospektive Untersuchungen verschiedener Therapiesettings mit unterschiedlicher Katamnesedauer. Die durchschnittlichen Abstinenzraten sind in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12: Abstinenzraten in verschiedenen Therapiesettings (Süß 1995)

	Abstinenz (DGSS 1)	Abstinenz (DGSS 4)	Behandlungsdauer (M Wochen)	Katamnesedauer (M Monate)
	% (N Gruppen)	% (N Gruppen)	% (N Gruppen)	% (N Gruppen)
ambulante Therapie	32,5 (2)	37,3 (2)	19,0	12,0
Sucht-Fachklinik	51,1 (18)	39,3 (16)	10,4	16,6

Finney, Hahn et al. (1996) haben 14 Studien mit unterschiedlichen Settings ausgewertet und zeigen, dass in fünf Studien die stationäre Behandlung der ambulanten Behandlung leicht überlegen ist. In sieben Studien haben sie keinen Unterschied feststellen können, in zwei Studien ist die ambulante Behandlung erfolgreicher gewesen als die stationäre Behandlung. Die Autoren weisen darauf hin, dass bei der Interpretation beachtet werden muss, dass die Patienten der ambulanten Therapie als sozial stabiler gelten und soziale Integration übereinstimmend als positiver prognostischer Faktor angesehen wird. Die behandelten Patientengruppen seien also nicht eindeutig miteinander vergleichbar.

Rüddel, Jürgensen et al. (2002) haben eine Vergleichsstudie an einer psychosomatische Klinik durchgeführt. In ihrer Untersuchung zeigen sich die besten Behandlungsergebnisse bei der stationären Rehabilitation mit teilstationärer Entlassphase. Dieses Kombinationsprogramm führe nicht zu einer Verlängerung der Rehabilitation. Die Autoren sprechen sich dafür aus, Patienten für eine teilstationäre Rehabilitation sehr sorgfältig auszuwählen, um Abhängigen mit besonderen sozialmedizinischen Problemen nicht eine "bessere" Reha als die teilstationäre vorzuenthalten.

2001 ist am SuchtTherapieZentrum Hamburg eine erste retrospektive Studie von Lotz-Rambaldi, Buhk et al. (2002) durchgeführt worden, mit dem Ziel, die stationäre und teilstationäre Rehabilitation miteinander zu vergleichen. Einige Daten der tagesklinischen Behandlung sind in Abschnitt 4.2.2 bereits zitiert worden. Die Stichproben umfassen 131 Tages- und 173 Fachklinikpatienten. Die erfragten Bereiche überschneiden sich in hohem Ausmaß mit denen der vorliegenden Studie:

- Inanspruchnahme von Suchthilfeeinrichtungen vor / nach Reha
- Suchtstatus vor / nach Reha (z.B. Abstinenz, Trinkmengen im Sechs-Monats-Zeitraum)
- Belastung verschiedener Lebensbereiche durch Sucht vor / nach Reha
- Teilnahme an Maßnahmen in der Reha und deren Beurteilung
- Zufriedenheit mit Aspekten der Behandlung / des Aufenthalts in der Reha
- Güte der Vorbereitung in der Reha auf die Zeit danach
- psychische Beschwerden (Aufnahme, Entlassung, zur Zeit)
- beruflicher Status, Berentung, Arbeitsunfähigkeitszeiten etc.

Die wichtigsten Ergebnisse der Studie sind in Tabelle 13 überblicksartig dargestellt. Als Fazit der Ergebnisse formulieren Lotz-Rambaldi, Buhk et al. (2002), dass die teilstationäre und stationäre Rehabilitation vergleichbar sei hinsichtlich der Reduktion psychischer Beschwerden, der Verbesserung des Gesundheitszustands, der Verringerung der Belastungen durch die Suchterkrankung, der Erreichung von Abstinenz, der Integration ins Arbeitsleben und der Akzeptanz und Bewertung durch die Rehabilitanden. Unterschiede bestehen u.a. in der Kontaktaufnahme zu weiterbehandelnden Einrichtungen, die von den stationär behandelten Rehabilitanden häufiger bereits während der Reha erfolgt ist.

Tabelle 13: Retrospektive vergleichende STZ-Studie (Lotz-Rambaldi, Buhk et al. 2002)

Studienmerkmale	Fachklinik		Tagesklinik	
Katamnesedauer	6 - 42 Monate, M = 22,6			
Entlassjahrgänge	1998 - 2000			
Rücklauf bezogen auf Erreichbare	53,2%		57,2%	
Stichprobenbeschreibung* (Katamnesezeitpunkt)				
Alter bei Behandlungsbeginn (M)	43,9 Jahre		45,9 Jahre	
Männer	79,6%		79,5%	
feste Partnerbeziehung	42,9%		65,5%	
Erwerbslose	57,0%		40,7%	
Ergebnisse**				
planmäßig Behandlungsbeendigung	74,6%		70,9%	
Behandlungsdauer	101,0 Tage		79,5 Tage	
Abstinenz im Katamnesezeitraum	53,0%		53,1%	
zum Katamnesezeitpunkt abstinent	81,6%		80,5%	
durchgehend abstinente Wochen im letzten Jahr	M = 19,2 SD = 10,0		M = 20,7 SD = 8,9	
geschätzte Wahrscheinlichkeit, in den nächsten 12 Monaten abstinent zu sein	M = 71,6%		M = 73,0%	
nach Therapie Rentenanspruch gestellt	8,6%		10,7%	
im letzten halben Jahr krank	27,4%		20,3%	
	vor der Reha	Kata- mnese	vor der Reha	Kata- mnese
	%	%	%	%
erwerbstätig	34,5	47,0	40,3	52,7
arbeitslos	31,6	17,6	28,7	11,6
arbeitsunfähig	7,0	4,1	5,4	2,3
EU/BU-Rente	0,6	3,5	0,0	3,1

*Stichprobenmerkmale aus der Einrichtungsdokumentation, Fachklinik N = 462, Tagesklinik N = 270

**Ergebnisse der Erhebung, Fachklinik N = 173, Tagesklinik N = 131

Brenner, Funke et al. (2005) berichten über Evaluationsergebnisse aus zwei Trägerverbänden der Suchtrehabilitation. Mit nahezu identischen Erhebungsinstrumenten haben sie die jeweils durchgeführten ambulanten, stationären und poststationären Rehabilitationsangebote anhand von Basisdokumentationsdaten und Ein-Jahres-Katamnesen miteinander verglichen. Die katamnestiche Abstinenzrate nach DGSS 4 liegt für die ambulant behandelten Patienten mit 60,0% deutlich über der Quote des stationären Bereiches mit 40,0% und auch höher als im poststationären Setting mit 53,4%. Die Autoren betonen, dass zwischen den untersuchten Populationen gemäß Indikation systematische Unterschiede in Merkmalen der Suchtvorgeschichte, beruflichen Integration, Beziehungshintergrund und

Behandlungsbeendigung bestehen. Sie ziehen den Schluss, dass bei angemessener Indikation die ambulante Suchtrehabilitation für einen eingeschränkten Patientenkreis eine wirksame Ergänzung zur stationären Suchtrehabilitation sein könne.

Um verschiedene Behandlungsformen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu vergleichen, bedarf es einer differenzierten Betrachtung der in der Regel vorliegenden systematischen Unterschiede der Patientenpopulationen. Eine Überlegenheit einer Therapieform lässt sich aufgrund der hier berichteten Studien nicht eindeutig berichten.

Fazit

Die berichteten Studienergebnisse liegen insgesamt über der Ein-Drittel-Faustregel, die lange Zeit Anhaltspunkt für die Beurteilung von katamnestischen Ergebnissen gewesen ist. Diese Regel ist aufgrund der bekannten Meta-Analyse von Emrick (1974) postuliert worden, bei der 265 Studien zu psychologisch orientierten Entwöhnungsbehandlungen aus den Jahren 1952 bis 1971 ausgewertet worden sind. Emrick ist zu dem Ergebnis gekommen, dass ca. ein Drittel der Patienten im gesamten Katamnesezeitraum abstinent lebt, ein Drittel ein gebessertes Trinkverhalten zeigt und ein Drittel rückfällig ist.

Diese Studie wird methodisch heftig kritisiert: Die Unterschiede in den Erfolgsquoten der berichteten Studien schwanken zwischen 0 und 100%. Angaben zur mittleren Katamnesezeitraum liegen nicht vor. Patienten, für die keine Katamneseinformationen vorgelegen haben, sind nicht in die Berechnungen einbezogen worden. Wegen dieser systematischen Ausfälle ist von einer deutlich geringeren Erfolgsquote auszugehen.

Die Abstinenzraten der in Abschnitt 4.2.1 bis 4.2.4 berichteten Studien liegen zwischen 12 und 78% bei Katamnesezeiten von 6 - 58 Monaten, mit Ausnahme einer Studie mit einem 14-Jahres-Katamnesezeitraum. Entgegen der landläufigen Meinung ist die Behandlung der Alkoholabhängigkeit damit ebenso erfolgreich wie die anderer chronischer Erkrankungen, beispielsweise Diabetes oder Bluthochdruck, resümiert Mann vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim (Bischoff, Simm et al. 2004).

4.2.5 Patientenmerkmale als Ergebnisprädiktoren der Entwöhnungsbehandlung

In der Literatur liegt eine Reihe von Forschungsergebnissen zum Einfluss spezifischer patientenseitiger Einflussfaktoren auf den Behandlungserfolg, meist definiert als Abstinenz im Katamnesezeitraum, vor. Untersuchte Faktoren sind:

- soziodemographische und psychosoziale Merkmale:
Erwerbsstatus, Partnerschaft, Wohnsituation, Einkommen, Geschlecht, Alter, Ausbildung, soziale Unterstützung und Belastung, Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen
- suchtspezifische Variablen:
Vor- und Weiterbehandlungen, Abhängigkeitsdauer, Schweregrad der Abhängigkeit, Rückfälle während der Behandlung, Craving, Entzugssymptome, Entlassart, Behandlungsdauer, Einbezug wichtiger Personen in die Behandlung
- komorbide psychische Störungen
- kognitive Merkmale:
Selbstwirksamkeitserwartung bzw. Abstinenzzuversicht, Therapiemotivation, Problembewältigungskompetenzen, Krankheitseinsicht

In den folgenden Abschnitten werden Studienergebnisse zu diesen potentiellen Ergebnisprädiktoren berichtet.

Soziodemographische und suchtspezifische Faktoren

Die vom Fachverband Sucht durchgeführte Ein-Jahres-Katamnese des Entlassjahrgangs 2003 aus elf Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen bestätigt die prognostische Bedeutsamkeit ausgewählter Merkmale für den späteren Therapieerfolg (Zobel, Missel et al. 2005). Signifikant erfolgreicher sind Patienten mit *fester Partnerschaft*, mit *Erwerbstätigkeit*, ohne *Entgiftung* oder *Entwöhnung* in der Vorgeschichte und mit kürzerer *Abhängigkeitsdauer*, mit *planmäßiger Entlassung* und mit einer *Behandlungsdauer* zwischen zwölf und 16 Wochen.

Tabelle 14: Relevante Patienten- und Behandlungsmerkmale und Therapieerfolg nach DGSS 4 der Gesamtstichprobe (N = 7.266) der FVS-Katamnese (Zobel, Missel et al. (2005)

Variable	Kategorien	Therapieerfolg in % (abstinent und abstinent nach Rückfall)*
Geschlecht	männlich	43,0
	weiblich	44,5
Partnerbeziehung	keine feste Partnerschaft	39,0**
	feste Partnerschaft	47,6**
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	erwerbstätig	48,5**
	erwerbslos	35,7**
	nicht erwerbstätig	45,7**
Abhängigkeitsdauer	bis 10 Jahre	44,9*
	über 10 Jahre	42,5*
Entgiftungen	keine Entgiftungen	48,0**
	mind. 1 Entgiftung	42,1**
Entwöhnungsbehandlungen	keine stat. Entwöhnung	47,5**
	mind. 1 stat. Entwöhnung	36,5**
Entlassart	planmäßig	46,6**
	nicht planmäßig	26,2**
Behandlungsdauer bei planmäßigen Entlassungen (N = 6.123), nach DGSS 2	bis 12 Wochen	43,0**
	13 bis 16 Wochen	50,7**
	über 16 Wochen	48,6**

* χ^2 -Test: *p = < ,05; **p = < ,01

Nach Durchsicht der internationalen Literatur sind Müller-Fahrnow, Ilchmann et al. (2002) zu dem Ergebnis gekommen, dass folgende soziale und suchtspezifische Patientenmerkmale eine prognostische Relevanz für die Suchtrehabilitation aufweisen: *Geschlecht*, *Schweregrad der Abhängigkeit*, *familiäre Belastung* und *soziale Unterstützung*.

Rist (1996) hat in seinem Forschungsreview beschrieben, dass eine hinsichtlich *Partnerschaft*, *Arbeitsplatzsicherheit* und *Wohnverhältnissen* stabile soziale Lage deutliche rückfallprotektive Effekte erzielt. Deutlichster Prädiktor für Rückfälle nach der Behandlung sei ein *Rückfall während der Behandlung*.

In der bereits zitierten Katamnese studie von Zeissler (1999) zur ambulanten Entwöhnung in einer psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle (N = 82) mit einem mittleren Katamnesezeitraum von 24,7 Monaten (range 6 - 57 Monate) werden folgende Einflussfaktoren auf die Abstinenzrate beobachtet: *Ältere* Patienten (M = 57 Jahre) sind signifikant erfolgreicher als *jüngere* (M = 39 Jahre). *Vorzeitig regulär Entlassene* und *Therapieabbrecher* sind entgegen der Erwartung signifikant häufiger erfolgreich. *Rückfälle* während der Behandlung sind ein negativer Prädiktor für die Abstinenz bis zum Katamnesezeitpunkt. *Frauen* weisen eine etwas geringere Abstinenzrate auf als Männer. Patienten, die im Halbjahr vor der Therapie *keinen Alkohol* konsumieren, weisen überdurchschnittlich häufig nicht erfolgreiche Verläufe bis zur Katamneseuntersuchung auf. Patienten mit *hohem Konsum* vor der Therapie sind häufiger

erfolgreich. Keinen Zusammenhang zum Therapieerfolg zeigen die untersuchten Faktoren *Schulbildung, Alkoholprobleme in der Herkunftsfamilie, Schweregrad des Alkoholismus*, erste vor der Therapie unternommene *Schritte zur Überwindung der Abhängigkeit* und *Selbsthilfegruppenbesuch* im Katamnesezeitraum.

In der Evaluationsstudie von Schulz, Witte et al. (2002) mit 85 Patienten einer psychosozialen Beratungsstelle korreliert die Abstinenzrate mit keinem der untersuchten sozialen Merkmale signifikant. Als prognostisches Merkmal wird lediglich das *Geschlecht* (Männer sind signifikant häufiger abstinent als Frauen) angegeben. Kein Zusammenhang besteht zwischen Abstinenzrate und *Alter, Selbsthilfegruppe* oder *Inanspruchnahme* weiterer therapeutischer Maßnahmen im Anschluss an die ambulante Behandlung.

Auch Soyka, Baumgartner et al. (1999) haben keinen Zusammenhang zwischen der Abstinenzrate und *Selbsthilfegruppenbesuchen* im Anschluss an die Rehabilitation beobachtet.

Miller, Ninonuevo et al. (1997) haben 2.029 alkohol- und drogenabhängige Patienten aus 33 ambulanten Entwöhnungseinrichtungen sechs und zwölf Monate nach Abschluss der Behandlung interviewt. Die Autoren haben untersucht, ob ein Zusammenhang besteht zwischen dem Behandlungserfolg und der *Behandlungsdauer* und Faktoren, die *nach der Behandlung* erhoben worden. Einflüsse nach der Behandlung besitzen nach den Studienergebnissen für die Abstinenz einen größeren Vorhersagewert als Faktoren, die während der Behandlung eine Rolle spielen. Durch eine multivariate Analyse mit gestufter multipler Regression ist ermittelt worden, dass die Teilnahme an *Selbsthilfegruppen* und die Teilnahme an einem kontinuierlichen *Nachsorgeprogramm* die Abstinenzwahrscheinlichkeit erhöht.

Küfner und Feuerlein (1989) haben im Rahmen der MEAT-Studie einen positiven Effekt von *Selbsthilfegruppenbesuchen* auf die Abstinenzrate nach sechs Monaten erhoben. In negativem Zusammenhang mit Therapieerfolg (Abstinenzrate nach sechs Monaten) stehen vor allem *Therapieabbruch* und besonders für Männer *Rückfälle* während der Behandlung, *Arbeitslosigkeit* und ein geringer *Einbezug von wichtigen Personen* in die Behandlung.

Süß (1995) stellt in seiner Meta-Analyse fest, dass in den untersuchten Forschungsberichten zu wenig relevante Informationen angegeben werden, um die prognostische Relevanz von Personenmerkmalen überprüfen zu können. Er plädiert für eine Änderung der Publikationspraxis. Seine Prüfung der prognostischen Bedeutung von *sozialer Stabilität* ergibt, dass Studien, die Stichproben mit Problemgruppen (definiert als Stichproben mit mindestens 45% Arbeitslosen und / oder mindestens 15% Obdachlosen bzw. Wohnheim-Bewohnern) enthalten, weniger als halb so gute Ergebnisse erzielen als die anderen Studien. Diese Unterschiede sind hoch signifikant.

Ciraulo, Piechniczek-Buczek et al. (2003) berichten u.a., dass *Craving* in Kombination mit *Stress* in engem Zusammenhang mit dem Rückfallgeschehen steht.

Henkel, Dornbusch et al. (2005) haben eine Stichprobe von 929 Patienten hinsichtlich Prädiktoren der Alkoholrückfälligkeit bei Arbeitslosen sechs Monate nach der Behandlung untersucht. Die Daten entstammen der Längsschnittstudie des ARA-Projektes, das zwischen 2001 und 2005 mit den Messzeitpunkten Reha-Beginn, Reha-Ende, Sechs- und Zwölf-Monats-Katamnese in der Fachklinik Wilhelmsheim durchgeführt worden ist. Es sind multiple logistische Regressionsanalysen mit 23 potentiellen Prädiktoren durchgeführt worden (soziodemographische, suchtspezifische, arbeitslosigkeitsbezogene und psychosoziale Merkmale überwiegend aus der Entlassdiagnostik, ergänzt um Erhebungen zu späteren Messzeitpunkten). Die Stichprobe besteht aus 181 Arbeitslosen und 314 Erwerbstätigen, die während der sechsmonatigen Katamnesezeit durchgehend arbeitslos bzw. erwerbstätig gewesen sind.

Bei den Arbeitslosen erweisen sich als signifikante Rückfallrisikofaktoren: *Rückfälle* während der Behandlung, eine höhere Anzahl von *Entzugsbehandlungen* in der Vorgeschichte, *Unzufriedenheit* mit der Partnersituation und der Freizeitgestaltung und die *Dauer der Arbeitslosigkeit* bis Behandlungsbeginn.

Mit den ermittelten Prädiktoren lassen sich über 75% aller Fälle bezüglich Rückfall und Abstinenz im Katamnesezeitraum richtig vorhersagen. Der Substanzkonsum während der Behandlung erweist sich als der mit Abstand stärkste Rückfallprädiktor. Besonders rückfallgefährdet sind die *Behandlungsabbrecher* und Patienten mit mindestens zwei *Suchtbehandlungen* in der Vorgeschichte.

Als protektive Faktoren können *aktives Coping*, Teilnahme an *Suchtselbsthilfegruppen* und die *Arbeitsunfähigkeit* bei Entlassung gewertet werden. Letztere geht oft einher mit der Einleitung weiterführender stationärer *Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen*, die das Rückfallrisiko offensichtlich deutlich reduziert. Für die Erwerbstätigen lassen sich anhand der untersuchten Merkmale keine stabilen Prädiktoren identifizieren.

Arbeitslose zeigen in der Regel neben der höheren Häufigkeit von Rückfällen auch oft schwere und frühe Rückfälle. Eine *berufliche Reintegration* mindert das Rückfallrisiko. Jedoch bestehen für die Gruppe der Alkoholabhängigen nach der Behandlung nur geringe Chancen des Neueinstiegs in den Arbeitsmarkt, da sie sich häufig durch am Arbeitsmarkt als negativ bewertete Merkmale auszeichnet. Hierzu gehören hohes Alter, geringe schulisch-berufliche Qualifikation und lange Arbeitslosigkeitszeiten. Die Autoren plädieren für eine arbeitslosenspezifische Rückfallprävention während der Suchtbehandlung.

Die befragten Arbeitslosen brechen im Vergleich zu den Erwerbstätigen hoch signifikant häufiger die Therapie ab oder werden von der Klinik vorzeitig entlassen. *Arbeitslose mit Behandlungsabbruch* haben Rückfallquoten zwischen 80 und 90% und sind daher als Hochrisikogruppe zu bezeichnen. Die Rückfallquoten der konstant Arbeitslosen überschreiten die Quoten der Erwerbstätigen um rund das Zweifache. In der Nähe der Quoten der Arbeitslosen liegen die der Nichterwerbspersonen. Arbeitslose Patienten, die nach der Reha an einer *Arbeitsfördermaßnahme* (ABM, Umschulung, Fortbildung u.a.) teilnehmen, weisen niedrigere Rückfallraten auf als Arbeitslose ohne solche Maßnahmen.

Die arbeitslosen Patienten der Stichprobe kennzeichnet, dass sie Raucherquoten von 80% aufweisen (Erwerbstätige 69%), weniger sozial integriert sind, ein deutlich geringeres Bildungs- und ökonomisches Niveau aufweisen, häufiger gesundheitliche Beschwerden bzw. Krankheiten haben und signifikant seltener Suchtselbsthilfegruppen besuchen. Die Gruppe der Arbeitslosen ist unzufriedener mit ihrer Arbeits- und Wohnsituation, der finanziellen Lage, der Lebenspartnerschaft und der sozialen Situation. Ihre Suchtprobleme sind ausgeprägter und chronifizierter, die Patienten sind bereits mehrmals suchtkrankheitsbehandelt worden und schätzen ihre Abstinenzchancen nach der Behandlung zwar pessimistischer ein als die Erwerbstätigen, unterschätzen jedoch ihr tatsächliches Rückfallrisiko in Relation zu den Erwerbstätigen erheblich (Henkel, Zemlin et al. 2004).

Weissinger (2006) fordert für Arbeitslose nach einer Entwöhnungsbehandlung besonders intensive Unterstützungs- und Fördermaßnahmen, um das Rückfallrisiko zu verringern und die berufliche Reintegration zu verbessern. Für diese Patienten mit vergleichsweise ungünstiger Prognose ist es seiner Meinung nach notwendig, adäquate Behandlungsangebote mit hoher Intensität und Dauer zu ermöglichen.

Den Zusammenhang zwischen Abstinenz nach DGSS 3 im Ein-Jahres-Katamnesezeitraum und Veränderungen des Erwerbsstatus zwischen Behandlungsbeginn und Katamnesezeitpunkt haben Zobel, Missel et al. (2005) im Rahmen der FVS-Katamnese (Tabelle 15) untersucht. Die höchste Abstinenzrate (80,8%) weisen vor der Aufnahme und zum Katamnesezeitpunkt erwerbstätige Patienten auf. Patienten, die vor der Reha erwerbstätig gewesen sind und ein Jahr nach der Reha erwerbslos sind, erreichen mit 59,2% Abstinenz die geringste Erfolgsquote.

Tabelle 15: Therapieerfolg und Erwerbsstatus der FVS-Katamnese (Zobel, Missel et al. 2005)

Erwerbssituation bei Aufnahme	Erwerbssituation zum Katamnesezeitraum	Therapieerfolg in % (DGSS 3)
erwerbslos (N = 1.306)	erwerbstätig	77,6
	erwerbslos	62,5
	nicht erwerbstätig	71,2
erwerbstätig (N = 2.297)	erwerbstätig	80,8
	erwerbslos	59,2
	nicht erwerbstätig	75,0

Das häufig publizierte Ergebnis (z.B. Kluger, Bachmeier et al. 2003), dass bei *vorzeitiger Behandlungsbeendigung* eine erhöhte Rückfallgefahr besteht, wird von Henkel, Zemlin et al. (2004) nur für die Gruppe der arbeitslosen Patienten bestätigt. In dieser Gruppe liegen in ihrer Untersuchung die Rückfallquoten in der Gruppe der Abbrecher im Vergleich zur Gruppe mit regulärer Therapiebeendigung mit 81 zu 46% erheblich, bei den Erwerbstätigen hingegen mit 36 zu 29% nur leicht und nicht signifikant auseinander.

In der 10- bis 14-Jahres-Katamnese stationärer Alkoholentwöhnung von Bauer, Wolfram et al. (1995) zeigt sich, dass *Frauen* im Vergleich zu Männern signifikant häufiger langzeitabstinent, also rezidivfrei im gesamten Katamnesezeitraum sind. Sie unterscheiden sich in weiteren Merkmalen von den Männern: Die Gesamtdauer chronischen Alkoholmissbrauchs ist um sieben Jahre kürzer, die Abhängigkeitsdauer im Mittel um 3,7 Jahre geringer. Die Reha ist außerdem von Frauen hoch signifikant häufiger regulär beendet worden.

In anderen Studien mit deutlich größerem Stichprobenumfang zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Abstinenzrate (z.B. Zobel, Missel et al. 2005).

Bauer, Wolfram et al. (1995) beschreiben für die von ihnen untersuchte Stichprobe, dass das *Lebensalter* bei Suchtbeginn die Erreichung von Suchtmittelabstinenz durch eine Entwöhnungsbehandlung beeinflusst. Wird Alkohol erst vergleichsweise spät regelmäßig in großen Mengen konsumiert, sei die Persönlichkeitsreife weiter fortgeschritten und stabiler. Solche Patienten beenden die Entwöhnungsbehandlungen häufiger regulär und haben dadurch eine bessere Chance auf Alkoholabstinenz. Sie entwickeln häufiger einen Langzeitabstinenzwillen und erreichen eine Neuorientierung in ihrem Leben durch Besinnung auf frühere Werte.

Anhand der aufgeführten Studienergebnisse lässt sich eine Reihe von soziodemographischen und suchtspezifischen Patientenmerkmalen zusammenfassen, die in der Mehrzahl der Studien als bedeutsam für den Behandlungserfolg identifiziert worden sind. Weitgehend übereinstimmend gilt die soziale Stabilität als relevant. Sie ist in der Regel definiert durch feste Partnerschaft, soziale Unterstützung und gesicherte Wohnverhältnisse. Als den Behandlungserfolg positiv beeinflussende Suchtmerkmale gelten eine erstmalige Behandlung (keine Entgiftung oder Entwöhnung in der Vorgeschichte), eine kurze Abhängigkeitsdauer, ein geringer Schweregrad der Abhängigkeit und Abstinenz während der Behandlung. Als Behandlungsmerkmale mit positivem Einfluss werden die planmäßige Entlassung, eine Behandlungsdauer zwischen zwölf und 16 Wochen, der Einbezug von Angehörigen in die Behandlung und die Teilnahme an Nachsorgemaßnahmen und Suchtselbsthilfegruppen definiert. Bezüglich der Relevanz des Geschlechts liegen uneindeutige Ergebnisse vor. Als negativer Prädiktor erweist sich übereinstimmend die Arbeitslosigkeit nach der Reha. Arbeitslose weisen häufiger zusätzliche negative Merkmale wie geringe soziale Integration, geringes Bildungsniveau, häufige komorbide Beschwerden, starke und chronifizierte Alkoholabhängigkeit und Behandlungsabbruch auf. Nachfolgende Behandlungsangebote und Arbeitsfördermaßnahmen reduzieren das Rückfallrisiko Arbeitsloser.

Psychische und kognitive Faktoren

Becker, Leitner et al. (1986) haben eine prognostische Relevanz von hoher *Krankheitseinsicht* und *Therapiemotivation* ermittelt. Zeissler (1999) hingegen hat keinen Zusammenhang zwischen *Anfangsmotivation* (fremd- vs. selbstmotiviert) und Abstinenz im Katamnesezeitraum gefunden. Müller-Fahrnow, Ilchmann et al. (2002) berichten für *antisoziale Persönlichkeitseigenschaften* und *psychische Komorbidität* eine prognostische Relevanz für die Suchtrehabilitation.

Der von Bandura geprägte Begriff der *Selbstwirksamkeitserwartung* wird auch in den sozial-kognitiven Rückfalltheorien der Suchtforschung als zentrales Konstrukt angesehen. Die zugrundeliegende Annahme ist, dass die Bewältigung einer potentiell rückfallauslösenden Situation auch davon abhängt, inwieweit ein Alkoholabhängiger von seinen eigenen Bewältigungskompetenzen überzeugt ist (Schneider, Brenner et al. 2002). Fäh, Sieber et al. (1991) weisen einen positiven Zusammenhang zwischen Abstinenz und abstinenzbezogener Selbstwirksamkeitserwartung (Abstinenzzuversicht) nach und resümieren nach Auswertung ihrer prospektiven Studie, dass die subjektive Prognose der Patienten in Bezug auf ihr späteres Coping recht zuverlässig sei und auch dem generellen Vorurteil gegenüber Alkoholikern widerspreche, ihre Abstinenzfähigkeit nicht realistisch einschätzen zu können. Schneider, Brenner et al. (2002) haben in ihrer Studie zu diesem Thema vor Beginn und am Ende einer stationären Auffangbehandlung den "Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht" (KAZ-35 von Körkel und Schindler) eingesetzt. Drei und zwölf Monate nach der Behandlung ist eine Befragung zur Abstinenz und zum Therapieerfolg durchgeführt worden. Die befragten rückfälligen Patienten weisen trotz ihrer Rückfallerfahrung eine hohe Abstinenzzuversicht zu Behandlungsbeginn auf. Dies sehen die Autoren als möglichen Hinweis auf eine unrealistische Selbsteinschätzung. Die Abstinenz zeigen im Vergleich dazu einen geringeren Anstieg der Abstinenzzuversicht vom Behandlungsbeginn zum -ende. Diese Studie liefert keinen Hinweis darauf, dass die Abstinenzzuversicht am Ende der Behandlung eine prognostische Bedeutung für die Fähigkeit zur Suchtmittelabstinenz hat. Positive Erfolge bei längerer Therapiedauer werden laut Müller-Fahrnow, Ilchmann et al. (2002) insbesondere für Patienten verzeichnet, die zu Beginn der Reha niedrige Selbstwirksamkeitserwartungen haben. Rist (1996) hingegen definiert eine geringe Abstinenzzuversicht als Prädiktor für Rückfälle nach der Behandlung.

Die genannten empirischen Studien liefern also widersprüchliche Ergebnisse über den Zusammenhang zwischen der Abstinenzzuversicht oder Therapiemotivation und der Rückfallhäufigkeit. Das Vorliegen komorbider psychischer Störungen gilt gemeinhin als negativer Prädiktor für den Behandlungserfolg.

4.2.6 Behandlungsdauer als Ergebnisprädiktor der Entwöhnungsbehandlung

Zobel, Missel et al. (2005) berichten in einem Überblick (Tabelle 16) über die Ergebnisse der Ein-Jahres-Katamnesen der Fachkliniken des FVS von einem Rückgang der Abstinenzquoten nach DGSS 4 im Verlauf von 1996 bis 2003. Sie vermuten hier einen Zusammenhang mit der Umsetzung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes aus dem Jahr 1996, in dessen Folge sich die Behandlungszeiten in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker verkürzt haben. Bei den Berechnungen der Abstinenzquoten nach DGSS 3 zeigen sich jedoch stabile Ergebnisse.

Tabelle 16: Abstinenz im Ein-Jahres-Katamnesezeitraum der FVS-Katamnesen im Zeitverlauf (Zobel, Missel et al. 2005)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
DGSS 3	N = 3.643	N = 4.860	N = 3.955	N = 4.207	N = 4.747	N = 4.744	N = 4.946	N = 4.313
	64,0%	61,9%	62,6%	58,3%	61,1%	63,7%	63,6%	63,7%
DGSS 4	N = 5.187	N = 6.586	N = 5.732	N = 5.744	N = 6.848	N = 7.824	N = 7.875	N = 7.266
	44,9%	45,0%	43,2%	42,7%	42,3%	38,6%	40,0%	37,8%

Bei der Beurteilung der Vorhersagequalität der Behandlungsdauer für den Therapieerfolg ist zu berücksichtigen, dass die Behandlungsdauer von mehreren Faktoren beeinflusst wird. Eine Hypothese hierzu ist, dass motiviertere Patienten länger in Behandlung bleiben und deswegen die Behandlung erfolgreicher ist.

Für stationäre Entwöhnungsbehandlungen haben Sonntag und Künzel (2000) mit der von ihnen durchgeführten korrelativen Meta-Analyse und einem Überblick aller von ihnen berücksichtigten Studien einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Therapiedauer und dem Therapieerfolg nachweisen können. Als Faustregel formulieren sie: Je länger die Therapie dauert, desto wahrscheinlicher wird der Therapieerfolg. Diese Aussage gilt für eine Therapiedauer von drei bis sechs Monaten; innerhalb dieses Zeitraums nimmt der Therapieerfolg mit der Dauer zu. Nach Überschreiten dieser Dauer hat eine längere Behandlung keinen weiteren Einfluss auf den Therapieerfolg. Dieses Ergebnis gilt für Gruppen mit durchschnittlichem Schweregrad einer Alkoholabhängigkeit. Wichtig ist auch das Ergebnis der Autoren, dass eine einfache Kürzung bisheriger Therapiezeiten nicht ohne Qualitätseinbußen möglich ist. Notwendig sei eine Überarbeitung der Konzeption und der Therapieintensität, um auch bei kürzerer Behandlungsdauer die bisherigen Therapieerfolge beibehalten zu können.

Zemlin, Herder et al. (1999) zeigen in ihrer prospektiven Katamnese einer Fachklinik den Verlauf der Abstinenzquote nach DGSS 2 in Bezug zur Kürzung der Behandlungsdauer im Jahr 1997 und zur Prognoseeinschätzung nach dem klinikinternen Indikations- und Prognoseinventar. Mit N = 5.157 ist eine große Stichprobe von neun Behandlungsjahrgängen erreicht worden. Im Jahr 1997 zeigt sich eine Abstufung der Abstinenzquote entsprechend der Prognosegruppen: "günstig": 69,0%, "mittel": 62,8% und "ungünstig": 49,2%. Für die günstige Prognosegruppe liegt die Abstinenzrate auf dem gleichen Niveau wie zur Behandlungszeit 1989 bis 1996, also vor der Therapiedauerverkürzung. In den anderen beiden Prognosegruppen fallen die Abstinenzraten erheblich ab. Die Autoren nehmen an, dass die prognostischen Defizite mit den reduzierten Behandlungsdauern nicht mehr durch umfangreiche und gezielte Behandlung ausgeglichen werden können. Besonders deutlich zeigt sich die Abstufung der Abstinenzraten entsprechend der Prognosegruppen bei den Therapiewiederholern. Seit der Verkürzung der Behandlungsdauer ist ein etwa doppelt so hoher Abstand (17 bis 20% im Vergleich zu 10 bis 11%) zwischen den Gruppen entstanden. Das Fazit von Zemlin, Herder et al. lautet, dass eine Verkürzung der Behandlungsdauer für Patienten mit prognostisch günstigen Merkmalen bei einer Intensivierung des Behandlungsprogramms keine Auswirkungen auf die Erfolgsquoten einer stationären Entwöhnungen haben muss, dass jedoch für Patienten mit ungünstiger Prognose und bei Therapiewiederholern eine Verkürzung der Therapiezeit deutlich negative Konsequenzen auf die Erfolgsrate hat.

Nach den Ergebnissen der Meta-Analyse von Süß (1995) ergibt sich insgesamt eine umgekehrt U-förmige Beziehung und eine optimale Behandlungsdauer stationärer Therapie von vier Wochen. Für den länderübergreifenden Vergleich hält er als Ergebnis fest: Stationäre Therapie mit einer Dauer unter vier Wochen erbringt die ungünstigsten Ergebnisse. Therapiezeiten von

vier Wochen erzielt ein relatives Optimum, das erst dann wieder substantiell übertroffen wird, wenn die Therapiedauer mindestens viermal länger ist. In seine Untersuchung ist allerdings nur eine kleine Anzahl von Ergebnissen für Therapien mit einer Dauer von acht bis zwölf Wochen eingegangen, so dass er zu diesem Zeitraum keine Aussage machen kann. Für die Studien aus der BRD gibt es für die Berechnung nach DGSS 1, die sich nur auf die regulär entlassenen Katamneseantworter bezieht, für die Abstinenzraten fast perfekte Rangreihen mit $+++r = .81$ und $+++r = .92$. Für Deutschland ist also auch von Süß ein positiver Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg nachgewiesen worden. Insgesamt sind in Deutschland die Ergebnisse der stationären Behandlungsmaßnahmen signifikant positiver als die Ergebnisse aus den anderen, überwiegend angloamerikanischen Studien.

4.2.7 Art der Beendigung als Ergebnisprädiktor der Entwöhnungsbehandlung

In dieser Arbeit werden, wie in deutschsprachigen Publikationen üblich, verschiedene Arten vorzeitiger Behandlungsbeendigungen gleichgesetzt. Dazu gehören der Therapieabbruch durch den Patienten gegen ärztlichen Rat, der behandlerseitige Ausschluss von der Behandlung wegen mangelnder Compliance und die disziplinarische Entlassung wegen Verstoßes gegen die Behandlungsregeln.

Die reguläre Behandlungsbeendigung gilt gemeinhin als positiver Prädiktor für den Behandlungserfolg. Hinweise darauf liefern zahlreiche Studien. Beispielsweise vergleichen Bauer, Wolfram et al. (1995) die Abstinenzraten regulär und irregulär entlassener Patienten zehn bis 14 Jahre nach der Reha. In ihrer Stichprobe erreichen regulär Entlassene eine Erfolgsquote nach DGSS 3 von 68,0%, irregulär Entlassene von 26,1%. Auch Mundle, Brügel et al. (2001) berichten von großen Differenzen zwischen der Abstinenzquote von Therapieabbrechern und regulären Beendern einer ambulanten Entwöhnung. In ihrer Katamnesestudie haben 91% der Abstinenten die Behandlung regulär beendet. Von den Rückfälligen haben 50% die Behandlung abgebrochen.

Die Frage, wie Therapieabbrüche vorhergesagt oder vermieden werden können, ist nicht ausreichend beantwortet. Jülch, Süß et al. (2003) stellen fest, dass gerade in Untersuchungen, in denen die Prognosen der Behandlungsbeendigung gute Werte erzielen, erhebliche methodische Mängel festzustellen seien und in einrichtungsübergreifenden Studien mit großen Stichproben bisher keine eindeutigen Prädiktoren identifiziert worden seien. Mit zunehmendem Stichprobenumfang, also besserer Ausschaltung von Zufallseffekten, verringere sich die Differenzierung durch Patientenmerkmale zwischen den Gruppen. Die Identifikation potentieller Abbrecher sollte der adaptiven Indikation dienen, d.h. die Behandlung sollte mit spezifischen Interventionen auf das Risiko der irregulären Therapiebeendigung bestimmter Patienten reagieren, um den Abbrecheranteil zu reduzieren.

Jülch, Süß et al. haben 54 Variablen untersucht, die in 32 Forschungsarbeiten jeweils mindestens einmal signifikante Zusammenhänge mit dem Kriterium Therapieabbruch gezeigt hatten. Es handelt sich um 26 soziodemographische, 24 störungsbezogene und vier testdiagnostische Variablen⁵. Als Prädiktoren haben sich herausgestellt: Die von den Bezugstherapeuten eingeschätzte *Vorbereitung durch die Beratungsstelle*, die *Wohnsituation*, *soziale Unterstützung* und *Suchterkrankung des Partners*. Mit diesen Funktionen sind 76,4% der Fälle (N = 225) richtig zugeordnet worden, 83,2% der regulären Beender und 68,0% der Abbrecher. Die Diskriminanzfunktion in den Validierungstichproben hat jedoch eine deutliche

⁵Als Erhebungsinstrumente sind das Stationäre einrichtungsbezogene Dokumentationssystem (SEDOS), ein klinikeigener Fragebogen zur Abhängigkeit und Krankheitsanamnese (FA), das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI), der Kurztest zur Erfassung der Allgemeinen Intelligenz (KAI), der Mehrfach-Wortwahl-Intelligenztest (MWT-B) sowie der Syndrom-Kurztest (SKT) eingesetzt worden.

Reduktion dieser Trefferquote ergeben. Es hat sich gezeigt, dass das klinische Urteil der Therapeuten den berechneten Diskriminanzfunktionen überlegen war. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass sich Therapieabbrüche noch nicht in einem Maß vorhersagen lassen, dass eine Anwendung von abbruchpräventiven Maßnahmen während der Therapie möglich ist. In einer Studie von Soyka und Bottlender (2004) zur ambulanten Entwöhnung werden rückfallbedingte Therapieabbrecher und Patienten mit regulärem Therapieverlauf verglichen. Der Vergleich zeigt, dass Therapieabbrecher in der Vorgeschichte häufiger *suchtspezifische Therapien*, insbesondere stationäre Entwöhnungen, in Anspruch genommen haben und dass sie höhere Werte für *Depressivität*, *Ängstlichkeit* sowie *Craving* angeben.

Die berichteten Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass ein Therapieabbruch einen negativen Prädiktor für Abstinenz im Katamnesezeitraum darstellt. Als mögliche Prädiktoren für Behandlungsabbrüche werden u.a. ein hohes Ausmaß vorheriger Suchtbehandlungen, geringe soziale Unterstützung, psychische Komorbidität und eine Suchterkrankung des Partners diskutiert.

5 Resümee

Hinsichtlich der Versorgungssituation Alkoholabhängiger haben in den letzten Jahren in Deutschland umfassende Veränderungen stattgefunden. Beispielhaft sind hier der Ausbau ambulanter und teilstationärer Entwöhnungsbehandlungen und die Verringerung der Behandlungsdauer zu nennen. Gerade aufgrund dieser Entwicklungen und der aktuellen Kostensituation des Gesundheitssystems erlangt der Nachweis von Effektivität und Effizienz der Behandlungsangebote zunehmend Bedeutung. Evaluationsstudien dienen der Wahrung bzw. Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und kostengünstigen Versorgung und liefern damit einen Beitrag zur Qualitätssicherung.

Die vorliegende Studie evaluiert die größte Hamburger Alkoholentwöhnungseinrichtung. Dabei wird ein Vergleich der unter einem Dach angebotenen stationären und teilstationären Behandlung vorgenommen; Therapieerfolgsprädiktoren werden ermittelt und neben den Abstinenzraten differenziert sozialmedizinische Daten erhoben. Mit diesem Vorgehen wird auf die in Kapitel 1 gestellten Forderungen der genannten Rehabilitationsexperten eingegangen.

B) Beschreibung des evaluierten SuchtTherapieZentrums Hamburg

6 Integriertes Konzept der Suchtrehabilitation

Das SuchtTherapieZentrum (STZ) Hamburg ist eine Einrichtung der 1849 gegründeten diakonischen Marthastiftung. Diese unterhält elf Einrichtungen, die Angebote für Suchtkranke, Menschen mit Behinderungen und Senioren anbieten.

Das STZ ist 1972 als "Sozialtherapeutisches Zentrum für Suchtkranke" gegründet worden. 2002 ist die Umbenennung in "SuchtTherapieZentrum Hamburg" erfolgt. Es handelt sich um die größte Suchtkrankenhilfeeinrichtung Hamburgs. Das STZ umfasst drei Bereiche, die einen Therapieverbund mit sich ergänzenden und vernetzten Angeboten bilden:

Ambulanter Bereich:

- ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen (HUMMEL, Barmbek, Harburg)

Klinischer Bereich:

- Fachklinik
- Tagesklinik

Komplementärer Bereich:

- Stationäre Vorsorge (Haus Osterberg)
- Stationäre Nachsorge (Nachsorgezentrum für Frauen und Mütter mit Kindern)

In den *ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen* kann eine bis 18monatige ambulante Rehabilitation als Einzelmaßnahme durchgeführt werden. Die Anzahl der Behandlungsplätze ist bedarfsabhängig. Neben Beratung, Behandlung oder Vermittlung besteht das Angebot einer ambulanten akupunkturgestützten Entgiftung und Stabilisierung oder einer bis zu zwölfmonatigen ambulanten Anschlussbehandlung.

Als niedrigschwelliges Kontaktangebot gehört zur Beratungs- und Behandlungsstelle HUMMEL ein Café mit offener Sprechstunde.

Die *Tagesklinik* umfasst 33 Behandlungsplätze. Die Regelbehandlung dauert zwölf Wochen. Auffangbehandlungen von sechs bis acht Wochen sind möglich.

Die *Fachklinik* hat 48 Behandlungsplätze. Die stationäre Rehabilitation dauert bis zu 16 Wochen. Ein Teil der Fachklinikpatienten kann sich am Ende ihrer Rehabilitation in der max. vierwöchigen teilstationären Entlassphase (TSE) befinden. Außerdem werden sechs- bis zwölfwöchige Wiederholungs- oder Auffangbehandlungen durchgeführt.

Um Patienten nach der Entgiftung ein sicheres und strukturiertes Umfeld zu bieten, wird im Haus Osterberg in Sprötze ein stationäres *Vorsorgekonzept* umgesetzt. Hier erfolgt die Vermittlung weiterer suchtrehabitativer Maßnahmen.

Das *Nachsorgezentrum* ist eine soziale Rehabilitationsmaßnahme. Sie richtet sich an medikamenten-, alkohol- oder drogenabhängige Frauen und Mütter mit Kindern im Anschluss an eine suchtspezifische Behandlung.

Zusätzlich zum seit 1972 bestehenden stationären Behandlungssetting hat das STZ 1997 als eine der ersten Suchthilfeeinrichtungen bundesweit die tagesklinische Rehabilitation als neuen Bestandteil des Integriertes Konzept zur rehabilitativen Behandlung Suchtkranker eingeführt. Durch die Vernetzung verschiedener Angebote verfügt das STZ über ein umfassendes Behandlungskonzept, innerhalb dessen bei entsprechender Indikation ein Wechsel für Patienten möglich ist. Die verschiedenen Einrichtungsbereiche kooperieren eng und erlauben jeweils individuelle Behandlungskonzepte. Die Patienten mit ihren spezifischen Bedürfnissen werden in den Entscheidungsprozess für eine Rehabilitationsmaßnahme einbezogen. Die Tages- und Fachklinik des STZ befinden sich wohnortnah im nördlichen Hamburger Stadtgebiet. Bei der Tagesklinik des STZ handelt es sich innerhalb des Großraums Hamburg um die einzige ganztätig ambulante Rehabilitationseinrichtung für Suchtkranke.

In Hamburg arbeiten die Einrichtungen der Suchtbetreuung sowie der Sozialen Dienste und therapeutisch-medizinischen Bereiche eng zusammen, so dass ein Wechsel zwischen dem ambulanten, teilstationären und stationären Bereich auch über das Verbundsystem des STZ hinweg möglich ist. Eine enge Zusammenarbeit besteht auch mit den Selbsthilfeorganisationen als wichtigem Element der Suchtarbeit. Das STZ kooperiert mit verschiedenen Gremien und Arbeitskreisen, die sich in der Hamburger Region mit gesundheitspolitischen Themen auseinandersetzen, z.B. der Hamburgischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren.

7 Indikation und Konzeption des klinischen Bereichs

In der Fach- und Tagesklinik des STZ werden erwachsene Frauen und Männer mit folgenden Diagnosen behandelt:

- Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit (ICD-10 F10.2, F13.2, F15.2)
- Mehrfachabhängigkeit, solange die primäre Substanz nicht aus dem Bereich der illegalen Suchtmittel stammt (ICD-10 F19.2)

Komorbide Krankheitsbilder, beispielsweise Depression, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen und folgende Zweitdiagnosen werden in die Behandlung mit einbezogen:

- Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.2)
- Pathologisches Glücksspiel (ICD-10 F63.0)
- Essstörungen (ICD-10 F50.0, F50.2)

Vor Beginn einer Suchtrehabilitation am STZ muss eine Indikationsstellung und Motivationsabklärung durch eine Suchtberatungsstelle oder andere suchtspezifische Instanzen erfolgen und die Kostenzusage des zuständigen Kostenträgers gewährleistet sein. Die Behandlung erfolgt freiwillig, d.h. nicht aufgrund einer gerichtlichen Auflage oder Einweisung.

Rückfälle während der Entwöhnungsbehandlung werden als ein zur Erkrankung gehörendes multifaktorielles Geschehen verstanden und im Rahmen eines mehrstufigen Rückfallkonzeptes behandelt, in dem insbesondere die Auseinandersetzung mit den auslösenden Faktoren als wichtig erachtet wird. Für den Patienten soll der Rückfall verstehbar und bewältigbar werden. Ein Rückfall wird interpretiert als lebensgeschichtlich bewährter aber unangemessener Bewältigungsversuch. Eine vorzeitige Behandlungsbeendigung oder eine Weiterbehandlung unter strengen Auflagen wird dann als notwendig angesehen, wenn Rückfälle erneut auftreten oder vom Patienten verheimlicht werden.

Kriterien für einen Wechsel der Behandlungsform

Als Kriterien für einen Wechsel der Behandlungsform innerhalb des Integrierten Konzepts gelten (Martha Stiftung 2005b):

- behandlungsbedingte Veränderungen im Bereich von Kompetenzen und Einstellungen der Patientinnen
- Veränderungen im sozialen Umfeld, die Auswirkungen auf die soziale Stabilität haben
- das Ausmaß der Rückfallgefährdung
- die Notwendigkeit eines strukturgebenden Rahmens sowie
- die Notwendigkeit der weiteren Integration bereits begonnener therapeutischer Prozesse

8 Indikation und Konzeption der Fachklinik

Die Behandlung erfolgt überwiegend in Gruppen. Es gibt vier offene Therapiegruppen; in der Regel sind dies zwei gemischtgeschlechtliche sowie zwei Männergruppen. Die Patienten einer Therapiegruppe leben in Einzelzimmern in gemeinsamen Wohnbereichen. Eine 16wöchige Behandlung in der Fachklinik kostet etwa 10.000 €.

Die therapeutische Arbeit erfolgt nach einem tiefenpsychologisch orientierten, methodenübergreifenden Konzept. In der Fachklinik arbeitet eine multidisziplinäres therapeutisches Team aus zwei Fachärzten, einer psychologischen Psychotherapeutin, sechs Sozialpädagogen und einem Dipl.-Pädagogen mit suchtherapeutischen Zusatzausbildungen, sechs Krankenschwestern, zwei Ergotherapeuten und zwei Bewegungstherapeutinnen, einem auch als Sozialberater arbeitenden Sozialpädagogen sowie einem Diakon (Stand Juli 2005). Um sich über die Therapieangebote und Bedingungen der Behandlung zu informieren, gibt es zur Vorbereitung auf die stationäre Therapie wöchentliche Besucherführungen durch die Fachklinik. Neben den übergeordneten Zielen der medizinischen Rehabilitation (siehe Abschnitt 3.1) sind in der Konzeption der Fachklinik (Martha Stiftung 2005a) folgende Zielsetzungen festgelegt:

Klärung der biographischen Anamnese, des beruflichen Werdegangs, von früheren und aktuellen Erlebnis- und Verhaltensmustern sowie von suchtauslösenden und aufrechterhaltenen Faktoren vor dem Hintergrund des individuellen Entwicklungsverlaufs und unter Einbeziehung der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Einwirkungen. Es gilt, individuelle Voraussetzungen für eine abstinenten Lebensweise zu erarbeiten, verkümmerte Kompetenzen zu stärken, Kompetenzdefizite auszugleichen und lebenspraktische Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung zu erlernen.

Konkrete Lernziele:

- Förderung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit
- Wahrnehmung eigener Wünsche
- verstärkte Konfliktfähigkeit
- realistischere Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit
- Steigerung der Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit
- Erhöhung der Frustrationstoleranz
- Entwicklung von Kreativität, Spontaneität, Lebensfreude und Genussfähigkeit

Patienten, deren soziales Umfeld ausreichend stabil ist, können in den letzten Wochen ihrer Behandlung in der Fachklinik in die teilstationäre Entlassphase wechseln. Sie verbleiben dabei tagsüber in ihrer Therapiegruppe und nehmen weiterhin am Therapieprogramm teil. Abends und

am Wochenende verbringen sie die Zeit zu Hause. Sie sind dadurch höheren Anforderungen an Eigenaktivität und Selbstverantwortung ausgesetzt und nähern sich, mit therapeutischer Unterstützung am Tage, ihrem Alltag nach der Behandlungsbeendigung an. Ziel ist, den Transfer der in der Fachklinik angestoßenen Entwicklungen in den Alltag zu verbessern. In Krisensituationen ist die Übernachtung in der Fachklinik weiterhin gewährleistet.

Indikationen für eine Behandlung in der Fachklinik (AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen et al. 2001)

Eine stationäre Entwöhnung kommt insbesondere in Betracht, wenn eines oder mehrere der folgenden Kriterien zutreffen.

- Vorliegen von schweren Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet, die eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation in Frage stellen
- die Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld (z.B. bei massiven familiären Konflikten oder destruktiven Partnerbeziehungen) ist erforderlich, um den Rehabilitationserfolg zu sichern
- das soziale Umfeld des Abhängigkeitskranken hat keine unterstützende Funktion
- der Abhängigkeitskranke ist beruflich nicht integriert und bedarf infolgedessen spezifischer Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung, die ambulant nicht erbracht werden können
- Fehlen einer stabilen Wohnsituation
- nicht ausreichende Fähigkeiten zur aktiven Mitarbeit, regelmäßigen Teilnahme oder Einhaltung des Therapieplans, so dass die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung nicht erbracht werden
- Der Abhängigkeitskranke ist nicht bereit oder nicht in der Lage, während der ambulanten Entwöhnung abstinenz zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm teilzunehmen
- ein langer oder intensiver Suchtverlauf kann insbesondere vor dem Hintergrund der genannten Kriterien eine Indikation für eine stationäre Entwöhnung darstellen

9 Indikation und Konzeption der Tagesklinik

Von ehemals 24 Behandlungsplätzen im Jahre 1997 ist das teilstationäre Angebot auf inzwischen 33 Plätze erhöht worden. Die zwölfwöchige Behandlung in der Tagesklinik kostet in der Regel etwa 5.000 €. Voraussetzung für die tagesklinische Behandlung ist ein zumutbarer täglicher Anfahrtsweg, so dass die Patienten in der überwiegenden Mehrheit aus dem Hamburger Einzugsgebiet, ein kleiner Teil von ihnen aus dem südlichen Schleswig-Holstein oder dem nördlichen Niedersachsen stammen.

Das multidisziplinäre Team der Tagesklinik besteht aus zwei Fachärzten, einer psychologischen Psychotherapeutin, fünf Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeitern, Ergo- und Arbeitstherapeutin und einer Krankenschwester. Sie belegen insgesamt 7,25 Stellen (Stand Juli 2005). Die Tagesklinik befindet sich im Gebäudekomplex der Fachklinik; einige Funktionsräume (Turnhalle, Entspannungsraum, Fitnessraum, Sauna) werden gemeinsam genutzt. Die Patienten werden einer der drei halboffenen, gemischtgeschlechtlichen Therapiegruppen zugeordnet.

Die Rehabilitation in der Tagesklinik beginnt in Anlehnung an einen Arbeitsalltag um 9:00 Uhr morgens und endet im Allgemeinen um 16:00 Uhr nachmittags. Ein Transfer der

therapeutischen Erfahrungen in den Alltag ist für die Patienten durch die tägliche Rückkehr nach Hause gewährleistet. Durch die Rehabilitation erhalten die Patienten Tagesstrukturierung, therapeutische Stützung und Therapieerfahrung und bewahren gleichzeitig weitgehende Unabhängigkeit und Verbleib in ihren gewohnten Lebensstrukturen. Das erfordert täglich eine neue Entscheidung für die Behandlung und daher ein hohes Maß an Motivation und Eigenverantwortungsübernahme. Durch das Unterzeichnen eines Behandlungsvertrages verpflichten sich die Patienten zur aktiven Teilnahme an der Therapie. Dies beinhaltet auch das telefonische Absagen und das Vorlegen eines ärztlichen Attests bei Krankheit.

Durch die tägliche Rückkehr in die gewohnten Lebensstrukturen besteht eine häufige Konfrontation mit potentiellen Rückfallsituationen. Ein Schwerpunkt der Behandlung liegt daher auf der Rückfallprävention und der therapeutischen Bearbeitung von Rückfällen. Das Behandlungskonzept versteht sich zudem als ressourcen- und kompetenzorientiert. Das Anwenden von Alltagskompetenzen, beispielsweise im Rahmen von Hausdiensten, Einkäufen oder dem Zubereiten gemeinsamer Mahlzeiten gehört zum arbeitstherapeutischen Behandlungskonzept der Tagesklinik.

Durch die Wohnortnähe wird der Einbezug von Angehörigen erleichtert. Diese sollen über den gesamten Zeitraum der Suchtbehandlung in den therapeutischen Prozess einbezogen werden. Auch der Kontakt zu Vertretern der Arbeitsplätze (Arbeitsgeber, betriebliche Suchtkrankenhelfer, Kollegen) der Patienten ist durch die Regionalität ermöglicht. Neu entwickelte Freizeitaktivitäten können im Umfeld erprobt werden. Voraussetzung für die tagesklinische Behandlung ist daher ein relativ stabiles soziales Umfeld und ein fester Wohnsitz. Die teilstationäre Rehabilitation wird von vielen Patienten als eher niedrigschwellig empfunden; durch die Konzeption soll ein früher Einstieg in eine Suchtbehandlung ermöglicht werden.

Neben den übergeordneten Rehabilitationszielen nennt die Konzeption der Tagesklinik (Martha Stiftung 2005b) für die teilstationäre Rehabilitation folgende therapeutische Zielsetzungen:

Somatotherapeutische Ziele:

- Förderung von Gesundheitsbewusstsein im Hinblick auf eine gesunde Lebensführung
- ein angemessener Umgang mit Krankheit
- Behandlung bereits eingetretener suchtspezifischer Begleiterkrankungen

Suchtspezifische Ziele:

- Akzeptanz der Abhängigkeit als chronische Erkrankung
- Förderung der Abstinenzentscheidung
- Erarbeitung eines Verständnisses der individuellen Hintergründe der Abhängigkeit
- Aufdecken der zugrundeliegenden psychodynamischen Zusammenhänge und deren Bedeutung in der Lebensgeschichte
- Entwicklung eines tragfähigen Konzepts zum Umgang mit Rückfällen einschließlich konkreter Handlungsweisen

Psychotherapeutische Ziele:

- Förderung der Fähigkeiten zur Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung im Hinblick auf Bedürfnisse und Fähigkeiten
- Förderung der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit; Erhöhung der Frustrationstoleranz
- Förderung von Kreativität, Expressivität und Genussfähigkeit
- Behandlung von begleitenden psychischen Erkrankungen (Komorbidität)
- Auseinandersetzung mit Fragen des Lebenssinns, der Werte und Normen

Soziotherapeutische Ziele:

- Training alltagsbezogener Fähigkeiten
- Förderung von Fähigkeiten zur Einschätzung und Verbesserung der eigenen Leistungsfähigkeit
- Bewertung der beruflichen Situation, Entwicklung beruflicher Perspektiven
- Reintegration am alten Arbeitsplatz bzw.
- Finden eines neuen Arbeitsplatzes nach vorausgehender Arbeitslosigkeit
- Klärung der Beziehungen in Partnerschaft / Familie
- Förderung von Formen der Freizeitgestaltung
- Aufnahme regelmäßiger Kontakte zu Selbsthilfegruppen

Indikationen für eine Behandlung in der Tagesklinik (Martha Stiftung 2005b)

- Gefährdung oder bereits eingetretener Verlust der Erwerbsfähigkeit
- Notwendigkeit einer Vorbereitung auf eine geplante Arbeitsaufnahme im Sinne einer Annäherung an strukturierte Tagesabläufe
- erhöhte Rückfallgefährdung bei ambulanter Behandlung
- erkennbarer Abstinenzwunsch
- Motivation zur teilstationären therapeutischen Arbeit
- Notwendigkeit eines kontinuierlichen therapeutischen Prozesses im geschützten Rahmen einer klaren Angebots- und Tagesstruktur aufgrund bestehender emotionaler und sozialer Defizite
- ausreichend soziale Handlungskompetenz zur Bewältigung der therapiefreien Zeit
- hinreichend realistische Einschätzung der eigenen Fähigkeiten, Alltagsbelastungen abtinent zu bewältigen
- Fähigkeit und Bereitschaft, die therapeutischen Erfahrungen zeitnah im Lebensalltag umzusetzen und dies im therapeutischen Kontext zu reflektieren
- Fähigkeit zu regelmäßiger Teilnahme und Einhaltung des Therapieplans
- ausreichend stabile Wohnverhältnisse
- genügend tragfähiges soziales Umfeld im Sinne einer hinreichenden Bereitschaft der wichtigsten Bezugspersonen, Abstinenz und therapeutische Veränderungen zu ermöglichen
- eine ambulante Therapie reicht nicht aus, eine stationäre Therapie ist noch nicht notwendig
- eine stationäre Therapie stellt aufgrund der Persönlichkeitsstruktur oder Vorerfahrungen einen zu eingrenzenden Rahmen dar
- eine stationäre Therapie bietet bei Kontaktproblemen zu wenig Rückzugsmöglichkeiten, das Kontaktangebot bei ambulanter Therapie ist nicht ausreichend
- ein Abstand zum sozialen Umfeld ist nicht notwendig oder kontraindiziert
- aufgrund von Versorgungsverpflichtungen oder einer schwierigen Familiensituation soll ein längerer stationärer Aufenthalt vermieden werden

Ausschlusskriterien

Ausschlusskriterien für eine Behandlung in der Tagesklinik des SuchtTherapieZentrums sind laut Martha Stiftung (2005b):

- nicht ausreichende sprachliche Verständigungsmöglichkeiten
- akute Suizidalität

-
- schwere Folge- oder Begleiterkrankungen, die einer Teilnahme an der therapeutischen Behandlung entgegenstehen, wie z.B. Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder ausgeprägte himorganische Störungen
 - juristische Auflagen im Sinne von "Therapie statt Strafe"
 - gravierende Begleiterkrankungen, die eine zeitaufwändige fachärztliche Betreuung erfordern
 - Anfahrtswege von unzumutbarer Länge
 - ungesicherte Wohnverhältnisse
 - Unfähigkeit zur Abstinenz in diesem therapeutischen Setting
 - Überforderung mit der Gesamtheit der Aufgaben in Therapie und Familie / Alltag
 - mangelnde Bereitschaft der wichtigsten Bezugspersonen, sich mit ihrer eigenen Verstrickung im Suchtsystem auseinander zu setzen
 - ein Umfeld, das einer Therapie entgegenarbeitet bzw. stark alkoholgeprägt ist
 - Gewaltdrohung innerhalb der vorgegebenen Partnerbeziehungen

10 Therapieangebot der Fachklinik

Im folgenden Abschnitt werden die Merkmale und Ziele der Therapieangebote der Fachklinik des STZ aufgeführt. Es werden diejenigen Angebote beschrieben, die in den eingesetzten Fragebögen aufgeführt sind. Seit der Entwicklung der Fragebögen hat es einige Modifikationen des Behandlungsangebotes in beiden Kliniken gegeben.

Phase 1

Diese Eingewöhnungsphase beinhaltet die Eingangsdagnostik, den Aufbau einer vertrauensvollen Patient-Therapeut-Beziehung, die Gewöhnung an die Tagesstruktur und die Normen der Klinik, Wohn- und Therapiegruppe. Die Integration in das Therapieprogramm erfolgt stufenweise. Erste Vereinbarungen und Ziele werden festgelegt. Durch die zeitweise Einschränkung von Außenkontakten wird ein Abstand zum bisherigen Umfeld geschaffen.

Einzeltherapie

Jeder Patient erhält einen Bezugstherapeuten. Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung, die Erhebung der Sozial- und Suchtanamnese sowie eine psychosoziale Diagnostik sind Bestandteile der Einzeltherapie. Die Bearbeitung besonders sensibler Themen und Krisengespräche finden in der Einzeltherapie statt.

Gruppentherapie

Die viermal wöchentlich stattfindende Gruppentherapie stellt einen Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit dar. Sie ist tiefenpsychologisch orientiert und integriert Methoden der Gestaltungs- und Sozialtherapie. Themen sind Auseinandersetzung mit der aktuellen Lebenssituation und der eigenen Lebens- und Suchtgeschichte, dem Konflikt- und Problemlösungsverhalten sowie der Rückfallprävention und -bewältigung. Ziel ist auch die Reflexion der Strukturen und Ursachen der eigenen Probleme. Hilfreich ist zudem das Erleben von Ähnlichkeiten, Kohäsion, Konflikten, Kritik und Anerkennung innerhalb der Gruppe.

Arbeitslosengruppe

Für alle arbeitslosen Patienten ist die Teilnahme verpflichtend. Ziel dieser Gruppe ist die berufliche Wiedereingliederung. Zunächst wird eine Bestandsaufnahme der individuellen beruflichen Situation und der beruflichen Perspektive durchgeführt. Verpflichtende Bestandteile sind ein Arbeitsamtbesuch und die Kontaktaufnahme zu einer Arbeitsloseninitiative. Themen wie die Bewältigung von Langzeitarbeitslosigkeit und das Erstellen von Bewerbungen werden bearbeitet. Es besteht die Möglichkeit, interne Praktika in der Martha Stiftung oder externe Praktika bei Hamburger Firmen zu absolvieren.

Sucht am Arbeitsplatz

Die Teilnahme ist für alle erwerbstätigen Patienten verpflichtend. Es werden individuelle und allgemeine suchtspezifische Probleme im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz bearbeitet. Themen sind u.a. abhängigkeitsfördernde Arbeitsbedingungen, arbeitsrechtliche Fragen und individuelle Probleme bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz. Es besteht die Möglichkeit, eine Probearbeitswoche am Arbeitsplatz als Belastungserprobung und zum Abbau von Schwellenängsten zu nutzen. Betriebsangehörige und Vorgesetzte werden zu regelmäßig stattfindenden Seminaren eingeladen, um Bewusstheit für das Thema zu entwickeln und den Übergang zum Arbeitsplatz konkret zu planen.

Indikationsgruppen

- Selbstsicherheitstraining
- Bewältigung von Angst und Depression (BAD)
- Rückfallprävention STAR
- Gestalttherapie und Psychodrama

Angehörigenarbeit

Mit dem Patienten und seinen Angehörigen werden Einzel- und Paargespräche durchgeführt, ggf. auch unter Einbezug der Kinder des Patienten. Therapiebegleitend finden Partnergruppen statt. Ziele der Angehörigengespräche sind u.a. die Vorbereitung auf die Änderungen im Familiensystem durch die Abstinenz des Patienten, Bearbeitung von Paarkonflikten, Auseinandersetzung des Partners mit der Rolle als Co-Abhängiger, Neugestaltung der Partnerbeziehung und die Entwicklung von Motivation zur ambulanten Weiterbearbeitung von Konflikten.

Rückfallprogramm

Im Falle eines Rückfalls entscheidet eine Rückfallkonferenz, bestehend aus allen an der Therapie beteiligten Therapeuten, über die Weiterarbeit. Die Rückfallbehandlung beinhaltet die Auseinandersetzung des Patienten mit der Bedeutung des Rückfalls, den auslösenden Faktoren und seinen Bewältigungskompetenzen.

Bewegungstherapie

Im Rahmen dieser Therapie wird die Wiederherstellung früherer bzw. das Training neuer Bewegungsabläufe und der Belastbarkeit angestrebt. Die Förderung der Freude an Bewegung und des sozialen Handelns in der Gruppe und deren Betrachtung unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten ist von Bedeutung.

Entspannungstherapie

Verschiedene Methoden zur neuromuskulären Spannungsminderung und Reduktion psychischer Anspannung werden vermittelt und angewendet.

Themenzentrierte Information Sucht

In Vortragsform werden verschiedene Themen wie Suchtfolgeerkrankungen, Co-Abhängigkeit, Rückfall und Suchthilfesystem vermittelt. Ziel ist die Auseinandersetzung der Patienten mit ihrer Abhängigkeit und die Vertiefung des Krankheitsverständnisses.

Sozialberatung

Dieses Angebot findet zusätzlich zur Sozialberatung der Suchttherapeuten wöchentlich statt und beinhaltet individuelle Beratung über Schuldentilgung oder Wohnungssuche sowie die Vermittlung von Informationen über Schulden, Wohnungssuche und Arbeitslosengeld in Vortragsform.

Sinn statt Sucht

Hierbei handelt es sich um ein im weiteren Sinne spirituelles Gruppenangebot, in dem anhand biblischer Erzählungen der Fokus auf persönliche Sinnfragen gelenkt und eine Verknüpfung zu den eigenen Suchterfahrungen ermöglicht wird.

Arbeitstherapeutische Projekte

Patienten werden in der Fahrradwerkstatt, im Patientencafé oder in der Patientenbibliothek eingesetzt und sind dort für Durchführung der zu erledigenden Aufgaben verantwortlich. Wichtige berufsbezogene Kompetenzen wie Sorgfalt, Durchhaltevermögen und Verlässlichkeit werden so entwickelt oder gestärkt.

Arbeitstherapeutische Hausdienste

Die Patienten übernehmen Pflichten im hauswirtschaftlichen Versorgungssystem im Sinne eines Arbeits- und Belastungstrainings. Dieses beinhaltet die Mitarbeit in Küche, Waschküche, Hausreinigung und Gartenpflege.

Ergo- und Gestaltungstherapie

Das Erleben von Materialerfahrungen und Erfolgserlebnissen und die Auseinandersetzung mit den eigenen Ansprüchen sich selbst und anderen gegenüber sollen ermöglicht werden. Des Weiteren werden kreative Fähigkeiten und neuen Ausdrucksmöglichkeiten gefördert.

Forum

Das Forum ist ein wöchentliches gemeinsames Angebot für alle Patienten und einige Therapeuten. Von beiden Seiten können Themen eingebracht und diskutiert werden. Die Patienten wählen monatlich einen Diskussionsleiter und einen Protokollführer. Ziel ist auch der Erwerb von Fertigkeiten, eigene Interessen zu vertreten und die Erhöhung der Frustrationstoleranz. Ein Patientenforum dient der Vorbereitung auf das Forum und der Klärung selbständig lösbarer patienteninterner Fragen und Konflikte.

Gesundheitsberatung

Im Rahmen dieses Angebots werden die Patienten bezüglich Gewichtsreduktion oder Nikotinentwöhnung beraten.

EDV-Schulung

Grundkenntnisse der Datenverarbeitung werden durch interne und externe EDV-Schulungen vermittelt und weiterentwickelt.

Akupunktur, physikalische Anwendungen

Für die Behandlung von somatischen und psychischen Begleitsymptomen der Entwöhnung, die Milderung des Suchtdrucks, Rückfallprophylaxe und die Behandlung vegetativer Symptome wie Schlafstörungen werden auch alternative Behandlungsangebote eingesetzt.

Walking

Therapiegruppenübergreifendes bewegungstherapeutisch orientiertes Angebot.

Phase 3

Am Ende des Aufenthaltes liegt der Behandlungsschwerpunkt auf der Stabilisierung der Patienten und der Konzentration auf die im Rahmen der Therapie entwickelten Kompetenzen und vorhandenen Ressourcen. Nach der Therapie möglicherweise auftretende Misserfolge und Schwierigkeiten sowie Risikosituationen für Rückfälle werden angesprochen. Die Beziehungen zu Patienten und Therapeuten und Kontaktwünsche nach der Entlassung werden reflektiert und besprochen. Ein wichtiger Bestandteil dieser Abschieds- und Trennungsphase ist auch die konkrete Planung weiterer Schritte der beruflichen Wiedereingliederung, der Teilnahme an Selbsthilfegruppen und ggf. nachsorgender Maßnahmen.

Teilstationäre Entlassphase (TSE)

Nach Indikationsstellung können Patienten mit ausreichend stabilem sozialem Umfeld in den letzten Wochen ihrer Behandlung die Abende und Wochenenden zu Hause verbringen. Ziel ist ein verbesserter Transfer der während der Behandlung angestoßenen Entwicklungen in das Privatleben und die Annäherung an den Alltag nach der Behandlungsbeendigung.

11 Therapieangebot der Tagesklinik

Die im Folgenden aufgelisteten Angebote entsprechend inhaltlich weitgehend dem Angebot der Fachklinik (Erläuterungen siehe Kapitel 10).

Einzeltherapie, Gruppentherapie, Bewegungstherapie, Entspannungstherapie, Ergo- und Gestaltungstherapie, Angehörigenarbeit, Gesundheitsberatung und Akupunktur.

Die nachfolgend beschriebenen Angebote unterscheiden sich vom Konzept der Fachklinik.

Sucht und Arbeit

Die Teilnahme ist für alle Patienten verbindlich. Ziele sind die Auseinandersetzung mit der beruflichen Situation und die Entwicklung einer realistischen beruflichen Perspektive. Mit den erwerbstätigen Patienten werden Strategien zur Bewältigung von Risikosituationen im Betrieb entwickelt, Gespräche mit Betriebsangehörigen geführt und Belastungserprobungen am Arbeitsplatz durchgeführt. Für arbeitslose Patienten steht die Entwicklung von Strategien zur Wiedereingliederung ins Erwerbsleben im Vordergrund. Hierzu gehört die Erstellung eines realistischen Leistungsprofils, die Kontaktaufnahme mit dem Arbeitsamt und ein Bewerbungstraining.

Rückfallprogramm

Erfolgt ein Rückfall während der Behandlung, wird im therapeutischen Team über eine Weiterführung der Therapie entschieden. Die Bearbeitung des Rückfalls erfolgt durch Auseinandersetzung mit dessen Ursachen und Funktionalität und durch die Entwicklung von Strategien zur Krisenbewältigung.

Themenzentrierte Information Sucht

Im Rahmen dieser Gruppenveranstaltung soll durch Informationsvermittlung und Gruppengespräche das kognitive Verständnis der Patienten hinsichtlich ihrer Sucht und Eigenverantwortung gefördert werden.

Forum

Das Forum der Tagesklinik ist ein monatlich stattfindendes gemeinsames Angebot für alle Patienten und einen Teil der therapeutischen Mitarbeiter. Aktuelle Themen können von beiden Seiten eingebracht und diskutiert werden. Ziel ist auch der Erwerb von Fertigkeiten, eigene Interessen zu vertreten und die Erhöhung der Frustrationstoleranz.

Arbeitstherapeutische Hausdienste

Mit dem Ziel einer alltagsbezogenen Leistungserprobung übernehmen die Patienten Aufgaben der Organisation und Durchführung von Arbeiten zur Selbstversorgung, Reinigung der Räumlichkeiten, Pflanzenpflege und Haushaltsführung inkl. Finanzverwaltung.

Außenaktivitäten

Einmal wöchentlich plant jede Therapiegruppe eine Unternehmung außerhalb der Klinik. Diese Aktivität dient der Entwicklung von Freizeitinteressen, der Erweiterung des Aktions- und Wahrnehmungsfeldes und der Förderung von Gruppenkohäsion.

Schatzkiste

Die Patienten werden angeregt, ihre individuellen Fähigkeiten und Interessen wahrzunehmen und sie mit anderen zu teilen. Dies können z.B. Vorträge oder Musikdarbietungen sein.

Frühstücks- und Abschlussrunde

Mit einem gemeinsamen Frühstück bzw. einem gemeinsamen Tagesabschluss wird der Übergang zwischen Alltag und Tagesklinik gestaltet.

