

**Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Tübingen**

Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik

Komm. Leiter: Professor Dr. A. Batra

**10-Jahres-Katamnese bei Alkoholkranken unter
besonderer Berücksichtigung der Frauen**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Elvira Kraus

aus

Pfullendorf

2009

Dekan:

Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichtstatter:

Professor Dr. G. Längle

2. Berichtstatter:

Professor Dr. A. Batra

Den

Patientinnen und Patienten
der Station B6

gewidmet.

*Was wärst du, Wind,
wenn du nicht Bäume hättest
zu durchbrausen;
was wärst du, Geist,
wenn du nicht Leiber hättest,
drin zu hausen!
All Leben will Widerstand.
All Licht will Trübe.
All Wehen will Stamm und Wand,
daß es sich dran übe.*

Christian Morgenstern

1. EINLEITUNG	3
1.1. EINFÜHRUNG	3
1.2. FRAUENALKOHOLISMUS	8
1.3. KATAMNESEN ALS METHODE DER ERKENNTNISSTEIGERUNG	13
1.4. LANGZEITVERLÄUFE DER ALKOHOLERKRANKUNG BEI FRAUEN UND MÄNNERN	13
1.5. ZIELSETZUNG DER VORLIEGENDEN 10-JAHRES-KATAMNESE	18
2. METHODIK	19
2.1 STUDIENORGANISATION	19
2.2 AUFBAU DER FRAGEBÖGEN.....	20
2.2.1 Fragebögen der Ausgangsstudie 1993/1994	20
2.2.2 Fragebögen der 10-Jahres-Katamnese.....	23
2.3 AUSWERTUNG DER ERHOBENEN DATEN	24
2.3.1 Skala zur Erfassung der sozialen Integration	24
2.3.2 Statistische Auswertung.....	25
3. THERAPEUTISCHES KONZEPT UND PATIENTENSTICHPROBE	28
3.1 BESCHREIBUNG UND THERAPIEKONZEPT DER ENTWÖHNUNGSSTATION.....	28
3.2 BESCHREIBUNG DER PATIENTENSTICHPROBE ZUM THERAPIEZITPUNKT 1993/94.....	30
3.2.1 Beschreibung der gesamten Stichprobe (N=215)	30
3.2.2 Beschreibung der interviewten Stichprobe (N=93) und deren Vergleich mit den nicht interviewten Patienten (Repräsentativität).....	37
3.2.3 Männer-Frauen-Vergleich	39
4. ERGEBNISSE.....	44
4.1 AUSSCHÖPFUNGSQUOTE DER VORLIEGENDEN UNTERSUCHUNG	44
4.2 DATEN ZU DEN VERSTORBENEN PATIENTEN	45
4.3 BASISINFORMATIONEN ZUR RÜCKFÄLLIGKEIT	47
4.4 ERGEBNISSE DER KATAMNESEERHEBUNG DER INTERVIEWTEN PATIENTEN (N=93).....	47
4.4.1 Soziodemographische Patientendaten zum Katamnesezeitpunkt 2004 und deren Verlauf seit 1993/94	47
4.4.2 Alkoholbezogene Daten zum Katamnesezeitpunkt 2004 und deren Verlauf seit 1993/94	50
4.4.3 Komorbidität.....	58
4.4.4 Einnahme von Medikamenten, illegalen Drogen und Nikotin	59
4.4.5 Forensische Aspekte.....	60
4.5 VERLAUF DER FRAUEN.....	61
4.5.1 Therapieabschluss und soziodemographische Daten.....	61
4.5.2 Alkoholbezogene Daten	63
4.5.3 Prognosefaktoren der Frauen	65
4.6 VERGLEICH VERSCHIEDENER UNTERGRUPPEN.....	67
4.6.1 Vergleich der zuletzt abstinenten Patienten mit den nicht abstinenten Patienten.....	67
4.6.2 Vergleich der Rückfälligen und der dauerhaft abstinenten Patienten	72
4.7 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	75

5. DISKUSSION	77
5.1 DISKUSSION DER METHODIK.....	77
5.2 DISKUSSION DER PATIENTENSTICHPROBE ZUM THERAPIEZITPUNKT	80
5.2.1 <i>Repräsentativität</i>	80
5.2.2 <i>Männer-Frauen-Vergleich</i>	82
5.3 DISKUSSION DER KATAMNESEERGEBNISSE	85
5.3.1 <i>Ausschöpfungsquote und Therapieabschluss</i>	85
5.3.2 <i>Mortalität</i>	87
5.3.3 <i>Rückfälligkeit</i>	88
5.3.4 <i>Verlauf der Frauen</i>	89
5.3.5 <i>Prognosefaktoren für den Langzeitverlauf</i>	92
5.3.6 <i>Merkmalsvergleich zum Katamnesezeitpunkt</i>	99
5.4 SCHLUSSFOLGERUNGEN	103
6. ZUSAMMENFASSUNG	105
7. TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS	108
8. LITERATURVERZEICHNIS	112
9. ANHANG	125
9.1 TABELLEN DER SIGNIFIKANZÜBERPRÜFUNG INKLUSIVE DER ADJUSTIERUNG DER SIGNIFIKANZNIVEAUS NACH DEM BONFERRONI-HOLM-VERFAHREN	125
9.2 ABBILDUNGEN DES ERGEBNISTEILS.....	131
9.3 FRAGEBÖGEN (KATAMNESE)	146
9.4 BRIEFE AN DIE PATIENTEN.....	161

Danksagungen

Lebenslauf

1. Einleitung

1.1. Einführung

Alkoholismus

Die verschiedenen Eigenschaften von Alkohol – unter anderem als Nahrungs- und Genussmittel – machen es notwendig den Terminus „Alkoholismus“ näher zu differenzieren.

Die Einteilung in Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit hat sich seit ihrer Konzeption 1977 sehr bewährt und weitgehend international durchgesetzt.

