

Katamnesestudie der Salzburger Sonderkrankenhäuser für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Autoren: P. Römer,¹ J. Klopf,² C. Weinlich,³ Ch. Jenner,⁴ E. Rainer,⁵

Zusammenfassung: 153 PatientInnen der Salzburger Sonderkrankenhäuser für Alkoholabhängige, die sich 1999 einer Entwöhnungsbehandlung unterzogen, wurden ein Jahr später in einer katamnestischen Untersuchung hinsichtlich ihres Therapieerfolges untersucht. Zum besseren Verständnis des Abstinenzstatus werden die soziale Situation der PatientInnen, die häufigsten Co-Morbiditäten sowie die Veränderungen während eines 3-monatigen Therapiesettings (Lebenszufriedenheit, Erwerbstätigkeit) dargestellt. In einem Exkurs wird der Zusammenhang zwischen den klassischen Co-Morbiditäten – Depression und Angststörung – und Rückfällen während der Behandlung bzw. vorzeitiger Beendigung der Therapie aufgezeigt. Die Ergebnisse bezüglich des Abstinenzstatus nach einem Jahr werden verknüpft mit Sozial-, Diagnostik- und Verlaufsdaten. Auf diese Weise soll ein Beitrag zur Entwicklung von Prognosefaktoren geleistet werden.

Einleitung

Die Durchführung systematischer Therapieevaluation und die standardisierte Basisdokumentation sowie katamnestische Untersuchungen sind zentrale Elemente des Qualitätssicherungsprozesses in der stationären Therapie Suchtkranker. Die Durchführung und Veröffentlichung von Ein-Jahres-Katamnesen in der Suchtbehandlung ist mittlerweile weitgehend etabliert. Die Ergebnisse stationärer Entwöhnungsbehandlung schwanken dabei zwischen Abstinenzquoten von 40-60% ein Jahr nach Beendigung der Therapie (s. Lindenmeyer & Schneider 1998).

Eine Absicht unserer Studie ist es, mögliche Prognosefaktoren für den Erfolg unserer Therapie zu identifizieren, um für den Arbeitsalltag das therapeutische Programm weiterentwickeln zu können.

Ziel unserer Studie ist es, katamnestische Daten nicht nur eines Jahres zu erheben, sondern den therapeutischen Prozess über einen längeren Zeitraum zu begleiten. So können allfällige Veränderungen im therapeutischen Programm hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf den Therapieerfolg evaluiert werden.

¹ Sonderkrankenhaus Weizensteinerstraße, Salzburg

² Universität Salzburg, Institut für Forensische Neuropsychiatrie

³ Sonderkrankenhaus Ignaz-Harrer-Straße, Salzburg

⁴ Sozialmedizinischer Dienst, Amt der Salzburger Landesregierung

⁵ Christian Doppler Klinik, Salzburg, II. Psychiatrie

Die Einrichtungen

In Salzburg gibt es für die Entwöhnung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen zwei Einrichtungen, das Sonderkrankenhaus Ignaz-Harrer-Straße mit 20 Betten (nur für Männer) und das Sonderkrankenhaus Weizensteinerstraße mit 18 Betten (10 Betten für Männer, 8 Betten für Frauen). Die Behandlung dauert 90 Tage und erhebt den Anspruch, den PatientInnen durch eine individuelle Betrachtungsweise ihres Suchtproblems bestmöglich gerecht zu werden. Schwerpunkte sind die therapeutischen Einzel- und Gruppengespräche, dazu kommen Informations- und Motivationsgruppen, die Beschäftigungs- und Sporttherapie, sowie die Arbeitstherapie (v.a. die Mithilfe bei Arbeiten im Haus). Besonderes Augenmerk wird auf das Initiieren der Nachsorge – zumeist in Form von Gruppenbesuchen – gelegt.

Das Salzburger Modell

Ganz wesentlich gekennzeichnet ist die Arbeit in den beiden Häusern von einer intensiven Zusammenarbeit mit dem Sozialmedizinischen Dienst (SMD) des Amtes der Salzburger Landesregierung, der nicht nur die motivationsfördernde Vorbereitung unserer PatientInnen sowie die Antragstellung an den Kostenträger übernimmt, sondern in der Nachbetreuung (Einzelbetreuung/Gruppen) eine entscheidende Ergänzung zur stationären Entwöhnung anbietet. Die Einzelbetreuung erfolgt in vielen Fällen auch in nachgehender Weise, das heisst, dass PatientInnen im Bedarfsfall auch zu Hause aufgesucht werden, was vor allem nach Rückfällen von grosser Bedeutung ist. Dieses „Salzburger Modell“ der Zusammenarbeit ermöglichte auch eine sehr gute Datenqualität unserer Katamnese.

Die Hintergründe der Studie

Mit der Frage nach dem Erfolg unserer Behandlung sind wir in der Praxis täglich konfrontiert. Zumeist wird sie von Angehörigen gestellt, während die PatientInnen ihre Zweifel eher in Form einer resignativen Haltung zum Ausdruck bringen. Für die Betroffenen, aber auch für uns TherapeutInnen ist deshalb eine realistische Erfolgserwartung von Bedeutung, die sich aus der Abstinenzmessung und ihren Zusammenhängen mit sozialen und diagnostischen Faktoren ableiten lässt.

In unseren Häusern gibt es seit Jahren das Leitbild der „zufriedenen Nüchternheit“, wobei die Zufriedenheit wesentlich von oben genannten Faktoren mitbeeinflusst ist. Die Studie soll dazu beitragen, dieses postulierte Ziel hinsichtlich seiner Wirksamkeit (Auswirkung auf die Abstinenz) als auch hinsichtlich seiner Erreichbarkeit (Zunahme von Lebenszufriedenheit) zu beurteilen.

Die Katamnese soll auch dazu beitragen, bekannte Wirkfaktoren zu bestätigen sowie neue zu erkennen und im therapeutischen Programm zu verankern.

Methodik

Uns interessiert nicht nur die Frage des Erfolges, gemessen an der Abstinenz, sondern auch die Bedeutung, die verschiedenen Faktoren wie Co-Morbidität, Erwerbstätigkeit und Gruppenbesuch dabei zukommt. Deshalb haben wir unserer Katamnese ein Diagnostikprogramm zur Erfassung der häufigsten Zusatzerkrankungen (Depression, Angst- und Persönlichkeitsstörungen) vorangestellt.