C) Planung der durchgeführten Evaluationsstudien

12 Fragestellungen

Ziele der vorliegenden Untersuchungen sind, die Stichproben der tagesklinisch vs. stationär Behandelten hinsichtlich der Erreichung relevanter Erfolgsparameter, der Prozessqualität sowie der Akzeptanz der jeweils in Anspruch genommenen Behandlungsform zu vergleichen.

Um zu prüfen, ob es sich bei den untersuchten Gruppen um Stichproben unterschiedlicher Grundgesamtheiten handelt, werden die Patientengruppen hinsichtlich ihrer Ausgangssituation verglichen. Es werden soziodemographische Merkmale und Merkmale der Ausbildungs- und aktuellen Arbeitssituation sowie der Schweregrad der Alkoholabhängigkeit der Patienten erfasst. Dafür wird die Menge, Dauer und Häufigkeit des Alkoholkonsums erfragt. Forschungsergebnisse (z.B. Zobel, Missel et al. 2005) zeigen, dass soziodemographische, berufliche und suchtbezogene Merkmale eine prognostische Bedeutung für den Therapieerfolg, definiert als Abstinenz im Katamnesezeitraum, haben. Die Ausgangssituation der Stichproben liefert Hinweise darauf, ob die zuweisenden Einrichtungen die Zuweisung der Rehabilitanden in eines der beiden Settings nach den Indikationskriterien gestalten.

Daher lautet die erste zu prüfende Fragestellung:

Fragestellung 1

Unterscheiden sich Tages- und Fachklinikpatienten hinsichtlich soziodemographischer Merkmale und ihrer beruflichen und suchtbezogenen Ausgangssituation voneinander?

Erfolgt die Zuweisung der Rehabilitanden in eines der beiden Behandlungssettings nach den im Rahmen des Integrierten Konzeptes aufgestellten differentiellen Indikationskriterien?

Anknüpfend an die erste Fragestellung wird zudem erfasst, welche suchtbezogenen und nicht suchtbezogenen Vorbehandlungen die Patienten vor der Reha im STZ in Anspruch genommen haben, da auch diesem Merkmal eine prognostische Bedeutung zugeschrieben wird. Beispielsweise haben Zobel, Missel et al. 2005 ermittelt, dass erstbehandelte Patienten deutlich höhere Abstinenzraten erreichen als Therapiewiederholer. Als zweite Fragestellung wird formuliert:

Fragestellung 2

Welche Vorbehandlungen sind von den Rehabilitanden in Anspruch genommen worden?

Die Abstinenzrate stellt das zentrale Erfolgskriterium einer Entwöhnungseinrichtung dar. Mit den beiden durchgeführten Studien (prospektiv und retrospektiv) werden unterschiedliche Katamnesezeiträume erfasst, so dass sie die Informationen über den mittel- und langfristigen Verlauf der Abstinenzrate liefern. Beide Studien ergänzen sich hier sinnvoll. In der berichteten Literatur (Abschnitt 4.2.1 und 4.2.2) wird eine große Spannweite von Abstinenzraten stationärer und teilstationärer Entwöhnungseinrichtungen berichtet, die zwischen 12 und 67% liegt und für Katamnesezeiträume von 6 - 24 Monaten ermittelt worden ist. Mit den vorliegenden Studien

werden Daten für unterschiedliche Katamnesezeiträume ermittelt und zudem ein Vergleich zwischen den beiden Behandlungsformen des STZ ermöglicht.

Für die Gruppe der rückfälligen Patienten wird erhoben, ob ein Therapieerfolg in Form eines geringeren oder selteneren Alkoholkonsums erreicht worden ist. Zusammengefasst soll beantwortet werden:

Fragestellung 3

Wie hoch ist der Anteil abstinenter Patienten nach der Reha? Hat sich das Ausmaß des Alkoholkonsums bei den rückfälligen Patienten durch die Reha verändert?

Die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist der zentrale Auftrag von Rehabilitationseinrichtungen. Es wird daher erhoben, inwieweit durch die Reha im STZ dieses Ziel erreicht wird. Außerdem wird die Erwerbstätigkeitsrate erfasst, die auch durch Arbeitsmarktmerkmale beeinflusst wird. Ziel ist, zu prüfen, in welchem Ausmaß der Erhalt von Erwerbsminderungsrenten durch die Rehabilitation verhindert werden kann. Die berufliche Integration unterliegt einer Wechselwirkung mit anderen Variablen und wird z.B. durch die Berufsausbildung und das Vorliegen komorbider psychischer oder somatischer Erkrankungen beeinflusst. Sie hat zudem eine rückfallprotektive Wirkung und kann somit als Schutzindikator für Abstinenz angesehen werden. Diese Zusammenhänge werden von einer Reihe von Autoren beschrieben (z.B. Henkel, Dornbusch et al. 2005, Weissinger und Missel 2006). Kurzgefasst soll mit einer Reihe von Items ermittelt werden:

Fragestellung 4

Inwieweit wird die berufliche Reintegration durch die Behandlung erreicht?

Alkoholabhängigkeit geht einher mit einer hohen Komorbiditätsrate. Psychische und somatische Folge- und Begleiterkrankungen der Rehabilitanden werden erfasst, um auszumachen, ob Tages- und Fachklinikpatienten hinsichtlich dieser Merkmale unterschiedlich belastet sind. Da Komorbidität als ein abstinenzerschwerender Faktor gilt, ist die Reduktion der psychischen und körperlichen Symptombelastung ein weiteres Ziel der Rehabilitation und wird deswegen als Outcomekriterium erfasst:

Fragestellung 5

Welche psychischen und somatischen Folge- oder Begleitprobleme der Alkoholabhängigkeit haben die Patienten und wie verändern sich diese im Therapieverlauf?

Des Weiteren werden individuelle Reha-Ziele differenziert erhoben. Es wird dafür ausführlich erfragt, welche allgemeinen, beruflichen, körperlichen, inter- und intrapsychischen sowie suchtbezogenen Ziele die Patienten durch die Reha anstreben, um die patientenseitige Motivation zur Zielerreichung zu berücksichtigen. Es wird geprüft, ob die Veränderungen von den motivierten Patienten kurz- und mittelfristig erreicht werden. Daher werden in der prospektiven Studie die Motivation und die Erreichung von zahlreichen Rehabilitationszielen zu drei Zeitpunkten erhoben:

Fragestellung 6

Welche suchtbezogenen, beruflichen und allgemeinen Reha-Ziele und Ziele im Bereich der körperlichen bzw. psychischen Verfassung und der sozialen Beziehungen haben die Patienten zu Beginn der Reha und inwieweit erreichen sie diese?

Um Informationen über die mit der Suchterkrankung einhergehenden Beeinträchtigungen der Rehabilitanden zu erhalten, wird neben den oben genannten objektiven Merkmalen wie Arbeitslosigkeit oder das Vorhandensein einer Partnerbeziehung das Ausmaß subjektiver Belastungen erfragt. Die Reduktion von erlebten Belastungen durch die Suchterkrankung zur Steigerung des Wohlbefindens der Patienten stellt ein weiteres Ziel der Reha dar, da es einen Beitrag zur Sicherung der Abstinenz liefert. Es wird die Einschätzung in drei zentralen Lebensbereichen erhoben:

Fragestellung 7

In welchem Ausmaß fühlen sich die Patienten in wichtigen Lebensbereichen (Familie, Arbeit, Freundschaften) durch die Sucht belastet? Wird durch die Reha eine Reduktion dieser subjektiven Beeinträchtigung erreicht?

Die patientenseitig eingeschätzte Prozessqualität der Reha wird differenziert erhoben. Dafür sind Items entwickelt worden, die die Inanspruchnahme und Beurteilung der einzelnen Behandlungsangebote erfassen. Es wird außerdem die Zustimmung zu Bewertungsaussagen zur Reha hinsichtlich Dauer, Umfang, Betreuung, strukturellen Rahmenbedingungen und Organisation der Behandlung erhoben. Des Weiteren wird ermittelt, inwieweit sich die Patienten durch settingspezifische Merkmale belastet fühlen. Als wichtiger Bestandteil der Behandlung und als Spezifikum der wohnortnahen Reha im STZ wird erfragt, inwieweit Personen aus dem privaten und beruflichen Umfeld der Patienten in die Behandlung einbezogen worden sind und ob dies von den Rehabilitanden als hilfreich erlebt worden ist. Es wird außerdem erhoben, in welchem Umfang die Patienten die örtliche Anbindung des STZ an weiterbehandelnde Einrichtungen nutzen und eine Weiterbehandlung während der Reha im STZ initiieren. Die übergeordnete Fragestellung zu den einzelnen Items lautet:

Fragestellung 8

Wie bewerten die Patienten die Rehabilitation im STZ?

In der Literatur herrscht weitgehend Einigkeit über den negativen Einfluss von Behandlungsabbrüchen auf das Erreichen von Abstinenz im Katamnesezeitraum (z.B. Mundle, Brügel et al. 2001). Für die STZ-Patienten wird ermittelt, in welchem Ausmaß Patienten die Reha ohne ärztliches Einverständnis verlassen oder disziplinarisch entlassen werden und welche Gründe von diesen Patienten genannt werden, um Hinweise auf einen möglichen Optimierungsbedarf der Behandlung zu erhalten:

Fragestellung 9

Wie hoch ist die Haltequote, welche Gründe für Behandlungsabbrüche gibt es?

Alkoholabhängigkeit als chronische Erkrankung kann dauerhaft erfolgreich in der Regel nur mit der Inanspruchnahme weiterer Suchthilfeangebote nach der Entwöhnung behandelt werden. Die Anbindung der Patienten an weiterbehandelnde Einrichtungen ist daher ein wichtiger Bestandteil

sowohl der stationären als auch der teilstationären Reha. Es wird zum Katamnesezeitpunkt erfragt, inwieweit die Patienten diese Angebote zur Sicherung der Abstinenz oder zur Bearbeitung von Rückfällen wahrgenommen haben. Zudem wird erhoben, in welchem Ausmaß Rückfälle aufgetreten sind, die eine erneute Entgiftung oder Entwöhnung notwendig gemacht haben. Die konkrete Fragestellung lautet:

Fragestellung 10

In welchem Umfang werden Angebote des Suchthilfesystems nach der Reha in Anspruch genommen?

13 Methode

Für die Beantwortung der oben genannten Fragestellungen ist die Form einer prospektiven Längsschnittuntersuchung und einer zusätzlichen retrospektiven Katamnese gewählt worden. Im vorliegenden Bericht werden daher zwei Teilstudien vorgestellt:

- eine prospektive Längsschnittuntersuchung mit den Messzeitpunkten Reha-Beginn (T_1), Reha-Ende (T_2) und Sechs-Monats-Katamnese (T_3)
- eine retrospektive Katamnese mit einer Katamnesedauer zwischen 1,5 und 4,5 Jahren (T_r)

Die anfängliche Planung hat eine naturalistisch angelegte Längsschnittstudie der Rehabilitanden des STZ zu drei Messzeitpunkten vorgesehen. Aus ökonomischen Gründen ist für die prospektive Studie eine relativ kurze Katamnesedauer von sechs Monaten gewählt worden.

Um Informationen über die langfristigen Ergebnisse der Alkoholentwöhnungsbehandlung am STZ zu erhalten, ist auf den hohen zeitlichen Aufwand einer prospektiven Langzeitstudie mit kontinuierlicher Austeilung bzw. Aussendung der Fragebögen verzichtet worden, da dieser im Rahmen einer Promotionsstudie nicht vertretbar gewesen wäre. Stattdessen ist im Februar 2005 eine Erweiterung des von vornherein geplanten Studiendesigns um eine ergänzende retrospektive Erhebung entschieden worden. Für den retrospektiven Studienteil ist eine neue Fragebogenversion entwickelt worden, die inhaltlich anknüpft an die Fragebögen der prospektiven Studie. Die Ergebnisse beider Studienteile sind daher weitgehend miteinander vergleichbar.

Mit der zusätzlichen retrospektiven Erhebung können weitere Aussagen bezüglich langfristiger Ergebnisse anhand der Daten einer Stichprobe ehemaliger Rehabilitanden über einen Zeitraum von 1,5 bis 4,5 Jahre nach der Reha getroffen werden, die ausschließlich mit einem prospektiven Studiendesign nicht hätten erhoben werden können.

Mit diesen beiden Studien sowie der 2001 von Lotz-Rambaldi, Buhk et al. (2002) durchgeführten ersten retrospektiven Erhebung ist eine kontinuierliche Datenerhebung der Patientenjahrgänge seit der Etablierung der Tagesklinik des STZ umgesetzt worden. Eine Mehrfachbefragung einzelner Rehabilitanden ist durch die zeitliche Abfolge der Studien ausgeschlossen worden.

Für die eingesetzten Fragebögen ist ein Umfang gewählt worden, der für die Rehabilitanden akzeptabel erscheint, der aber auch genügend differenziert und umfangreich die relevanten Angaben erfasst. Zur Überprüfung der Verständlichkeit der Fragebögen ist die Akzeptanz des T_1 -Fragebogens der prospektiven Studie an einer Gruppe freiwilliger Rehabilitanden getestet und deren Rückmeldungen bei der Fragebogenentwicklung berücksichtigt worden.

Auf eine Gratifikation für die Teilnahme ist aus ökonomischen Gründen verzichtet worden. Studienergebnisse (Dirmaier, Harfst et al. in Press) zeigen jedoch, dass dieses Vorgehen einen positiven Effekt auf die Responstrate bewirkt.

Der Planung entsprechend ist eine prospektive Vollerhebung der Patienten des Aufnahmezeitraums 10/2004 bis 12/2005 vorgenommen worden. Die Gesamtpopulation der Rehabilitanden dieses Zeitraums beträgt für die Fachklinik 238 und für die Tagesklinik 179 Patienten.

Die postalische Fragebogenaussendung an 600 ehemaligen Rehabilitanden für die retrospektive Studie ist zu einem einheitlichen Zeitpunkt (08/2005) erfolgt. Es sind Rehabilitanden mit einem Entlassdatum ab 01/2001 bis Behandlungsbeginn 09/2004 ausgewählt worden, d.h. solche, die nicht in die prospektive Befragung einbezogen worden sind. Von dieser Patientenpopulation sind die Daten von Personen entfernt worden, die keinen festen Wohnsitz zum Behandlungsende vorweisen konnten. Aus dieser Population ist eine Zufallsstichprobe von jeweils 80 Personen pro Setting für die Entlassjahrgänge 2001 bis 2003 gezogen worden sowie von je 60 pro Setting für 2004. Diese Stichprobengröße ist gewählt worden, um mit vertretbarem ökonomischem Aufwand zuverlässige Aussagen treffen zu können.

Die vorliegenden Studien weisen eine grundlegende methodische Schwierigkeit auf. Der Vergleich der zwei Behandlungssettings am STZ ist ausschließlich mit einem naturalistischen Design durchführbar. Dies führt aufgrund der differentiellen Indikationskriterien für Tages- und Fachklinik zu Gruppenunterschieden in den Ausgangsdaten, die die Ergebnisse beeinflussen können. Hierzu gehört z.B. die Vorgabe, dass Wohnungslose ausschließlich in der Fachklinik behandelt werden können. Die Ergebnisunterschiede zwischen Fach- und Tagesklinik können somit nicht ohne weiteres als ein Effekt der unterschiedlichen Behandlungsformen verstanden werden; der mögliche Einfluss der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen ist in die Interpretation der Ergebnisse einzubeziehen.

Dieses Dilemma tritt in der Versorgungsforschung häufig auf, da Effekte von Interventionsmaßnahmen in der Regel unter natürlichen Bedingungen untersucht werden. Der mögliche Ausweg, Gruppen durch Matching bezüglich der Ausgangsbedingung vergleichbar zu machen, ist in der vorliegenden Studie nicht sinnvoll. Zum einen verringern sich die Zellenbelegungen in einem Maß, das keine statistisch relevanten Ergebnisse ermöglicht. Andererseits werden durch Matching die Gruppen in wesentlichen Charakteristika verändert, so dass Vergleichsaussagen fragwürdig werden können (beispielsweise durch Herausnahme der Wohnungslosen aus der Gruppe der Fachklinikpatienten).

Für die vorgenommenen Stichprobenvergleiche sind nur geringe Effektstärken zu erwarten, da in allen Stichproben Behandlungen durchgeführt worden sind. Werden Behandlungsgruppen mit unbehandelten Kontrollgruppen verglichen, sind größere Stichprobenunterschiede zu erwarten (Bortz 1999).

Für die Beantwortung der in Kapitel 12 genannten Fragestellungen sind neu entwickelte Fragebögen eingesetzt worden. Sie ermöglichen Aussagen über das STZ mit seinen spezifischen Bedingungen, dem Konzept, Behandlungsteam und der Patientenpopulation. Standardisierte Instrumente werden zudem einrichtungsübergreifend in den Routinekatamnesen der Rentenversicherungsträger eingesetzt. Mit einrichtungsspezifischen Fragebögen ist naturgemäß das Problem einer geringen externen Validität verbunden. Aus diesem Grund werden durch die Einrichtung erhobene SCL-90-R-Daten in die Auswertungen integriert, um standardisierte Vergleichsdaten zur Verfügung zu haben. Eine Reihe relevanter Daten, beispielsweise die Abstinenzraten nach DGSS 3, sind ohnehin mit denen anderer Erhebungen vergleichbar.

14 Operationalisierung

Definition des Outcomeparameters Abstinenz

Die Abstinenzrate wird anhand der in Tabelle 10 dargestellten Bezugsgruppen der DGSS (2001) berechnet. DGSS 3 stellt die relevante Angabe dar, da die zugrunde liegende Bezugsgruppe auch für die Berechnungen der anderen Variablen dieser Studien gilt. Die Abstinenzgruppen werden gemäß Tabelle 17 definiert.

Tabelle 17: Definition der Abstinenz zum Katamnesezeitpunkt

Gruppeneinteilung	Kriterium
abstinent	keinerlei Alkoholkonsum seit Entlassung
gebessert	Alkoholkonsum nach der Reha, kein Konsum seit mindestens 30 Tagen
rückfällig	Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen

Variablenzuordnung der prospektiven Studie

Für die vergleichende Analyse der teilstationären und stationären Rehabilitation hinsichtlich Akzeptanz, Prozess- und Ergebnisqualität werden im Einzelnen Angaben zu den im Folgenden aufgelisteten Bereichen erhoben. Einige Angaben werden außerdem der Behandlungsdokumentation entnommen, beispielsweise Angaben zur Entlassart, Arbeitsfähigkeit und die zu Beginn und am Ende erhobenen SCL-90-R-Daten. Einige weitere Daten, wie die Behandlungsdauer, werden anhand der Fragebogenangaben berechnet.

T₁-Fragebogen: Patientenmerkmale

- soziodemographische Merkmale, familiäre und Wohnsituation (Item 1 - 10)
- Ausbildung, berufliche Situation und sozialmedizinische Daten (Item 14 - 21)
- Vorbehandlungen (Item 11)
- Zugangsweg ins STZ und Entscheidungsgründe für das gewählte Setting (Item 12, 13)
- Schwere- und Chronifizierungsgrad der Alkoholabhängigkeit (Item 28 - 33), Konsum weiterer potentiell abhängigkeiterzeugender Substanzen (Item 34)
- Abstinenzsicherheit (Item 36)
- psychische und körperliche Folge- / Begleiterkrankungen und Befindlichkeit (Item 23 - 26)
- Belastungen durch die Sucht in Familie, Arbeit und Freundschaften (Item 35)
- patientenseitige berufliche und allgemeine Reha-Ziele (Item 22), Reha-Ziele im Bereich der körperlichen bzw. psychischen Verfassung und der sozialen Beziehungen (Item 27) und im Bereich der Alkoholabhängigkeit (Item 37)

T₂-Fragebogen: Akzeptanz und Prozessqualität

- Inanspruchnahme und Bewertung der Behandlungsangebote (Item 1)
- Einbezug relevanter Personen in die Rehabilitation (Item 2)
- Zufriedenheit mit der Reha im STZ bzw. mit dem gewählten Setting (Item 7, 9, 10, 12, 13)
- Kooperation mit weiterbehandelnden Einrichtungen (Item 3, 4)
- Bewertung der Behandlung in Bezug auf Umfang, Inhalt und Rahmenbedingungen der Reha, Betreuung durch die Mitarbeiter (Item 6)

-
- Belastungen durch settingspezifische Aspekte der Reha (Item 8)
 - Vorbereitende Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung (Item 14, 15) und aktuelle berufliche Situation (Item 16)
 - Veränderungen durch die Reha in wichtigen Lebensbereichen (Item 11)
 - Veränderungen im Lebensumfeld der Rehabilitanden während der Reha (Item 23)
 - Belastungen durch die Sucht in Familie, Arbeit und Freundschaften (Item 29)
 - Abstinenzzuversicht (Item 30)

T₂-Fragebogen: Ergebnisqualität

- Haltequote, Abbruchgründe (Item 5)
- Alkoholkonsum (Item 25, 27), rückfallauslösende Bedingungen (Item 28)
- Erreichen der zu T₁ erfassten beruflichen und allgemeinen Reha-Ziele (Item 17), Reha-Ziele im Bereich der körperlichen bzw. psychischen Verfassung und der sozialen Beziehungen (Item 22) und im Bereich der Alkoholabhängigkeit (Item 31)
- psychische und körperliche Folge- / Begleiterkrankungen und Befindlichkeit (Item 18 - 21)
- Veränderung der Suchtprobleme (Item 24)

T₃-Fragebogen: Akzeptanz

- Zufriedenheit mit der Reha im STZ bzw. mit dem gewählten Setting (Item 7 - 9, 11, 12)

T₃-Fragebogen: Ergebnisqualität

- familiäre und Wohnsituation (Item 1 - 6)
- Erwerbsstatus, berufliche Wiedereingliederung und sozialmedizinische Daten (Item 14 - 21)
- Weiterbehandlung (Item 13)
- Alkoholkonsum im Katamnesezeitraum (Item 30 - 34, 37), rückfallauslösende Bedingungen und Folgen (Item 38, 39)
- Abstinenzzuversicht (Item 41)
- Erreichen der zu T₁ erfassten beruflichen und allgemeinen Reha-Ziele (Item 22), Reha-Ziele im Bereich der körperlichen bzw. psychischen Verfassung und der sozialen Beziehungen (Item 27) und im Bereich der Alkoholabhängigkeit (Item 42)
- psychische und körperliche Folge- / Begleiterkrankungen und Befindlichkeit (Item 23 - 26, 43)
- Belastungen durch die Sucht in Familie, Arbeit und Freundschaften (Item 40)
- Veränderung der Suchtprobleme (Item 29) und des Substanzgebrauchs (Item 35, 36)
- Veränderungen im Lebensumfeld der Rehabilitanden nach der Reha (Item 28)
- Veränderungen durch die Reha in wichtigen Lebensbereichen (Item 10)

Variablenzuordnung der retrospektiven Studie

T₁-Fragebogen: Patientenmerkmale

- soziodemographische Merkmale, familiäre und Wohnsituation (Item 1 - 9)
- Ausbildung, berufliche Situation und sozialmedizinische Daten (Item 18 - 20, 24 - 28)
- Beginn des regelmäßigen Alkoholkonsums (Item 34)

T_r-Fragebogen: Akzeptanz und Prozessqualität

- Inanspruchnahme und Bewertung der Behandlungsangebote (Item 10)

T_r-Fragebogen: Ergebnisqualität

- Haltequote, Abbruchgründe (Item 11)
- Zufriedenheit mit der Reha im STZ bzw. mit dem gewählten Setting (Item 12 - 14, 16)
- Erwerbsstatus, berufliche Wiedereingliederung und sozialmedizinische Daten (Item 21 - 23, 25, 26, 28)
- Erreichen von beruflichen und allgemeinen Reha-Zielen (Item 29)
- Weiterbehandlung (Item 17)
- Alkoholkonsum im Katamnesezeitraum (Item 35 - 39)
- Abstinenzzuversicht (Item 45)
- Konsum weiterer potentiell abhängigkeiterzeugender Substanzen vor der Reha und zu T_r und Veränderungen des Konsums (Item 40 - 42)
- körperliche Befindlichkeit zu Beginn der Reha, am Ende und zu T_r (Item 30), psychische Befindlichkeit zu T_r und Veränderungen der Befindlichkeit durch die Reha (Item 31, 46)
- Veränderungen durch die Reha in wichtigen Lebensbereichen (Item 15)
- Veränderungen im Lebensumfeld der Rehabilitanden im Katamnesezeitraum (Item 32)
- Veränderung der Suchtprobleme (Item 33)
- Belastungen durch die Sucht in Familie, Arbeit und Freundschaften vor der Reha und zu T_r (Item 43, 44)

15 Datenerhebung

Prospektive Studie

Die Datenerhebung begann im Oktober 2004, da zu diesem Zeitpunkt eine Umstellung des Behandlungsangebotes abgeschlossen worden ist, die die Einführung einer Indikationsgruppe für Angst und Depression und ein Selbstsicherheitstraining beinhaltet hat.

Es sind konsekutiv alle im Erhebungszeitraum neu aufgenommenen Rehabilitanden der Tages- sowie der Fachklinik in die Verlaufsstudie einbezogen worden. Die Ausgabe der Fragebögen zu den Erhebungszeitpunkten T₁ und T₂ ist einmal wöchentlich durch die Autorin im STZ erfolgt. An dieser Sitzung haben Patienten beider Gruppen teilgenommen, die in der vergangenen Woche aufgenommen und solche, die in der folgenden Woche entlassen worden sind. Um die Compliance zu erhöhen und die Responserate zu verbessern sind die Patienten über den Nutzen und Ablauf der Studie instruiert worden.

Das Einverständnis zur Studienteilnahme mit drei Messzeitpunkten ist schriftlich eingeholt worden. Die Fragebögen T₁ bzw. T₂ sind unter möglichst identischen Bedingungen innerhalb von etwa 30 min. ausgefüllt worden. Fragen der Patienten konnten direkt geklärt werden. Bei Patienten mit schrift-sprachlichen Problemen sind die Fragebogenitems in Form eines strukturierten Einzelinterviews durch die Autorin erhoben worden. An nicht regulär entlassene Patienten sind die Fragebögen zum Zeitpunkt T₂ verschickt worden, ebenso an alle Patienten zu T₃. Absender und Empfängeradresse für die Versendung der Fragebögen ist das Institut für Medizinische Psychologie des UKE gewesen. Bei fehlender Rücksendung ist nach drei Wochen ein Erinnerungsschreiben verschickt worden. Ggf. ist nach weiteren drei Wochen eine zweite

Fragebogenaussendung mit Erinnerungsschreiben erfolgt sowie ggf. nach erneuten zwei Wochen eine telefonische Erinnerung.

Als Einschlusskriterium für die Studie ist eine primäre Alkoholabhängigkeit der Patienten definiert worden. Es ist die Anzahl der Teilnahmeverweigerer und der zu T₁ nicht erreichten Personen notiert worden. Patienten, die innerhalb des Datenerhebungszeitraums zweimal im STZ aufgenommen worden sind (unter Wechsel oder Beibehaltung des Settings), sind mehrfach befragt worden, da eine Vor- oder Nachbehandlung in anderen Entwöhnungseinrichtungen ebenfalls kein Ausschlusskriterium dargestellt hat. Ist während eines Aufenthalts ein Settingwechsel innerhalb des STZ erfolgt, sind die Fragebögen gewertet worden, die sich auf die zweite Behandlungsform beziehen.

Retrospektive Studie

Die postalische Versendung der Fragebögen der retrospektiven Katamnese ist zu einem einheitlichen Zeitpunkt im August 2005 erfolgt. Das Aussenden hat bei fehlender Rücksendung eine schriftliche Erinnerung nach drei Wochen beinhaltet sowie ggf. nach weiteren drei Wochen eine erneute Fragebogenaussendung mit Erinnerungsschreiben.

16 Messinstrument

Für die prospektive Studie sind zur Beantwortung der o.g. Fragestellungen acht Fragebogenversionen entwickelt worden (vier Messzeitpunkte, jeweils inhaltlich übereinstimmend für Fach- und Tagesklinik), für die retrospektive Studie zwei übereinstimmende Versionen für Fach- und Tagesklinik.

Für die Fragebogenentwicklung sind folgende Quellen herangezogen worden:

- Lotz-Rambaldi 2001: Fragebögen für die retrospektive vergleichende Untersuchung der tagesklinischen und stationären Behandlung am STZ (Quellen: Bürger, Dietsche et al. 2001; Buhk, Busche et al. 2001; Koch, Dietsche et al. 2000; Schulz, Lotz-Rambaldi et al. 1999; Bullinger und Kirchberger 1998; Koch und Tiefensee 1998; Stationäres einrichtungsbezogenes Dokumentationssystem SEDOS)
- Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen (DGSS 2001)
- SCL-14 (Harfst, Koch et al. 2002)

Als standardisiertes Instrument ist die SCL-14 (Harfst, Koch et al. 2002), die Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-90-R (Franke 1995), in die Fragebögen der retrospektiven Studie und in die prospektiv eingesetzten Katamnesefragebögen integriert worden. Vergleichsdaten liegen aus der SCL-90-R vor, die standardmäßig zu verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung im STZ eingesetzt wird. Diese Daten sind den Patientenakten entnommen, ausgewertet und für die anschließenden Auswertungen anonymisiert worden.

Die Studie beruht größtenteils auf Selbstaussagen der Patienten. Küfner (1982) hat die Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdanangaben untersucht und ist zu dem Schluss gekommen, dass Selbstaussagen von Patienten insgesamt die gleiche Validität wie fremdanamnestische Angaben haben. Es gibt Verleugnungstendenzen, die abhängig sind von der jeweiligen Phase des Behandlungsprozesses und sowohl zu einer Überbejahung als auch zu einer Unterbejahung von symptomatischen Kriterien führen. Hauptsächlich in der

Kontaktphase muss mit Verleugnungstendenzen als Teil der reaktiven Auseinandersetzung mit dem Abhängigkeitsproblem und der Hilflosigkeit gegenüber der Droge gerechnet werden. Zu der Entscheidung, die Studie auf Selbstangaben der Rehabilitanden beruhen zu lassen, hat auch der Forschungsbefund beigetragen, dass bei der Beurteilung der Abstinenz die Unterschiede zwischen Selbstaussagen und biologischen Markern wie GGT und MCV gering sind. In einer Untersuchung von Mundle, Ackermann et al. (1995) ist bei Hinzuziehung von biologischen Markern lediglich bei 6% der Patienten trotz Verneinung Alkoholkonsum nachweisbar gewesen.

17 Auswertungsverfahren

Die statistische Auswertung der Daten ist mittels der Statistikprogramme SPSS 12.0 und 13.0 erfolgt. Vor Durchführung der Berechnungen ist eine umfangreiche Plausibilitätsprüfung und ggf. -korrektur der eingegebenen Daten zu allen Messzeitpunkten vorgenommen worden.

Die o.g. Fragestellungen sind mittels χ^2 -Test oder exaktem Test nach Fisher auf Gruppenunterschiede untersucht worden. Mittelwertsunterschiede sind mit dem t-Test für unabhängige bzw. abhängige Stichproben getestet worden. Als nonparametrische Verfahren sind der U-Test nach Mann-Whitney, der Rand-Homogenitätstest sowie der McNemar-Test eingesetzt worden. Für die Verlaufsuntersuchungen sind univariate zweifaktorielle Varianzanalysen unter Zugrundelegung der Methode des allgemeinen linearen Modells durchgeführt worden. Als Prüfgröße für die Berechnungen der Effekte wird jeweils die Pillai-Spur angegeben. Die Responder-Nonresponder-Vergleiche sind anhand von χ^2 -Tests sowie t-Tests bzw. U-Tests nach Mann-Whitney durchgeführt worden.

Für die Analyse von Prädiktoren der Abstinenz im Katamnesezeitraum sind binäre logistische Regressionsanalysen (bei mehreren Regressoren mit Einschlussverfahren) angewendet worden. Nagels r^2 wird als ein Maß der Güte der Prädiktion angegeben. Odd ratios geben die Chance an, dass das Merkmal für die angegebene Stichprobe zutrifft.

Qualitative Daten liegen nur in geringem Umfang vor und sind deskriptiv ausgewertet worden.

Zur Interpretation der statistischen Effekte sind die Signifikanzgrenzen festgelegt worden auf das 5%- (signifikant: *), 1%- (sehr signifikant: **) und 0,1%-Niveau (hoch signifikant: ***). Nicht signifikante Ergebnisse werden durch n.s. gekennzeichnet.

Korrelationen sind nach Bortz und Döring (2002) bewertet worden: klein (+): $r \geq ,10$; mittel (++): $r \geq ,30$; groß (+++): $r \geq ,50$.

Für χ^2 -Tests kategorialer Variablen ist als Effektstärke ϕ (Cramer's V) verwendet und folgendermaßen interpretiert worden: klein (+): $\phi \geq ,10$; mittel (++): $\phi \geq ,30$; groß (+++): $\phi \geq ,50$. Für t-Tests ist Cohens d (Cohen 1988) als Effektstärkemaß berechnet und wie folgt klassifiziert worden: klein (+): $d \geq ,20$; mittel (++): $d \geq ,50$; groß (+++): $d \geq ,80$. Als Effektstärkemaß für Varianzanalysen ist η^2 genutzt worden: klein (+): $\eta^2 \geq ,0099$; mittel (++): $\eta^2 \geq ,0588$; groß (+++): $\eta^2 \geq ,1379$.

Bei Varianzanalysen mit Messwiederholungen ist eine Alpha-Adjustierung (Bonferroni-Korrektur) vorgenommen worden, um die Wahrscheinlichkeit zufällig signifikanter Ergebnisse zu korrigieren (Bortz 2004). In den Abbildungen werden Gruppenunterschiede mit G, die Zeiteffekte mit Z und die Wechselwirkungseffekte mit W angeführt.

Werden Berechnungen tabellarisch aufgeführt, bezeichnet N bei Mittelwertangaben den Stichprobenumfang der Gesamtstichprobe. Werden Häufigkeiten angegeben, kennzeichnet n

die jeweils angegebene Zellbelegung. Bei Prozentangaben für Fach- und Tagesklinikpatienten gelten die jeweils erstgenannten Werte für die Fachklinik und die zweitgenannten für die Tagesklinik.

Bei der Anwendung von t-Tests liegt zwischen den Stichproben in der Regel Varianzhomogenität vor. Bei Varianzheterogenität ist ein t-Test durchgeführt worden, wenn bei gleichem Stichprobenumfang ähnliche eingipflige bzw. symmetrische Verteilungen vorliegen oder Normalverteilung und ein ähnlicher Stichprobenumfang. Treffen diese Voraussetzungen nicht zu, ist der nonparametrische U-Test nach Mann-Whitney verwendet worden.

Bei der Berechnung von signifikanzstatistischen Unterschieden der Einschätzungen auf Likert-Skalen der Art "gar nicht - wenig – mittelmäßig – ziemlich – sehr" wird davon ausgegangen, dass diese als hinreichend metrisch zu betrachten sind. Aus diesem Grund sind Tests für intervallskalierte Daten angewendet worden.

Der Alkoholkonsum in Gramm reinem Alkohol ist gemäß folgender Umrechnung ermittelt worden: Bier 5%, 1 l = 40g, Wein / Sekt 11%, 1 l = 90g, Likör 25%, 1 l = 200g und Hochprozentiges 35%, 1 l = 280g reiner Alkohol.

D) Untersuchungsgruppe und Ergebnisse der prospektiven Studie

In diesem Abschnitt werden die prospektiv erhobenen Daten berichtet. Nach der Darstellung des Rücklaufs werden die untersuchten Stichproben hinsichtlich ihrer soziodemographischen Merkmale und Ausgangsbedingungen beschrieben. In Kapitel 21 wird die Behandlungs- und Katamnesedauer sowie die Responder-Nonresponder-Analyse dargestellt. In den darauf folgenden Kapiteln werden die einzelnen Ergebnisse der Erhebungen zum Reha-Ende und zum Katamnesezeitpunkt aufgeführt. Diese Ergebnisse werden in Kapitel 24 zur Beantwortung der Fragestellungen zusammengefasst.

18 Rücklauf

Tabelle 18: Rücklauf T₁

	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)
Basis	100 (238)	100 (179)	100 (417)
nicht erreichbar	4,6 (11)	2,2 (4)	3,6 (15)
Ausschluss wegen primärer Med.abhängigkeit	0,8 (2)	1,7 (3)	1,2 (5)
erreichbar	94,5 (225)	96,1 (172)	95,2 (397)
Verweigerung	1,3 (3)	1,1 (2)	1,2 (5)
Rücklauf bezogen auf Basis	93,3 (222)	95,0 (170)	94,0 (392)
Rücklauf bezogen auf Erreichbare	98,7 (222)	98,8 (170)	98,7 (392)

Tabelle 19: Rücklauf T₂

	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
Basis	100 (222)	100 (170)	100 (392)	---
nicht erreichbar	8,1 (18)	0,6 (1)	4,8 (19)	---
verzogen	3,2 (7)	0 (0)	1,8 (7)	---
wohnungslos	2,3 (5)	0 (0)	1,3 (5)	---
verstorben	0 (0)	0 (0)	0 (0)	---
andere Gründe	2,7 (6)	0,6 (1)	1,8 (7)	---
erreichbar	91,9 (204)	99,4 (169)	95,2 (373)	$\chi^2 = 11,80$; df = 1 ***p = ,001 + $\phi = -,174$
Verweigerung	2,7 (6)	2,9 (5)	2,8 (11)	---
keine Rücksendung	13,1 (29)	10,0 (17)	11,7 (46)	---
Rücklauf* bezogen auf Basis	76,1 (169)	86,5 (147)	80,6 (316)	$\chi^2 = 6,59$; df = 1 **p = ,010 + $\phi = ,130$
Rücklauf* bezogen auf Erreichbare	82,8 (169)	87,0 (147)	84,7 (316)	$\chi^2 = n.s.$

*nach bis zu zwei schriftlichen und ggf. einer telefonischen Erinnerung

Tabelle 20: Rücklauf T₃

	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
Basis	100 (222)	100 (170)	100 (392)	---
nicht erreichbar	25,7 (57)	8,2 (14)	18,1 (71)	---
verzogen	19,4 (43)	5,9 (10)	13,5 (53)	---
wohnungslos	3,2 (7)	0 (0)	1,8 (7)	---
verstorben	0,5 (1)	0 (0)	0,3 (1)	---
andere Gründe	2,3 (5)	0,6 (1)	1,5 (6)	---
keine Befragung durchgeführt	0,5 (1)	1,8 (3)	1,0 (4)	---
erreichbar	74,3 (165)	91,8 (156)	81,9 (321)	$\chi^2 = 19,74; df = 1$ ***p < ,001 + $\phi = ,224$
Verweigerung	5,0 (11)	8,2 (14)	6,4 (25)	---
keine Rücksendung	18,5 (41)	18,2 (31)	18,4 (72)	---
Rücklauf* bezogen auf Basis	50,5 (112)	65,3 (111)	56,9 (123)	$\chi^2 = 8,65; df = 1$ **p = ,003 + $\phi = ,149$
Rücklauf* bezogen auf Erreichbare	67,9 (112)	71,2 (111)	69,5 (223)	$\chi^2 = n.s.$

*nach bis zu zwei schriftlichen und ggf. einer telefonischen Erinnerung

Im Vergleich zu anderen Untersuchungen (z.B. Zobel, Missel et al. 2004) ist zu T₃ der Anteil der Verweigerer und der Anteil unbekannt verzogener Fachklinikpatienten in der vorliegenden Studie hoch.

19 Soziodemographische Merkmale

Die soziodemographischen Merkmale der beiden Patientengruppen sind in Tabelle 21 aufgeführt. Hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses bestehen keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Fachklinikpatienten sind im Mittel jünger als Tagesklinikpatienten (siehe auch Abbildung 2). Etwa 95% der Patienten beider Gruppen haben die deutsche Staatsangehörigkeit. Fachklinikpatienten haben im Vergleich zu den Tagesklinikpatienten in den sechs Monaten vor Reha-Beginn seltener in einer festen Partnerbeziehung gelebt. Im Vergleich zu den Tagesklinikpatienten ist ein geringerer Anteil von ihnen verheiratet und lebt mit dem Ehepartner zusammen, ein größerer Anteil ist geschieden.

Der Anteil allein wohnender Patienten ist in der Fachklinik größer als in der Tagesklinik. Von den Fachklinikpatienten haben weniger Personen im letzten halben Jahr mit ihrem Partner oder mit Partner und Kind/ern zusammen gewohnt und mehr mit sonstigen Personen. In der Fachklinik sind etwa doppelt so viele Partner der Patienten aktuell alkohol-, medikamenten- oder drogenabhängig (21 vs. 11%). Im vergangenen halben Jahr haben weniger Fachklinikpatienten selbständig gewohnt, d.h. zur Miete oder in Wohneigentum. Ein größerer Teil hat überwiegend in einer stationären Suchteinrichtung gelebt. Gemäß den Indikationsregeln haben keine Tagesklinikpatienten ohne festen Wohnsitz gelebt.

Ähnlich viele Patienten beider Gruppen haben Kinder. Diese unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihres Alters. Ebenso bestehen keine Unterschiede bezüglich der durchschnittlichen Anzahl im Haushalt lebender Kinder.

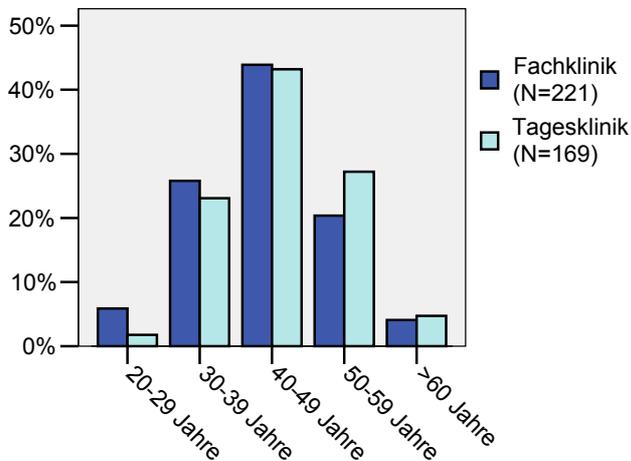


Abbildung 2: Alter der Rehabilitanden zum Aufnahmezeitpunkt (kategorisiert)

Tabelle 21: Soziodemographie zum Aufnahmezeitpunkt

	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
Geschlecht (Männer)	73,9 (164)	78,2 (133)	75,8 (297)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Alter (Jahre)	(221) 43,5 (8,82)	(169) 46,1 (8,41)	(390) 44,6 (8,72)	T = -2,891; df = 388 **p = ,004; +d = -,30
deutsche Staatsangehörigkeit	94,5 (208)	94,7 (161)	94,6 (369)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
feste Partnerbeziehung (kategorisiert)	55,0 (121)	75,9 (129)	65,5 (250)	$\chi^2 = 18,17$; df = 1 ***p < ,001; + ϕ = ,216
aktuelle Alkoholprobleme des Partners (kategorisiert)	21,1 (28)	10,7 (14)	15,9 (42)	$\chi^2 = 5,30$; df = 1 *p = ,021; + ϕ = ,142
Familienstand				
ledig	34,1 (75)	33,5 (57)	33,8 (132)	$\chi^2 = 24,68$; df = 4 ***p < ,001; + ϕ = ,252
verheiratet, zusammen lebend	20,0 (44)	40,6 (69)	29,0 (113)	
verheiratet, getrennt lebend	13,6 (30)	6,5 (11)	10,5 (41)	
geschieden	30,5 (67)	18,2 (31)	25,1 (98)	
verwitwet	1,8 (4)	1,2 (2)	1,5 (6)	
Wohnsituation*				
allein	43,2 (96)	30,0 (51)	37,5 (147)	$\chi^2 = 30,24$; df = 5 ***p < ,001; + ϕ = ,278
mit Eltern / Elternteil	2,3 (5)	3,5 (6)	2,8 (11)	
allein mit Kind/ern	3,6 (8)	1,8 (3)	2,8 (11)	
mit Partner/in	21,2 (47)	34,1 (58)	26,8 (105)	
mit Partner/in und Kind/ern	18,9 (42)	29,4 (50)	23,5 (92)	
mit Freunden / Bekannten / Sonstigen	10,8 (24)	1,2 (2)	6,6 (26)	
Wohnsituation**				
eigenständiges Wohnen (Miete / Wohneigentum)	81,1 (180)	94,7 (160)	87,0 (340)	zu geringe Zellbelegung
bei nahe stehenden Personen	5,4 (12)	4,1 (7)	4,9 (19)	
in stationärer Suchteinrichtung	5,0 (11)	0,0 (0)	2,8 (11)	
ohne Wohnung	3,6 (8)	0,0 (0)	2,0 (8)	
Pat. hat Kind/er	56,8 (126)	57,1 (97)	56,9 (223)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Kinder (bezogen auf Pat. mit Kindern)	2,0 (1,05)	1,9 (0,93)	2,0 (1,00)	T = n.s.
Alter der Kinder	16,4 (9,72)	16,8 (9,42)	16,6 (9,57)	T = n.s.
Anzahl im Haushalt lebender Kinder	0,4 (0,81)	0,5 (0,84)	0,5 (0,82)	T = n.s.

*Bei Mehrfachantworten (n = 15) sind nur die vermutlich aktuelleren Angaben berücksichtigt worden.

**Bei Mehrfachantworten (n = 7) sind nur die vermutlich aktuelleren Angaben berücksichtigt worden. Angaben < 3% werden nicht berichtet.

20 Ausgangsbedingungen

20.1 Ausbildung und Arbeitssituation

Fachklinikpatienten haben im Mittel einen niedrigeren Schulabschluss als Tagesklinikpatienten (Tabelle 22). Hinsichtlich der Berufsausbildung unterscheiden sich die beiden Stichproben nicht voneinander. Etwa ein Viertel bzw. ein Fünftel der Patienten hat keine abgeschlossene Berufsausbildung.

Tabelle 22: Schulische und berufliche Ausbildung

	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
Schulabschluss (kategorisiert)				
ohne Abschluss / Sonderschule	9,5 (21)	5,9 (10)	7,9 (31)	U = 16406,0 *p = ,028
Hauptschule	46,6 (103)	43,8 (74)	45,4 (177)	
Realschule / Polytechnische Oberschule	30,3 (67)	24,9 (42)	27,9 (109)	
Fachabitur oder höherer Abschluss	13,6 (30)	25,4 (43)	18,7 (73)	
Berufsausbildung* (kategorisiert)				
keine	26,2 (55)	20,8 (33)	23,8 (88)	U = n.s.
beruflich-betrieblich	55,2 (116)	59,1 (94)	56,9 (210)	
Fachschule	11,9 (25)	9,4 (15)	10,8 (40)	
Fachhochschule, Universität	6,7 (14)	10,7 (17)	8,4 (31)	

*Bei Mehrfachantworten (n = 48) ist nur die "höherwertige" Ausbildung berücksichtigt worden. "Andere Ausbildung" und "noch in der ersten Ausbildung" sind aus den Rechnungen ausgeschlossen worden. In diesem Item differieren der prospektive und der retrospektive Fragbogen, da unterschiedliche Antwortkategorien vorgegeben sind.

Bezüglich der Arbeitssituation unterscheiden sich die beiden Stichproben voneinander (Tabelle 23). In der Fachklinik ist zu T₁ der Anteil arbeitsloser Patienten deutlich größer, der Anteil Erwerbstätiger deutlich geringer als in der Tagesklinik.

Die Berufsgruppenzugehörigkeit ließ sich aufgrund der großen Kategorienanzahl nicht signifikanzstatistisch auswerten. Zu sehen ist aber, dass unter den Fachklinikpatienten mehr hierarchisch niedrigere Berufsgruppen vertreten sind (höherer Facharbeiteranteil und geringerer Anteil höherqualifizierter Angestellter). Entsprechend der Unterschiede in der Arbeitssituation vor der Reha verfügen die Fachklinikpatienten auch über ein geringeres monatliches Familiennettoeinkommen (siehe auch Abbildung 3). Dieses ist definiert als Summe der Gehälter, Löhne, Renten usw. aller im Haushalt lebenden Personen nach Abzug der Steuern. Dieser Gruppenunterschied entspricht einem mittleren Effekt. 75% der STZ-Patienten sind Hauptverdiener des jeweiligen Haushaltes.

Tabelle 23: Arbeitssituation zum Aufnahmezeitpunkt

	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
Arbeitssituation vor der Reha*				
erwerbstätig, Voll- / Teilzeit	28,9 (64)	49,4 (84)	37,7 (148)	zu geringe Zellbelegung
Umschulung / Ausbildung	0,9 (2)	2,4 (4)	1,5 (6)	
arbeits- / erwerbslos, ABM	61,7 (137)	40,0 (68)	52,3 (205)	
Hausfrau / Hausmann	2,3 (5)	1,2 (2)	1,8 (7)	
Erwerbsminderungsrente	2,3 (5)	1,8 (3)	2,0 (8)	
Altersrente	1,8 (4)	2,9 (5)	2,3 (9)	
andere Arbeitssituation	2,3 (5)	2,4 (4)	2,3 (9)	
Arbeitssituation vor der Reha (kategorisiert**)				
erwerbstätig	29,7 (66)	49,4 (84)	38,3 (150)	$\chi^2 = 18,85$; df = 2 ***p < ,001; + $\phi = ,219$
erwerbslos	61,7 (137)	40,0 (68)	52,3 (205)	
nicht erwerbstätig	8,6 (19)	10,6 (18)	9,4 (37)	
Berufsgruppenzugehörigkeit***				
ungelernt / ohne Berufsausbildung	12,0 (26)	11,5 (19)	11,8 (45)	zu geringe Zellbelegung
Facharbeiter/in	33,3 (72)	23,0 (38)	28,6 (109)	
Angestellte/r mit einfacher Tätigkeit	7,4 (16)	10,3 (17)	8,7 (33)	
Angestellte/r mit schwieriger Tätigkeit	13,0 (28)	20,6 (34)	16,3 (62)	
Familiennettoeinkommen****	(207)	(165)	(372)	T = -5,519; df = 370 ***p < ,001; ++d = -0,58
	2,7 (1,65)	3,7 (1,82)	3,2 (1,79)	
Pat. ist Hauptverdiener des Haushaltes	76,3 (145)	74,1 (117)	75,3 (262)	$\chi^2 = n.s.$

*Bei Mehrfachantworten (n = 7) ist nur die vermutlich aktuellere Angabe berücksichtigt worden oder, wenn diese Einordnung nicht möglich war, die "positivere" Arbeitssituation.

**erwerbstätig: voll-, teilzeiterwerbstätig; erwerbslos: arbeits- und erwerbslos, ABM; nicht erwerbstätig: Hausfrau / Hausmann, EU / BU, Altersrente, Umschulung / Ausbildung, andere Arbeitssituation

***Bei Mehrfachantworten (n = 22) ist jeweils die plausible Angabe gewertet worden. In Zweifelsfällen ist die hierarchisch höhere Berufsgruppe gewählt worden. Angaben <7% werden nicht berichtet.

****1 = <500 €, 2 = 500-1000 €, 3 = 1000-1500 €, 4 = 1500-2000 €, 5 = 2000-2500 €, 6 = 2500-3000 €, 7 = 3000-3500 €, 8 = >3500 €

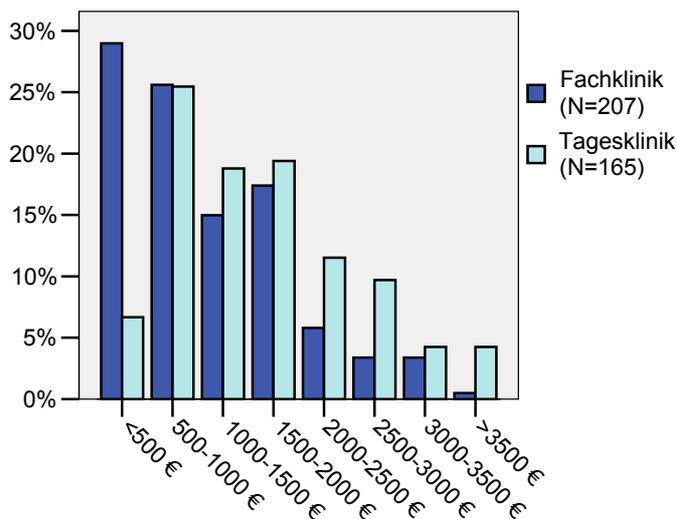


Abbildung 3: Monatlich verfügbares Familiennettoeinkommen zum Reha-Beginn

Für eine bessere Vergleichbarkeit der Gruppen sind aus den Angaben der Patienten über ihre Ausbildung und Arbeitssituation Indizes nach Winkler (1998) gebildet worden (siehe Tabelle 24 und Abbildung 4). In allen Indizes erreichen die Tagesklinikpatienten höhere Mittelwerte als die Fachklinikpatienten (kleine bis mittlere Effekte). Dies entspricht einem höheren Sozialstatus. Wird das Einkommen in die Schichtindizes einbezogen, hat dies eine Verringerung der Schichtindizes in beiden Patientengruppen zur Folge. Hier spiegelt sich die hohe Arbeitslosenquote wieder; die aktuelle Arbeitslosigkeit führt zu einem niedrigeren sozioökonomischen Status.

Tabelle 24: Indizes

	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)	Gesamt (N) M (SD)	Signifikanz
Ausbildungsindex* (1-7)	(222) 4,1 (1,62)	(170) 4,5 (1,58)	(392) 4,3 (1,61)	T = -2,159; df = 390 *p = ,031; +d = -,22
Berufsgruppenindex (1-7)	(222) 2,5 (1,52)	(170) 2,9 (1,59)	(392) 2,7 (1,56)	T = -2,433; df = 390 *p = ,015; +d = -,25
Einkommensindex (1-7)	(222) 2,5 (1,72)	(170) 3,6 (1,81)	(392) 3,0 (1,83)	T = -5,754; df = 390 ***p < ,001; ++d = -,59
Schichtindex (1-6) ohne Einbezug des Einkommens**	(222) 3,1 (1,33)	(170) 3,5 (1,34)	(392) 3,3 (1,35)	T = -2,748; df = 390 **p = ,006; +d = -,28
Schichtindex (1-6) mit Einbezug des Einkommens***	(222) 2,8 (1,19)	(170) 3,4 (1,27)	(392) 3,0 (1,26)	T = -4,738; df = 390 ***p < ,001; +d = -,48

*gebildet aus Schul- und Berufsausbildung

**gebildet aus Ausbildungs- und Berufsgruppenindex

***gebildet aus Ausbildungs-, Berufsgruppen- und Einkommensindex

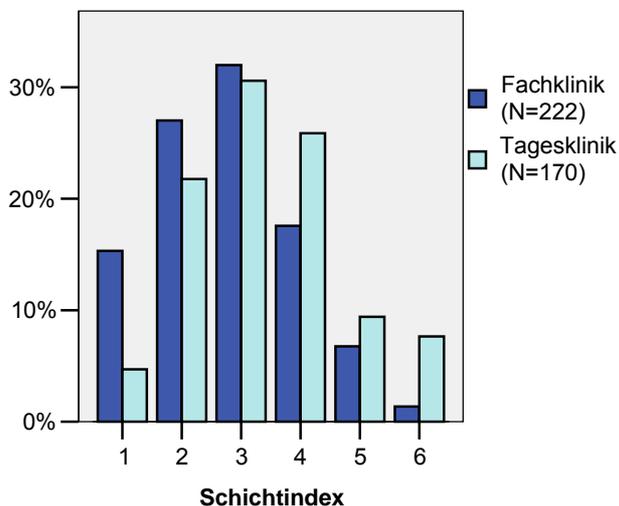


Abbildung 4: Schichtindex mit Einkommenseinbezug

In Tabelle 25 sind sozialmedizinische Daten aufgeführt.

Der Anteil an Patienten, die im letzten halben Jahr vor der Reha wegen Krankheit ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen konnte, ist in beiden Gruppen ähnlich hoch. Auch die Krankheitsdauer unterscheidet sich nicht.

Berufstätige Patienten beider Gruppen bejahen die Frage, ob sie ihren Arbeitsplatz als gefährdet ansehen, ähnlich häufig. In beiden Gruppen befürchtet dies ein gleich großer Anteil aufgrund der eigenen Alkoholabhängigkeit. Vor der Reha haben 8 bzw. 7% der Patienten einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung gestellt. Über die Hälfte dieser Anträge ist zu Beginn der Reha noch offen gewesen. Von den Patienten, die bisher keinen Rentenanspruch gestellt hatten, beabsichtigen 10% der Fach- und 5% der Tagesklinikpatienten die Beantragung.

Tabelle 25: Krankheit und Berufsunfähigkeit zum Aufnahmezeitpunkt

	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
Krankheit in den letzten 6 Monaten	52,8 (114)	49,7 (84)	51,4 (198)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Krankheitsdauer (Wochen, bezogen auf Pat. mit Krankheit)	(108) 14,5 (9,38)	(82) 14,2 (8,66)	(190) 14,3 (9,05)	U = n.s.*
Krankheitsdauer (kategorisiert, bezogen auf Pat. mit Krankheit)				U = n.s.*
kurz (1-3 Wochen)	13,9 (15)	12,2 (10)	13,2 (25)	
mittel (4-7 Wochen)	20,4 (22)	19,5 (16)	20,0 (38)	
lang (8-11 Wochen)	13,0 (14)	11,0 (9)	12,1 (23)	
sehr lang (12-26 Wochen)	52,8 (57)	57,3 (47)	54,7 (104)	
Gefährdung des Arbeitsplatzes (bezogen auf Berufstätige)	54,3 (38)	46,0 (40)	49,7 (78)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
...durch Alkoholabhängigkeit	71,4 (25)	73,0 (27)	72,2 (52)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Antrag auf Erwerbsminderungsrente vor der Reha gestellt	7,8 (17)	7,1 (12)	7,5 (29)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Status des Antrages:				zu geringe Zellbelegung
bewilligt	22,2 (4)	16,7 (2)	20,0 (6)	
abgelehnt	22,2 (4)	25,0 (3)	23,3 (7)	
noch offen	55,6 (10)	58,3 (7)	56,7 (17)	
Beabsichtigung, Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen (bezogen auf Pat. ohne Antrag)	9,8 (16)	5,0 (6)	7,8 (22)	$\chi^2 = \text{n.s.}$

*Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

20.2 Vorbehandlung und Zugangsweg

In Tabelle 26 sind suchtspezifische Vorbehandlungen der Patienten angegeben. Vor Beginn der Reha im STZ haben weniger Fach- als Tagesklinikpatienten jemals eine ambulante Suchtberatung in Anspruch genommen. Hinsichtlich der Anzahl der Sitzungen unterscheiden sich beide Patientengruppen nicht. Insgesamt hat etwa die Hälfte der Fach- und Tagesklinikpatienten eine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt. Hier zeigen sich Gruppenunterschiede in der Art der Entwöhnung: Bei der teilstationären Entwöhnung überwiegt der Anteil an Tagesklinikpatienten, bei der stationären Entwöhnung der Anteil an Fachklinikpatienten.

Jeweils ca. die Hälfte der Patienten beider Gruppen hat zudem eine ambulante Suchtberatung in Anspruch genommen und eine suchtspezifische Selbsthilfegruppe besucht. Ca. 80% aller Patienten haben vor der Reha eine Entgiftung durchgeführt.

Tabelle 26: Vor der Reha in Anspruch genommene Maßnahmen I

suchtspezifische Maßnahmen	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
suchtbezogene Selbsthilfegruppe	49,5 (110)	51,5 (87)	50,4 (197)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Treffen*/**	(91) 31,4 (67,36)	(67) 34,2 (71,22)	(158) 32,6 (68,82)	T = n.s.
ambulante Suchtberatung	42,3 (94)	53,6 (90)	47,2 (184)	$\chi^2 = 4,84; \text{df} = 1$ *p = ,028; + $\phi = ,111$
Anzahl der Sitzungen*	(84) 10,6 (12,50)	(81) 8,7 (7,03)	(165) 9,7 (10,20)	U = n.s.***
Entgiftung	82,0 (182)	76,9 (130)	79,8 (312)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Entgiftungen*	(177) 3,3 (3,05)	(127) 2,8 (5,66)	(304) 3,1 (4,33)	T = n.s.
ambulante Entwöhnung	9,0 (20)	13,0 (22)	10,7 (42)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Entwöhnungen*	(19) 2,6 (5,95)	(21) 1,4 (0,60)	(40) 2,0 (4,11)	T = n.s.
teilstationäre Entwöhnung	13,1 (29)	25,6 (43)	18,5 (72)	$\chi^2 = 9,85; \text{df} = 1$ **p = ,002; + $\phi = ,159$
Anzahl der Entwöhnungen*	(29) 1,1 (0,31)	(43) 1,3 (1,96)	(72) 1,2 (1,54)	T = n.s.
stationäre Entwöhnung	41,0 (91)	24,3 (41)	33,8 (132)	$\chi^2 = 12,01; \text{df} = 1$ ***p = ,001; + $\phi = ,175$
Anzahl der Entwöhnungen*	(86) 1,5 (0,79)	(40) 1,7 (1,15)	(126) 1,5 (0,92)	T = n.s.
Entwöhnung insgesamt (ambulant, teilstationär, stationär)	49,5 (110)	46,7 (79)	48,3 (189)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Entwöhnungen*	(104) 2,0 (2,76)	(77) 2,0 (1,90)	(181) 2,0 (2,42)	T = n.s.
stationäre Nachsorge	5,9 (13)	4,7 (8)	5,4 (21)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Behandlungen*	(11) 1,4 (0,67)	(8) 1,5 (0,76)	(19) 1,4 (0,69)	T = n.s.

*Einbezogen worden sind nur Fälle mit Inanspruchnahme der jeweiligen Maßnahme.

**Zusätzlich haben 25 Patienten als Freitext angegeben, "einmal wöchentlich" eine suchtbezogene Selbsthilfegruppe besucht zu haben. Diese Angaben sind nicht in die Auflistung einbezogen worden.

***Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

Die Patienten haben überwiegend suchtspezifische Maßnahmen in Anspruch genommen. Nicht suchtbezogene Angebote sind seltener aufgesucht worden; in diesem Merkmal bestehen keine Gruppenunterschiede (Tabelle 27). Nur für einen geringen Patientenanteil (5,4%) ist die Reha im STZ die erste in Anspruch genommene Maßnahme.

Tabelle 27: Vor der Reha in Anspruch genommene Maßnahmen II

nicht suchtspezifische Maßnahmen	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
nicht suchtbezogene Selbsthilfegruppe	4,5 (10)	1,8 (3)	3,3 (13)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Treffen*	(10) 10,3 (8,90)	(3) 29,0 (20,08)	(13) 14,6 (13,92)	U = n.s.**
ambulante Beratung / Therapie	12,2 (27)	9,5 (16)	11,0 (43)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Sitzungen*	(21) 25,4 (32,36)	(15) 49,7 (52,33)	(36) 35,5 (42,90)	U = n.s.**
stationäre Therapie	5,0 (11)	4,7 (8)	4,9 (19)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der stat. Aufenthalte*	(11) 2,0 (1,34)	(8) 1,8 (1,17)	(19) 1,9 (1,24)	T = n.s.
keine Maßnahmen	5,0 (11)	5,9 (10)	5,4 (21)	zu geringe Zellbelegung
andere Maßnahmen	5,4 (12)	3,0 (5)	4,3 (17)	$\chi^2 = \text{n.s.}$

*Einbezogen worden sind nur Fälle mit Inanspruchnahme der jeweiligen Maßnahme.

**Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

Die Entscheidungsgründe für das jeweilige Therapiesetting sind als Freitextangaben erfolgt. Sich ähnelnde Angaben sind nachträglich kategorisiert worden (siehe Tabelle 130 im Anhang). Für Tagesklinikpatienten überwiegt der Wunsch, den Kontakt zur Familie aufrecht zu halten und weiterhin in ihrer Wohnung und ihren Alltagsstrukturen zu verbleiben. Fachklinikpatienten geben als wichtigsten Grund an, das gewählte Setting biete mehr Struktur und Schutz vor Rückfällen.

Die Vermittlung ins STZ ist durch die in Tabelle 28 aufgeführten Personen bzw. Institutionen erfolgt. Fachklinikpatienten geben häufiger an, durch Eigeninitiative die Reha im STZ begonnen zu haben. Die anderen Vermittlungsarten werden in den beiden Gruppen ähnlich häufig genannt. Knapp ein Drittel der Patienten ist von einer anderen Suchteinrichtung ins STZ vermittelt worden, etwa ein Fünftel durch medizinische Stellen, z.B. Krankenhäuser. Nahe stehende Personen haben bei etwa 15% der Patienten den Anstoß zur Behandlung gegeben.

Tabelle 28: Vermittlung ins STZ*

	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
Eigeninitiative	61,3 (136)	50,0 (85)	56,4 (221)	$\chi^2 = 4,96; \text{df} = 1$ *p = ,026; + $\phi = ,113$
andere Suchteinrichtung	28,4 (63)	35,9 (61)	31,6 (124)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Krankenhaus oder andere medizinische Stelle	21,2 (47)	20,0 (34)	20,7 (81)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Partner, Familienangehörige, Freunde	17,6 (39)	11,2 (19)	14,8 (58)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Arbeitgeber	7,2 (16)	12,4 (21)	9,4 (37)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
niedergelassener Arzt	7,2 (16)	11,2 (19)	8,9 (35)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Arbeitskollegen	1,4 (3)	2,9 (5)	2,0 (8)	zu geringe Zellbelegung
niedergelassener Psychotherapeut	1,8 (4)	3,5 (6)	2,6 (10)	zu geringe Zellbelegung
Sonstiges	8,6 (19)	4,7 (8)	6,9 (27)	$\chi^2 = \text{n.s.}$

*Mehrfachantworten sind berücksichtigt worden.

20.3 Alkoholkonsum

Gruppenunterschiede bestehen im Ausmaß des Alkoholkonsums vor Reha-Beginn (Tabelle 29). Von den Tagesklinikpatienten ist ein größerer Anteil in den letzten 30 Tagen vor der Reha durchgehend abstinent gewesen. 16% der Tages- und 7% der Fachklinikpatienten sind bereits vor Reha-Beginn sechs Monate durchgehend abstinent gewesen (entspricht einem kleinen Gruppeneffekt). Auch zum Zeitpunkt der T₁-Erhebung sind mehr Tages- als Fachklinikpatienten abstinent. Aus diesem Grund ergibt die Berechnung der Anzahl durchgehend abstinenter Wochen im letzten halben Jahr einen hoch signifikanten Unterschied zu Gunsten der Tagesklinikpatienten. Bei Betrachtung der abstinenten Personen bestehen keine Unterschiede.

Tabelle 29: Abstinenz vor Behandlungsbeginn

T ₁	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
abstinent in den letzten 30 Tagen	45,8 (99)	73,1 (122)	57,7 (221)	$\chi^2 = 28,59$; df = 1 ***p < ,001 + $\phi = ,273$
abstinent in den letzten 6 Monaten	6,9 (15)	15,5 (26)	10,6 (41)	$\chi^2 = 7,38$; df = 1 **p = ,007 + $\phi = ,138$
Punktastinenz	93,1 (202)	99,4 (167)	95,7 (369)	$\chi^2 = 9,47$; df = 1 **p = ,002 + $\phi = ,157$
Anzahl abstinenter Wochen in den letzten sechs Monaten (bezogen auf alle Pat.)	(210) 8,8 (7,78)	(165) 14,0 (7,69)	(375) 11,1 (8,16)	T = -6,568; df = 373 ***p < ,001 ++d = -,68
Anzahl der Wochen durchgängiger Abstinenz zum Zeitpunkt der Befragung (bezogen auf abstinente Pat.)	(194) 9,5 (24,52)	(163) 13,1 (12,20)	(357) 11,2 (19,92)	T = n.s.

Hinsichtlich des Alters bei erstem regelmäßigem Alkoholkonsum unterscheiden sich die beiden Patientengruppen nicht voneinander (Tabelle 30). Patienten beider Gruppen, die in den letzten 30 Tagen vor der Reha Alkohol getrunken haben, unterscheiden sich nicht bezüglich der Anzahl der Tage mit jeglichem Gebrauch. Allerdings haben die Fachklinikpatienten häufiger bis zur Trunkenheit (mittlerer Effekt) konsumiert.

Bei Auswahl der Personen, die in den letzten sechs Monaten Alkohol konsumiert haben, zeigt sich, dass an Tagen mit Alkoholkonsum von den Fachklinikpatienten im Mittel mehr hochprozentiger Alkohol getrunken worden ist. Im Konsum anderer Alkoholika bestehen keine Gruppenunterschiede. Der durchschnittliche Alkoholkonsum in Gramm pro Tag mit Alkoholkonsum ist bei den Fachklinikpatienten höher als bei den Tagesklinikpatienten. Bezogen auf die Gesamtstichproben beider Gruppen haben im letzten halben Jahr die Fachklinikpatienten mehr Alkohol pro Tag getrunken als die Tagesklinikpatienten.

Fachklinikpatienten geben an, im Mittel an 5,4 Tagen der letzten 30 Tage vor Reha-Beginn Entzugssymptome erlebt zu haben.

Die Tagesklinikpatienten schätzen die Wahrscheinlichkeit, in den nächsten zwölf Monaten abstinent zu bleiben, höher ein als die Fachklinikpatienten.

Tabelle 30: Alkoholkonsum vor Behandlungsbeginn

	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)	Gesamt (N) M (SD)	Signifikanz
Alter bei erstem regelmäßigen Alkoholkonsum (Jahre)	(213) 23,1 (10,28)	(163) 24,3 (9,93)	(376) 23,6 (10,13)	T = n.s.
Anzahl der Tage mit jeglichem Alkoholkonsum**	(113) 12,5 (10,52)	(43) 10,3 (9,78)	(156) 11,9 (10,34)	T = n.s.
Anzahl der Tage mit Alkoholkonsum bis zur Trunkenheit**	(111) 6,3 (8,94)	(42) 2,6 (5,10)	(153) 5,3 (8,21)	U = 1746,5* *p = ,012; ++d = ,50
durchschnittliche Anzahl der Liter Alkohol pro Tag (an Tagen mit Konsum)***				
Hochprozentiges	(200) 0,47 (0,55)	(140) 0,33 (0,60)	(340) 0,42 (0,57)	T = 2,244; df = 338 *p = ,025; +d = ,26
Bier	(200) 2,27 (2,89)	(138) 2,31 (2,60)	(338) 2,29 (2,77)	T = n.s.
Wein, Sekt	(200) 0,49 (1,18)	(140) 0,41 (0,75)	(340) 0,45 (1,02)	T = n.s.
Likör	(200) 0,06 (0,31)	(140) 0,04 (0,21)	(340) 0,05 (0,28)	T = n.s.
durchschnittlicher Alkoholkonsum insgesamt in Gramm pro Tag***	(200) 280 (192)	(138) 232 (176)	(338) 260 (187)	U = 11385,5* **p = ,006; +d = ,26
durchschnittlicher Alkoholkonsum insg. in Gramm pro Tag (bezogen auf alle Pat.)	(214) 267 (200)	(164) 198 (181)	(378) 237 (195)	U = 13363,0* ***p < ,001; +d = ,36
Entzugssymptome in den letzten 30 Tagen (Anzahl der Tage)	(211) 5,4 (8,27)	(162) 2,3 (5,38)	(373) 4,1 (7,32)	U = 12369,5* ***p < ,001; +d = ,45
Abstinenzzuversicht 0 - 100%	(212) 74,9 (24,1)	(167) 81,2 (20,4)	(379) 77,7 (22,7)	U = 15394,5* *p = ,026; +d = -,28

*Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

**bezogen auf Patienten mit Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen

***bezogen auf Patienten mit Alkoholkonsum in den letzten sechs Monaten

20.4 Körperliche und psychische Verfassung

Etwa ein Drittel aller Patienten ist nach eigenen Angaben, abgesehen von der Alkoholabhängigkeit, körperlich gesund (siehe Tabelle 131 im Anhang). Bei der Mehrzahl der Patienten sind bereits körperliche Folge- oder Begleiterkrankungen eingetreten. Etwa ein Drittel hat eine Fettleber. Unter den Tagesklinikpatienten liegt vergleichsweise häufig eine Fettstoffwechselstörung und Hypertonus vor, unter den Fachklinikpatienten häufiger Pankreatitis. Insgesamt 93 Patienten haben weitere Krankheiten angegeben. Dabei handelt es sich bei zehn Patienten um eine oder mehrere psychische Störungen, v.a. Depression. Während sich das Ausmaß der körperlichen Beschwerden nicht zwischen den beiden Gruppen unterscheidet, leiden Fachklinikpatienten stärker unter psychischen Beschwerden (Tabelle 31).

Tabelle 31: Beschwerden zum Reha-Beginn*

	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)	Gesamt (N) M (SD)	Signifikanz
körperliche Beschwerden insgesamt	(219) 2,4 (1,15)	(170) 2,4 (1,19)	(389) 2,4 (1,16)	T = n.s.
psychische Beschwerden insgesamt	(218) 2,6 (1,18)	(170) 2,3 (1,29)	(388) 2,5 (1,23)	T = 2,408; df = 386 *p = ,016; +d = ,25

*1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

Fachklinikpatienten leiden zu Beginn der Reha im Vergleich zu Tagesklinikpatienten stärker unter depressiven Verstimmungen, Angstanfällen, Aggressivität und Suizidgedanken (siehe Tabelle 32 und Abbildung 5).

Tabelle 32: Psychische Beschwerden zum Reha-Beginn*

Wie stark leiden Sie zurzeit unter...	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)	Gesamt (N) M (SD)	Signifikanz
depressiven Verstimmungen?	(217) 2,5 (1,36)	(167) 2,1 (1,31)	(384) 2,4 (1,35)	T = 2,963; df = 382 **p = ,003; +d = ,31
Ängsten?	(214) 2,3 (1,33)	(167) 2,1 (1,26)	(381) 2,2 (1,30)	T = n.s.
Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration?	(217) 2,2 (1,20)	(167) 1,9 (1,08)	(384) 2,1 (1,15)	T = n.s.
Gereiztheit?	(215) 2,1 (1,22)	(167) 2,0 (1,11)	(382) 2,0 (1,17)	U = n.s.**
Aggressivität?	(217) 1,8 (1,13)	(167) 1,6 (0,88)	(384) 1,7 (1,04)	U = n.s.**
Angstanfällen / Panik?	(216) 1,7 (1,22)	(164) 1,4 (0,91)	(380) 1,6 (1,10)	U = 15510,5** **p = ,009; +d = ,29
ernsthaften Selbstmordgedanken?	(218) 1,4 (0,93)	(167) 1,2 (0,55)	(385) 1,3 (0,79)	U = 16573,5** *p = ,022; +d = ,27

*1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5= sehr

**Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

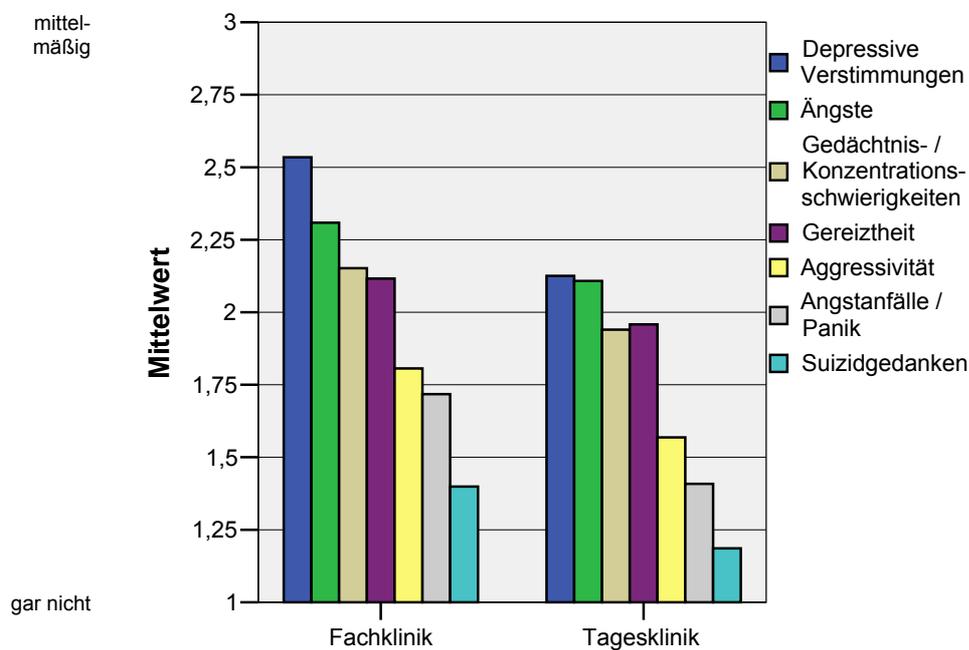


Abbildung 5: Psychische Beschwerden zum Reha-Beginn

Fachklinikpatienten fühlen sich durch ihre Sucht in den Bereichen Familie und Partnerschaft, Arbeit und Beruf sowie Freundschaften stärker belastet als Tagesklinikpatienten (Tabelle 33).