Die DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) und die ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems) versuchen durch Aufstellen von Kriterien näher zu beschreiben, wann Menschen Alkoholmissbrauch betreiben bzw. wann sie als alkoholabhängig zu bezeichnen sind. Die ICD-10 spricht bei Alkoholmissbrauch von „schädlichem Gebrauch“ des Alkohols im Sinne von körperlichen und/oder psychischen Störungen, die durch den Alkoholkonsum auftreten. Auch die Alkoholabhängigkeit kann durch das Zutreffen von aufgestellten Kriterien diagnostiziert werden. Hier sind beispielsweise die Toleranzentwicklung, zwanghaftes Trinken und das Entwickeln von Entzugssymptomen zu nennen (Feuerlein et al. 1998).

Alkoholabhängigkeit ist im Rahmen der Reichsversicherungsordnung (RVO) erst seit 1968 in Deutschland als Krankheit anerkannt. So werden alkoholabhängige Menschen von den Versicherungsträgern als Kranke angesehen und die entsprechende Behandlung finanziert. Allerdings gab es damals die Einschränkung, dass es eine selbst verschuldete Krankheit sei. Erst am 09.10.1980 wurde durch ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts diese „Selbstverschuldungs-Einschränkung“ aufgehoben. Nach diesem Urteil kann der Alkoholkranke jedoch bei Rückfälligkeit mitverantwortlich gemacht werden.

Die Therapiekosten für Entzugs- bzw. Entgiftungsbehandlungen werden von den Krankenkassen und die Kosten für Entwöhnungsbehandlungen von den Rentenversicherungsanstalten getragen.

In Deutschland sind, auf der Basis des Suchtsurveys 2000 (bei Annahme der Kriterien des DSM-IV), 1,5 Millionen Personen im Alter von 18-59 Jahren alkoholabhängig. Die Hochrechnung auf Patienten im Alter von 18-69 Jahre ergibt die Zahl von 1,7 Millionen Menschen mit Alkoholabhängigkeit (Hüllinghorst 2006). Eine Untersuchung unter 3021 Jugendlichen im Alter von 14 bis 24 Jahren im Großraum München zeigte in 9,7% der Fälle die Diagnose Alkoholmissbrauch und in 6,2% der Fälle die Diagnose Alkoholabhängigkeit. Man kann sagen, dass Alkoholismus die häufigste psychische Störung in Deutschland ist und unter allen stoffbezogenen Abhängigkeiten die quantitativ größte Bedeutung hat (Möller et al. 2001, Soyka 1998, Stetter et al. 1995). Kraus und Augustin (2001) verweisen in ihrer bundesweiten Untersuchung auf 163000 Personen pro Jahr, die aufgrund ihrer Alkoholkrankung behandelt werden. Damit werden ca. 10% der Alkoholabhängigen pro Jahr erreicht. Im Jahr 2004 wurden von den Rentenversicherungsträgern 36961 Alkoholentwöhnungsbehandlungen bewilligt (Hüllinghorst 2006).

Auch die ökonomischen Aspekte sind nicht unerheblich. Den Einnahmen von 3,4 Mrd. Euro (2001) aus der Alkoholsteuer stehen ökonomische Folgekosten durch alkoholbezogene Morbidität und Mortalität von geschätzten 20,5 Mrd. Euro jährlich gegenüber (Bühringer et al. 2000; Bergmann/Horch 2002). Auch im Jahr 2004 beliefen sich die Einnahmen aus Alkoholsteuern in Deutschland auf insgesamt 3,4 Mrd. Euro (Meyer/John 2006).

Alkoholkonsum in Deutschland und Europa

Der Pro-Kopf-Verbrauch alkoholischer Getränke betrug im Jahr 2004 in Deutschland 145,5 Liter. Dies entspricht pro Person 10,1 Liter reinen Alkohols. Vergleiche mit den Vorjahren zeigen, dass „eine weitgehende Stagnation des Alkoholkonsums auf weiterhin sehr hohem Konsumniveau“ festzustellen ist (Meyer/John 2006). Das Institut für Therapieforschung führt regelmäßig Repräsentativerhebungen in Deutschland durch und berichtet von einer Abnahme des Anteils alkoholabstinenter Personen und einer Zunahme des Anteils an Personen mit risikoarmen Konsums (Augustin/Kraus 2005). Im Jahr

2003 lag Deutschland bezogen auf den Pro-Kopf-Verbrauch reinen Alkohols im Vergleich mit anderen EU-Staaten und ausgewählten Ländern mit 10,2 Litern auf Rang fünf nach Luxemburg (12,6l), Ungarn (11,4l), Tschechien (11,0l) und Irland (10,8l) (Meyer/John 2006).

2002 wurde eine auf mehrere Jahre angelegte europäische Studie veröffentlicht, die versuchte den Alkoholkonsum nach Menge und Art des Getränks in 10 europäischen Ländern zu vergleichen (Sieri et al. 2002). Dabei wurden Angaben zum Alkoholkonsum von 13031 Männern und 22924 Frauen im Alter zwischen 35 und 74 Jahren einbezogen. In Spanien liegt mit 41,4 Gramm Alkohol am Tag der höchste Konsum vor. Es konnte gezeigt werden, dass von Männern in Spanien und Italien hauptsächlich Wein getrunken wird. Bier wurde hauptsächlich von Männern in Deutschland, Holland und Dänemark getrunken, mit einem durchschnittlichen täglichen Alkoholkonsum von fast 40,0 Gramm. Am wenigsten Bier wurde von Italienern getrunken. Bei den Frauen konnte herausgefunden werden, dass sie im Allgemeinen weniger Alkohol und eher verschiedene Arten von Getränken konsumierten als Männer. Den insgesamt niedrigsten Alkoholkonsum hatten die Frauen in Griechenland mit täglich durchschnittlich 3,4 Gramm Alkohol. Von Frauen wurde Alkohol vor allem in Form von Wein getrunken. Dabei stieg der Alkoholkonsum vor allem bei den Frauen während des Wochenendes. Betrachtet man den Konsum außerhalb der täglichen Mahlzeiten so liegt Deutschland, Holland, Großbritannien (UK) und Dänemark diesbezüglich an der Spitze.