Diagnostik:

Zur Einschätzung eines *depressiven Geschehens* werden mehrere Faktoren zusammengefasst: erstens die Ergebnisse des Beck'schen Depressionsinventars (BDI), zweitens die fachärztliche Diagnose der Depression bereits im Vorfeld oder während der Behandlung und drittens eine allfällige antidepressive Medikation am Ende der Therapie.

Angststörungen wurden mit der Hamilton Anxiety and Depression Scale (HADS) erfasst. Das Strukturierte Klinische Interview (SKID) wurde zur Abklärung von Störungen auf der Achse II (*Persönlichkeitsstörungen*) herangezogen. Alle drei diagnostischen Verfahren (BDI, HADS, SKID) wurden ungefähr in der 6. Behandlungswoche durchgeführt, um die Einflüsse aus dem Entzugsgeschehen so gering wie möglich zu halten. Aufgrund des therapeutischen Zuganges und eines Beobachtungszeitraumes von drei Monaten kann somit von einer gut gesicherten Diagnose ausgegangen werden.

Um den Verlauf der Behandlung besser darstellen zu können und das einrichtungsinterne Ziel der zufriedenen Abstinenz überprüfen zu können, haben wir das Freiburger Persönlichkeitsinventar in der revidierten Fassung (FPI-R) zu Beginn und am Ende der Behandlung vorgelegt. Dabei lag der erste Messzeitpunkt innerhalb der ersten 3 Wochen, der zweite innerhalb der letzten beiden Wochen. Als dritter Zeitpunkt wurde der Katamnesezeitpunkt, etwa ein Jahr nach Entlassung aus der Therapie, gewählt.

Katamnese:

In Übereinstimmung mit der Empfehlung von Patrick Süß (1988) für praxisbegeleitende Katamnesen wurde der Zeitraum von einem Jahr gewählt.

Die Erhebung der Daten wurde bei PatientInnen des Bundeslandes Salzburg (etwa 80%) von MitarbeiterInnen des Sozialmedizinischen Dienstes des Amtes der Salzburger Landesregierung vorgenommen, die durch die oben beschriebene intensive Nachbetreuung der PatientInnen eine ausreichende Kenntnis von deren Gesundheitszustand hatten.

Den PatientInnen aus den anderen Bundesländern (ca. 20%) wurde ein Katamnesebogen zugeschickt. Ein Kurzfragebogen zur Beschreibung des Abstinenzstatus wurde zusätzlich einer vom Patienten während des stationären Aufenthaltes genannten Bezugsperson übermittelt.

Alle PatientInnen (SalzburgerInnen und Nicht-SalzburgerInnen) erhielten das FPI-R zusammen mit einem frankierten Rückkuvert.

Die Bedeutung des Sozialmedizinischen Dienstes auch in der Datenerhebung wird sichtbar, wenn man die unterschiedlichen Rücklaufquoten je nach Erhebungsart miteinander vergleicht (87% gegenüber 56,8%, siehe unten).

Statistik:

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem SPSS, wurde von einem Mitarbeiter der Universität Salzburg betreut und orientierte sich an den von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung herausgegebenen Katamnese-standards.

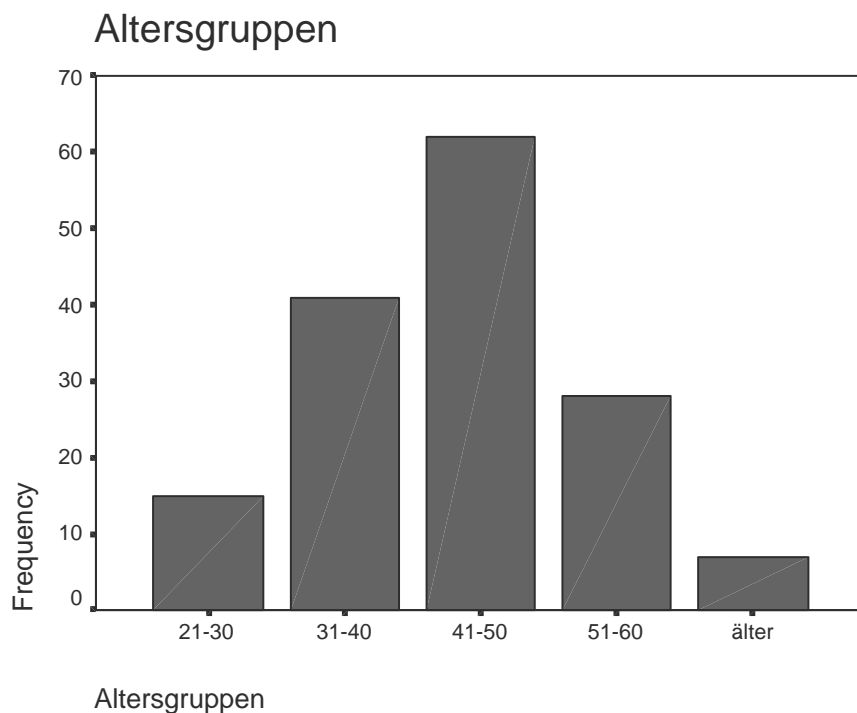
Wir glauben, dass der grosse Wert dieser Studie gerade in der institutionsübergreifenden Zusammenarbeit zu sehen ist.

Ausgewählte Ergebnisse

An der Studie nahmen alle im Jahre 1999 aufgenommenen PatientInnen beider Häuser teil (insgesamt 153 Patienten). Katamnesedaten wurden nur von den PatientInnen erhoben, die zumindest so lange am Therapieprogramm teilnahmen, dass Ergebnisse vom ersten FPI-R vorlagen (etwa in der zweiten Woche).