Tabelle 33: Subjektiv empfundene Belastungen durch die Sucht in verschiedenen Bereichen*

	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)	Gesamt (N) M (SD)	Signifikanz
Familie und Partnerschaft	(194) 3,2 (1,50)	(159) 2,3 (1,31)	(353) 2,8 (1,48)	U = 10367,5** ***p < ,001; ++d = ,62
Arbeit und Beruf	(161) 3,1 (1,70)	(136) 2,5 (1,60)	(297) 2,8 (1,68)	T = 3,185; df = 295 **p = ,002; +d = ,37
Freundschaften	(185) 2,5 (1,34)	(151) 1,9 (1,14)	(336) 2,2 (1,28)	U = 10748,5** ***p < ,001; +d = ,44

*1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

**Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

Zu Beginn der Reha sind die Fachklinikpatienten in den durch die SCL-90-R abgefragten Symptombereichen stärker belastet als die Tagesklinikpatienten. Signifikant sind die Gruppenunterschiede in Depressivität, Ängstlichkeit, phobischer Angst, paranoidem Denken, Psychotizismus und der allgemeine psychopathologischen Symptombelastung (GSI). Die Werte werden aus Platzgründen nicht im Einzelnen genannt, in Tabelle 51 ist jedoch ein Vergleich der gebundenen Stichproben zwischen T₁ und T₂ dargestellt.

21 Weitere Stichprobenmerkmale

21.1 Behandlungs- und Katamnesedauer

Entsprechend des Behandlungskonzepts dauert die Reha in der Fachklinik länger als in der Tagesklinik (mittlerer Effekt, siehe Tabelle 34). Beide Gruppen unterschreiten die jeweilige reguläre Therapiedauer von 16 bzw. zwölf Wochen deutlich. In der Fachklinik liegt die mittlere Behandlungsdauer gut drei Wochen unter der regulären, in der Tagesklinik knapp zwei Wochen. In der mittleren Behandlungsdauer sind sowohl Wiederholungs- und Auffangbehandlungen mit einer kürzeren Bewilligungsdauer als auch vorzeitige Behandlungsbeendigungen enthalten. Diese betragen 44% der Behandlungen in der Fachklinik und 21% in der Tagesklinik (siehe Abschnitt 22.1). Die Katamnesedauer unterscheidet sich zwischen den Gruppen nicht.

Tabelle 34: Behandlungs- und Katamnesedauer

	Fachklinik (N) M (SD) range	Tagesklinik (N) M (SD) range	Gesamt (N) M (SD) range	Signifikanz
Behandlungsdauer (Wochen)	(222) 12,7 (4,51) 0,3 - 18,6	(170) 10,3 (3,50) 0,3 - 17,3	(392) 11,7 (4,26) 0,3 - 18,6	U = 10229,0** ***p < ,001 ++d = ,65
Katamnesedauer* (Monate)	(112) 6,8 (0,75) 5,9 - 8,9	(111) 6,7 (0,68) 5,7 - 8,6	(223) 6,7 (0,72) 5,7 - 8,9	T = n.s.

*Entlassung bis Fragebogeneingang

**Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

21.2 Responder-Nonresponder-Analyse

Die Basis der zu Beginn der Reha erreichten Patienten beträgt N = 392. Von 69,5% (67,9% der Fach- und 71,2% der Tagesklinikpatienten) dieser Patienten liegt der Katamnesefragebogen vor. Die Gruppe der Responder zum Katamnesezeitpunkt ist mit der Gruppe der Nonresponder hinsichtlich signifikanter Unterschiede in bedeutsamen zu T₁ und T₂ erhobenen Variablen verglichen worden.

Die Vergleiche der Fachklinikpatienten sind in Tabelle 35 und 36 dargestellt. Innerhalb der Gruppe der Fachklinikpatienten zeichnen sich die Responder durch ein höheres Alter bei Behandlungsbeginn, einen größeren Anteil Erwerbstätiger und einen geringeren Anteil Erwerbsloser sowie einen höheren Schichtindex und eine längere Behandlungsdauer aus.

Tabelle 35: Responder-Nonresponder-Vergleich der Fachklinik

T ₁ -Variablen	Responder zu T ₃ % (n) (N) M (SD)	Nonresponder zu T ₃ % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
Männer	74,1 (83)	73,6 (81)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Alter (Jahre)	(112) 45,3 (8,25)	(109) 41,6 (9,02)	T = 3,181; df = 219 **p = ,002; +d = ,43
feste Partnerbeziehung (kategorisiert)	54,1 (60)	56,0 (61)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Schulabschluss (kategorisiert) Hauptschul- oder niedrigerer Abschluss Realschulabschluss / Polytechn. Oberschule Abitur oder höherer Abschluss	55,4 (62) 39,3 (44) 5,4 (6)	57,3 (63) 40,9 (45) 1,8 (2)	U = n.s.
Arbeitssituation (kategorisiert) erwerbstätig erwerbslos nicht erwerbstätig	39,3 (44) 50,9 (57) 9,8 (11)	20,0 (22) 72,7 (80) 7,3 (8)	$\chi^2 = 11,65$; df = 2 **p = ,003; + $\phi = ,229$
Schichtindex mit Einbezug des Einkommens (1-6)	(112) 3,0 (1,26)	(110) 2,5 (1,05)	T = 3,264; df = 220 ***p = ,001; +d = ,44
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	(105) 21,1 (10,78)	(107) 19,2 (10,09)	T = n.s.

Tabelle 36: Responder-Nonresponder-Vergleich der Fachklinik

T ₂ -Variablen	Responder zu T ₃ % (n) (N) M (SD)	Nonresponder zu T ₃ % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
Behandlungsdauer (Wochen)	(112) 13,3 (3,90)	(110) 12,1 (5,00)	T = 2,115; df = 205,8 *p = ,036; +d = ,28
Behandlungsabbruch (Entlassbericht)	18,8 (18)	28,3 (28)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Beurteilung der Reha als erfolgreich*	(104) 1,9 (0,91)	(63) 1,7 (0,77)	T = n.s.
Beurteilung der Reha insgesamt**	(104) 1,9 (0,71)	(64) 1,8 (0,69)	T = n.s.
Suchtprobleme haben sich durch Reha...***	(101) 1,5 (0,93)	(65) 1,5 (0,99)	T = n.s.
Rückfall während der Reha	22,3 (23)	18,5 (12)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Abstinenzzuversicht (0 - 100%)	(101) 66,9 (28,4)	(59) 65,8 (26,4)	T = n.s.

*1 = sehr, 2 = ziemlich, 3 = mittelmäßig, 4 = wenig, 5 = gar nicht

**1 = sehr gut, 2 = eher gut, 3 = mittelmäßig, 4 = eher schlecht, 5 = sehr schlecht

***1 = stark verringert, 2 = etwas verringert, 3 = nicht verändert, 4 = etwas vergrößert, 5 = stark vergrößert

Innerhalb der Gruppe der Tagesklinikpatienten liegen zwischen Respondern und Nonrespondern zum Katamnesezeitpunkt lediglich in zwei Merkmalen signifikante Unterschiede vor: Responder sind älter und bereits länger alkoholabhängig (Tabelle 37 und 38).

Tabelle 37: Responder-Nonresponder-Vergleich der Tagesklinik

T₁-Variablen	Responder zu T₃ % (n) (N) M (SD)	Nonresponder zu T₃ % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
Männer	78,4 (87)	78,0 (46)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Alter (Jahre)	(110) 47,9 (8,48)	(59) 42,6 (7,10)	T = 4,129; df = 167 ***p < ,001; ++d = ,67
festе Partnerbeziehung (kategorisiert)	72,1 (80)	83,1 (49)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Schulabschluss (kategorisiert) Hauptschul- oder niedrigerer Abschluss Realschulabschluss / Polytechn. Oberschule Abitur oder höherer Abschluss	50,9 (56) 37,3 (41) 11,8 (13)	47,5 (28) 47,5 (28) 5,1 (3)	U = n.s.
Arbeitssituation (kategorisiert) erwerbstätig erwerbslos nicht erwerbstätig	45,9 (51) 40,5 (45) 13,5 (15)	55,9 (33) 39,0 (23) 5,1 (3)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Schichtindex mit Einbezug des Einkommens (1-6)	(111) 3,4 (1,32)	(59) 3,3 (1,17)	T = n.s.
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	(106) 23,3 (10,80)	(56) 18,7 (9,12)	T = 2,694; df = 160 **p = ,008; +d = ,45

Tabelle 38: Responder-Nonresponder-Vergleich der Tagesklinik

T₂-Variablen	Responder zu T₃ % (n) (N) M (SD)	Nonresponder zu T₃ % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
Behandlungsdauer (Wochen)	(111) 10,9 (2,84)	(59) 9,3 (4,32)	U = 2491,5**** **p = ,008; +d = ,45
Behandlungsabbruch (Entlassbericht)	6,1 (6)	13,7 (7)	zu geringe Zellbelegung
Beurteilung der Reha als erfolgreich*	(107) 1,9 (1,07)	(39) 2,2 (1,44)	U = n.s.***
Beurteilung der Reha insgesamt**	(108) 1,7 (0,74)	(39) 1,9 (0,75)	T = n.s.
Suchtprobleme haben sich durch Reha...***	(106) 1,4 (0,77)	(37) 1,4 (0,77)	T = n.s.
Rückfall während der Reha	15,2 (16)	5,3 (2)	Fisher = n.s.
Abstinenzzuversicht (0 - 100%)	(105) 74,9 (27,0)	(38) 73,4 (29,2)	T = n.s.

*1 = sehr, 2 = ziemlich, 3 = mittelmäßig, 4 = wenig, 5 = gar nicht

**1 = sehr gut, 2 = eher gut, 3 = mittelmäßig, 4 = eher schlecht, 5 = sehr schlecht

***1 = stark verringert, 2 = etwas verringert, 3 = nicht verändert, 4 = etwas vergrößert, 5 = stark vergrößert

****Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

Verweigerung der Studienteilnahme

Über Gründe für eine Verweigerung der Studienteilnahme lässt sich nur mutmaßen. Zu Beginn der Rehabilitation kann mangelndes Interesse oder empfundene Überforderung mit der neuen Situation in einer Entwöhnungseinrichtung und dem Ausfüllen verschiedener im STZ ausgeteilter

Fragebögen und Tests sein. Zum Ende der Behandlung bzw. sechs Monate nach Beendigung liegen möglicherweise andere Gründe vor, beispielsweise Behandlungsmisserfolg, ein schlechtes Befinden zum Erhebungszeitpunkt oder Unzufriedenheit mit der Behandlung bzw. der Einrichtung. Die Ergebnisse der Responder-Nonresponder-Analyse der prospektiven Studie sprechen allerdings gegen den letztgenannten Grund, da die Nonresponder zu T₂ vergleichbar hohe Zufriedenheitsangaben zur Reha im STZ machen wie die Responder.

22 Ergebnisse zum Reha-Ende

22.1 Behandlungsbeendigung

Insgesamt geben etwa 16% der Patienten an, die Reha vorzeitig beendet zu haben. Die Gründe sind in Tabelle 39 genannt. Die Gruppenunterschiede sind mit dem χ^2 -Test aufgrund der geringen Fallzahlen nicht für jedes Item signifikanzstatistisch überprüfbar. Gruppenunterschiede bestehen aber augenscheinlich in den Items "Ich hatte den Eindruck, dass die Reha nicht für mich geeignet ist", "Ich hatte gegen Therapieregeln verstoßen" und "Ich hatte Probleme mit anderen Patienten". Hier überwiegt jeweils deutlich der Anteil an Fachklinikpatienten. Knapp ein Viertel der Fach- und Tagesklinikpatienten hat die Reha vorzeitig beendet, da das Reha-Ziel bereits erreicht gewesen sei. Aufgrund eines Rückfalls haben 22 bzw. 30% der Patienten die Reha beendet. Insgesamt 16% geben an, es sei kein Erfolg erkennbar gewesen.

Tabelle 39: Vorzeitige Beendigung der Reha

	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz	odd ratio
vorzeitige Beendigung	16,0 (27)	15,6 (23)	15,8 (50)	$\chi^2 = \text{n.s.}$	1,03
Abbruchgrund*:					
erneuter Alkoholkonsum	22,2 (6)	30,4 (7)	26,0 (13)	$\chi^2 = \text{n.s.}$	0,65
Reha nicht geeignet	33,3 (9)	17,4 (4)	26,0 (13)	$\chi^2 = \text{n.s.}$	2,37
Reha-Ziel war erreicht	22,2 (6)	26,1 (6)	24,0 (12)	$\chi^2 = \text{n.s.}$	0,81
Verstoß gegen Therapieregeln	22,2 (6)	13,0 (3)	18,0 (9)	zu geringe Zellbelegung	1,91
kein Erfolg erkennbar	14,8 (4)	17,4 (4)	16,0 (8)	zu geringe Zellbelegung	0,82
gesundheitliche Gründe	11,1 (3)	17,4 (4)	14,0 (7)	zu geringe Zellbelegung	0,59
Probleme mit Mitarbeitern	11,1 (3)	13,0 (3)	12,0 (6)	zu geringe Zellbelegung	0,84
Probleme mit Patienten	22,2 (6)	0,0 (0)	12,0 (6)	zu geringe Zellbelegung	zu geringe Zellbelegung
andere Gründe	33,3 (9)	26,1 (6)	30,0 (15)	$\chi^2 = \text{n.s.}$	1,41

*Mehrfachnennungen sind berücksichtigt worden. Angaben <5% insgesamt werden aus Platzgründen nicht berichtet.

Die in Tabelle 40 genannten Angaben zur Art der Beendigung der Reha sind den Entlassberichten der Patienten entnommen worden. Diese Angaben stimmen nicht vollständig mit den oben genannten Fragebogenangaben der Patienten überein.

Im Unterschied zu den Selbstaussagen der Patienten sind nach den Entlassberichten 56% der stationären und 79% der teilstationären Behandlungen regulär beendet worden. Als kritische Entlassformen im Sinne eines Therapieabbruchs können die Kategorien "vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis" und "disziplinarisch" gewertet werden. Diese Entlassformen treffen auf 24% (n = 46) der Fachklinikpatienten und 9% (n = 13) der Tagesklinikpatienten zu. Die

Kategorie "Wechsel zu anderer Therapieform" wird ausschließlich von Fachklinikpatienten belegt und wird für Patienten angegeben, die direkt eine Nachsorgebehandlung aufnehmen. In der Regel handelt es sich um eine stationäre Nachsorge.

Tabelle 40: Art der Beendigung der Reha laut Entlassbericht

	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
regulär	56,4 (110)	79,3 (119)	66,4 (229)	zu geringe Zellbelegung
vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	1,5 (3)	2,0 (3)	1,7 (6)	
vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	3,1 (6)	8,7 (13)	5,5 (19)	
vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	14,4 (28)	7,3 (11)	11,3 (39)	
disziplinarisch	9,2 (18)	1,3 (2)	5,8 (20)	
verletzt	2,1 (4)	1,3 (2)	1,7 (6)	
Wechsel zu anderer Therapieform	13,3 (26)	0,0 (0)	7,5 (26)	

22.2 Beurteilung der Reha

22.2.1 Inanspruchnahme und Beurteilung der Behandlungsangebote

Tabelle 41 bezieht sich auf die stationären Behandlungsangebote und enthält die Inanspruchnahmeraten und Beurteilungen der Fachklinikpatienten. Zur Erläuterung der Inhalte der Angebote siehe Kapitel 10. In Abbildung 6 sind die Beurteilungen grafisch dargestellt.

Gemäß des Behandlungskonzepts ist die Teilnahme an einigen der erfassten Behandlungsangebote obligatorisch. Gründe für eine angegebene Nichtteilnahme an diesen Maßnahmen können in einem frühen Abbruch der Reha, Erinnerungsverzerrungen oder Fehlern bei der Fragebogenbeantwortung liegen.

Jeweils zwischen 25 und 40% der Fachklinikpatienten haben die Indikationsgruppen genutzt. Etwa ein Drittel bis die Hälfte der Patienten hat Akupunktur, Gesundheits- und zusätzliche Sozialberatung sowie Angehörigen- oder Paargespräche in Anspruch genommen. Sehr selten werden die physikalischen Anwendungen eingesetzt. In der Arbeitslosengruppe ist entsprechend des Erwerbsstatus der Fachklinikpatienten die Teilnahmequote höher als in der Gruppe Sucht am Arbeitsplatz. Die Aufarbeitung eines eigenen Rückfalls im Rahmen des Rückfallprogramms ist bei 27% der Patienten erfolgt. Etwa jeder Fünfte erhält eine EDV-Schulung. Die teilstationäre Entlassphase, die die Voraussetzung eines ausreichend stabilen sozialen Umfelds beinhaltet, ist für 55% der Patienten realisiert worden.

Die durchschnittlichen Bewertungen der einzelnen Maßnahmen liegen zwischen 2,9 für die Arbeitslosengruppe und 4,7 für die physikalischen Anwendungen.

Tabelle 41: Inanspruchnahme und Beurteilung* von Angeboten der Fachklinik

Fachklinik	Teilnahme % (n)	Beurteilung (N) M (SD)
Forum**	99,4 (167)	(163) 3,7 (0,97)
Entspannungstherapie**	98,8 (167)	(164) 4,3 (0,88)
Bewegungstherapie**	98,2 (166)	(163) 4,2 (0,84)
Einzeltherapie**	97,6 (165)	(163) 4,2 (0,91)
Walking**	96,4 (162)	(159) 4,0 (0,88)
Gruppentherapie**	96,4 (163)	(161) 3,9 (0,94)
Ergo- und Gestaltungstherapie**	96,4 (163)	(160) 3,7 (1,05)
arbeitstherapeutische Projekte**	91,7 (155)	(153) 4,2 (0,89)
therapeutische und Informationsangebote der Phase 1**	91,1 (153)	(150) 3,8 (0,72)
therapeutische Angebote der Phase 3**	86,3 (145)	(143) 3,8 (1,05)
Themenzentrierte Information (TZ) Sucht**	83,4 (141)	(139) 3,8 (0,79)
Sinn statt Sucht**	79,2 (133)	(129) 3,2 (1,19)
Akupunktur	55,0 (93)	(91) 3,4 (1,16)
teilstationäre Entlassphase	54,8 (92)	(91) 4,4 (0,89)
Sozialberatung	53,6 (90)	(88) 3,3 (1,04)
Arbeitslosengruppe	52,4 (88)	(87) 2,9 (1,03)
Indikationsgruppe: Gestalttherapie und Psychodrama	40,5 (68)	(68) 4,3 (1,03)
Gesundheitsberatung	39,1 (66)	(66) 3,5 (0,96)
Sucht am Arbeitsplatz	35,5 (60)	(57) 3,9 (1,22)
Indikationsgruppe: Rückfallprävention STAR	30,4 (51)	(51) 3,7 (1,15)
Indikationsgruppe: Selbstsicherheitstraining	30,4 (51)	(51) 3,6 (1,12)
Angehörigen- / Paargespräche	30,2 (51)	(49) 4,3 (0,80)
Rückfallprogramm	26,6 (45)	(44) 4,0 (1,05)
Indikationsgruppe: Bewältigung von Angst und Depression (BAD)	25,6 (43)	(43) 4,1 (0,94)
EDV-Schulung	19,0 (32)	(32) 4,0 (0,93)
physikalische Anwendungen	6,0 (10)	(10) 4,7 (0,48)

*1 = sehr schlecht, 2 = eher schlecht, 3 = mittelmäßig, 4 = eher gut, 5 = sehr gut

**Angebot mit verpflichtender Teilnahme für alle Patienten

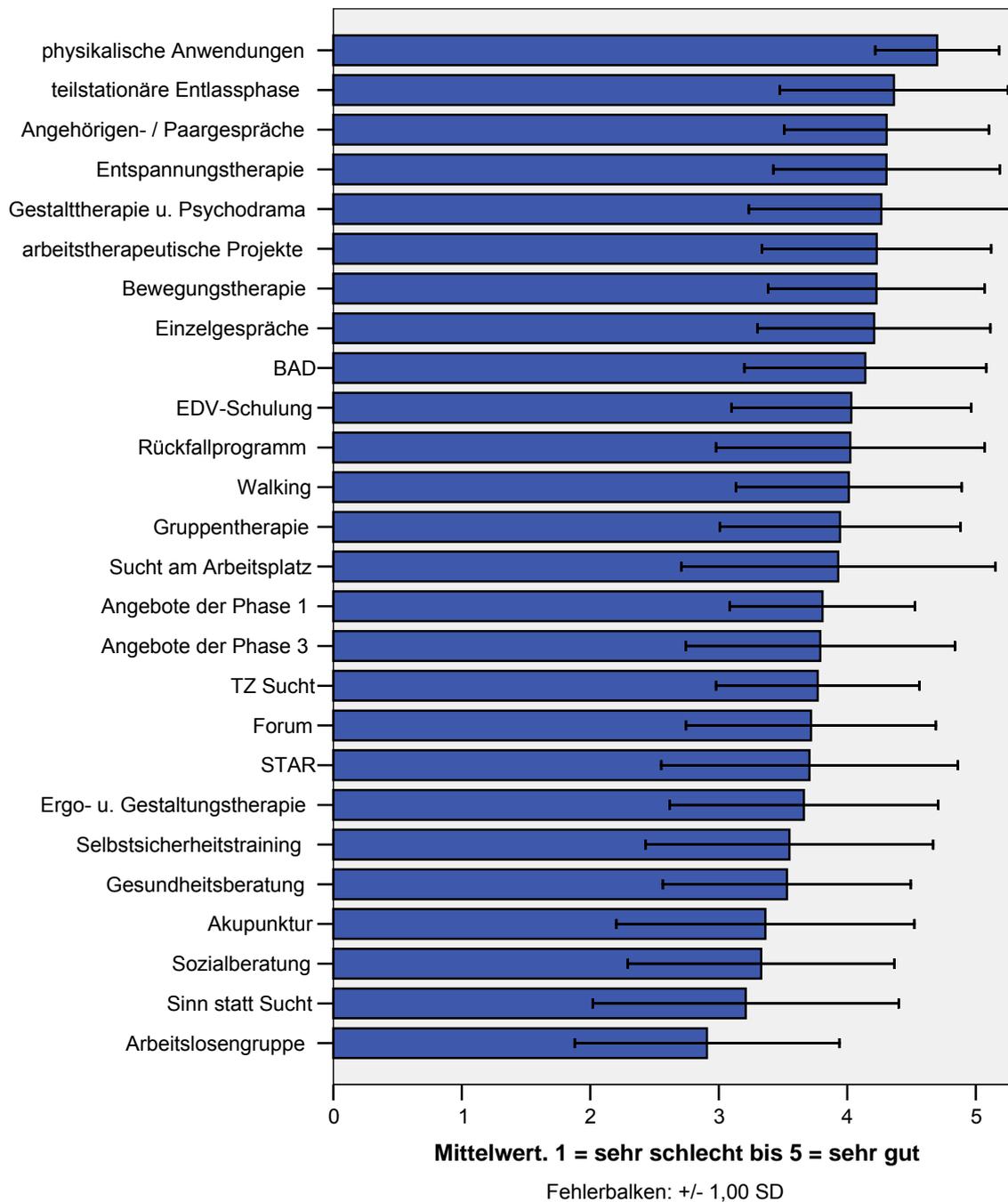


Abbildung 6: Beurteilung von Angeboten der Fachklinik

In Tabelle 42 sind die Inanspruchnahmeraten und Beurteilungen der tagesklinischen Behandlungsangebote aufgeführt. Inhaltlich werden diese in Kapitel 11 beschrieben. Die Beurteilungen der Angebote sind zudem in Abbildung 7 grafisch dargestellt.

Auch in der Tagesklinik sind die Teilnahmeghäufigkeiten hoch, da ein großer Teil der Angebote verpflichtend ist. 66% der Patienten erhalten zusätzlich zu diesen Behandlungsangeboten Gesundheitsberatung, 40% Akupunktur und Angehörigen- oder Paargespräche und 20% bearbeiten einen eigenen Rückfall im Rahmen des Rückfallprogramms.

Die Bewertungen der Angebote variieren zwischen 2,9 für das Forum und 4,4 für die Entspannungstherapie.

Tabelle 42: Inanspruchnahme und Beurteilung* von Angeboten der Tagesklinik

Tagesklinik	Teilnahme % (n)	Beurteilung (N) M (SD)
Einzeltherapie**	100,0 (147)	(146) 4,4 (0,76)
Gruppentherapie**	100,0 (147)	(145) 4,1 (0,81)
Entspannungstherapie**	99,3 (146)	(144) 4,4 (0,77)
Außenaktivitäten**	99,3 (145)	(144) 4,1 (0,88)
Bewegungstherapie**	95,9 (141)	(141) 4,4 (0,73)
Ergo- und Gestaltungstherapie**	94,6 (139)	(139) 3,6 (1,04)
Themenzentrierte Information (TZ) Sucht**	93,2 (137)	(136) 4,1 (0,83)
Schatzkiste**	89,7 (131)	(131) 3,9 (0,87)
Sucht und Arbeit**	88,4 (130)	(129) 4,0 (0,82)
Hausdienste**	87,8 (129)	(129) 3,7 (0,80)
Forum**	82,3 (121)	(121) 2,9 (0,82)
Gesundheitsberatung	66,0 (97)	(97) 4,1 (0,84)
Angehörigen- / Paargespräche	39,5 (58)	(58) 4,2 (1,02)
Akupunktur	39,5 (58)	(57) 3,5 (1,18)
Rückfallprogramm	19,9 (29)	(29) 3,9 (0,90)

*1 = sehr schlecht, 2 = eher schlecht, 3 = mittelmäßig, 4 = eher gut, 5 = sehr gut

**Angebot mit verpflichtender Teilnahme für alle Patienten

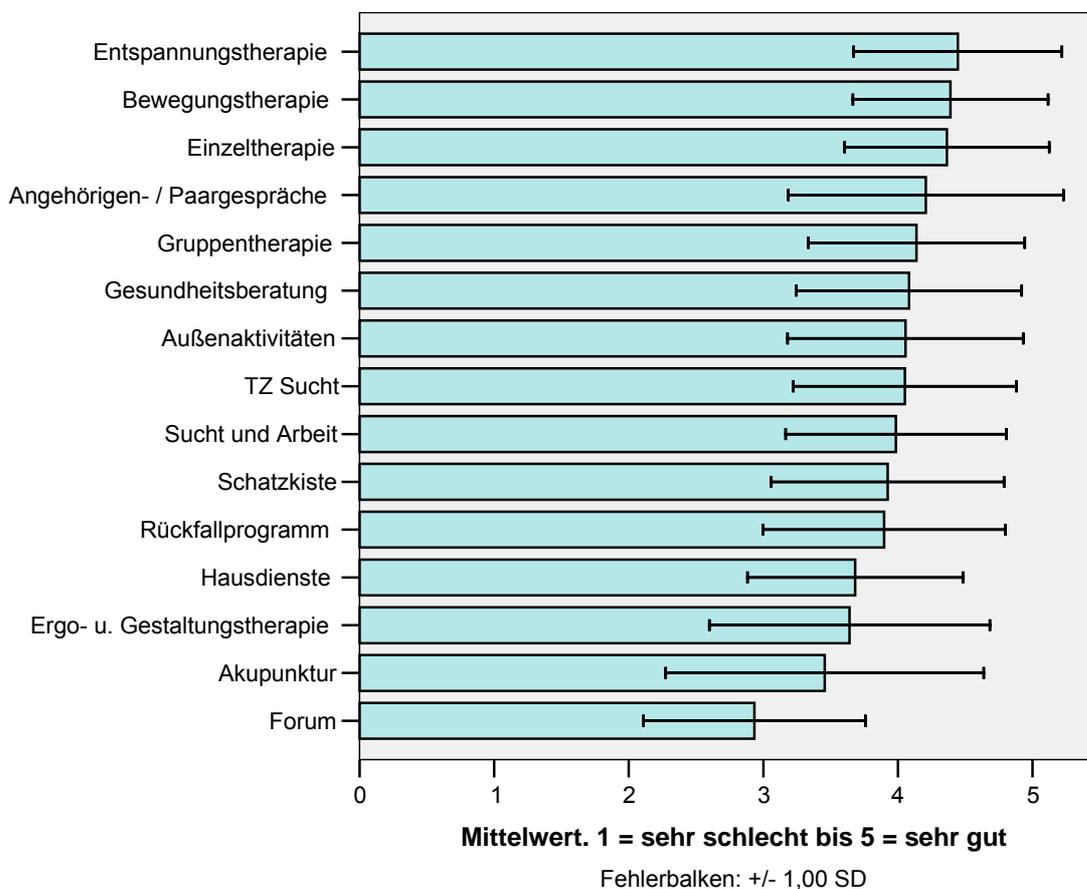


Abbildung 7: Beurteilung von Angeboten der Tagesklinik

22.2.2 Vorbereitung der Weiterbehandlung

Fachklinikpatienten nehmen während der Reha häufiger als Tagesklinikpatienten Kontakt zu weiterbehandelnden Einrichtungen auf (Tabelle 43).

Tabelle 43: Initiierung einer Weiterbehandlung

	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
Kontaktaufnahme mit weiterbehandelnden Einrichtungen während der Reha	68,5 (115)	56,5 (83)	62,9 (198)	$\chi^2 = 4,83; df = 1$ *p = ,028; + $\phi = ,124$
...dabei von Mitarbeitern des STZ unterstützt worden	70,3 (78)	68,4 (54)	69,5 (132)	$\chi^2 = n.s.$
Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen während der Reha	68,1 (113)	68,7 (101)	68,4 (214)	$\chi^2 = n.s.$

22.2.3 Einbezug weiterer Personen in die Reha

Im Vergleich zu den Tagesklinikpatienten ist in die Behandlung von Fachklinikpatienten der jeweilige Partner seltener involviert. Arbeitgeber oder Mitarbeiter werden bei Fachklinikpatienten deutlich häufiger einbezogen (Tabelle 44).

Tabelle 44: Häufigkeit und Beurteilung des Einbezugs weiterer Personen in die Reha*

		Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
		(N) M (SD)	(N) M (SD)	(N) M (SD)	
Partner / Partnerin	Einbezug**	37,2 (42)	51,6 (63)	44,7 (105)	$\chi^2 = 4,97; df = 1$ *p = ,026; + $\phi = ,145$
	Beurteilung als hilfreich	(42) 4,3 (0,89)	(62) 4,2 (1,00)	(104) 4,2 (0,95)	T = n.s.
Arbeitgeber / Mitarbeiter	Einbezug***	59,1 (39)	19,8 (16)	37,4 (55)	$\chi^2 = 24,03; df = 1$ ***p < ,001; ++ $\phi = ,404$
	Beurteilung als hilfreich	(38) 4,0 (1,29)	(16) 3,9 (1,09)	(54) 3,9 (1,23)	T = n.s.
Freunde / Verwandte	Einbezug	18,4 (26)	16,8 (21)	17,7 (47)	$\chi^2 = n.s.$
	Beurteilung als hilfreich	(25) 4,0 (1,12)	(21) 3,9 (1,15)	(46) 3,9 (1,12)	T = n.s.
betrieblicher Suchtkrankenhelfer	Einbezug***	21,5 (17)	13,0 (12)	17,0 (29)	$\chi^2 = n.s.$
	Beurteilung als hilfreich	(16) 4,3 (0,70)	(12) 4,2 (0,72)	(28) 4,3 (0,70)	T = n.s.
erwachsene Kinder	Einbezug	11,0 (9)	10,7 (8)	10,8 (17)	$\chi^2 = n.s.$
	Beurteilung als hilfreich	(9) 3,8 (1,20)	(8) 3,9 (1,36)	(17) 3,8 (1,24)	T = n.s.

*1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

**bezogen auf Patienten mit Partnerschaft

***bezogen auf Patienten mit Arbeitsstelle

22.2.4 Beurteilung einzelner Merkmale der Reha

Abbildung 8 zeigt die Zustimmung von Beurteilungspunkten der Reha im STZ. Tagesklinikpatienten beurteilen die fachliche Betreuung durch die behandelnden Ärzte, die Freizeitangebote und die Atmosphäre im STZ positiver als die Fachklinikpatienten. Aufenthalts- und Therapieräume sowie das Essen und die Rückzugsmöglichkeiten beurteilen die Tagesklinikpatienten negativer (Angaben siehe Tabelle 133 im Anhang).

Zusätzlich zu diesen Beurteilungen allgemeiner Reha-Merkmale sind settingspezifische Merkmale bewertet worden (Tabelle 45). Den vier Aussagen wird im Mittel "ziemlich" zugestimmt.

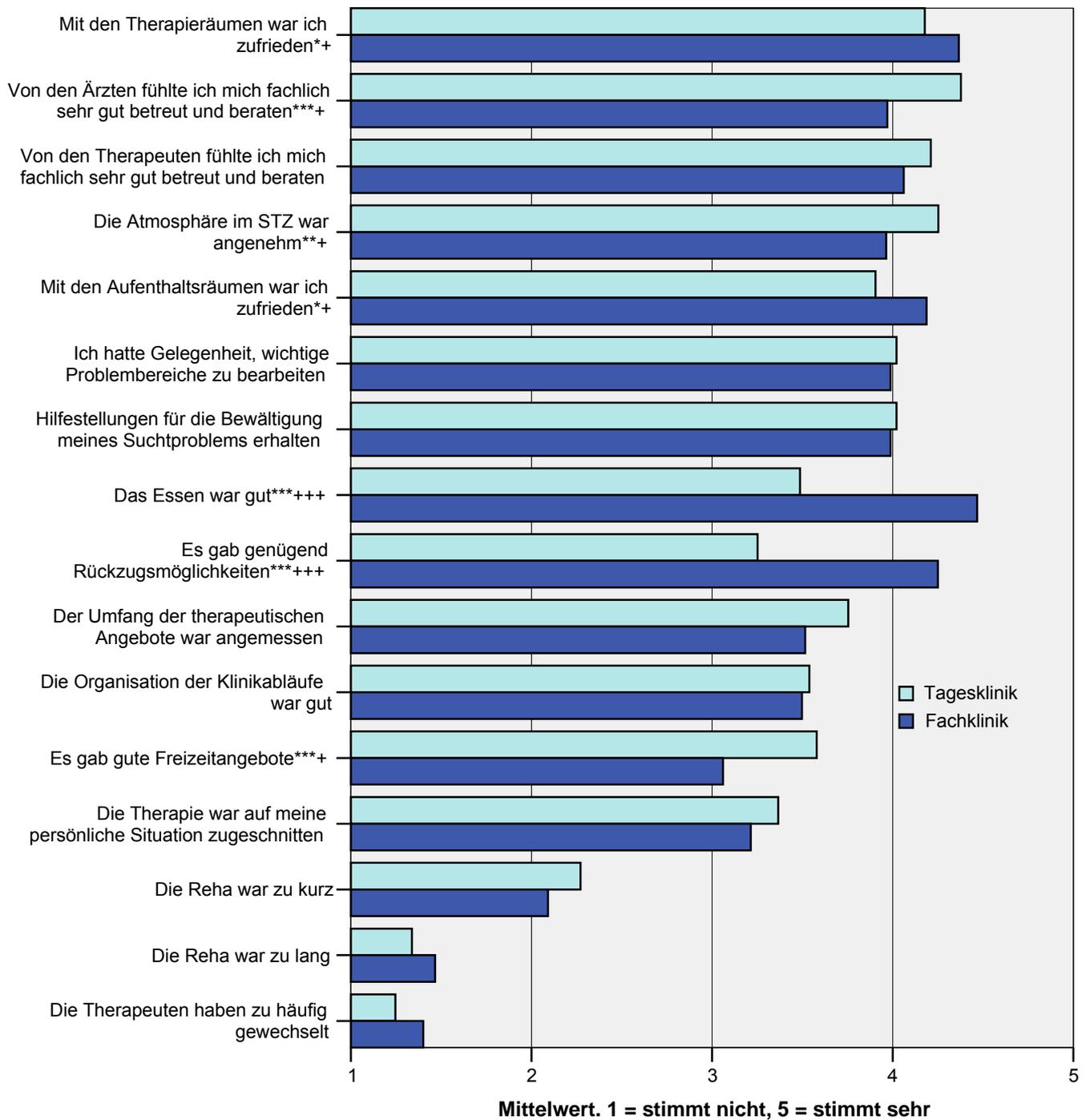


Abbildung 8: Wie sehr treffen folgende Aussagen über die Reha im STZ zu?

Tabelle 45: Settingspezifische Aussagen*

Wie sehr treffen folgende Aussagen über die Reha im STZ zu?	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)
Mit meinem Zimmer war ich zufrieden.	(165) 4,5 (0,78)	---
Von den Pflegekräften fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten.	(164) 4,2 (0,87)	---
Es wurden Probleme besprochen, die beim Übergang in den Alltag entstehen können.	(163) 3,9 (1,18)	---
Die tägliche Rückkehr in den Alltag und die Möglichkeit, die dort gemachten Erfahrungen in die Therapie einzubringen, waren positiv.	---	(147) 4,2 (1,07)

*1 = stimmt nicht, 2 = stimmt wenig, 3 = stimmt mittelmäßig, 4 = stimmt ziemlich, 5 = stimmt sehr

22.2.5 Belastungen durch die Reha

Tabelle 46 führt potentielle Belastungsfaktoren der Patienten auf. Fachklinikpatienten fühlen sich von den vier aufgelisteten Faktoren wenig bis mittelmäßig belastet. Die Tagesklinikpatienten sind in den sechs für sie spezifischen Umständen wenig belastet. Die tägliche Anfahrtszeit zum STZ beträgt durchschnittlich 48 min.

Tabelle 46: Settingspezifische Belastungen während der Reha*

Wie stark waren Sie während der Reha durch folgende Umstände belastet?	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)
den eingeschränkten Kontakt zu Personen, die mir wichtig sind	(145) 3,1 (1,40)	---
während der Abwesenheit von zu Hause meine Kinder nicht versorgen zu können	(70) 2,5 (1,43)	---
wegen der Abwesenheit von zu Hause meinen Haushalt nicht versorgen zu können	(118) 2,1 (1,36)	---
wegen der Abwesenheit von zu Hause andere Personen nicht versorgen zu können	(88) 2,0 (1,39)	---
die Versorgung meines Haushaltes	---	(134) 2,1 (1,19)
weiterhin eingebunden sein in familiäre Verpflichtungen	---	(119) 2,0 (1,30)
das Gefühl, nicht richtig Abstand und Ruhe zu bekommen	---	(146) 2,0 (1,11)
die Versorgung meiner Kinder	---	(67) 1,9 (1,18)
das tägliche Anreisen und Zurückfahren	---	(144) 1,8 (1,21)
die Versorgung anderer Personen	---	(93) 1,7 (1,03)
Dauer der täglichen Hin- oder Rückfahrt zum STZ in Minuten	---	(131) 47,5 (24,94)

*1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

22.3 Arbeitssituation

Etwa die Hälfte der arbeitssuchenden Patienten beider Gruppen hat sich während der Reha im STZ um einen neuen Arbeitsplatz gekümmert (Tabelle 47). Erwerbstätige Tagesklinikpatienten haben häufiger als erwerbstätige Fachklinikpatienten während der Reha Kontakt zu ihrem Arbeitsplatz aufgenommen. Laut Entlassbericht werden Fachklinikpatienten häufiger arbeitsfähig entlassen als Tagesklinikpatienten.

Tabelle 47: Arbeitsplatzkontaktaufnahme

	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
während der Reha um einen neuen Arbeitsplatz gekümmert (bezogen auf arbeitssuchende Pat.)	46,4 (45)	54,5 (42)	50,0 (87)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
während der Reha Kontakt zu Ihrem Arbeitsplatz aufgenommen (bezogen auf erwerbstätige Pat.)	65,0 (52)	81,9 (68)	73,6 (120)	$\chi^2 = 6,01; \text{df} = 1$ *p = ,014; $\phi = ,192$
arbeitsfähig (laut Entlassbericht)	79,4 (154)	69,2 (99)	75,1 (253)	$\chi^2 = 4,53; \text{df} = 1$ *p = ,033; $+\phi = ,166$

22.4 Alkoholkonsum

17% aller Patienten sind während der Reha mit Alkohol rückfällig geworden. Hier sowie in der Anzahl der Rückfälle während der Reha liegen keine signifikanten Gruppenunterschiede vor.

Tabelle 48: Alkoholkonsum während der Reha

	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
Rückfall während der Reha	20,8 (35)	12,6 (18)	17,0 (53)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Rückfälle (bezogen auf während der Reha rückfällige Pat.)	(35) 1,1 (0,36)	(18) 1,4 (1,00)	(53) 1,2 (0,64)	U = n.s.**

**Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

22.5 Psychische Verfassung

22.5.1 ICD-10-Diagnosen

Die im Folgenden genannten Diagnosen nach ICD-10 (Dilling, Mombour et al. 1993) sind den ärztlichen Entlassbriefen aus den Patientenakten des STZ entnommen worden. Es liegen Daten von 220 Fachklinikpatienten und 157 Tagesklinikpatienten vor.

Sämtliche Patienten haben eine Diagnose der Kategorie F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) erhalten. Es sind außerdem 271 weitere Diagnosen der ICD-10-Kategorie F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) für Fachklinikpatienten gestellt worden und 146 Diagnosen für Tagesklinikpatienten (Tabelle 49).

Aus dem ICD-10-Kapitel F (Psychische Störungen) sind 122 komorbide Diagnosen für Fach- und 60 für Tagesklinikpatienten gestellt worden (Tabelle 50).

Tabelle 49: ICD-10 F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Psychische und Verhaltensstörungen durch...		Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)
F10	Alkohol	100,0 (220)	100,0 (157)
F11	Opioide	2,3 (5)	0,6 (1)
F12	Cannabinoide	13,2 (29)	7,6 (12)
F13	Sedativa oder Hypnotika	6,8 (15)	3,8 (6)
F14	Kokain	2,7 (6)	1,9 (3)
F16	Halluzinogene	0,5 (1)	0,0 (0)
F17	Tabak	88,6 (195)	76,4 (120)
F19	multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	9,1 (20)	2,5 (4)

Tabelle 50: ICD-10 F: Psychische Störungen

		Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	1,4 (3)	1,3 (2)
F3	Affektive Störungen	15,0 (33)	8,3 (13)
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	14,5 (32)	18,5 (29)
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	4,5 (10)	3,2 (5)
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	19,1 (42)	6,4 (10)
F8	Entwicklungsstörungen	0,5 (1)	0,0 (0)
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0,5 (1)	0,6 (1)

22.5.2 SCL-90-R

Die Belastung durch psychische Symptome wird im STZ mit Hilfe der Symptomcheckliste SCL-90-R zu Beginn und am Ende der Reha erfasst. Diese Daten sind den Patientenakten entnommen und für den Vergleich von Tages- und Fachklinikpatienten zwischen T₁ und T₂ ausgewertet⁶ worden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 51 aufgezeigt.

Zu Beginn der Reha liegen Werte über 60 und damit im Bereich der "deutlich messbaren psychischen Belastung" nur für Fachklinikpatienten im Bereich Depressivität und in der allgemeinen psychopathologischen Symptombelastung vor. Alle zu T₁ erhobenen Werte liegen sowohl für Fach- als auch für Tagesklinikpatienten über dem Mittelwert der gesunden Eichstichprobe.

In beiden Gruppen verringern sich die Mittelwerte bis zum Ende der Reha in allen Bereichen (kleine bis große Effektstärken). Nach der Reha liegen alle Mittelwerte unter 60. Es zeigen sich jeweils signifikante Zeiteffekte für die Fachklinik, die Tagesklinik und insgesamt. Fachklinikpatienten weisen insgesamt höhere Werte als Tagesklinikpatienten in den Skalen Depressivität, paranoides Denken und Psychotizismus auf. Wechselwirkungseffekte liegen nicht vor.

⁶Dafür sind die Rohwerte des SCL-90-R in T-Werte (M = 50, SD = 10) transformiert worden, welche die soziodemographischen Faktoren Geschlecht und Schulbildung berücksichtigen. Eine Einordnung der Werte erfolgt anhand einer Standardisierungsstichprobe von N = 1006 "Normal Gesunden". T-Werte zwischen 60 und 70 zeigen eine deutlich messbare psychische Belastung an, T-Werte zwischen 70 und 80 zeigen eine hohe bis sehr hohe psychische Belastung an.

Tabelle 51: Skalenwerte und GSI des SCL-90-R im Verlauf von T₁ zu T₂

	Fachklinik			Tagesklinik			univariate zweifaktorielle Varianzanalyse		
	(N) M (SD)	(N) M (SD)	(N) M (SD)	(N) M (SD)	(N) M (SD)	(N) M (SD)	Zeit	Gruppe	Wechselwirkung
	T ₁	T ₂	Vergleich T ₁ - T ₂	T ₁	T ₂	Vergleich T ₁ - T ₂			
Skala Somatisierung	(88) 55,1 (12,93)	(88) 49,6 (12,28)	F=19,532 ***p<,001 ++η ² =,10	(92) 53,6 (13,64)	(92) 48,1 (12,14)	F=19,990 ***p<,001 ++η ² =,10	F=39,517 ***p<,001 +++η ² =,183	n.s.	n.s.
Skala Zwanghaftigkeit	(88) 58,0 (13,40)	(88) 48,8 (14,67)	F=50,627 ***p<,001 +++η ² =,223	(90) 55,3 (12,88)	(90) 46,9 (13,28)	F=43,666 ***p<,001 +++η ² =,199	F=94,201 ***p<,001 +++η ² =,349	n.s.	n.s.
Skala Unsicherheit im Sozialkontakt	(88) 58,1 (13,82)	(88) 50,6 (11,60)	F=34,621 ***p<,001 +++η ² =,164	(90) 56,3 (12,22)	(90) 48,8 (12,63)	F=36,271 ***p<,001 +++η ² =,171	F=70,871 ***p<,001 +++η ² =,287	n.s.	n.s.
Skala Depressivität	(88) 63,4 (11,95)	(88) 53,6 (12,17)	F=75,186 ***p<,001 +++η ² =,299	(90) 59,0 (12,18)	(90) 51,1 (11,82)	F=49,468 ***p<,001 +++η ² =,219	F=123,454 ***p<,001 +++η ² =,412	F=4,483 *p=,036 +η ² =,025	n.s.
Skala Ängstlichkeit	(88) 59,1 (12,23)	(88) 51,7 (11,26)	F=33,845 ***p<,001 +++η ² =,161	(90) 56,3 (11,54)	(90) 49,3 (12,57)	F=30,786 ***p<,001 +++η ² =,149	F=64,610 ***p<,001 +++η ² =,269	n.s.	n.s.
Skala Aggressivität	(87) 53,7 (11,04)	(87) 51,4 (10,67)	F=4,284 *p=,040 +η ² =,024	(90) 51,8 (10,35)	(90) 48,9 (10,94)	F=6,704 **p=,010 +η ² =,037	F=10,832 ***p=,001 +η ² =,058	n.s.	n.s.
Skala phobische Angst	(88) 55,7 (12,12)	(88) 50,7 (10,60)	F=17,307 ***p<,001 ++η ² =,090	(90) 54,2 (12,60)	(90) 50,4 (11,70)	F=10,045 **p=,002 +η ² =,054	F=26,902 ***p<,001 ++η ² =,133	n.s.	n.s.
Skala paranoides Denken	(88) 56,9 (10,87)	(88) 52,7 (11,22)	F=15,107 ***p<,001 ++η ² =,079	(90) 53,9 (10,88)	(90) 49,2 (10,84)	F=19,475 ***p<,001 ++η ² =,10	F=34,418 ***p<,001 +++η ² =,164	F=4,982 *p=,027 +η ² =,028	n.s.
Skala Psychotizismus	(88) 59,9 (11,02)	(88) 53,0 (11,14)	F=49,082 ***p<,001 +++η ² =,218	(90) 55,7 (10,85)	(90) 50,7 (11,05)	F=25,947 ***p<,001 ++η ² =,128	F=73,329 ***p<,001 +++η ² =,294	F=4,636 *p=,033 +η ² =,026	n.s.
GSI*	(87) 60,7 (13,25)	(87) 51,9 (13,65)	F=51,895 ***p<,001 +++η ² =,229	(90) 57,7 (12,47)	(90) 48,1 (14,29)	F=64,860 ***p<,001 +++η ² =,270	F=116,275 ***p<,001 +++η ² =,399	n.s.	n.s.

*globaler Kennwert, der die allgemeine psychopathologische Symptombelastung angibt

23 Katamnese- und Verlaufsergebnisse

23.1 Zufriedenheit mit der Reha

Am Ende der Reha würden signifikant mehr Fach- als Tagesklinikpatienten bei erneuter Wahlmöglichkeit das Setting wechseln (17 vs. 8%, siehe Tabelle 52). Den Wunsch, das Setting zu wechseln, äußert die Hälfte der Abbrecher der Fachklinik und etwa ein Viertel der Abbrecher der Tagesklinik.

Zum Katamnesezeitpunkt steigt der Anteil der Patienten, die das Setting wechseln würden, leicht an. Dieses Ergebnis zeigt sich auch beim Vergleich gebundener Stichproben (nicht tabellarisch dargestellt). Der leichte Anstieg ist sowohl bei den Behandlungsabbrechern als auch bei den Patienten mit regulärer Entlassung zu sehen (Tabelle 53).

Tabelle 52: Zufriedenheit mit der Reha zum Reha-Ende (alle vorliegenden Daten)

T ₂	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
Settingwechsel bei erneuter Wahl	16,9 (25)	8,0 (11)	12,6 (36)	$\chi^2 = 5,06; df = 1$ *p = ,024; +φ = ,133
Settingwechsel bei erneuter Wahl (bezogen auf Abbrecher)	52,0 (13)	27,6 (6)	40,4 (19)	$\chi^2 = n.s.$
Settingwechsel bei erneuter Wahl (bezogen auf Pat. mit regulärer Beendigung)	9,8 (12)	4,3 (5)	7,1 (17)	$\chi^2 = n.s.$

Tabelle 53: Zufriedenheit mit der Reha zum Katamnesezeitpunkt (alle vorliegenden Daten)

T ₃	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
Settingwechsel bei erneuter Wahl	21,1 (23)	12,7 (14)	16,9 (37)	$\chi^2 = n.s.$
Settingwechsel bei erneuter Wahl (bezogen auf Abbrecher)	61,1 (11)	29,4 (5)	45,7 (16)	$\chi^2 = n.s.$
Settingwechsel bei erneuter Wahl (bezogen auf Pat. mit regulärer Beendigung)	10,8 (9)	7,8 (7)	9,2 (16)	$\chi^2 = n.s.$

Patienten, die am Ende der Reha angeben, bei erneuter Wahl einen Settingwechsel zu wünschen, sind in mehreren Merkmalen unzufriedener als die Gesamtgruppe (Tabelle 54). Sie beurteilen die Reha zu T₂ als weniger erfolgreich und die Reha insgesamt negativer. Sie haben die Behandlung häufiger abgebrochen und geben zu einem höheren Anteil als Abbruchgrund an, die Reha sei nicht geeignet gewesen. Fachklinikpatienten, die das Setting wechseln würden, geben als Freitextangabe öfter an, die Entscheidung für die Wahl des Settings sei von anderen Personen für sie getroffen worden. Für die Tagesklinikpatienten besteht in diesem Merkmal kein Unterschied. Die genannten Unterschiede sind zwar in den Häufigkeitstabellen erkennbar, beruhen jedoch jeweils auf einer geringen Fallzahl und sind daher nicht signifikanzstatistisch auswertbar.

Tabelle 54: Charakterisierung der Patienten mit dem Wunsch, das Setting zu wechseln

	Fachklinik		Tagesklinik	
	Patienten mit Wechselwunsch zu T ₂ % (n)	Patienten ohne Wechselwunsch zu T ₂ % (n)	Patienten mit Wechselwunsch zu T ₂ % (n)	Patienten ohne Wechselwunsch zu T ₂ % (n)
Entscheidung für Settingwahl wurde von anderen Personen geraten / erzwungen	16,0 (4)	9,9 (22)	0,0 (0)	2,4 (4)
Vermittlungsform: Eigeninitiative	64,0 (16)	61,3 (136)	54,5 (6)	50,0 (85)
Behandlungsabbruch	52,0 (13)	16,0 (27)	54,5 (6)	15,6 (23)
Abbruchgrund: Reha nicht geeignet	46,2 (6)	33,3 (9)	33,3 (2)	17,4 (4)
Rückfall während der Reha	28,0 (7)	20,8 (35)	30,0 (3)	12,6 (18)
T ₂ : Weiterempfehlung der behandelnden Klinik*	2,0 (24)	1,7 (101)	2,0 (11)	1,4 (107)
T ₂ : Vorbereitung auf Zeit nach der Reha**	2,5 (24)	2,3 (101)	2,9 (9)	2,2 (104)
T ₂ : Beurteilung der Reha als erfolgreich***	2,5 (25)	1,9 (104)	3,6 (11)	1,9 (107)
T ₂ : Beurteilung der Reha insgesamt****	2,3 (25)	1,9 (102)	2,3 (11)	1,7 (108)

*1 = ja, unbedingt, 2 = ja, mit Einschränkungen, 3 = unsicher, 4 = eher nicht, 5 = auf keinen Fall

**1 = sehr gut, 2 = eher gut, 3 = mittelmäßig, 4 = eher schlecht, 5 = sehr schlecht

***1 = sehr, 2 = ziemlich, 3 = mittelmäßig, 4 = wenig, 5 = gar nicht

****1 = sehr gut, 2 = eher gut, 3 = mittelmäßig, 4 = eher schlecht, 5 = sehr schlecht

Tabelle 55 zeigt, dass ein Großteil der Patienten (73 bzw. 83%) zu keinem Zeitpunkt das Setting wechseln möchte. Retrospektiv möchten jeweils 8% der Patienten wechseln. Ausschließlich am Ende der Reha unzufrieden sind 7 bzw. 5% der Patienten.

Tabelle 55: Verlaufsmessungen (gebundene Stichproben)

Wunsch, das Setting zu wechseln	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)
Reha-Ende: nein, Katamnese: nein	72,7 (64)	83,3 (85)
Reha-Ende: ja, Katamnese: ja	12,5 (11)	3,9 (4)
Reha-Ende: nein, Katamnese: ja	8,0 (7)	7,8 (8)
Reha-Ende: ja, Katamnese: nein	6,8 (6)	4,9 (5)
McNemar-Test	N = 88 n.s.	N = 102 n.s.

Tagesklinikpatienten bewerten in den vier Beurteilungspunkten ihre Behandlung etwas positiver als Fachklinikpatienten (Tabelle 56).

Tagesklinikpatienten würden ihre Behandlungsform öfter weiterempfehlen (der Gruppenunterschied entspricht einem kleinen Effekt). Sie bewerten die Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha positiver als die Fachklinikpatienten (kleiner Effekt). Hier besteht ein Wechselwirkungseffekt zwischen Gruppe und Zeit.

Die Beurteilung der Reha als erfolgreich unterscheidet sich zum Entlasszeitpunkt zwischen den Gruppen nicht, verringert sich jedoch bis zum Katamnesezeitpunkt ausschließlich bei den Fachklinikpatienten, so dass insgesamt ein kleiner Zeit- und Wechselwirkungseffekt vorliegt.

Die Bewertung der Reha insgesamt verschlechtert sich bei den Fachklinikpatienten zu T₃ geringfügig, in der Tagesklinik bleibt sie über die Zeit konstant. Insgesamt liegt hier ein kleiner Gruppeneffekt vor.

Tabelle 56: Reha-Bewertungen im Zeitverlauf

	Fachklinik (N) M (SD)			Tagesklinik (N) M (SD)			univariate zweifaktorielle Varianzanalyse		
	T ₂	T ₃	T ₂ - T ₃	T ₂	T ₃	T ₂ - T ₃	Zeit	Gruppe	Wechselwirkung
Weiterempfehlung der behandelnden Klinik*	(101) 1,7 (,84)	(101) 1,8 (,89)	n.s.	(107) 1,4 (,65)	(107) 1,5 (,62)	n.s.	n.s.	F=10,217 **p=,002 +η ² =,047	n.s.
Vorbereitung auf Zeit nach der Reha**	(101) 2,3 (0,91)	(101) 2,4 (1,03)	n.s.	(104) 2,2 (0,82)	(104) 2,0 (0,85)	n.s.	n.s.	F=4,314 *p=,039 +η ² =,021	F=5,466 *p=,020 +η ² =,026
Beurteilung der Reha als erfolgreich***	(104) 1,9 (0,91)	(104) 2,3 (1,21)	F=20,232 ***p<,001 ++η ² =,088	(107) 1,9 (1,07)	(107) 1,8 (1,05)	n.s.	F=8,945 **p=,003 +η ² =,041	n.s.	F=11,665 ***p=,001 +η ² =,053
Beurteilung der Reha insgesamt****	(102) 1,9 (0,69)	(102) 2,1 (0,91)	F=4,631 *p=,033 +η ² =,022	(108) 1,7 (0,74)	(108) 1,8 (0,73)	n.s.	n.s.	F=5,088 *p=,025 +η ² =,024	n.s.

*1 = ja, unbedingt, 2 = ja, mit Einschränkungen, 3 = unsicher, 4 = eher nicht, 5 = auf keinen Fall

**1 = sehr gut, 2 = eher gut, 3 = mittelmäßig, 4 = eher schlecht, 5 = sehr schlecht

***1 = sehr, 2 = ziemlich, 3 = mittelmäßig, 4 = wenig, 5 = gar nicht

****1 = sehr gut, 2 = eher gut, 3 = mittelmäßig, 4 = eher schlecht, 5 = sehr schlecht

In Tabelle 57 werden die Antworten der Beurteilungssitems kategorisiert in positive und negative Bewertungskategorien dargestellt. Die meisten positiven Beurteilungen in beiden Gruppen werden für die Weiterempfehlung der Klinik und für die Reha insgesamt vergeben. In diesen Items werden nur wenig negative Urteile vergeben. Seltener wird die Reha als erfolgreich beurteilt. Zu T₂ vergeben 8% der Fach- und 6% der Tagesklinikpatienten negative Bewertungen, zu T₃ steigen die Angaben auf 16% in der Fachklinik und bleiben bei 6% in der Tagesklinik. Zu T₂ beurteilen 81% der Fach- und 84% der Tagesklinikpatienten die Reha als erfolgreich. Zu T₃ sind es noch 58% der Fach- und 77% der Tagesklinikpatienten.

Tabelle 57: Differenzierte Betrachtung der Beurteilungssitems (gebundene Stichproben)

		Fachklinik % (n)		Tagesklinik % (n)	
		T ₂	T ₃	T ₂	T ₃
Weiterempfehlung der behandelnden Klinik	ja, unbedingt / ja, mit Einschränkungen	89,1 (90)	88,2 (89)	95,4 (102)	97,2 (104)
	eher nicht / auf keinen Fall	4,0 (4)	6,0 (6)	1,9 (2)	1,9 (2)
Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha	sehr gut / eher gut	65,3 (66)	62,3 (63)	71,2 (74)	74,0 (77)
	eher schlecht / sehr schlecht	7,9 (8)	15,9 (16)	5,8 (6)	5,8 (6)
Beurteilung der Reha als erfolgreich	sehr / ziemlich	80,8 (84)	57,7 (60)	84,1 (90)	76,7 (82)
	wenig / gar nicht	6,8 (7)	16,4 (17)	10,3 (11)	9,4(10)
Beurteilung der Reha insgesamt	sehr gut / eher gut	86,2 (88)	72,5 (74)	88,9 (96)	86,1 (93)
	eher schlecht / sehr schlecht	2,0 (2)	4,9 (5)	1,8 (2)	1,9 (2)

23.2 Soziodemographie

Tabelle 58 stellt soziodemographische Daten im Vergleich zwischen T₁ und T₃ dar. Der Anteil von Patienten mit fester Partnerbeziehung ändert sich im Zeitverlauf nicht. Tagesklinikpatienten leben sowohl vor der Reha als auch zum Katamnesezeitpunkt deutlich häufiger in einer festen Partnerbeziehung.

Im Familienstand liegen zu T₁ Gruppenunterschiede vor (Fachklinikpatienten sind häufiger geschieden und leben öfter bereits vom Ehepartner getrennt). Zum Katamnesezeitpunkt zeigen sich keine signifikanten Unterschiede mehr. Der mit dem Rand-Homogenitätstest für beide Gruppen geprüfte Zeitverlauf enthält signifikante Unterschiede zwischen T₁ und T₃.

Zu Beginn der Reha haben mehr Fachklinikpatienten einen Partner mit aktuellen Alkoholproblemen. Sechs Monate nach der Reha verändern sich diese Zahlen kaum und bleiben zwischen den Gruppen signifikant.

In den Items zur Wohnsituation gibt es im Zeitverlauf keine relevanten Veränderungen.

Tabelle 58: Soziodemographie zum Katamnesezeitpunkt (gebundene Stichproben)

	Fachklinik % (n)		Tagesklinik % (n)		p		
	T ₁	T ₃	T ₁	T ₃	Signifikanz T ₁	Signifikanz T ₃	Rand-Homogenitätstest / McNemar
festе Partnerbeziehung (kategorisiert)	54,5 (60)	51,8 (57)	72,1 (80)	71,2 (79)	$\chi^2 = 7,31$ df = 1 **p = ,007 + $\phi = ,182$	$\chi^2 = 8,74$ df = 1 **p = ,003 + $\phi = ,199$	N = 221 p = n.s. 28 Fälle ändern sich
Familienstand ledig verheiratet, zus. lebend verheiratet, getr. lebend geschieden verwitwet	36,0 (40) 24,3 (27) 10,8 (12) 27,9 (31) 0,9 (1)	34,2 (38) 26,1 (29) 8,1 (9) 30,6 (34) 0,9 (1)	31,8 (35) 43,6 (48) 5,5 (6) 19,1 (21) 0,0 (0)	29,1 (32) 41,8 (46) 5,5 (6) 23,6 (26) 0,0 (0)	$\chi^2 = 11,13$ df = 4 *p = ,025 + $\phi = ,224$	$\chi^2 = \text{n.s.}$	N = 221 **p = ,005 20 Fälle ändern sich
Aktuelle Alkoholprobleme des Partners (kategorisiert)	23,9 (16)	23,5 (16)	8,5 (7)	6,2 (5)	$\chi^2 = 6,65$ df = 1 **p = ,010 + $\phi = ,211$	$\chi^2 = 9,20$ df = 1 **p = ,002 + $\phi = ,248$	N = 134 p = n.s. 9 Fälle ändern sich
Wohnsituation* allein mit Eltern / Elternteil allein mit Kind/ern mit Partner/in mit Partner/in u. Kind/ern mit Freunden / Bekannten / Sonstigen	45,0 (49) 0,9 (1) 3,7 (4) 22,0 (24) 18,3 (20) 10,1 (11)	41,3 (45) 0,9 (1) 5,5 (6) 27,5 (30) 18,3 (20) 6,4 (7)	31,8 (35) 3,6 (4) 2,7 (3) 34,5 (38) 26,4 (29) 0,9 (1)	34,5 (38) 2,7 (3) 2,7 (3) 31,8 (35) 27,3 (30) 0,9 (1)	zu geringe Zellbelegung	zu geringe Zellbelegung	N = 219 p = n.s. 33 Fälle ändern sich
Wohnsituation eigenständiges Wohnen (Miete / Wohneigentum)	91,9 (102)	87,4 (97)	95,5 (105)	96,4 (106)	zu geringe Zellbelegung	zu geringe Zellbelegung	N = 221 p = n.s. 24 Fälle ändern sich

*Bei Mehrfachantworten sind nur die vermutlich aktuelleren Angaben berücksichtigt worden.

23.3 Arbeitssituation

Signifikante Veränderungen zwischen Reha-Beginn und Katamnese gibt es bezüglich der Arbeitssituation der Patienten (Tabelle 59). In beiden Gruppen steigt der Anteil Nichterwerbstätiger an, der Anteil Erwerbsloser sinkt. In der Fachklinik sinkt der Anteil der erwerbstätigen Patienten zum Katamnesezeitpunkt, in der Tagesklinik steigt dieser Wert geringfügig.

Deutliche Unterschiede im Zeitverlauf zeigen sich auch in der Krankheitsrate der vergangenen sechs Monate. In beiden Gruppen verringert sich der Anteil kranker Patienten. In der Fachklinik reduziert er sich von 57 auf 42% der Patienten, in der Tagesklinik von 48 auf 28%, wobei die Gruppenunterschiede zum Katamnesezeitpunkt signifikant sind. Die krankheitsbedingten Ausfallzeiten bei den in den vergangenen sechs Monaten kranken Patienten verringern sich in der Fachklinik zwischen T₁ und T₃ signifikant von 14 auf 10 Wochen. In der Tagesklinik ändert sich dieser Anteil nicht und bleibt bei etwa 14 Wochen (Tabelle 60).

Tabelle 59: Arbeitssituation im Zeitvergleich (gebundene Stichproben)

	Fachklinik % (n)		Tagesklinik % (n)		p		
	T ₁	T ₃	T ₁	T ₃	Signifikanz T ₁	Signifikanz T ₃	Rand-Homogenitätstest
Arbeitssituation (kategorisiert*)					$\chi^2 = \text{n.s.}$	$\chi^2 = \text{n.s.}$	N = 220 *p = ,042 68 Fälle ändern sich
erwerbstätig	39,6 (44)	35,1 (39)	45,9 (50)	49,5 (54)			
erwerbslos	51,4 (57)	43,2 (48)	41,3 (45)	32,1 (35)			
nicht erwerbstätig	9,0 (10)	21,6 (24)	12,8 (14)	18,3 (20)			
Krankheit in den letzten 6 Monaten	57,0 (61)	42,1 (45)	48,2 (53)	28,2 (31)	$\chi^2 = \text{n.s.}$	$\chi^2 = 4,59$ df = 1 *p = ,032 + $\phi = ,145$	N = 217 ***p < ,001 90 Fälle ändern sich

*erwerbstätig: voll-, teilzeiterwerbstätig; erwerbslos: arbeits- und erwerbslos, ABM; nicht erwerbstätig: Hausfrau / Hausmann, EU / BU, Altersrente, Umschulung / Ausbildung, andere Arbeitssituation

Tabelle 60: Krankheitswochen im Zeitvergleich (gebundene Stichproben)

	Fachklinik (N) M (SD)			Tagesklinik (N) M (SD)			Gesamt
	T ₁	T ₃	Signifikanz	T ₁	T ₃	Signifikanz	Signifikanz
Anzahl der Krankheitswochen (bezogen auf in den letzten sechs Monaten kranke Pat.)	(31) 14,2 (9,24)	(31) 10,2 (8,80)	T = 2,225 df = 30 *p = ,034 +d = ,43	(18) 14,3 (10,20)	(18) 14,1 (10,90)	T = n.s.	T = n.s.

Etwa 10% der STZ-Patienten haben sich nach der Reha in beruflichen Reha-Maßnahmen, Aus- oder Fortbildungen oder Umschulungen befunden (Tabelle 61). Der Anteil von Patienten mit Inanspruchnahme dieser Maßnahmen ist in der Fachklinik höher als in der Tagesklinik (16 vs. 6%).

30 bzw. 40% der Patienten sind direkt im Anschluss an die Reha erneut oder erstmals erwerbstätig geworden. 46% der Patienten beider Gruppen sind im gesamten Katamnesezeitraum erwerbslos bzw. nicht erwerbstätig. Die übrigen Patienten haben nach durchschnittlich 1,4 bzw. 0,8 Monaten die Erwerbstätigkeit (wieder) aufgenommen.

Doppelt so viele Fach- wie Tagesklinikpatienten sind zum Katamnesezeitpunkt krankgeschrieben. Die Krankheitsdauer der kranken Patienten ist jedoch in der Fachklinik weniger als halb so lang (21 vs. 50%). Zum Katamnesezeitpunkt haben 13% aller Patienten einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung gestellt. Hier zeigen sich keine Gruppenunterschiede. Fachklinikpatienten haben häufiger Ablehnungen und seltener bereits Bewilligungen der Anträge erhalten als Tagesklinikpatienten. 15% der Fach- und 3% der Tagesklinikpatienten beabsichtigen, einen Antrag zu stellen.

Tabelle 61: Arbeitssituation zum Katamnesezeitpunkt

	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
nach der Reha im STZ:				
berufliche Reha-Maßnahme...				
begonnen / fortgesetzt	5,4 (6)	2,7 (3)	4,1 (9)	zu geringe Zellbelegung
abgeschlossen	1,8 (2)	0,0 (0)	0,9 (2)	
abgebrochen	1,8 (2)	0,0 (0)	0,9 (2)	
Umschulung, Aus- oder Fortbildung...				
begonnen / fortgesetzt	5,6 (6)	1,9 (2)	3,7 (8)	zu geringe Zellbelegung
abgeschlossen	0,9 (1)	0,9 (1)	0,9 (2)	
abgebrochen	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	
Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit				
sofort	29,7 (33)	39,6 (44)	34,7 (77)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
zeitverzögert	24,3 (27)	14,4 (16)	19,4 (43)	
gar nicht	45,9 (51)	45,9 (51)	45,9 (102)	
Anzahl der Monate (bezogen auf Pat. mit Wiederaufnahme)	(60) 1,4 (1,91)	(60) 0,8 (1,66)	(120) 1,1 (1,81)	U = 1459,5* *p = ,037; +d = ,32
zur Zeit krankgeschrieben	18,9 (21)	9,0 (10)	14,0 (31)	$\chi^2 = 4,54; \text{df} = 1$ *p = ,033; + $\phi = ,143$
seit wann krankgeschrieben (Wochen, bezogen auf in den letzten sechs Monaten kranke Pat.)	(21) 20,6 (26,96)	(10) 49,7 (34,06)	(31) 30,0 (31,99)	T = -2,579; df = 29 *p = ,015 +++d = -,99
Antrag auf Erwerbsminderungsrente nach der Reha gestellt	13,6 (15)	11,8 (13)	12,7 (28)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Status des Antrages:				
bewilligt	33,3 (5)	46,2 (6)	39,3 (11)	zu geringe Zellbelegung
abgelehnt	26,7 (4)	15,4 (2)	21,4 (6)	
noch offen	40,0 (6)	38,5 (5)	39,3 (11)	
Beabsichtigung, Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen (bezogen auf Pat. ohne Antrag)	14,7 (11)	2,6 (2)	8,6 (13)	$\chi^2 = 6,95; \text{df} = 1$ **p = ,008; + $\phi = ,215$

*Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

Im Zeitverlauf ist ein deutlicher Rückgang von berufstätigen Patienten zu sehen, die ihren Arbeitsplatz als gefährdet ansehen (Tabelle 62). Hier bestehen jeweils keine Gruppenunterschiede.

Tabelle 62: Einschätzung des Arbeitsplatzes als gefährdet

		Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
Reha-Beginn	Gefährdung des Arbeitsplatzes*	54,3 (38)	46,0 (40)	49,7 (78)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
	...durch Alkoholabhängigkeit	71,4 (25)	73,0 (27)	72,2 (52)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Reha-Ende	Gefährdung des Arbeitsplatzes*	25,8 (16)	28,4 (21)	27,2 (37)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
	...durch Alkoholabhängigkeit	60,0 (9)	35,0 (7)	45,7 (16)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Katamnese	Gefährdung des Arbeitsplatzes*	27,9 (12)	14,5 (8)	20,4 (20)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
	...durch Alkoholabhängigkeit	66,7 (8)	50,0 (4)	60,0 (12)	zu geringe Zellbelegung

*bezogen auf berufstätige Patienten

In die Rechnungen sind alle zu den jeweiligen Zeitpunkten vorliegenden Daten einbezogen worden.

23.4 Weiterbehandlung

Beide Patientengruppen unterscheiden sich nicht bezüglich der Inanspruchnahme von Weiterbehandlungen (Tabelle 63). 51% aller Patienten haben eine suchtbezogene Selbsthilfegruppe besucht, 32% eine ambulante Nachsorge. 10% haben sich einer Entgiftung unterzogen, jeweils 7% haben erneut eine Entwöhnung oder eine stationäre Nachsorge in Anspruch genommen. 10% der Patienten haben eine nicht suchtbezogene ambulante und 1% eine stationäre Therapie durchgeführt. 4% haben eine nicht suchtbezogene Selbsthilfegruppe besucht. 13% haben andere als die aufgeführten Hilfen erhalten. 22% haben nach der Reha im STZ keine weiteren Maßnahmen in Anspruch genommen.

Tabelle 63: Nach der Reha in Anspruch genommene Maßnahmen

suchtspezifische Maßnahmen	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
suchtbezogene Selbsthilfegruppe	46,4 (52)	56,4 (62)	51,4 (114)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Treffen*/**	(45) 21,6 (13,93)	(54) 21,2 (10,16)	(99) 21,4 (11,96)	U = n.s.***
ambulante Nachsorge/ Suchtberatung	34,8 (39)	28,2 (31)	31,5 (70)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Sitzungen*/**	(32) 12,7 (11,00)	(26) 19,0 (34,68)	(58) 15,5 (24,56)	T = n.s.
Entgiftung	11,6 (13)	7,3 (8)	9,5 (21)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Entgiftungen*	(10) 3,7 (5,87)	(8) 1,1 (0,35)	(18) 2,6 (4,48)	T = n.s.
Entwöhnung (ambulant, teilstationär, stationär)	9,8 (11)	3,6 (4)	6,8 (15)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Entwöhnungen*	(9) 1,2 (0,44)	(3) 2,3 (2,31)	(12) 1,5 (1,17)	U = n.s.***
stationäre Nachsorge	8,0 (8)	5,5 (6)	6,8 (15)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Behandlungen*	(6) 1,0 (0,0)	(5) 4,6 (7,00)	(11) 2,6 (4,80)	U = n.s.***
nicht suchtspezifische Maßnahmen				
nicht suchtbezogene Selbsthilfegruppe	3,6 (4)	3,6 (4)	3,6 (8)	zu geringe Zellbelegung
Anzahl der Treffen*/**	(2) 17,9 (21,01)	(3) 20,1 (8,22)	(5) 19,2 (12,07)	T = n.s.
ambulante Beratung / Therapie	9,8 (11)	11,8 (13)	10,8 (24)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Sitzungen*/**	(9) 6,4 (8,25)	(10) 11,2 (7,68)	(19) 8,9 (8,12)	T = n.s.
stationäre Therapie	2,7 (3)	0,0 (0)	1,4 (3)	zu geringe Zellbelegung
Anzahl der stationären Aufenthalte*	(3) 6,7 (9,82)	(0) 0,0 (0)	(3) 6,7 (9,82)	
keine Maßnahmen	22,3 (25)	20,9 (23)	21,6 (48)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
andere Maßnahmen	13,4 (15)	11,8 (13)	12,6 (28)	$\chi^2 = \text{n.s.}$

*Einbezogen worden sind nur Fälle mit Inanspruchnahme der jeweiligen Maßnahme.