Tolerierbare Alkoholzufuhrmenge

Um gesundheitsförderliche und gesundheitsschädliche Wirkungen von Alkohol anhand der Konsummenge beurteilen zu können initiierte das Bundesministerium für Gesundheit das Forschungsprojekt „Alkoholkonsum und Krankheiten“ und erarbeitete die tolerierbare obere Alkoholzufuhrmenge (TOAM) (Burger et al. 2000).

Die TOAM beträgt für den erwachsenen Mann 20-24 Gramm Alkohol pro Tag und für die Frau 10-12 Gramm Alkohol pro Tag. Die Deutsche Gesellschaft für

Ernährung limitiert die Höchstmenge der Alkoholzufuhr mit 20 Gramm pro Tag für Männer und 10 Gramm pro Tag für Frauen um gesundheitsschädliche Wirkungen zu vermeiden (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2000).

Nach den Daten des Bundes-Ernährungssurveys konsumieren 31% der Männer und 16% der Frauen in Deutschland Alkoholmengen, die über den empfohlenen Grenzen liegen. Die Männer nehmen hierbei im Durchschnitt täglich 33 Gramm Alkohol zu sich und die Frauen täglich 16 Gramm (Medianwerte der Alkoholzufuhr) (Burger/Mensink 2003).

Alkoholkonsum und sozioökonomischer Status

Untersuchungen, die den Alkoholkonsum in Beziehung setzen zum sozioökonomischen Status, der sich an Bildung, Beruf und Nettohaushaltseinkommen orientiert, zeigen, dass 9% der Frauen mit geringem sozioökonomischen Status mehr als 10 Gramm Alkohol pro Tag zu sich nehmen, 14% der Frauen in der mittleren Gruppe überschreiten die Grenze von 10 Gramm und 30% der Frauen mit hohem sozioökonomischen Status (Winkler/Stolzenberg 1999). Ahlström et al. (2001) zeigten ebenso, dass Frauen in Europa mit höherer Bildung zu höherem Alkoholkonsum neigen als Frauen mit niedrigerer Bildung. Wobei hier dieses Trinkmuster für Männer nicht galt. Die Studie zeigte auch, dass Arbeitslosigkeit mit einem höheren Alkoholkonsum verbunden ist und sich dieser Effekt bei Frauen sogar stärker zeigt als bei Männern (Ahlström et al. 2001).

35% der Männer mit hohem sozioökonomischen Status überschreiten die Grenze von 20 Gramm Alkohol am Tag. Dieser Sachverhalt liegt bei 29% der Männer mit mittlerem und bei 32% der Männer mit geringem Status vor. Hier ist zu beachten, dass bei der zugrundeliegenden Umfrage nur Personen aus der Wohnbevölkerung erfasst sind und keine Daten über die Alkoholzufuhr von Obdachlosen und Personen in sozialen Einrichtungen vorliegen. Andere Studien zeigen, dass Alkoholismus in den niedrigeren sozialen Schichten deutlich häufiger ist als in höheren sozialen Schichten (Fichter 1990).

Abhängigkeitsentstehung und Therapieangebote

Durch die umfangreichen Theorien zur Entstehung der Alkoholabhängigkeit ist auch der Behandlungsansatz der Alkoholkrankheit sehr vielfältig. Feuerlein et al.(1998) sprechen von einem Bedingungsgefüge der Alkoholabhängigkeit und betonen dadurch das Zusammenwirken von Faktoren aus verschiedenen Daseins- bzw. Forschungsbereichen und Analyseebenen.

Ebenso Kielholz/Ladewig (1972), die drei große ineinanderwirkende Faktorengruppen angeben: Die spezifische Wirkung der Substanzen, die Eigenschaften des konsumierenden Individuums und dessen (soziales) Umfeld. Dazu werden in verschiedenen Behandlungsformen entsprechende psychoanalytische, lerntheoretische und soziologische Ansätze angewandt. Metaanalysen zeigen, dass die kognitive Verhaltenstherapie (zusammen mit einem multimodalen Therapieprogramm) wirksam ist und dass ein Soziales Kompetenztraining, Verhaltensverträge, Gemeindeprogramme und Familien-/Paartherapien Rückfällen entgegenwirken (Bottlender et al. 2006). Auch das Behandlungsmodell an der psychiatrischen Universitätsklinik in Tübingen beinhaltet diese Konzepte (siehe Kapitel 3.1). Seit 2004 wird dort auch die kognitive Verhaltenstherapie und ein Sozialemotionales Kommunikationstraining mit in die Alkoholentwöhnungsbehandlung einbezogen. „Zu den neuen Therapien gehört eine gezielte Weiterentwicklung der Entzugsbehandlung zum „Qualifizierten Entzug“(…).Neue psychotherapeutische Techniken wie die „Motivierende Gesprächsführung“ wurden für die Suchtkrankenbehandlung entwickelt. Sie erlauben eine gezielte Veränderung von Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation“ (Mann 2002).

In Deutschland hat sich ein umfangreiches, effektives Hilfesystem für suchtkranke Menschen etabliert. Es gibt ca. 7500 Selbsthilfegruppen, 934 Beratungsstellen für Suchtkranke (Stand 2004), 9500 stationäre Therapieplätze für Abhängige von Alkohol und Medikamenten (Stand 2004), des weiteren teilstationäre und sogenannte niedrigschwellige Angebote wie beispielsweise Tagestreffs (Hüllinghorst 2006).