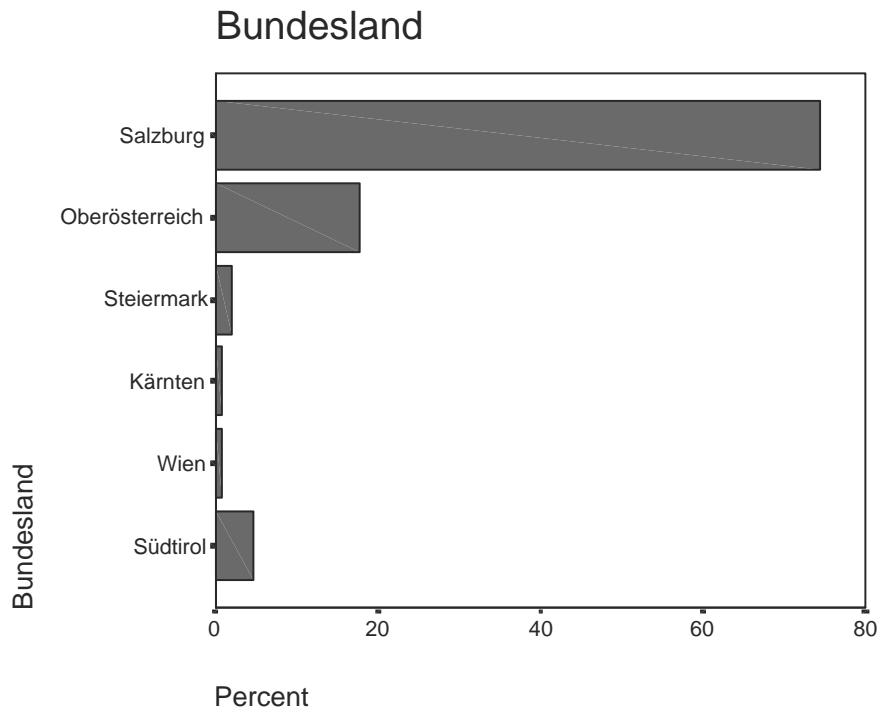
1) Sozialdaten:

a) Alterstruktur



Die Altersstruktur beschreibt annähernd eine Gauss'sche Kurve, mit dem höchsten Wert in der Altersgruppe von 40 bis 50 Jahren. (N=153)

b) Bundesland



Die überwiegende Mehrzahl der PatientInnen kommt aus dem Bundesland Salzburg (74,5%), 17,6 % aus dem benachbarten Oberösterreich. Relativ hoch ist auch der Prozentsatz von PatientInnen aus Südtirol (4,6%). (N=153)

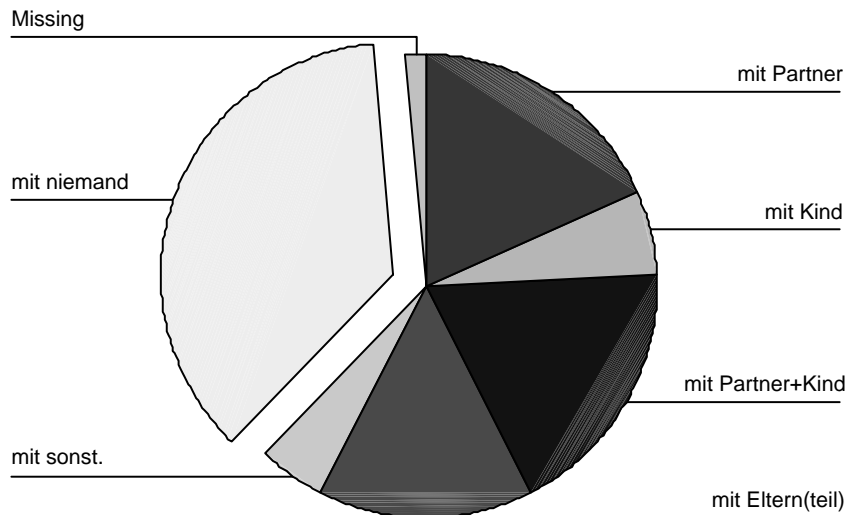
c) Familienstand

ledig	35,5%
verheiratet/ Lebensgemeinschaft	37,5%
getrennt lebend/ geschieden	24,3%
verwitwet	2,6%

36,8% unserer PatientInnen sind verheiratet bzw. leben in einer Lebensgemeinschaft, 35,5% sind ledig und 24,3 % getrennt lebend oder geschieden. (N=152)

d) Zusammenleben

lebt zusammen mit



62,9 % der PatientInnen leben mit Eltern, Kindern, Partner o.a. zusammen, 37,1 % alleine. Beachtlich ist hier der Unterschied zwischen Männern und Frauen: 27,3 % der Frauen leben alleine, während der Anteil bei den Männern zwischen 32,6% (SKH Weizensteinerstraße) und 44% (SKH Ignaz-Harrer-Str.) schwankt. (N=151)

e) Führerschein

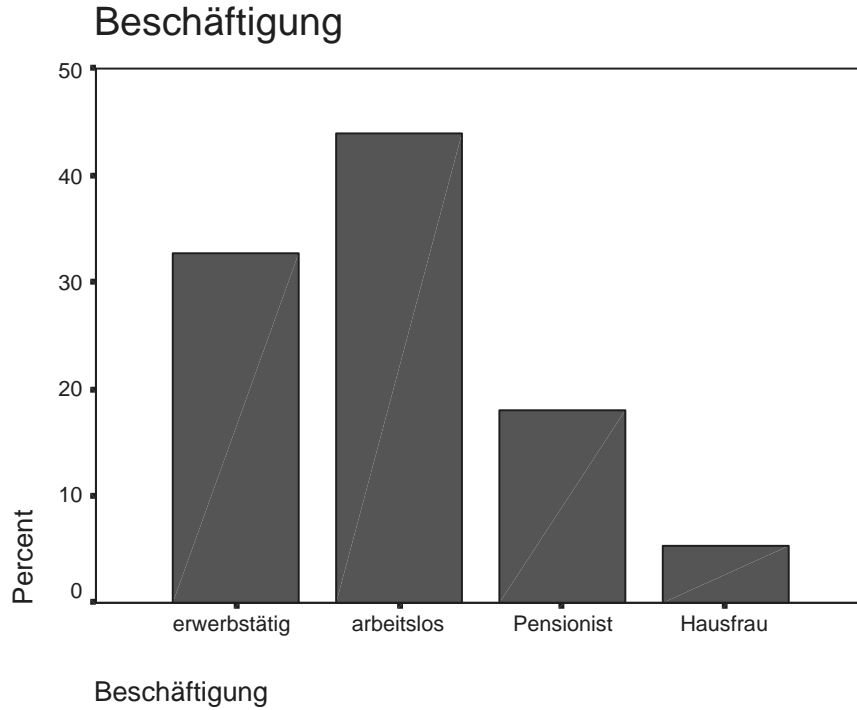
Der Führerschein ist ein nicht unerheblicher Motivationsfaktor für unsere PatientInnen in der Entscheidung für eine Entwöhnungsbehandlung. Es zeigt sich, dass 24,3 % der PatientInnen von einem aktuellen Führerscheinentzug betroffen sind, und zwar vorwiegend Männer. (N=144)