**Für die Freitextangabe "einmal wöchentlich" ist die Katamnesedauer (Wochen) eingesetzt worden.

***Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

23.5 Alkoholkonsum

Die Punktabstinenz zum Ende der Reha (Tabelle 64) ist in beiden Gruppen ähnlich hoch und liegt insgesamt bei 93%. Bei einer mittleren Behandlungsdauer von 12,7 Wochen sind die abstinenten Fachklinikpatienten durchschnittlich 21,0 Wochen durchgängig abstinent. Die abstinenten Tagesklinikpatienten sind bei einer mittleren Behandlungsdauer von 10,3 Wochen durchschnittlich 23,8 Wochen abstinent.

Tabelle 64: Abstinenz am Ende der Reha

T ₂	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
Punktabstinenz	94,0 (158)	92,4 (134)	93,3 (292)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Wochen durchgängiger Abstinenz zum Zeitpunkt der Befragung (bezogen auf abstinente Pat.)	(150) 21,0 (13,76)	(127) 23,8 (11,36)	(277) 22,3 (12,77)	T = n.s.

Zum Katamnesezeitraum (Tabelle 65) sind weniger Fach- als Tagesklinikpatienten in den 30 Tagen vor der Erhebung abstinent (61 zu 78%). Für den Zeitraum sechs Monate vor der Erhebung ist dieser Gruppenunterschied noch deutlicher (39 zu 62%). Die Punktabstinenz beträgt 71 bzw. 83% (siehe auch Abbildung 9). Abstinente Tagesklinikpatienten sind durchschnittlich seit 41 Wochen abstinent, abstinente Fachklinikpatienten seit 32 Wochen.

Tabelle 65: Abstinenz zum Katamnesezeitpunkt

T ₃	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
abstinent in den letzten 30 Tagen	60,9 (67)	78,4 (87)	69,7 (154)	$\chi^2 = 7,98; df = 1$ **p = ,005; + $\phi = ,190$
abstinent in den letzten sechs Monaten	38,7 (43)	62,2 (69)	50,5 (112)	$\chi^2 = 12,18; df = 1$ ***p < ,001; + $\phi = ,234$
Punktabstinenz	70,9 (78)	82,9 (92)	76,9 (170)	$\chi^2 = 4,46; df = 1$ *p = ,035; + $\phi = ,142$
Anzahl der Wochen durchgängiger Abstinenz zum Zeitpunkt der Befragung* (bezogen auf abstinente Pat.)	(75) 31,6 (27,38)	(92) 40,7 (22,44)	(167) 36,6 (25,11)	T = -2,353; df = 165 *p = ,020; +d = -,37
Anzahl der durchgehend abstinenten Wochen in den letzten sechs Monaten (bezogen auf alle Pat.)	(107) 17,3 (9,18)	(108) 20,7 (8,77)	(215) 19,0 (9,12)	T = -2,769; df = 213 **p = ,006; +d = -,38

*Bei abstinenten Personen ohne Angabe der Abstinenzdauer ist als Annäherung für die Abstinenzdauer die Katamnesezeitdauer eingesetzt worden.

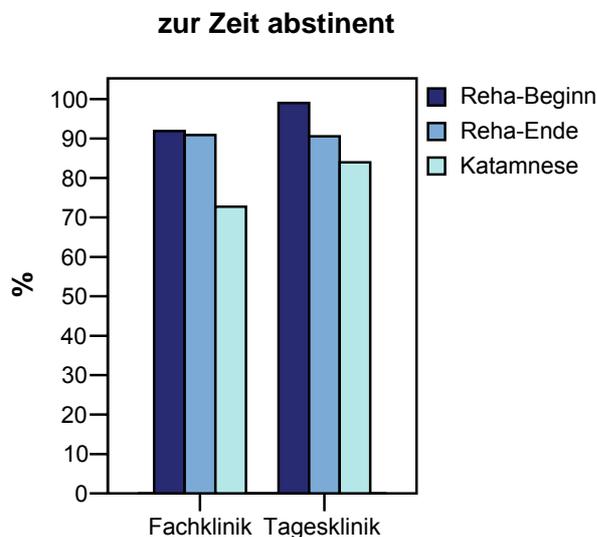


Abbildung 9: Punktabstinenz (gebundene Stichproben)

Tabelle 66 zeigt, dass Fachklinikpatienten durchschnittlich acht Wochen in den sechs Monaten vor Reha-Beginn und 17 Wochen in den sechs Monaten vor der Katamneseerhebung abstinent gewesen sind. Tagesklinikpatienten sind im Mittel zu beiden Zeitpunkten länger durchgehend abstinent gewesen (14 bzw. 21 Wochen, entspricht einem mittleren Gruppeneffekt). Beide Gruppen sind nach der Reha über längere Zeiträume durchgängig abstinent als vor der Reha (großer Effekt). Zwischen den Zeit- und Gruppeneffekten besteht keine Wechselwirkung.

Tabelle 66: Verlaufsmessungen

	Fachklinik (N) M (SD)			Tagesklinik (N) M (SD)			univariate zweifaktorielle Varianzanalyse		
	T ₁	T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁	T ₃	T ₁ - T ₃	Zeit	Gruppe	Wechselwirkung
Anzahl der durchgehend abstinenten Wochen in den letzten sechs Monaten (bezogen auf alle Pat.)	(103) 8,2 (7,99)	(103) 17,3 (9,30)	F=77,405 ***p<,001 +++η ² =,272	(106) 13,6 (7,90)	(106) 20,6 (8,82)	F=47,659 ***p<,001 +++η ² =,187	F=123,477 ***p<,001 +++η ² =,374	F=21,883 ***p<,001 ++η ² =,096	n.s.

Nach der Reha haben 62% der Fach- und 39% der Tagesklinikpatienten Alkohol konsumiert (Tabelle 67). 27% der rückfälligen Patienten beider Gruppen haben Alkohol innerhalb der ersten Woche nach Beendigung der Behandlung getrunken, weitere 29% innerhalb von einem Monat. Die restlichen rückfälligen Patienten haben nach durchschnittlich zwei Monaten getrunken. In beiden Patientengruppen erfolgt der erste Alkoholkonsum also relativ früh nach Beendigung der Reha; Gruppenunterschiede bestehen nicht.

In den letzten 30 Tagen haben rückfällige Fachklinikpatienten durchschnittlich an 11 von 30 Tagen getrunken und sind an zwei Tagen betrunken gewesen, rückfällige Tagesklinikpatienten haben an 14 Tagen Alkohol getrunken, an drei Tagen bis zur Trunkenheit. Beide

Patientengruppen unterscheiden sich nicht in Bezug auf die Art der konsumierten Alkoholika. Rückfällige Fachklinikpatienten haben im Mittel 166g reinen Alkohol pro Tag konsumiert, rückfällige Tagesklinikpatienten 146g pro Tag.

Tabelle 67: Alkoholkonsum im Katamnesezeitraum

	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
nach der Reha Alkohol getrunken	61,6 (69)	38,7 (43)	50,2 (112)	$\chi^2 = 11,66$; df = 1 ***p = ,001; + $\phi = ,229$
erster Alkoholkonsum nach der Reha: innerhalb der ersten Woche	26,9 (18)	27,9 (12)	27,3 (30)	$\chi^2 = n.s.$
innerhalb eines Monats	28,4 (19)	30,2 (13)	29,1 (32)	
später	44,8 (30)	41,9 (18)	43,6 (48)	
erster Alkoholkonsum nach der Reha (Anzahl der Monate)	(67) 2,0 (1,87)	(43) 2,0 (1,88)	(110) 2,0 (1,86)	T = n.s.
Anzahl der Tage mit jeglichem Alkoholkonsum**	(38) 11,4 (9,95)	(23) 14,3 (11,02)	(61) 12,5 (10,37)	T = n.s.
Anzahl der Tage mit Alkoholkonsum bis zur Trunkenheit**	(38) 2,3 (4,66)	(23) 3,5 (6,67)	(61) 2,8 (5,48)	T = n.s.
durchschnittliche Anzahl der Liter Alkohol pro Tag (an Tagen mit Konsum)***				
Hochprozentiges	(60) 0,28 (0,42)	(38) 0,21 (0,43)	(98) 0,25 (0,43)	T = n.s.
Bier	(59) 1,33 (1,76)	(38) 1,63 (1,72)	(97) 1,44 (1,75)	T = n.s.
Wein, Sekt	(59) 0,31 (0,71)	(38) 0,14 (0,34)	(97) 0,25 (0,59)	U = n.s.*
Likör	(60) 0,04 (0,16)	(38) 0,05 (0,32)	(98) 0,05 (0,24)	T = n.s.
durchschnittlicher Alkoholkonsum insgesamt in Gramm pro Tag***	(60) 166 (128,05)	(38) 146 (124,57)	(98) 158 (126,44)	T = n.s.

*Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

**bezogen auf Patienten mit Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen

***bezogen auf Patienten mit Alkoholkonsum in den letzten sechs Monaten

Nicht abstinente Fachklinikpatienten tranken in den 30 Tagen vor Reha-Beginn durchschnittlich an 13 Tagen, in den 30 Tagen vor der Katamneseerhebung an vier Tagen (die Verringerung entspricht einem großen Effekt, siehe Tabelle 68). Tagesklinikpatienten reduzieren die Anzahl der Tage mit Alkoholkonsum nicht signifikant von zehn auf sechs Tage.

Beide Patientengruppen sind zudem seltener betrunken: Die Anzahl der Tage mit Trunkenheit sinkt bei den Fachklinikpatienten von fünf auf einen Tag (entspricht einem großen Effekt), bei den Tagesklinikpatienten von zwei auf einen Tag (nicht signifikant). Wechselwirkungseffekte bestehen nicht. Beide Gruppen verringern zudem die Menge ihres Alkoholkonsums (große Effekte).

Tabelle 68: Verlaufsmessungen für Personen mit Alkoholkonsum vor Reha-Beginn

	Fachklinik (N) M (SD)			Tagesklinik (N) M (SD)			univariate zweifaktorielle Varianzanalyse		
	T ₁	T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁	T ₃	T ₁ - T ₃	Zeit	Gruppe	Wechsel- wirkung
Anzahl der Tage mit jeglichem Alkoholkonsum*	(64) 12,5 (10,57)	(64) 4,4 (7,59)	F=30,208 ***p<,001 +++η ² =,243	(32) 9,7 (8,72)	(32) 6,2 (10,68)	n.s.	F=20,700 ***p<,001 +++η ² =,180	n.s.	n.s.
Anzahl der Tage mit Konsum bis zur Trunkenheit*	(62) 5,2 (8,18)	(62) 1,0 (3,29)	F=19,278 ***p<,001 +++η ² =,173	(32) 2,3 (3,88)	(32) 0,6 (1,76)	n.s.	F=12,826 ***p<,001 ++η ² =,122	F=4,054 *p=,047 +η ² =,042	n.s.
Durchschnittlicher Alkoholkonsum in Gramm pro Tag**	(92) 235,0 (142,91)	(92) 104,1 (131,15)	F=42,532 ***p<,001 +++η ² =,193	(88) 230,5 (188,96)	(88) 55,8 (101,33)	F=72,423 ***p<,001 +++η ² =,289	F=113,296 ***p<,001 +++η ² =,389	n.s.	n.s.

*bezogen auf Patienten mit Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen zu T₁

**bezogen auf Patienten mit Alkoholkonsum in den letzten sechs Monaten zu T₁

In Tabelle 69 werden die nach den Angaben in Tabelle 10 und 17 berechneten Abstinenzraten berichtet. In allen Berechnungsformen bestehen Gruppenunterschiede, die kleinen Effekten entsprechen. Nach DGSS 3 sind 38% der Fach- und 61% der Tagesklinikpatienten im gesamten Katamnesezeitraum abstinent. Rückfällig, d.h. Alkohol konsumierend in den letzten 30 Tagen, sind 40 bzw. 22% der Patienten (siehe auch Abbildung 10).

Tabelle 69: Gruppeneinteilung Alkoholkonsum nach der Reha

		Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
DGSS 1	abstinent	44,2 (38)	67,0 (61)	55,9 (99)	χ ² = 10,32 df = 2 **p = ,006 +φ = ,241
	gebessert	23,3 (20)	17,6 (16)	20,3 (36)	
	rückfällig	32,6 (28)	15,4 (14)	23,7 (42)	
DGSS 2	abstinent	46,6 (41)	67,7 (65)	57,6 (106)	χ ² = 8,98 df = 2 *p = ,011 +φ = ,221
	gebessert	22,7 (20)	16,7 (16)	19,6 (36)	
	rückfällig	30,7 (27)	15,6 (15)	22,8 (42)	
DGSS 3	abstinent	38,4 (43)	61,3 (68)	49,8 (111)	χ ² = 12,60 df = 2 **p = ,002 +φ = ,238
	gebessert	21,4 (24)	17,1 (19)	19,3 (43)	
	rückfällig	40,2 (45)	21,6 (24)	30,9 (69)	
DGSS 4	abstinent	19,4 (43)	40,0 (68)	28,3 (111)	χ ² = 21,47 df = 2 ***p < ,001 +φ = ,234
	gebessert	10,8 (24)	11,2 (19)	11,0 (43)	
	rückfällig	69,8 (155)	48,8 (83)	60,7 (238)	

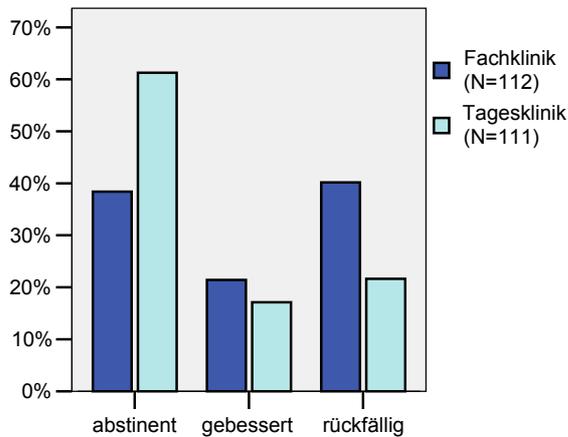


Abbildung 10: Alkoholkonsum im Katamnesezeitraum (DGSS 3)

Abstinenzprädiktoren

Es ist getestet worden, welche Variablen geeignet sind, den mittelfristigen Behandlungserfolg (Abstinenz im Katamnesezeitraum) vorherzusagen. Um den Einfluss patienten- und behandlungsbezogener Merkmale zu prüfen, sind binäre logistische Regressionsanalysen durchgeführt worden.

Da die Rückfallhäufigkeit und dementsprechend die Abstinenzzeiträume nicht linear verlaufen, sondern linksschief verteilt sind, ist die Anwendung einer binären logistischen Regressionsanalyse gewählt worden. Mit diesem Verfahren wird die Abhängigkeit einer dichotomen Variable von unabhängigen Variablen mit beliebigem Skalenniveau geprüft. Das Kriterium Abstinenz zu T_3 ist dabei als dichotomes Merkmal verwendet worden (0 = nicht abstinent, 1 = abstinent).

Von den zu T_1 und T_2 erhobenen Merkmalen sind 18 ausgewählt worden, für die in der Literatur Relevanz für die Abstinenz im Katamnesezeitraum diskutiert wird. Diese in Tabelle 70 aufgelisteten Merkmale (unabhängige Variablen) sind in einem ersten Schritt jeweils einzeln untersucht worden.

Mit logistischen Regressionsanalysen lassen sich Wahrscheinlichkeiten angeben, mit denen bei den einzelnen Ausprägungen der unabhängigen Variablen die Zugehörigkeit zu einer der Kriteriumskategorien besteht. Die Ergebnisse der Regressionsanalysen geben also darüber Auskunft, wie gut die einzelnen Merkmale die Abstinenz vorhersagen, ohne dass jedoch ein kausaler Zusammenhang bestehen muss.

Tabelle 70: Mit Regressionsanalysen geprüfte Variablen

Variablen	Erhebungszeitpunkt	Einheiten
Abstinenzzuversicht	T ₂	11 Kategorien: 0 - 100%
Rückfall während der Reha	T ₂	1 = nein, 2 = ja
Arbeitssituation	T ₁	1 = erwerbstätig, 2 = erwerbslos
Setting	T ₁	1 = Fachklinik, 2 = Tagesklinik
Partnereinbezug in die Reha	T ₂	0 = nein, 1 = ja
Behandlungsabbruch	T ₂	1 = ja, 2 = nein
Abstinenzzuversicht	T ₁	11 Kategorien: 0 - 100%
GSI	T ₂	56 Einheiten: range 24 - 80
psychische Beschwerden insgesamt	T ₁	5 Kategorien: 1 - 5
körperliche Beschwerden insgesamt	T ₁	5 Kategorien: 1 - 5
Schichtindex mit Einkommenseinbezug	T ₁	6 Kategorien: 1 - 6
Entgiftung in der Vorgeschichte	T ₁	0 = nein, 1 = ja
Geschlecht	T ₁	1 = männlich, 2 = weiblich
GSI	T ₁	59 Einheiten: range 21 - 80
(stationäre, teilstationäre, ambulante) Entwöhnung vor der Reha	T ₁	0 = nein, 1 = ja
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen während der Reha	T ₂	0 = nein, 1 = ja
Partnerschaft	T ₁	1 = nein, 2 = ja
Abhängigkeitsdauer	T ₁	50 Einheiten: range 0 - 49 Jahre

Von 223 Rehabilitanden liegen Informationen über das Kriterium Abstinenz im Katamnesezeitraum vor: 111 Patienten sind abstinent, 112 rückfällig. Eine Vorhersage der Abstinenzquote ohne Einbezug von Prädiktoren erreicht daher eine Trefferquote von 50%. Steigt dieser Wert bei Einbezug von Variablenausprägungen signifikant an, können diese Variablen als Prädiktoren gewertet werden.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 71 präsentiert. Fünf Variablen haben sich in der Einzelprüfung als Prädiktoren herausgestellt: Abstinenzzuversicht zu T₂, Rückfall während der Reha, Arbeitssituation zu T₁, Abbruch der Behandlung und das Setting⁷. Diese Variablen zeichnen sich aus durch einen Anteil richtig vorhergesagter Fälle von > 60% und einen Waldwert > 10. Der Waldwert gibt die Höhe des Einflusses der Variablen an. Auf ihn beziehen sich die Signifikanzangaben (es wird die Signifikanz angegeben, mit der der Waldwert sich von Null unterscheidet). Nagels r² gibt den Anteil durch die Variable aufgeklärter Varianz an und zeigt, dass die Abstinenzzuversicht zu T₂ den höchsten Vorhersagewert besitzt.

⁷Des Weiteren sind die genannten Regressoren für beide Settings einzeln geprüft worden (diese Ergebnisse werden aus Platzgründen nicht aufgelistet). Es zeigt sich, dass für beide Settings getrennt höhere Vorhersagewerte erzielt werden als für beide gemeinsam. Die Gruppen sind getrennt voneinander also prägnanter. Für die Tagesklinikpatienten werden mit allen Regressoren höhere Vorhersagewerte erzielt als für Fachklinikpatienten; dies betrifft insbesondere die Variablen Rückfall während der Reha, Behandlungsabbruch und GSI zu T₂. Bei den Tagesklinikpatienten sagt daher die soziale und berufliche Stabilität den Behandlungserfolg etwas besser vorher als bei den Fachklinikpatienten.

Tabelle 71: Einzelprüfungen der anhand der Literatur als relevant ausgewählten Regressoren*

	Nagels r^2	B	SE	Exp(B)	p	Wald	richtig vorhergesagte Fälle
Abstinenzzuversicht T ₂	,24	,38	,07	1,47	***<,001	29,83	68,9%
Rückfall T ₂	,18	-2,26	,50	,10	***<,001	20,19	63,9%
Arbeitssituation T ₁	,07	-,97	,29	,38	***,001	10,99	61,9%
Behandlungsabbruch T ₂	,15	-2,69	,76	,07	***<,001	12,73	61,5%
Setting T ₁	,07	,93	,28	2,54	***,001	11,45	61,4%
Partnereinbezug T ₂	,05	,77	,33	2,16	*,019	5,49	59,4%
Abstinenzzuversicht T ₁	,06	,20	,07	1,22	** ,003	8,57	58,1%
GSI T ₂	,00	-,01	,01	,99	,580	,31	57,1%
psych. Beschwerden T ₁	,02	-,17	,11	,84	,112	2,53	56,3%
körperl. Beschwerden T ₁	,00	,04	,12	1,04	,750	,10	56,1%
Schichtindex T ₁	,01	,13	,10	1,14	,214	1,55	55,6%
Entgiftung in der Vorgeschichte T ₁	,02	-,65	,34	,52	,059	3,56	55,4%
Geschlecht T ₁	,02	-,54	,32	,58	,092	2,84	54,7%
GSI T ₁	,01	-,01	,01	,99	,247	1,34	54,6%
Entwöhnung in der Vorgeschichte T ₁	,01	-,36	,27	,70	,181	1,79	54,5%
Kontakt SHG T ₂	,00	,15	,31	1,16	,631	,23	51,9%
Partnerschaft T ₁	,00	,13	,28	1,14	,650	,21	51,4%
Abhängigkeitsdauer T ₁	,00	,01	,01	1,01	,589	,29	50,2%

*jeweilige Kodierung siehe Tabelle 70

Die Vorhersage der Abstinenz im Katamnesezeitraum durch die Abstinenzzuversicht zu T₂ ist in Abbildung 11 dargestellt.

Hätte die Abstinenzzuversicht keinen Vorhersagewert, wäre eine horizontale Linie bei 50% zu sehen. Die Linie verläuft jedoch linear ansteigend. Bei einer Abstinenzzuversicht von 90% schätzt die logistische Regression die Wahrscheinlichkeit, vollständig abstinent zu bleiben, auf ca. 65%. Die Skaleneinheit der Abstinenzzuversicht in 10%-Schritten entspricht den Antwortmöglichkeiten des Items. Diese Einheit ist relevant für das Verständnis der odd ratios. Odd ratios werden durch exp(B) geschätzt (Tabelle 71) und geben darüber Auskunft, um welchen Faktor sich die Chance auf Abstinenz verändert, wenn sich der Wert der Prädiktorvariable um eine Einheit steigert. Beispielsweise liegt bei einer Abstinenzzuversicht von 20% die geschätzte Abstinenzwahrscheinlichkeit bei etwa 11%. Bei 30% Zuversicht steigt die Abstinenzwahrscheinlichkeit um den Faktor 1,47 und liegt somit bei etwa 16%. Dem Vorzeichen des Regressionskoeffizienten ist die Wirkrichtung der jeweiligen Einflussvariablen zu entnehmen. Ein positiver Regressionskoeffizient erhöht die Wahrscheinlichkeit der höher kodierten Merkmalsausprägung. Die Kodierungen der Zielvariablen sind in Tabelle 70 genannt.

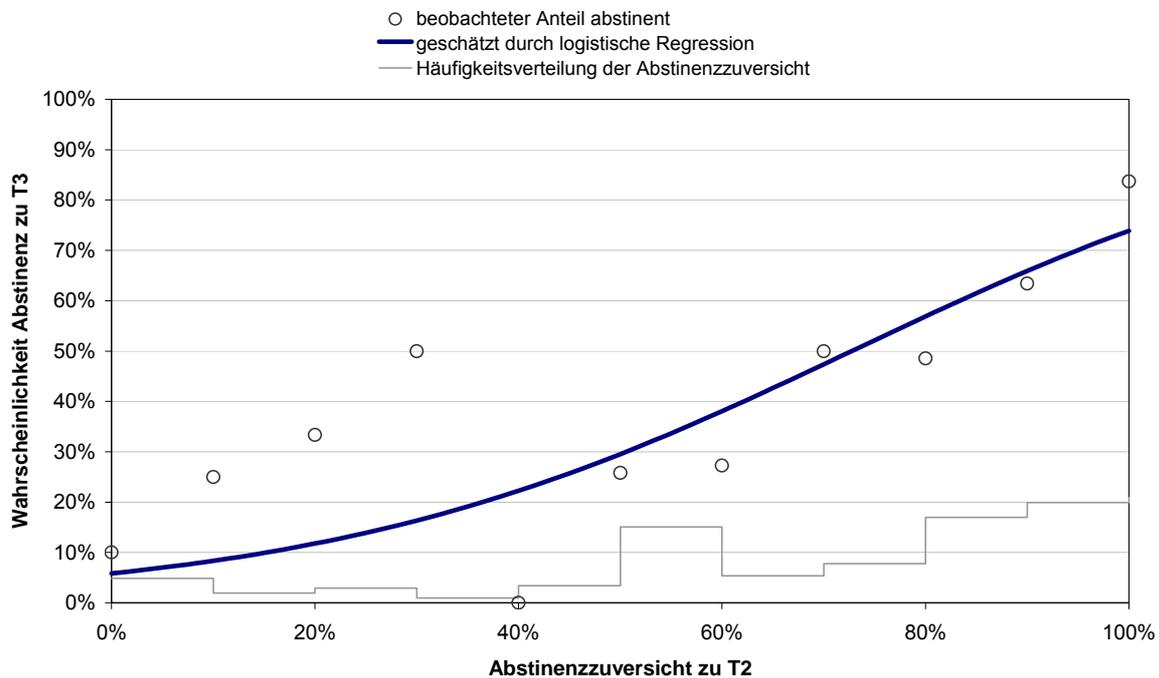


Abbildung 11: Vorhersage der Abstinenz zu T₃ durch die Abstinenzzuversicht zu T₂

Um zu prüfen, ob der Einbezug von mehreren Merkmalen eine bessere Vorhersage ermöglicht, sind die fünf Variablen jeweils zu Paaren kombiniert worden (Tabelle 72). Bei einer Kombination von zwei Variablen liefern Abstinenzzuversicht zu T₂ und Setting den höchsten Vorhersagewert. Mit diesen Variablen erhält man einen Anteil richtig vorhergesagter Fälle von 72,8%. Die Trefferquote (hit ratio) verbessert sich deutlich im Vergleich zu dem Vorhersagemodell ohne Einbezug von Prädiktoren mit einem Anteil richtig vorhergesagter Fälle von 50,0% (Tabelle 73 und 74).

Mit diesem Vorhersagewert ist annähernd der höchste Wert erreicht. Es hat sich bei weiteren Berechnungen gezeigt, dass bei sämtlichen Kombinationsmöglichkeiten der angegebenen Variablen der Vorhersagewert nicht über 74,0% steigt. Beispielsweise liegt der Vorhersagewert bei Einbezug der ersten fünf Variablen aus der Einzelprüfung anhand der Einschussmethode bei 72,9%, also kaum über dem oben genannten Wert von 72,8%. Auch bei Einbeziehung einer oder mehrerer Wechselwirkungen zwischen den Variablen werden 74,0% nicht überschritten. Die Vorhersage verbessert sich also durch die Hinzunahme weiterer Variablen kaum.

Fünf Prädiktoren sind identifiziert worden. Es lässt sich formulieren:

Bei Patienten, die

- während der Behandlung im STZ keinen alkoholbedingten Rückfall erleben,
- zum Reha-Ende zuversichtlich sind, abstinent zu bleiben,
- vor der Reha erwerbstätig sind,
- die Behandlung planmäßig beenden,
- in der Tagesklinik behandelt werden,

besteht mit einer höheren Wahrscheinlichkeit Abstinenz im Katamnesezeitraum.

Tabelle 72: Zweierkombinationen der vier Variablen mit Wald > 10 und Vorhersage > 60% Regressionsanalyse mit Einschlussmethode

Variablenkombination	Nagels r^2	B	SE	Exp(B)	p	Wald	richtig vorher- gesagte Fälle
Setting T ₁	,27	,79	,31	2,19	*,012	6,28	72,8%
Abstinenzzuversicht T ₂		,37	,07	1,44	***<,001	27,59	
Abstinenzzuversicht T ₂	,33	,39	,08	1,47	***<,001	23,38	71,9%
Rückfall T ₂		-1,45	,55	,24	** ,008	7,04	
Arbeitssituation T ₁	,28	-,72	,34	,49	*,032	4,59	69,8%
Abstinenzzuversicht T ₂		,37	,08	1,45	***<,001	23,42	
Behandlungsabbruch T ₂	,26	-1,75	,82	,17	*,033	4,56	68,9%
Abstinenzzuversicht T ₂		,33	,07	1,40	***<,001	20,11	
Behandlungsabbruch T ₂	,23	-1,71	,81	,18	*,035	4,43	68,7%
Rückfall T ₂		-2,19	,57	,11	***<,001	14,76	
Rückfall T ₂	,24	-2,38	,56	,09	***<,001	17,83	66,1%
Arbeitssituation T ₁		-,89	,32	,41	** ,006	7,56	
Setting T ₁	,22	,88	,30	2,41	** ,004	8,37	64,9%
Rückfall T ₂		-2,25	,51	,11	***<,001	19,39	
Behandlungsabbruch T ₂	,20	-2,51	,76	,08	*** ,001	10,91	64,6%
Setting		,86	,31	2,37	** ,005	7,76	
Setting T ₁	,13	,89	,30	2,43	** ,003	8,74	61,9%
Arbeitssituation T ₁		-,93	,30	,39	** ,002	9,65	
Behandlungsabbruch T ₂	,17	-2,64	,76	,07	***<,001	12,22	60,0%
Arbeitssituation T ₁		-,40	,24	,67	,092	2,84	

Tabelle 73: Vorhersage der Abstinenz im Katamnesezeitraum ohne Prädiktoren

	vorhergesagt nicht abstinert	vorhergesagt abstinert	richtig vorhergesagt
beobachtet nicht abstinert	0	103	0,0%
beobachtet abstinert	0	103	100,0%
Gesamt			50,0%

Tabelle 74: Vorhersage der Abstinenz im Katamnesezeitraum mit den Prädiktoren Setting und Abstinenzzuversicht zu T₂

	vorhergesagt nicht abstinert	vorhergesagt abstinert	richtig vorhergesagt
beobachtet nicht abstinert	72	31	69,9%
beobachtet abstinert	25	78	75,7%
Gesamt			72,8%

Eine weitere Variable, die im Unterschied zu den oben angegebenen ein Katamnese Merkmal ist, ist ebenfalls anhand einer binär logistischen Regressionsanalyse geprüft worden. Es handelt sich um die Ergebnisvariable Arbeitssituation zum Katamnesezeitpunkt. In diesem Merkmal haben im Zeitverlauf erhebliche Veränderungen stattgefunden und anhand der Literatur ist ein Zusammenhang mit der Abstinenz zu erwarten.

Das erwartete Ergebnis bestätigt sich. Anhand der Arbeitssituation zu T₃ lässt sich die Abstinenz zu T₃ in 66,5% der Fälle richtig vorhersagen (Tabelle 75). Die Abstinenzraten beider Gruppen nach DGSS 3 unter Berücksichtigung des Erwerbsstatus sind in Tabelle 76 aufgelistet.

Tabelle 75: Regressionsanalytische Prüfung der Arbeitssituation zu T₃

	Nagels r ²	B	SE	Exp(B)	p	Wald	richtig vorhergesagte Fälle
Arbeitssituation T ₃	,14	-1,38	,32	,25	***<,001	18,57	66,5%

Tabelle 76: Erwerbsstatus zu T₃ und Abstinenz im Katamnesezeitraum

		Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	χ ² -Test
erwerbstätig	abstinent	51,3 (20)	74,1 (40)	64,5 (60)	χ ² = n.s.
	gebessert	20,5 (8)	13,0 (7)	16,1 (15)	
	rückfällig	28,2 (11)	13,0 (7)	19,4 (18)	
erwerbslos	abstinent	25,0 (12)	40,0 (14)	31,3 (26)	χ ² = n.s.
	gebessert	25,0 (12)	22,9 (8)	24,1 (20)	
	rückfällig	50,0 (24)	37,1 (13)	44,6 (37)	
nicht erwerbstätig	abstinent	41,7 (10)	60,0 (12)	50,0 (22)	χ ² = n.s.
	gebessert	16,7 (4)	20,0 (4)	18,2 (8)	
	rückfällig	41,7 (10)	20,0 (4)	31,8 (14)	

In Tabelle 77 sind die Anteile im Katamnesezeitraum abstinenten und rückfälliger Patienten in Zusammenhang mit ausgewählten Patienten- und Behandlungsmerkmalen dargestellt. Die Abstinenzraten veranschaulichen die oben genannten Ergebnisse der Regressionsanalysen. Sowohl in der Fach- als auch in der Tagesklinik ist unter den rückfälligen Patienten der Frauenanteil höher (nicht signifikant) als unter den abstinenten. Unter den Rückfälligen sind Erwerbslose über- und Erwerbstätige unterrepräsentiert (stärker in der Tagesklinik, dort ist der Unterschied signifikant). Deutlich häufiger sind Abstinente beider Gruppen zu T₃ erwerbstätig, seltener erwerbslos oder nicht erwerbstätig. Abstinenzrate im Katamnesezeitraum (ja / nein) und Arbeitssituation zu T₃ (erwerbstätig / erwerbslos) korrelieren mit ++r = -,33 (N = 176, ***p < ,001).

Mit großer Effektstärke unterscheiden sich Abstinente und Rückfällige beider Gruppen hinsichtlich der Abstinenzzuversicht. Die zu T₃ Abstinenten schätzen die Wahrscheinlichkeit für eigene Abstinenz in den folgenden zwölf Monaten deutlich höher ein.

In der Fachklinik wird in den Wiederholungsbehandlungen (Entgiftung oder Entwöhnung in der Vorgeschichte) seltener Abstinenz erreicht als in den Erstbehandlungen (auch hier sind die Unterschiede jeweils nicht signifikant). In der Tagesklinik zeigen sich keine Differenzen. Deutlich unterscheiden sich planmäßig und nicht planmäßig Entlassene: Sowohl in der Fach- als auch in der Tagesklinik sind unter den rückfälligen Patienten Behandlungsabbrecher überrepräsentiert. In der Fachklinik ist der Unterschied ausgeprägter und entspricht einem mittleren Effekt. Hinsichtlich der Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen während der Reha unterscheiden sich abstinenten und nicht abstinenten Patienten beider Gruppen nicht. Patienten, die während der Reha rückfällig werden, sind deutlich seltener im Katamnesezeitraum abstinent (entspricht in beiden Gruppen einem mittleren Effekt).

Tabelle 77: Ausgewählte Patienten- und Behandlungsmerkmale und Abstinenz im Katamnesezeitraum

Variable	Kategorien	Fachklinik % (n)		Tagesklinik % (n)	
		nicht abstinent	abstinent	nicht abstinent	abstinent
Geschlecht	männlich	71,0 (49)	79,1 (34)	72,1 (31)	82,4 (56)
	weiblich	29,0 (20)	20,9 (9)	27,9 (12)	17,6 (12)
	Signifikanz	$\chi^2 = \text{n.s.}$		$\chi^2 = \text{n.s.}$	
Erwerbsstatus zu T ₁	erwerbstätig	33,3 (23)	48,8 (21)	30,2 (13)	55,9 (38)
	erwerbslos	56,5 (39)	41,9 (18)	55,8 (24)	30,9 (21)
	nicht erwerbstätig	10,1 (7)	9,3 (4)	14,0 (6)	13,2 (9)
	Signifikanz	$\chi^2 = \text{n.s.}$		$\chi^2 = 7,82; \text{df} = 2$ *p = ,020; +φ = ,265	
Erwerbsstatus zu T ₃	erwerbstätig	27,5 (19)	47,6 (20)	32,6 (14)	60,6 (40)
	erwerbslos	52,2 (36)	28,6 (12)	48,8 (21)	21,2 (14)
	nicht erwerbstätig	20,3 (14)	23,8 (10)	18,6 (8)	18,2 (12)
	Signifikanz	$\chi^2 = 6,51; \text{df} = 2$ *p = ,039; +φ = ,242		$\chi^2 = 10,33; \text{df} = 2$ **p = ,006; ++φ = ,308	
Entwöhnungsbehandlung in der Vorgeschichte	keine Entwöhnung	40,6 (28)	53,5 (23)	51,2 (22)	53,7 (36)
	mind. 1 Entwöhnung	59,4 (41)	46,5 (20)	48,8 (21)	46,3 (31)
	Signifikanz	$\chi^2 = \text{n.s.}$		$\chi^2 = \text{n.s.}$	
Entgiftung in der Vorgeschichte	keine	14,5 (10)	25,6 (11)	16,3 (7)	25,4 (17)
	mind. 1 Entgiftung	85,5 (59)	74,4 (32)	83,7 (36)	74,6 (50)
	Signifikanz	$\chi^2 = \text{n.s.}$		$\chi^2 = \text{n.s.}$	
Entlassart	planmäßig*	71,2 (42)	97,3 (36)	86,1 (31)	98,4 (62)
	Abbruch**	28,8 (17)	2,7 (1)	13,9 (5)	1,6 (1)
	Signifikanz	$\chi^2 = 10,18; \text{df} = 1;$ ***p = ,001; ++φ = ,326		$\chi^2 = 6,09; \text{df} = 1$ *p = ,014; +φ = ,248	
Kontaktaufnahme zu SHG während der Reha	ja	71,0 (44)	80,0 (32)	68,3 (28)	68,7 (46)
	nein	29,0 (18)	20,0 (8)	31,7 (13)	31,3 (21)
	Signifikanz	$\chi^2 = \text{n.s.}$		$\chi^2 = \text{n.s.}$	
Rückfall während Reha	nein	65,1 (41)	97,5 (39)	70,7 (29)	93,8 (60)
	ja	34,9 (22)	2,5 (1)	29,3 (12)	6,3 (4)
	Signifikanz	$\chi^2 = 14,83; \text{df} = 1$ ***p < ,001; ++φ = ,379		$\chi^2 = 10,25; \text{df} = 1$ ***p = ,001; ++φ = ,312	
Variable	Kategorien	Fachklinik N M (SD)		Tagesklinik N M (SD)	
		nicht abstinent	abstinent	nicht abstinent	abstinent
Abstinenzzuversicht T ₂	0 - 100%	62 58,5 (28,9)	39 80,3 (21,9)	41 60,2 (29,1)	64 84,2 (21,0)
	Signifikanz	T = 4,016; df = 99 ***p < ,001; +++d = ,82		T = -4,899; df = 103 ***p < ,001; +++d = ,98	

*enthält die Kategorien "regulär", "vorzeitig auf ärztliche Veranlassung", "vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis", "Verlegung" und "Wechsel"

**enthält die Kategorien "vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis" und "disziplinarisch"

Die Anzahl der Rückfälle während der Reha unterscheidet sich zwischen den Rückfälligen beider Gruppen nicht signifikant (Tabelle 78). Die Rückfallgründe sind als Freitext angegeben und nachträglich kategorisiert worden. Signifikanzstatistisch sind sie aufgrund zu geringer Zellbelegungen nicht auswertbar. Augenfällig ist, dass etwa ein Viertel aller Patienten keinen Auslöser für ihren Rückfall angeben kann.

Die Rückfallfolgen sind mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten erfragt worden. Für einen Teil der Patienten (23% der Fach- und 44% der Tagesklinikpatienten) hat der Rückfall keine Folgen gehabt. Häufige Nennungen betreffen Probleme mit Angehörigen und psychologische oder ärztliche Behandlung aufgrund des Rückfalls. Bei 14% der Patienten hat der Rückfall das Ende einer persönlichen Beziehung zur Folge gehabt. 13% der Fach- und 3% der Tagesklinikpatienten haben aufgrund des Rückfalls ihren Arbeitsplatz verloren.

Tabelle 78: Rückfälle nach der Reha

	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
Anzahl der Rückfälle (bezogen auf rückfällige Pat.)	(55) 2,9 (3,06)	(34) 2,1 (2,27)	(89) 2,6 (2,80)	T = n.s.
Rückfallgründe (kategorisiert)*				
ohne Auslöser	21,4 (12)	28,9 (11)	24,5 (23)	zu geringe Zellbelegung
Trennung / zwischenmenschlicher Konflikt	17,9 (10)	18,4 (7)	18,1 (17)	
Überforderung / Stress	16,1 (9)	10,5 (4)	13,8 (13)	
Angst / Depression	10,7 (6)	5,3 (2)	8,5 (8)	
wenig Abstinenzinteresse	3,6 (2)	10,5 (4)	6,4 (6)	
Tod / schwere Krankheit einer nahe stehenden Person	8,9 (5)	2,6 (1)	6,4 (6)	
Frustration	3,6 (2)	2,6 (1)	3,2 (3)	
positives Befinden	3,6 (2)	2,6 (1)	3,2 (3)	
Gelegenheit	1,8 (1)	5,3 (2)	3,2 (3)	
Sonstiges	12,5 (7)	13,2 (5)	12,8 (12)	
Rückfallfolgen*				
keine Folgen	23,3 (14)	44,4 (16)	31,3 (30)	$\chi^2 = 4,67$; df = 1 *p = ,031; + $\phi = ,220$
Probleme mit Angehörigen	31,7 (19)	27,8 (10)	30,2 (29)	n.s.
psychologische / ärztliche Behandlung	30,0 (18)	19,4 (7)	26,0 (25)	n.s.
Ende einer persönlichen Beziehung	16,7 (10)	11,1 (4)	14,6 (14)	n.s.
Verlust der Arbeit	13,3 (8)	2,8 (1)	9,4 (9)	zu geringe Zellbelegung
Verlust des Führerscheins	6,7 (4)	5,6 (2)	6,3 (6)	zu geringe Zellbelegung
Verlust der Wohnung	5,0 (3)	2,8 (1)	4,2 (4)	zu geringe Zellbelegung
andere Folgen	16,7 (10)	11,1 (4)	14,6 (14)	$\chi^2 = n.s.$

*Mehrfachantworten sind berücksichtigt worden.

Zu den drei Messzeitpunkten ist die Abstinenzzuversicht der Patienten für die nächsten zwölf Monate erhoben worden (Angaben in Tabelle 79, Darstellung in Abbildung 12). In beiden Gruppen sinkt die Zuversicht im Verlauf (großer Zeiteffekt) und die Werte sind zum Katamnesezeitpunkt hoch signifikant niedriger als zu Beginn der Reha. Fachklinikpatienten schätzen die Wahrscheinlichkeit, abstinent zu bleiben, zu allen Zeitpunkten etwas geringer ein als Tagesklinikpatienten.

Tabelle 79: Verlauf der Abstinenzzuversicht (0 bis 100%)

Fachklinik (N) M (SD)			Tagesklinik (N) M (SD)			univariate zweifaktorielle Varianzanalyse		
T ₁	T ₂	T ₃	T ₁	T ₂	T ₃	Zeit	Gruppe	Wechselwirkung
(95) 76,6 (22,7)	(95) 67,8 (28,1)	(95) 62,5 (33,3)	(101) 82,1 (18,0)	(101) 75,0 (26,3)	(101) 67,3 (35,8)	F=20,812 ***p<,001 +++η ² =,177	n.s.	n.s.
T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃			
p=,003	n.s.	*p<,001	*p=,021	*p=,046	***p<,001			

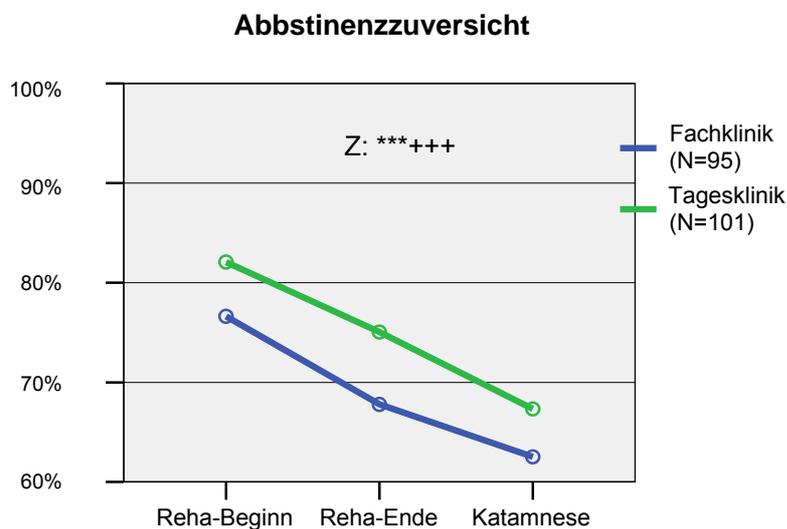


Abbildung 12: Abstinenzzuversicht im Verlauf

23.6 Körperliche und psychische Verfassung

23.6.1 Körperliche und psychische Beschwerden

Die folgenden Rechnungen beziehen sich auf die körperlichen und psychischen Beschwerden im Verlauf der drei Erhebungszeitpunkte. Die Angaben werden sowohl tabellarisch in Tabelle 80 als auch grafisch in Abbildung 13 bis 21 dargestellt.

Fachklinikpatienten leiden zu den drei Zeitpunkten etwas stärker unter körperlichen Beschwerden als Tagesklinikpatienten. Während der Reha werden in beiden Gruppen keine signifikanten Veränderungen der Beschwerden erreicht (Abbildung 13).

Patienten beider Gruppen erleben zunächst eine signifikante Verringerung ihrer depressiven Verstimmungen durch die Reha. Diese hält jedoch nicht bis zum Katamnesezeitpunkt an und

steigt beinahe wieder auf das Ausgangsniveau (Abbildung 14). Zu allen Zeitpunkten leiden Fachklinikpatienten etwas stärker unter depressiven Verstimmungen als Tagesklinikpatienten. Einen ähnlichen Verlauf nehmen die Ängste der Patienten (Abbildung 15). Insgesamt leiden beide Gruppen wenig unter Ängsten.

In beiden Gruppen leiden die Patienten im Mittel "gar nicht" bis "wenig" unter Angstanfällen (Abbildung 16). In der Tagesklinik zeigen sich hier keine Veränderungen im Verlauf; in der Fachklinik wird zu T₂ eine Verbesserung erzielt, die zu T₃ aber aufgehoben ist. Der Gruppenunterschied insgesamt entspricht einem kleinen Effekt.

Hinsichtlich Gereiztheit (Abbildung 17) unterscheiden sich Fach- und Tagesklinik zu Beginn der Reha nicht. In der Fachklinik erfolgt ein Anstieg im Katamnesezeitraum über das Ausgangsniveau hinweg. In der Tagesklinik ist eine leichte Reduktion zu T₂ zu verzeichnen, jedoch auch eine Rückkehr auf das Ausgangsniveau zu T₃.

In beiden Gruppen geben die Patienten an, "gar nicht" bis "wenig" unter Aggressivität zu leiden (Abbildung 18). Fachklinikpatienten geben zu allen Zeitpunkten höhere Werte an. In beiden Gruppen steigen die Werte zu T₃ signifikant an.

Patienten beider Stichproben erreichen eine Verbesserung bezüglich Verständnis-, Gedächtnis- oder Konzentrationsschwierigkeiten zwischen T₁ und T₂ (Abbildung 19). Diese Verbesserungen halten sich nicht über den Katamnesezeitraum.

Die Frage nach Suizidgedanken beantworten die Tagesklinikpatienten im Mittel mit 1,2 bzw. 1,1 (1 = gar nicht). Fachklinikpatienten haben häufiger Suizidgedanken (1,5 bis 1,3). Die leichte Reduktion zu T₂ hält im Katamnesezeitraum nicht an (Abbildung 20).

Psychische Beschwerden insgesamt sind unter den Patienten der Fachklinik stärker als unter den Patienten der Tagesklinik verbreitet (siehe Abbildung 21). Während in der Fachklinik zwar zu T₂ eine signifikante Verbesserung erreicht wird, ist diese zu T₃ wieder aufgehoben und die Werte unterscheiden sich nicht mehr von denen zu Beginn der Reha. In der Tagesklinik werden ebenfalls während der Reha signifikante Verbesserungen erreicht, die sich auch zu T₃ noch signifikant von den Ausgangswerten unterscheiden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Belastungen sowohl durch körperliche als auch durch die aufgeführten psychischen Beschwerden zu Beginn der Reha in beiden Stichproben eher gering ist (zwischen 1 = gar nicht und 3 = mittelmäßig). Eine starke Reduktion der Belastungen durch die Reha ist wegen dieser geringen Ausgangsbelastung nicht zu erwarten gewesen.

Tabelle 80: Zeitverlauf der psychischen und körperlichen Beschwerden*

	Fachklinik (N) M (SD)			Tagesklinik (N) M (SD)			univariate zweifaktorielle Varianzanalyse		
	T ₁	T ₂	T ₃	T ₁	T ₂	T ₃	Zeit	Gruppe	Wechsel- wirkung
körperliche Beschwer- den	(98) 2,5 (1,14)	(98) 2,5 (1,20)	(98) 2,5 (1,21)	(107) 2,3 (1,15)	(107) 2,2 (1,02)	(107) 2,1 (0,95)	n.s.	F=6,537 *p=,011 +η ² =,031	n.s.
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃			
	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.			
depressive Verstim- mungen	(95) 2,5 (1,40)	(95) 2,0 (1,08)	(95) 2,4 (1,44)	(104) 2,0 (1,32)	(104) 1,7 (1,17)	(104) 1,9 (1,18)	F=20,451 ***p<,001 +++η ² =,173	F=7,848 **p=,006 +η ² =,038	n.s.
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃			
	***p<,001	***p=,001	n.s.	**p=,005	n.s.	n.s.			
Ängste	(92) 2,3 (1,30)	(92) 1,8 (1,05)	(92) 2,2 (1,36)	(102) 2,1 (1,27)	(102) 1,8 (1,15)	(102) 1,8 (1,14)	F=15,127 ***p<,001 ++η ² =,137	n.s.	n.s.
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃			
	***p<,001	**p=,003	n.s.	**p=,009	n.s.	n.s.			
Angstanfälle	(90) 1,7 (1,15)	(90) 1,3 (0,67)	(90) 1,7 (1,20)	(98) 1,3 (0,86)	(98) 1,3 (0,89)	(98) 1,3 (0,78)	F=10,150 ***p<,001 ++η ² =,099	*p=,035 +η ² =,024	F=7,517 ***p=,001 ++η ² =,075
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃			
	***p<,001	***p<,001	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.			
Gereiztheit	(91) 2,0 (1,24)	(91) 1,9 (0,99)	(91) 2,3 (1,26)	(103) 2,0 (1,09)	(103) 1,7 (0,85)	(103) 2,0 (0,95)	F=12,229 ***p<,001 ++η ² =,114	n.s.	n.s.
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃			
	n.s.	***p=,001	n.s.	*p=,033	*p=,014	n.s.			
Aggressivi- tät	(93) 1,7 (1,11)	(93) 1,6 (1,01)	(93) 2,0 (1,20)	(101) 1,5 (0,80)	(101) 1,4 (0,68)	(101) 1,6 (0,84)	F=12,636 ***p<,001 ++η ² =,117	F=871,817 **p=,008 +η ² =,036	n.s.
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃			
	n.s.	***p<,001	*p=,036	n.s.	*p=,031	n.s.			
Gedächtnis- oder Konzentra- tionsschwie- rigkeiten	(96) 2,2 (1,20)	(96) 1,9 (1,12)	(96) 2,1 (1,25)	(104) 1,9 (1,06)	(104) 1,6 (0,92)	(104) 1,7 (1,00)	F=7,996 ***p<,001 ++η ² =,075	F=4,109 *p=,044 +η ² =,020	n.s.
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃			
	*p=,022	n.s.	n.s.	*p=,013	n.s.	n.s.			
Suizid- gedanken	(100) 1,5 (1,10)	(100) 1,3 (0,76)	(100) 1,5 (1,01)	(105) 1,2 (0,51)	(105) 1,1 (0,41)	(105) 1,1 (0,40)	F=4,655 **p=,011 +η ² =,044	F=15,356 ***p<,001 ++η ² =,070	n.s.
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃			
	**p=,005	*p=,016	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.			
psychische Beschwer- den insgesamt	(100) 2,7 (1,21)	(100) 2,2 (1,13)	(100) 2,5 (1,29)	(107) 2,3 (1,32)	(107) 1,8 (1,15)	(107) 2,0 (1,11)	F=26,422 ***p<,001 +++η ² =,206	F=8,285 **p=,004 +η ² =,039	n.s.
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃			
	***p<,001	*p=,008	n.s.	***p<,001	n.s.	**p=,005			

*1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

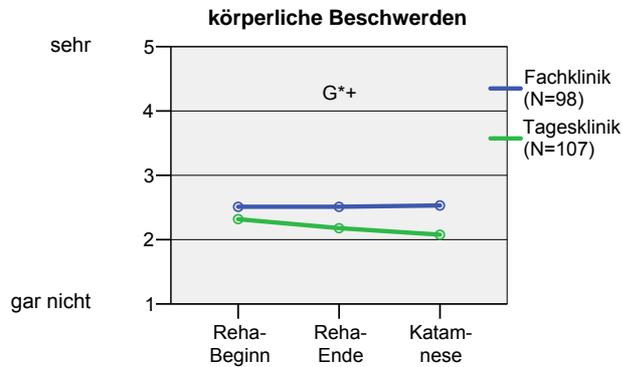


Abbildung 13: Zeitverlauf körperliche Beschwerden

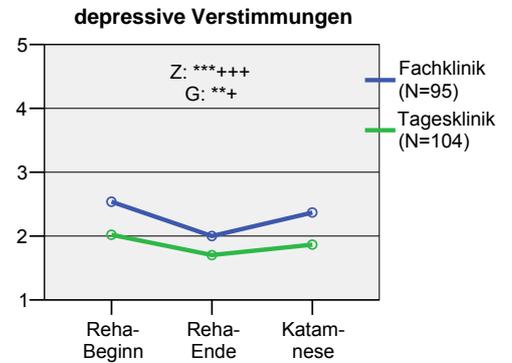


Abbildung 14: Zeitverlauf depressive Verstimmungen

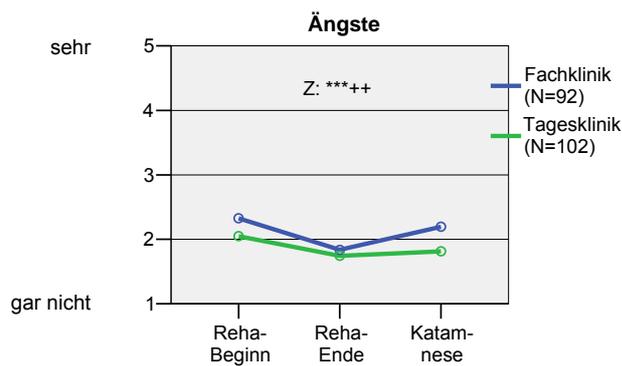


Abbildung 15: Zeitverlauf Ängste

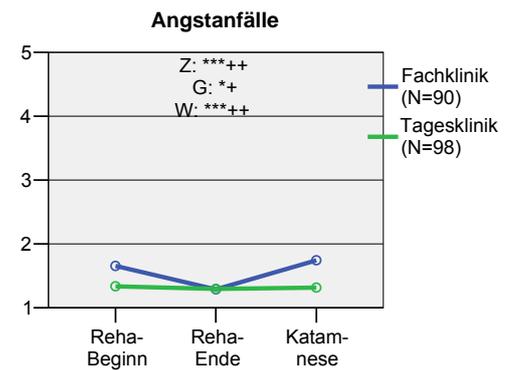


Abbildung 16: Zeitverlauf Angstanfälle

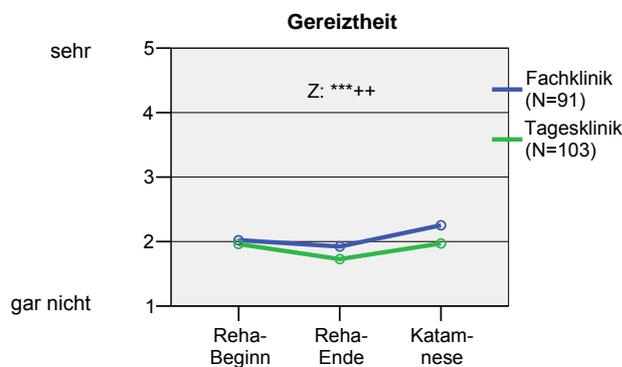


Abbildung 17: Zeitverlauf Gereiztheit

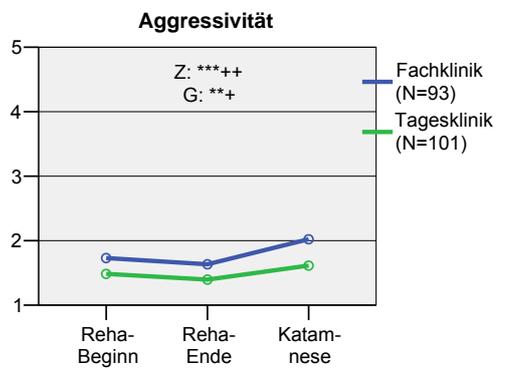


Abbildung 18: Zeitverlauf Aggressivität

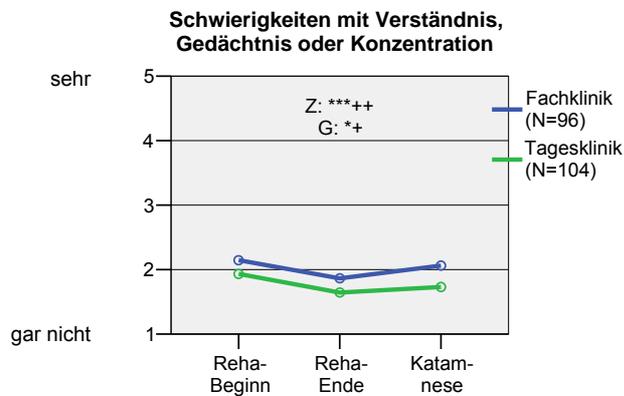


Abbildung 19: Zeitverlauf Verständnis- oder Gedächtnisschwierigkeiten

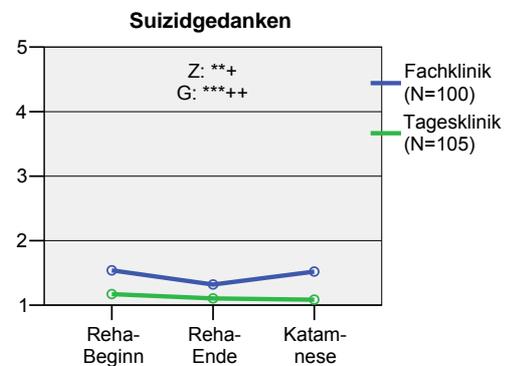


Abbildung 20: Zeitverlauf Suizidgedanken

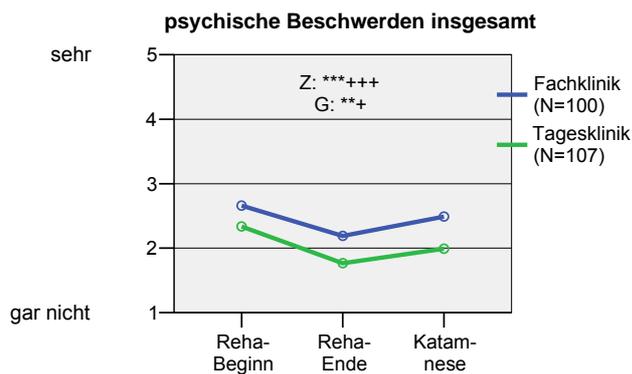


Abbildung 21: Zeitverlauf psychische Beschwerden insgesamt

23.6.2 Suchtbelastungen

Im folgenden Abschnitt werden die subjektiv empfundenen Belastungen durch die Sucht in den Bereichen Familie und Partnerschaft, Arbeit und Beruf sowie in Freundschaften dargestellt. Tabelle 81 enthält die Angaben zum Verlauf der drei Erhebungszeitpunkte und die Gruppenunterschiede. Die dazugehörigen Abbildungen stellen diese Daten graphisch dar. Für beide Patientengruppen verringern sich die Belastungen in Familie und Partnerschaft (Abbildung 22) zwischen T₁ und T₂ und bleiben bis zum Katamnesezeitpunkt auf dem erreichten Niveau. Zu allen Zeitpunkten sind die Belastungen in der Fachklinik höher als in der Tagesklinik. Die Belastungen im Bereich Arbeit und Beruf (Abbildung 23) sinken für beide Patientengruppen zu T₂. Zum Katamnesezeitraum verringern sich die Belastungen noch einmal, jedoch nicht signifikant. Zwischen T₁ und T₃ besteht jeweils eine deutliche Verringerung der Belastung (großer Zeiteffekt). Fachklinikpatienten weisen zu allen Zeitpunkten höhere Belastungen auf (großer Gruppeneffekt).

Innerhalb der Gruppe der Fachklinikpatienten verringern sich die Suchtbelastungen in Freundschaften (Abbildung 24) zu T₂ leicht und bleiben bis zum Katamnesezeitpunkt stabil. Die Belastungen der Tagesklinikpatienten verringern sich linear. Die Veränderungen zwischen T₁ und T₃ sind signifikant. Auch in diesem Bereich sind die Fachklinikpatienten zu allen Zeitpunkten stärker belastet als die Tagesklinikpatienten (mittlerer Effekt).

Tabelle 81: Belastungen durch die Sucht in Familie und Partnerschaft*

	Fachklinik (N) M (SD)			Tagesklinik (N) M (SD)			univariate zweifaktorielle Varianzanalyse		
	T ₁	T ₂	T ₃	T ₁	T ₂	T ₃	Zeit	Gruppe	Wechselwirkung
Familie und Partnerschaft	(53) 3,0 (1,41)	(53) 2,3 (1,30)	(53) 2,3 (1,51)	(66) 2,6 (1,37)	(66) 1,9 (1,17)	(66) 1,8 (1,16)	F=16,046 ***p<,001 +++η ² =,217	F=5,627 *p=,019 +η ² =,046	n.s.
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃			
	p=,002	n.s.	**p=,004	*p=,001	n.s.	***p<,001			
Arbeit und Beruf	(45) 3,7 (1,55)	(45) 2,4 (1,41)	(45) 2,2 (1,47)	(38) 2,6 (1,46)	(38) 2,0 (1,27)	(38) 1,4 (0,92)	F=27,735 ***p<,001 +++η ² =,409	F=13,168 ***p<,001 +++η ² =,140	n.s.
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃			
	***p<,001	n.s.	***p<,001	*p=,036	n.s.	***p<,001			
Freundschaften	(60) 2,6 (1,35)	(60) 2,0 (0,09)	(60) 2,1 (1,41)	(58) 2,1 (1,17)	(58) 1,7 (1,07)	(58) 1,4 (0,84)	F=11,658 ***p<,001 +++η ² =,169	F=11,437 ***p=,001 ++η ² =,090	n.s.
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃			
	**p=,002	n.s.	*p=,017	n.s.	n.s.	**p=,002			

*1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

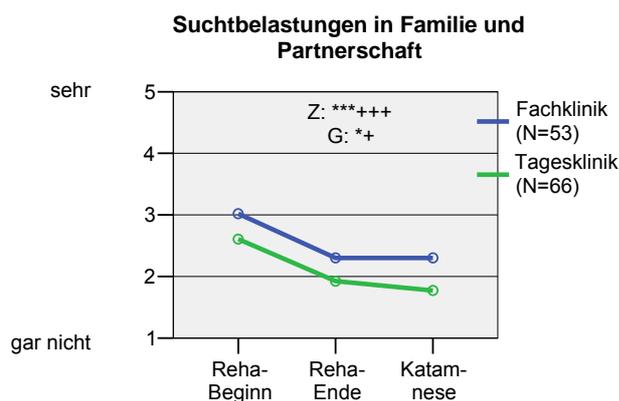


Abbildung 22: Zeitverlauf der Suchtbelastungen

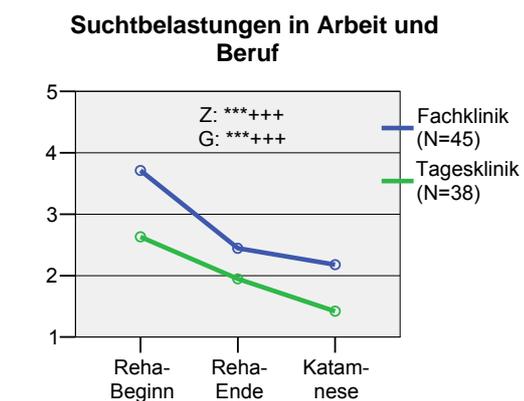


Abbildung 23: Zeitverlauf der Suchtbelastungen

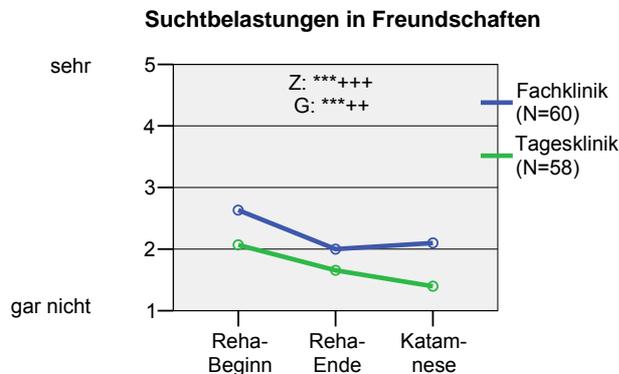


Abbildung 24: Zeitverlauf der Suchtbelastungen

23.6.3 SCL

Zu den Zeitpunkten T_1 und T_2 wird vom STZ die Symptomcheckliste SCL-90-R eingesetzt. In den Katamnesefragebogen ist die Symptomcheckliste SCL-14 integriert. Hierbei handelt es sich um eine Kurzform mit 14 identischen Items. Es ist daher möglich, neben dem Vergleich der Skalenwerte des SCL-90 von T_1 zu T_2 (Abschnitt 22.5.2), die zu T_3 erhobenen Items des SCL-14 mit den entsprechenden 14 Items der zu T_1 und T_2 erhobenen SCL-90-R zu vergleichen und so einen Verlauf über drei Messzeitpunkte darzustellen.

Das Kurzinstrument SCL-14 dient neben der Messung der allgemeinen psychopathologischen Symptombelastung dem Screening in den Störungsbereichen Depression, Somatisierung und phobische Angst. Zur Einordnung der mit der SCL-14 erhobenen Werte liegen von den Autoren Harfst et al. (unveröffentlichter Bericht) Daten einer Vergleichsstichprobe von stationären Psychotherapiepatienten (Tabelle 82) vor. Die im STZ erhobenen SCL-14-Daten liegen zu allen Zeitpunkten unter diesen Vergleichsdaten.

Tabelle 82: Vergleichswerte der SCL-14

stationäre Psychotherapiepatienten (N = 6563)	
Skalen	M (SD)
Depressivität	1,5 (1,1)
Somatisierung	1,2 (1,0)
phobische Angst	0,6 (0,9)
GSI-14	1,2 (0,8)

Die in Tabelle 83 angegebenen Werte zum Zeitverlauf der Symptombelastungen werden in Abbildung 25 bis 28 graphisch dargestellt.

Es besteht ein großer Zeit- und ein mittlerer Gruppeneffekt auf der Depressivitätsskala (Abbildung 25). Beide Gruppen geben Belastungen durch Depressivität an. Die Mittelwerte liegen jedoch unter den Werten der Vergleichsstichprobe der stationären Psychotherapiepatienten (Tabelle 82); besonders deutlich bei den Tagesklinikpatienten.

Fachklinikpatienten fühlen sich zu allen Zeitpunkten stärker belastet als Tagesklinikpatienten. Zum Ende der Reha sinken die Werte der Fachklinikpatienten ab, steigen aber zum Katamnesezeitpunkt fast auf das Ausgangsniveau an. Tagesklinikpatienten erreichen ebenfalls eine Reduktion, der Anstieg zu T₃ ist aber geringer und liegt unter dem Ausgangswert.

Es werden nur geringe Belastungen durch Somatisierungssymptome angegeben; signifikante Gruppenunterschiede bestehen nicht (Abbildung 26). Beide Gruppen zeigen eine Abnahme der Somatisierungssymptome während der Reha und einen erneuten Anstieg zum Katamnesezeitpunkt, wobei lediglich die Verbesserung der Fachklinikpatienten zwischen T₁ und T₂ signifikant ist.

Insgesamt geben die Patienten an, nicht unter phobischen Symptomen zu leiden (Abbildung 27). Während die Fachklinikpatienten eine leichte Symptomreduktion zu T₂ und einen Anstieg zu T₃ zeigen, bleiben die Symptombelastungen der Tagesklinikpatienten durchgehend auf sehr niedrigem Niveau.

Die allgemeine psychopathologische Symptombelastung ist in der Fachklinik zu allen Zeitpunkten höher als in der Tagesklinik (mittlerer Gruppeneffekt, Abbildung 28). In der Fachklinik kommt es analog zu den anderen Skalen zu einer Abnahme der Symptome im Verlauf der Behandlung, die aber nicht stabil ist und zum Katamnesezeitpunkt aufgehoben ist. In der Tagesklinik ist ebenfalls eine Symptomreduktion während der Reha zu sehen, diese hält sich aber in den sechs Monaten nach der Reha auf gleichem Niveau.

Tabelle 83: Vergleich der Mittelwerte der vier SCL-Skalen im Verlauf von Reha-Beginn (SCL-90-R), Reha-Ende (SCL-90-R) und Katamnese (SCL-14)

	Fachklinik (N) M (SD)			Tagesklinik (N) M (SD)			univariate zweifaktorielle Varianzanalyse		
	T ₁	T ₂	T ₃	T ₁	T ₂	T ₃	Zeit	Gruppen	Wechselwirkung
Skala Depressivität	(50) 1,3 (1,02)	(50) 0,7 (,72)	(50) 1,1 (1,15)	(66) 0,8 (0,72)	(66) 0,4 (0,64)	(66) 0,5 (0,59)	F=22,496 ***p<,001 +++η ² =,285	F=14,778 ***p<,001 ++η ² =,115	F=4,911 **p=,009 ++η ² =,080
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃			
	***p<,001	***p<,001	n.s.	**p=,002	n.s.	*p=,043			
Skala Somatisierung	(50) 0,8 (0,81)	(50) 0,5 (0,69)	(50) 0,7 (0,97)	(66) 0,6 (0,73)	(66) 0,4 (0,46)	(66) 0,5 (0,64)	F=7,246 ***p=,001 +++η ² =,114	n.s.	n.s.
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃			
	*p=,036	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.			
Skala phobische Angst	(50) 0,3 (0,58)	(50) 0,1 (0,28)	(50) 0,3 (0,60)	(66) 0,2 (0,48)	(66) 0,1 (0,43)	(66) 0,1 (0,25)	F=3,460 *p=,035 +η ² =,058	n.s.	*p=,012 ++η ² =,075
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃			
	n.s.	*p=,011	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.			
GSI	(50) 0,8 (0,70)	(50) 0,5 (0,51)	(50) 0,8 (0,82)	(66) 0,6 (0,52)	(66) 0,3 (0,46)	(66) 0,4 (0,42)	F=18,892 ***p<,001 +++η ² =,251	F=10,667 ***p=,001 ++η ² =,086	F=4,768 **p=,010 ++η ² =,078
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃	T ₁ - T ₃			
	***p<,001	***p<,001	n.s.	**p=,005	n.s.	n.s.			

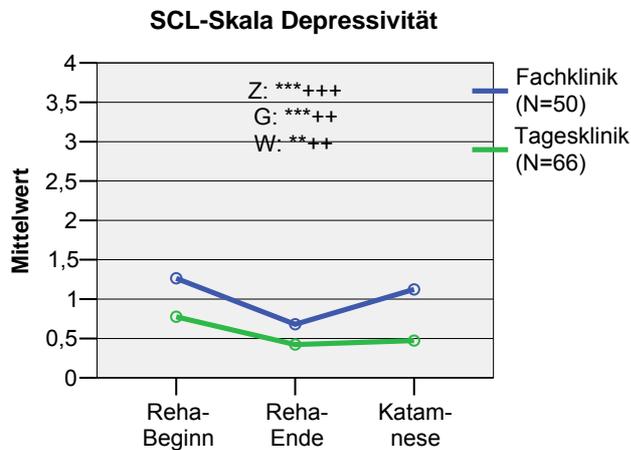


Abbildung 25: Zeitverlauf SCL-Skala

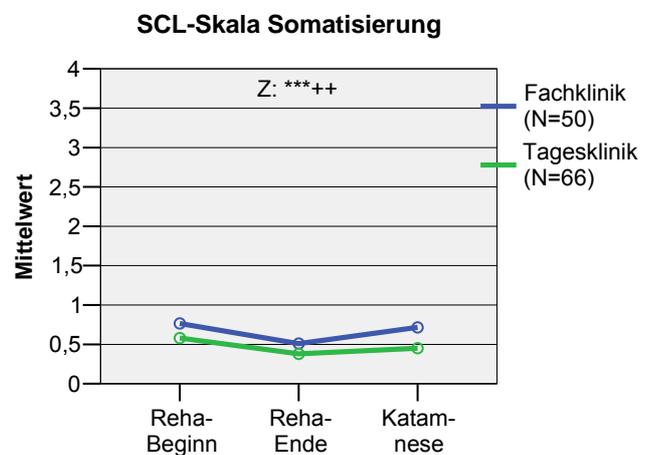


Abbildung 26: Zeitverlauf SCL-Skala

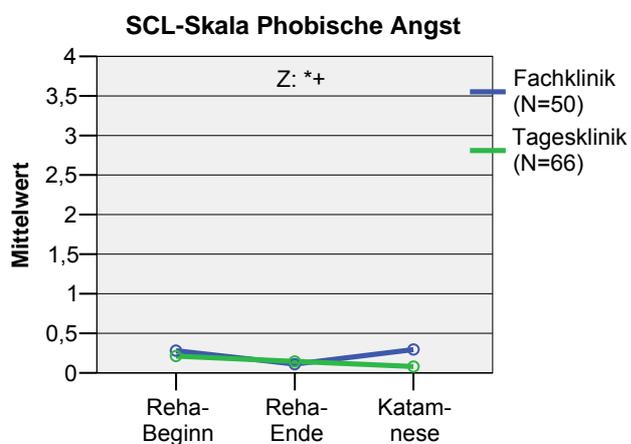


Abbildung 27: Zeitverlauf SCL-Skala

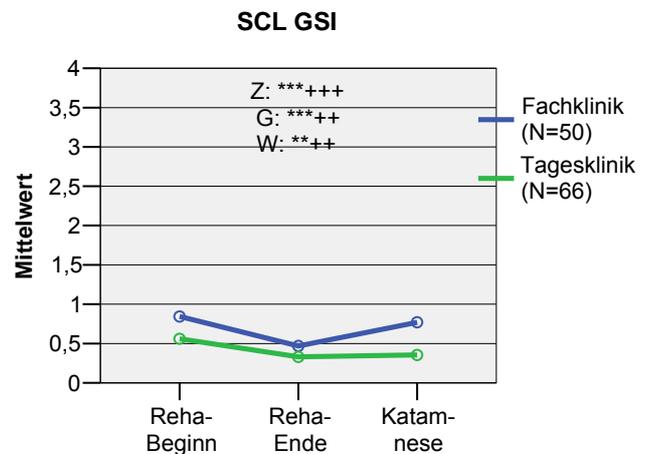


Abbildung 28: Zeitverlauf SCL

23.7 Weitere Veränderungen durch die Reha

Die Einschätzung, ob sich die Suchtprobleme durch die Rehabilitation im STZ geändert haben, bleibt im Zeitverlauf in beiden Patientengruppen stabil. Sie liegt in beiden Gruppen zu beiden Zeitpunkten zwischen "stark verringert" und "etwas verringert".