1.2. Frauenalkoholismus

Frauenspezifisches Trinkverhalten

Seit den späten siebziger Jahren prägen zwei Theorien die Beschreibung des weiblichen Trinkverhaltens: die „Konvergenz-Hypothese“ und die „Emanzipations-Hypothese“. Sie besagen, dass Frauen „in dem Maß das Trinkverhalten von Männern annehmen, wie ihre Emanzipation voranschreitet und sie sich zunehmend in Berufe und/oder Lebensstile hineinbewegen, die denen der Männer ähnlich sind“. Somit trinken Frauen „mehr Alkohol als früher, womit sich die Lücke im unterschiedlichen Trinkverhalten der Geschlechter schließt“ (Bloomfield 2002). Gundel spricht schon 1972 in ihrer Dissertation von einer Angleichung der Formen des Alkoholismus der Frauen an die der Männer (Gundel 1972). So untersuchen Mercer/Khavari (1990), ob sich im Verlauf der vergangenen Jahre das Trinkverhalten der Frauen dem der Männer angepasst habe. Sie befragten dabei über 1000 Personen an einem amerikanischen College 1977 und 1985 und konnten interessante Beobachtungen machen: Frauen tranken im Laufe des Studienzeitraumes vermehrt Bier pro Trinkereignis. Der Bierkonsum stieg bei den Frauen um 34%, während der Konsum von Wein und anderen alkoholischen Getränken („liquor“) abnahm, sodass insgesamt der Alkoholkonsum 1977 und 1985 der gleiche blieb. Diese Entwicklung könnte auf eine qualitative Annäherung an das Trinkverhalten der Männer hindeuten. Zwischen 1977 und 1985 fiel die Anzahl der Frauen, die kein Bier trinken, um 5,6% ab. Auch bei den Männern gab es eine entsprechende Abnahme, die jedoch nicht so stark war. Insgesamt blieb es aber dabei, dass Männer im Durchschnitt mehr Alkohol trinken als Frauen. Eine zehn Länder umfassende Untersuchung zeigte, dass weltweit Frauen häufiger generell abstinent leben als Männer und sie weniger Alkoholmissbrauch betreiben (Wilsnack et al. 2000). Green et al. (2004) kamen in ihrer umfangreichen Studie in den USA zu ähnlichen Ergebnissen. Greenfield (2002) zeigt, dass in den USA in den vergangenen 30 Jahren, Mädchen immer früher in ihrem Leben Alkohol trinken, und dass es in der jungen Bevölkerungsgruppe keinen geschlechtsspezifischen Unterschied bezüglich des Alkoholtrinkens mehr gibt.

Die Prävalenz der Alkoholerkrankung bezogen auf die beiden Geschlechter hat sich von einem Männer-Frauen-Verhältnis von 4:1 zu 3:1 entwickelt und es liegt der Trend zu einem Verhältnis von 2:1 vor (Mann et al. 1996a). Die Frauen mittleren Alters, die eine höhere Bildung und einen höheren sozialen Status besitzen, sind nach neuen Studien überdurchschnittlich gefährdet für problematischen Alkoholkonsum (Franke et al. 2001, Bloomfield et al. 2000). Eine Bevölkerungsumfrage bei fast 7000 schwedischen Frauen ergab, dass Merkmalsunterschiede zwischen Frauen bestanden, die nie, wenig oder viel Alkohol tranken. Frauen, die keinen Alkohol tranken, hatten hierbei einen niedrigeren soziodemographischen Status, einen schlechteren Gesundheitszustand und mehr körperliche Beschwerden (Cederfjall et al. 2004).

Diesselhorst (1981) hat sich in ihrer Dissertation mit dem Thema „Identitätsbildung und Alkoholabhängigkeit bei Frauen“ beschäftigt und hierbei zusätzlich zu den psychologischen Theorien (psychoanalytischer und lerntheoretischer Ansatz) auf soziologische Ansätze zur Genese der Alkoholabhängigkeit bei Frauen verwiesen. Sie zeigt, dass bei jungen alkoholabhängigen Frauen vor Beginn der Abhängigkeit häufig eine Störung der geschlechtsspezifischen Identität vorliegt, die sich in Form unbefriedigender Interaktionen im Alltag zeigt. Notwendige identitätsfördernde Fähigkeiten wurden im primären Sozialisationsprozess in der Herkunftsfamilie nur unzureichend ausgebildet. Für Haller (1995) stellen die Unfähigkeit sich selbstbewusst anzuvertrauen, destruktive Partnerschaften und der Anpassungsdruck an die Gegebenheiten des Umfeldes die spezifischen Risikofaktoren für die Alkoholabhängigkeit bei Frauen dar. „Die Sozialisationserfahrungen bieten [Frauen] nur wenig Raum ein starkes Selbstwertgefühl zu entwickeln“ (Kersch 2002). Dazu berichtet Merfert-Diete (1995), dass für Frauen, die aus einer Suchtfamilie kommen, das Risiko selbst abhängig zu werden deutlich höher ist als für Männer.

Studienergebnisse zeigen auch einen Zusammenhang zwischen dem Trinkverhalten und dem Menstruationszyklus der Frau auf. So stellten

Pastor/Evans (2003) in ihrer Studie mit 85 Frauen fest, dass der Alkoholkonsum im Verlauf des Zyklus signifikant während der Menstruationsphase ansteigt.

Alkoholfolgeerkrankungen und Komorbidität

Es stellen sich die Fragen, warum Frauen quantitativ weniger Alkohol konsumieren als Männer und ob Frauen deshalb entsprechend weniger Gefahr laufen alkoholkrank zu werden oder Alkoholfolgeerkrankungen zu entwickeln. Hierzu konnten Frezza et al. (1990) und Jones/Jones (1976) Hinweise liefern. Sie zeigten, dass Frauen bei vergleichbarem Alkoholkonsum höhere Blutalkoholspiegel entwickeln und sie anfälliger für alkoholbedingte Lebererkrankungen sind. Sie konnten diesbezüglich nachweisen, dass alkoholranke Frauen weniger Alkoholdehydrogenaseaktivität im Magen aufweisen, wodurch es zu einem geringeren Abbau des Alkohols kommt. Eine Antwortmöglichkeit wäre somit, dass Frauen dadurch auch bei geringerem Alkoholkonsum bereits dessen Wirkung erleben.

Außerdem steigert Östrogen die Alkoholabsorption und orale Antikonzeptiva verlangsamen den Alkoholmetabolismus. Hinzu kommt, dass Frauen einen höheren Anteil an Körperfett besitzen wodurch der Abbau des Alkohols ebenso verzögert wird (Mello 1986). Dadurch verweilt der Alkohol länger im Körper und es besteht eine höhere Toxizität. Auch wenn Frauen also weniger Alkohol trinken als Männer, entwickeln sie vergleichsweise früher alkoholbedingte Folgeerkrankungen. Auch Ely et al. (1999) zeigten, dass Frauen, bei ähnlich hoher konsumierter Alkoholmenge wie von Männern, höhere Blutalkoholspiegel aufweisen und über mehr Alkoholfolgebeschwerden berichten.