Führerschein

	Männer	Frauen	gesamt
ja	44,2%	61,3%	47,9%
nein	26,5%	32,3%	27,8%
dzt. entzogen	29,2%	6,5%	24,3%

f) Erwerb

In Anbetracht der Kenntnis, dass die Beschäftigung ein zentraler Stabilisator unserer PatientInnen ist, lässt ein Anteil von 44,8% an Arbeitslosen die Notwendigkeit sozialarbeiterischer Unterstützung während der Therapie erkennen. (N=152)



g) Dauer der Erkrankung

Die Erkrankungsdauer streut von unter 10 Jahren (51,9%) bis über 30 Jahre (1,5%). Bei den Prozentsätzen ist zu berücksichtigen, dass die krankheitsbezogene Wahrnehmungsverzerrung die Selbsteinschätzung jedoch beeinträchtigt. (N= 135)

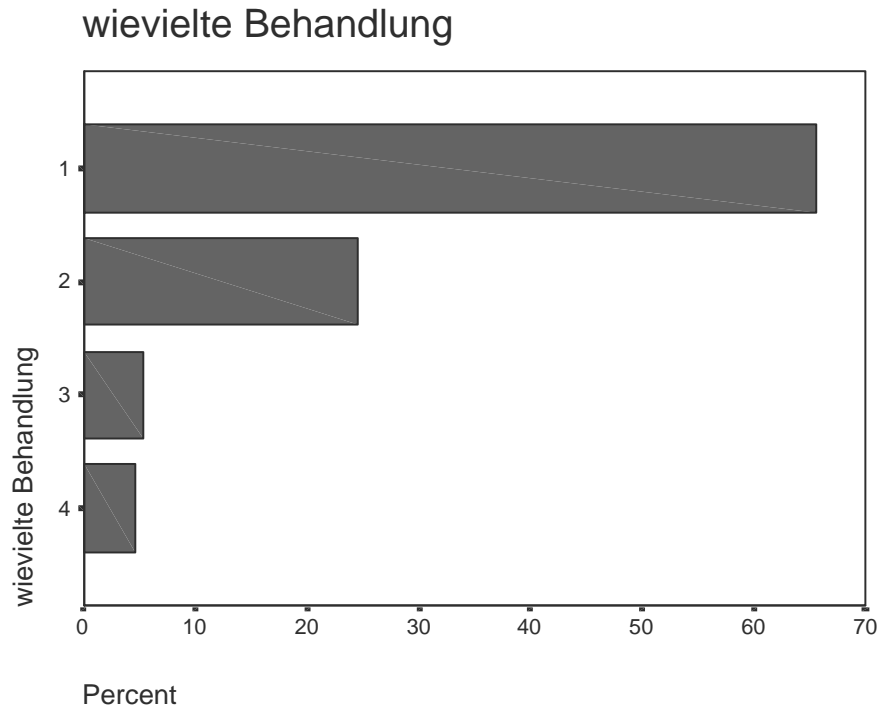
Dauer der Erkrankung nach Geschlecht

	Männer	Frauen	gesamt
bis 10 Jahre	47,1%	67,7%	51,9%
11-20 Jahre	35,6%	25,8%	33,3%
21-30 Jahre	15,4%	6,5%	13,3%
mehr	1,9%	0,0%	1,5%

Auffällig ist, dass bei kürzeren Erkrankungen die Frauen überrepräsentiert sind, bei längeren die Männer.

h) Anzahl der Behandlungen

Da die Entwöhnungsbehandlung nicht immer den gewünschten langanhaltenden Erfolg hat (siehe Katamnese) und Rückfälle vielfach zum Verlauf der Alkoholerkrankung gehören, kommen PatientInnen oft ein 2., 3. oder 4. Mal zur Entwöhnung. Dennoch ist der Großteil unserer PatientInnen (65,6 %) zum ersten Mal in stationärer Alkoholentwöhnungstherapie, und immerhin 24,5% zum zweiten Mal. (N=151)



2) Psychodiagnostik

a. Zuweisungsdiagnose

Alkoholabhängigkeit	87,9%
Medikamentenabhängigkeit	1,3%
beides	10,7%

Die Zuweisung erfolgte in 88% der Fälle aufgrund einer Alkoholabhängigkeit. Reine Medikamentenabhängigkeit (ohne Alkohol-Diagnose) betraf nur 1,3 % der PatientInnen, eine Mischform fand sich bei 10,7 %. (N=149)

Erwartungsgemäß ergaben sich Unterschiede zwischen den beiden Salzburger Einrichtungen, da nur in einem der Häuser Frauen untergebracht sind, diese aber bekanntermaßen häufiger von Medikamentenabhängigkeit betroffen sind.

So zeigte sich, dass von den Frauen 26,5 % wegen Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit zugewiesen wurden, in der gemischten Einrichtung aber auch von den Männern immerhin noch 16,3 % diese Diagnose aufwiesen, während die Mischdiagnose in der anderen Einrichtung gar nicht verzeichnet wurde. Offenbar wurde hier von den zuweisenden Stellen darauf geachtet, medikamentenabhängigen Männern einen krankheitsspezifischen Austausch in einer gemischten Einrichtung zu ermöglichen.