Tabelle 84: Suchtprobleme*

	Fachklinik (N) M (SD)			Tagesklinik (N) M (SD)			univariate zweifaktorielle Varianzanalyse		
	T ₂	T ₃	T ₂ - T ₃	T ₂	T ₃	T ₂ - T ₃	Zeit	Gruppe	Wechsel- wirkung
Veränderungen der Suchtprobleme durch die Reha	(98) 1,5 (0,88)	(98) 1,6 (0,75)	n.s.	(105) 1,4 (0,78)	(105) 1,4 (0,72)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

*1 = stark verringert, 2 = etwas verringert, 3 = nicht verändert, 4 = etwas vergrößert, 5 = stark vergrößert

Gruppenunterschiede bestehen in der Einschätzung von Veränderungen durch die Reha in den Kontakten zu den Kindern und Freunden sowie der Arbeits- und Wohnsituation (Tabelle 85). Fachklinikpatienten schätzen die Veränderungen in ihrer Wohnsituation höher, in den anderen Items niedriger ein als Tagesklinikpatienten. Die Einschätzungen beider Gruppen bleiben über die Zeit konstant. Da Tagesklinikpatienten Verbesserungen ihrer Arbeitssituation zu T₃ angeben und Fachklinikpatienten Verschlechterungen, liegt ein kleiner Wechselwirkungseffekt vor.

Tabelle 85: Veränderungen durch die Reha*

	Fachklinik (N) M (SD)			Tagesklinik (N) M (SD)			univariate zweifaktorielle Varianzanalyse		
	T ₂	T ₃	T ₂ - T ₃	T ₂	T ₃	T ₂ - T ₃	Zeit	Gruppe	Wechsel- wirkung
Ehe / Partnerschaft	(54) 2,1 (1,05)	(54) 2,2 (1,15)	n.s.	(74) 1,9 (0,89)	(74) 1,9 (0,97)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Kontakte zu den Kindern	(43) 2,2 (1,05)	(43) 2,4 (1,21)	n.s.	(52) 1,8 (0,81)	(52) 1,8 (0,89)	n.s.	n.s.	F=7,679 **p=,007 ++η ² =,076	n.s.
Arbeits- / Erwerbssituation	(67) 2,6 (0,87)	(67) 2,7 (1,22)	n.s.	(64) 2,5 (0,91)	(64) 2,2 (0,87)	F=5,413 *p=,022 +η ² =,040	n.s.	F=4,506 *p=,036 +η ² =,034	F=5,355 *p=,022 +η ² =,040
Kontakte zu Freunden	(81) 2,7 (0,94)	(81) 2,7 (0,90)	n.s.	(91) 2,5 (0,82)	(91) 2,5 (0,79)	n.s.	n.s.	F=5,297 *p=,023 +η ² =,030	n.s.
Wohnsituation	(96) 2,8 (0,61)	(96) 2,7 (0,84)	n.s.	(98) 2,9 (0,48)	(98) 2,9 (0,48)	n.s.	n.s.	F=3,887 *p=,050 +η ² =,020	n.s.
Freizeitgestaltung	(100) 2,4 (0,71)	(100) 2,4 (0,82)	n.s.	(102) 2,3 (0,84)	(102) 2,2 (0,79)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
finanzielle Situation	(99) 2,9 (0,77)	(99) 2,9 (0,97)	n.s.	(101) 3,1 (0,72)	(101) 2,8 (0,66)	F=5,325 *p=,022 +η ² =,026	n.s.	n.s.	n.s.

*1 = stark verbessert, 2 = etwas verbessert, 3 = unverändert, 4 = etwas verschlechtert, 5 = stark verschlechtert

23.8 Reha-Ziele

Zu T₁ wird erhoben, wie wichtig den Patienten das Erreichen diverser Reha-Ziele ist. Es handelt sich um suchtbezogene, berufliche und allgemeine Reha-Ziele und Ziele im Bereich der körperlichen bzw. psychischen Verfassung und der sozialen Beziehungen. Zu T₂ und T₃ wird das subjektiv eingeschätzte Ausmaß der Zielerreichung erfragt.

23.8.1 Suchtbezogene Ziele

Die Patientenangaben zu den vorgegebenen suchtbezogenen Reha-Zielen sind in Tabelle 86 aufgeführt. Es bestehen keine Gruppenunterschiede. Im Mittel wird das Erreichen dieser Ziele als "ziemlich" bis "sehr" wichtig angesehen.

Tabelle 86: Suchtbezogene Reha-Ziele* zu T₁

Wie wichtig ist Ihnen das Erreichen folgender Ziele durch die Reha?	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)	Gesamt (N) M (SD)	Signifikanz
langfristig abstinent zu werden	(216) 4,8 (0,65)	(169) 4,8 (0,52)	(385) 4,8 (0,59)	T = n.s.
mit rückfallgefährdenden Situationen umgehen zu können	(214) 4,7 (0,83)	(168) 4,6 (0,92)	(382) 4,7 (0,87)	T = n.s.
die Ursachen meiner Alkoholabhängigkeit herauszufinden	(214) 4,4 (1,07)	(169) 4,3 (1,12)	(383) 4,3 (1,09)	T = n.s.
einen geringeren Suchtdruck zu haben	(213) 4,0 (1,48)	(166) 3,9 (1,57)	(379) 3,9 (1,52)	T = n.s.
meine Alkoholabhängigkeit zu akzeptieren	(214) 3,9 (1,54)	(166) 3,9 (1,49)	(380) 3,9 (1,52)	T = n.s.

*1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

Tabelle 87 enthält die Angaben über die Erreichung der suchtbezogenen Reha-Ziele zu den Zeitpunkten T₂ und T₃.

In beiden Gruppen verändern sich die Einschätzungen der Zielerreichung im Zeitverlauf nicht. Im Merkmal Akzeptanz der Alkoholabhängigkeit ist ein kleiner Gruppenunterschied auszumachen. Die Rangfolge der Zielerreichung der verschiedenen Items ist in beiden Gruppen gleich. Die höchste Zielerreichung wird angegeben im Item "Ich akzeptiere meine Alkoholabhängigkeit". Deutlich zugestimmt wird auch dem Item "Ich habe herausgefunden, wozu mein Alkoholkonsum diente". Etwas geringer ist die Zustimmung, mit rückfallgefährdenden Situationen umgehen zu können und die Ursachen der Alkoholabhängigkeit herausgefunden zu haben. "Mittelmäßig" wird der Aussage zugestimmt, durch die Reha einen geringeren Suchtdruck zu haben.

Tabelle 87: Verlauf der Zielerreichung*

Inwieweit haben Sie folgende Ziele durch die Reha erreicht?	Fachklinik (N) M (SD)			Tagesklinik (N) M (SD)			univariate zweifaktorielle Varianzanalyse		
	T ₂	T ₃	T ₂ - T ₃	T ₂	T ₃	T ₂ - T ₃	Zeit	Gruppe	Wechsel- wirkung
Ich akzeptiere meine Alkoholabhängigkeit**.	(66) 4,2 (0,95)	(66) 3,9 (1,24)	n.s.	(69) 4,4 (1,06)	(69) 4,4 (1,08)	n.s.	n.s.	F=4,935 *p=,028 + η^2 =,036	n.s.
Ich habe herausgefunden, wozu mein Alkoholkonsum diente***.	(93) 4,1 (0,96)	(93) 3,9 (1,11)	n.s.	(95) 4,2 (0,93)	(95) 4,2 (1,00)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Ich kann mit rückfallgefährdenden Situationen umgehen**.	(88) 3,9 (1,05)	(88) 3,7 (1,32)	n.s.	(91) 4,1 (0,96)	(91) 4,1 (1,15)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Ich habe die Ursachen meiner Alkoholabhängigkeit herausgefunden**.	(78) 3,9 (1,10)	(78) 3,7 (1,23)	n.s.	(76) 3,8 (1,08)	(76) 3,8 (1,20)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Ich habe einen geringeren Suchtdruck**.	(66) 3,5 (1,51)	(66) 3,4 (1,58)	n.s.	(71) 3,5 (1,52)	(71) 3,4 (1,46)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

*1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

**bezogen auf Personen, die für dieses Item zu T₁ eine hohe Veränderungsmotivation (> 4) angegeben haben

***bezogen auf alle Patientenangaben von T₂ und T₃, da für dieses Item zu T₁ nicht die Veränderungsmotivation erfragt worden ist

23.8.2 Berufliche und allgemeine Ziele

Von den in Tabelle 88 aufgelisteten zu T₁ erfragten beruflichen und allgemeinen Zielen haben für beide Patientengruppen die vier beruflichen Reha-Ziele Priorität. Der Wunsch, durch die Reha neue berufliche Perspektiven zu entwickeln, ist bei den Fachklinikpatienten stärker ausgeprägt als bei den Tagesklinikpatienten. Als wichtiger wird außerdem von den Fachklinikpatienten der Wunsch angegeben, durch die Reha einen neuen Arbeitsplatz bzw. eine neue Wohnung zu erhalten und Schulden in den Griff zu bekommen⁸.

⁸Erwartungsgemäß bilden sich in dem Item "neue berufliche Perspektiven" Unterschiede zwischen den Patientengruppen je nach Erwerbsstatus ab. Für erwerbslose Patienten, insbesondere erwerbslose Fachklinikpatienten, ist der Wunsch nach neuen beruflichen Perspektiven wichtiger als für erwerbstätige. Auch in dem Wunsch, einen neuen Arbeitsplatz zu bekommen, bilden sich erwartungskonform Unterschiede zwischen den Gruppen je nach Erwerbsstatus ab. 76% der erwerbslosen Patienten beider Gruppen wünschen sich "sehr" einen neuen Arbeitsplatz. Dies trifft auch auf 14% der erwerbstätigen Patienten beider Gruppen auf, diese wünschen sich vermutlich einen Arbeitsplatzwechsel.

Für die Mehrzahl der Patienten ist es "gar nicht" wichtig, eine neue Wohnung zu finden. 35% (n = 71) der

Fachklinikpatienten wünschen sich "sehr" eine neue Wohnung. Sechs dieser Patienten sind wohnungslos.

Beim Item "Schulden" ist zu beachten, dass nicht erhoben worden ist, ob die Patienten verschuldet sind, erfragt wurde lediglich der Wunsch, etwaige Schulden in den Griff zu bekommen. 39% der Fach- und 63% der Tagesklinikpatienten ist es "gar nicht" wichtig, Schulden in den Griff zu bekommen. Demgegenüber ist es 41 bzw. 19% der Patienten "sehr" wichtig.

Tabelle 88: Berufliche und allgemeine Reha-Ziele* zu T₁

Wie wichtig ist Ihnen das Erreichen folgender Ziele durch die Reha?	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)	Gesamt (N) M (SD)	Signifikanz
neue berufliche Perspektiven zu entwickeln	(212) 3,7 (1,54)	(160) 3,3 (1,62)	(372) 3,6 (1,59)	T = 2,452; df = 370 *p = ,015; +d = ,26
einen neuen Arbeitsplatz zu bekommen	(204) 3,6 (1,76)	(157) 3,0 (1,84)	(361) 3,3 (1,83)	U = 12865,5** ***p < ,001; +d = ,37
von der Arbeit nicht mehr überfordert zu sein	(199) 3,3 (1,61)	(158) 3,2 (1,62)	(357) 3,3 (1,61)	T = n.s.
mit den Kollegen zurecht zu kommen	(203) 3,3 (1,56)	(157) 3,1 (1,62)	(360) 3,2 (1,58)	T = n.s.
meine Schulden in den Griff zu bekommen	(209) 3,1 (1,83)	(153) 2,2 (1,65)	(362) 2,7 (1,81)	U = 11566,5** ***p < ,001; ++d = ,53
eine neue Wohnung zu finden	(204) 2,6 (1,88)	(150) 1,5 (1,09)	(354) 2,1 (1,69)	U = 10744,0** ***p < ,001; ++d = ,73

*1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

**Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

Die Verlaufsmessungen der Zielerreichung zu T₃ (Tabelle 89) zeigen, dass die Einschätzung, durch die Reha im STZ neue berufliche Perspektiven entwickelt zu haben, sich im Zeitverlauf nicht verändert und zu beiden Zeitpunkten von allen Patienten als eher gering empfunden wird. Im Katamnesezeitraum nimmt die Einschätzung zu, eigene Schulden durch die Reha in den Griff bekommen zu haben.

Tabelle 89: Verlauf der Zielerreichung*

Inwieweit haben Sie folgende Ziele durch die Reha erreicht?	Fachklinik (N) M (SD)			Tagesklinik (N) M (SD)			univariate zweifaktorielle Varianzanalyse		
	T ₂	T ₃	T ₂ - T ₃	T ₂	T ₃	T ₂ - T ₃	Zeit	Gruppe	Wechsel- wirkung
Ich habe neue berufliche Perspektiven entwickelt.	(52) 2,5 (1,42)	(52) 2,7 (1,51)	n.s.	(36) 2,8 (1,27)	(36) 2,9 (1,34)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Ich habe meine Schulden in den Griff bekommen.	(30) 2,7 (1,35)	(30) 3,0 (1,46)	n.s.	(16) 3,0 (1,16)	(16) 3,6 (1,26)	n.s.	F=6,509 *p=,014 ++η ² =,129	n.s.	n.s.

*1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

Die Auswertungen beziehen sich auf Personen, die zu T₁ bezüglich der jeweiligen Zielerreichung eine hohe Veränderungsmotivation (> 4) angegeben haben.

Tabelle 90 enthält die Einschätzungen von Zielerreichungen durch die Reha zum Katamnesezeitpunkt. Es liegen keine Gruppenunterschiede vor. Die Reha hat im Erleben der Patienten einen positiven Einfluss auf das Zurechtkommen mit Arbeitskollegen gehabt. Bei der Erreichung der weiteren Ziele wird der Reha weniger Einfluss zugeschrieben.

Tabelle 90: Zielerreichung zum Katamnesezeitpunkt*

Inwieweit haben Sie die folgenden Veränderungen durch die Reha erreicht?	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)	Gesamt (N) M (SD)	Signifikanz
Ich komme mit den Kollegen zurecht.	(42) 3,6 (1,35)	(34) 3,5 (1,46)	(76) 3,5 (1,39)	T = n.s.
Ich habe eine neue Wohnung gefunden.	(14) 3,4 (1,99)	(2) 1,0 (0)	(16) 3,1 (2,02)	U = n.s.**
Ich bin von der Arbeit nicht mehr überfordert.	(35) 2,6 (1,42)	(33) 3,0 (1,65)	(68) 2,8 (1,54)	T = n.s.
Ich habe einen neuen Arbeitsplatz bekommen.	(42) 1,9 (1,59)	(37) 2,5 (1,80)	(79) 2,2 (1,72)	U = n.s.**

*1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

**Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

Die Auswertungen beziehen sich auf Personen, die zu T₁ bezüglich der jeweiligen Zielerreichung eine hohe Veränderungsmotivation (> 4) angegeben haben.

23.8.3 Ziele aus dem Bereich der körperlichen bzw. psychischen Verfassung und der sozialen Beziehungen

Aus diesem Bereich werden den Rehabilitanden zu Beginn der Reha 20 Ziele vorgegeben, die sie hinsichtlich ihrer Wichtigkeit einschätzen sollen. In Tabelle 91 werden von den 20 Items sechs dargestellt, die von beiden Gruppen im Mittel als am wichtigsten empfunden werden. Die Priorität der Ziele stimmt zwischen den Stichproben weitgehend überein. Die Auflistung der weiteren 14 Items ist in Tabelle 132 im Anhang zu sehen.

"Sich abgrenzen können" wird von beiden Patientengruppen als ähnlich wichtig eingeschätzt (zwischen mittelmäßig und ziemlich). Hinsichtlich der weiteren fünf Ziele bestehen zu T₁ Gruppenunterschiede mit kleiner Effektstärke. Die Erreichung aller aufgelisteten Reha-Ziele wird im Mittel von den Fachklinikpatienten als wichtiger empfunden. Dies lässt darauf schließen, dass Fachklinikpatienten in diesen Bereichen mehr eigene Defizite sehen als Tagesklinikpatienten. Die Einschätzungen beider Gruppen liegen in allen Items im Mittel zwischen "wenig" und "ziemlich".

Tabelle 91: Reha-Ziele im Bereich der körperlichen bzw. psychischen Verfassung und der sozialen Beziehungen* zu T₁

Wie wichtig ist Ihnen das Erreichen folgender Ziele durch die Reha?	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)	Gesamt (N) M (SD)	Signifikanz
körperlich fit zu werden	(218) 4,0 (1,31)	(169) 3,7 (1,46)	(387) 3,8 (1,38)	U = 16288,5** *p = ,036; +d = ,22
Probleme anzupacken, statt sie aufzuschieben	(215) 3,9 (1,38)	(168) 3,5 (1,45)	(383) 3,7 (1,43)	T = 2,189; df = 381 *p = ,029; +d = ,23
mir Hilfe zu holen, wenn es mir schlecht geht	(218) 3,8 (1,35)	(168) 3,5 (1,42)	(386) 3,7 (1,39)	T = 2,630; df = 384 **p = ,009; +d = ,27
neue Freizeitaktivitäten zu entwickeln	(215) 3,9 (1,21)	(168) 3,3 (1,45)	(383) 3,6 (1,36)	U = 13653,0** ***p < ,001; +d = ,46
mich zu akzeptieren, wie ich bin	(218) 3,7 (1,46)	(168) 3,2 (1,61)	(386) 3,5 (1,54)	U = 15270,5** **p = ,004; +d = ,32
mich abgrenzen zu können von den Bedürfnissen anderer Menschen	(217) 3,6 (1,48)	(166) 3,5 (1,38)	(383) 3,5 (1,44)	T = n.s.

*1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

**Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

Das Ausmaß der Zielerreichung zu T₂ und T₃ wird in Tabelle 92 angegeben und in Abbildung 29 bis 34 graphisch dargestellt.

Durchschnittlich werden alle Ziele "mittelmäßig" bis "ziemlich" erreicht. Gruppenunterschiede bestehen nicht. Wechselwirkungseffekte zwischen Zeit und Gruppe liegen in den Items "Kritik äußern" und "Probleme anpacken" vor. Die erreichten Veränderungen in den Items "Gefühle wahrnehmen" und "Hilfe holen" werden zu T₃ von beiden Gruppen geringer eingeschätzt als zu T₂, also als nicht stabil empfunden.

Tabelle 92: Verlauf der Zielerreichung*

Inwieweit haben Sie folgende Ziele durch die Reha erreicht?	Fachklinik (N) M (SD)			Tagesklinik (N) M (SD)			univariate zweifaktorielle Varianzanalyse		
	T ₂	T ₃	T ₂ - T ₃	T ₂	T ₃	T ₂ - T ₃	Zeit	Gruppe	Wechselwirkung
Ich bin mir selbst und anderen gegenüber ehrlicher geworden.	(42) 4,1 (1,04)	(42) 4,1 (1,01)	n.s.	(37) 4,0 (1,12)	(37) 4,5 (,56)	F=5,828 *p=,018 ++η ² =,070	n.s.	n.s.	n.s.
Ich kann Kritik äußern, wenn ich etwas nicht für richtig halte.	(48) 3,8 (1,00)	(48) 3,5 (1,20)	F=4,707 *p=,033 +η ² =,048	(48) 3,8 (,93)	(48) 3,9 (,91)	n.s.	n.s.	n.s.	F=4,308 *p=,041 +η ² =,044
Ich kann meinen Ärger ausdrücken.	(47) 3,9 (1,20)	(47) 3,7 (1,02)	n.s.	(51) 3,8 (,95)	(51) 3,8 (,97)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Ich kann meine Gefühle und Bedürfnisse wahrnehmen u. ausdrücken.	(51) 3,7 (1,16)	(51) 3,4 (1,19)	n.s.	(47) 3,9 (,92)	(47) 3,6 (1,16)	n.s.	F=6,205 *p=,014 ++η ² =,061	n.s.	n.s.
Ich packe Probleme an, statt sie aufzuschieben.	(55) 3,8 (,98)	(55) 3,3 (1,25)	F=8,857 **p=,004 ++η ² =,075	(56) 3,8 (1,00)	(56) 3,9 (,87)	n.s.	n.s.	n.s.	F=8,669 **p=,004 ++η ² =,074
Ich hole mir Hilfe, wenn es mir schlecht geht.	(60) 3,7 (1,16)	(60) 3,4 (1,36)	n.s.	(60) 3,9 (1,04)	(60) 3,7 (1,18)	n.s.	F=4,249 *p=,041 +η ² =,035	n.s.	n.s.

*1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

Die Auswertungen beziehen sich auf Personen, die zu T₁ bezüglich der jeweiligen Zielerreichung eine hohe Veränderungsmotivation (> 4) angegeben haben. Es werden die sechs Items dargestellt, in denen insgesamt zu T₂ die höchsten Veränderungen erzielt worden sind.

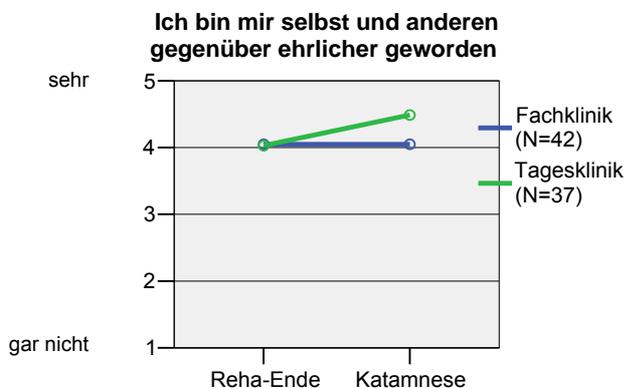


Abbildung 29: Zeitverlauf Zielerreichung

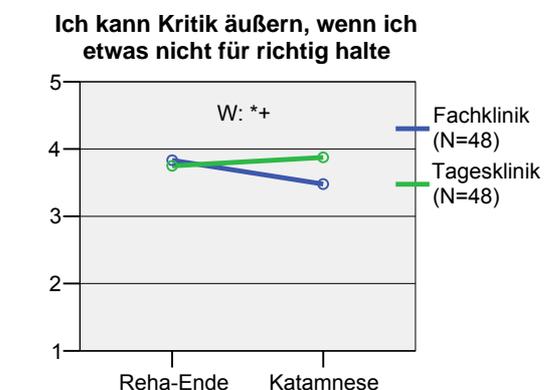


Abbildung 30: Zeitverlauf Zielerreichung

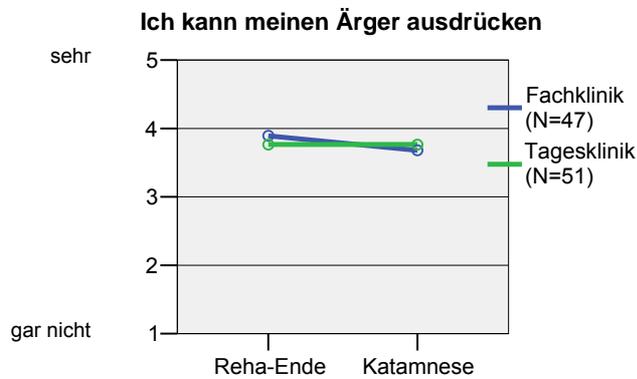


Abbildung 31: Zeitverlauf Zielerreichung

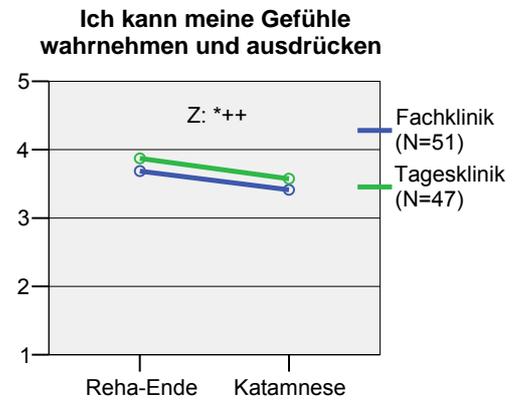


Abbildung 32: Zeitverlauf Zielerreichung

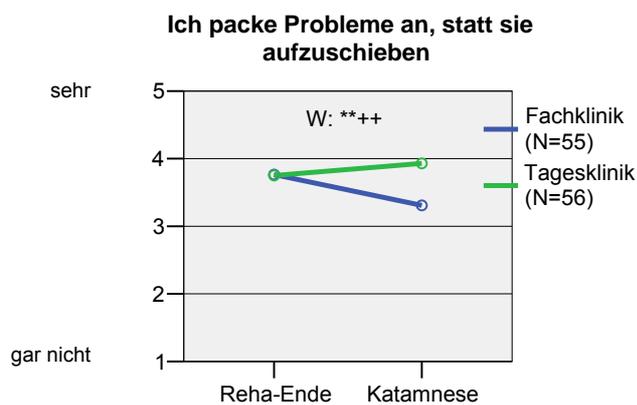


Abbildung 33: Zeitverlauf Zielerreichung

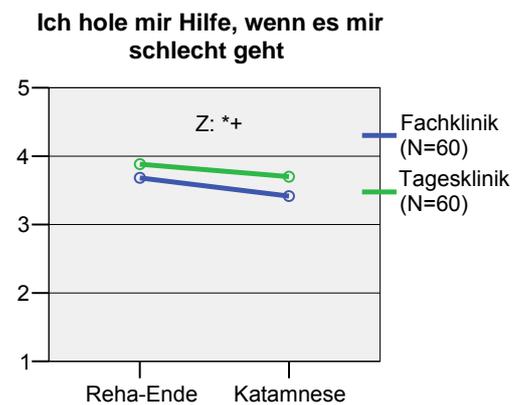


Abbildung 34: Zeitverlauf Zielerreichung

24 Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen und Diskussion

Die in Kapitel 12 genannten und beschriebenen Fragestellungen werden im folgenden Abschnitt beantwortet. Dafür werden die im Einzelnen in den Kapiteln 18 bis 23 dargestellten Ergebnisse zusammengefasst und erläutert. Einige über die Fragestellungen hinausgehende Aspekte werden zusätzlich aufgeführt.

24.1 Fragestellung 1

Unterscheiden sich Tages- und Fachklinikpatienten hinsichtlich soziodemographischer Merkmale und ihrer beruflichen und suchtbetrogenen Ausgangssituation voneinander? Erfolgt die Zuweisung der Rehabilitanden in eines der beiden Behandlungssettings nach den im Rahmen des Integrierten Konzeptes aufgestellten differentiellen Indikationskriterien?

Hinsichtlich soziodemographischer und suchtbetogener Merkmale und der Ausbildungs- und Arbeitssituation bestehen zwischen den Vergleichsgruppen der prospektiven Studie deutliche Unterschiede.

Fachklinikpatienten sind im Vergleich zu Tagesklinikpatienten jünger und leben seltener in einer festen Partnerschaft. Unter den Partnerschaften ist der Anteil aktuell alkoholabhängiger Partner doppelt so hoch wie in der Tagesklinik. In beiden Gruppen sind ähnlich viele Personen ledig. Von den verheirateten Fachklinikpatienten leben nur noch halb so viele mit ihrem Ehepartner zusammen wie in der Tagesklinik, dementsprechend ist ein größerer Teil der Fachklinikpatienten geschieden oder lebt bereits räumlich getrennt. Der größte Anteil der Fachklinikpatienten wohnt allein, ein kleinerer Teil wohnt mit einem Partner oder mit Partner und Kindern zusammen. Fachklinikpatienten wohnen häufiger in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, bei nahe stehenden Personen oder sind wohnungslos. Sie haben tendenziell einen geringeren Schulabschluss. 10 bzw. 6% der Patienten beider Gruppen haben keinen Schulabschluss, 26 bzw. 21% der Patienten haben keine abgeschlossene Berufsausbildung.

Weitere bedeutsame Unterschiede bestehen in der Arbeitssituation vor Beginn der Reha. Fachklinikpatienten sind seltener erwerbstätig und häufiger erwerbslos. Insbesondere in der Gruppe der Fachklinikpatienten ist der Erwerbslosenanteil höher als in vergleichbaren Einrichtungen. Er beträgt 62% im Vergleich zu 37% bei Henkel und Grünbeck (2005) und 35% in der FVS-Katamnese 2003 (Zobel, Missel et al. 2005). Auch in der Tagesklinik liegt der Erwerbslosenanteil mit 40% etwas über den genannten Zahlen.

Gemäß der Arbeitssituation liegt das monatliche Familiennettoeinkommen der Fachklinikpatienten deutlich unter dem der Tagesklinikpatienten. Unter den Fachklinikpatienten sind eher hierarchisch niedrigere Berufsgruppen vertreten.

Für den Vergleich des Sozialstatus sind Indizes gebildet worden. Fachklinikpatienten haben einen geringeren Ausbildungs-, Berufsgruppen- und Einkommensindex und entsprechend einen niedrigeren allgemeinen Schichtindex. Bei Einbezug des Einkommens in den Schichtindex verringert sich dieser in beiden Gruppen. Hier spiegelt sich die hohe Arbeitslosenquote wieder; die aktuelle Arbeitslosigkeit führt zu einem niedrigeren sozioökonomischen Status.

In weiteren Merkmalen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Beide Gruppen ähneln sich im Geschlechterverhältnis, im Personenanteil mit deutscher Staatsangehörigkeit und mit Kindern sowie in der Anzahl der Kinder. In beiden Gruppen sind ähnlich viele Patienten in den sechs Monaten vor der Reha krank gewesen. Diese Patienten sind meist lange krank gewesen; im Mittel 14 Wochen, über die Hälfte der Patienten bereits seit drei bis sechs Monaten. Keine Unterschiede bestehen außerdem in Bezug auf die Einschätzung, dass der eigene Arbeitsplatz gefährdet sei und im Anteil beantragter Erwerbsminderungsrenten.

Patienten beider Gruppen haben im Mittel mit etwa 24 Jahren begonnen, regelmäßig Alkohol zu trinken. Fachklinikpatienten sind bei Behandlungsbeginn etwas jünger, beginnen also etwas früher eine Entwöhnungsbehandlung (nach durchschnittlich 20 Jahren regelmäßigen Alkoholkonsums, Tagesklinikpatienten nach 22 Jahren). Da nicht der Beginn der Abhängigkeit,

sondern der Beginn des regelmäßigen Konsums erhoben worden ist, lassen sich diese Angaben nicht mit den in der Literatur berichteten Angaben zur Abhängigkeitsdauer vor Reha-Beginn vergleichen (11,8 Jahre in einer Erhebung des FVS, Weissinger 2001).

In den 30 Tagen und auch in den sechs Monaten vor der Befragung zu T₁ sind weniger Fach- als Tagesklinikpatienten abstinent gewesen. Abstinente Fachklinikpatienten sind zudem über einen kürzeren Zeitraum durchgängig abstinent gewesen (etwa 3,5 Wochen, = kein signifikanter Unterschied).

Von den Personen mit Alkoholkonsum in den 30 Tagen vor Reha-Beginn haben die Fachklinikpatienten häufiger "jeglichen Alkoholkonsum" sowie "Konsum bis zur Trunkenheit" angegeben. Die Menge des konsumierten Alkohols ist in der Fachklinik höher als in der Tagesklinik. In den sechs Monaten vor der Reha haben Fachklinikpatienten insgesamt mehr Alkohol getrunken, v.a. mehr hochprozentigen. Sie haben zu Beginn der Reha häufiger Entzugssymptome und sind weniger zuversichtlich, in den nächsten zwölf Monaten abstinent zu bleiben.

Fachklinikpatienten konsumieren im Vergleich zu den Tagesklinikpatienten häufiger und in größeren Mengen Alkohol. Auch in allen weiteren erhobenen Parametern werden von den Fachklinikpatienten Werte angegeben, die für einen höheren Konsum und eine stärkere Abhängigkeit sprechen. In den meisten Merkmalen sind diese Gruppenunterschiede signifikant und erreichen kleine bis mittlere Effektstärken. Es handelt sich bei den Patienten des STZ, insbesondere bei den Fachklinikpatienten, um Personen mit langjährigem Alkoholkonsum und aktuell ausgeprägter Abhängigkeit.

Es lässt sich zusammenfassen, dass die Zuweisung der Patienten in eines der beiden Behandlungssettings nach den im Rahmen des Integriertes Konzepts festgelegten differentiellen Indikationskriterien erfolgt.

Patienten der Fachklinik haben häufiger ein pathogenes und weniger Halt gebendes soziales Umfeld (alkoholabhängige Partner, stärkere Belastungen in Familie und Freundschaften) und leben seltener in einer stabilen Wohnsituation (Fachklinikpatienten wohnen häufiger in Suchthilfeeinrichtungen oder bei nahe stehenden Personen oder sind wohnungslos). Tagesklinikpatienten können während der Behandlung einen engeren Kontakt zu ihrem Umfeld halten und erhalten daher vermutlich mehr soziale Unterstützung. Sie können zudem den Umgang mit häuslichen Schwierigkeiten durch die tägliche Rückkehr erproben. Fachklinikpatienten sind auch beruflich weniger integriert (seltener erwerbstätig). Es ist davon auszugehen, dass die vergleichsweise geringe soziale und berufliche Integration der Fachklinikpatienten prognostisch bedeutsam für die Abstinenz im Katamnesezeitraum ist (Zobel, Missel et al. 2005; Rist 1996).

Der Alkoholkonsum der Fachklinikpatienten besteht länger und ist ausgeprägter. Fachklinikpatienten haben außerdem im Vergleich zu den Tagesklinikpatienten stärkere Belastungen durch inter- und intrapsychische Belastungen und Defizite, nicht jedoch durch körperliche.

Die untersuchten Gruppen weichen neben den genannten patientenbezogenen auch in behandlungsspezifischen Merkmalen voneinander ab. Die angebotenen Behandlungselemente und die Dauer der Reha unterscheiden sich zwischen den Gruppen konzeptionell, so dass Fachklinikpatienten im Mittel 2,4 Wochen länger behandelt werden. Die Katamnesezeitdauer als relevantes Kriterium für die Beurteilung von Erfolgsparametern differiert hingegen zwischen den beiden Gruppen nicht.

24.2 Fragestellung 2

Welche Vorbehandlungen sind von den Rehabilitanden in Anspruch genommen worden?

Hinsichtlich der Vorbehandlungen ähneln sich beide Patientengruppen. Fachklinikpatienten haben etwas seltener ambulante Suchtberatung und stattdessen etwas häufiger teilstationäre oder stationäre Entwöhnungen aufgesucht. Keine Unterschiede bestehen in der Anzahl vorheriger Entgiftungen, ambulanter Entwöhnungen, stationärer Nachsorge, Selbsthilfegruppen oder nicht suchtbbezogener Maßnahmen und Therapieangebote. Insgesamt haben 48% der Patienten bereits eine Entwöhnung in der Vorgeschichte durchgeführt. Nach Zemlin, Herder et al. (1999) erreichen Wiederholer geringere Abstinenzraten als Erstbehandelte. Vermutlich beeinflusst der relativ hohe Anteil von Wiederholungsbehandlungen in der vorliegenden Studie die Abstinenzrate zu T₃ negativ.

Patienten beider Gruppen, die eine Maßnahme genutzt haben, unterscheiden sich nicht bezüglich der Häufigkeit bzw. Dauer der Inanspruchnahme. Nur 5% der Patienten beider Gruppen haben vor der Reha im STZ keine Angebote in Anspruch genommen.

24.3 Fragestellung 3

Wie hoch ist der Anteil abstinenter Patienten nach der Reha? Hat sich das Ausmaß des Alkoholkonsums bei den rückfälligen Patienten durch die Reha verändert?

Eines der zentralen Erfolgskriterien, die Kategorisierung der Patienten in Abstinente, Rückfällige und Gebesserte, ergibt nach DGSS 3 größere Reha-Erfolge für die Tagesklinikpatienten. Der Anteil der gebesserten Patienten ähnelt sich zwischen den Gruppen. Die Abstinenzraten zwischen den Gruppen unterscheiden sich zum Katamnesezeitpunkt sehr signifikant. Vollständig abstinent nach DGSS 3 sind seit der Reha 38 bzw. 61% der Patienten. In den letzten 30 Tagen vor der Erhebung zu T₃ sind 61% der Fach- und 78% der Tagesklinikpatienten abstinent gewesen. Bezogen auf die vergangenen sechs Monate liegen die Raten bei 39 und 62%. Die Punktabstinenz zu T₃ beträgt 71 bzw. 83%. Die Abstinenzdauer ist bei abstinenten Fachklinikpatienten kürzer als bei abstinenten Tagesklinikpatienten (32 vs. 41 Wochen). Alle Werte unterscheiden sich mit kleiner Effektstärke.

Fachklinikpatienten werden während (nicht signifikant) und nach der Behandlung öfter rückfällig. Der erste Alkoholkonsum nach der Reha erfolgt bei den rückfälligen Patienten beider Gruppen zu einem ähnlichen Zeitpunkt. Innerhalb der ersten Woche nach der Reha haben 27% Alkohol getrunken, innerhalb von einem Monat weitere 29%, die restlichen 44% haben durchschnittlich nach zwei Monaten getrunken. Rückfällige Patienten beider Gruppen haben gleich häufig Alkohol getrunken. Patienten der Fachklinik haben durchschnittlich 20g mehr Alkohol pro Tag konsumiert.

Auch unter den rückfälligen Patienten sind positive Einflüsse der Reha auf den Alkoholkonsum zu verzeichnen. Bei den rückfälligen Fachklinikpatienten steigt die Anzahl der durchgehend abstinenten Wochen in den vergangenen sechs Monaten von 8 auf 17 Wochen, unter den Tagesklinikpatienten steigt sie von 14 auf 21 Wochen (entspricht jeweils einem großen Effekt). Die zwischenzeitlichen Abstinenzphasen sind bei den Fachklinikpatienten also kürzer. Eine deutliche Verlängerung der Abstinenzzeiten ist in beiden Gruppen zu verzeichnen.

Vor Reha-Beginn gibt es in der Tagesklinik deutlich mehr abstinente Patienten (kleiner Effekt). Unter den Nichtabstinenten haben die Fachklinikpatienten häufiger bis zur Trunkenheit konsumiert (mittlerer Effekt). Zu T₃ verringert sich bei ihnen die Anzahl der Tage mit jeglichem Alkoholkonsum (großer Effekt), bei den Tagesklinikpatienten sinkt er auch, jedoch nicht signifikant, so dass zu T₃ kein signifikanter Gruppenunterschied besteht. Fachklinikpatienten, die vor der Reha und zu T₃ Alkohol konsumiert haben, trinken zu T₃ an hochsignifikant weniger Tagen bis zur Trunkenheit (großer Effekt). Auch hier ist die Reduktion bei den Tagesklinikpatienten nicht signifikant. Die konsumierte Alkoholmenge sinkt bei den Patienten, die in den sechs Monaten vor der Reha Alkohol getrunken haben, bis zum Katamnesezeitpunkt (entspricht in beiden Gruppen großen Effekten).

Die rückfälligen Patienten, die per Definition des Abstinenzkriteriums als "nicht erfolgreich" gelten, können also in Bezug auf Menge und Häufigkeit des Alkoholkonsums und Dauer zeitweiliger Abstinenz Reha-Erfolge verzeichnen. Die durchschnittlich konsumierte Menge reinen Alkohols liegt jedoch mit 166g bzw. 146g auch zu T₃ noch um ein Vielfaches über der Grenze für riskanten Alkoholkonsum von 30 - 40g pro Tag für Männer und 20g pro Tag bei Frauen.

Die Zuversicht, in den nächsten zwölf Monaten abstinent zu bleiben, ist unter den Fachklinikpatienten etwas geringer (jedoch nicht signifikant) ausgeprägt. Sie sinkt in beiden Gruppen fast linear innerhalb der drei Erhebungszeitpunkte (großer Effekt), obwohl deutlich mehr Fachklinikpatienten im Katamnesezeitraum rückfällig werden.

Abstinenzzuversicht zu T₂ ist als stärkster Prädiktor für Abstinenz im Katamnesezeitraum ermittelt worden. Daneben haben sich auch Rückfälligkeit während der Behandlung, Erwerbsstatus vor Beginn der Reha, die Art der Behandlungsbeendigung und das behandelnde Setting als bedeutsam für den Behandlungserfolg herausgestellt.

Patienten, die

- während der Behandlung im STZ keinen alkoholbedingten Rückfall erleben,
- zum Reha-Ende zuversichtlich sind, abstinent zu bleiben,
- vor der Reha erwerbstätig sind,
- die Behandlung planmäßig beenden,
- in der Tagesklinik behandelt werden,

sind mit einer höheren Wahrscheinlichkeit im Katamnesezeitraum abstinent.

Für Fach- und Tagesklinikpatienten ist die Abstinenzrate nach DGSS 3 im Katamnesezeitraum in Zusammenhang mit ausgewählten patienten- und behandlungsbezogenen Merkmalen berechnet worden.

Von den zu T₃ abstinenten Patienten sind lediglich 3 bzw. 6% während der Reha rückfällig geworden. 97 bzw. 98% haben die Behandlung planmäßig⁹ beendet. Patienten, für die die Reha im STZ die Erstbehandlung darstellt, erreichen augenscheinlich, jedoch nicht signifikant, häufiger Abstinenz. Es zeigte sich anhand einer logistischen Regressionsanalyse, dass Abstinenz im Katamnesezeitraum anhand der Arbeitssituation zu T₃ vorhergesagt werden kann (66,5% richtig vorhergesagte Fälle). Zwischen Erwerbsstatus zu T₃ und Abstinenz zu T₃ besteht eine mittlere Korrelation. In Zusammenhang mit dem Erwerbsstatus variieren die Abstinenzquoten nach DGSS 3. Während 65% der Erwerbstätigen nach der Reha abstinent bleiben, trifft dies lediglich auf 31% der Erwerbslosen zu. Unter den Nichterwerbstätigen beträgt die Abstinenzrate 50%. Aufgesplittet nach den beiden Gruppen differieren die Werte noch stärker. Erwerbstätige Fachklinikpatienten werden etwa doppelt so häufig rückfällig wie erwerbstätige Tagesklinikpatienten (49 vs. 26%). Die geringste Abstinenzrate weisen mit 25% die erwerbslosen Fachklinikpatienten auf, die höchste Abstinenzrate erreichen die

⁹enthält die Kategorien "regulär", "vorzeitig auf ärztliche Veranlassung", "vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis", "Verlegung" und "Wechsel"

erwerbstätigen Tagesklinikpatienten mit 74%. 40% der erwerbslosen Tagesklinikpatienten sind abstinent. Die Abstinenzraten der Nichterwerbstätigen liegen zwischen den Raten der Erwerbslosen und der Erwerbstätigen und sind in der Fachklinik deutlich geringer als in der Tagesklinik.

Die für die vorliegende Studie identifizierten Prädiktoren stehen im Einklang mit Ergebnissen anderer Autoren, die in Abschnitt 4.2.5 bis 4.2.7 berichtet werden. Beispielsweise sind ausgeprägte Unterschiede in der Abstinenzrate zwischen Erwerbstätigen und Erwerbslosen auch von Henkel, Dornbusch et al. (2005) nachgewiesen worden und die prognostische Bedeutung von Rückfällen während der Reha für Rückfälle im Katamnesezeitraum von Rist (1996). In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie haben auch Zobel, Missel et al. (2005) in der FVS-Katamnese ähnliche Erfolgsraten bei Männern und Frauen und höhere Abstinenzraten für Erwerbstätige, Patienten ohne stationäre Entwöhnung in der Vorgeschichte und Patienten mit planmäßiger Entlassung ermittelt. In den Stichproben der FVS-Katamnese zeigen sich für Patienten mit fester Partnerschaft höhere Erfolgsquoten; dies kann für die STZ-Patienten nicht berichtet werden. Während Henkel, Zemlin et al. (2004) für die von ihnen untersuchte Population ermitteln, dass eine erhöhte Rückfallrate für Patienten mit vorzeitiger Behandlungsbeendigung nur besteht, wenn diese arbeitslos sind, unterscheidet sich die Rückfallrate bei den STZ-Patienten mit vorzeitiger von denen mit planmäßiger Beendigung auch ohne Berücksichtigung des Erwerbsstatus.

Substanzkonsum

Zum Entlasszeitpunkt sind laut ärztlichen Entlassberichten 89 bzw. 76% der Patienten nikotinabhängig. Diese Werte entsprechen auch Angaben anderer Suchteinrichtungen (Schneider und Wallroth 2005). Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (ICD-10 F12) werden bei 13 bzw. 8% der Patienten diagnostiziert. Hierunter subsumiert sind schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Cannabis. Bei 7 bzw. 4% der Patienten werden Missbrauch oder Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika diagnostiziert.

24.4 Fragestellung 4

Inwieweit wird die berufliche Reintegration durch die Behandlung erreicht?

Die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit stellt den zentralen Auftrag nach §9 des SGB VI an die Rehabilitationseinrichtung dar. 79% der Fach- und 69% der Tagesklinikpatienten werden von den behandelnden Ärzten zum Entlasszeitpunkt als arbeitsfähig eingeschätzt.

Den 79% zu T₂ als arbeitsfähig beurteilten Fachklinikpatienten steht zu T₃ eine Rate von 35% Erwerbstätigen gegenüber. Das Verhältnis der 69% arbeitsfähigen Tagesklinikpatienten zu den 50% Erwerbstätigen zu T₃ ist vergleichsweise positiver. Erwerbstätige Fachklinikpatienten nehmen signifikant später die Erwerbstätigkeit (wieder) auf. In beiden Gruppen geben 46% der Patienten an, nach der Reha keine Erwerbstätigkeit aufgenommen zu haben, 54% sind erwerbstätig geworden. Die Differenz zu den zu T₃ Erwerbstätigen weist darauf hin, dass etwa 19% der Fachklinikpatienten die vorerst aufgenommene Erwerbstätigkeit bis zum Katamnesezeitpunkt wieder aufgeben bzw. verloren hat.

Die Anzahl der Patienten, die in den letzten sechs Monaten krank gewesen sind, verringert sich zwischen T₁ und T₃ in beiden Gruppen und zwar in der Fachklinik von 57 auf 42% (nicht signifikant) und in der Tagesklinik von 48 auf 28%. Dieser Rückgang der Krankheitsfälle zwischen T₁ und T₃ entspricht in der Fachklinik 26%, in der Tagesklinik 42%. Zum

Katamnesezeitpunkt sind 19% der Fach- und 9% der Tagesklinikpatienten krank. Die Dauer der Erkrankungen beträgt 21 Wochen in der Fachklinik und 50 Wochen in der Tagesklinik. Dieser Gruppenunterschied entspricht einem großen Effekt.

Ein Teil der Patienten (8 bzw. 7%) hat bereits vor Reha-Beginn einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt. Im Katamnesezeitraum trifft dies auf 14 bzw. 12% zu. Zusätzlich beabsichtigen 15 bzw. 3% eine Antragstellung nach der Reha. Lediglich ein Teil der beantragten Renten ist bewilligt worden. Zum Katamnesezeitpunkt haben 5% (n = 6) der Fachklinikpatienten und 3% (n = 3) der Tagesklinikpatienten bewilligte Anträge. Vergleichsdaten liegen von Hümmelink und Grünbeck (2002) vor, die im Rahmen der Routineauswertungen der BfA von einem Frühberentungsanteil von 7% bewilligter Erwerbsminderungsrenten im Zwei-Jahres-Zeitraum nach der Reha berichten. Aufgrund des längeren Katamnesezeitraums können die BfA- und die STZ-Werte als vergleichbar angesehen werden.

Etwa 16% der Fachklinikpatienten und 6% der Tagesklinikpatienten haben nach der Reha im STZ an beruflichen Reha-Maßnahmen, Aus- oder Fortbildungen oder Umschulungen teilgenommen.

Bis zum Katamnesezeitpunkt sinkt bei den Fachklinikpatienten der Anteil Erwerbstätiger von 40 auf 35%, der Anteil Erwerbsloser sinkt von 51 auf 43% und der Anteil Nichterwerbstätiger steigt von 9 auf 22%. Dieser Anstieg der Nichterwerbstätigkeit ist in einem höheren Anteil von Patienten in Ausbildung oder Umschulung sowie von Patienten mit Erwerbsminderungsrente begründet. In der Tagesklinik steigt die Erwerbstätigenrate von 46 auf 50%, die Rate der Erwerbslosen sinkt von 41 auf 32% und die Quote der Nichterwerbstätigen steigt von 13 auf 18% (jeweils gebundene Stichproben). Insgesamt liegen signifikante Veränderungen zwischen den Erhebungszeitpunkten vor. Der Anstieg der Nichterwerbstätigkeit beruht in der Tagesklinik auf einem Anstieg des Anteils von Patienten mit Erwerbsminderungs- und Altersrente. In beiden Gruppen ist der höhere Prozentsatz Nichterwerbstätiger also nur zum Teil durch einen Anstieg der Erwerbsminderungsrenten begründet.

Im STZ wird mit umfangreichen Angeboten und Maßnahmen die berufliche Wiedereingliederung gefördert. Während der Behandlung werden die Patienten unterstützt, Kontakt zu ihrem Arbeitsplatz aufzunehmen oder sich um einen neuen Arbeitsplatz zu kümmern. Ausgehend von der Hypothese, dass definitionsgemäß alle Patienten vor Reha-Beginn von Erwerbsunfähigkeit bedroht sind, sind die hier berichteten Quoten trotz des Anstiegs von Erwerbsminderungsrenten als positiv zu bewerten.

Die untersuchten Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Wiedereingliederungsquote. Die Fachklinikpatienten zeichnen sich durch einige Merkmale aus, die die Integration in den Arbeitsmarkt erschweren. Sie sind beruflich etwas geringer qualifiziert (geringerer Ausbildungs- und Berufsgruppenindex), haben öfter komorbide psychische Störungen und fühlen sich stärker durch psychische Beschwerden belastet. Die erhöhte Rückfallhäufigkeit der Fachklinikpatienten im Katamnesezeitraum kann Ursache für die Erwerbslosigkeit sein, die Erwerbslosigkeit führt aber in der Regel auch zu einer erhöhten Rückfallgefahr. Laut Henkel und Grünbeck (2005) haben nach der Reha erwerbslose Patienten ein zweifach erhöhtes Risiko, rückfällig zu werden und ein 3,5faches Risiko für einen Rückfall in die vorherige Alkoholabhängigkeit.

24.5 Fragestellung 5

Welche psychischen und somatischen Folge- oder Begleitprobleme der Alkoholabhängigkeit haben die Patienten und wie verändern sich diese im Therapieverlauf?

In beiden Gruppen liegen mit Werten zwischen 2,1 und 2,5 zu allen Erhebungszeitpunkten eher geringe Belastungen durch körperliche Beschwerden¹⁰ vor. Fachklinikpatienten sind jeweils etwas stärker belastet (kleiner Gruppeneffekt). In beiden Gruppen hat die Reha kaum Einfluss auf das körperliche Befinden (kein Zeiteffekt).

Belastungen durch psychische Beschwerden werden für Depressivität, Ängste, Angstanfälle, Gereiztheit, Aggressivität, Konzentrationsschwierigkeiten, Suizidgedanken und psychische Beschwerden insgesamt erhoben.

Zu Beginn der Reha geben Fachklinikpatienten höhere Belastungen durch psychische Beschwerden an. Signifikant sind diese Unterschiede in der globalen Bewertung der psychischen Beschwerden sowie in depressiven Verstimmungen, Angstanfällen und Suizidgedanken. Die höchsten Belastungen empfinden die Patienten beider Gruppen durch depressive Verstimmungen und Ängste.

Die Betrachtung des Verlaufs der psychischen Belastungen zeigt, dass die Fachklinikpatienten in allen Symptombereichen etwas stärker belastet sind (keine bzw. kleine Effekte). Während der Reha erleben alle Patienten eine Reduktion der Beschwerden. Bei den Tagesklinikpatienten bleibt diese auf einem ähnlichen Niveau stabil, bei den Fachklinikpatienten kommt es im Katamnesezeitraum zu einem erneuten Anstieg der Beschwerden. Wechselwirkungseffekte liegen nicht vor. Die Belastungen sind zu allen Erhebungszeitpunkten eher gering und liegen jeweils zwischen 1,1 und 2,5.

Für die Einschätzung der psychischen Symptombelastung der Patienten sind neben den oben genannten Fragebogendaten SCL-Daten ausgewertet worden. In allen erfragten Bereichen des SCL-90-R haben die Fachklinikpatienten zu T₁ höhere Symptombelastungen als die "normal gesunde" Normstichprobe. In den Bereichen Depressivität und allgemeine psychopathologische Symptombelastung liegen im Mittel Werte einer deutlichen psychischen Belastung vor. Im Verlauf der Reha kommt es zu einer Reduktion aller Symptome (kleiner Effekt bei geringer Ausprägung zu T₁ in der Skala Aggressivität, sonst mittlere bis große Effekte). Am Ende der Reha liegen alle Werte unter 60 und damit unter dem Bereich, der als "deutlich messbare psychische Belastung" definiert ist. Fast alle Werte liegen geringfügig über dem Mittelwert der gesunden Eichstichprobe.

Tagesklinikpatienten haben zu T₁ in allen Bereichen höhere Symptombelastungen als Gesunde, jedoch liegen in allen Bereichen die Mittelwerte unter 60. Zu T₂ wird von ihnen eine Reduktion in allen Bereichen erlangt (kleine bis große Effekte), so dass sich am Ende der Reha die Patienten im Mittel nicht von der gesunden Stichprobe unterscheiden.

Insgesamt werden in beiden Gruppen die Belastungen durch psychische Symptomen deutlich verringert (überwiegend große Zeiteffekte). Signifikant höhere Belastungen der Fachklinikpatienten liegen zu beiden Zeitpunkten hinsichtlich Depressivität, paranoidem Denken und Psychotizismus vor. Wechselwirkungen zwischen Zeit und Gruppe bestehen nicht.

Neben dem dargestellten Vergleich der SCL-90-R-Werte zwischen Reha-Beginn und -Ende wird ein Vergleich der Skalenwerte des SCL-14 zu T₃ mit den jeweiligen Items des SCL-90-R zu T₁

¹⁰Skala für körperliche und psychische Beschwerden: 1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

und T₂ vorgenommen. Fachklinikpatienten geben in allen Skalen höhere Ausgangsbelastungen an. Während der Reha verringern sich die Belastungen in beiden Gruppen in allen Bereichen. Nach der Reha steigen die Symptombelastungen der Fachklinikpatienten bis etwa auf das Ausgangsniveau wieder an, die der Tagesklinikpatienten bleiben auf dem niedrigeren Niveau stabil. Die höchsten Werte werden für Depressivität angegeben, die Belastungen durch andere Symptome liegen < 1 bei einer Skala von 0 bis 4.

Die ärztlichen Entlassberichte geben Hinweise darauf, dass unter den Fachklinikpatienten affektive Störungen und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen häufiger vorkommen. Der Anteil neurotischer, Belastungs- oder somatoformer Störungen überwiegt tendenziell bei den Tagesklinikpatienten.

Die genannten Angaben verdeutlichen, dass unter den Fachklinikpatienten zu Beginn der Reha mehr komorbide Störungen vorliegen und sie stärker unter psychischen Symptomen leiden. Neben der bereits beschriebenen geringeren sozialen und beruflichen Integration der Fachklinikpatienten ist diese Gruppe also auch durch psychische Beschwerden deutlicher beeinträchtigt, wobei sich die genannten Belastungen vermutlich auch wechselseitig bedingen.

24.6 Fragestellung 6

Welche suchtbezogenen, beruflichen und allgemeinen Reha-Ziele und Ziele im Bereich der körperlichen bzw. psychischen Verfassung und der sozialen Beziehungen haben die Patienten zu Beginn der Reha und inwieweit erreichen sie diese?

Die Erreichung¹¹ verschiedener Reha-Ziele zu T₂ und T₃ wird jeweils für Patienten ausgewertet, die zu T₁ angegeben haben, diese Ziele erreichen zu wollen.

Hinsichtlich der Motivation, suchtbezogene Reha-Ziele zu erreichen, bestehen keine Gruppenunterschiede. Das Erreichen der Ziele wird von beiden Stichproben durchweg als wichtig (im Mittel "ziemlich" bis "sehr") eingeschätzt.

Für die suchtbezogenen Reha-Ziele werden insgesamt hohe Zielerreichungen zu T₂ und T₃ angegeben. Am ehesten stimmen die Patienten zu, die eigene Alkoholabhängigkeit durch die Reha akzeptiert zu haben. Hier besteht ein kleiner Gruppenunterschied, da Tagesklinikpatienten eine höhere Akzeptanz angeben. In allen Items bestehen keine Zeit- oder Wechselwirkungseffekte im Ausmaß der Zielerreichung. Beide Gruppen erreichen weitgehend ein Verständnis für die Funktionalität ihres Alkoholkonsums. Beide Gruppen stimmen "ziemlich" zu, mit rückfallgefährdenden Situationen umgehen zu können. Möglicherweise schätzen also Fachklinikpatienten ihre Fähigkeit, mit rückfallgefährdenden Situationen umgehen zu können höher ein, als es realistisch ist. In der Erreichung suchtbezogener Ziele werden durch die Reha im Vergleich zu den Zielen der anderen erfragten Bereiche größere Erfolge erzielt.

Im Gruppenvergleich scheinen die Fachklinikpatienten hinsichtlich der Erreichung beruflicher und allgemeiner Reha-Ziele motivierter zu sein oder dringenderen Veränderungsbedarf zu sehen. Signifikante Unterschiede bestehen in dem Wunsch, berufliche Perspektiven zu entwickeln, einen neuen Arbeitsplatz und eine neue Wohnung zu erhalten und die Schulden in den Griff zu bekommen. In diesen Bereichen sind die größeren Schwierigkeiten der Fachklinikpatienten bereits an anderer Stelle sichtbar geworden: Der Anteil erwerbsloser und

¹¹Zielerreichungsskala: 1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

wohnungsloser sowie gering verdienender Patienten ist in der Fachklinik höher als in der Tagesklinik.

Patienten, die zu T₁ angegeben haben, neue berufliche Perspektiven durch die Reha entwickeln zu wollen, erreichen dies zu T₂ und T₃ nur in geringem Ausmaß. Beide Gruppen unterscheiden sich nicht in der Zielerreichung. Patienten, die angegeben haben, ihre Schulden in den Griff bekommen zu wollen, geben zu T₂ ebenfalls eine mäßige Zielerreichung an, im Katamnesezeitraum erreichen sie dies aber zunehmend (mittlerer Zeiteffekt). Auch hier gibt es keine Gruppenunterschiede oder Wechselwirkungen. In den weiteren erfragten Bereichen liegen die Zielerreichungsangaben zwischen 1,0 und 3,6. Die Reha hat in der Einschätzung der Patienten einen positiven Einfluss auf das Zurechtkommen mit Arbeitskollegen gehabt. Die weiteren Ziele (Wohnung finden, von der Arbeit nicht mehr überfordert sein und einen neuen Arbeitsplatz finden) sind im Mittel weniger erreicht worden.

Die erfragten Ziele im Bereich der körperlichen bzw. psychischen Verfassung und sozialen Beziehungen sind Fachklinikpatienten wichtiger als Tagesklinikpatienten. Dies lässt darauf schließen, dass sie in diesen Bereichen stärkere Defizite sehen. Als wichtigstes Ziel wird angegeben, körperlich fit zu werden, obwohl beide Patientengruppen eher geringe körperliche Beschwerden angeben (siehe oben). Als wichtig wird zudem eingeschätzt, Probleme zukünftig anzupacken und sich bei Schwierigkeiten Hilfe holen zu wollen. Dies kann als Hinweis auf Defizite der Patienten aufgefasst werden, sich Problemen zu stellen und entspricht der Beobachtung von Soyka (2002), dass Alkoholabhängige häufig ineffektive Copingstrategien im Umgang mit Konflikten zeigen.

Von den 20 Zielen dieses Bereiches werden aus Platzgründen lediglich die sechs Items mit der höchsten Zielerreichung in beiden Gruppen dargestellt. Hier werden alle Veränderungen durchschnittlich "mittelmäßig" bis "ziemlich" erreicht. Beide Gruppen geben an, durch die Reha sich und anderen gegenüber ehrlicher geworden zu sein. Die Patienten haben den Eindruck, im Vergleich zum Reha-Beginn eigene Gefühle und Bedürfnisse besser wahrnehmen und ausdrücken zu können. Hierzu gehören auch Kritik und Ärger, die separat genannt werden. Die Patienten haben Fortschritte darin gemacht, Probleme anzupacken und sich bei Schwierigkeiten Hilfe zu holen. Gruppenunterschiede bestehen in diesen Einschätzungen nicht. Wechselwirkungseffekte zwischen Zeit und Gruppe liegen in den Items "Kritik äußern" und "Probleme anpacken" vor. Die erreichten Veränderungen in den Items "Gefühle wahrnehmen" und "Hilfe holen" werden zu T₃ von beiden Gruppen geringer eingeschätzt als zu T₂, werden also als nicht stabil empfunden.

24.7 Fragestellung 7

In welchem Ausmaß fühlen sich die Patienten in wichtigen Lebensbereichen (Familie, Arbeit, Freundschaften) durch die Sucht belastet? Wird durch die Reha eine Reduktion dieser subjektiven Beeinträchtigung erreicht?

Fachklinikpatienten sind durch ihre Sucht in den Bereichen Familie, Arbeit und Freundschaften subjektiv zu allen Erhebungszeitpunkten stärker belastet als Tagesklinikpatienten.

Die Belastungen innerhalb der Familie unterscheiden sich zwischen den Gruppen mit kleiner Effektstärke, die Belastungen in Bezug auf Arbeit und Freundschaften mit großer Effektstärke, in Bezug auf Freundschaften mit mittlerer Effektstärke. In den drei Bereichen werden die Suchtbelastungen durch die Reha reduziert (jeweils große Effekte). Dieser Erfolg hält auch während des Katamnesezeitraums an.

Fachklinikpatienten beginnen die Rehabilitation also mit subjektiv stärkeren Suchtbelastungen in den drei Bereichen und erreichen durch die Behandlung ebenso deutliche Verringerungen der Belastungen im Verlauf wie die Tagesklinikpatienten.

Zu T_2 und T_3 haben die Patienten außerdem eingeschätzt, inwieweit die Reha Veränderungen in verschiedenen wichtigen Lebensbereichen bewirkt hat. Von beiden Gruppen liegen die Einschätzungen in allen sieben Variablen im Bereich um "etwas verbessert" oder "unverändert". In der Partnerschaft und in den Kontakten zu den Kindern werden insgesamt die positivsten Veränderungen erreicht ("etwas verbessert"). Keine Veränderungen werden hinsichtlich der finanziellen Situation bewirkt.

Tagesklinikpatienten erleben stärkere Verbesserungen als Fachklinikpatienten in den Kontakten zu den Kindern (mittlerer Effekt) sowie in der Arbeitssituation und den Kontakten zu Freunden (kleine Effekte). Fachklinikpatienten erreichen subjektiv positivere Veränderungen bezüglich ihrer Wohnsituation. Die Einschätzungen beider Gruppen bleiben über die Zeit konstant. Ein kleiner Wechselwirkungseffekt besteht zwischen Zeit und Gruppe in der Arbeitssituation, da Tagesklinikpatienten eine Verbesserung ihrer Arbeitssituation zu T_3 angeben und Fachklinikpatienten eine Verschlechterung. Dies stimmt mit den Angaben zur Erwerbssituation überein, die besagen, dass bei den Fachklinikpatienten die Erwerbstätigenrate sinkt, während sie bei den Tagesklinikpatienten ansteigt.

24.8 Fragestellung 8

Wie bewerten die Patienten die Rehabilitation im STZ?

- **Zufriedenheit**

Als Indikator für die Zufriedenheit mit der Behandlungsform ist erhoben worden, ob Patienten bei erneuter Wahlmöglichkeit das Setting wechseln würden. Zu T_2 befragt, würden Fachklinikpatienten signifikant häufiger das Setting wechseln (17 vs. 8%). Zu T_3 sind diese Unterschiede nicht mehr signifikant (21 vs. 13%). Im Zeitverlauf steigen die Wünsche nach einem Wechsel.

Unter den Patienten mit vorzeitiger Behandlungsbeendigung ist der Anteil mit dem Setting unzufriedener Patienten größer. Über die Hälfte der Abbrecher aus der Fachklinik und etwa ein Viertel der Abbrecher aus der Tagesklinik würde das Setting wechseln. Bei den regulären Beendern ist der Anteil geringer (10 vs. 4%). Im Katamnesezeitraum steigt die Unzufriedenheit der vorzeitigen Beender und liegt bei 61 bzw. 30%. Die Frage nach dem Wunsch, bei erneuter Wahl das Setting zu wechseln, gibt Aufschluss darüber, wie hilfreich oder passend die Reha für die eigene Person erlebt worden ist. Im Vergleich zu Fachklinikpatienten ist also für einen größeren Anteil von Tagesklinikpatienten das Angebot passend. Der Wunsch der Fachklinikpatienten, das Setting zu wechseln, ist nicht als Hinweis auf eine falsche Zuweisung zu verstehen. Werden Patienten gegen ihren Wunsch im stationären Setting behandelt, liegen gemäß den Indikationsregeln Gründe vor, die eine teilstationäre Reha nicht zulassen.

Patienten, die am Ende der Reha angeben, bei erneuter Wahl einen Settingwechsel zu wünschen, sind in mehreren Merkmalen unzufriedener als die Gesamtgruppe. Sie beurteilen die Reha zu T_2 als weniger erfolgreich und die Reha insgesamt negativer. Sie haben die Behandlung öfter abgebrochen und geben prozentual häufiger als Abbruchgrund an, die Reha sei nicht für sie geeignet gewesen. Fachklinikpatienten, die das Setting wechseln würden, geben öfter an, die Entscheidung für die Wahl des Settings sei von anderen Personen für sie getroffen worden. Für die Tagesklinikpatienten besteht in diesem Merkmal kein Unterschied. Die

genannten Unterschiede beruhen jeweils auf einer geringen Fallzahl und sind daher nicht signifikanzstatistisch auswertbar. Kein Gruppenunterschied besteht in der Vermittlung ins STZ. Auch Patienten, die das Setting wechseln würden, geben mehrheitlich an, aus Eigeninitiative die Behandlung aufgenommen zu haben. Es handelt sich also nicht um Patienten, die von vornherein die Behandlung abgelehnt haben. Die Unzufriedenheit mit dem gewählten Setting scheint erst im Verlauf entstanden zu sein oder ist Folge eines geringen Erfolgs der Behandlung. Ob die jeweils andere Behandlungsform für die Patienten mit Wechselwunsch passender gewesen wäre, lässt sich anhand der Daten nicht beurteilen.

Vier weitere globale Zufriedenheitsitems sind erfragt worden.

Die Frage, ob die Patienten ihre Behandlungsform weiterempfehlen würden, enthält eine universellere Aussage über die empfundene Qualität der behandelnden Klinik. Sie wird von beiden Gruppen bejaht. Fachklinikpatienten schränken die Weiterempfehlung etwas stärker ein (kleiner Gruppeneffekt). Zwischen den Zeitpunkten ändern sich innerhalb der Gruppen diese Urteile nicht. Zum Katamnesezeitpunkt würden 6% der Fach- und 2% der Tagesklinikpatienten ihr Setting nicht weiterempfehlen. 88 bzw. 97% würden es unbedingt oder mit Einschränkungen weiterempfehlen. 6 bzw. 1% der Patienten sind diesbezüglich unsicher.

Die Patienten sind außerdem gebeten worden, die Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha zu beurteilen. Zu T_2 beantworten beide Gruppen die Frage im Mittel mit etwa 2,2 (2 = eher gut). Zu T_3 beurteilen 62% der Fach- und 74% der Tagesklinikpatienten die Vorbereitung als sehr gut oder eher gut. Insgesamt bewerten die Tagesklinikpatienten die Vorbereitung positiver (kleine Effektstärke). Bei den Fachklinikpatienten gibt es im Katamnesezeitraum im Mittel eine Tendenz zu einer schlechteren Bewertung der Vorbereitung, bei den Tagesklinikpatienten eine Tendenz zu einer positiveren Bewertung. Daher liegt ein kleiner Wechselwirkungseffekt vor. Retrospektiv wird von 16% der Fach- und 6% der Tagesklinikpatienten die Vorbereitung als eher schlecht oder sehr schlecht beurteilt.

Das Konzept der Tagesklinik ist durch die tägliche Rückkehr in den häuslichen Alltag darauf ausgerichtet, einen guten Transfer des in der Reha Gelernten in den Alltag und das Einbringen der zu Hause gemachten Erfahrungen in die Reha zu gewährleisten. Aber auch stationär behandelte Patienten haben durch die Wohnortnähe die Möglichkeit, Kontakte zum sozialen Umfeld aufrechtzuerhalten. Im Behandlungsverlauf werden die Ausgangsregeln zunehmend ausgeweitet. Die teilstationäre Entlassphase beinhaltet schließlich bereits häusliche Übernachtungen und stellt eine intensive Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha dar.

Das genannte Ergebnis zur Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha lässt sich dahingehend interpretieren, dass von etwa zwei Drittel der Patienten der Übergang in den Alltag als wenig problematisch erlebt worden ist. Etwa ein Drittel der Patienten beider Kliniken hat die Umstellung als eher schwierig empfunden.

Die Einschätzung der Reha als erfolgreich liegt in beiden Gruppen zu T_2 im Mittel bei etwa 1,9 (2 = "ziemlich"). In der Tagesklinik bleibt diese Einschätzung konstant, in der Fachklinik wird zu T_3 im Mittel eine negativere Einschätzung vorgenommen (mittlerer Effekt). Hierzu trägt sicher der höhere Anteil rückfälliger Patienten bei. Vergleicht man beide Gruppen in den positiven und negativen Bewertungskategorien, schneidet die Tagesklinik günstiger ab: 77% der Patienten beurteilen die Reha als erfolgreich, in der Fachklinik sind es 57%. Beide Werte sind höher als der jeweilige Anteil abstinenter Patienten, so dass auch im Katamnesezeitraum rückfällige Patienten die Reha als erfolgreich beurteilen.

Die durchschnittliche Gesamtbeurteilung der Reha im STZ erfolgt durch die Tagesklinikpatienten etwas positiver als durch die Fachklinikpatienten, so dass sich ein kleiner Gruppeneffekt in der Globalbeurteilung zeigt.

Als positiv werden Angaben zwischen "eher gut" und "sehr gut" gewertet. Zwischen T₂ und T₃ bleibt der Anteil positiver Bewertungen bei den Tagesklinikpatienten konstant (89% positive Urteile zu T₂ und 86% zu T₃). Auch in diesem Item zeigt sich, dass sich bei den Fachklinikpatienten im Zeitverlauf die Bewertung geringfügig verschlechtert (86% positive Bewertungen zu T₂ und 73% zu T₃). Der Anteil der Patienten, die die Reha zu T₃ als eher oder sehr schlecht bewerten liegt bei 5 bzw. 2%.

Diese Angaben sprechen für eine hohe Zufriedenheit der Patienten des STZ. Vergleichswerte liegen vom QS-Programm der GRV vor, in dem von 75% der befragten Rehabilitanden die Entwöhnung als ausgezeichnet oder gut bewertet worden ist (Egner 2002).

• **Inanspruchnahme und Beurteilung der Behandlungsangebote**

Jeweils zwischen 25 und 40% der Fachklinikpatienten nutzen die Indikationsgruppen. Etwa ein Drittel bis die Hälfte der Patienten nimmt Akupunktur, Gesundheits- und zusätzliche Sozialberatung sowie Angehörigen- oder Paargespräche in Anspruch.

Fachklinikpatienten beurteilen Akupunktur, Sozialberatung, Sinn statt Sucht und die Arbeitslosengruppe als mittelmäßig (2,9 bis 3,4¹²). Die weiteren Maßnahmen werden im Mittel positiver bewertet (3,5 bis 4,7). Besonders geschätzt werden die physikalischen Anwendungen (diese Bewertung beruht auf einer sehr geringen Fallzahl) und die teilstationäre Entlassphase. Eine Reihe weiterer Angebote erhält mit durchschnittlichen Bewertungen von 4,2 und 4,3 hohe Zufriedenheitswerte: Angehörigengespräche, Entspannungstherapie, Gestalttherapie und Psychodrama, die arbeitstherapeutischen Projekte, Bewegungs- und Einzeltherapie. Die durchschnittlichen Urteile der Fachklinikpatienten sind für die Mehrzahl der Angebote positiv.

Neben den Behandlungsangeboten mit verpflichtender Teilnahme nehmen etwa 66% der Tagesklinikpatienten Gesundheitsberatung, jeweils 40% Akupunktur und Angehörigen- oder Paargespräche in Anspruch und 20% bearbeiten einen eigenen Rückfall im Rahmen des Rückfallprogramms.

Die Tagesklinikpatienten beurteilen das monatlich stattfindende Forum mittelmäßig (2,9). Die weiteren Angebote erhalten bessere Bewertungen (im Mittel 3,5 bis 4,4). Besonders die Entspannungs-, Bewegungs- und Einzeltherapie werden mit einer Wertung von 4,4 positiv beurteilt.

• **Einbezug weiterer Personen in die Reha**

Der Einbezug wichtiger Personen in die Rehabilitation ist ein bedeutsamer Bestandteil der Entwöhnungsbehandlung. Die mitunter immensen sozialen Auswirkungen der Alkoholabhängigkeit sind in Abschnitt 2.3 aufgeführt. Konflikte innerhalb der Familie zu bearbeiten, soziale Kontakte wieder aufzunehmen oder innerhalb des sozialen Umfelds den eigenen Alkoholkonsum zu problematisieren stellen zentrale Schritte auf dem Weg in eine dauerhafte Abstinenz dar. Personen aus dem Umfeld der Rehabilitanden werden im STZ in hohem Ausmaß in die Behandlung einbezogen. Im Vergleich zu den Tagesklinikpatienten ist in die Behandlung von Fachklinikpatienten der jeweilige Partner seltener involviert. Deutlich häufiger werden Arbeitgeber oder Mitarbeiter einbezogen¹³. Diese werden im Rahmen der Fachklinikgruppe Sucht am Arbeitsplatz eingeladen, an einem Informationsseminar teilzunehmen. In beiden Gruppen werden zu etwa 11% die erwachsenen Kinder der Patienten einbezogen und zu etwa 18% Freunde oder Verwandte.

¹²Skala: 1 = sehr schlecht, 2 = eher schlecht, 3 = mittelmäßig, 4 = eher gut, 5 = sehr gut

¹³In diese Rechnungen sind nur Patienten mit Partnerschaft bzw. Arbeitsstelle einbezogen worden, so dass das unterschiedliche Vorkommen in den Settings nicht Ursache für diese Unterschiede ist.

Von den Patienten wird der Einbezug im Durchschnitt durchweg als hilfreich erlebt. Die Beurteilungen liegen zwischen 3,8 und 4,3 (3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich positiv). Besonders positiv wird der Einbezug des betrieblichen Suchtkrankenhelfers und des Partners gewertet.

- **Beurteilung einzelner Merkmale der Reha**

Um differenzierte Aussagen über die Zufriedenheit der Patienten mit der Reha zu erhalten, ist der Grad der Zustimmung¹⁴ von 17 Aussagen über die Behandlung erfragt worden.