Dieser Umstand konnte in einem Forschungsprojekt der Universität Tübingen mit Frauen, die die gleiche Therapie durchlaufen haben wie die Frauen unserer Studie, bestätigt werden (Mann et al. 1996a). Es wurde gezeigt, dass Frauen in signifikant kürzerer Zeit ein den Männern vergleichbares Ausmaß an Folgeschäden (Hirnmorphologie, kognitive Defizite) entwickeln. Auch Hommer et al. (2001) berichten, dass alkoholabhängige Frauen ausgeprägtere hirnatrophische Veränderungen aufweisen als alkoholabhängige Männer – trotz

kürzerer Expositionszeiten. Dagegen zeigen Pfefferbaum et al. (2001), dass bei Frauen weniger atrophische Veränderungen vorliegen als bei Männern.

Bezüglich der Komorbidität berichtet auch Jung (2001) in seiner Dissertation von Geschlechtsunterschieden. Frauen zeigen bei der Erhebung der Lebenszeit-Prävalenz eine erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit für Major Depression, Angststörungen insgesamt und Agoraphobie. Auch sind Frauen bezüglich der aktuellen psychiatrischen Komorbidität im 6-Monats-Zeitraum signifikant häufiger von episodischer Major Depression, Einfacher Phobie und Agoraphobie betroffen. Bei den Männern dagegen besteht signifikant häufiger eine zusätzliche Nikotinabhängigkeit. Auch Mann et al. (1996a) zeigten, dass Frauen eine höhere Prävalenz an komorbiden Störungen aufweisen als Männer.

Therapie

Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede lassen deutlich werden, dass es auch wichtig ist in der Therapie diesen Unterschieden gerecht zu werden. Da insgesamt weniger Frauen eine Behandlung aufnehmen, muss in den Therapiegruppen dennoch darauf geachtet werden, dass frauenspezifische Probleme (z. B. Doppelbelastung durch Familie und Beruf) Berücksichtigung finden. Ebenso muss der unterschiedlichen Komorbidität Rechnung getragen werden. Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, ob spezielle Einrichtungen für Frauen bessere Behandlungsergebnisse erbringen als gemischtgeschlechtliche Behandlungsformen. Dies ist jedoch nicht eindeutig belegt (Feuerlein et al. 1998). „Die frauenspezifische Suchtarbeit stellt inhaltlich und diagnostisch den Zusammenhang zwischen individueller Biographie der einzelnen Frauen und einem gesellschaftskritischen Verständnis der Geschlechterverhältnisse her. Es soll ein Lernprozess in Gang kommen, das eigene Leben in die Hand nehmen zu wollen, Grenzen zu setzen und eigene Grenzen zu akzeptieren“ (Kersch 2002, S.142). „Wahrscheinlich erfolgt bei getrenntgeschlechtlicher Behandlung eine stärkere Ichstützung. Durch den Wegfall von Problemen in der Beziehung zum jeweils anderen Geschlecht kann auch eine stärkere Bearbeitung spezieller Suchtprobleme erfolgen“ (Feuerlein et al. 1998, S. 303).

Mann et al. (1996b) beschäftigten sich in ihrer Studie auf der Station B6 in der Tübinger Psychiatrie (siehe Kapitel 2.1) mit der Veränderung des Selbstbilds alkoholabhängiger Frauen und Männer während stationärer Psychotherapie. In der Studie, an der auch Patienten aus der vorliegenden Arbeit teilnahmen, konnten geschlechtsspezifische Unterschiede herausgearbeitet werden. So kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass sich die Frauen am Ende der Behandlung als unbefangener und beziehungsfähiger beschrieben, während die Männer in dieser Hinsicht nur eine minimale Veränderung zeigten. „Im Verlauf der Behandlung ergaben sich signifikante Verbesserungen: Patientinnen und Patienten waren sozial resonanter, durchlässiger und weniger depressiv.“ Jedoch blieben statistisch signifikante Unterschiede zur Normstichprobe im Bereich der „Grundstimmung“ und „Kontrolle“ (Mann et al. 1996b).

Bezüglich des Therapieerfolges zeigen Studien, dass Frauen eine höhere Rückfälligkeitsrate aufweisen als Männer (Zeissler 1999, Körkel/Lauer 1995, Funke et al. 1995). Bei Deinlein (1998) gab es diesbezüglich keinen Unterschied. In Bezug auf die Größe und Qualität des sozialen Netzwerkes konnten Mann et al. (1996a) eine positive Korrelation mit den Therapieergebnissen feststellen. Weitere Ergebnisse waren, dass die Schwere der Alkoholabhängigkeit nicht in erwarteter Weise mit den Therapieergebnissen korrelierte, dass das Ausmaß der Alkoholfolgeschäden nur in geringem Umfang mit den späteren Therapieergebnissen zusammenhing und dass das globale Therapieergebnis gut war und diesbezüglich keine Unterschiede zwischen alkoholabhängigen Frauen und Männern zu finden waren.

Brünger (1998) wertete in seiner multizentrischen Studie Daten von 1983 bis 1993 aus und zeigte durch seine detaillierte Darstellung, dass es deutliche Unterschiede in der Ausprägung verschiedener untersuchter Variablen zwischen den Geschlechtern gibt. Diese sollen zusammen mit unseren Daten im Diskussionsteil genauer erläutert werden.

1.3. Katamnesen als Methode der Erkenntnissteigerung

Katamnesen werden im Sinne von rückblickenden Patientenbefragungen angewandt um nach Beendigung der Therapie Langzeitverläufe aufzuzeigen. Der natürliche Krankheitsverlauf kann durch die beobachtende Begleitung erfasst werden. Hierbei lassen sich unterschiedliche Zielsetzungen unterscheiden. Einerseits kann eine Katamnese zur Sicherung und Förderung der Behandlungsqualität oder zur Prüfung der Behandlungseffektivität dienen und andererseits kann spezifischen Forschungsfragestellungen nachgegangen werden (Veltrup et al. 1995). Dabei muss man besonders bei langen Katamnesezeiträumen berücksichtigen, dass nicht erfassbare Einflussgrößen die Ergebnisse beeinflussen und die Ergebnisse nicht mehr ohne weiteres auf die Therapie bezogen werden können. Andere methodische Probleme und Schwierigkeiten bei der Auswertung und die inhaltliche Problematik von Katamnesen sind bei Längle (1990) ausführlich dargestellt und werden bei der Diskussion der Methodik (Kap. 5.1) nochmals aufgegriffen.