b. Nikotinabusus

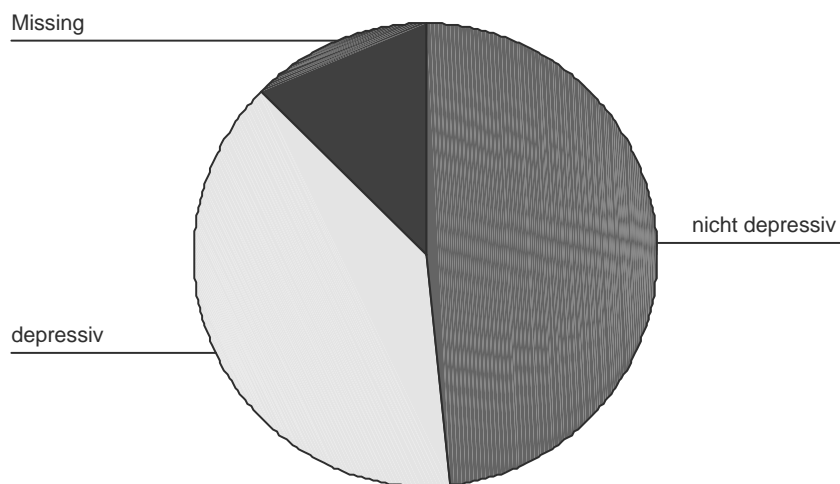
81,30% RaucherInnen stehen 18,70% NichtraucherInnen gegenüber. Dies entspricht den Zahlen aus vergleichbaren Einrichtungen.

c. Depression

Die hier verwendete Zuordnung zum Begriff „Depression“ ist eine Anhäufung verschiedener Parameter und sollte eher im Sinne eines Vorhandenseins eines depressiven Geschehens verstanden werden.

Zugeordnet zu diesem „depressiven Geschehen“ wurden PatientInnen, wenn sie entweder mit einer entsprechenden fachärztlich gestellten Diagnose zur Aufnahme kamen, beim Beck´schen Depressionsinventar (BDI) einen Punktwert von über 11 aufwiesen oder bei Entlassung eine dauerhafte antidepressive Medikation erhielten.

DEPRESSION



Die Grafik zeigt einen Anteil von 39,2 % „Depressiven“ gegenüber 48,4 % Nicht-Depressiven. Bei 12,4 % konnte wegen zu kurzer Verweildauer keine ausreichende Zuordnung getroffen werden (missing). (N= 134)

d. Angststörung

Angststörungen wurden mit der Hamilton Anxiety and Depression Scale (HADS) erfasst (Punktwerte über 11). Bei 10 % der PatientInnen konnte eine Angststörung festgestellt werden. (N=130)

Angststörung

	Männer	Frauen	Gesamt
Angststörung	6,0%	23,3%	10,0%
keine Angststörung	94,0%	76,7%	90,0%

Während beim „depressivem Geschehen“ die geschlechtsspezifischen Unterschiede weniger ausgeprägt waren (43,3% zu 50%), sind die Frauen bei der Angststörung mit 23,3% gegenüber den Männern mit 6 % stark überrepräsentiert.

Deutlich wurde auch ein Zusammenhang zwischen „depressivem Geschehen“ und Angststörung: 92,3% der angstgestörten Patienten sind auch der Gruppe der Depressiven zuzuordnen.

Angst & Depression

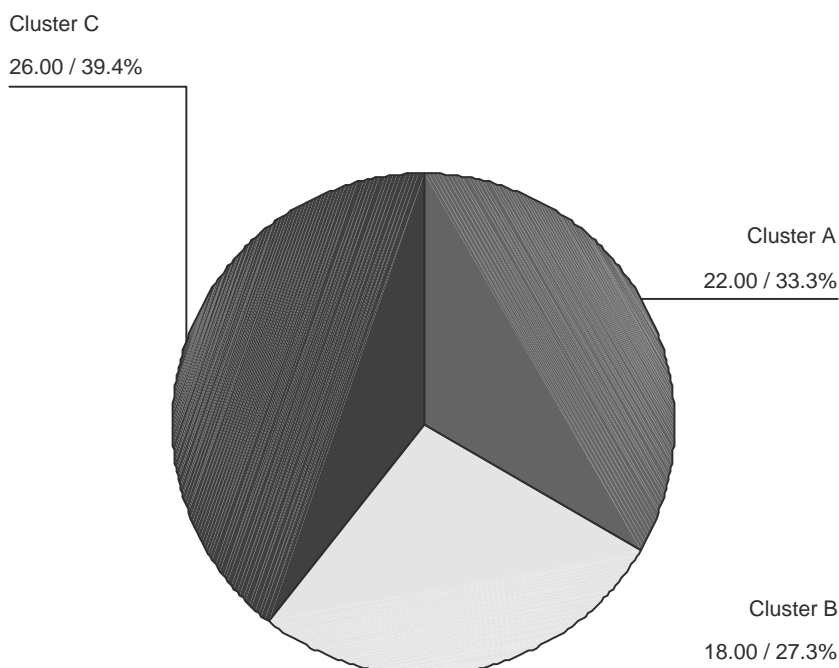
	depressiv	nicht depressiv
Angststörung	92,3%	7,7%
keine Angststörung	37,1%	62,9%

e. Persönlichkeitsstörungen

Von den insgesamt 153 PatientInnen wurden 129 mit dem SKID-II-Interview für Persönlichkeitsstörungen untersucht. Bei 51,2% waren die Kriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erfüllt. Dieses Ausmaß weist hin auf eine gewisse Vorselektion durch die ZuweiserInnen an unsere Einrichtungen.

30,3% erfüllten die Kriterien einer spezifischen Persönlichkeitsstörung, der überwiegende Teil ist als kombinierte Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren, bei 7,5% der Beurteilten zeigten sich mehr als vier Dimensionen ausgeprägt.

39,4% hatten den Schwerpunkt im neurosenahen Persönlichkeitsstil des Cluster-C (selbstunsichere, dependente, zwanghafte, passiv-aggressive). Immerhin 33,3 % waren dem psychosenahen Cluster-A (paranoide, schizoide, schizotypische) zuzuordnen, während 27,3% unter den klassischen Persönlichkeitsstörungen (narzisstische, histrionische, borderline, antisoziale) subsummiert wurden.



3) Verlaufsdaten

In zwei Bereichen konnte während der Therapie eine beachtliche Veränderung festgestellt werden:

Erstens die Verringerung der Arbeitslosigkeit wegen deren grosser Bedeutung hinsichtlich der nachfolgenden Abstinenz (siehe Lindenmeyer, J. 2001).