Zufriedenheit ($M > 4$) äußern die Patienten über die Therapieräume, Betreuung durch Ärzte und Therapeuten, die Atmosphäre, die Aufenthaltsräume, das Essen, die Gelegenheit, wichtige Probleme zu besprechen und Hilfestellungen bei der Bewältigung der Suchtprobleme. Weniger gut ($M = 3 - 3,5$) werden von beiden Gruppen die Organisation der Klinikabläufe, die Freizeitangebote und die Anpassung der Therapie an die individuelle Situation des Patienten beurteilt. Folgende Gruppenunterschiede bestehen: Fachklinikpatienten beurteilen die fachliche Betreuung durch die behandelnden Ärzte, die Freizeitangebote und die Atmosphäre im STZ kritischer. Aufenthalts- und Therapieräume sowie das Essen und die Rückzugsmöglichkeiten bewerten sie positiver. Da sie sich auch in den settingspezifischen Aussagen positiv über ihr Zimmer äußern, scheinen Fachklinikpatienten insgesamt mit den räumlichen Gegebenheiten zufriedener zu sein, ebenso mit dem Essen. Die fachliche Betreuung, Therapieinhalte und Abläufe im STZ werden überwiegend von beiden Gruppen ähnlich bewertet.

Beide Gruppen beurteilen die zentralen Merkmale ihres Settings positiv: Fachklinikpatienten stimmen "ziemlich" zu, dass Übergangsprobleme zwischen Klinik und Alltag besprochen worden sind und Tagesklinikpatienten stimmen zu, dass die tägliche Konfrontation mit dem häuslichen Alltag positiv gewesen ist.

- **Belastungen durch die Reha**

Die Patienten beider Gruppen scheinen sich durch settingspezifische Merkmale eher wenig belastet zu fühlen. Weder erleben die Fachklinikpatienten die Abwesenheit von zu Hause noch die Tagesklinikpatienten die tägliche Rückkehr nach Hause als problematisch. Obwohl während der Reha auch für Fachklinikpatienten häufige Kontakte zum sozialen Umfeld möglich sind, fühlen sie sich "mittelmäßig" belastet durch den eingeschränkten Kontakt zu anderen Personen. Die anderen erfragten Beeinträchtigungen werden als weniger ausgeprägt erlebt. Tagesklinikpatienten geben insgesamt weniger Belastungen an. Den höchsten Wert erreicht bei ihnen mit 2,1 ("wenig") die Versorgung des Haushalts während der teilstationären Behandlung.

24.9 Fragestellung 9

Wie hoch ist die Haltequote, welche Gründe für Behandlungsabbrüche gibt es?

In beiden Gruppen geben 16% der Patienten an, ihre Behandlungen vorzeitig beendet zu haben. Als Gründe werden u.a. genannt, dass die Reha nicht geeignet gewesen sei, gegen Therapieregeln verstoßen zu haben oder Probleme mit anderen Patienten gehabt zu haben. Hier überwiegt jeweils deutlich der Anteil an Fachklinikpatienten. Knapp ein Viertel der Behandlungsabbrecher gibt an, dass das Reha-Ziel bereits erreicht gewesen sei. Aufgrund eines Rückfalls haben 22 bzw. 30% der Patienten die Reha beendet. 15 bzw. 17% der Patienten geben an, es sei kein Erfolg erkennbar gewesen.

¹⁴Skala: 1 = stimmt nicht, 2 = stimmt wenig, 3 = stimmt mittelmäßig, 4 = stimmt ziemlich, 5 = stimmt sehr

Weitere Angaben zur Art der Beendigung sind den Entlassberichten der Patientenakten entnommen worden. Hiernach ist der Anteil regulärer Beendigungen in der Fachklinik beträchtlich niedriger als in der Tagesklinik (56 zu 79%). Subsumiert man die Kategorien "vorzeitig auf ärztliche Veranlassung" und "vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis", erhält man den Anteil planmäßiger Beendigungen; diese betragen 61 und 90%. Eine planmäßige Therapiebeendigung gilt gemeinhin als positiver Prädiktor für den Behandlungserfolg. Der Anteil planmäßiger Beendigungen beträgt in der FVS-Katamnese (Zobel, Missel et al. 2005) 90% und entspricht damit dem Wert der Tagesklinikpatienten des STZ. In der Fachklinik des STZ ist der Anteil deutlich niedriger. Dies ist durch den häufigen Wechsel der Fachklinikpatienten (13% im Vergleich zu 0%) in eine andere Therapieform begründet sowie durch eine höhere Abbrecherquote. Ein Therapieabbruch (Beendigung "vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis" oder "disziplinarisch") ist bei 24% der Fachklinikpatienten und 9% der Tagesklinikpatienten erfolgt. Dass Fachklinikpatienten häufiger die Behandlung abbrechen oder disziplinarisch entlassen werden, entspricht den Erwartungen, da sie an strengere Hausregeln gebunden sind und weniger Freiräume haben als Tagesklinikpatienten. Verlegungen erfolgen bei 2 bzw. 1% der Patienten.

24.10 Fragestellung 10

In welchem Umfang werden Angebote des Suchthilfesystems nach der Reha in Anspruch genommen?

Während der Reha ist von Fach- häufiger als von Tagesklinikpatienten Kontakt mit weiterbehandelnden Einrichtungen aufgenommen worden. Patienten beider Gruppen haben sich im Mittel vom STZ bei der Kontaktaufnahme unterstützt gefühlt. Der Anteil von Patienten, die während der Reha Kontakt zu Selbsthilfegruppen aufgenommen haben, liegt in beiden Gruppen bei etwa 68%. Tatsächlich haben im Katamnesezeitraum 46% der Fach- und 56% der Tagesklinikpatienten suchtbezogene Selbsthilfegruppen besucht. Tagesklinikpatienten gelingt es also etwas besser (nicht signifikant), den Kontakt zur Suchthilfe nach der Reha zu halten und Angebote wahrzunehmen.

Die Anzahl der in Anspruch genommenen Sitzungen ist bei teilnehmenden Patienten beider Gruppen gleich hoch; im Mittel werden knapp einmal wöchentlich Treffen aufgesucht. Etwa 88% aller Patienten nehmen nach der Entwöhnung im STZ weitere Maßnahmen in Anspruch. Am häufigsten wird eine ambulante Nachsorge aufgenommen. Fach- und Tagesklinikpatienten unterscheiden sich hinsichtlich der Weiterbehandlung nicht signifikant voneinander.

Als positiv ist zu bewerten, wenn Rehabilitanden nach der Entwöhnungsbehandlung am STZ weitere Angebote in Anspruch nehmen, die konzeptionell der Festigung der Abstinenz, der Rückfallprophylaxe oder der Bearbeitung von komorbiden Störungen dienen. Dazu zählen die im Fragebogen aufgeführten nicht suchtbezogenen Angebote (ambulante Beratung oder Therapie, nicht suchtbezogene Selbsthilfegruppen und stationäre Therapie) sowie ambulante und stationäre Nachsorge und suchtbezogene Selbsthilfegruppen.

24.11 Rücklauf und Responder-Nonresponder-Analyse

Die Behandlungsergebnisse werden neben den oben berichteten Stichprobenunterschieden auch davon beeinflusst, dass zu T₂ und T₃ nicht für alle ausgesendeten Fragebögen Antworten vorliegen. Bezogen auf die T₁-Fragebögen beträgt der Rücklauf zu T₂ für Fachklinikpatienten 76% und für Tagesklinikpatienten 87%. Zu T₃ liegen 51% der Fach- und 65% der Tagesklinikfragebögen vor. Dieser Schwund beeinflusst möglicherweise die Ergebnisse. In der

Regel ist von einer positiven Verzerrung der Ergebnisse durch fehlende Fragebögen auszugehen, da Patienten seltener antworten, wenn sie rückfällig sind, sich zum Befragungszeitpunkt erneut in Behandlung befinden oder unzufrieden mit der Rehabilitation sind. In der vorliegenden Studie beruhen die unterschiedlichen Rücklaufquoten zwischen den Gruppen auf der höheren Rate nicht erreichbarer Fachklinikpatienten zu T₂ und T₃. Da Nichterreichbarkeit, z.B. durch Umzug, vermutlich nicht mit dem Behandlungsergebnis zusammenhängt, kann dieser Einfluss als zufällig interpretiert werden (DHS 2006). Es ist daher von einer ähnlichen Ergebnisverzerrung in beiden Gruppen auszugehen, so dass die Unterschiede als nicht relevant gewertet werden. Insgesamt sind die hier berichteten Ergebnisse vermutlich etwas positiver, als es bei einem Vorliegen aller Fragebögen der Fall wäre.

Im Vergleich zu anderen Evaluationsstudien ist der Rücklauf bezogen auf die erreichbaren Patienten mit 83 bzw. 87% zu T₂ und 68 bzw. 71% zu T₃ eher hoch. Beispielsweise liegt die Rücklaufquote in der FVS-Katamnese (Zobel, Missel et al. 2005) bei 63,4% bezogen auf die erreichbaren Patienten. Ein großer Unterschied besteht im Anteil unbekannt verzogener Patienten. Während dieser in den Einrichtungen des FVS bei 4,8% liegt, beträgt er in der prospektiven STZ-Studie 19,4% in der Fachklinik und 5,9% in der Tagesklinik.

Ein Vergleich der Responder und Nonresponder zu T₃ hinsichtlich der Merkmale, die zu Beginn der Reha erhoben worden sind, gibt weiteren Aufschluss über mögliche Selektionseffekte.

In der Fachklinik ist unter den Respondern der Altersdurchschnitt höher. Hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses und des Anteils von Patienten mit fester Partnerschaft sowie des Schulabschlusses und der Abhängigkeitsdauer unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht. Zu T₃ antworten häufiger Fachklinikpatienten, die zu T₁ erwerbstätig gewesen sind, als solche, die erwerbslos gewesen sind. Auch der Schichtindex ist unter den Respondern höher als unter den Nonrespondern.

Bezüglich der zu T₂ erhobenen Angaben zeigt sich, dass die Responder zu T₃ länger im STZ behandelt worden sind. Der Anteil der Behandlungsabbrüche unterscheidet sich jedoch nicht signifikant. Patienten, die zu T₃ geantwortet haben, haben die Reha zu T₂ als ähnlich erfolgreich beurteilt und insgesamt für die Reha eine ähnliche Bewertung abgegeben. Sie geben eine vergleichbare Reduktion der Suchtprobleme an. Sowohl hinsichtlich der Abstinenzzuversicht als auch der Rückfälle während der Reha bestehen keine signifikanten Unterschiede.

Innerhalb der Fachklinik antworten also eher die älteren und zu Beginn der Reha erwerbstätigen Patienten, weniger diejenigen, die erwerbslos gewesen sind. Patienten mit einem höheren Schichtindex und Patienten mit einer längeren Behandlung antworten häufiger. Dass erwerbslose Fachklinikpatienten und Patienten mit einer kürzeren Behandlungsdauer in der Responderstichprobe unterrepräsentiert sind, kann als positiver Selektionseffekt gewertet werden. Möglicherweise bilden die Angaben der Fachklinikpatienten die Ergebnisse daher positiver ab als die wahren Verhältnisse. Die Daten enthalten keinen Hinweis darauf, dass mit der Rehabilitation unzufriedene Patienten seltener antworten.

Für Tagesklinikpatienten lassen sich weniger Unterschiede zwischen Respondern und Nonrespondern ausmachen. Ebenso wie in der Fachklinik ist unter den Respondern der Altersdurchschnitt höher und die durchschnittliche Abhängigkeits- sowie Behandlungsdauer etwas länger. Unter den Respondern sind weniger Erwerbstätige, wobei dieser Gruppenunterschied nicht signifikant ist. In weiteren Merkmalen unterscheiden sich beide Gruppen nicht voneinander. Auch die Beurteilung der Reha ist ähnlich, so dass auch für die Tagesklinik nicht davon auszugehen ist, dass unzufriedene Patienten seltener antworten. Insgesamt scheinen die Ergebnisse für die Tagesklinikpatienten etwas valider zu sein als für die Fachklinikpatienten.

E) Untersuchungsgruppe und Ergebnisse der retrospektiven Studie

In diesem Kapitel werden die retrospektiv erhobenen Daten berichtet. Entsprechend der Ergebnisdarstellung der prospektiven Studie wird nach den Angaben zum Rücklauf die untersuchte Stichprobe anhand ihrer soziodemographischen Merkmale und Ausgangsbedingungen beschrieben. In Kapitel 28 werden weitere Stichprobenmerkmale wie die Behandlungs- und Katamnosedauer und die vergleichende Analyse der Responder und Nonresponder dargestellt. Im darauf folgenden Abschnitt werden die einzelnen Ergebnisse aufgeführt. In Kapitel 30 werden diese Ergebnisse zur Beantwortung der Studienfragestellungen zusammengefasst.

25 Rücklauf

Tabelle 93: Rücklauf

	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
Basis	100 (300)	100 (300)	100 (600)	---
nicht erreichbar	37,0 (111)	14,7 (44)	25,8 (155)	---
verzogen	35,7 (107)	14,0 (42)	24,8 (149)	---
verstorben	1,3 (4)	0 (0)	0,7 (4)	---
erreichbar	63,0 (189)	85,3 (256)	74,2 (445)	$\chi^2 = 39,05; df = 1$ ***p < ,001 + $\phi = ,255$
Verweigerung	2,0 (6)	2,0 (6)	4,0 (12)	---
keine Rücksendung	31,3 (94)	37,3 (112)	34,3 (206)	---
Rücklauf* bezogen auf Basis	29,7 (89)	45,7 (137)	37,7 (226)	$\chi^2 = 16,36; df = 1$ ***p < ,001 + $\phi = ,165$
Rücklauf* bezogen auf Erreichbare	47,1 (89)	53,5 (137)	50,8 (226)	$\chi^2 = n.s.$

*nach bis zu zwei schriftlichen Erinnerungen

26 Soziodemographische Merkmale

Die soziodemographischen Merkmale der zu vergleichenden Patientengruppen der retrospektiven Studie sind in Tabelle 94 aufgeführt. Beide Stichproben unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses. Tendenziell ist der Frauenanteil in der Tagesklinik höher. Dies beruht nicht auf einem größeren Anteil im Haushalt lebender und zu versorgender Kinder (ohne Abbildung). Fach- und Tagesklinikpatienten unterscheiden sich hinsichtlich des Alters. Fachklinikpatienten sind im Mittel 2,7 Jahre jünger (mittlerer Effekt). Die Kategorisierung nach Altersgruppen zeigt, dass in der Fachklinik die Altersgruppe der 30-39jährigen überrepräsentiert ist, wohingegen in der Tagesklinik die Altersgruppe der 50-59jährigen stärker vertreten ist (Abbildung 35).

Beide Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Anteils von Patienten mit fester Partnerschaft. In der Fachklinik sind mehr ledige Patienten vertreten und in der Tagesklinik mehr verheiratete. 16 bzw. 10% der Rehabilitanden haben einen Partner mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenproblem.

Die Mehrzahl der Patienten beider Gruppen wohnt allein. Etwa die Hälfte der Patienten wohnt mit ihrem Partner oder mit Partner und Kind/ern zusammen. In beiden Gruppen hat ein gleich großer Anteil von Patienten Kinder; auch in der Anzahl der Kinder und der Anzahl im Haushalt lebenden Kinder bestehen keine Gruppenunterschiede. Die Mehrheit der Patienten (92 bzw. 98%) wohnt eigenständig, d.h. allein oder mit anderen Personen zur Miete oder in Wohneigentum.

Tabelle 94: Soziodemographie zum Katamnesezeitpunkt

	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
Geschlecht (Männer)	75,0 (88)	69,3 (137)	71,6 (225)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Alter (Jahre)	(87) 47,7 (8,23)	(135) 50,4 (7,57)	(222) 49,4 (7,92)	T = 2,492; df = 220 *p = ,013; +d = ,34
feste Partnerschaft (kategorisiert)	59,1 (52)	59,6 (81)	59,4 (133)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
aktuelle Alkoholprobleme des Partners (kategorisiert)	15,5 (9)	9,9 (9)	12,1 (18)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Familienstand				$\chi^2 = \text{n.s.}$
ledig	37,5 (33)	26,5 (36)	30,8 (69)	
verheiratet, zusammen lebend	26,1 (23)	42,6 (58)	36,2 (81)	
verheiratet, getrennt lebend	10,2 (9)	4,4 (6)	6,7 (15)	
geschieden	21,6 (19)	22,1 (30)	21,9 (49)	
verwitwet	4,5 (4)	4,4 (6,1)	4,5 (10)	
Wohnsituation* (kategorisiert)				zu geringe Zellbelegung
allein	44,9 (40)	38,5 (52)	41,1 (92)	
mit Eltern / Elternteil	3,4 (3)	0,7 (1)	1,8 (4)	
allein mit Kind/ern	4,5 (4)	5,9 (8)	5,4 (12)	
mit Partner/in	24,7 (22)	28,1 (38)	26,8 (60)	
mit Partner/in und Kind/ern	19,1 (17)	23,0 (31)	21,4 (48)	
mit Freunden / Bekannten / Sonstigen	3,4 (3)	3,7 (5)	3,6 (8)	
Wohnsituation*				zu geringe Zellbelegung
eigenständiges Wohnen (Miete / Wohneigentum)	92,0 (80)	97,8 (133)	95,5 (213)	
Pat. hat Kind/er	56,8 (50)	63,2 (86)	60,7 (136)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Kinder (bezogen auf Pat. mit Kindern)	(47) 2,0 (0,91)	(86) 1,9 (1,07)	(133) 1,9 (1,02)	T = n.s.
Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder (bezogen auf alle Pat.)	(88) 0,3 (0,58)	(135) 0,4 (0,84)	(223) 0,4 (0,75)	T = n.s.

*Bei Mehrfachantworten (n = 13) ist jeweils nur die vermutlich aktuellere Angabe gewertet worden. Für diese Bewertung sind Antworten anderer Items hinzugezogen worden.

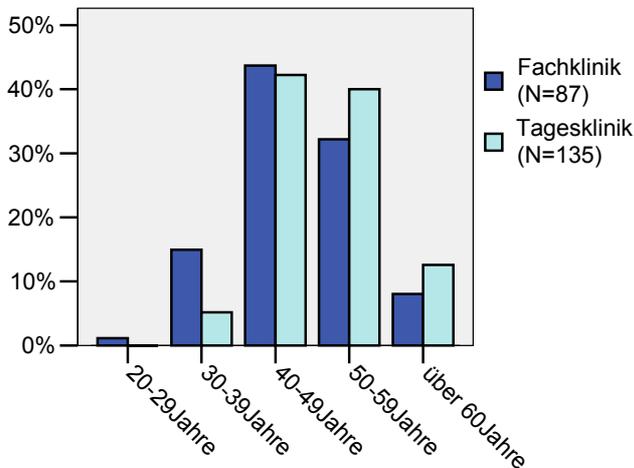


Abbildung 35: Alter der Patienten zum Katamnesezeitpunkt (kategorisiert)

27 Ausgangsbedingungen

27.1 Ausbildung und Arbeitssituation

Beide Patientengruppen unterscheiden sich nicht signifikant bezüglich des Schulabschlusses (Tabelle 95). Fachklinikpatienten haben etwas häufiger einen Realschulabschluss und seltener Abitur oder einen höheren Abschluss. Hinsichtlich der Berufsausbildung bestehen zwischen den Gruppen keine Unterschiede.

Tabelle 95: Schulische und berufliche Ausbildung

	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
Schulabschluss (kategorisiert)				
ohne Abschluss / Sonderschule	9,1 (8)	9,0 (12)	9,0 (20)	N = 222 U = n.s.
Hauptschule	46,6 (41)	47,8 (64)	47,3 (105)	
Realschule / Polytechnische Oberschule	36,4 (32)	23,9 (32)	28,8 (64)	
Fachabitur oder höherer Abschluss	8,0 (7)	19,4 (26)	14,9 (33)	
Berufsausbildung* (kategorisiert)				
keine	20,0 (17)	22,4 (28)	21,4 (45)	N = 210 U = n.s.
beruflich-betrieblich	49,4 (42)	46,4 (58)	47,6 (100)	
beruflich-schulisch	21,2 (18)	16,8 (21)	18,6 (39)	
Fachschule	8,2 (7)	7,2 (9)	7,6 (16)	
Fachhochschule, Universität	1,2 (1)	7,2 (9)	4,8 (10)	

*Bei Mehrfachantworten (n = 35) ist nur die "höherwertige" Ausbildung gewertet worden. "Andere Ausbildung" und "noch in der ersten Ausbildung" sind aus den Rechnungen ausgeschlossen worden. In diesem Item differieren der prospektive und der retrospektive Fragebogen, da unterschiedliche Antwortkategorien vorgegeben sind.

Beide Gruppen ähneln sich zu Beginn der Reha auch hinsichtlich des Erwerbsstatus (Tabelle 96). Etwa die Hälfte der Patienten ist erwerbstätig, 41% sind erwerbslos, 9% sind nicht erwerbstätig. Unter den Fachklinikpatienten sind etwas mehr Facharbeiter und weniger höherqualifizierte Angestellte vertreten. Da die Berufsgruppeneinteilung zum Teil Gehaltsabstufungen repräsentiert (Winkler 1998), ist zu erwarten gewesen, dass sich beide Stichproben auch hinsichtlich des monatlichen Familiennettoeinkommens ähneln (siehe auch Abbildung 36).

Tabelle 96: Arbeitssituation

	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
Arbeitssituation vor der Reha* (kategorisiert**)				
erwerbstätig	50,6 (44)	49,6 (66)	50,0 (110)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
erwerbslos	37,9 (33)	42,9 (57)	40,9 (90)	
nicht erwerbstätig	11,6 (10)	7,5 (10)	9,1 (20)	
Berufsgruppenzugehörigkeit***				zu geringe Zellbelegung
Facharbeiter/in	30,6 (26)	25,8 (34)	27,6 (60)	
Angestellte/r mit schwieriger Tätigkeit	12,9 (11)	22,7 (30)	18,9 (41)	
Angestellte/r mit leitender Tätigkeit	7,1 (6)	11,4 (15)	9,7 (21)	
ungelehrte/r Arbeiter/in	9,4 (8)	8,3 (11)	8,8 (19)	
Familiennettoeinkommen****	(81)	(133)	(214)	T = n.s.
	3,2 (1,80)	3,4 (1,92)	3,3 (1,87)	
Pat. ist Hauptverdiener des Haushaltes	78,9 (60)	74,0 (94)	75,9 (154)	$\chi^2 = \text{n.s.}$

*Bei Mehrfachantworten (n = 10) ist die "positivere" Arbeitssituation bzw. die aktuellere Arbeitssituation gewertet worden (für diese Bewertung sind Angaben anderer Items herangezogen worden).

**erwerbstätig: voll-, teilzeiterwerbstätig; erwerbslos: arbeits- und erwerbslos, ABM; nicht erwerbstätig: Hausfrau / Hausmann, EU / BU, Altersrente, Umschulung / Ausbildung, andere Arbeitssituation

***Angaben unter 7% insgesamt werden nicht berichtet.

****1 = <500 €, 2 = 500-1000 €, 3 = 1000-1500 €, 4 = 1500-2000 €, 5 = 2000-2500 €, 6 = 2500-3000 €, 7 = 3000-3500 €, 8 = >3500 €

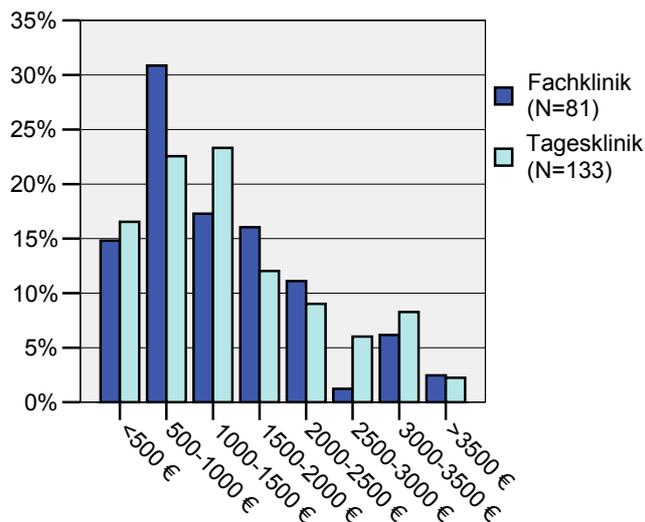


Abbildung 36: Monatlich verfügbares Familiennettoeinkommen

Für Gruppenvergleiche des sozioökonomischen Status sind Indizes nach Winkler (1998) gebildet worden. Der Schichtindex mit Einkommenseinbezug kann verstanden werden als Angabe der "aktuellen" Schichtzugehörigkeit, die auch durch die Arbeitssituation und somit durch das Einkommen geprägt wird; der Schichtindex ohne Einkommenseinbezug erfasst die "generelle" Schichtzugehörigkeit.

In allen Indizes zeigen sich sowohl im Mittelwertsvergleich als auch im χ^2 -Test keine Gruppenunterschiede. Der durchschnittliche Schichtindex liegt in beiden Stichproben im mittleren Bereich. Bei Einbezug des Einkommens zeigt sich eine geringfügige Reduktion des mittleren Schichtindex.

Tabelle 97: Indizes zum Katamnesezeitpunkt

	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)	Gesamt (N) M (SD)	Signifikanz	Signifikanz
Ausbildungsindex* (1-7)	(89) 4,2 (1,19)	(136) 4,3 (1,49)	(225) 4,2 (1,38)	zu geringe Zellbelegung	U = n.s.****
Berufsgruppenindex (1-7)	(85) 2,7 (1,44)	(132) 3,0 (1,58)	(217) 2,9 (1,53)	$\chi^2 = \text{n.s.}$	T = n.s.
Einkommensindex (1-7)	(81) 3,2 (1,74)	(133) 3,4 (1,87)	(214) 3,3 (1,82)	$\chi^2 = \text{n.s.}$	T = n.s.
Schichtindex (1-6) ohne Einbezug des Einkommens**	(89) 3,3 (1,16)	(137) 3,4 (1,39)	(226) 3,4 (1,31)	$\chi^2 = \text{n.s.}$	U = n.s.**
Schichtindex (1-6) mit Einbezug des Einkommens***	(89) 3,1 (1,16)	(137) 3,3 (1,32)	(226) 3,2 (1,26)	$\chi^2 = \text{n.s.}$	T = n.s.

*gebildet aus Schul- und Berufsausbildung

**gebildet aus Ausbildungs- und Berufsgruppenindex

***gebildet aus Ausbildungs-, Berufsgruppen- und Einkommensindex

****Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

Zur Bewertung der hier errechneten Werte wird in Tabelle 98 ein Vergleich mit den Werten der Eichpopulation vorgenommen. Diese ist in drei Schichten klassifiziert. Betrachtet man die Verteilung der Frauen, fallen keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Patientinnen des STZ und der Eichpopulation auf. Die Verteilung der Männer zeigt, dass im STZ vergleichsweise viele Patienten einer niedrigen sozialen Schicht angehören ("Unterschicht") und wenige einer hohen ("Oberschicht").

Tabelle 98: Schichtindex mit Einbezug des Einkommens

	Fachklinik STZ %		Tagesklinik STZ %		Eichstichprobe (Winkler) %	
	Männer (n = 66)	Frauen (n = 22)	Männer (n = 95)	Frauen (n = 42)	Männer (n = 2.288)	Frauen (n = 2.466)
Unterschicht	33,3	22,7	29,5	26,2	18,8	31,7
Mittelschicht	56,1	59,1	60,0	52,4	59,2	52,0
Oberschicht	10,6	18,2	10,5	21,4	19,9	16,3

27.2 Alkoholkonsum

Die Ausgangssituation der Patienten bezüglich des Alkoholkonsums wird durch zwei Variablen erfasst, die in Tabelle 99 dargestellt sind. In beiden Gruppen unterscheidet sich das durchschnittliche Alter bei erstem regelmäßigem Alkoholkonsum nicht. Es beträgt im Mittel für die Gesamtstichprobe 23,0 Jahre. Die Berechnung des Alters bei Behandlungsbeginn ergibt ein

um 2,7 Jahre geringeres Alter der Fachklinikpatienten. Hieraus lässt sich schließen, dass der Alkoholkonsum der Fachklinikpatienten früher Ausmaße annimmt, die eine Entwöhnungsbehandlung notwendig machen.

Tabelle 99: Alkoholkonsum vor Behandlungsbeginn

	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)	Gesamt (N) M (SD)	Signifikanz
Alter bei erstem regelmäßigen Konsum (Jahre)	(85) 23,7 (10,38)	(133) 22,6 (9,91)	(218) 23,0 (10,09)	T = n.s.
Alter bei Behandlungsbeginn	(87) 44,9 (8,30)	(135) 47,6 (7,47)	(222) 46,5 (7,90)	T = 2,471; df = 220 *p = ,014; +d = ,34

28 Weitere Stichprobenmerkmale

28.1 Behandlungs- und Katamnesedauer

Entsprechend des Behandlungskonzepts unterscheidet sich die Behandlungsdauer zwischen beiden Gruppen deutlich. Die untersuchte Tagesklinikstichprobe unterschreitet die reguläre Dauer der teilstationären Reha von zwölf Wochen im Mittel um knapp eine Woche, die Fachklinik unterschreitet die reguläre Dauer von 16 Wochen um mehr als zwei Wochen.

Da sich die Haltequote zwischen den Gruppen nicht unterscheidet (siehe Abschnitt 29.1), ist geprüft worden, ob die Gruppenunterschiede durch unterschiedliche Zeitpunkte der Behandlungsabbrüche zustande gekommen sind. Dies hat sich nicht bestätigt. Die vorzeitigen Behandlungsbeendigungen in der Tagesklinik sind im Mittel nach 6,6 Wochen (SD = 3,38) erfolgt, in der Fachklinik nach 10,3 Wochen (SD = 4,28). Der Grund für die Unterschreitung der regulären Behandlungsdauer liegt stattdessen vermutlich in der höheren Anzahl Wiederholungs- und Auffangbehandlungen in der Fachklinik mit einer kürzeren Bewilligungsdauer.

Die Dauer der stationären Behandlung ist im STZ mit 97 Tagen höher als in anderen Einrichtungen. Die durchschnittliche Behandlungszeit stationärer Einrichtungen beträgt laut dem VDR 86 Tage (Zobel, Missel et al. 2005).

Tabelle 100: Behandlungs- und Katamnesedauer

	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)	Gesamt (N) M (SD)	Signifikanz
Behandlungsdauer (Wochen)	(89) 13,8 (3,48) min: 2,7 max: 18,7	(137) 11,2 (2,52) min: 2,0 max: 17,1	(226) 12,2 (3,19) min: 2,0 max: 18,7	U = 2533,5** ***p < ,001 +++d = ,84
Katamnesedauer* (Monate)	(89) 31,0 (13,84) min: 8,4 max: 55,7	(137) 31,8 (13,51) min: 8,4 max: 57,5	(226) 31,5 (13,62) min: 8,4 max: 57,5	T = n.s.

*Entlassung bis Fragebogeneingang

**Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

28.2 Responder-Nonresponder-Analyse

Innerhalb der Fachklinikpatienten sind unter den Respondern Patienten mit einem Behandlungsabbruch unterrepräsentiert (nicht signifikant). Es antworteten außerdem eher Patienten mit einer kürzeren Katamnesedauer (kleiner Effekt). Responder und Nonresponder unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich des Alters oder des Geschlechterverhältnisses.

Tabelle 101: Responder-Nonresponder-Vergleich der Fachklinik

	Responder % (n) (N) M (SD)	Nonresponder % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
Männer	74,7 (65)	78,1 (114)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Alter (Jahre)	(86) 47,8 (8,24)	(146) 47,5 (8,19)	T = n.s.
Behandlungsabbruch (laut Entlassbericht)	10,8 (8)	20,7 (24)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Katamnesedauer	(89) 30,4 (13,87)	(211) 34,3 (13,35)	T = -2,300; df = 298 *p = ,022; +d = -,29

In der Tagesklinik ist die Katamnesedauer der Respondern etwas kürzer als die der Nonresponder (kleiner Effekt).

Tabelle 102: Responder-Nonresponder-Vergleich der Tagesklinik

	Responder % (n) (N) M (SD)	Nonresponder % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
Männer	69,3 (95)	74,2 (118)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Alter (Jahre)	(135) 50,4 (7,57)	(157) 49,1 (8,46)	T = n.s.
Behandlungsabbruch (laut Entlassbericht)	8,4 (10)	8,2 (5)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Katamnesedauer	(137) 31,2 (13,59)	(163) 34,6 (13,32)	T = -2,183; df = 298 *p = ,030; +d = -,25

29 Ergebnisse

29.1 Behandlungsbeendigung

In beide Gruppen ähneln sich die Patientenangaben zur Haltequote (Tabelle 103). Die Gründe für eine vorzeitige Beendigung der Reha lassen sich inhaltlich aufgrund der geringen Fallzahlen kaum interpretieren. Auffällig ist lediglich, dass 47% der teilstationär behandelten Abbrecher die Reha wegen erneutem Alkoholgebrauch beendet hat. In der Fachklinik zeichnet sich kein Trend ab.

Tabelle 103: Vorzeitige Beendigung der Reha

	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz	odd ratio
vorzeitige Beendigung	16,9 (15)	14,0 (19)	15,1 (34)	$\chi^2 = \text{n.s.}$	1,25
Abbruchgrund: erneuter Alkoholkonsum	20,0 (3)	47,4 (9)	35,3 (12)	$\chi^2 = \text{n.s.}$	0,28

Angaben über die Entlassform sind ergänzend auch den ärztlichen Entlassberichten entnommen worden (Tabelle 104). Die dortigen Angaben stimmen mit den Fragebogenangaben der Patienten nicht vollständig überein. Laut Entlassberichten sind 87 bzw. 90% der Patienten regulär entlassen worden. Ein Abbruch der Therapie (Kategorien "vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis" und "disziplinarisch") ist bei 11% (n = 8) der Fachklinikpatienten und 8% (n = 10) der Tagesklinikpatienten erfolgt. Die Kategorien "vorzeitig auf ärztliche Veranlassung" und "Wechsel in andere Therapieform" sind nicht belegt.

Tabelle 104: Art der Beendigung der Reha laut Entlassbericht

	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
regulär	86,5 (64)	89,9 (107)	88,6 (171)	zu geringe Zellbelegung
vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	1,4 (1)	1,7 (2)	1,6 (3)	
vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	2,7 (2)	0,8 (1)	1,6 (3)	
disziplinarisch	8,1 (6)	7,6 (9)	7,8 (15)	
verlegt	1,4 (1)	0,0 (0)	0,5 (1)	

29.2 Beurteilung der Reha

29.2.1 Inanspruchnahme und Beurteilung der Behandlungsangebote

Die Inanspruchnahmeraten und Beurteilungen der Therapieangebote der Fachklinikpatienten werden in Tabelle 105 aufgeführt.

Neben den obligatorischen Behandlungsangeboten erhalten 64% der Fachklinikpatienten Gesundheitsberatung, 36% Angehörigen- oder Paargespräche, 34% Akupunktur, 24% bearbeiten einen eigenen Rückfall im Rahmen des Rückfallprogramms und 23% erhalten das Angebot einer zusätzlichen Sozialberatung. Je nach Erwerbsstatus nehmen die Patienten an der Arbeitslosengruppe oder an der Gruppe Sucht und Arbeit teil.

Die Beurteilungen der Behandlungsangebote variieren auf einer Skala von 1 = sehr schlecht bis 5 = sehr gut zwischen 3,0 für die Arbeitslosengruppe und 4,5 für die Entspannungstherapie. Besonders positiv beurteilt werden außerdem mit einer Wertung > 4 die physikalischen Anwendungen, die Bewegungstherapie und die arbeitstherapeutischen Projekte.

Tabelle 105: Inanspruchnahme und Beurteilung* von Angeboten der Fachklinik

	Teilnahme % (n)	Beurteilung (N) M (SD)
Gruppentherapie**	98,9 (87)	(86) 3,8 (0,90)
Bewegungstherapie**	96,6 (85)	(85) 4,2 (0,92)
Ergo- und Gestaltungstherapie**	96,6 (85)	(85) 3,9 (1,00)
Entspannungstherapie**	95,5 (84)	(84) 4,5 (0,77)
Hausdienste**	95,5 (84)	(83) 3,6 (1,02)
Einzeltherapie**	93,1 (81)	(81) 3,7 (0,95)
Forum**	83,0 (73)	(72) 3,7 (0,79)
Themenzentrierte Information Sucht**	79,5 (70)	(70) 3,7 (0,82)
Gesundheitsberatung	63,6 (56)	(56) 3,3 (1,05)
Sucht am Arbeitsplatz	46,6 (41)	(41) 3,8 (0,94)
Arbeitslosengruppe	45,5 (40)	(40) 3,0 (1,03)
Angehörigen- / Paargespräche	36,4 (32)	(32) 3,5 (1,02)
Akupunktur	34,1 (30)	(30) 4,0 (1,15)
Rückfallprogramm	23,9 (21)	(21) 3,8 (1,08)
Sozialberatung	22,7 (20)	(20) 3,2 (1,27)

*1 = sehr schlecht, 2 = eher schlecht, 3 = mittelmäßig, 4 = eher gut, 5 = sehr gut

**Angebot mit verpflichtender Teilnahme für alle Patienten

Die Inanspruchnahmeraten und Beurteilungen der Tagesklinikpatienten sind in Tabelle 106 aufgelistet. Mit Ausnahme der Angehörigen- oder Paargespräche besteht in den dargestellten tagesklinischen Angeboten Teilnahmepflicht. Zu 100% fehlende Teilnahmequoten können in verkürzter Reha-Dauer, Erinnerungsverzerrungen oder fehlerhaften Fragebogenangaben begründet sein. In den Angeboten Forum und Sucht und Arbeit sind trotz verpflichtender Teilnahme geringe Teilnahmequoten von 53 bzw. 70% angeben.

Die durchschnittlichen Bewertungen der Angebote liegen zwischen 3,5 und 4,5. Besonders positiv werden mit > 4 die Entspannungstherapie, Frühstücksrunde, Einzel- und Bewegungstherapie und Themenzentrierte Information Sucht sowie die Außenaktivitäten beurteilt.

Tabelle 106: Inanspruchnahme und Beurteilung* von Angeboten der Tagesklinik

	Teilnahme % (n)	Beurteilung (N) M (SD)
Frühstücksrunde**	100,0 (135)	(134) 4,3 (.79)
Gruppentherapie**	100,0 (135)	(134) 3,9 (0,85)
Bewegungstherapie**	98,5 (133)	(132) 4,2 (0,88)
Einzeltherapie**	97,0 (131)	(129) 4,2 (0,82)
Außenaktivitäten**	97,0 (131)	(131) 4,1 (.98)
Abschlussrunde**	97,0 (131)	(130) 3,8 (.93)
Ergo- und Gestaltungstherapie**	96,3 (130)	(130) 3,7 (1,04)
Entspannungstherapie**	95,6 (129)	(129) 4,5 (0,73)
Themenzentrierte Information Sucht**	92,6 (125)	(124) 4,1 (0,91)
Schatzkiste**	85,9 (116)	(116) 3,8 (.88)
Hausdienste**	82,2 (111)	(111) 3,6 (0,85)
Sucht und Arbeit**	69,6 (94)	(94) 3,8 (0,88)
Forum**	52,6 (71)	(71) 3,5 (0,77)
Angehörigen- / Paargespräche	41,5 (56)	(56) 3,9 (1,08)

*1 = sehr schlecht, 2 = eher schlecht, 3 = mittelmäßig, 4 = eher gut, 5 = sehr gut

**Angebot mit verpflichtender Teilnahme für alle Patienten

29.2.2 Zufriedenheit mit der Reha

Die Angaben der Patienten zu den Beurteilungspunkten sind in Tabelle 107 genannt.

Die Mehrheit der Tagesklinikpatienten würde bei erneuter Entscheidungsmöglichkeit wieder die teilstationäre Therapie wählen, 11% würde einen Settingwechsel bevorzugen. 16% der Fachklinikpatienten würden das nächste Mal eine tagesklinische Behandlung wählen.

Werden nur Personen betrachtet, die die Reha vorzeitig beendet haben, zeigt sich, dass 27% der Abbrecher der Fachklinik bei erneuter Entscheidung die Tagesklinik wählen und 39% der Tagesklinikpatienten sich für die Fachklinik entscheiden würden. Auf Patienten mit regulärer Beendigung trifft dies in einem deutlich geringeren Maß zu (14 bzw. 7%). Die jeweiligen Gruppenunterschiede sind nicht signifikant.

Im Mittel wird die Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha von den Patienten als "eher gut" bis "mittelmäßig" bewertet. Der Durchschnitt der Antworten auf die Frage der Weiterempfehlung der behandelnden Klinik liegt in beiden Gruppen ähnlich hoch bei insgesamt 1,6 (1 = "ja unbedingt", 2 = "mit Einschränkungen").

Im Mittel beantworten beide Stichproben die Frage "Ist die Reha für Sie erfolgreich gewesen?" mit "ziemlich".

Tabelle 107: Beurteilung der Reha

	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
Settingwechsel bei erneuter Wahl	15,9 (14)	11,1 (15)	13,0 (29)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Settingwechsel bei erneuter Wahl (bezogen auf Abbrecher)	26,7 (4)	38,9 (7)	33,3 (11)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Settingwechsel bei erneuter Wahl (bezogen auf Pat. mit regulärer Beendigung)	13,7 (10)	6,8 (8)	9,5 (18)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Vorbereitung auf Zeit nach der Reha*	(88) 2,5 (1,16)	(133) 2,3 (0,98)	(221) 2,4 (1,06)	U = n.s.****
Weiterempfehlung der behandelnden Klinik**	(88) 1,8 (1,00)	(135) 1,6 (0,90)	(223) 1,6 (0,94)	T = n.s.
Beurteilung der Reha als erfolgreich***	(88) 2,0 (1,12)	(134) 1,9 (1,13)	(222) 1,9 (1,12)	T = n.s.

*1 = sehr gut, 2 = eher gut, 3 = mittelmäßig, 4 = eher schlecht, 5 = sehr schlecht

**1 = ja, unbedingt, 2 = ja, mit Einschränkungen, 3 = unsicher, 4 = eher nicht, 5 = auf keinen Fall

***1 = sehr, 2 = ziemlich, 3 = mittelmäßig, 4 = wenig, 5 = gar nicht

****Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

29.3 Arbeitssituation

In Tabelle 108 werden sozialmedizinische Daten berichtet.

Berufliche Reha-Maßnahmen und anders finanzierte Umschulungen, Aus- oder Fortbildungen werden nach der Reha im STZ von beiden Gruppen nur in geringem Maß in Anspruch genommen.

Fachklinikpatienten haben im Mittel 2,7 Monate und Tagesklinikpatienten 3,1 Monate nach Beendigung der Reha eine Erwerbstätigkeit aufgenommen. Etwa ein Drittel der Patienten ist direkt im Anschluss an die Reha erwerbstätig geworden. 41% hat bis zum Befragungszeitpunkt keine Erwerbstätigkeit (wieder) aufgenommen.

33 bzw. 23% Patienten haben in den letzten sechs Monaten wegen Krankheit ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen können. Diese Patienten sind durchschnittlich 13 Wochen krank gewesen. Von den kranken Fachklinikpatienten ist über die Hälfte bereits seit mindestens zwölf Wochen krank, dies trifft auf 41% der kranken Tagesklinikpatienten zu.

29% der Fach- und 19% der Tagesklinikpatienten sehen ihren derzeitigen Arbeitsplatz als gefährdet an. Der Anteil derjenigen, die als Grund für die Gefährdung ihre Alkoholabhängigkeit angeben, ist zwar mit 27 zu 17% größer in der Fachklinik, ist aber aufgrund der sehr geringen Fallzahlen kaum aussagekräftig.

Der Anteil arbeitsfähig entlassener Patienten ist in der Fachklinik höher als in der Tagesklinik (entspricht einem kleinen Effekt). Der Anteil von Patienten, die einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben, ist während der Reha deutlich abgesunken und im Anschluss auf insgesamt 15% angestiegen.

Tabelle 108: Arbeitssituation

	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz	
nach der Reha im STZ:					
Berufliche Reha-Maßnahme...				zu geringe Zellbelegung	
begonnen / fortgesetzt	1,1 (1)	2,9 (4)	2,2 (5)		
abgeschlossen	1,1 (1)	1,5 (2)	1,3 (3)		
abgebrochen	2,2 (2)	1,5 (2)	1,8 (4)		
Umschulung, Aus- oder Fortbildung...					
begonnen / fortgesetzt	0,0 (0)	2,9 (4)	1,8 (4)		
abgeschlossen	4,4 (10)	5,8 (8)	4,4 (10)		
abgebrochen	0,9 (2)	1,5 (2)	0,9 (2)		
Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit				$\chi^2 = \text{n.s.}$	
sofort	34,5 (30)	34,8 (47)	34,7 (77)		
zeitverzögert	21,8 (19)	25,2 (34)	23,9 (53)		
gar nicht	43,7 (38)	40,0 (54)	41,4 (92)		
Anzahl der Monate (bezogen auf Pat. mit Wiederaufnahme)	(49) 2,7 (6,73)	(81) 3,1 (5,06)	(130) 2,9 (5,73)	T = n.s.	
Krankheit in den letzten 6 Monaten	32,6 (28)	22,8 (31)	26,6 (59)	$\chi^2 = \text{n.s.}$	
seit wann krankgeschrieben (Wochen, bezogen auf in den letzten sechs Monaten kranke Pat.)	(25) 13,84 (10,10)	(27) 12,59 (9,88)	(52) 13,19 (9,91)	T = n.s.	
Krankheitsdauer (kategorisiert, bezogen auf kranke Patienten)				zu geringe Zellbelegung	
1 - 3 Wochen	32,0 (8)	25,9 (7)	28,8 (15)		
4 - 7 Wochen	0,0 (0)	18,5 (5)	9,6 (5)		
8 - 11 Wochen	16,0 (4)	14,8 (4)	15,4 (8)		
12 - 26 Wochen	52,0 (13)	40,7 (11)	46,2 (24)		
Gefährdung des Arbeitsplatzes (bezogen auf Berufstätige)	28,9 (13)	18,8 (12)	22,9 (25)	$\chi^2 = \text{n.s.}$	
...durch Alkoholabhängigkeit	27,3 (3)	16,7 (2)	21,7 (5)	zu geringe Zellbelegung	
arbeitsfähig (laut Entlassbericht)	87,8 (65)	74,8 (89)	79,8 (154)	$\chi^2 = 4,82; \text{df} = 1$ *p = ,028; + $\phi = ,158$	
Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt	vor der Reha	4,7 (4)	6,7 (9)	5,9 (13)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
	während der Reha	1,2 (1)	2,2 (3)	1,8 (4)	zu geringe Zellbelegung
	nach der Reha	15,3 (13)	14,1 (19)	14,5 (32)	$\chi^2 = \text{n.s.}$

Hinsichtlich der Arbeitssituation vor der Reha und zum Katamnesezeitpunkt ähneln sich die Gruppen (Tabelle 109). Insgesamt ist die Hälfte der STZ-Patienten vor der Reha erwerbstätig, 41% sind erwerbslos. Die Angaben verändern sich zwischen T₁ und T_r signifikant: Die Zahl der Erwerbstätigen sinkt um 6%, die Zahl der Erwerbslosen um 4%, der Anteil der Nichterwerbspersonen steigt um 10%. Hier macht sich der nach der Reha erhöhte Anteil an Erwerbsminderungsrenten bemerkbar. Tabelle 110 zeigt die Veränderungen des Erwerbsstatus im Zeitverlauf differenziert für die verschiedenen Kategorien.

Tabelle 109: Arbeitssituation Vergleich T₁, T_r

	Fachklinik % (n)		Tagesklinik % (n)		p		
	T ₁	T _r	T ₁	T _r	Signifikanz T ₁	Signifikanz T _r	Rand- Homogenitäts- test
Arbeitssituation* (kategorisiert**)					$\chi^2 = \text{n.s.}$	$\chi^2 = \text{n.s.}$	N = 220 ***p = ,001 80 Fälle ändern sich
erwerbstätig	50,6 (44)	43,7 (38)	49,6 (66)	43,6 (58)			
erwerbslos	37,9 (33)	39,1 (34)	42,9 (57)	36,1 (48)			
nicht erwerbstätig	11,6 (10)	17,2 (15)	7,5 (10)	20,3 (27)			

*Bei Mehrfachantworten (T₁ n = 10, T_r n = 15) ist die "positivere" bzw. die aktuellere Arbeitssituation (für diese Bewertung sind Angaben anderer Items herangezogen worden) gewertet worden. Konnte keine Herleitung vorgenommen werden, ist nach dem Zufallsprinzip entschieden worden.

**erwerbstätig: voll-, teilzeiterwerbstätig; erwerbslos: arbeits- und erwerbslos, ABM; nicht erwerbstätig: Hausfrau / Hausmann, EU / BU, Altersrente, Umschulung / Ausbildung, andere Arbeitssituation

Tabelle 110: Erwerbsstatus Vergleich T₁ und T_r differenziert nach Kategorien

Vor der Reha	Katamnesezeitpunkt	Fachklinik n	Tagesklinik n
erwerbstätig	erwerbstätig	32	40
erwerbstätig	erwerbslos	8	16
erwerbstätig	nicht erwerbstätig	4	10
erwerbslos	erwerbstätig	5	17
erwerbslos	erwerbslos	24	30
erwerbslos	nicht erwerbstätig	4	10
nicht erwerbstätig	erwerbstätig	1	1
nicht erwerbstätig	erwerbslos	2	2
nicht erwerbstätig	nicht erwerbstätig	7	7

29.4 Weiterbehandlung

85% der Tages- und 72% der Fachklinikpatienten nehmen nach der Reha im STZ weitere Maßnahmen in Anspruch, dies betrifft v.a. suchtspezifische Angebote, hier insbesondere Selbsthilfegruppen, ambulante Nachsorge und Entgiftung (siehe Tabelle 134 im Anhang).

Die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten korreliert mit der Gruppenzugehörigkeit (+r = ,16), nicht jedoch mit der Abstinenzrate im Katamnesezeitraum. Für die Teilnahme an suchtbefugenen Selbsthilfegruppen nach der Reha zeigt sich bei den Tagesklinikpatienten kein Effekt auf die Abstinenzrate (Patienten mit Teilnahme 52%, n = 42 im Vergleich zu Patienten ohne Teilnahme 48%, n = 26). Bei den Fachklinikpatienten besteht ein Unterschied (Patienten mit Teilnahme 56%, n = 28, Patienten ohne Teilnahme 26%, n = 10). Die Korrelation zwischen Teilnahme an einer suchtbefugenen Selbsthilfegruppe und Abstinenz beträgt +r = ,15.

29.5 Alkoholkonsum

Die Berechnung der Abstinenzquoten ist entsprechend der prospektiven Studie anhand der Bezugsgruppen nach DGSS (2001, Tabelle 10) und der Kriterien aus Tabelle 17 erfolgt.

Zwischen den Gruppen bestehen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Abstinenz nach DGSS 3 im Katamnesezeitraum (Tabelle 111, Abbildung 37). Vollständig abstinent sind

43% der Fach- und 51% der Tagesklinikpatienten. 33 bzw. 23% der Patienten sind rückfällig geworden, haben also in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung Alkohol konsumiert. Für DGSS 3 ist ergänzend eine Kategorie "abstinent nach Rückfall" berechnet worden (Definition: Alkoholkonsum nach der Reha, kein Konsum seit mindestens sechs Monaten). Sie zeigt, dass 17 bzw. 15% der Patienten zwar rückfällig geworden sind, aber zum Katamnesezeitpunkt bereits seit über sechs Monaten abstinent sind.

Tabelle 111: Gruppeneinteilung Alkoholkonsum nach der Reha

		Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
DGSS 1	abstinent	47,3 (35)	52,1 (61)	50,3 (96)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
	gebessert	29,7 (22)	23,1 (27)	25,7 (49)	
	rückfällig	23,0 (17)	24,8 (29)	24,1 (46)	
DGSS 2	abstinent	12,3 (35)	22,1 (62)	17,1 (97)	$\chi^2 = 11,08; \text{df} = 2$ **p = ,004 + $\phi = ,140$
	gebessert	7,7 (22)	9,6 (27)	8,7 (49)	
	rückfällig	80,0 (228)	68,3 (192)	74,2 (420)	
DGSS 3	abstinent	42,7 (38)	51,1 (70)	47,8 (108)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
	gebessert	24,7 (22)	26,3 (36)	25,7 (58)	
	rückfällig	32,6 (29)	22,6 (31)	26,5 (60)	
DGSS 3	abstinent	42,7 (38)	51,1 (70)	47,8 (108)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
	gebessert	7,9 (7)	11,7 (16)	10,2 (23)	
	abstinent nach Rückfall	16,9 (15)	14,6 (20)	15,5 (35)	
	rückfällig	32,6 (29)	22,6 (31)	26,5 (60)	
DGSS 4	abstinent	12,3 (37)	22,7 (68)	17,5 (105)	$\chi^2 = 13,76; \text{df} = 2$ ***p = ,001 + $\phi = ,151$
	gebessert	8,0 (24)	10,7 (32)	9,3 (56)	
	rückfällig	79,7 (239)	66,7 (200)	73,2 (439)	

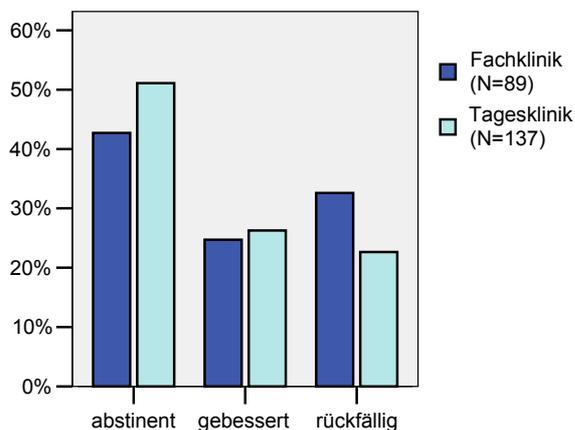


Abbildung 37: Alkoholkonsum im Katamnesezeitraum (DGSS 3)

Der Alkoholkonsum im Katamnesezeitraum wird durch mehrere Items erfasst, die in Tabelle 112 aufgeführt sind. Die Fragebogenangaben zum Alkoholkonsum haben in einigen Fällen Widersprüche enthalten und sind aus diesem Grund besonders gründlich hinsichtlich ihrer

Plausibilität überprüft worden¹⁵. In allen mehrdeutigen Angaben ist die plausibelste Antwort gewertet worden.

74% aller ehemaligen Rehabilitanden sind in den letzten 30 Tagen vor der Befragung abstinent gewesen, 63% sind seit mindestens sechs Monaten abstinent. Die Punktabstinenz beträgt für die Fachklinikpatienten 74% und für die Tagesklinikpatienten 82%. Die Dauer durchgängiger Abstinenz zum Katamnesezeitpunkt liegt für die Fachklinikpatienten bei 100 Wochen bei einer mittleren Katamnesezeitdauer von 134 Wochen und für die Tagesklinikpatienten bei 111 Wochen bei einer mittleren Katamnesezeitdauer von 137 Wochen.

Die Tagesklinikpatienten sind im Mittel 11,5 Wochen länger durchgängig abstinent als die Fachklinikpatienten. Im Mittel sind die Patienten im letzten halben Jahr 20 Wochen durchgehend abstinent gewesen. 75% der abstinenten Patienten sind seit mehr als sechs Monaten durchgehend abstinent.

Tabelle 112: Abstinenz zum Katamnesezeitpunkt

	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
abstinent in den letzten 30 Tagen	69,0 (60)	77,4 (106)	74,1 (166)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
abstinent in den letzten sechs Monaten	60,9 (53)	65,0 (89)	63,4 (142)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Punktabstinenz	73,6 (64)	81,8 (112)	78,6 (176)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Wochen durchgängiger Abstinenz zum Zeitpunkt der Befragung (bezogen auf abstinente Pat.)	(64) 99,9 (70,76)	(110) 111,3 (80,76)	(174) 107,1 (77,22)	T = n.s.
Anzahl der durchgehend abstinenten Wochen in den letzten sechs Monaten (bezogen auf alle Pat.)	(84) 19,2 (9,714)	(133) 20,1 (9,209)	(217) 19,8 (9,40)	T = n.s.
Abstinenzdauer (kategorisiert, bezogen auf abstinente Pat.)				Fisher: n.s.
seit einer Woche	1,6 (1)	2,7 (3)	2,3 (4)	
seit einem Monat	10,9 (7)	13,5 (15)	12,6 (22)	
seit drei Monaten	4,7 (3)	3,6 (4)	4,0 (7)	
seit sechs Monaten	4,7 (3)	6,3 (7)	5,7 (10)	
länger	78,1 (50)	73,9 (82)	75,4 (132)	

Etwa ein Fünftel der rückfälligen Patienten ist bereits in der ersten Woche nach Reha-Ende rückfällig geworden (Tabelle 113). Etwa 11% haben erstmals innerhalb des ersten Monats getrunken. Die übrigen rückfälligen Patienten haben im Mittel nach 6,7 Monaten getrunken. Insgesamt haben rückfällige Patienten an zwölf der letzten 30 Tage Alkohol getrunken. Fachklinikpatienten geben an, an 4,1 Tagen Alkohol bis zur Trunkenheit konsumiert zu haben, Tagesklinikpatienten an 1,5 Tagen. Diese Unterschiede sind aufgrund der geringen Fallzahlen nicht signifikant. Gruppenunterschiede bezüglich der Art der konsumierten Alkoholika bestehen nicht.

Fachklinikpatienten, die im letzten halben Jahr Alkohol getrunken haben, haben umgerechnet jeweils etwa 240g reinen Alkohol pro Tag zu sich genommen, Tagesklinikpatienten 156g. Diese Unterschiede sind statistisch nicht signifikant.

¹⁵Als Beispiel für Veränderungen der Werte durch die vorgenommene Plausibilitätskorrektur wird exemplarisch die Variable Punktabstinenz beschrieben. Aus den unkorrigierten Originalangaben der Fragebögen ergibt sich eine Punktabstinenzrate von 72,1% (n = 62) für die Fachklinik und von 78,9% (n = 101) für die Tagesklinik. Diese Werte unterscheiden sich von den korrigierten nicht signifikant ($\chi^2 = 1,32$; df = 1; ns p = ,251). Die Korrektur betrifft 5,8% (n = 13) der Fälle.

Tabelle 113: Alkoholkonsum im Katamnesezeitraum

	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (n) (N) M (SD)	Gesamt % (n) (N) M (SD)	Signifikanz
erster Alkoholkonsum nach der Reha: innerhalb der ersten Woche innerhalb eines Monats später	20,0 (10) 10,0 (5) 70,0 (35)	18,5 (12) 12,3 (8) 69,2 (45)	19,1 (22) 11,3 (13) 69,6 (80)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
erster Alkoholkonsum nach der Reha (Anzahl der Monate)	(48) 6,4 (7,18)	(65) 6,8 (8,00)	(113) 6,7 (7,64)	T = n.s.
Anzahl der Tage mit jeglichem Alkoholkonsum**	(24) 12,5 (11,57)	(24) 11,3 (10,58)	(48) 11,9 (10,99)	T = n.s.
Anzahl der Tage mit Alkoholkonsum bis zur Trunkenheit**	(24) 4,1 (7,84)	(24) 1,5 (2,81)	(48) 2,8 (5,98)	T = n.s.
durchschnittliche Anzahl der Liter Alkohol pro Tag (an Tagen mit Konsum)***				
Hochprozentiges	(32) 0,29 (0,60)	(45) 0,16 (0,32)	(77) 0,21 (0,46)	U = n.s.*
Bier	(32) 2,38 (2,68)	(45) 1,65 (2,21)	(77) 1,95 (2,43)	T = n.s.
Wein, Sekt	(32) 0,44 (0,68)	(45) 0,35 (0,62)	(77) 0,39 (0,64)	T = n.s.
Likör	(32) 0,13 (0,54)	(45) 0,67 (0,31)	(77) 0,09 (0,42)	T = n.s.
durchschnittlicher Alkoholkonsum insgesamt in Gramm pro Tag***	(32) 240 (257,45)	(45) 156 (126,85)	(77) 191 (195,11)	T = n.s.

*Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

**bezogen auf Patienten mit Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen

***bezogen auf Patienten mit Alkoholkonsum in den letzten sechs Monaten

Abstinenzprädiktoren

Zur Identifizierung von Prädiktoren für Abstinenz im Katamnesezeitraum sind binäre logistische Regressionsanalysen der einzelnen Variablen durchgeführt worden. Abstinenz wird dabei als dichotomes Kriterium verwendet (0 = nicht abstinent, 1 = abstinent). Als Regressoren sind zehn Variablen festgelegt worden (Tabelle 114). Die im prospektiven Studienteil zusätzlich getesteten Variablen sind in den Fragebögen der retrospektiven Studie nicht enthalten.

Tabelle 114: Mit Regressionsanalysen geprüfte Variablen

Variablen	Einheiten
Arbeitssituation vor der Reha	1 = erwerbstätig, 2 = erwerbslos
Setting	1 = Fachklinik, 2 = Tagesklinik
Behandlungsabbruch	1 = nein, 2 = ja
GSI Reha-Ende	59 Einheiten: range 21 - 80
körperliche Beschwerden insgesamt Reha-Beginn	5 Kategorien: 1 - 5
körperliche Beschwerden insgesamt Reha-Ende	5 Kategorien: 1 - 5
Schichtindex mit Einkommenseinbezug	6 Kategorien: 1 - 6
Geschlecht	1 = männlich, 2 = weiblich
GSI Reha-Beginn	56 Einheiten: range 24 - 80
Abhängigkeitsdauer	45 Einheiten: range 0 - 44 Jahre

Durch die Regressionsanalysen lassen sich für die retrospektiven Stichproben keine Prädiktoren für die Abstinenz im Katamnesezeitraum identifizieren. Der Anteil der richtig vorhergesagten Fälle liegt jeweils < 60% (Tabelle 115). Die Verbesserung der hit ratio durch Einbezug der Regressoren ist gegenüber dem zufälligen Modell (Tabelle 116) nicht signifikant.

Tabelle 115: Einzelprüfungen der anhand der Literatur als relevant ausgewählten Regressoren*

	Nagels r^2	B	SE	Exp(B)	p	Wald	richtig vorhergesagte Fälle
GSI Reha-Ende	,02	-,02	,02	,98	,221	1,50	56,8%
GSI Reha-Beginn	,04	-,03	,02	,97	,079	3,09	56,8%
Arbeitssituation vor der Reha	,02	-,50	,29	,60	,078	3,11	55,9%
Behandlungsabbruch	,06	-1,25	,43	,29	**0,004	8,50	55,6%
körperl. Beschwerden insgesamt Reha-Beginn	,02	-,17	,10	,85	,112	2,53	55,0%
Setting	,01	,34	,27	1,40	,217	1,52	53,5%
körperl. Beschwerden insgesamt Reha-Ende	,01	-,12	,12	,89	,337	,92	53,5%
Geschlecht	,00	-,15	,30	,86	,611	,26	52,0%
Abhängigkeitsdauer	,02	,02	,01	1,02	,105	2,63	51,4%
Schichtindex mit Einkommenseinbezug	,01	,15	,11	1,17	,154	2,03	49,1%

*jeweilige Kodierung siehe Tabelle 114

Tabelle 116: Vorhersage der Abstinenz im Katamnesezeitraum ohne Prädiktoren

	vorhergesagt nicht abstinert	vorhergesagt abstinert	richtig vorhergesagt
beobachtet nicht abstinert	96	0	100,0%
beobachtet abstinert	78	0	0,0%
Gesamt			55,2%

Entsprechend der prospektiven Studie ist auch für die retrospektive Studie eine Variable regressionsanalytisch untersucht worden, die sich auf den Katamnesezeitpunkt bezieht. Es handelt sich um die Arbeitssituation zu T_r (Tabelle 117), anhand derer 63,7% der Fälle richtig vorhergesagt werden können

Tabelle 117: Regressionsanalytische Prüfung der Arbeitssituation zum Katamnesezeitpunkt

	Nagels r^2	B	SE	Exp(B)	p	Wald	richtig vorhergesagte Fälle
Arbeitssituation Katamnese	,10	-1,16	,32	,31	***<,001	13,67	63,7%

Im Mittel schätzen die Tagesklinikpatienten die Wahrscheinlichkeit, in den nächsten zwölf Monaten abstinert zu bleiben, auf 74% und die Fachklinikpatienten auf 65% (Tabelle 118). Die Mittelwertsunterschiede sind nicht signifikant, Häufigkeiten können aufgrund der geringen Zellbelegungen nicht signifikanzstatistisch überprüft werden. Insgesamt gibt etwa ein Drittel der Patienten an, sich 100%ig sicher zu sein, abstinert zu bleiben.

Tabelle 118: Verlauf der Abstinenzzuversicht

	Fachklinik M (N) % (n)	Tagesklinik M (N) % (n)	Gesamt M (N) % (n)	Signifikanz
Abstinenzzuversicht 0 - 100%	64,5 (85)	73,8 (134)	70,2 (219)	U = n.s.*
100%	32,9 (28)	36,6 (49)	35,2 (77)	zu geringe Zellbelegung
90%	17,6 (15)	21,6 (29)	20,1 (44)	
0%**	15,3 (13)	9,0 (12)	11,4 (25)	

*Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt

**Werte zwischen 20 und 80% werden nicht berichtet.

29.6 Körperliche und psychische Verfassung

29.6.1 Körperliche und psychische Beschwerden

Das Ausmaß körperlicher Beschwerden zu den Zeitpunkten "bei Aufnahme im STZ", "bei Entlassung aus dem STZ" und "zur Zeit" ist in Tabelle 119 und Abbildung 38 dargestellt. Es bestehen ein großer Zeiteffekt und eine kleine Wechselwirkung zwischen Zeit und Gruppe. Zu T_1 unterscheiden sich beide Gruppen signifikant voneinander ($F = 5,485$; $df = 1$; $*p = ,020$), zu T_2 und T_r bestehen keine Gruppenunterschiede. In der Fachklinik zeigen sich im Vergleich zur Tagesklinik eine höhere Belastung zu Beginn der Reha, eine stärkere Reduktion (auf ein gleich hohes Niveau) und ein etwas erhöhter Anstieg bis zum Katamnesezeitpunkt. Es besteht also ein Reha-Effekt, der sowohl kurzfristig als auch dauerhaft signifikant ist.

Tabelle 119: Körperliche Beschwerden insgesamt*

Fachklinik (N) M (SD)			Tagesklinik (N) M (SD)			univariate zweifaktorielle Varianzanalyse		
T_1	T_2	T_r	T_1	T_2	T_r	Zeit	Gruppe	Wechsel- wirkung
(84) 2,9 (1,38)	(84) 2,0 (1,14)	(84) 2,3 (1,41)	(130) 2,5 (1,27)	(130) 2,0 (1,09)	(130) 2,2 (1,27)	$F=42,362$ $***p<,001$ $+++ \eta^2 = ,286$	n.s.	$F=4,810$ $**p=,009$ $+ \eta^2 = ,044$
$T_1 - T_2$	$T_2 - T_r$	$T_1 - T_r$	$T_1 - T_2$	$T_2 - T_r$	$T_1 - T_r$			
$***p<,001$	$*p=,016$	$***p<,001$	$***p<,001$	n.s.	$*p=,017$			

*1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

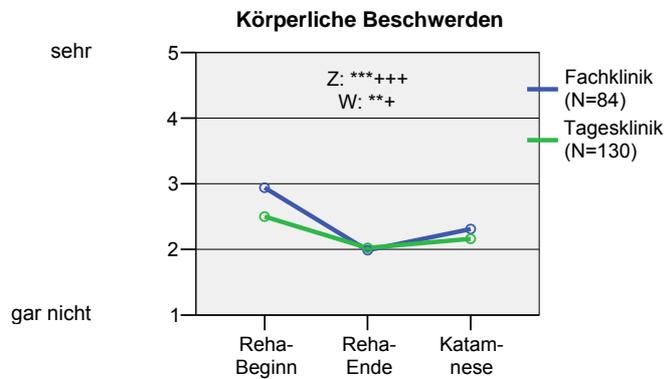


Abbildung 38: Zeitverlauf der körperlichen Beschwerden

Die Veränderungen verschiedener psychischer Beschwerden durch die Reha sind in Abbildung 39 dargestellt und in Tabelle 135 im Anhang aufgelistet. Die Veränderungen sind im Mittel durchweg positiv und liegen zwischen "etwas" und "stark" verbessert. Gruppenunterschiede bestehen nicht.

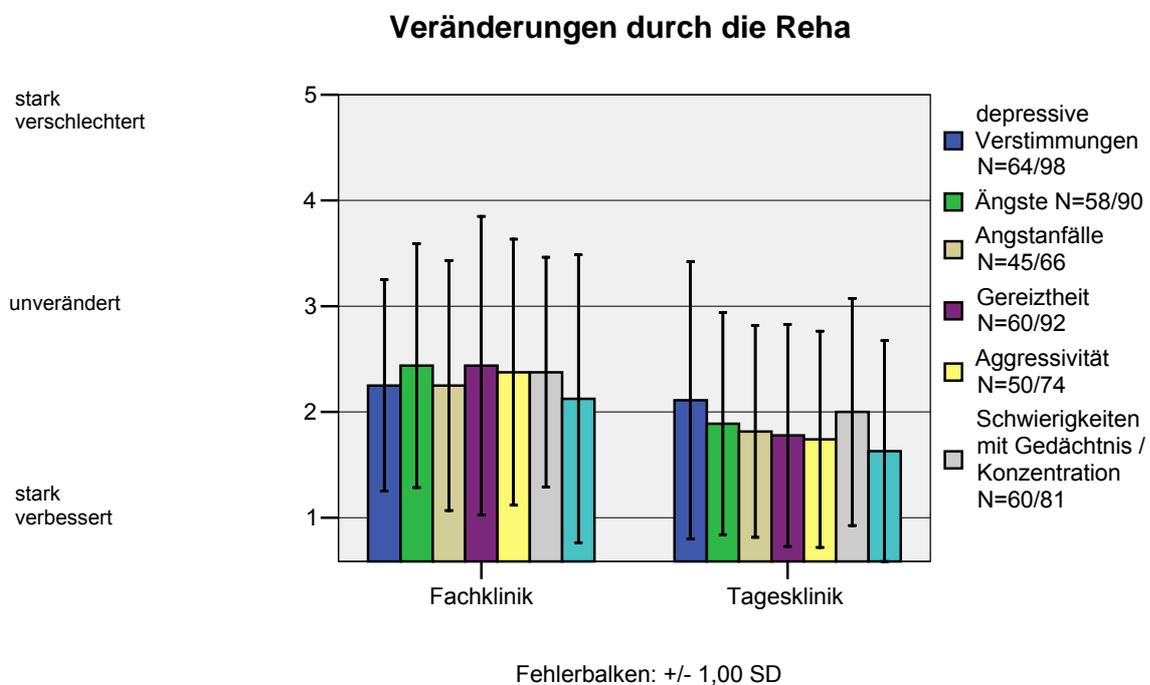


Abbildung 39: Veränderungen psychischer Beschwerden durch die Reha
Einbezogen worden sind nur Personen mit den genannten Beschwerden.

29.6.2 ICD-10-Diagnosen

Die in Tabelle 120 und 121 aufgeführten Diagnosen nach ICD-10 (Dilling, Mombour et al. 1993) sind den ärztlichen Entlassberichten des STZ entnommen worden. Alle Patienten haben eine Diagnose der Kategorie F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) erhalten. Des Weiteren sind für Fachklinikpatienten 85 Diagnosen und für Tagesklinikpatienten 119 Diagnosen der Kategorie F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) gestellt worden (Tabelle 120).

Tabelle 120: ICD-10 F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Psychische und Verhaltensstörungen durch...		Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)
F10	Alkohol	100,0 (88)	100,0 (133)
F11	Opioide	2,3 (2)	0,0 (0)
F12	Cannabinoide	10,2 (9)	6,0 (8)
F13	Sedativa oder Hypnotika	4,5 (4)	3,8 (5)
F14	Kokain	4,5 (4)	1,1 (1)
F17	Tabak	71,6 (63)	75,2 (100)
F19	multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	3,4 (3)	3,8 (5)

Für Fachklinikpatienten sind 16 und für Tagesklinikpatienten 21 komorbide Diagnosen aus Kapitel F (Psychische Störungen) gestellt worden (Tabelle 121).

Tabelle 121: ICD-10 F: Psychische Störungen

		Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)
F3	Affektive Störungen	6,8 (6)	8,3 (11)
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	4,5 (4)	3,0 (4)
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	1,1 (1)	0,8 (1)
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4,5 (4)	3,8 (5)
F7	Intelligenzminderung	1,1 (1)	0,0 (0)

29.6.3 Suchtbelastungen

Die Angaben zu den Suchtbelastungen zu T_1 und T_r in den Bereichen Familie und Partnerschaft, Arbeit und Beruf sowie Freundschaften werden in Tabelle 122 und Abbildung 40 bis 42 dargestellt.

Zu Beginn der Reha geben die Patienten durchweg relativ hohe Belastungen durch die Suchterkrankung an, alle Mittelwerte liegen zwischen "mittelmäßig" und "ziemlich". Patienten beider Gruppen geben in allen Bereichen im Mittel eine deutliche Reduktion (große Zeiteffekte) der Belastungen zum Katamnesezeitpunkt an. Es zeigen sich keine Gruppen- oder Wechselwirkungseffekte.

Tabelle 122: Suchtbelastungen in verschiedenen Bereichen*

	Fachklinik (N) M (SD)			Tagesklinik (N) M (SD)			univariate zweifaktorielle Varianzanalyse		
	T ₁	T _r	T ₁ - T _r	T ₁	T _r	T ₁ - T _r	Zeit	Gruppe	Wechselwirkung
Familie und Partnerschaft	(64) 4,0 (1,30)	(64) 1,8 (1,31)	F=127,513 ***p<,001 +++η ² =,436	(103) 4,1 (1,10)	(103) 1,6 (1,03)	F=278,819 ***p<,001 +++η ² =,628	F=368,840 ***p<,001 +++η ² =,691	n.s.	n.s.
Arbeit und Beruf	(50) 3,9 (1,35)	(50) 1,9 (1,47)	F= 5,376 ***p<,001 +++η ² =,357	(88) 3,8 (1,41)	(88) 1,4 (1,05)	F=172,960 ***p<,001 +++η ² =,560	F=220,498 ***p<,001 +++η ² =,619	n.s.	n.s.
Freundschaften	(67) 3,2 (1,37)	(67) 1,8 (1,26)	F=58,1514 ***p<,001 +++η ² =,250	(109) 3,1 (1,32)	(109) 1,6 (1,02)	F=99,289 ***p<,001 +++η ² =,363	F=147,602 ***p<,001 +++η ² =,459	n.s.	n.s.