1.4. Langzeitverläufe der Alkoholkrankung bei Frauen und Männern

Abstinenzraten

Durch die bisherigen Forschungsergebnisse bezüglich der Langzeitverläufe der Alkoholkrankung, kann festgestellt werden, dass die Angaben beispielsweise zu Abstinenz- und Rückfälligkeitsraten sehr unterschiedlich sind. Dies liegt unter anderem an den unterschiedlichen Definitionen von Abstinenz, gebessertem Trinkverhalten, Rückfälligkeit etc., an den unterschiedlichen Katamnesezeiträumen, den unterschiedlichen Therapieformen und selbstverständlich an der Individualität eines jeden Patientenverlaufs (Nordström/Berglund 1987, Kufner et al. 1988, Finney/Moos 1991, Smith et al. 1983). Es gab in der Vergangenheit zahlreiche Versuche Katamnesedaten von Alkoholkranken untereinander zu vergleichen. Eine umfangreiche Meta-Analyse von 23 experimentellen und 21 nicht-experimentellen prospektiven Untersuchungen wird von Süß (1995) präsentiert. Allerdings beträgt bei ihm die durchschnittliche Katamnesedauer nur 14 Monate (SD=8). Zweben/Cisler (2003) forschten mit einem selbst entwickelten Messinstrument, das

verschiedene Ergebnisarten (Patientenaussagen, Laborwerte, etc.) zusammenfügt, und konnten so übergreifende Ergebnisse hinsichtlich der Behandlungserfolge ermitteln. Betrachtet man die Abstinenzraten bei 10-Jahres-Katamnesen, so gibt es in der Literatur Werte für eine dauerhafte Abstinenz beispielsweise zwischen 3% (Edwards et al. 1988) und 27% (Längle 1990). Zusätzlich zur dauerhaften Abstinenzrate macht es Sinn, nach einer Abstinenz zum Katamnesezeitpunkt zu fragen. Auf diese Weise sieht man z. B., dass bei Finney/Moos (1991), die nach zehn Jahren 113 Patienten untersuchten, nur 37% der 83 überlebenden Patienten dauerhaft abstinent waren, aber zum Katamnesezeitpunkt 54% der Befragten angaben seit einem Jahr abstinent zu leben. Diese zeitliche Veränderung der Abstinenzraten kann in prospektiven Studien, wie sie Vaillant (1988) und Shaw et al. (1997) durchführten, dargestellt werden. Vaillant (1988) konnte in seiner Studie, in der er 100 Patienten untersuchte, Abstinenzraten nach vier, acht und 12 Jahren von 24%, 32% und 25% ermitteln. Ein kontinuierliches Ansteigen des Anteils der Abstinenten und der kontrolliert trinkenden Personen zeigten Shaw et al. (1997). Nach sechs Monaten waren 37%, nach 12 Monaten 53% und nach neun Jahren 69% abstinent bzw. kontrolliert trinkend.

Prognosefaktoren

Als Prognosefaktoren werden hier Merkmalsausprägungen zu Beginn der Therapie bezeichnet, die bei der statistischen Überprüfung signifikante Korrelationen mit dem Therapieergebnis aufweisen. Vaillant (1988) untersuchte 100 Alkoholabhängige und fand in seiner Nachuntersuchung nach acht Jahren drei signifikante Prognosefaktoren. Er verglich dabei die 29 Patienten, die die stabilste Abstinenz aufwiesen mit den 47 Personen, die die höchste Erkrankungschronizität hatten und fand heraus, dass nur 13% der „Rückfälligen“ aber 31% der „Abstinenten“ bei Therapiebeginn in einem Arbeitsverhältnis waren. Ebenso waren nur 13% der „Rückfälligen“, aber 41% der „Abstinenten“ vor der Behandlung noch nie im Gefängnis. Der dritte Prognosefaktor war die bestehende soziale Ausgrenzung. 53% der „Rückfälligen“ und 21% der „Abstinenten“ fielen in diese Kategorie. Keine

signifikanten Prognosefaktoren waren das „Zusammenleben mit dem Ehepartner“ und „keine vorherigen Entgiftungen“. Auch in der 20-Jahres-Katamnese von Nordström/Berglund (1987) und bei Cross et al. (1990) prognostizierte eine gute soziale Anpassung bzw. ein guter psychosozialer Status einen besseren Krankheitsverlauf. Allerdings wurden hier nur sehr kleine Gruppen untersucht mit insgesamt nur elf dauerhaft Abstinenten. Bei Finney/Moos (1992) tranken die Patienten, die laut Selbstaussage positiv auf ihre Behandlung zurückblicken, nach zehn Jahren weniger Alkohol. Außerdem hatten sie weniger körperliche Beschwerden und weniger Depressionssymptome. Eine bessere Familienorganisation und eine moralreligiöse Betonung in der Familie waren ebenso positive signifikante Prognosefaktoren für weniger körperliche Beschwerden nach zehn Jahren. Der Alkoholkonsum des Lebensgefährten sechs Monate und zwei Jahre nach der Therapie sowie Familienkonflikte waren auch signifikant mit dem Alkoholkonsum des Patienten bei der 10-Jahres-Katamnese assoziiert. Im Project MATCH (1998) wurden in verschiedenen Einrichtungen insgesamt 806 Patienten nach drei Jahren nachuntersucht und es konnten mehrere Prognosefaktoren für den Krankheitsverlauf gefunden werden. So korrelierten hier Motivationslage und die Veränderungsbereitschaft positiv mit dem Anteil an abstinenten Tagen. Religiösität und Selbstvertrauen korrelierten negativ mit der Trinkschwere. Die soziale Funktion dagegen korrelierte überraschenderweise negativ mit dem Anteil an abstinenten Tagen. Bei Weisner et al. (2003) hatten Frauen und ältere Patienten fünf Jahre nach der ambulanten Therapie eine bessere Chance auf Abstinenz. Ebenso die Patienten, die in einem an Genesung orientierten sozialen Umfeld lebten.