Zweitens die Veränderungen wesentlicher Skalen des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI-R) – u.a. die Erhöhung der Lebenszufriedenheit.

a. Veränderung Erwerb

Erwerb * Erwerb bei Entlassung

		Erwerb bei Entlassung		
		hat Arbeit	arbeitslos	gesamt
Erwerb	hat Arbeit	66,7%	8,5%	32,4%
	arbeitslos	33,3%	89,4%	43,9%
	gesamt	44,6%	31,8%	

Das Verhältnis von Erwerbstätigen zu Arbeitslosen kehrte sich im Verlauf der Behandlung um: zu Beginn der Therapie waren 32,4% erwerbstätig und 43,9% arbeitslos, am Ende der Behandlung waren 44,6% erwerbstätig und 31,8% arbeitslos. (N=148)

b. Veränderung FPI-R

FPI-R

		sign.	Richtung
Skala 1	Lebenszufriedenheit	0,01	mehr Lebenszufriedenheit
Skala 2	Soziale Orientierung	n.s.	
Skala 3	Leistungsorientierung	0,05	höhere Leistungsorientierung
Skala 4	Gehemmtheit	n.s.	
Skala 5	Erregbarkeit	0,01	geringere Erregbarkeit
Skala 6	Aggressivität	n.s.	
Skala 7	Beanspruchung	0,01	weniger Beanspruchung
Skala 8	Körperliche Beschwerden	0,01	weniger Beschwerden
Skala 9	Gesundheitssorgen	0,05	mehr Sorgen
Skala 10	Offenheit	0,01	geringere Offenheit
Skala E	Extraversion	0,01	größere Geselligkeit
Skala N	Emotionalität	0,01	größeres Selbstvertrauen

Anhand des FPI-R lässt sich nachweisen, dass die PatientInnen – dem zentralen Anliegen unseres Hauses entsprechend – während des Therapieaufenthaltes eine höhere Lebenszufriedenheit entwickeln konnten. Positive Entwicklungen zeigten sich auch in den Skalen Erregbarkeit, Beanspruchung und körperlichen Beschwerden, was u.a. auf das Abklingen der Entzugserscheinungen zurückzuführen ist. Veränderungen ergaben sich ferner hinsichtlich der Offenheit (hier im Sinne einer Anpassung an die

Erwartungen der TherapeutInnen), Geselligkeit und Selbstvertrauen. Eine Erhöhung gab es auch im Bereich der Leistungsorientierung. Die Zunahme der Gesundheitssorgen ist zu verstehen im Sinne des Ernstnehmens der Alkoholkrankheit und eines verantwortungsbewussteren Umgangs mit dem eigenen Körper. (N=131)

4) Exkurs: Co-Morbidität und Behandlungsverlauf

Therapieabbrüche stellen für PatientInnen und TherapeutInnen oft ein Scheitern in ihren Bemühungen dar und führen nicht selten direkt in eine anhaltende Rückfälligkeit. Deshalb war es für uns von Interesse, welche PatientInnen eher die Behandlung vorzeitig abbrechen oder beenden mussten. Die Quote der irregulären Therapiebeendigungen ist mit 17,9% ziemlich hoch (12,6% Abbrüche, 5,3% vorzeitige Entlassungen), weshalb Maßnahmen, zur Förderung des Durchhaltens einer Therapie erhebliche Bedeutung zukommt.

Es konnte nicht nur ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Entlassungsart und einem depressiven Geschehen ($p < 0,01$) gefunden werden, sondern auch zwischen Entlassungsart und Angststörung ($p < 0,05$).

Entlassungsart * depressives Geschehen Crosstabulation

		depressives Geschehen			
		nicht depressiv	"depressiv"	Total	
Entlassungsart	regulär	Count	70	46	116
		% within Entlassungsart	60,3%	39,7%	100,0%
		% within depressives Geschehen	95,9%	78,0%	87,9%
	irregulär	Count	3	13	16
		% within Entlassungsart	18,8%	81,3%	100,0%
		% within depressives Geschehen	4,1%	22,0%	12,1%
Total	Count	73	59	132	
	% within Entlassungsart	55,3%	44,7%	100,0%	
	% within depressives Geschehen	100,0%	100,0%	100,0%	

Ähnlich signifikante Zusammenhänge ließen sich ebenso zwischen Rückfällen während der Behandlung und einem depressiven Geschehen ($p < 0,01$) sowie einer Angsterkrankung finden ($p < 0,01$).

5) Katamnese

a. Rücklauf

Rücklauf-Quoten

Salzburger Patienten (SMD)	87%	
andere Bundesländer (inkl. Südtirol)	56,8%	(Streuung von 46,7 - 70,6% zw. beiden Häusern)
gesamt	78,8%	

Der Katamnesenrücklauf weist sehr unterschiedliche Quoten auf, je nach dem, ob die Daten vom Sozialmedizinischen Dienst erhoben wurden (87%) oder wir auf die Rücksendung durch PatientInnen und Bezugspersonen angewiesen waren (56,8%). Vor allem fehlender Rücklauf bei den Südtiroler PatientInnen, die vorwiegend im SKH Ignaz-Harrer-Str. stationär waren, drückte den „Bundesländer-Rücklauf“ auf unter 50% in dieser Einrichtung.

b. Abstinenzrate der Salzburger PatientInnen

Deshalb haben wir es für schlüssig erachtet, die Katamnese an Hand der qualitativ wertvollen Daten des SMD für die Salzburger PatientInnen (74,5%) darzustellen. (N=137)

Abstinenzrate bei Salzburger PatientInnen

	DGSS1 N=75	DGSS 2 N=75	DGSS 3 N=87	DGSS 4 N=87
A	48,6%	41,4%	45,3%	39,0%
AR	10,1%	9,2%	9,9%	9,0%
R	41,3%	49,4%	44,8%	52,0%
A+AR	58,7%	50,6%	55,2%	48,0%

DGSS Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie/ Katamnesestandards

DGSS 1 alle regulär entl. u. erreichten Pat.
 DGSS 2 alle regulär entl. Pat./ nicht erreichte Pat. als rückfällig gewertet
 DGSS 3 alle ab FPI (Zeitpkt. 1) u. erreichten Pat.
 DGSS 4 alle Pat. ab FPI (Zeitpkt. 1)/ nicht erreichte Pat. als rückfällig gewertet

In Anlehnung an die Katamnesestandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie haben wir die Kategorien folgendermassen festgelegt:

Unter die Kategorie A (abstinent) fielen alle PatientInnen, die im Katamnesezeitraum von einem Jahr gänzlich abstinent waren, d.h. auch kein sogenanntes Alkoholfreies Bier o.ä. konsumierten.