*1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5= sehr

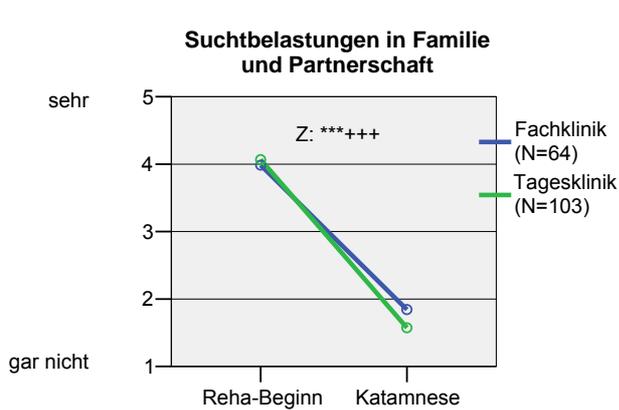


Abbildung 40: Zeitverlauf der Suchtbelastungen

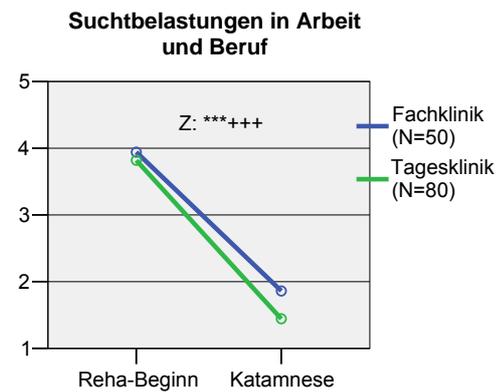


Abbildung 41: Zeitverlauf der Suchtbelastungen

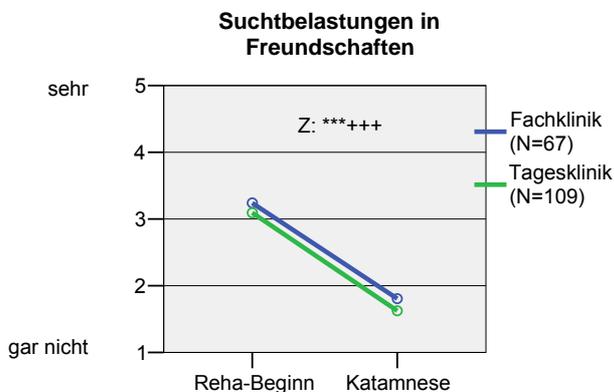


Abbildung 42: Zeitverlauf der Suchtbelastungen

29.6.4 SCL

Analog der Auswertung der prospektiven Studie werden die SCL-90-R-Werte zwischen den Zeitpunkten Reha-Beginn und Reha-Ende verglichen (Tabelle 123).

Eine deutliche psychische Belastung (T-Werte > 60) liegt nur zu Beginn der Reha bei den Fachklinikpatienten im Bereich Depressivität vor. Zu T₁ liegen alle Skalenwerte beider Gruppen über 50, dem Mittelwert der "normal gesunden" Eichstichprobe. Mit Ausnahme der Skala paranoides Denken liegen die Mittelwerte der Fachklinikpatienten zu beiden Zeitpunkten über denen der Tagesklinikpatienten. In allen Skalen verringern sich die Mittelwerte beider Gruppen im Zeitverlauf mit mittlerer bis großer Effektstärke. Insgesamt unterscheiden sich die Gruppen nur im Bereich Depressivität. Wechselwirkungen liegen nicht vor.

Tabelle 123: Skalenwerte und GSI des SCL-90-R im Verlauf von T₁ zu T₂

SCL-90-R	Fachklinik (N) M (SD)			Tagesklinik (N) M (SD)			univariate zweifaktorielle Varianzanalyse		
	T ₁	T ₂	T ₁ - T ₂	T ₁	T ₂	T ₁ - T ₂	Zeit	Gruppe	Wechsel- wirkung
Skala Somatisierung	(38) 54,4 (13,53)	(38) 51,7 (12,76)	n.s.	(55) 52,1 (10,77)	(55) 47,5 (11,23)	F=10,490 **p=,002 ++η ² =,103	F=10,655 **p=,002 ++η ² =,105	n.s.	n.s.
Skala Zwanghaftigkeit	(38) 55,4 (14,72)	(38) 48,7 (11,99)	F=10,388 **p=,002 ++η ² =,102	(55) 54,3 (11,76)	(55) 45,1 (15,12)	F=27,930 ***p<,001 +++η ² =,235	F=34,302 ***p<,001 +++η ² =,274	n.s.	n.s.
Skala Unsicherheit im Sozialkontakt	(38) 55,9 (13,41)	(38) 50,0 (11,04)	F=11,066 ***p=,001 ++η ² =,108	(55) 55,8 (12,39)	(55) 49,8 (11,75)	F=16,493 ***p<,001 +++η ² =,153	F=26,565 ***p<,001 +++η ² =,226	n.s.	n.s.
Skala Depressivität	(38) 61,5 (13,20)	(38) 53,6 (9,43)	F=19,488 ***p<,001 +++η ² =,176	(55) 56,4 (11,71)	(55) 48,7 (11,79)	F=26,642 ***p<,001 +++η ² =,226	F=44,812 ***p<,001 +++η ² =,330	F=5,327 *p=,023 +η ² =,055	n.s.
Skala Ängstlichkeit	(38) 57,7 (11,11)	(38) 51,4 (9,66)	F=11,177 ***p=,001 ++η ² =,109	(55) 54,8 (11,47)	(55) 48,9 (12,08)	F=14,400 ***p<,001 ++η ² =,137	F=24,967 ***p<,001 ++η ² =,215	n.s.	n.s.
Skala Aggressivität	(38) 53,9 (10,01)	(38) 50,4 (8,55)	F=4,906 *p=,029 +η ² =,051	(55) 50,3 (9,67)	(55) 47,6 (9,47)	F=4,369 *p=,039 +η ² =,046	F=9,239 **p=,003 ++η ² =,092	n.s.	n.s.
Skala phobische Angst	(38) 54,7 (12,02)	(38) 51,8 (8,89)	n.s.	(55) 54,6 (12,36)	(55) 49,6 (9,49)	F=15,678 ***p<,001 +++η ² =,147	F=16,161 ***p<,001 +++η ² =,151	n.s.	n.s.
Skala paranoides Denken	(38) 53,5 (11,12)	(38) 49,7 (8,84)	F=7,840 **p=,006 ++η ² =,079	(55) 53,8 (9,52)	(55) 50,0 (10,12)	F=11,362 ***p=,001 ++η ² =,111	F=18,558 ***p<,001 +++η ² =,169	n.s.	n.s.
Skala Psychotizismus	(38) 57,1 (11,10)	(38) 52,5 (10,68)	F=7,401 **p=,002 ++η ² =,103	(55) 54,4 (11,25)	(55) 49,8 (10,38)	F=10,484 **p=,002 ++η ² =,103	F=17,321 ***p<,001 +++η ² =,160	n.s.	n.s.
GSI*	(38) 58,6 (14,54)	(38) 53,5 (12,75)	F=7,612 **p=,007 ++η ² =,077	(55) 56,6 (12,02)	(55) 47,3 (13,51)	F=36,399 ***p<,001 +++η ² =,286	F=35,740 ***p<,001 +++η ² =,282	n.s.	n.s.

*globaler Kennwert, der die allgemeine psychopathologische Symptombelastung angibt

Zum Katamnesezeitpunkt ist der SCL-14 erhoben worden. Die vier Skalen des SCL-14 werden in Tabelle 124 mit den entsprechenden Items der SCL-90-R verglichen, um einen Zeitverlauf der Werte zu den drei Erhebungszeitpunkten darzustellen.

In der Skala Depressivität bestehen insgesamt keine Gruppenunterschiede und Wechselwirkungen. In beiden Stichproben werden jeweils erhebliche Verringerungen der Depressivität zum Reha-Ende erreicht, die Werte steigen aber zum Katamnesezeitpunkt wieder fast auf das Ausgangsniveau an.

Im Bereich Somatisierung erreichen sowohl Fach- als auch Tagesklinikpatienten bei geringen Ausgangsbelastungen im Verlauf keine signifikanten Veränderungen.

Beide Stichproben sind durch phobische Angst kaum belastet. Langfristige Veränderungen werden bei den sehr geringen Ausgangswerten nicht erreicht.

Die allgemeine psychopathologische Symptombelastung verringert sich im Verlauf der Reha in beiden Patientengruppen deutlich. Diese Verbesserungen sind jedoch nicht bis zum Katamnesezeitpunkt wirksam, die Werte steigen wieder auf das Ausgangsniveau an.

Tabelle 124: Vergleich der Mittelwerte der vier SCL-Skalen im Verlauf von Reha-Beginn (SCL-90-R), Reha-Ende (SCL-90-R) und Katamnese (SCL-14)

	Fachklinik (N) M (SD)			Tagesklinik (N) M (SD)			univariate zweifaktorielle Varianzanalyse		
	T ₁	T ₂	T _r	T ₁	T ₂	T _r	Zeit	Gruppe	Wechsel- wirkung
Skala Depressivität	(42) 1,1 (0,76)	(42) 0,5 (0,46)	(42) 1,0 (1,06)	(55) 0,8 (0,75)	(55) 0,5 (0,62)	(55) 0,8 (0,86)	F=21,508 ***p<,001 +++η ² =,314	n.s.	n.s.
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T _r	T ₁ - T _r	T ₁ - T ₂	T ₂ - T _r	T ₁ - T _r			
	***p<,001	**p=,005	n.s.	**p=,003	*p=,017	n.s.			
Skala Somatisierung	(42) 0,6 (0,66)	(42) 0,5 (0,72)	(42) 0,7 (0,91)	(55) 0,5 (0,66)	(55) 0,4 (0,53)	(55) 0,6 (0,70)	F=3,608 *p=,031 ++η ² =,071	n.s.	n.s.
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T _r	T ₁ - T _r	T ₁ - T ₂	T ₂ - T _r	T ₁ - T _r			
	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.			
Skala phobische Angst	(42) 0,2 (0,63)	(42) 0,1 (0,25)	(42) 0,2 (0,64)	(55) 0,2 (0,30)	(55) 0,10 (0,24)	(55) 0,2 (0,33)	F=8,106 ***p=,001 +++η ² =,147	n.s.	n.s.
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T _r	T ₁ - T _r	T ₁ - T ₂	T ₂ - T _r	T ₁ - T _r			
	*p=,015	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.			
GSI	(42) 0,7 (0,58)	(42) 0,4 (0,37)	(42) 0,7 (0,73)	(55) 0,5 (0,50)	(55) 0,3 (0,43)	(55) 0,6 (0,54)	F=19,071 ***p<,001 +++η ² =,289	n.s.	n.s.
	T ₁ - T ₂	T ₂ - T _r	T ₁ - T _r	T ₁ - T ₂	T ₂ - T _r	T ₁ - T _r			
	***p<,001	**p=,003	n.s.	***p=,001	*p=,011	n.s.			

29.7 Weitere Veränderungen durch die Reha

Im Mittel beider Stichproben werden die Verringerungen der Suchtprobleme durch die Reha mit 1,4 (1 = stark / 2 = etwas verringert) bewertet (Tabelle 125). Fachklinikpatienten schätzen die Veränderung etwas geringer als Tagesklinikpatienten. In Abbildung 43 wird die Häufigkeitsverteilung der Antwortkategorien dargestellt.

Tabelle 125: Suchtprobleme*

	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)	Gesamt (N) M (SD)	Signifikanz
Veränderung der Suchtprobleme durch die Reha	(86) 1,5 (0,86)	(135) 1,3 (0,74)	(221) 1,4 (0,79)	U = 5070,0** *p = ,042 +d = ,25

*1 = stark verringert, 2 = etwas verringert, 3 = nicht verändert, 4 = etwas vergrößert, 5 = stark vergrößert

**Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

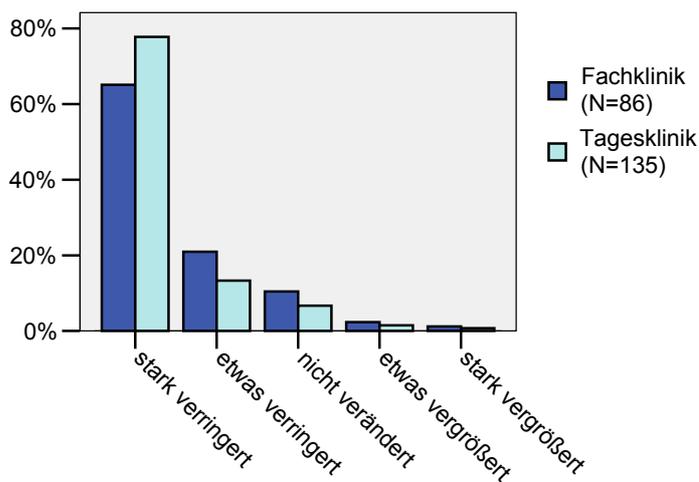


Abbildung 43: Veränderung der Suchtprobleme durch die Reha

Die Patienten sind außerdem nach Veränderungen durch die Reha in wichtigen Lebensbereichen gefragt worden.

Fach- und Tagesklinikpatienten unterscheiden sich nicht im Ausmaß der erreichten Veränderungen (Tabelle 126). Mit Ausnahme der Variable „Wohnsituation“ schätzen die Fachklinikpatienten die Veränderungen etwas geringer ein. Im Mittel schätzen die Patienten des STZ alle erfragten Bereiche als positiv verändert bis unverändert ein.

Tabelle 126: Veränderungen durch die Reha*

	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)	Gesamt (N) M (SD)	Signifikanz
Ehe / Partnerschaft	(55) 2,0 (0,93)	(89) 1,8 (1,03)	(144) 1,9 (0,99)	T = n.s.
Kontakte zu den Kindern	(49) 2,0 (1,04)	(81) 1,7 (0,88)	(130) 1,8 (0,95)	T = n.s.
Arbeits- / Erwerbssituation	(69) 2,6 (1,29)	(109) 2,2 (1,07)	(178) 2,4 (1,17)	T = n.s.
Kontakte zu Freunden	(79) 2,5 (1,05)	(125) 2,3 (1,06)	(204) 2,4 (1,05)	T = n.s.
Wohnsituation	(86) 2,5 (0,93)	(129) 2,5 (0,85)	(215) 2,5 (0,88)	T = n.s.
Freizeitgestaltung	(86) 2,2 (0,91)	(131) 2,1 (0,93)	(217) 2,2 (0,92)	T = n.s.
finanzielle Situation	(85) 2,8 (1,10)	(132) 2,7 (1,06)	(217) 2,7 (1,08)	T = n.s.

*1 = stark verbessert, 2 = etwas verbessert, 3 = unverändert, 4 = etwas verschlechtert, 5 = stark verschlechtert

30 Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen und Diskussion

Während für die prospektive Studie drei Fragebögen eingesetzt worden sind, handelt es sich bei der retrospektiven Erhebung um eine Einmalbefragung. Um die Akzeptanz des Fragebogens bei den ehemaligen Rehabilitanden zu gewährleisten, sind vergleichsweise weniger Daten erhoben worden. Daher ist auf die Erhebung von Angaben zur Vorbehandlung (Fragestellung 2) und die ausführliche Erhebung der Motivation und Erreichung verschiedener Reha-Ziele (Fragestellung 6) verzichtet worden. Bedingt durch das retrospektive Design kann die Fragestellung 1 nur teilweise beantwortet werden. Anders als in der prospektiven Studie sind soziodemographische Merkmale der Patienten nicht zu Beginn der Reha sondern zum Katamnesezeitpunkt erfasst worden. Ausführliche berufsbezogene Daten und Daten zum Alkoholkonsum vor Behandlungsbeginn sind nicht erhoben worden. Die Patientenangaben zu den Gründen für Behandlungsabbrüche (Fragestellung 9) werden aus Platzgründen nicht dargestellt.

30.1 Fragestellung 1

Unterscheiden sich Tages- und Fachklinikpatienten hinsichtlich soziodemographischer Merkmale voneinander?

Fachklinikpatienten sind etwas jünger als Tagesklinikpatienten. In den weiteren soziodemographischen Merkmalen unterscheiden sich die untersuchten Gruppen nicht signifikant voneinander. Geringfügige (nicht signifikante) Unterschiede bestehen derart, dass Fachklinikpatienten häufiger ledig und seltener verheiratet und zusammen lebend sind und öfter einen Partner mit eigenen Suchtproblemen haben. Bei den Fachklinikpatienten besteht eine Tendenz zu niedrigerem Schulabschluss, niedrigerer Berufsgruppe und dementsprechend geringerem Einkommen.

30.2 Fragestellung 3

Wie hoch ist der Anteil abstinenter Patienten nach der Reha? Hat sich das Ausmaß des Alkoholkonsums bei den rückfälligen Patienten durch die Reha verändert?

In sämtlichen Items zum Alkoholkonsum im Katamnesezeitraum bestehen keine signifikanten Gruppenunterschiede. Fachklinikpatienten geben dennoch in fast allen Merkmalen gravierendere, d.h. auf einen höheren Alkoholkonsum hinweisende Werte an.

Nach DGSS 3 ergibt sich eine Abstinenzrate von 43% für die Fach- und von 51% für die Tagesklinikpatienten. In den 30 Tagen vor der Erhebung sind 69 bzw. 77% der Patienten abstinent gewesen, in den sechs Monaten vor der Erhebung 61 bzw. 65%. Zum Katamnesezeitpunkt sind 74 bzw. 82% der Patienten abstinent. Die abstinenten Personen sind im Mittel bereits seit 100 bzw. 111 Wochen durchgehend abstinent.

33% der Fach- und 23% der Tagesklinikpatienten sind nach der Reha rückfällig geworden. Die rückfälligen Patienten haben durchschnittlich sechs bzw. sieben Monate nach der Reha das erste Mal Alkohol getrunken. 20% der Fach- und 19% der Tagesklinikpatienten haben bereits in der ersten Woche nach der Reha Alkohol getrunken, im Laufe des ersten Monats weitere 10 bzw. 12%; die restlichen rückfälligen Patienten haben erstmals zu einem späteren Zeitpunkt konsumiert.

Patienten, die in den letzten 30 Tagen vor der Datenerhebung Alkohol konsumiert haben, haben an 13 Tagen (Fachklinikpatienten) bzw. an 11 Tagen (Tagesklinikpatienten) getrunken; bis zur Trunkenheit ist an 4 bzw. 2 Tagen konsumiert worden. Im Mittel ist von den Fachklinikpatienten, die in den letzten sechs Monaten rückfällig gewesen sind, 240g reiner Alkohol pro Tag getrunken worden, von den Tagesklinikpatienten 156g.

Die Wahrscheinlichkeit, in den folgenden zwölf Monaten abstinent zu sein, wird im Mittel auf 65 bzw. 74% eingeschätzt. 35% der Patienten geben die Abstinenzzuversicht mit 100% an, 15% der Fachklinikpatienten und 9% der Tagesklinikpatienten sind sich sicher, in Zukunft nicht abstinent zu sein und geben eine Wahrscheinlichkeit von 0% an.

Bei der Prüfung von Prädiktoren für Abstinenz im Katamnesezeitraum sind vorerst Variablen getestet worden, die sich auf die Zeit vor der Reha oder bei Entlassung beziehen. Entsprechend der in den Abschnitten 4.2.5 bis 4.2.7 in der Literatur diskutierten Prädiktoren sind zehn Variablen ausgewählt worden, die anhand binärer logistischer Regressionsanalysen geprüft worden sind. Keines der Merkmale hat sich als Prädiktor herausgestellt. Die Vorhersage der Abstinenz anhand der Merkmalsausprägungen unterscheidet sich nicht signifikant von der Vorhersage ohne sie. Für die retrospektive Stichprobe haben also keine der erhobenen Stichprobenvariablen Hinweise auf die Abstinenz nach der Reha liefern können. Als relevantes Katamnesemerkmal ist die Arbeitssituation zum Katamnesezeitpunkt mit einer Regressionsanalyse untersucht worden. Anhand der Arbeitssituation lassen sich 63,7% der Fälle hinsichtlich der Erreichung von Abstinenz vorhersagen. Arbeitssituation und Abstinenz korrelieren ($r = -,28$).

30.3 Fragestellung 4

Inwieweit wird die berufliche Reintegration durch die Behandlung erreicht?

88% der Fach- und 75% der Tagesklinikpatienten werden von den Ärzten des STZ bei der Entlassung als arbeitsfähig eingeschätzt. Dieser Unterschied entspricht einem kleinen Effekt. Tatsächlich erwerbstätig sind zum Katamnesezeitpunkt jeweils 44% der Patienten beider Gruppen. Dies entspricht einer leichten, jedoch nicht signifikanten Verringerung der Erwerbstätigkeitsrate beider Gruppen vor der Reha. In der Fachklinik steigt die Rate der Nichterwerbspersonen geringfügig an, der Erwerbslosenanteil bleibt stabil. In der Tagesklinik sinkt die Quote der Erwerbslosen und der Anteil der Nichterwerbspersonen steigt. Insgesamt sind die Veränderungen hoch signifikant, zwischen den Gruppen bestehen zu beiden Zeitpunkten keine signifikanten Unterschiede.

Nach der Reha haben sich 5% aller Patienten in beruflichen Reha-Maßnahmen und insgesamt 7% in Umschulungen, Aus- oder Fortbildungen befunden. Von insgesamt 3% der Patienten sind die Maßnahmen abgebrochen worden, 6% haben die Maßnahmen bereits abgeschlossen.

30.4 Fragestellung 5

Welche psychischen und somatischen Folge- oder Begleitprobleme der Alkoholabhängigkeit haben die Patienten und wie verändern sich diese im Therapieverlauf?

Fachklinikpatienten sind zu Beginn der Reha durch körperliche Beschwerden stärker belastet als Tagesklinikpatienten. Bei Entlassung und zum Katamnesezeitpunkt sind keine signifikanten Unterschiede vorhanden. Die Reha hat im Erleben der Patienten einen positiven Einfluss auf das Ausmaß ihrer körperlichen Beschwerden.

Neben dem Verlauf der körperlichen Beschwerden sind die Patienten nach Veränderungen von psychischen Beschwerden gefragt worden. Hierbei sind depressive Verstimmungen, Ängste, Angstanfälle, Gereiztheit, Aggressivität, Schwierigkeiten mit Gedächtnis oder Konzentration sowie Suizidgedanken erfragt worden. Die Angaben der Patienten¹⁶ gruppieren sich jeweils um die Beurteilung, die Symptome hätten sich "etwas verbessert". Ein Gruppenunterschied mit großer Effektstärke besteht im Ausmaß der Suizidgedanken. Hier geben Tagesklinikpatienten stärkere Verringerungen an. Dies trifft auch auf die anderen Symptome zu, wobei die Unterschiede dort nicht signifikant sind.

Verschiedene psychische Symptombereiche sind auch über die SCL erfasst worden. In einem ersten Schritt werden die Veränderungen in den Skalen der SCL-90-R zwischen Reha-Beginn und Entlassung ermittelt. Zu Beginn der Reha liegen alle Skalenwerte beider Gruppen über 50, dem Mittelwert der "normal gesunden" Eichstichprobe. Mit Ausnahme der Skala paranoides Denken liegen die Mittelwerte der Fachklinikpatienten zu beiden Zeitpunkten über denen der Tagesklinikpatienten. Eine deutliche psychische Belastung (T-Werte > 60) liegt nur zu Beginn der Reha bei den Fachklinikpatienten im Bereich Depressivität vor.

¹⁶In die Auswertungen sind nur Personen einbezogen worden, die diese Symptome für sich als zutreffend angegeben haben.

Bei dieser mittelmäßigen Belastung verringern sich in allen Skalen im Zeitverlauf die Mittelwerte in beiden Gruppen mit mittlerer bis großer Effektstärke. Insgesamt unterscheiden sich die Gruppen nur im Bereich Depressivität, von der zu beiden Zeitpunkten mehr Fachklinikpatienten betroffen sind. Wechselwirkungen liegen nicht vor.

Für die Darstellung eines Verlaufs von drei Zeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende und Katamnese) wird die zum Katamnesezeitpunkt erhobene SCL-14 mit den entsprechenden Items der SCL-90-R verglichen. Die vier berechneten Skalen beziehen sich auf Depressivität, Somatisierung, phobische Angst und die allgemeine psychopathologische Symptombelastung GSI. In diesen Skalen sind keine signifikanten Gruppenunterschiede vorhanden.

Hinsichtlich Depressivität werden in beiden Gruppen jeweils erhebliche Verringerungen zum Reha-Ende erreicht, die Werte steigen aber zum Katamnesezeitpunkt wieder fast auf das Ausgangsniveau an. Bezüglich Somatisierungssymptomen erreichen beide Patientengruppen im Verlauf keine signifikanten Veränderungen. Insgesamt besteht ein mittlerer Zeiteffekt. Beide Stichproben sind durch phobische Angst kaum belastet. Langfristige Veränderungen werden bei den sehr geringen Ausgangswerten nicht erreicht. Die allgemeine psychopathologische Symptombelastung verringert sich im Verlauf der Reha in beiden Patientengruppen deutlich. Diese Verbesserungen sind jedoch nicht bis zum Katamnesezeitpunkt wirksam, die Werte steigen wieder auf das Ausgangsniveau an. In beiden Gruppen liegen in den erhobenen vier Symptombereichen nur geringe Ausgangsbelastungen vor. Eine starke Verringerung der Beschwerden durch die Reha ist somit kaum möglich gewesen. Die Werte zum Katamnesezeitpunkt entsprechen den Ausgangswerten.

Alle Patienten haben eine ICD-10-Diagnose "Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol" erhalten. Weitere 85 Diagnosen der Kategorie F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) sind für Fachklinikpatienten und 119 für Tagesklinikpatienten gestellt worden. 16 komorbide Diagnosen sind zudem für Fach- und 21 für Tagesklinikpatienten gestellt worden. Komorbide Störungen sind hauptsächlich aus drei Kategorien vertreten: Affektive Störungen, neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störungen sowie Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen.

30.5 Fragestellung 7

In welchem Ausmaß fühlen sich die Patienten in wichtigen Lebensbereichen (Familie, Arbeit, Freundschaften) durch die Sucht belastet? Wird durch die Reha eine Reduktion dieser subjektiven Beeinträchtigung erreicht?

Die Patienten sind nach Belastungen durch ihre Alkoholabhängigkeit in den Bereichen Familie, Arbeit und Freundschaften gefragt worden. Beide Gruppen unterscheiden sich in ihren Einschätzungen nicht (keine Gruppeneffekte). Zu Beginn der Reha sind die Patienten in Familie und Arbeit "ziemlich" belastet, in Freundschaften "mittelmäßig". Alle Belastungen verringern sich zum Katamnesezeitpunkt auf "gar nicht" bis "wenig". Diese Reduktionen entsprechen großen Zeiteffekten. Die Reha wird also von den Patienten als kurz- und langfristig hilfreich für die Verringerung der Suchtbelastungen erlebt.

In der Beurteilung weiterer Veränderungen durch die Reha in wichtigen Lebensbereichen unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant. In sechs von sieben Bereichen sind die Veränderungen der Fachklinikpatienten etwas geringer als die der Tagesklinikpatienten. Die

Werte¹⁷ liegen zwischen 1,9 und 2,8. Die Ehe oder Partnerschaft, Kontakte zu den Kindern und die Freizeitgestaltung haben sich im Mittel "etwas verändert". Die finanzielle Situation bleibt im Durchschnitt unverändert. Dies entspricht den Angaben zur Erwerbssituation, die sich nur wenig verändert hat (2,4). Dies trifft auch auf die Wohnsituation und freundschaftliche Kontakte zu.

30.6 Fragestellung 8

Wie bewerten die Patienten die Rehabilitation im STZ?

- **Zufriedenheit mit der Reha**

Einen Settingwechsel würden bei erneuter Wahlmöglichkeit 11% der Tages- und 16% der Fachklinikpatienten bevorzugen. Die Mehrheit der Patienten beider Gruppen ist mit der Wahl des Settings also zufrieden. Unter den Patienten mit vorzeitiger Behandlungsbeendigung ist die Quote der Unzufriedenen erwartungsgemäß höher: 39% dieser Tages- und 27% dieser Fachklinikpatienten würden das jeweils andere Setting wählen.

Die Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha wird von den Patienten im Mittel als "eher gut" bis "mittelmäßig" bewertet. Beide Gruppen unterscheiden sich in dieser Beurteilung nicht. Die Tagesklinik legt konzeptionell einen Schwerpunkt auf die Verknüpfung zwischen der Therapie und dem gewohnten Umfeld außerhalb der Klinik. Die ähnliche Einschätzung der Patienten beider Kliniken weist darauf hin, dass die Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha innerhalb der Fachklinik ebenso gelingt.

Beide Patientengruppen würden ihre Klinik an Dritte weiterempfehlen. Die Antworten liegen im Mittel bei 1,6 (Weiterempfehlung: 1 = "ja unbeding", 2 = "ja, mit Einschränkungen").

Beide Gruppen schätzen die Reha zum Katamnesezeitpunkt im Mittel als insgesamt "ziemlich" erfolgreich ein.

- **Inanspruchnahme und Beurteilung der Behandlungsangebote**

Neben den obligatorischen Behandlungsangeboten erhalten 64% der Fachklinikpatienten Gesundheitsberatung, 36% Angehörigen- oder Paargespräche, 34% Akupunktur, 25% bearbeiten einen eigenen Rückfall im Rahmen des Rückfallprogramms. 23% nehmen das Angebot einer zusätzlichen Sozialberatung in Anspruch. Die Beurteilungen¹⁸ der Behandlungsangebote variieren zwischen 3,0 und 4,5. Besonders positiv werden mit einer Wertung > 4 die Entspannungstherapie, physikalische Anwendungen, die Bewegungstherapie und arbeitstherapeutische Projekte beurteilt.

In der Tagesklinik sind die Teilnahmequoten insgesamt sehr hoch. Lediglich Angehörigen- oder Paargespräche werden mit 42% und das Forum mit 53% nur von einem Teil der Patienten in Anspruch genommen. Die Gruppe Sucht und Arbeit ist trotz verpflichtender Teilnahme lediglich von 70% der Patienten besucht worden. Die durchschnittlichen Bewertungen der Angebote liegen zwischen 3,5 und 4,5. Mit > 4 besonders positiv werden von den therapeutischen Angeboten die Entspannungstherapie und die Einzel- und Bewegungstherapie bewertet. Ebenfalls positiv werden die themenzentrierte Information Sucht, die Außenaktivitäten und die Frühstücksrunde beurteilt.

¹⁷Skala: 1 = stark verbessert, 2 = etwas verbessert, 3 = unverändert, 4 = etwas verschlechtert, 5 = stark verschlechtert

¹⁸Skala: 1 = sehr schlecht, 2 = eher schlecht, 3 = mittelmäßig, 4 = eher gut, 5 = sehr gut

30.7 Fragestellung 9

Wie hoch ist die Haltequote?

Beide Gruppen ähneln sich in der Haltequote. 17% der Fach- und 14% der Tagesklinikpatienten geben an, die Reha vorzeitig beendet zu haben. Den ärztlichen Entlassberichten ist entnommen worden, dass eine planmäßige Beendigung¹⁹ bei 88% der Fach- und 92% der Tagesklinikpatienten erfolgt ist. Vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis bzw. disziplinarisch entlassen worden sind 11 bzw. 8% der Patienten.

30.8 Fragestellung 10

In welchem Umfang werden Angebote des Suchthilfesystems nach der Reha in Anspruch genommen?

85% der Tages- und 72% der Fachklinikpatienten nehmen nach der Reha im STZ weitere Maßnahmen in Anspruch (kleiner Gruppeneffekt), dies betrifft v.a. suchtspezifische Angebote, hier insbesondere Selbsthilfegruppen, ambulante Nachsorge und Entgiftung. In der Art der Maßnahmen und in der Häufigkeit der Inanspruchnahme unterscheiden sich beide Gruppen nicht signifikant voneinander.

15 bzw. 12% der Patienten führen im Katamnesezeitraum erneut eine Entgiftung durch. Für die Teilnahme an suchtbefugenen Selbsthilfegruppen zeigt sich ein geringer Zusammenhang zur Abstinenzrate im Katamnesezeitraum ($r = ,15$). Unter den Patienten, die solche Gruppen besuchen, ist die Abstinenzrate höher; dies betrifft in erster Linie die Fachklinikpatienten. Zwischen der Inanspruchnahmerate von Hilfen insgesamt und Abstinenz besteht kein signifikanter Zusammenhang.

30.9 Rücklauf und Responder-Nonresponder-Analyse

Von den 300 pro Behandlungsform angeschriebenen Rehabilitanden sind 37 bzw. 15% nicht erreichbar gewesen, fast alle von ihnen sind verzogen. Derartige Stichprobenausfälle gelten als unsystematisch. Von den Erreichbaren haben 47% der Fach- und 54% der Tagesklinikpatienten geantwortet. Wegen dieser eher geringen Rücklaufquote muss bei der Ergebnisinterpretation beachtet werden, dass ein hoher Anteil möglicherweise systematischer und ergebnisbeeinflussender Ausfälle vorliegt. Aufschluss hierüber kann die Responder-Nonresponder-Analyse geben. Von den retrospektiv befragten Patienten liegen hierfür nur begrenzt Daten vor. In die Analyse können lediglich Angaben über das Geschlecht, Alter, die Behandlungsbeendigung und Katamnesezeitraum einbezogen werden.

Responder und Nonresponder beider Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Geschlechts, des Alters und der Katamnesezeitraum. Für die Fachklinikpatienten gilt, dass unter den Nonrespondern etwas mehr Patienten mit Behandlungsabbruch (21 zu 11%, nicht signifikant) vertreten sind. In beiden Settings sind die Nonresponder etwa 4 Wochen länger behandelt worden (entspricht jeweils einem kleinen Effekt). Da ein Behandlungsabbruch gemeinhin als negativer Prädiktor für Therapieerfolg gilt und ein längerer Katamnesezeitraum eine erhöhte Rate rückfälliger Patienten beinhaltet, sind die Ergebnisse vermutlich durch diese Selektion in beiden Gruppen etwas positiver, als bei Einbezug aller Patientendaten.

¹⁹enthält die Kategorien "regulär", "vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis" und "vorzeitig auf ärztliche Veranlassung"

F) Gesamtüberblick durchgeführter STZ-Studien

Die Studien- und Stichprobenmerkmale und Ergebnisse der prospektiven und der retrospektiven Studie werden in diesem Kapitel vergleichend dargestellt und diskutiert. Zusätzlich wird die dritte, 2001 von Lotz-Rambaldi, Buhk et al. (2002) durchgeführte STZ-Studie einbezogen. Deren Ergebnisse sind zum Teil bereits in Abschnitt 4.2.4 zitiert worden. Zusätzlich werden in diesem Kapitel ausgewählte Daten der FVS-Katamnese (Zobel, Missel et al. 2005) genannt, die weitere Anhaltspunkte für die Bewertung der STZ-Ergebnisse liefern.

In Kapitel 31 erfolgt die vergleichende Beschreibung der Studien. Grundlage hierfür sind die Studien- und Stichprobenmerkmale der Erhebungen, die in Tabelle 127 aufgeführt werden und die Katamnese- und Verlaufsergebnisse, die in Tabelle 128 und 129 genannt werden. Die Interpretation und Diskussion der Studien wird in Kapitel 32 vorgenommen. In Kapitel 33 wird ein Fazit der durchgeführten STZ-Erhebungen gezogen.

31 Ergebnisse

In Abbildung 44 sind zur Übersicht die in die drei Studien jeweils einbezogenen Behandlungsjahrgänge dargestellt. Für die beiden retrospektiven Studien sind die Katamnesezeitpunkte markiert, für die prospektive Studie der Katamnesezeitraum.

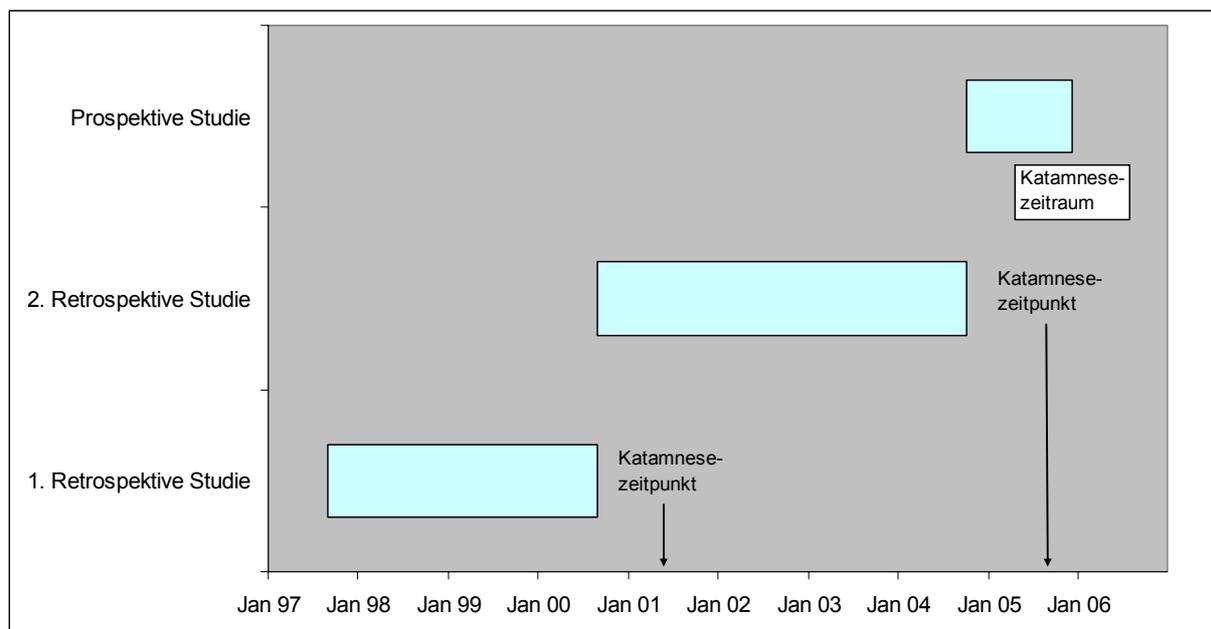


Abbildung 44: Behandlungsjahrgänge und Katamnesezeiten der STZ-Studien

Studienmerkmale

Die drei STZ-Studien sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt worden (Tabelle 127). Mit den einbezogenen Patientengenerationen ist eine kontinuierliche Datenerhebung der Patienten seit der Etablierung der Tagesklinik Ende 1997 erreicht worden. Durch die inhaltlich weitgehend übereinstimmenden Fragebögen ist ein Vergleich der erhobenen Daten grundsätzlich möglich. Die Studien weisen jedoch auch eine Reihe von Unterschiedlichkeiten auf, die die Ergebnisse beeinflussen können und daher bei der Interpretation zu berücksichtigen sind.

Tabelle 127: Studien- und Stichprobenmerkmale der STZ-Studien und FVS-Katamnese

	1. Retrospektive Studie (Lotz-Rambaldi, Buhk et al. 2002)		2. Retrospektive Studie 2007		Prospektive Studie 2007		FVS-Katamnese (Zobel, Missel et al. 2005)
	Fachklinik	Tagesklinik	Fachklinik	Tagesklinik	Fachklinik	Tagesklinik	Fachklinik
Studienmerkmale							
Patientengenerationen	Entlassungsjahre 1998 - 2000		Entlassungsjahr 2001 - Behandlungsbeginn 10/2004		Behandlungsbeginn 10/2004 - 12/2005		Entlassungsjahr 2003
Katamnesezeitdauer M Monate (range)	22,6 (6 - 42)		31,0 (8 - 56)	31,8 (8 - 58)	6,8 (6 - 9)	6,7 (6 - 9)	nach 12 Monaten
Rücklauf bezogen auf Erreichbare % (N)	53,2 (173)	57,2 (131)	47,1 (89)	53,5 (137)	T ₁ : 98,7 (222) T ₂ : 82,8 (169) T ₃ : 67,9 (112)	T ₁ : 98,8 (170) T ₂ : 87,0 (147) T ₃ : 71,2 (111)	63,4 (4.313)
Stichproben- beschreibung	N = 462*	N = 270*	N = 89	N = 137	N = 222	N = 170	N = 7.266*
Alter bei Reha-Beginn M Jahre (SD)	43,9	45,9	47,7 (8,2)	50,4 (7,6)	43,5 (8,8)	46,1 (8,4)	44,6 (8,9)
Männer %	79,6	79,5	75,0	69,3	73,9	78,2	71,0
feste Partnerbeziehung %	42,9	65,5	T ₃ : 59,1	T ₃ : 59,6	55,0	75,9	52,5
Schulabschluss %							
• Hauptschule	57,3	52,1	46,6	47,8	46,6	43,8	-
• Realschule	19,3	25,5	36,4	23,9	30,3	24,9	
• mind. Fachabitur	12,2	13,9	8,0	19,4	13,6	25,4	
Reha-Dauer M Tage (SD)	101,0	79,5	96,3 (24,4)	78,3 (17,7)	88,8 (31,6)	72,4 (24,5)	80,9 (33,4)
planmäßige Beendigung** laut Entlassbericht % (n)	74,6	70,9	89,3 (66)	91,6 (109)	76,4 (149)	91,3 (137)	89,5 (6.498)
Behandlungsabbruch*** laut Entlassbericht % (n)	25,4	29,1	10,8 (8)	8,4 (10)	23,6 (46)	8,6 (13)	10,3 (749)

*Die Stichprobenmerkmale sind den Einrichtungsdokumentationen entnommen worden und beziehen sich auf die jeweilige Gesamtstichprobe.

**enthält die Kategorien "regulär", "vorzeitig auf ärztliche Veranlassung", "vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis", "Verlegung" und "Wechsel"

***enthält die Kategorien "vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis" und "disziplinarisch"

Fehlende Angaben in der Tabelle beruhen auf fehlenden Angaben in den veröffentlichten Studiendaten.

Relevant ist die uneinheitliche Katamnesedauer der Studien. Mit zunehmendem Katamnesezeitraum nimmt die Wahrscheinlichkeit für Rückfälle der Patienten zu, die Erfolgsquoten fallen daher zunehmend geringer aus. Dieser Verlauf erfolgt in der Regel nicht linear, sondern linksgipflig, da die Mehrzahl der Rückfälle innerhalb eines Sechs-Monats-Katamnesezeitraums zu erwarten sind (vgl. z.B. Zobel, Missel et al. 2005). Die unterschiedlichen Katamnesezeiten der Studien lassen daher mäßig ausgeprägte Unterschiede in den Abstinenzraten erwarten. Des Weiteren ist anzunehmen, dass wegen gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, v.a. Arbeitsmarktentwicklungen, auch der Zeitpunkt der Studiendurchführung Einfluss auf die Ergebnisse hat.

Auch die Responseraten differieren zwischen den Studien. Mit einer niedrigen Rücklaufquote steigt die Wahrscheinlichkeit für Selektionseffekte der Responder. In den beiden retrospektiven STZ-Studien ist der Rücklauf eher niedrig und liegt unter dem der FVS-Katamnese. Dies ist vor allem durch den dortigen kürzeren Katamnesezeitraum zu erklären. Insbesondere der Rücklauf der Fachklinikpatienten in der zweiten retrospektiven Studie fällt gering aus. Da die Differenz zu den Tagesklinikpatienten der gleichen Studie nicht signifikant ist, wird er als vergleichbar gewertet. In der prospektiven Studie ist die Responserate deutlich höher. Eine wahrscheinliche Ursache ist, dass die Patienten zu Beginn und am Ende der Reha über die Studienteilnahme informiert werden konnten. Durch den persönlichen Kontakt ist es möglich gewesen, auf Fragen oder Skepsis der Patienten direkt zu reagieren. Die Ergebnisse der prospektiven Studie sind aus diesem Grund als valider einzuschätzen als die der retrospektiven Studien.

Bei der einrichtungsübergreifenden Betrachtung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Lage der Entwöhnungseinrichtung Auswirkungen auf die Zusammensetzung der Patientenpopulation haben kann. Die zentrale Lage des STZ in einem Stadtstaat, der neben wohlhabenden Stadtteilen auch zahlreiche Stadtteile mit unzureichendem Wohnraum, wenig Freizeitangeboten und alkoholgeprägtem sozialen Umfeld hat, kann dazu führen, dass viele Patienten aus Verhältnissen stammen, die wenig therapieförderlich sind oder Belastungen verursachen, die nicht oder nicht vollständig mit den eingesetzten Fragebögen erhoben werden.

Auch das gewählte Design einer Erhebung hat Auswirkungen auf die Ergebnisse. Gemeinhin führen prospektiv erhobene Daten aufgrund von Verleugnungstendenzen der Patienten eher zu einer bagatellisierten Darstellung des T₁-Zustandes. Retrospektiv erhobene Einschätzungen von Veränderungen durch die Behandlung weisen oft systematische negative Verzerrungen der Ausgangswerte im Vergleich zu prospektiv erhobenen Daten auf. Somit erscheinen zu späteren Zeitpunkten erhobene Veränderungen größer als zeitnah bzw. prospektiv erhobene. Laut Steffanowski, Lichtenberg et al. (2003) kann dieses Phänomen dadurch erklärt werden, dass durch die Psychotherapie erst ein differenziertes Problembewusstsein geweckt wird, so dass im Nachhinein mehr Probleme eingeräumt werden als zu Beginn der Rehabilitation. Dieser Effekt betrifft allerdings nur Items, die eine Einschätzung des erinnerten Prä-Status beinhalten, beispielsweise in der zweiten retrospektiven STZ-Studie die Fragen nach körperlichen Beschwerden und Suchtbelastungen. Da andererseits Erinnerungsverzerrungen der Patienten retrospektiv erhobene Ergebnisse beeinflussen, sind prospektiv erhobene Daten als valider einzuschätzen. Der methodische Ansatz einer prospektiven Mehrpunkterhebung ist insgesamt dem retrospektiven Ansatz vorzuziehen.

Da die retrospektiven Studien erheblich längere Katamnesezeiträume aufweisen, liefern diese wertvolle Hinweise auf den längerfristigen Verlauf nach der Entwöhnungsbehandlung, der mit einem prospektiven Design aus ökonomischen Gründen nicht zu erheben gewesen ist. Insgesamt ist festzustellen, dass sich die drei STZ-Studien gerade wegen dieser unterschiedlichen Aspekte und Verzerrungstendenzen sinnvoll ergänzen und damit zu einer angemessenen Gesamtsicht beitragen.

Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobenmerkmale (Tabelle 127) der ersten retrospektiven Studie und der FVS-Katamnese beruhen auf Daten der Einrichtungsdokumentationen und beziehen sich auf die Grundgesamtheit der Rehabilitanden. Die Daten der anderen Studien beruhen auf den Angaben der Responder, so dass hier von Selektionseffekten auszugehen ist (vgl. Abschnitt 21.2 und 28.2).

Der Männeranteil liegt in allen Studien zwischen 69 und 78%. In diesem Merkmal sind Differenzen zwischen den Studien zu sehen, die jedoch nicht linear verlaufen und deshalb nicht auf einen eindeutigen Trend hinweisen. Unter den Respondern ist der Männeranteil geringer als in der Grundgesamtheit der STZ-Patienten.

In allen Stichproben ist der Frauenanteil höher als in der Grundgesamtheit der Alkoholabhängigen, in der er etwa 16% beträgt (Meyer, Rumpf et al. 2000). Im Vergleich zu diesem Wert sind Frauen im STZ überrepräsentiert; es scheint sich ein größerer Anteil alkoholabhängiger Frauen als Männer in die Entwöhnungsbehandlung zu begeben.

Dass in beiden Settings die Geschlechterverteilungen nur wenig voneinander abweichen, entspricht nicht den Erwartungen, da die Tagesklinik konzeptionell gerade für Frauen ausgerichtet ist, die Versorgungsverpflichtungen gegenüber ihren Kindern haben. Die Gleichverteilung der Geschlechter in den beiden Settings weist darauf hin, dass entweder die im STZ behandelten Frauen nicht häufiger als Männer Versorgungsverpflichtungen haben oder dass eher der Schweregrad der Abhängigkeit als Kriterium für die Zuweisung herangezogen wird. Das würde bedeuten, dass es unter den Frauen einen ebenso hohen Anteil wie unter den Männern gibt, die den Anforderungen eines tagesklinischen Settings nicht gewachsen sind.

Das mittlere Alter der Rehabilitanden liegt zwischen 43,5 und 47,7 Jahren. In der prospektiven Studie sind unter den Respondern ältere Patienten unterrepräsentiert, das Alter der Grundgesamtheit ist also geringer als in der Tabelle angegeben.

Als Indikator für soziale Stabilität ist das Merkmal feste Partnerschaft gewählt worden. Der Anteil von Patienten mit fester Partnerschaft in den vergangenen sechs Monaten variiert erheblich zwischen den Studien. In der ersten retrospektiven und der prospektiven STZ-Studie ist der Anteil in der Tagesklinik um 23 bzw. 21 Prozentpunkte höher als in der Fachklinik²⁰. In der zweiten retrospektiven Studie bestehen keine Gruppenunterschiede. Im Unterschied zu den anderen Studien wird hier die Partnersituation zum Katamnesezeitpunkt erhoben. Es ist allerdings davon auszugehen, dass in diesem Merkmal wenige Veränderungen im Vergleich zum Reha-Beginn vorliegen, da sich dieses Ergebnis in der prospektiven Studie zeigt.

Während die Fachklinikpatienten in der ersten retrospektiven und der prospektiven Studie sozial weniger stabil sind als die Tagesklinikpatienten, ähneln sich in der zweiten retrospektiven Studie beide Gruppen. Die Gruppenunterschiede sind indikationsinhärent. In der FVS-Katamnese entspricht der Anteil fester Partnerschaften dem der Fachklinikpatienten der prospektiven STZ-Studie.

Da nicht in allen Studien Angaben zur Berufsausbildung vorliegen, ist die Darstellung des Schulabschlusses als Hinweis auf die Schichtzugehörigkeit gewählt worden. In der ersten retrospektiven Studie bestehen kaum Gruppenunterschiede. In den nachfolgenden STZ-Studien haben die Tagesklinikpatienten eine höhere Schulausbildung als die Fachklinikpatienten. Im Zeitverlauf der Erhebungen ist eine leichte Veränderung in Richtung eines höheren Schulabschlusses zu sehen.

²⁰Unter den Respondern der Tagesklinik der prospektiven Studie sind Patienten mit fester Partnerschaft sogar geringfügig, wenn auch nicht signifikant, unterrepräsentiert.

Die Behandlungsdauer im STZ unterscheidet sich zwischen den Gruppen konzeptionsgemäß. Sie verringert sich kontinuierlich im Zeitverlauf. Auch die Gruppenunterschiede nehmen im Verlauf ab (21,5 / 18,2 / 16,4 Tage Unterschied); die Reha-Dauer gleicht sich zunehmend an. Die Behandlungsdauer verringert sich innerhalb der Fachklinik erheblich, innerhalb der Tagesklinik verringert sie sich weniger ausgeprägt. Sie liegt zu allen Zeitpunkten für die stationäre Behandlung über dem Vergleichswert der FVS-Katamnese und überschreitet auch die vom VDR angegebene durchschnittliche Dauer stationärer Rehabilitation von 86 Tagen (zitiert nach Zobel, Missel et al. 2005).

In die FVS-Katamnese gehen Daten von Einrichtungen mit heterogenen regulären Behandlungszeiten ein. Je nach Indikationsstellung liegt das Spektrum regulärer Behandlungszeiten zwischen vier und 26 Wochen. Die Kurzzeitbehandlungen, die meist auf eine spezialisierte Patientenpopulation ausgerichtet sind, sind ein Grund für die vergleichsweise kurze durchschnittliche Reha-Dauer. Für die prospektive STZ-Studie ist die mittlere Behandlungsdauer der Nonresponder kürzer, als die in der Tabelle angegebene Reha-Dauer der Responder.

Die Studien unterscheiden sich hinsichtlich der Abbruchquoten²¹. Hohe Abbruchraten liegen in der ersten retrospektiven Studie in beiden Gruppen und in der prospektiven Studie bei den Fachklinikpatienten vor. Bei den Fachklinikpatienten der zweiten retrospektiven Studie sind die Abbruchquoten bei den Nonrespondern etwas höher als bei den Respondern (21 vs. 11%, nicht signifikant) und zwar ähnlich der Abbruchquoten der Fachklinikpatienten der anderen STZ-Studien. In der zweiten retrospektiven und der prospektiven Studie liegen die Abbruchraten der Tagesklinikpatienten deutlich unter denen der Fachklinikpatienten und entsprechen der Rate der FVS-Katamnese (10%). Weitere Vergleichsdaten liefert die Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe (Sonntag, Hellwich et al. 2007), die für stationäre Einrichtungen eine durchschnittliche Abbruchquote von 16% nennen. Unterschiedliche Haltequoten in Einrichtungsvergleichen können sowohl durch Patientenmerkmale als auch durch konzeptionelle Unterschiede im Umgang mit Rückfällen oder Missachtungen von Therapieregeln zustande kommen.

Behandlungsabbrüche haben gemeinhin einen negativen Einfluss auf die Abstinenzrate im Katamnesezeitraum. Der hohe Anteil vorzeitiger Beendigungen hat einen reduzierenden Effekt auf die mittlere Behandlungsdauer. Die reguläre Behandlung ist daher länger als die hier angegebenen Werte, dies trifft vor allem auf die genannten Stichproben mit hoher Abbruchquote zu.

Katamneseergebnisse

Die Katamneseergebnisse sind überblicksartig in Tabelle 128 aufgelistet. Werden alle oben beschriebenen Studien- und Stichprobenmerkmale und ihre mutmaßlichen Wirkungen auf die Ergebnisse berücksichtigt, ist zu erwarten, dass die Fachklinikpatienten der ersten retrospektiven Studie mit Abstand die niedrigste Abstinenzrate erreichen. Eher gering und einander ähnlich müssten die Raten bei den Tagesklinikpatienten der ersten retrospektiven Studie, den Fachklinikpatienten der zweiten retrospektiven Studie und der prospektiven Studie sowie der FVS-Katamnese sein. Etwas höher müsste die Rate der Tagesklinikpatienten der zweiten retrospektiven Studie ausfallen. Die positivsten Werte sind für die Tagesklinikpatienten der prospektiven Studie zu erwarten.

²¹Abbruch ist definiert als Entlassung "vorzeitig gegen ärztliches Einverständnis" und "disziplinarisch".

Tabelle 128: Katamneseergebnisse der STZ-Studien und FVS-Katamnese

	1. Retrospektive Studie (Lotz-Rambaldi, Buhk et al. 2002)		2. Retrospektive Studie 2007		Prospektive Studie 2007		FVS-Katamnese (Zobel, Missel et al. 2005)
	Fach- klinik	Tages- klinik	Fach- klinik	Tages- klinik	Fach- klinik	Tages- klinik	Fach- klinik
Katamneseergebnisse	N = 173	N = 131	N = 89	N = 137	N = 112	N = 111	N = 4.313
Abstinenz nach DGSS 3 im Katamnesezeitraum %	53,0	53,1	42,7	51,1	38,4	61,3	63,7
Abstinenz zum Katamnesezeitpunkt %	81,6	80,5	73,6	81,8	70,9	82,9	-
Abstinenz in den letzten sechs Monaten %	63,3	67,5	60,9	65,0	38,7	62,2	-
Abstinenzzuversicht 0 - 100% M (SD)	71,6	73,0	64,5 (38,7)	73,8 (32,8)	62,5 (33,3)	67,3 (35,8)	-
nach Reha Renten Antrag gestellt %	8,6	10,7	15,3	14,1	13,6	11,8	-
im letzten halben Jahr krank %	27,4	20,3	32,6	22,8	T ₃ : 42,1	T ₃ : 28,2	37,2
Vorbereitung auf Zeit nach der Reha* M (SD)	2,3	2,2	2,5 (1,2)	2,3 (1,0)	T ₃ : 2,4 (1,0)	T ₃ : 2,0 (0,9)	-
Wunsch nach Settingwechsel %	20,9	12,2	15,9	11,1	T ₃ : 21,1	T ₃ : 12,7	-
Weiterempfehlung** M (SD)	1,6 (0,8)	1,4 (0,7)	1,8 (1,0)	1,6 (0,9)	T ₃ : 1,8 (0,9)	T ₃ : 1,5 (0,6)	-

*1 = sehr gut, 2 = eher gut, 3 = mittelmäßig, 4 = eher schlecht, 5 = sehr schlecht

**1 = ja, unbedingt, 2 = ja, mit Einschränkungen, 3 = unsicher, 4 = eher nicht, 5 = auf keinen Fall

Fehlende Angaben in der Tabelle beruhen auf fehlenden Angaben in den veröffentlichten Studiendaten.

Die katamnestichesten Abstinenzraten variieren zwischen den Studien und entsprechen nicht den genannten Erwartungen. Während die Abstinenzraten der Fachklinikpatienten des STZ im Verlauf der drei Erhebungen kontinuierlich sinken (53,0 / 42,7 / 38,4%), bleiben sie für die Tagesklinikpatienten zunächst auf einem ähnlichen Niveau und steigen dann deutlich an (53,1 / 51,1 / 61,3%). Die Gruppenunterschiede nehmen im Zeitverlauf zu (0,1 / 8,4 / 22,9 Prozentpunkte Unterschied). Die Abstinenzquote der FVS-Katamnese ist hoch und überschreitet geringfügig die Quote der prospektiv befragten Tagesklinikpatienten.

Die Punktabstinenz der STZ-Patienten zum Katamnesezeitpunkt fällt jeweils höher aus. Im Zeitverlauf sinkt sie in der Fachklinik (81,6 / 73,6 / 70,9%), der jeweilige Gruppenunterschied nimmt zu (1,1 / 8,2 / 12,0 Prozentpunkte).

Die Abstinenzrate innerhalb der sechs Monate vor den Erhebungen sinkt im Zeitverlauf in beiden Gruppen (M = 65,4 / 63,0 / 50,5%), der Abstand zwischen den Gruppen wird im Verlauf größer (4,2 / 4,1 / 23,5 Prozentpunkte Unterschied).

In den Abstinenzraten der STZ-Patienten zeigen sich also insgesamt eine Abnahme im Zeitverlauf und ein zunehmendes Auseinanderklaffen der Raten in beiden Gruppen.

In der ersten retrospektiven Studie gleichen sich die Abstinenzraten in beiden Gruppen. In der prospektiven Studie fällt die Abstinenzrate der Tagesklinikpatienten erwartungsgemäß hoch aus. Die Abstinenzrate der Fachklinikpatienten ist entgegen der Erwartung in der prospektiven Erhebung am geringsten. In der FVS-Katamnese wird eine hohe Abstinenzquote erreicht.

Die Zuversicht der retrospektiv befragten STZ-Patienten, in den folgenden sechs Monaten abstinent zu bleiben, steht in Relation zu den Abstinenzraten der jeweiligen Gruppen. Für die prospektive Studie gilt dies nicht: Fachklinikpatienten sind zu einem erheblich geringeren Anteil abstinent, schätzen aber die Wahrscheinlichkeit, abstinent zu bleiben beinahe ebenso hoch ein wie Tagesklinikpatienten. Dies kann ein Hinweis auf eine Verleugnungstendenz der Fachklinikpatienten für ihre Rückfallgefährdung zu T₃ d.h. eine Überschätzung der eigenen Copingfähigkeiten sein. Zu Beginn der Reha ist die Abstinenzzuversicht der Fachklinikpatienten noch höher (siehe Abbildung 12). Dies spricht dafür, dass auch zu Beginn der Reha die Schwierigkeiten bagatellisiert worden sind und aus diesem Grund die Patienten schon vor Behandlungsbeginn zuversichtlich gewesen sind.

Zwischen den Gruppen der einzelnen Studien bestehen keine Unterschiede im Anteil von Patienten, die einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente nach der Reha im STZ gestellt haben. Bei den Fachklinikpatienten nimmt der Anteil im Zeitverlauf zu.

Der Anteil von Patienten, die in den letzten sechs Monaten vor der Erhebung krank gewesen sind, steigt in den Erhebungszeiträumen in beiden Gruppen (M = 23,9 / 27,7 / 35,2%). Die Differenz zwischen den Gruppen wird im Verlauf größer (7,1 / 9,8 / 13,9 Prozentpunkte Unterschied). Gruppen mit hohen Krankenanteilen zeigen niedrige Abstinenzraten. Krankheit und Rückfall nach der Reha korrelieren (++r = ,35 in der prospektiven Studie). Krankheit kann daher verstanden werden als potentiell rückfallauslösende Bedingung, die Abstinenz erschwert.

In den Zufriedenheitsitems (Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha, Wunsch nach Settingwechsel und Weiterempfehlung der Klinik) werden insgesamt positive Werte erreicht. Die beiden retrospektiven Studien unterscheiden sich in den Bewertungen nicht signifikant zwischen den Gruppen. In der prospektiven Studie beurteilen die Tagesklinikpatienten die Vorbereitung positiver und würden ihre Klinik im Mittel mit weniger Einschränkungen weiterempfehlen. Im Zeitverlauf der Beurteilungen ist kein Trend auszumachen.

Verlaufsergebnisse

Veränderungen durch die Reha bezüglich des Erwerbsstatus und der Belastungen werden in Tabelle 129 aufgelistet.

Die Erwerbstätigkeitsraten zu Beginn der Reha verändern sich zwischen den Erhebungszeiträumen der STZ-Studien. Zur Interpretation dieser Werte sind die Ergebnisse der Responder-Nonresponder-Analyse heranzuziehen.

In der ersten retrospektiven Studie liegen die Daten der Grundgesamtheit vor, hier bestehen keine Selektionseffekte. Für die zweite retrospektive Studie liegen keine Daten zur Arbeitssituation der Nonresponder vor. In der prospektiven Studie sind unter den Respondern der Fachklinik die Erwerbstätigen zu T₁ überrepräsentiert (39% der Responder im Vergleich zu 20% der Nonresponder sind erwerbstätig), die Erwerbslosen sind unterrepräsentiert (51 vs. 73%). Der Anteil Nichterwerbstätiger ist zwischen Respondern und Nonrespondern ähnlich hoch. Unter den Tagesklinikpatienten gibt es keine signifikanten Unterschiede, tendenziell besteht aber eine gegensätzliche Selektion. Unter den Respondern sind weniger Erwerbstätige als unter den Nonrespondern (46 vs. 56%).

Tabelle 129: Zeitverlauf ausgewählter Variablen der STZ-Studien und FVS-Katamnese

		1. Retrospektive Studie (Lotz-Rambaldi, Buhk et al. 2002)		2. Retrospektive Studie 2007		Prospektive Studie 2007		FVS-Katamnese (Zobel, Missel et al. 2005)
		Fach-klinik	Tages-klinik	Fach-klinik	Tages-klinik	Fach-klinik	Tages-klinik	Fach-klinik
Zeitverlauf Erwerbsstatus (%)								
		*	*					
erwerbstätig	T ₁	34,5	40,3	50,6	49,6	39,6	45,9	55,5
	T ₃	47,0	52,7	43,7	43,6	35,1	49,5	49,7
erwerbslos	T ₁	31,6	28,7	37,9	42,9	51,4	41,3	31,9
	T ₃	17,6	11,6	39,1	36,1	43,2	32,1	29,7
nicht erwerbstätig	T ₁	-	-	11,6	7,5	9,0	12,8	10,9
	T ₃	-	-	17,2	20,3	21,6	18,3	15,9
arbeitsunfähig	T ₁	7,0	5,4	-	-	-	-	-
	T ₃	4,1	2,3	-	-	-	-	-
Zeitverlauf Belastungen (M (SD))								
		**	**	***	***	***	***	
Familie	T ₁	3,9	3,5	4,0 (1,30)	4,1 (1,10)	3,0 (1,41)	2,6 (1,37)	-
	T ₂	-	-	-	-	2,3 (1,30)	1,9 (1,17)	-
	T ₃	1,9	1,6	1,8 (1,31)	1,6 (1,03)	2,3 (1,51)	1,8 (1,16)	-
Arbeit	T ₁	3,6	3,5	3,9 (1,35)	3,8 (1,41)	3,7 (1,55)	2,6 (1,46)	-
	T ₂	-	-	-	-	2,4 (1,41)	2,0 (1,27)	-
	T ₃	1,7	1,5	1,9 (1,47)	1,4 (1,05)	2,2 (1,47)	1,4 (0,92)	-
Freundschaften	T ₁	3,0	2,6	3,2 (1,37)	3,1 (1,32)	2,6 (1,35)	2,1 (1,17)	-
	T ₂	-	-	-	-	2,0 (0,09)	1,7 (1,07)	-
	T ₃	1,6	1,4	1,8 (1,26)	1,6 (1,02)	2,1 (1,41)	1,4 (0,84)	-
psychische Beschwerden insgesamt	T ₁	2,8 (1,4)	2,5 (1,3)	-	-	2,7 (1,21)	2,3 (1,32)	-
	T ₂	1,9 (1,0)	1,8 (1,0)	-	-	2,2 (1,13)	1,8 (1,15)	-
	T ₃	1,9 (1,2)	1,7 (1,0)	-	-	2,5 (1,29)	2,0 (1,11)	-

*Die aufgeführten Werte addieren sich nicht zu 100%, da die Kategorien "Hausfrau / Hausmann", "Altersrente", "Umschulung / Ausbildung" und "Arbeitsbeschaffungsmaßnahme" nicht in den angegebenen Kategorien enthalten sind.

**1 = überhaupt nicht, 2 = ein wenig, 3 = ziemlich, 4 = stark, 5 = sehr stark

***1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

Fehlende Angaben in der Tabelle beruhen auf fehlenden Angaben in den veröffentlichten Studiendaten.

Im Zeitverlauf der drei STZ-Studien sind zunächst 37% aller Patienten zu Beginn der Reha erwerbstätig (Fachklinikpatienten seltener als Tagesklinikpatienten). In der zweiten retrospektiven Studie ist der Anteil höher (50% insgesamt) und unterscheidet sich nicht zwischen den Gruppen. In der prospektiven Studie ist der Erwerbstätigenanteil niedriger (insgesamt 43%) und die geringeren Werte der Fachklinikpatienten unterscheiden sich nicht signifikant von denen der Tagesklinikpatienten.

Der Erwerbslosenanteil steigt im Verlauf (insgesamt 30 / 40 / 46%), die Gruppenunterschiede sind jeweils nicht signifikant. Die Nichterwerbstätigenrate liegt nur für die zwei aktuelleren Studien vor. Sie beträgt insgesamt 10 und 11%.

Die beruflichen Ausgangsbedingungen der Patienten verändern sich also im Zeitverlauf.

Zum Katamnesezeitpunkt haben sich jeweils die Erwerbstätigenraten geändert. Während in der ersten retrospektiven Studie der Erwerbstätigenanteil in beiden Gruppen steigt, sinkt er in der anschließenden Studie in beiden Gruppen und bleibt in der prospektiven Erhebung etwa konstant.

Eindeutig positive Effekte hinsichtlich der Wiedereingliederung der Rehabilitanden werden in der ersten retrospektiven Studie erzielt. Dort steigt in beiden Gruppen zwischen Reha-Beginn und

Katamnesezeitpunkt die Erwerbstätigenrate, der Anteil Erwerbsloser und Arbeitsunfähiger sinkt. In der nachfolgenden retrospektiven Studie vollziehen sich gegenläufige Veränderungen. Die Erwerbstätigenrate sinkt, der Anteil Erwerbsloser und Nichterwerbstätiger steigt. In der prospektiven Studie verringert sich bei den Fachklinikpatienten der Anteil Erwerbstätiger zu T₃ geringfügig, wohingegen er sich bei den Tagesklinikpatienten erhöht. In beiden Gruppen sinkt die Rate der Erwerbslosen, die Nichterwerbstätigenrate steigt an.

Die Entwicklungen zum Katamnesezeitpunkt unterscheiden sich in den beiden aktuelleren Studien von denen der ersten Erhebung. In diesen Gruppen kommt es zu einem Anstieg der Nichterwerbstätigenrate. Dieser Anstieg beruht zum Teil auf einer erhöhten Anzahl von Erwerbsminderungsrenten, aber auch von Patienten, die eine Umschulung oder Ausbildung durchführen oder Altersrente beziehen.

In der FVS-Katamnese verlaufen die Entwicklungen zwischen T₁ und T₃ richtungsgleich zur zweiten retrospektiven STZ-Studie. Die Ausgangsbedingungen sind jedoch positiver: Die Erwerbstätigenrate ist höher und die Erwerbslosenrate niedriger.

Die Arbeitslosenraten der STZ-Patienten zu T₁ steigen im Verlauf der Erhebungszeiträume (Behandlungsbeginn der Patienten). In der Hamburger Allgemeinbevölkerung ist ein anderer Verlauf der Arbeitslosenrate zu verzeichnen. Sie ist im Zeitraum 08/1998 bis 12/2005 zwischen 9,8 und 14,1% variiert (zitiert nach Lotz-Rambaldi, Buhk et al. 2006). Die Arbeitslosenquote der STZ-Patienten liegt zu allen Zeitpunkten erheblich über diesen Werten. Das Phänomen, dass Alkoholabhängige von den erschwerten Arbeitsmarktbedingungen und den erhöhten Arbeitsmarktanforderungen massiver betroffen sind als andere Bevölkerungsgruppen, ist bereits von Henkel und Grünbeck (2005) beschrieben worden. Während des Behandlungsbeginns der Patienten der ersten retrospektiven Studie ist die Arbeitslosenquote in Hamburg von 12,5 auf 10,0% gesunken. Zu Behandlungsbeginn der Patienten der zweiten Studie ist die Quote von 10,0 auf 11,3% gestiegen. Ebenfalls gestiegen ist die Quote während der T₁-Erhebung der prospektiven Studie und zwar von 11,3 auf 12,4%. Die Hamburger Arbeitslosenquote hat sich nicht kontinuierlich erhöht, wie es für die Patienten des STZ gilt.

Die zunehmend negativen Ausgangsbedingungen der STZ-Patienten spiegeln daher nicht Entwicklungen in der Allgemeinbevölkerung wieder. Die Arbeitslosenraten sind allerdings in Bevölkerungsgruppen von älteren, beruflich gering qualifizierten und gesundheitlich eingeschränkten Personen stärker gestiegen (Henkel und Grünbeck 2005). Insbesondere die Fachklinikpatienten zeichnen sich zu einem großen Anteil durch diese Merkmale aus.

Die subjektiv erlebten Belastungen²² innerhalb der Familie und Partnerschaft zu Beginn der Reha schwanken in den Studien zwischen 2,6 und 4,1. In der prospektiven Studie sind die Ausgangsbelastungen der Patienten etwas geringer als in den vorherigen Erhebungen. Möglich ist, dass sich in diesen geringeren Belastungsangaben Bagatellisierungstendenzen Alkoholabhängiger vor der Therapie zeigen, die in prospektiven Erhebungen sichtbar werden. Dies hat zur Folge, dass Verringerungen kleiner erscheinen als sie es in der Realität sind. Zu allen Zeitpunkten wird durch die Reha im STZ eine deutliche Reduktion der erhobenen Beschwerden erreicht, die für die prospektiv befragten Patienten vergleichsweise gering ausfällt.

Die Ausgangsbelastungen durch die Sucht in Arbeit und Beruf bleiben stabil im Zeitverlauf und werden als ähnlich hoch erlebt (Werte zwischen 3,5 und 3,9). Eine Ausnahme bilden hier die prospektiv befragten Tagesklinikpatienten, die sich geringer belastet fühlen (2,6). Auch in diesem Bereich erleben die Patienten die Reha als erfolgreich und fühlen sich zum Katamnesezeitpunkt weniger belastet.

²²Erhoben auf Skalen von 1 = überhaupt nicht, 2 = ein wenig, 3 = ziemlich, 4 = stark, 5 = sehr stark bzw. 1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr.

Freundschaften werden zu Beginn der Reha von allen Gruppen als geringer belastet erlebt als die anderen Bereiche, insbesondere von den Tagesklinikpatienten der prospektiven Studie. Auch in diesem Bereich werden von allen Patientengruppen im Mittel Verbesserungen durch die Reha erlebt.

In den drei erhobenen Bereichen sind die Tagesklinikpatienten der prospektiven Studie zu Beginn der Reha vergleichsweise gering belastet. Trotz der geringen Ausgangswerte erreichen sie positive Veränderungen durch die Reha, die noch zum Katamnesezeitpunkt anhalten. Die Fachklinikpatienten haben ähnliche Ausgangsbelastungen wie die Patienten der anderen Studien, erreichen jedoch vergleichsweise geringe Verbesserungen durch die Reha.

Psychische Beschwerden insgesamt werden nur innerhalb der ersten retrospektiven und der prospektiven Studie erhoben. Zu Beginn der Reha sind jeweils die Fachklinikpatienten etwas stärker belastet. Zum Ende der Reha anhaltend bis zum Katamnesezeitpunkt verringern sich in der retrospektiven Studie in beiden Gruppen die Beschwerden. Die Patienten der prospektiven Studie erleben zu T₂ eine leichte Verbesserung und im Katamnesezeitraum einen geringfügigen Anstieg der Beschwerden.

32 Diskussion

Zwischen den vier vorgestellten Studien bestehen deutliche Unterschiede hinsichtlich relevanter Merkmale. Der Vergleich der STZ-Studien zeigt eine im Verlauf der drei Erhebungszeiträume wachsende Heterogenität von Fach- und Tagesklinikpatienten. Zu Beginn der Eröffnung der Tagesklinik unterscheiden sich beide Patientengruppen nur geringfügig voneinander.

In der Stichprobenbeschreibung der ersten Studie (Tabelle 127) zeigt sich, dass die Gruppen - mit Ausnahme des Anteils fester Partnerbeziehungen - ähnliche Ausgangsbedingungen aufweisen. Auch in der nachfolgenden retrospektiven Studie unterscheiden sich die Ausgangsbedingungen (vgl. Kapitel 26 und 27) von Tages- und Fachklinikpatienten kaum. In den Ergebnisvariablen bestehen lediglich einige nicht signifikante Unterschiede, die in der Tendenz auf einen stärkeren Alkoholkonsum der Fachklinikpatienten hinweisen.

Die Stichproben der prospektiven Studie unterscheiden sich hingegen maßgeblich (vgl. auch Kapitel 19 und 20). Fachklinikpatienten sind geringer sozial integriert (weniger feste Partnerbeziehungen, mehr Scheidungen, häufiger allein wohnend und seltener eigenständig wohnend, häufiger alkoholabhängige Partner) und beruflich weniger erfolgreich (vor der Reha sind sie seltener erwerbstätig und häufiger erwerbslos, haben einen niedrigeren Schichtindex und ein geringeres Familiennettoeinkommen). Sie trinken häufiger und in größeren Mengen Alkohol. Fachklinikpatienten leiden stärker unter psychischen Beschwerden; wichtige Lebensbereiche, insbesondere Arbeit und Beruf, sind stärker durch die Sucht belastet. Bezüglich der Ausgangsbedingungen unterscheiden sich in der prospektiven Studie Fach- und Tagesklinikpatienten in der Mehrzahl der Merkmale mit kleiner bis mittlerer Effektstärke.

Eine mögliche Erklärung für die zunehmende Unterschiedlichkeit der Gruppen ist, dass sich im Verlauf eine differenziertere Zuweisung der Patienten in das jeweilige Setting entwickelt hat. Mit zunehmender Etablierung der Tagesklinik scheint eine stärkere Selektion der Fachklinikpatienten stattgefunden zu haben. Das STZ hat durch das Angebot von Indikationsgruppen und arbeitstherapeutischen Behandlungsangeboten in den letzten Jahren den Ruf entwickelt, auf die Behandlung von komorbid erkrankten und schwer abhängigen Patienten ausgerichtet zu sein. Dies kann Einfluss auf die Zuweisung durch

Suchtberatungsstellen haben, die sozial, beruflich oder psychisch besonders beeinträchtigte Patienten möglicherweise zunehmend an die Fachklinik des STZ verweisen.