Alkoholkenwerte bei Behandlungsbeginn als Prognosefaktoren

Die Dauer der Abhängigkeit vor Therapiebeginn betreffend, konnten Haver et al. (2001) zeigen, dass eine längere Dauer der Alkoholproblematik ein schlechteres Trinkverhalten prognostizierte. Bei Soyka et al. (2003) war es so, dass rückfallbedingte Therapieabbrecher bezüglich der Erkrankungsdauer, des Alkoholkonsums vor der Therapie und der Anzahl der Entgiftungen stärker

belastet waren. Hier handelte es sich um Patienten, die sich für eine ambulante Entwöhnungstherapie entschieden hatten. Bei Gual et al. (1999) dagegen war eine längere Alkoholproblematik positiv für das Trinkverhalten nach der Therapie. Über die Bedeutung von zurückliegenden Therapien liegen ebenfalls unterschiedliche Ergebnisse vor: Signifikantes Prognosekriterium für Abstinenz war bei Mundle et al. (2001) keine vorherige Entgiftung oder Entwöhnung. Bei Vaillant (1988) war dies dagegen nicht der Fall.

Prognosefaktoren in Frauengruppen

Es gab auch Studien, die gezielt nach Prognosefaktoren in geschlechtsgetrennten Gruppen gesucht haben. So z.B. die prospektive multizentrische Studie (MEAT) von Feuerlein/Küfner (1989), die ergab, dass es für Frauen fünf Merkmale gab, die bezüglich der Abstinenzrate signifikante positive Prognosefaktoren darstellten: Weniger als zwei Selbstmordversuche, keine vorherige Behandlung in einer Suchtklinik, Konsum von weniger als 625 Gramm reinen Alkohols pro Woche, niedriger Punktwert auf der Skala des Unsicherheitsfragebogens (U-Fb): „Im Stande sein Ansprüche zu stellen“, hoher Punktwert auf der Skala des U-Fb: „Soziale Anpassung“ (Feuerlein/Küfner 1989).

Bei den Männern hingegen wurden bei der Überprüfung der gleichen Variablen ganz andere signifikante positive Prognosefaktoren gefunden: Zusammenleben mit dem Ehepartner, Heimatstadt mit weniger als 100000 Einwohnern, kein Arbeitsplatzwechsel in den letzten zwei Jahren, nicht arbeitslos, nicht in einem Heim wohnend oder obdachlos, kein Arbeitsplatzverlust aufgrund der Alkoholerkrankung, kein Selbstmordversuch und keine vorherige Behandlung in einer Suchtklinik (entspricht dem der Frauen).

Haver et al. (2001) untersuchten eine Gruppe von 98 schwedischen Frauen in einer 2-Jahres-Katamnese und konnten signifikante Prognosefaktoren finden. So stand der Konsum von Beruhigungsmitteln, eine längere Dauer des Alkoholmissbrauchs (siehe oben) und tägliches Trinken mit einem schlechteren Ergebnis bezüglich des Trinkverhaltens in Verbindung. Zusätzlich konnte festgestellt werden, dass eine längere Behandlungsdauer und ein reguläres

Therapieende mit einem besseren Therapieergebnis korrelierten. Andere Merkmale, wie Bildung, Ehestand, Arbeitsstatus, Wohnsituation oder das Zusammenleben mit Kindern, zeigten keinen signifikanten Zusammenhang.

Eine 4-Jahres-Katamnese bei 48 amerikanischen Hausfrauen und 24 berufstätigen Frauen zeigte keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Berufstätigkeit und Trinkverhalten (Herr/Pettinati 1984).

2002 wurde von Gerteis in Tübingen eine Dissertation zum sozialen Netzwerk von alkoholabhängigen Frauen vorgelegt. Sie konnte feststellen, dass zum Katamnesezeitpunkt nach ca. fünf Jahren die rückfälligen Patientinnen in einem signifikant kleineren sozialen Netzwerk lebten. Es kam hier zu einer Abnahme an Kontakten im Freundeskreis sowie in der Verwandtschaft, aber nicht in der eigenen Familie. Bei den abstinenten Patientinnen zeigte sich ein Anstieg an Kontaktpersonen im engen Familienkreis (Partnerschaft und Kinder).

Watzl (1986) führte eine Studie mit 176 alkoholkranken Frauen durch, die eine dreimonatige stationäre Behandlung in Reichenau mit anschließender einjähriger ambulanter Nachsorge durchliefen. Die Katamnese fand hierbei 18 Monate nach der stationären Entlassung statt. Günstigere Behandlungsergebnisse wiesen Frauen mit folgenden Merkmalen auf: verheiratet, bisher eine Ehe, mit Partner lebend, in eigener Familie (Mann und/oder Kinder), größere Zahl von Kindern. Außerdem wurden Patientinnen, die man als wohlhabend bezeichnete, während der Behandlung seltener rückfällig. Kein Unterschied bestand jedoch zwischen den Gruppen mit ausgeglichenen Finanzen und mit erheblichen Schulden. Seltene Sozialkontakte (höchstens ein Treffen pro Monat) waren ein Indikator für eine günstigere Prognose. Ebenso fehlende Berufstätigkeit und keinerlei Berufsausbildung. Die drei letztgenannten Variablen dürften jedoch auch vom Zivilstand abhängig sein, so dass beispielsweise eine fehlende Berufstätigkeit auf die Versorgung einer eigenen Familie hinweisen könnte. Als prognostisch ungünstig erwiesen sich frühere Suizidversuche und Medikamentenmissbrauch. Rückfällige Frauen hatten in dieser Studie vor der Behandlung an mehr Tagen exzessiv Alkohol konsumiert und ihr täglicher Durchschnittskonsum war auch höher. Die Metaanalyse von Temple et al. (1991) ergab, dass eine Trennung

vom festen Partner während des Katamnesezeitraumes (zwischen einem und 21 Jahren) bei älteren Frauen signifikant mit einem Anstieg des Alkoholkonsums verbunden war. Bei jungen Frauen hatte eine längere Arbeitslosigkeit negativ mit dem Konsum korreliert. Bei älteren Frauen war der Verlust des Arbeitsplatzes während des Katamnesezeitraumes auch negativ mit dem Konsum verbunden. Auch Stevenson/Masters (2005) fanden signifikante Prognosefaktoren für den Alkoholmissbrauch unter älteren Frauen. So waren bei ihnen Frauen, die viel Kaffee tranken, die Alkohol vor dem Schlafengehen konsumierten, oder die wenig Schlafzeit hatten, besonders gefährdet.