Unter die Kategorie AR (abstinent nach Rückfall) wurden alle diejenigen PatientInnen subsummiert, die zwar einen oder mehrere Rückfälle im Katamnesezeitraum hatten, zum Befragungszeitraum aber wieder mindestens 3 Monate gänzlich abstinent waren.

Unter die Rubrik R (Rückfall) fielen alle übrigen PatientInnen.

Berechnet wurde die Abstinenzrate für alle PatientInnen, die das ganze Therapieprogramm absolvierten und somit regulär entlassen wurden. Therapieabbrecher bzw. PatientInnen, die wegen fehlender Behandlungsbereitschaft vorzeitig entlassen werden mussten, fanden keine Beachtung.

Die Katamnese ergibt eine hohe Rate gänzlicher Abstinenz (41,4% bis 48,6%), eine kleine Gruppe von Abstinenzern nach Rückfall (9,2% bis 10,1%) und eine wieder sehr grosse Gruppe der Rückfälligen (von 41,3% bis 49,4%). Die Streuung zwischen den beiden Einrichtungen war marginal (1-2%)

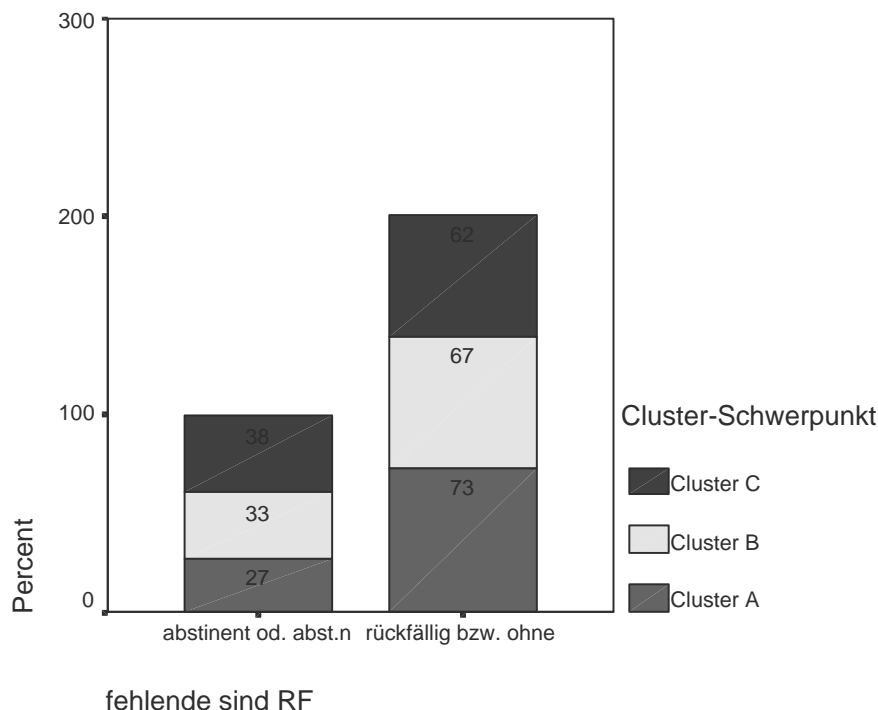
c. Persönlichkeitsstörung und Abstinenz

Die folgenden Vergleiche beziehen sich vorwiegend auf die Gruppe von PatientInnen, bei denen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung nach Durchführung des Interviews verneint wurde.

Zunächst fällt auf, dass von PatientInnen ohne Persönlichkeitsstörung eine Rücklaufquote von 84,1% erreicht werden konnte, hingegen nur 71,2% bei PatientInnen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Klassifiziert man nach konservativster Schätzung die PatientInnen, die nicht geantwortet haben bzw. die nicht erreicht werden konnten als rückfällig, ergibt sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Abstinenz.

Demnach werden 66,7% der PatientInnen mit der Zusatzdiagnose einer Persönlichkeitsstörung innerhalb eines Jahres rückfällig, hingegen nur 47,6% der PatientInnen, bei denen diese Zusatzdiagnose ausgeschlossen werden konnte.⁶

Innerhalb der Gruppe mit Persönlichkeitsstörungen zeigt sich die Erfolgsquote analog zum Schweregrad der psychischen Störung (Abstinenzrate: 27,3% Cluster-A, 33,3% Cluster-B, 38,5% Cluster-C). Therapeutisch noch erreichbar erweist sich somit die Gruppe der neurosenahen Persönlichkeitsstörungen, während die Erfolgsquote bei den schweren Persönlichkeitsstörungen, die circa ein Viertel unserer Gesamtstichprobe ausmacht, zu weiteren therapeutischen Überlegungen anspornt.



⁶ Diese Berechnungen beziehen sich auf die Patienten aller Bundesländer unterschiedlicher Verweildauer.

d. Lebenszufriedenheit und Abstinenz

Eine Überprüfung der These, wonach höhere Lebenszufriedenheit (FPI-R – Skala 1) mit einer höheren Abstinenzwahrscheinlichkeit einhergehen, war ein wichtiges Anliegen dieser Studie, um die konzeptuelle Basis unserer Einrichtung zu bestärken oder aber zu Modifikationen Anlass zu geben.

Tatsächlich ist es gelungen, einen eindeutig positiven Zusammenhang zwischen der Höhe der Lebenszufriedenheit einerseits und der Abstinenz (in Monaten) andererseits herzustellen.