Die Tagesklinik hat aufgrund des hohen Patientenaufkommens 2005 die Behandlungsplätze von 24 auf 33 ausweiten können. Da es trotzdem eine umfangreiche Warteliste gegeben hat, ist eine Auswahl der für eine tagesklinische Behandlung geeigneten Patienten zunehmend möglich gewesen. Stärker beeinträchtigte oder während der Wartezeit rückfällige Patienten sind der stationären Behandlung zugewiesen worden. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass während des Zeitraums der prospektiven Studie eine stärkere Selektion der Patienten stattgefunden hat, die sich in den Ergebnissen widerspiegelt.

Die Abstinenzraten variieren zwischen den drei STZ-Studien erheblich. Im Zeitverlauf sinken die Abstinenzraten der Fachklinikpatienten, die der Tagesklinikpatienten nehmen in der prospektiven Studie deutlich zu. In der prospektiven Studie bestehen erhebliche Ergebnisunterschiede zwischen den Gruppen. Aus der Fachklinik bleiben weniger Patienten abstinent; zudem trinken die rückfälligen Patienten nach der Reha mehr Alkohol als rückfällige Tagesklinikpatienten. Die Veränderungen zwischen Reha-Beginn und Katamnesezeitpunkt sind in beiden Gruppen ähnlich groß. Auch die Fachklinikpatienten erreichen durch die Reha überwiegend positive Veränderungen. Beispielsweise entspricht die Reduktion der Alkoholmenge und der Konsumtage zwischen T_1 und T_3 in beiden Gruppen großen Effekten. Auch in den Bereichen Familie, Arbeit und Freundschaften erreichen beide Gruppen Verbesserungen durch die Reha.

Die prospektiv erhobenen Daten des STZ weisen also darauf hin, dass sich die Fachklinikpatienten durch Ausgangsbedingungen auszeichnen, die gemeinhin mit einem negativen Reha-Ergebnis korrespondieren. Bei der Prüfung von Einflussfaktoren auf die katamnestiche Abstinenzrate hat sich von den getesteten Stichprobenmerkmalen der Erwerbsstatus zu T_1 als Confounder herausgestellt. Es ist außerdem zu vermuten, dass die durchweg negativeren Ausgangsmerkmale der Fachklinikpatienten sich kumulieren und insgesamt einen negativen Einfluss auf den Behandlungserfolg zu T_3 haben.

Süß (1995) hat in seiner Meta-Analyse die prognostische Bedeutung von beruflicher Integration geprüft. Er hat u.a. gezeigt, dass Studien, deren Stichproben einen Arbeitslosenanteil von mindestens 45% haben, hoch signifikant geringere, nämlich weniger als halb so gute Ergebnisse erzielen wie andere Studien. Dies trifft auf die Fachklinikpatienten der prospektiven Studie zu. Dieser Umstand erklärt vermutlich einen Teil der Ergebnisunterschiede.

Rückfall und Arbeitslosigkeit bedingen sich, wie bereits ausgeführt, zum Teil gegenseitig. Einen Hinweis auf die vergleichsweise geringe berufliche Integration der Fachklinikpatienten des STZ liefert die Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe (Sonntag, Hellwich et al. 2007), für die Daten von 36.102 stationär behandelten Patienten ausgewertet worden sind. Hier wird als durchschnittlicher Wert für stationär behandelte Patienten eine Rate von Arbeitslosen und Nichterwerbstätigen von 54% angegeben. Während dieser Anteil in der zweiten retrospektiven Erhebung mit jeweils 50% in beiden Gruppen leicht unterschritten wird, sind in der prospektiven Studie 60% der Fach- und 54% der Tagesklinikpatienten diesen beiden Kategorien zugehörig. In den FVS-Einrichtungen sind es lediglich 43%.

Eine weitere Hypothese zur Erklärung der Ergebnisdifferenzen ist, dass die Fachklinikpatienten aufgrund ihrer geringeren sozialen und psychischen Stabilität die Erwerbslosigkeit weniger gut kompensieren können als Tagesklinikpatienten. Möglicherweise potenzieren sich in der Wahrnehmung der Fachklinikpatienten ihre vergleichsweise negativen Merkmale, da sie Defizite nicht durch positive Bedingungen oder Erlebnisse in anderen Bereichen kompensieren können. Beispielsweise könnte ein arbeitsloser Fachklinikpatient mehr unter der Arbeitslosigkeit leiden als ein arbeitsloser Tagesklinikpatient, weil er weniger kompensierende Erfolgserlebnisse oder

Bestätigung in sozialen Beziehungen hat. Dies würde bedeuten, dass neben den erhobenen Merkmalsunterschieden zusätzlich auch die Qualität der Merkmale zwischen den Gruppen differiert.

Möglich ist auch, dass sich die Arbeitslosen beider Kliniken hinsichtlich der Dauer der Arbeitslosigkeit unterscheiden. Langzeitarbeitslose haben im Vergleich zu kurzzeitig Arbeitslosen geringere Wiedereingliederungschancen. Trotz eigener und institutioneller Bemühungen erhalten nur vergleichsweise wenig Langzeitarbeitslose eine Arbeitsstelle. Sie haben eine deutlich erhöhte Rückfallgefahr (Henkel und Grünbeck 2005) und stehen seit der Umsetzung des Hartz-IV-Gesetzes im Januar 2004 unter verstärktem finanziellen Druck. Alkoholabhängige Arbeitslose begeben sich zunehmend in Suchthilfeinrichtungen, da ihnen anderenfalls eine Reduktion oder Einstellung der Arbeitslosenunterstützung droht. Im Verlauf der drei Erhebungszeiträume der STZ-Studien haben sich sowohl die Arbeitslosenraten als auch die Belastungen der Arbeitslosen erhöht.

Der Anteil Langzeitarbeitsloser kann anhand der Fragebogendaten nicht ermittelt werden. Lediglich der Anteil von Patienten, die seit Reha-Ende arbeitslos sind, ist erhoben worden; er gleicht sich in Fach- und Tagesklinik. Die genannten Hypothesen sind daher nicht zu validieren. Ein Zusammenhang zwischen dem Erwerbsstatus und Abstinenz ist aber eindeutig zu berichten.

Die zunehmenden Gruppenunterschiede können zudem begründet sein durch die kontinuierliche Abnahme der Behandlungsdauer. Von dieser sind die Fachklinikpatienten massiver betroffen als die Tagesklinikpatienten. Da sich die Dauer der Regelbehandlung im Verlauf der letzten Jahre nicht verändert hat, muss es andere Einflüsse gegeben haben, die zu einer Abnahme der Behandlungsdauer geführt haben. Generell herrscht im Gesundheitssystem ein zunehmender Kostendruck, der u.a. dazu führt, dass vermehrt kurze Behandlungszeiten bewilligt werden. In der Fachklinik wird ein größerer Anteil von Auffangbehandlungen mit einer Bewilligungsdauer von sechs bis acht Wochen sowie Wiederholungsbehandlungen mit einer Dauer von zehn Wochen durchgeführt. Nach den Erfahrungen des Behandlungsteams des STZ wünschen sich außerdem zunehmend mehr Patienten eine kurze Behandlung aus Sorge, ihren Arbeitsplatz bei längerem Fernbleiben zu verlieren. Patienten werden zudem in der Regel etwas früher entlassen, wenn sich dadurch eine sonst nicht bestehende Chance für einen neuen Arbeitsplatz ergibt.

Der mutmaßliche negative Einfluss der Abnahme der Behandlungsdauer entspricht einem Ergebnis von Sonntag und Künzel (2000), das besagt, dass bei Patienten mit überdurchschnittlichem Schweregrad der Abhängigkeit eine kürzere Behandlungsdauer zu niedrigeren Erfolgsaussichten führt. Auch Zemlin, Herder et al. (1999) haben berichtet, dass sich bei Patienten mit günstiger Prognose die Abstinenzraten seit der Behandlungsdauerverkürzung nicht verändert haben, wohingegen es bei Patienten mit mittlerer oder ungünstiger Prognose erhebliche Verringerungen der Abstinenzrate gegeben hat.

Möglicherweise spielen beim Rückgang der Abstinenzraten auch Veränderungen der stationären Behandlung eine Rolle. In der Fachklinik hat es zu Beginn des Erhebungszeitraums der prospektiven Studie einschneidende Veränderungen gegeben. Ein Wechsel in der Leitung des STZ ist mit einer Veränderung der ärztlichen Zuständigkeit für beide Patientengruppen verbunden gewesen. Diese Veränderungen könnten sich in den Entscheidungen über Arbeitsfähigkeit von Patienten in den Entlassberichten oder in der Auslegung der Definition der Entlassart niedergeschlagen haben. Einige der Unterschiede der drei STZ-Studien sind vermutlich auf diese Veränderungen zurückzuführen. Zudem ist zum gleichen Zeitpunkt das Behandlungsangebot erweitert worden, beispielsweise ist ab Oktober 2004 die Einrichtung von Indikationsgruppen und breitgefächerten arbeitstherapeutischen Angeboten erfolgt.

Gegen diese Hypothese spricht, dass auch in der prospektiven Studie die Zufriedenheitsurteile der Patienten ähnlich hoch ausfallen wie in den zeitlich vorangegangenen Studien. In den drei

Studien sind die Fachklinikpatienten in einigen Merkmalen unzufriedener mit der Reha als Tagesklinikpatienten. Dieses Ergebnis korrespondiert mit der geringeren Erfolgsrate der Fachklinikpatienten.

Möglich ist auch, dass die erhöhte Rückfallhäufigkeit ein Hinweis auf ein verändertes Bewusstsein der Patienten ist. Im STZ ist in den letzten Jahren besonderer Wert auf die Auseinandersetzung mit den rückfallauslösenden Bedingungen und Ursachen gelegt worden. Patienten werden angeregt, einen Rückfall nicht als Rückschritt und Katastrophe anzusehen. Dies erleichtert es den Rehabilitanden, Rückfälle einzugestehen. Vermutlich hat eine Veränderung dahingehend stattgefunden, dass von Patienten ein einmaliger geringfügiger Alkoholkonsum als Rückfall definiert und bei der Befragung angegeben wird, wohingegen zuvor kurzzeitige Rückfälle bagatellisiert und verheimlicht worden sind. Das Zutreffen dieser Hypothese kann anhand der Daten nicht geprüft werden. Ein Hinweis darauf könnte sein, dass die Fachklinikpatienten der prospektiven Studie zuversichtlich sind, in den folgenden zwölf Monaten abstinent zu bleiben, obwohl ein großer Anteil bereits rückfällig geworden ist. Diese Zuversicht im Sinne einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung zu vermitteln, ist ein Bestandteil der Behandlung am STZ.

Der Unterschied der Abstinenzrate zwischen Fach- und Tagesklinikpatienten ist damit allerdings nicht erklärt, da der veränderte Umgang mit Rückfällen in beiden Settings praktiziert wird.

33 Fazit und Ausblick

Mit den drei durchgeführten Erhebungen am STZ sind sämtliche Behandlungsjahrgänge seit der Etablierung der Tagesklinik Ende 1997 erreicht worden. Ziel dieser Studien ist, die Rehabilitation zu evaluieren und Verlaufsdaten der Behandlung am STZ zu erheben sowie die teilstationäre und stationäre Behandlung vergleichend zu betrachten.

Die Erhebungen sind trotz ähnlicher Fragebögen nicht ohne Einschränkungen miteinander vergleichbar. Relevante Unterschiede betreffen die Zeitpunkte der Studiendurchführung, die Katamnesezeiträume, die Responseraten und das jeweilige Untersuchungsdesign. Ein Vergleich zwischen verschiedenen Entwöhnungseinrichtungen ist generell nur eingeschränkt zulässig, da auch hier einige Unterschiedlichkeiten, beispielsweise die Lage der Einrichtungen sowie die jeweiligen Zielgruppen, nicht hinreichend zu kontrollieren sind. Diese in Kapitel 31 ausführlich beschriebenen Differenzen haben Einfluss auf die Studienergebnisse. Die in der vorliegenden Arbeit vorgenommene studienübergreifende Darstellung und Diskussion ist daher unter Berücksichtigung zahlreicher Einflussfaktoren erfolgt.

Ein wesentliches Ergebnis ist die Differenz zwischen der katamnestischen Abstinenzrate der Fach- und der Tagesklinikpatienten in der prospektiven Studie. Die Fachklinikpatienten der prospektiven Studie erreichen eine vergleichsweise geringe Abstinenzrate. Da dieses Ergebnis versorgungspolitisch und vor dem Hintergrund höherer Kosten einer stationären Rehabilitation problematisch erscheint, soll es genauer betrachtet werden.

Bei der Bewertung dieses Ergebnisses ist zu beachten, dass die Fachklinik konzeptionell ausgerichtet ist auf stärker belastete Patienten mit geringer sozialer und beruflicher Einbindung und demzufolge hoher Rückfallgefahr. Die zuweisenden Einrichtungen differenzieren offensichtlich in diesem Sinne zwischen Tages- und Fachklinik.

Fachklinikpatienten sind zu Beginn der Reha in fast allen erhobenen Bereichen stärker belastet (soziodemographische Merkmale, Arbeitssituation, Alkoholkonsum, psychische Belastungen, siehe Kapitel 19 bis 21). Auch zum Katamnesezeitpunkt weisen sie u.a. bezüglich der Abstinenzrate, der psychischen Beschwerden und Belastungen durch die Sucht in wichtigen Lebensbereichen negativere Merkmale auf als Tagesklinikpatienten. Rückfällige Fachklinikpatienten trinken häufiger und in größeren Mengen Alkohol als rückfällige Tagesklinikpatienten.

Fachklinikpatienten erreichen durch die Reha jedoch auch entsprechend der Tagesklinikpatienten in vielen Bereichen deutliche Verbesserungen. Nach der Rehabilitation sind die Zeiten durchgängiger Abstinenz länger, rückfällige Fachklinikpatienten trinken weniger und seltener (jeweils mit großer Effektstärke) als vor der Reha.

Ob es auch eine differenzierte Zuweisung zwischen verschiedenen stationären Einrichtungen gibt, kann anhand der vorliegenden Studiendaten nicht beantwortet werden. Die unterschiedlichen Erwerbstätigenraten zwischen den FVS-Einrichtungen und dem STZ sprechen jedoch dafür (siehe Tabelle 129). In der vorliegenden prospektiven Untersuchung wird von den geprüften Ausgangsmerkmalen im Gegensatz zu anderen Studien lediglich für den Erwerbsstatus eine Prädiktorqualität nachgewiesen. Eine Hypothese ist, dass sich zusätzlich die Kombination von Ausgangsbelastungsfaktoren insgesamt nachteilig auf einen Rehabilitationserfolg auswirkt.

Grundsätzlich entspricht daher durch die anzunehmende differenzierte Zuweisung eine tatsächlich höhere Rückfallquote der Fachklinikpatienten den Erwartungen. Es ist durchaus denkbar, dass für diese Patientenpopulation ein mittelfristiger Behandlungserfolg (Abstinenz im Katamnesezeitraum) für 38% der Patienten bereits ein gutes Ergebnis darstellt. Möglicherweise lässt sich für diese Patientengruppe innerhalb der von den Kostenträgern vorgegebenen Behandlungsdauer kein mit den Tagesklinikpatienten vergleichbares Ergebnis erzielen.

Um den trotz des hohen Behandlungsaufwands vergleichsweise geringen Reha-Erfolg der Fachklinik zu verstehen und Anhaltspunkte für Behandlungsempfehlungen zu erhalten, werden die nicht erfolgreichen, d.h. im Katamnesezeitraum rückfälligen Fachklinikpatienten differenziert betrachtet. Spezifika dieser Gruppe sind in Abschnitt 23.5 in Tabelle 77 aufgeführt.

Abstinente und rückfällige Fachklinikpatienten unterscheiden sich allerdings nur geringfügig durch Merkmale, die von der Einrichtung nicht beeinflussbar sind (Confounder). Unterschiede sind lediglich anhand der Häufigkeitsverteilungen ersichtlich und erweisen sich statistisch als nicht signifikant: Unter den rückfälligen Fachklinikpatienten erscheint der Anteil Erwerbsloser und der Anteil von Patienten mit Wiederholungsbehandlungen (Entgiftung und Entwöhnung) erhöht.

Abstinente und rückfällige Fachklinikpatienten unterscheiden sich hingegen in einigen Behandlungsmerkmalen, die als Prädiktoren wirken. Hierbei handelt es sich um Merkmale, die grundsätzlich durch Maßnahmen der Einrichtung beeinflussbar sein können. Unter den zu T₃ Rückfälligen sind Patienten mit Rückfall während der Reha und solche, die die Behandlung vorzeitig abbrechen, deutlich häufiger vertreten (mittlerer Effekt). Patienten, die zum Ende der Reha eine hohe Abstinenzsicherheit für die folgenden zwölf Monate haben, werden seltener rückfällig (großer Effekt). Patienten, die zu T₃ erwerbstätig sind, sind ebenfalls häufiger abstinent (kleiner Effekt).

Diese Merkmale liefern Hinweise für Veränderungspotential in den Maßnahmen des STZ. Um die Abstinenzrate innerhalb der Fachklinik zu erhöhen, sollte ein vorrangiges Ziel sein, Fachklinikpatienten, die den oben genannten Gruppen angehören, besser zu erreichen.

Beispielsweise sollte verstärkt Aufmerksamkeit darauf gerichtet werden, frühzeitig Patienten zu erkennen, die gefährdet sind, die Reha vorzeitig zu beenden. Das Behandlungskonzept kann dahingehend überprüft werden, ob Modifikationen hinsichtlich des Umgangs mit disziplinarischen Entlassungen nötig und umsetzbar sind. Weiterhin sollte ein Fokus auf die erwerbslosen Patienten gerichtet werden. Neben der Weiterführung der Reintegrationsmaßnahmen könnte eine intensivere Anbindung an Freizeitangebote sinnvoll für die Abstinenzsicherung sein, da diese den erwerbslosen Patienten ebenfalls Halt gebende Struktur bieten können.

Es ist allerdings davon auszugehen, dass es sich bei den Fachklinikpatienten und insbesondere bei solchen mit Behandlungsabbruch, Rückfall während der Reha oder mit geringer Abstinenzsicherheit um Patientengruppen handelt, die vergleichsweise geringe Chancen auf Therapieerfolg haben. Die genannten Merkmale sprechen dafür, dass diese Patienten psychisch besonders instabil und stärker strukturell gestört sind.

Die Ergebnisse in Abschnitt 22.2 zeigen, dass im STZ umfangreiche Therapiemaßnahmen angeboten werden, die sowohl Indikationsgruppen für komorbide psychische Störungen beinhalten, als auch Maßnahmen zur beruflichen Integration. Im Mittel werden diese Angebote von den Rehabilitanden positiv bewertet. Es wird dadurch deutlich, dass nicht unbegrenzt eine Ausweitung der Therapieangebote oder eine Intensivierung der Therapieinhalte gefordert werden und stattfinden kann. Die Möglichkeit, durch interne Veränderungen eine bedeutsame Verbesserung der stationären Reha im STZ zu erreichen, erscheint also begrenzt.

Für hoch belastete und schwerwiegend gestörte Patienten ist eine stationäre Behandlung in der Regel langfristig nicht ausreichend, um die Suchtprobleme zu bewältigen. Gerade bei anzunehmenden innerpsychischen strukturellen Defiziten muss eine längerfristige Unterstützung und die Inanspruchnahme weiterführender Maßnahmen nach der Reha initiiert werden. Insbesondere die Fachklinikpatienten brauchen eine gute Überleitung in haltgebende nachstationäre Angebote, an die sie eng angebunden sind.

Das STZ kooperiert mit einem umfangreichen Netzwerk solcher Behandlungseinrichtungen. In der prospektiven Studie haben jedoch 31% der Fachklinikpatienten während der Reha keinen Kontakt zu weiterbehandelnden Einrichtungen aufgenommen (siehe Abschnitt 22.2.2). 22% der Fachklinikpatienten haben nach der Reha keine Weiterbehandlungen in Anspruch genommen (siehe Abschnitt 23.4). Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass hier noch Verbesserungspotential besteht.

Eine Verbesserung der Vorbereitung auf die Weiterbehandlung inklusive des Aufbaus einer entsprechenden stabilen Motivation sowie eine sichere Überleitung in diese weiterführenden ambulanten Maßnahmen erscheint im Vergleich zu einer Ausweitung der Behandlungsangebote in der Einrichtung selbst erfolgversprechender.

Als zusätzliches Ziel ist eine Verbesserung der nachstationären Behandlung bzw. Betreuung zu wünschen. Weitere rehabilitationswissenschaftliche Forschung sollte u.a. zum Ziel haben, aufzuzeigen, in welchen Bereichen Optimierungsbedarf im Sinne einer Neukonzeption oder Ausweitung nachstationärer Behandlungsinhalte besteht - insbesondere bezogen auf bisher nicht erreichte Teilgruppen.

Die Ergebnisse der tagesklinischen Rehabilitation am STZ fallen positiv aus. Zentral ist das Erreichen einer vergleichsweise hohen katamnesticen Abstinenzrate. Des Weiteren werden durch die Reha die psychische Symptombelastung und die Belastungen durch die Sucht in wichtigen Lebensbereichen reduziert. Die Tagesklinikpatienten äußern sich überwiegend zufrieden mit der Behandlung und dem gewählten Setting. Der Anteil planmäßiger Beendigungen ist hoch.

Es lässt sich daher der Schluss ziehen, dass die tagesklinische Behandlung am STZ für die Teilgruppe der vergleichsweise stärker sozial und beruflich integrierten Patienten eine erfolgreiche und zudem kostengünstige Behandlung darstellt.

Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, in der Versorgungslandschaft in Deutschland zukünftig vorhandene tagesklinische Konzepte stärker zu nutzen und möglichst weitere ganztägig ambulante Rehabilitationsangebote zu implementieren.

Eine ambulante Suchtrehabilitation von Alkoholabhängigen ist durch ihre Regionalität charakterisiert, die den Verbleib der Rehabilitanden in ihrem gewohnten Lebensumfeld, den Einbezug von Angehörigen, Arbeitserprobungen und die Anbindung an weiterführende Suchthilfeangebote ermöglicht. Voraussetzung für eine Implementierung tagesklinischer Angebote ist daher die Wohnortnähe der Einrichtungen.

G) Abkürzungsverzeichnis

BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, heute Deutsche Rentenversicherung Bund
BU/EU	Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeitsrente, heute Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung
DGSS	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie
DHS	Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V.
DRG	Diagnosis-Related-Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen)
DRV	Deutsche Rentenversicherung Bund
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen)
EVARS	Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht
FVS	Fachverband Sucht e.V.
GGT	γ -Glutamyltransferase
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GRV	gesetzliche Rentenversicherung
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation psychischer Störungen)
ICF	International Classification of Functioning and Disability (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
IFT	Institut für Therapieforschung gGmbH
KTL	Klassifikation Therapeutischer Leistungen
M	Mittelwert
MCV	mean corpuscular volume (mittleres Erythrozyteneinzelvolumen)
n.s.	nicht signifikant
Pat.	Patient/en
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
Reha	Rehabilitation
SD	Standard Deviation (Standardabweichung)
STZ	SuchtTherapieZentrum Hamburg
T ₁	Reha-Beginn
T ₂	Reha-Ende
T ₃	Sechs-Monats-Katamnese
T _r	Katamnesezeitpunkt der retrospektiven Studie
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
WFG	Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

H) Literaturverzeichnis

Anderson, P. und B. Baumberg (2006). Alkohol in Europa - Eine Public Health Perspektive. Institute for Alcohol Studies UK.

AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, et al. (2001). Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen. Verfügbar unter: <http://www.dhs-intern.de/pdf/Vereinbarung.pdf> (abgerufen am 15.05.2007).

BAR (2003). Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Frankfurt am Main.

Bartsch, G. (2007). Alkohol in Europa. In: DHS (Hrsg.), Jahrbuch Sucht. 193-205. Geesthacht: Neuland.

Bauer, U., H. Wolfram, et al. (1995). Langzeit-Katamnesen Alkoholabhängiger über 10 bis 14 Jahre nach stationärer viermonatiger Entwöhnungsbehandlung - Erfolgsmerkmale und Mortalität. Sucht, 41, 384-394.

Becker, K., N. Leitner, et al. (1986). Soziales Umfeld von Alkoholikern bei Klinikentlassung und sein Einfluss auf den Behandlungserfolg. Psychiat. Prax., 13 (4), 121-127.

Beckmann, U., E. Baumgarten, et al. (2006). Aktuelle Entwicklungen in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (498-500). Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften.

Beneker, C. (2006). Modulare Suchttherapie. Ärzte Zeitung. Verfügbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2006/11/02/196a0801.asp?cat=/medizin/alkohol> (abgerufen am 15.05.2007).

Bergmann, E. und K. Horch (2000). Ökonomische Bewertung von gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums. Sucht Aktuell, 2, 14-18.

Bischoff, R., M. Simm, et al. (2004). Suchtforschung auf neuen Wegen. Bonn.

Bloemeke, U. (2004). Zur Wirksamkeit einer ambulanten Suchtrehabilitation für Alkoholabhängige in einer Tagesklinik. Ergebnisse einer retrospektiven katamnestischen Untersuchung. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Hamburg.

Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin Heidelberg: Springer.

Bortz, J. (2004). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer.

Bortz, J. und N. Döring (2002). Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin Heidelberg: Springer.

Brenner, R., W. Funke, et al. (2005). Komponentenevaluation: Besonderheiten und erste Ergebnisse aus zwei Trägerverbänden der ambulanten Suchtrehabilitation. Sucht Aktuell, 2, 38-42.

Buhk, H., W. Busche, et al. (2001). Ergebnisse einer Studie zur ambulanten Akupunkturbehandlung von alkohol- und medikamentenabhängigen Klienten in einer Beratungsstelle. Suchttherapie, 2, 35-44.

Bühringer, G., R. Augustin, et al. (2000). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Bullinger, M. und I. Kirchberger (1998). Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handbuch für die deutschsprachige Fragebogen-Version. Göttingen: Hogrefe.

Bundesanstalt für Straßenwesen (2005). Pressemitteilung. Verfügbar unter: www.bast.de/pressemitteilung (abgerufen am 14.03.2007).

Bundesfinanzministerium (2007). Steuereinnahmen. Verfügbar unter: http://www.bundesfinanzministerium.de/cln_04/lang_de/nn_4144/DE/Steuern/Steuerschaeztung_einnahmen/Steuereinnahmen/0601011a6001.html (abgerufen am 24.07.2007).

Burger, M., A. Brönstrup, et al. (2000). Alkoholkonsum und Krankheiten Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Bürger, W., S. Dietsche, et al. (2001). Ambulante und stationäre orthopädische Rehabilitation. Ein Vergleich von Strukturmerkmalen, Wirksamkeit und Kosten. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Ciraulo, D. A., J. Piechniczek-Buczek, et al. (2003). Outcome predictors in substance use disorders. The Psychiatric clinics of North America, 26 (2), 381-409.

Clade, H. (1997). Lohnende Investition. Deutsches Ärzteblatt, 94 (38), 18.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2.ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Deutsche Rentenversicherung (2007a). Statistiken Rehabilitation. Forschungsportal. Verfügbar unter: <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/> (abgerufen am 28.02.2007).

Deutsche Rentenversicherung (2007b). Leitlinie für die stationäre und teilstationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. Pilotversion. Ludwig-Maximilians-Universität München.

Deutsche Rentenversicherung (2007c). Peer-Review-Verfahren. Verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_15814/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forschung/02_qualitaetssicherung/peer_review_verfahren.html (abgerufen am 15.05.2007).

DGSS (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. 47.

DHS (2005). Jahrbuch Sucht 2005. Geesthacht: Neuland.

DHS (2006). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Verfügbar unter: http://www.dhs-intern.de/pdf/KDS_Manual_%202007_fin.pdf (abgerufen am 31.03.2007).

DHS (2007). Jahrbuch Sucht 2007. Geesthacht: Neuland.

Dilling, H., W. Mombour, et al., Eds. (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

Dirmaier, J., T. Harfst, et al. (in Press). Effects of prepaid monetary incentives and questionnaire length on follow-up mail survey response rates and outcome measures in inpatient psychotherapy. Journal of Clinical Epidemiology.

Egner, U. (2002). Qualitätssicherung in der Praxis der Sucht-Rehabilitation, aktuelle Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung der BfA. Sucht Aktuell, 9 (2), 70-71.

Egner, U., H. Gewinn, et al. (2006). Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Rehabilitation, 45, 221-231.

Emrick, C. D. (1974). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. 1: The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. Quarterly Journal of studies on Alcohol, 35, 523-549.

Fachverband Sucht e.V. (2006). Verbrauch, Missbrauch, Abhängigkeit - Zahlen und Fakten. Verfügbar unter: <http://www.sucht.de/> (abgerufen am 28.02.2007).

Fäh, M., M. Sieber, et al. (1991). Der Glaube ans Wiederstehen-Können. Eine prospektive Längsschnittstudie zur Vorhersage von Abstinenz bei stationär behandelten Alkoholikern. Sucht, 37, 26-36.

Farin, E. (2005). Die Anwendung Hierarchischer Linearer Modelle für Einrichtungsvergleiche in der Qualitätssicherung und Rehabilitationsforschung. Rehabilitation, 44, 157-164.

Feuerlein, W. und H. Kufner (1989). A prospective Multicentre Study of In-patient Treatment for Alcoholics: 18- and 48-Month Follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). Eur Arch Psychiatr Neurol Sci, (239), 144-157.

Finney, J. W., A. C. Hahn, et al. (1996). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. Addiction, 91 (12), 1773-1796.

Fischer, G., A. Kuhlmeier, et al. (2000/2001). Gutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurz-f-de.pdf> (abgerufen am 28.02.2007).

Franke, G. H. (1995). SCL-90-R Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test.

Geyer, D., A. Batra, et al. (2006). AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. Sucht, 52, 8-34.

Greca, R. (2004). Alkohol, Drogen und Co.- welche Präventionsmaßnahmen helfen? Online Familienhandbuch. Verfügbar unter: http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Fachbeitrag/a_Jugendforschung/s_1459.html (abgerufen am 15.05.2007).

Hanke, M. und U. John (2003). Tabak- oder alkohol-attributable stationäre Behandlungen. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 128, 1387-1390.

Hansmeier, T., W. Müller-Fahrnow, et al. (2000). Zur Frage der strukturellen und organisatorischen Weiterentwicklung der Suchtrehabilitation - Eine versorgungsepidemiologische Problemanalyse. Suchttherapie, 1 (3), 143-154.

Harfst, T., U. Koch, et al. (2002). Entwicklung und Validierung einer Kurzform der Symptom-Checklist-90-R. DRV-Schriften, 33, 71-73.

Henkel, D., P. Dornbusch, et al. (2005). Prädiktoren der Alkoholrückfälligkeit bei Arbeitslosen 6 Monate nach Behandlung: Empirische Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Suchtrehabilitation. Suchttherapie, 6, 165-175.

Henkel, D. und P. Grünbeck (2005). Entwicklung der Arbeitslosenquote in der Suchtrehabilitation und Verlauf der beruflichen Integration der Alkoholabhängiger vor und nach der Rehabilitation: Eine Auswertung von Routinedaten der Rentenversicherungen. Suchttherapie, 6, 155-164.

Henkel, D., U. Zemlin, et al. (2004). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt) - Teil II: Ergebnisse des Therapieverlaufs und der 6-Monatskatamnese. Sucht Aktuell, 1, 21-32.

Holder, H. D. (2000). Die Reduzierung der medizinischen Folgekosten: Kosten-Nutzen-Analysen von Alkoholbehandlungen. Sucht, 46 (3), 193-194.

Holz, A. und J. Leune (1999). Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: DHS (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2000. Geesthacht: Neuland.

Hümmelink, R. und P. Grünbeck (2002). Sozialmedizinische Prognose nach stationärer Sucht-Rehabilitation - aktuelle Auswertungen von Routinedaten der BfA. Sucht Aktuell, 2, 26-30.

Jäckel, W. H. und E. Farin (2004). Qualitätssicherung in der Rehabilitation: Wo stehen wir heute? Rehabilitation, 43, 271-283.

Jülch, F., H.-M. Süß, et al. (2003). Vorhersage von Therapieabbrüchen alkoholabhängiger Patienten in stationärer Entwöhnungsbehandlung. Sucht, 49, 19-27.

Kluger, H., R. Bachmeier, et al. (2003). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation- FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2000 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell, 10 (1), 14-23.

Koch, U., S. Dietsche, et al. (2000). Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung - Programmpunkt 4: Patientenbefragung. Evaluation des Kurzinstruments zur Patientenbefragung nach einer medizinischen Rehabilitation. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Koch, U. und J. Tiefensee (1998). Das 5-Punkte-Programm zur Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. In: D. Hell, J. Bengel und M. Kirsten-Krüger (Hrsg.), Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung. 45-52. Basel: Karger.

Kohlmann, T. und H. Raspe (1998). Zur Messung patientennaher Erfolgskriterien in der medizinischen Rehabilitation: Wie gut stimmen "indirekte" und "direkte" Methoden der Veränderungsmessung überein? Rehabilitation, 37 (Suppl. 1), 30-37.

Küfner, H. (1982). Zur Frage der Verleugnungstendenzen bei Alkoholabhängigkeit. Drogalkohol, 3, 21-36.

Küfner, H. und W. Feuerlein (1989). In-patient treatment for alcoholism. Berlin: Springer.

Lang, P., V. Weissinger, et al. (2002). Frühintervention bei Alkoholproblemen - Eine sinnvolle Investition in die Zukunft. Sucht Aktuell, 1, 8-11.

Langlotz, M. (2006). Die Versorgung von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxis - Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung. Verfügbar unter: <http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/2717/> (abgerufen am 28.02.2007).

Linster, H. W. und D. Rückert (1998). Ambulante Behandlung von Abhängigkeitskranken. Ein Beitrag zur Untersuchung der Effektivität ambulanter Entwöhnungsbehandlung von Alkoholikern/innen. Sucht Aktuell, (3+4), 25-30.

Lotz-Rambaldi, W., H. Buhk, et al. (2002). Ambulante Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten in einer Tagesklinik: Erste Ergebnisse einer vergleichenden katamnestischen Untersuchung von tagesklinischer und stationärer Behandlung. Die Rehabilitation, 41, 192-200.

Lotz-Rambaldi, W., H. Buhk, et al. (2005). Katamnese- und Verlaufsstudien zur ambulanten, tagesklinischen und stationären Alkoholentwöhnung. Vortrag auf den 10. Suchttherapietagen, Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Lotz-Rambaldi, W., H. Buhk, et al. (2006). Ergebnisse von Katamnese- und Verlaufsstudien zur tagesklinischen und stationären Alkoholentwöhnung. Vortrag auf den 11. Suchttherapietagen, Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Martha Stiftung (2005a). Konzeption der Fachklinik für alkohol- und medikamentenabhängige Männer und Frauen. Martha Stiftung. Verfügbar unter: <http://www.martha-stiftung.de/> (abgerufen am 26.04.2007).

Martha Stiftung (2005b). Konzeption der Tagesklinik für alkohol- und medikamentenabhängige Männer und Frauen. Martha Stiftung. Verfügbar unter: <http://www.martha-stiftung.de/> (abgerufen am 26.04.2007).

Meyer, C., H. J. Rumpf, et al. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Nervenarzt, 71, 535-542.

Miller, N., F. Ninonuevo, et al. (1997). Integration of Treatment and Posttreatment Variables in Predicting Results of Abstinence-Based Outpatient Treatment After One Year. Journal of Psychoactive Drugs, 29 (3), 239-248.

Miller, W. R., S. T. Walters, et al. (2001). How Effective Is Alcoholism Treatment in the United States? Journal of studies on Alcohol, 62, 211-220.

Müller-Fahrnow, W., U. Ilchmann, et al., Eds. (2002). Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. DRV-Schriften. Frankfurt am Main.

Mundle, G., K. Ackermann, et al. (1995). Der Behandlungserfolg bei Alkoholabhängigen. Ein Vergleich von Selbstaussagen und biologischen Markern. SUCHT, 41 (Sonderband 1995), 90-92.

Mundle, G., R. Brügel, et al. (2001). Kurz- und mittelfristige Erfolgsraten ambulanter Entwöhnungsbehandlungen für alkoholabhängige Patienten. Eine 6-, 18- und 36-Monats-Katamnese. Fortschr Neurol Psychiatr, 69, 374-378.

Podschus, J., K. Wölfling, et al. (2006). Abgestuft stationär-tagesklinische Alkohol-Entwöhnungstherapie. Suchttherapie, 7, 13-17.

QS-Reha (1999). Gemeinsame Erklärung über die Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation. Verfügbar unter: [http://www.qs-reha.de/downloads/Gemeinsame Erklärung RV GKV 1999.pdf](http://www.qs-reha.de/downloads/Gemeinsame%20Erklärung%20RV%20GKV%201999.pdf) (abgerufen am 15.05.2007).

Rist, F. (1996). Therapiestudien mit Alkoholabhängigen. In: K. Mann und G. Buchkremer (Hrsg.), Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie. 243-254. Stuttgart: Gustav Fischer.

Rüddel, H., R. Jürgensen, et al. (2002). Vergleich von Rehabilitationsergebnissen aus einer psychosomatischen Fachklinik mit integriertem vollstationären und teilstationären Rehabilitationskonzept. Rehabilitation, 41, 189-191.

Rumpf, H. J., C. Meyer, et al. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. Sucht, 46 (1), 9-17.

Saß, H., H. U. Wittchen, et al., Eds. (1998). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV). Göttingen: Hogrefe.

Schliehe, F. und W. H. Jäckel (2004). Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitation. Rehabilitation, 43, 157-259.

Schneider, B. und M. Wallroth (2005). Tabakabhängigkeit in der stationären Alkoholentwöhnung - Konzeptionelle Umorientierung und erste empirische Ergebnisse. Sucht Aktuell, 2, 34-37.

Schneider, S., R. Brenner, et al. (2002). Abstinenzzuversicht und ihre Bedeutung für Therapieplanung und Prognose bei alkoholabhängigen Therapiewiederholern. Suchttherapie, 3, 29-34.

Schulz, H., W. Lotz-Rambaldi, et al. (1999). 1-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlung. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 49, 114-130.

Schulz, W., N. Witte, et al. (2002). Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung ambulant behandelter Alkoholabhängiger. Suchttherapie, 3, 173-177.

Schulze, S.-E. (2006). Das Aachener Modell zur Qualitätssicherung und Dokumentation. Die Entwicklung und Evaluation von Instrumenten zur Erfassung und Sicherung der Prozessqualität in der beruflichen Rehabilitation. Verfügbar unter: <http://darwin.bth.rwth-aachen.de/opus3/volltexte/2006/1721/> (abgerufen am 24.07.2007).

Sonntag, D., A. K. Hellwich, et al. (2007). Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In: (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2007. 160-178. Geesthacht: DHS.

Sonntag, D. und J. Künzel (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Sucht, 46 (Sonderheft 2), 88-176.

Soyka, M. (1998). Sozialpsychiatrische Aspekte der Alkoholabhängigkeit, Epidemiologie, Versorgungsstrukturen und neuere Ergebnisse der Therapieforschung. Das Gesundheitswesen, 60, 87-94.

Soyka, M. (2002). Psychische und soziale Folgen chronischen Alkoholismus. Deutsches Ärzteblatt, 1, 38-42.

Soyka, M., G. Baumgartner, et al. (1999). Katamnestische Untersuchung zur Effizienz der tagesklinischen Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. Krankenhauspsychiatrie, 10, 50-55.

Soyka, M. und M. Bottlender (2004). Für welche Patienten ist eine ambulante Therapie der Alkoholabhängigkeit geeignet? Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 6 (1), 73-79.

Soyka, M., S. Hasemann, et al. (2003). Prospektive Untersuchung zur Effizienz der ambulanten Entwöhnungstherapie bei alkoholabhängigen Patienten. Ergebnisse zur Haltequote und Katamnese. Der Nervenarzt, 74 (3), 226-234.

Soyka, M., C. Kirchmayer, et al. (1997). Neue Möglichkeiten der Therapie und Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. Katamnestische Untersuchung zur Effizienz ambulanter Entwöhnungstherapien am Beispiel einer Modelleinrichtung. Fortschr Neurol Psychiatr, 65 (9), 407-12.

Steffanowski, A., S. Lichtenberg, et al. (2003). Individuelle Ergebnismessung - Vergleich zwischen prospektiven und retrospektiven Problemangaben in der psychosomatischen Rehabilitation. Rehabilitation, 42, 22-29.

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

Tecklenburg, H. J. (2000). Evaluation ambulanter Suchtherapie in Schleswig-Holstein (1994-1998) Eine prospektive, multizentrische, naturalistische Katamnesestudie zur Umsetzung ambulanter suchttherapeutischer Angebote in anerkannten Behandlungsstellen. Universität Hamburg.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1997). Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht vom 5.11.1996. Deutsche Rentenversicherung, 9-10, 635-641.

Weissinger, V. (2001). Die Rehabilitation von Suchtkranken lohnt sich! FVS. Verfügbar unter: <http://www.sucht.de> (abgerufen am 28.02.2007).

Weissinger, V. (2006). Zukunftsperspektiven und Entwicklungsaufgaben der Suchtbehandlung. Sucht Aktuell, 1, 58-72.

Weissinger, V. und P. Missel (2006). Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Sucht Aktuell, 2 (2. überarbeitete Version Fachverband Sucht e.V.), 44-72.

Wienberg, G. (1992). Die Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik - ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: G. Wienberg (Hrsg.), Die vergessene Mehrheit. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Winkler, J. (1998). Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheitssurveys der DHP. In: W. Ahrens, B.-M. Bellach und K.-H. Jöckel (Hrsg.), Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. 69-74. München: MMV Medizin Verlag München.

Zeissler, E. (1999). Indikationsorientierte Evaluation einer ambulanten Alkoholentwöhnungsbehandlung: Erste katamnestische Ergebnisse. SUCHT, 45 (2), 100-107.

Zemlin, U., F. Herder, et al. (1999). Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? - Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. Sucht Aktuell, 2 (2), 1-18.

Zobel, M., P. Missel, et al. (2004). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2001 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell, 1, 11-20.

Zobel, M., P. Missel, et al. (2005). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2003 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell, 2, 5-15.

Anhang

34 Ergebnistabellen der prospektiven Studie

Tabelle 130: Kategorisierte Gründe für die Entscheidung des Therapiesettings

T ₁	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
Wunsch, Kontakt zu Familie / Alltag / Wohnung zu halten	0,9 (2)	50,6 (86)	22,4 (88)	$\chi^2 = 136,53$; df = 1 ***p < ,001; +++ $\phi = ,590$
Setting bietet mehr Struktur / Rückfallschutz	27,0 (60)	0,0 (0)	15,3 (60)	$\chi^2 = 54,25$; df = 1 ***p < ,001; ++ $\phi = ,372$
Nennung eines allgemeinen Reha-Grundes	10,8 (24)	2,9 (5)	7,4 (29)	$\chi^2 = 8,70$; df = 1 **p = ,003; + $\phi = ,149$
Therapieform ist intensiver / besser	12,6 (28)	0,6 (1)	7,4 (29)	$\chi^2 = 20,32$; df = 1 ***p < ,001; + $\phi = ,228$
Entscheidung wurde von anderen getroffen	9,9 (22)	2,4 (4)	6,6 (26)	$\chi^2 = 8,88$; df = 1 **p = ,003; + $\phi = ,150$
Ich habe gesicherte Lebensumstände / bin stabil genug	0,5 (1)	14,7 (25)	6,6 (26)	$\chi^2 = 31,59$; df = 1 ***p < ,001; + $\phi = ,284$
Meine persönliche Entscheidung	6,3 (14)	7,1 (12)	6,6 (26)	$\chi^2 = n.s.$
Ich möchte Abstand von meinem Alltag / Umfeld gewinnen	10,4 (23)	0,6 (1)	6,1 (24)	$\chi^2 = 16,00$; df = 1 ***p < ,001; + $\phi = ,202$
Belastungserprobung / Gewöhnung an das Berufsleben	0,9 (2)	11,8 (20)	5,6 (22)	$\chi^2 = 21,45$; df = 1 ***p < ,001; + $\phi = ,234$
Ich / meine Lebensumstände sind nicht stabil genug	8,6 (19)	0,6 (1)	5,1 (20)	$\chi^2 = 12,63$; df = 1 ***p < ,001; + $\phi = ,180$

Mehrfachantworten sind berücksichtigt worden. Angaben unter 5% insgesamt werden nicht berichtet.

Tabelle 131: Körperliche Krankheiten zum Reha-Beginn

	Fachklinik % (n)	Tagesklinik % (n)	Gesamt % (n)	Signifikanz
Keine Krankheit	28,5 (63)	30,0 (51)	29,2 (114)	$\chi^2 = n.s.$
Fettleber	30,3 (67)	27,1 (46)	28,9 (113)	$\chi^2 = n.s.$
Bandscheibenschädigung	20,8 (46)	21,8 (37)	21,2 (83)	$\chi^2 = n.s.$
Hypertonus	16,3 (36)	25,9 (44)	20,5 (80)	$\chi^2 = 5,43$; df = 1 *p = ,020; + $\phi = ,118$
Adipositas	13,6 (30)	16,5 (28)	14,8 (58)	$\chi^2 = n.s.$
Asthma	12,7 (28)	11,2 (19)	12,0 (47)	$\chi^2 = n.s.$
Polyneuropathie	8,6 (19)	12,4 (21)	10,2 (40)	$\chi^2 = n.s.$
Fettstoffwechselstörung	1,8 (4)	5,9 (10)	3,6 (14)	$\chi^2 = 4,62$; df = 1 *p = ,032; + $\phi = ,109$
Pankreatitis	5,9 (13)	0,6 (1)	3,6 (14)	$\chi^2 = 7,80$; df = 1 **p = ,005; + $\phi = ,141$
Leberzirrhose	3,2 (7)	4,1 (7)	3,6 (14)	$\chi^2 = n.s.$
Harnstoffwechselstörung / Gicht	1,8 (4)	4,1 (7)	2,8 (11)	$\chi^2 = n.s.$
Hepatitis	3,6 (8)	1,8 (3)	2,8 (11)	zu geringe Zellbelegung
andere Krankheiten	26,7 (59)	20,0 (34)	23,8 (93)	$\chi^2 = n.s.$

Tabelle 132: Reha-Ziele im Bereich der körperlichen bzw. psychischen Verfassung und der sozialen Beziehungen (T₁)*

Wie wichtig ist Ihnen das Erreichen folgender Ziele durch die Reha?	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)	Gesamt (N) M (SD)	Signifikanz
meine Unsicherheit im Kontakt mit anderen Menschen zu überwinden	(218) 2,9 (1,54)	(167) 2,6 (1,51)	(385) 2,8 (1,53)	T = 2,015; df = 383 *p = ,045; +d = ,21
Nähe und Vertrauen zu anderen Menschen aufzubauen	(218) 3,1 (1,47)	(168) 2,7 (1,49)	(386) 3,0 (1,49)	T = 2,634; df = 384 **p = ,009; +d = ,27
mich weniger abhängig zu fühlen in der Beziehung zu anderen Menschen	(216) 3,3 (1,46)	(168) 2,7 (1,45)	(384) 3,0 (1,48)	T = 3,646; df = 382 ***p < ,001; +d = ,38
mich mit anderen Menschen auszusöhnen	(217) 2,8 (1,56)	(167) 2,4 (1,46)	(384) 2,6 (1,53)	T = 2,787; df = 382 **p = ,006; +d = ,29
mir selbst und anderen gegenüber ehrlicher zu werden	(217) 3,4 (1,50)	(167) 3,0 (1,51)	(384) 3,2 (1,51)	T = 2,622; df = 382 **p = ,009; +d = ,27
meine Scham- oder Schuldgefühle zu überwinden	(218) 3,1 (1,54)	(168) 2,6 (1,49)	(386) 2,9 (1,53)	T = 2,738; df = 384 **p = ,006; +d = ,28
neue Freundschaften zu schließen	(218) 3,5 (1,38)	(167) 2,9 (1,41)	(385) 3,2 (1,42)	T = 3,929; df = 383 ***p < ,001; +d = ,4
mit Kritik umgehen zu können	(218) 3,3 (1,35)	(168) 2,9 (1,33)	(386) 3,1 (1,35)	T = 2,623; df = 384 **p = ,009; +d = ,27
Kritik äußern zu können	(217) 3,3 (1,49)	(167) 3,2 (1,46)	(384) 3,2 (1,48)	T = n.s.
meinen Ärger ausdrücken zu können	(215) 3,4 (1,50)	(167) 3,2 (1,42)	(382) 3,3 (1,47)	T = n.s.
meine Aggressionen in den Griff zu bekommen	(215) 2,5 (1,54)	(167) 2,1 (1,35)	(382) 2,3 (1,47)	U = 15976,5** *p = ,012
meine Ängste in den Griff zu bekommen	(214) 3,1 (1,58)	(168) 2,6 (1,58)	(382) 2,9 (1,60)	T = 3,280; df = 380 ***p = ,001; +d = ,34
aus meiner gedrückten Stimmung oder Traurigkeit herauszukommen	(216) 3,5 (1,50)	(169) 2,9 (1,59)	(385) 3,2 (1,56)	T = 3,463; df = 383 ***p = ,001; +d = ,36
meine Gefühle und Bedürfnisse wahrnehmen und ausdrücken zu können	(214) 3,7 (1,39)	(168) 3,2 (1,45)	(382) 3,5 (1,43)	T = 3,327; df = 380 ***p = ,001; +d = ,34

*1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5= sehr

**Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

Tabelle 133: Aussagen über die Reha* (T₂)

Wie sehr treffen folgende Aussagen über die Reha im STZ zu?*	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)	Gesamt (N) M (SD)	Signifikanz
Mit den Therapieräumen war ich zufrieden	(167) 4,4 (0,76)	(147) 4,2 (0,80)	(314) 4,3 (0,79)	T = 2,134; df = 312 *p = ,034; +d = ,24
Von den Ärzten fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten	(166) 4,0 (1,12)	(146) 4,4 (1,00)	(312) 4,2 (1,09)	T = -3,360; df = 310 ***p = ,001; +d = -,38
Von den Therapeuten fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten	(165) 4,1 (1,05)	(147) 4,2 (1,08)	(312) 4,1 (1,06)	T = n.s.
Die Atmosphäre im STZ war angenehm	(166) 4,0 (0,90)	(147) 4,3 (0,83)	(313) 4,1 (0,88)	T = -2,933; df = 311 **p = ,004; +d = -,33
Mit den Aufenthaltsräumen war ich zufrieden	(166) 4,2 (0,98)	(146) 3,9 (0,99)	(312) 4,1 (0,99)	T = 2,533; df = 310 *p = ,012; +d = ,29
Das Essen war gut	(167) 4,5 (0,88)	(146) 3,5 (1,00)	(313) 4,0 (1,06)	U = 5312,0** ***p < ,001; +++d = 1,04
Ich hatte Gelegenheit, die für mich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten	(165) 4,0 (1,05)	(145) 4,0 (1,12)	(310) 4,0 (1,08)	T = n.s.
Ich habe in der Klinik Hilfestellungen für die Bewältigung meines Suchtproblems erhalten	(165) 4,0 (1,07)	(146) 4,0 (1,10)	(311) 4,0 (1,08)	T = n.s.
Es gab genügend Rückzugsmöglichkeiten	(164) 4,3 (1,01)	(147) 3,3 (1,18)	(311) 3,8 (1,20)	U = 6094,5** ***p < ,001; +++d = ,91
Der Umfang der therapeutischen Angebote war angemessen	(165) 3,5 (1,10)	(146) 3,8 (0,96)	(311) 3,6 (1,04)	U = n.s.**
Die Organisation der Klinikabläufe war gut	(165) 3,5 (1,08)	(145) 3,5 (1,12)	(310) 3,5 (1,10)	T = n.s.
Es gab gute Freizeitangebote	(166) 3,1 (1,14)	(147) 3,6 (1,07)	(313) 3,3 (1,13)	T = -4,142; df = 311 ***p < ,001; +d = -,47
Die Therapie war auf meine persönliche Situation zugeschnitten	(164) 3,2 (1,27)	(145) 3,4 (1,14)	(309) 3,3 (1,21)	T = n.s.
Die Reha war zu kurz	(164) 2,1 (1,46)	(144) 2,3 (1,42)	(308) 2,2 (1,44)	T = n.s.
Die Reha war zu lang	(163) 1,5 (0,99)	(142) 1,3 (0,78)	(305) 1,4 (0,90)	U = n.s.**
Die Therapeuten haben zu oft gewechselt	(167) 1,4 (0,95)	(146) 1,3 (0,70)	(313) 1,3 (0,84)	U = n.s.**

*1 = stimmt nicht, 2 = stimmt wenig, 3 = stimmt mittelmäßig, 4 = stimmt ziemlich, 5 = stimmt sehr

**Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

35 Ergebnistabellen der retrospektiven Studie

Tabelle 134: Nach der Reha in Anspruch genommene Maßnahmen

suchtspezifische Maßnahmen	Fachklinik % (n) (N) M (SD)	Tagesklinik % (N) (N) M (SD)	Gesamt % (N) (N) M (SD)	Signifikanz
suchtbezogene Selbsthilfegruppe	56,2 (50)	60,0 (81)	58,5 (131)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Treffen*/**	(48) 71,9 (64,80)	(77) 77,0 (67,09)	(125) 75,0 (66,01)	T = n.s.
ambulante Nachsorge / Suchtberatung	34,8 (31)	32,6 (44)	33,5 (75)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Sitzungen*/**	(27) 31,6 (36,34)	(38) 39,0 (48,30)	(65) 35,9 (43,57)	T = n.s.
Entgiftung	14,6 (13)	11,9 (16)	12,9 (29)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Entgiftungen*	(12) 3,7 (2,81)	(13) 3,2 (3,61)	(25) 3,4 (3,19)	T = n.s.
Entwöhnung (ambulant, teilstationär, stationär)	11,2 (10)	11,9 (16)	11,6 (26)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Entwöhnungen*	(9) 2,8 (1,99)	(13) 1,7 (1,44)	(22) 2,1 (1,73)	T = n.s.
stationäre Nachsorge	3,4 (3)	5,9 (8)	4,9 (11)	Fisher: n.s.
Anzahl der Behandlungen*	(2) 1,0 (0,0)	(6) 7,2 (15,11)	(8) 5,6 (13,08)	T = n.s.
nicht suchtspezifische Maßnahmen				
nicht suchtbezogene Selbsthilfegruppe	7,9 (7)	5,9 (8)	6,7 (15)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Treffen*/**	(6) 28,2 (29,49)	(7) 80,8 (79,16)	(13) 56,5 (65,11)	T = n.s.
ambulante Beratung / Therapie	9,0 (8)	8,9 (12)	8,9 (20)	$\chi^2 = \text{n.s.}$
Anzahl der Sitzungen*/**	(7) 78,3 (99,48)	(12) 49,8 (51,89)	(19) 60,3 (71,72)	U = n.s.***
stationäre Therapie	4,5 (4)	0,7 (1)	2,2 (5)	Fisher: n.s.
Anzahl der stat. Aufenthalte*	(4) 2,3 (.96)	(1) 1,0 (.0)	(5) 2,0 (1,0)	T = n.s.
keine Maßnahmen	28,1 (25)	15,3 (21)	20,4 (46)	$\chi^2 = 5,42; \text{df} = 1$ *p = ,020; + $\phi = ,155$
andere Maßnahmen	4,5 (4)	15,4 (21)	11,1 (25)	$\chi^2 = 6,53; \text{df} = 1$ **p = ,011; + $\phi = ,170$

*Einbezogen worden sind nur Fälle mit Inanspruchnahme der jeweiligen Maßnahme.

**Für die Angabe "einmal wöchentlich" ist die Anzahl der Katamnese Wochen eingesetzt worden.

***Die Voraussetzungen für einen t-Test sind nicht erfüllt.

Tabelle 135: Psychische Veränderungen durch die Reha*

	Fachklinik (N) M (SD)	Tagesklinik (N) M (SD)	Gesamt (N) M (SD)	Signifikanz
Wie haben sich Ihre depressiven Verstimmungen durch die Reha verändert?	(64) 2,2 (1,25)	(98) 2,1 (1,21)	(162) 2,2 (1,22)	T = n.s.
Wie haben sich Ihre Ängste durch die Reha verändert?	(58) 2,1 (1,17)	(90) 2,1 (1,11)	(148) 2,1 (1,13)	T = n.s.
Wie haben sich Ihre Angstanfälle durch die Reha verändert?	(45) 2,0 (1,15)	(66) 2,0 (1,18)	(111) 2,0 (1,16)	T = n.s.
Wie hat sich Ihre Gereiztheit durch die Reha verändert?	(60) 2,2 (1,21)	(92) 2,0 (1,02)	(152) 2,1 (1,10)	T = n.s.
Wie hat sich Ihre Aggressivität durch die Reha verändert?	(50) 2,0 (1,16)	(74) 1,8 (0,91)	(124) 1,9 (1,02)	T = n.s.
Wie haben sich Ihre Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis durch die Reha verändert?	(60) 2,1 (1,04)	(81) 2,0 (1,03)	(141) 2,1 (1,03)	T = n.s.
Wie haben sich Ihre Selbstmordgedanken durch die Reha verändert?	(24) 2,5 (1,41)	(40) 1,8 (1,17)	(64) 2,1 (1,30)	T = -2,222; df = 62 *p = ,030; ++d = ,57

*1 = stark verbessert, 2 = etwas verbessert, 3 = unverändert, 4 = etwas verschlechtert, 5 = stark verschlechtert, 6 = "hatte ich vor und nach der Reha nicht" (= missing)

36 Katamnesefragebogen der prospektiven Studie

Aus Platzgründen wird lediglich der Katamnesefragebogen der prospektiven Studie exemplarisch für die eingesetzten acht Fragebogenversionen dargestellt. Die Darstellung erfolgt im Vergleich zum Original mit veränderter Formatierung. Die weiteren Fragebögen für die prospektive und retrospektive Erhebung können bei der Autorin angefordert werden.



FACHKLINIK

Eine Einrichtung des
SuchtTherapieZentrums Hamburg

6 Monate nach der Reha

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
erinnern Sie sich an Ihre Reha in der **Fachklinik** des STZ?
Wir möchten die Behandlung in der Fachklinik weiter **verbessern**.
Deshalb führt das STZ mit Unterstützung des Instituts für Medizinische Psychologie
am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) eine Befragung aller Patientinnen
und Patienten durch.
Bereits zu Beginn und am Ende Ihrer Reha haben Sie einen Fragebogen ausgefüllt.
Vielen Dank!
Nun, 6 Monate später, bitten wie Sie, auch diesen dritten und letzten Fragebogen auszufüllen.

Die Fragebögen werden **anonymisiert** und unter **Beachtung des Datenschutzes** im UKE
ausgewertet. Ihre Antworten werden an **keine anderen Personen** weitergegeben,
auch **nicht** an das Behandlungsteam des STZ.

Der vorliegende Fragebogen enthält Fragen zu:

- Ihrer Therapie in der Fachklinik
- der Zeit, die seitdem vergangen ist
- Ihrer heutigen Situation

Für uns ist die Meinung und die Erfahrung von **allen** Patientinnen und Patienten wichtig.
Darum bitten wir Sie, auch dann zu antworten, wenn Sie nur kurz im STZ waren oder
wenn die Therapie nicht erfolgreich war. Sie erhöhen damit die Aussagekraft unserer Befragung!

- Bitte beantworten Sie **jede** Frage, indem Sie eines oder mehrere Kästchen ankreuzen
bzw. in die vorgesehene Zeile etwas eintragen.
- Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.
- Antworten Sie so, wie es **am ehesten** auf Sie zutrifft.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen im beigelegten Freiumschlag an das UKE
zurück. Es entstehen Ihnen **keine Kosten!**

Wenn Sie hierzu noch **Fragen** haben, dann wenden Sie sich bitte an:
Herrn Dr. Bloemeke von der Fachklinik des STZ, Tel: 040-5380-7720.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung und die Zeit, die Sie sich genommen haben!

Dr. U. Bloemeke
SuchtTherapieZentrum Hamburg

Prof. Dr. Dr. U. Koch
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Patienten-Nr.: _____

Entlassdatum: _____

Angaben zu Ihrer Person

- 1 **Wie ist Ihr Familienstand?**
(nur eine Antwort)
- ledig
 - verheiratet, zusammen lebend
 - verheiratet, getrennt lebend
 - geschieden
 - verwitwet
- 2 **Haben Sie im letzten halben Jahr in einer Partnerbeziehung gelebt?**
(nur eine Antwort)
- nein
 - zeitweilig
 - ja, in fester Beziehung, getrennt wohnend
 - ja, in fester Beziehung, zusammen wohnend
- 3 **Hat oder hatte Ihr derzeitiger Partner jemals Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenprobleme?**
(nur eine Antwort)
- nein, nie
 - ja, nur früher
 - ja, in den letzten sechs Monaten und früher
 - ja, nur in den letzten sechs Monaten
 - trifft auf mich nicht zu, da ich zur Zeit keinen festen Partner habe
- 4 **Mit wem wohnten Sie im letzten halben Jahr zusammen?**
(mehrere Antworten möglich)
- allein
 - mit Eltern / Elternteil
 - allein mit Kind/ern
 - mit Partner/in
 - mit Partner/in und mit Kind/ern
 - mit Freunden / Bekannten
 - mit sonstigen Personen

-
- 5 **Wo haben Sie im letzten halben Jahr überwiegend gewohnt?** (nur eine Antwort)
- zur Miete / in Wohneigentum
 - bei Eltern oder anderen nahe stehenden Personen
 - im Hotel, in Pension etc.
 - in Betreutem Wohnen / Wohnheim
 - in stationärer Suchteinrichtung
 - in psychiatrischer Klinik
 - im Allgemeinkrankenhaus
 - in Nachsorge- / Übergangseinrichtung
 - in Straf- / Untersuchungshaft
 - ohne Wohnung
 - Sonstiges, und zwar: _____

- 6 **Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?** _____ Anzahl der Kinder

Beurteilung der Reha

- 7 **Sie wurden im STZ stationär behandelt. Wenn Sie noch einmal vor der Entscheidung stünden, eine Therapieform auszuwählen, welche würden Sie wählen?** (nur eine Antwort)

- stationäre Therapie in einer Klinik (mit Übernachtungen)
- teilstationäre Therapie in einer Tagesklinik (ohne Übernachtungen)

- 8 **Wie wurden Sie auf die Zeit nach der Reha vorbereitet?**

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr gut | eher gut | mittelmäßig | eher schlecht | sehr schlecht |
| <input type="checkbox"/> |

- 9 **Würden Sie die Fachklinik des STZ weiterempfehlen?**

- | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ja,
unbedingt | ja,
mit Einschränkungen | unsicher | eher nicht | auf keinen Fall |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10 Wie haben sich folgende Bereiche durch die Reha im STZ verändert?

	stark verbessert	etwas verbessert	unverändert	etwas verschlechtert	stark verschlechtert	trifft auf mich nicht zu
Ehe / Partnerschaft	<input type="checkbox"/>					
Kontakte zu den Kindern	<input type="checkbox"/>					
Arbeits- / Erwerbssituation	<input type="checkbox"/>					
Kontakte zu Freunden	<input type="checkbox"/>					
Wohnsituation	<input type="checkbox"/>					
Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>					
Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>					

11 Ist die Reha für Sie erfolgreich gewesen?

gar nicht wenig mittelmäßig ziemlich sehr

12 Wie beurteilen Sie die Reha insgesamt?

sehr gut eher gut mittelmäßig eher schlecht sehr schlecht

13 Welche der folgenden Hilfen haben Sie nach der Reha im STZ in Anspruch genommen?

in Anspruch genommen?

nein ja

wie oft?

ambulante Nachsorge / Suchtberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	Zahl der Sitzungen: _____
Entgiftung (ambulant, stationär oder Tagesklinik, z.B. Alstertor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	Zahl der Entgiftungen: _____
ambulante Entwöhnungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	Zahl der Entwöhnungen: _____
teilstationäre Entwöhnungstherapie (z.B. Tagesklinik des STZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	Zahl der Entwöhnungen: _____
stationäre Entwöhnungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	Zahl der Entwöhnungen: _____
stationäre Nachsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	Zahl der Behandlungen: _____
suchtbezogene Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	Zahl der Treffen: _____
ambulante Beratung / Therapie (nicht wegen Sucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	Zahl der Sitzungen: _____
stationäre Therapie (nicht wegen Sucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	Zahl der stat. Aufenthalte: _____
Selbsthilfegruppe (nicht wegen Sucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	Zahl der Treffen: _____
andere, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	wie oft? _____

Arbeit und Beruf

14 Wie ist Ihre Arbeitssituation zur Zeit?
(mehrere Antworten möglich)

- erwerbstätig, Vollzeit
- erwerbstätig, Teilzeit
- Umschulung / Ausbildung
- arbeitslos, erwerbslos
- Hausfrau / Hausmann
- Rente wegen Erwerbsminderung
- Altersrente
- andere Arbeitssituation, und zwar: _____

15 Ich habe nach der Reha im STZ eine...

	begonnen	fortgesetzt	erfolgreich abge- schlossen	erfolglos abge- brochen	trifft auf mich nicht zu
von der Rentenversicherung (LVA, BfA) finanzierte berufliche Reha- Maßnahme (z.B. Umschulung, Ausbildung Fortbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders finanzierte Umschulung, Ausbildung, Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16 Wann haben Sie nach der Reha am STZ
Ihre Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen?**

- sofort
- innerhalb von: _____ Monaten
- überhaupt nicht

17 Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben? nein ja, seit: _____ Wochen

**18 Waren Sie in den letzten 6 Monaten so krank, dass Sie Ihre normale Tätigkeit
(z.B. im Beruf oder im Haushalt) nicht ausüben konnten?**

- nein ja, etwa: _____ Wochen

19 Sehen Sie Ihren Arbeitsplatz als gefährdet an?

- nein
 ja → durch Ihre Alkoholprobleme? nein ja
 trifft auf mich nicht zu, da ich nicht berufstätig bin

20 Bitte geben Sie Ihr monatlich verfügbares Familieneinkommen an (Familiennettoeinkommen: Summe der Gehälter, Löhne, Renten usw. nach Abzug der Steuern)

- weniger als 500 € 1500 bis 2000 € 3000 bis 3500 €
 500 bis 1000 € 2000 bis 2500 € über 3500 €
 1000 bis 1500 € 2500 bis 3000 €

Sind Sie Hauptverdiener des Haushalts? nein ja

21 Haben Sie einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung gestellt?

- nein → Beabsichtigen Sie, einen Antrag zu stellen? nein ja
 ja → Antrag ist bewilligt
 Antrag ist abgelehnt
 Antrag ist noch offen

22 Inwieweit haben Sie die folgenden Veränderungen durch die Reha im STZ erreicht?

	gar nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr	war kein Ziel für mich
Ich habe neue berufliche Perspektiven entwickelt.	<input type="checkbox"/>					
Ich habe einen neuen Arbeitsplatz bekommen.	<input type="checkbox"/>					
Ich komme mit den Kollegen zurecht.	<input type="checkbox"/>					
Ich bin von der Arbeit nicht mehr überfordert.	<input type="checkbox"/>					
Ich habe eine neue Wohnung gefunden.	<input type="checkbox"/>					
Ich habe meine Schulden in den Griff bekommen.	<input type="checkbox"/>					

Körperliche und psychische Verfassung

23 Welche körperlichen Krankheiten haben Sie zur Zeit?
(mehrere Antworten möglich)

- Fettleber
- deutliches Übergewicht (Adipositas)
- Fettstoffwechselstörung
- Bluthochdruck (Hypertonus)
- Bandscheibenschädigung
- Harnsäurestoffwechselstörung / Gicht
- Gelbsucht (Hepatitis)
- Bauchspeicheldrüsenentzündung (Pankreatitis)
- Leberzirrhose
- Nervenschädigung (Polyneuropathie)
(zeigt sich z.B. durch Kribbeln oder Brennen in den Füßen oder durch Gehbeschwerden)
- Asthma (oder andere Bronchial- und Lungenerkrankungen)
- keine
- andere Krankheiten, und zwar: _____

24 Wie stark leiden Sie zur Zeit insgesamt unter körperlichen Beschwerden?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| gar nicht | wenig | mittelmäßig | ziemlich | sehr |
| <input type="checkbox"/> |

25 Wie stark leiden Sie zur Zeit unter folgenden psychischen Beschwerden?

	gar nicht	wenig	mittel- mäßig	ziem- lich	sehr
depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/>				
Ängste	<input type="checkbox"/>				
Angstanfälle / Panik	<input type="checkbox"/>				
Gereiztheit	<input type="checkbox"/>				
Aggressivität	<input type="checkbox"/>				
Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration	<input type="checkbox"/>				
ernsthafte Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/>				

26 Wie stark leiden Sie zur Zeit insgesamt unter psychischen Beschwerden?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| gar nicht | wenig | mittelmäßig | ziemlich | sehr |
| <input type="checkbox"/> |

27 Inwieweit haben Sie die folgenden Veränderungen durch die Reha im STZ erreicht?	gar nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr	war kein Ziel für mich
Ich habe meine Unsicherheit im Kontakt zu anderen Menschen überwunden	<input type="checkbox"/>					
Ich kann Nähe und Vertrauen zu anderen Menschen aufbauen	<input type="checkbox"/>					
Ich kann mich abgrenzen von den Bedürfnissen anderer Menschen („Nein“ sagen)	<input type="checkbox"/>					
Ich fühle mich weniger abhängig in der Beziehung zu anderen Menschen	<input type="checkbox"/>					
Ich habe mich mit anderen Menschen ausgesöhnt (z.B. mit Familienmitgliedern)	<input type="checkbox"/>					
Ich bin mir selbst und anderen gegenüber ehrlicher geworden	<input type="checkbox"/>					
Ich habe meine Scham- oder Schuldgefühle überwunden	<input type="checkbox"/>					
Ich habe neue Freundschaften geschlossen	<input type="checkbox"/>					
Ich kann mit Kritik umgehen	<input type="checkbox"/>					
Ich kann Kritik äußern, wenn ich etwas nicht für richtig halte	<input type="checkbox"/>					
Ich kann meinen Ärger ausdrücken	<input type="checkbox"/>					
Ich habe meine Aggressionen in den Griff bekommen	<input type="checkbox"/>					
Ich habe meine Ängste in den Griff bekommen	<input type="checkbox"/>					
Ich bin aus meiner gedrückten Stimmung oder Traurigkeit herausgekommen	<input type="checkbox"/>					
Ich kann meine Gefühle und Bedürfnisse wahrnehmen und ausdrücken	<input type="checkbox"/>					
Ich akzeptiere mich, so wie ich bin	<input type="checkbox"/>					
Ich packe Probleme an, statt sie aufzuschieben	<input type="checkbox"/>					
Ich hole mir Hilfe, wenn es mir schlecht geht	<input type="checkbox"/>					
Ich habe neue Freizeitaktivitäten entwickelt	<input type="checkbox"/>					
Ich bin körperlich fit geworden	<input type="checkbox"/>					

28 Sind nach der Reha wichtige Ereignisse in Ihrem Leben eingetreten? (beispielsweise Verlust einer nahestehenden Person, Geburt, Trennung, körperliche Erkrankungen oder andere Ereignisse)

nein ja → welche? _____

Alkoholkonsum

29 Haben sich Ihre Suchtprobleme durch die Reha verändert?

Meine Suchtprobleme haben sich durch die Reha ...

stark verringert etwas verringert nicht verändert etwas vergrößert stark vergrößert

30 Haben Sie irgendwann nach der Reha im STZ wieder Alkohol getrunken?

nein ja →

Wann haben Sie das erste Mal wieder Alkohol getrunken?
(nur eine Antwort)

- innerhalb der ersten Woche
 innerhalb des ersten Monats
 später, und zwar nach: _____ Monaten

31 Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken?

Alkohol, jeglicher Gebrauch an: _____ Tagen

Alkohol, Gebrauch bis zur Trunkenheit an: _____ Tagen

Ich war in den letzten 30 Tagen durchgehend abstinent

32 Wie viel Alkohol haben Sie im letzten halben Jahr durchschnittlich pro Tag getrunken? (an Tagen, an denen Sie Alkohol getrunken haben)

Hochprozentiges (über 30% Alkohol, z.B. Korn, Weinbrand): _____ Liter / Tag

Bier: _____ Liter / Tag

Wein, Sekt: _____ Liter / Tag

Likör (bis 30% Alkohol): _____ Liter / Tag

Ich war im letzten halben Jahr durchgehend abstinent

33 Sind Sie zur Zeit abstinent (bezogen auf Alkohol)?

nein ja →

Seit wann sind Sie durchgehend abstinent?

seit: _____ Wochen bzw.: _____ Monaten

34 **Wie viele Wochen sind Sie im letzten halben Jahr durchgehend abstinent geblieben?** _____ Wochen

35 **Wie verhält es sich zur Zeit mit dem Gebrauch weiterer Substanzen bei Ihnen?**

	regelmäßiger Gebrauch		ärztlich verordnet	nicht ärztlich verordnet	deutlich stärkerer Konsum als ärztlich verordnet
	nein	ja			
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
"harte Drogen" (z.B. Kokain, Ecstasy, Heroin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
andere Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar: _____		

36 **Hat sich Ihr Gebrauch der folgenden Substanzen durch die Reha verändert?**

	stark erhöht	etwas erhöht	gleich geblieben	etwas verringert	stark verringert	habe ich vor und nach der Therapie <u>nicht</u> konsumiert
Nikotin	<input type="checkbox"/>					
Koffein	<input type="checkbox"/>					
Essen, z.B. Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>					

37 **Wie viele Rückfälle, bezogen auf Alkohol, hatten Sie nach der Reha im STZ?** _____ Rückfälle

38 **Können Sie einen Auslöser für den Rückfall / die Rückfälle benennen?** _____

trifft auf mich nicht zu, da ich keinen Rückfall hatte

39 Hatte der Rückfall negative Folgen?
(mehrere Antworten möglich)

- trifft auf mich nicht zu, da ich keinen Rückfall hatte
- Ende einer persönlichen Beziehung
- Probleme mit Angehörigen
- Verlust der Arbeit
- Verlust der Wohnung
- psychologische / ärztliche Behandlung
- Verlust des Führerscheins
- andere Folgen, und zwar: _____

40 Wie stark sind zur Zeit folgende Bereiche durch Ihre Sucht belastet?

	gar nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr	trifft auf mich nicht zu
Familie und Partnerschaft	<input type="checkbox"/>					
Arbeit und Beruf	<input type="checkbox"/>					
Freundschaften	<input type="checkbox"/>					

41 Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie bezogen auf Alkohol während der nächsten 12 Monate abstinent sein werden?

- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| <input type="checkbox"/> |

42 Inwieweit haben Sie die folgenden Veränderungen durch die Reha im STZ erreicht?

	gar nicht	wenig	mittel- mäßig	ziem- lich	sehr	war kein Ziel für mich
Ich habe die Ursachen meiner Alkoholabhängigkeit herausgefunden	<input type="checkbox"/>					
Ich habe herausgefunden, wozu mein Alkoholkonsum diente	<input type="checkbox"/>					
Ich habe einen geringeren Suchtdruck	<input type="checkbox"/>					
Ich akzeptiere meine Alkoholabhängigkeit	<input type="checkbox"/>					
Ich kann mit rückfallgefährdenden Situationen umgehen	<input type="checkbox"/>					

43 Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?
(nur eine Antwort pro Frage)

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>				
Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>				
Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>				
dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>				
Schwermut	<input type="checkbox"/>				
Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>				
Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>				
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>				
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	<input type="checkbox"/>				
Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/>				
dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>				
der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="checkbox"/>				

Prüfen Sie bitte nun, ob Sie auch jede Frage beantwortet haben.

**Stecken Sie dann den Fragebogen in den Freiumschlag
und das Ganze in den Briefkasten!**

Noch einmal herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!