Correlations

		Alk.-Abstinenz nach Therapie in Monaten	FPI-R/2 - Skala 1
Alk.-Abstinenz nach Therapie in Monaten	Pearson Correlation	1.000	.221*
	Sig. (2-tailed)	.	.036
	N	94	90
FPI-R/2 - Skala 1	Pearson Correlation	.221*	1.000
	Sig. (2-tailed)	.036	.
	N	90	114

*. Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)

e. Erwerb und Abstinenz (N=89)

Erwerb bei Entlassung * Abstinenz Crosstabulation

			Abstinenz		
			abstinent	rückfällig	Total
Erwerb bei Entlassung	erwerbstätig	Count	27	18	45
		% within Erwerb bei Entlassung	60,0%	40,0%	100,0%
	arbeitslos	Count	11	16	27
		% within Erwerb bei Entlassung	40,7%	59,3%	100,0%
	Pensionist	Count	11	6	17
		% within Erwerb bei Entlassung	64,7%	35,3%	100,0%

Erwartungsgemäß besteht ein Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und Therapieerfolg im Sinne der Abstinenz. Einen unterstützenden Einfluss hat auch die Absicherung durch die Pension.

f. Gruppenbesuch und Abstinenz (N=103)

Gruppenbesuch * Abstinenz Crosstabulation

			Abstinenz		
			abstinent	rückfällig	Total
Gruppenbesuch	nie	Count	20	31	51
		% within Gruppenbesuch	39.2%	60.8%	100.0%
	gelegentlich	Count	14	12	26
		% within Gruppenbesuch	53.8%	46.2%	100.0%
	regelmäßig	Count	22	4	26
		% within Gruppenbesuch	84.6%	15.4%	100.0%
Total		Count	56	47	103
		% within Gruppenbesuch	54.4%	45.6%	100.0%

Ebenfalls erwartungsgemäß ergibt sich ein starker positiver Zusammenhang zwischen dem Besuch einer Nachsorge- oder Selbsthilfegruppe und der Abstinenz. Waren von den PatientInnen, die nie eine dieser Gruppen besuchten, nach einem Jahr noch knapp 40% (DGSS1) trocken, waren es von den regelmäßigen GruppenbesucherInnen fast 85%.

Diskussion

Die Ergebnisse der vorgestellten Arbeit lassen den Stellenwert der Co-Morbidität deutlich erkennen. Mit 40% an depressivem Geschehen, 10% Angststörung und über 50% an Persönlichkeitsstörungen ist diese ein Faktor, der in der Behandlung entsprechender Beachtung bedarf.

Die hohe Abbruch- und Rückfallrate (während der Therapie) bei den PatientInnen mit depressivem Geschehen und Angststörungen könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Co-Morbidität im Therapieprogramm nicht immer ausreichend Beachtung findet oder manchmal nur unzureichend verstanden wird.

Welche Effekte bei einer Entwöhnungsbehandlung erreicht werden können zeigen die Ergebnisse der FPI-R Messungen. Hier konnte bei 9 von 12 Skalen eine signifikante Veränderung im Sinne einer Verbesserung erreicht werden. Manche dieser Veränderungen sind eher auf das Abklingen körperlicher Entzugserscheinungen zurückzuführen, andere wieder auf das Erleben in der therapeutischen Gemeinschaft (Geselligkeit, Selbstsicherheit) und wieder andere durch gezielte psychotherapeutische Behandlung. Die signifikante Erhöhung der Lebenszufriedenheit bestätigt das Erreichen eines Therapiezieles, welches im Leitbild der Einrichtungen verankert ist. Dass sich die Lebenszufriedenheit positiv auch auf das Erreichen der Abstinenz auswirkt lässt die Relevanz dieses Leitbildes erkennen.

Deutlich sind auch die Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Integration. So ist es durchaus als Erfolg zu werten, dass die Erwerbstätigkeit unserer PatientInnen von 32% auf über 44% gehoben werden konnte. Der Zusammenhang zwischen Abstinenz und Erwerbstätigkeit legt aber nahe, dass hier noch mehr Anstrengungen unternommen werden müssten. Diese zusätzlichen Bemühungen sollten zu einer verstärkten Kooperation mit den Arbeitsmarktservicestellen führen in dem Sinne, dass schon während der Therapie konkrete arbeitsrelevante Schritte erfolgen (Abklärung und Initiierung einer Umschulung, Vermittlung von Arbeitsstellen...), so wie dies am Anton-Proksch-Institut bereits vorbildhaft praktiziert wird.

Die Abstinenzrate der Salzburger PatientInnen zeigt ein Jahr nach Absolvierung einer Behandlung eine Quote zwischen 50,6% und 58,7% - unter Einrechnung der PatientInnen, die nach einem Rückfall zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung mindestens wieder drei Monate abstinent waren. Diese Betrachtungsart erscheint gerechtfertigt insofern, als Rückfälle zum Krankheitsverlauf gehören und das richtige Vorgehen bei Rückfällen eine Fähigkeit ist, die wir den PatientInnen während der Therapie zu vermitteln versuchen.

Die Ergebnisse legen nahe, dass die Abstinenzrate noch angehoben werden könnte, wenn es mehr als bisher gelänge, die PatientInnen zum Besuch einer Selbsthilfe- oder Nachsorgegruppe zu motivieren. Bei den regelmäßigen GruppenbesucherInnen (27,3%) stieg der Anteil an Abstinenten auf beinahe 85%. Gelegentliche Gruppenbesuche führten immerhin noch zu einer Abstinenzrate von 53%. Beinahe die Hälfte unserer PatientInnen (48,1%) konnte überhaupt nicht zum Gruppenbesuch motiviert werden, unter ihnen sind fast 61% nach einem Jahr rückfällig.

Ausblick:

Auf Grund der geringen Patientenpopulation unserer Einrichtungen und der Vielzahl an zu berücksichtigenden Faktoren ergaben sich für manche Fragestellungen noch keine ausreichend großen Datenmengen. Deshalb wird die Katamnese auch mehrjährig durchgeführt. Erste Berechnungen unter Hinzuziehung des Jahres 2000 bestätigen die Hoffnung, dass durch eine größere Datenmenge noch mehr signifikante und praxisrelevante Ergebnisse zustande kommen. Die sich zusätzlich ergebenden Effekte sollen in einer ergänzenden Publikation dargestellt werden.

Literatur:

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.):
Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Lambertus-Verlag
1985.

Hartkamp N., Qualitätssicherung in der stationären Suchtbehandlung. VAS, Frankfurt
2000.

Lindenmeyer J., Schneider R.: Qualitätssicherung in der Suchtbehandlung. In: Laireiter
A.-R., Vogel H. (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen
Versorgung. DHVT, Tübingen 1998.

Lindenmeyer, J.: Perspektiven bei Perspektivenlosen. In: Fachverband Sucht e. V.
(Hrsg.) Rehabilitation Suchtkranker - mehr als Psychotherapie. Neuland Verlag
Geesthacht 2001

Süß, Heinz-Martin: Evaluation von Alkoholismustherapie. In: Freiburger Beiträge zur
Psychologie. Universitätsverlag Freiburg Schweiz. Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart
Toronto 1988

Uhl, A. et al.: Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends.
Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, 2001