1.5. Zielsetzung der vorliegenden 10-Jahres-Katamnese

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Darstellung des Langzeitverlaufs 215 alkoholkranker Patienten, die 1993 und 1994 in stationärer und ambulanter Behandlung in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik Tübingen auf der Station B6 waren. Die Untersuchung legt patientenbezogene Daten zur Alkoholkrankung und zu den allgemeinen Lebensumständen, sowohl zum Zeitpunkt der stationären Therapie als auch zum Katamnesezeitpunkt, vor.

Folgende Schwerpunkte werden bearbeitet:

- Langzeitverlauf der Alkoholkrankung im Hinblick auf Trinkverhalten, Mortalität und Prognosefaktoren für das Trinkverhalten.
- Langzeitverlauf der Alkoholkrankung bei Frauen.
- Merkmalsunterschiede zwischen Männern und Frauen bei Therapiebeginn.
- Soziodemographische Merkmale der Patienten.
- Unterschiede in den Merkmalsausprägungen zum Katamnesezeitpunkt zwischen rückfälligen und abstinenten Patienten.

Flurschütz (2006) bearbeitet in ihrer Dissertation gesonderte Fragestellungen anhand derselben Patientenstichprobe.

2. Methodik

2.1 Studienorganisation

Die vorliegende Studie wurde im Rahmen der Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie (TüFoS) durchgeführt. Es handelt sich hier um eine multiprofessionell besetzte Forschungsgruppe der Universitätsklinik Tübingen unter der Leitung von Prof. Gerhard Längle. Das Votum der Ethikkommission wurde eingeholt, bezüglich der Durchführung der Studie wurden keine Bedenken geäußert.

Mit Hilfe der früheren Krankenakten, des Telefonbuchs und der Einwohnermeldeämter wurden die aktuellen Adressen der Patienten ausfindig gemacht. Ein erstes Anschreiben (siehe Anhang) enthielt, neben einer kurzen Beschreibung des Vorhabens, die Ankündigung eines folgenden Telefonanrufes. Bei den Patienten, deren Adresse sich geändert hatte, war die Bitte ergänzt, einen beiliegenden Antwortbogen ausgefüllt zurückzusenden. Patienten, deren Briefe als unzustellbar zurückkamen, wurden ebenfalls über die Einwohnermeldeämter gesucht. Telefonisch bzw. schriftlich wurde noch einmal um die Mitarbeit bei der Studie gebeten und gegebenenfalls ein Gesprächstermin vereinbart.

Den Patienten, die ihre Mitarbeit zugesagt hatten, wurde ein Brief mit der Bestätigung des vereinbarten Gesprächstermins sowie den Selbstbeurteilungsbögen zugeschickt (siehe Anhang), damit diese bis zum persönlichen Gespräch bearbeitet werden konnten. Die Gespräche erfolgten meist in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie oder bei den Patienten zuhause in Form eines halbstandardisierten Interviews von einer Dauer zwischen 20 und 120 Minuten, meist etwa 45 Minuten. In einzelnen Fällen war ein Kollateralinformant bei dem Gespräch anwesend, sodass dieser in das Gespräch einbezogen werden konnte. Ein Patient war aufgrund eines sehr ausgeprägten Korsakow-Syndroms nicht in der Lage die Fragen entsprechend zu beantworten, sodass der gesetzliche Betreuer zur Korrektur der Antworten herangezogen wurde.

Da bei Mundle et al. (1999) die Aussagen der Patienten zu ihrem Alkoholkonsum in hohem Maß mit den Ergebnissen durch biologische Kontrollmarker übereinstimmten und somit als ausreichend valide eingeschätzt werden können, wurde auf eine konsequente Befragung von Kollateralinformanten sowie auf eine Kontrolle durch biologische Marker oder Alkoholmessungen der Ausatemluft verzichtet.

Einige Patienten waren nicht zu einem persönlichen Gespräch bereit. Wenn möglich wurden sie telefonisch befragt, einigen wurden die Fragebögen zugeschickt und sie bearbeiteten die Bögen selbständig zu Hause. Lehnte ein Patient die weitere Mitarbeit ab, wurde erfragt, ob ein Rückfall vorgekommen oder der Patient dauerhaft abstinent geblieben war. Auch hier wurde jeder Konsum als Rückfall gewertet. War ein Patient verstorben, so wurde über den früheren Hausarzt oder Angehörige nach weiteren Informationen gesucht: Todestag, Todesursache und ein eventueller Rückfall wurden erfragt, sodass zwischen einem Tod aufgrund von Alkoholfolgen und aufgrund anderer Ursachen unterschieden werden konnte.

Die Gespräche wurden zwischen dem 30.04.2004 und dem 21.07.2004 von zwei Doktorandinnen durchgeführt, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung im sechsten bzw. ersten klinischen Semester des Medizinstudiums befanden. Sie bereiteten sich durch intensives Literaturstudium und durch Rollenspiel auf die Befragung vor und standen während der Durchführung in engem Kontakt zu ihrem Betreuer.

2.2 Aufbau der Fragebögen

2.2.1 Fragebögen der Ausgangsstudie 1993/1994

Bei Therapiebeginn in den Jahren 1993/1994 wurden im Rahmen des BMBF-Projektes „Langzeitverlauf und Rückfallprophylaxe bei alkoholabhängigen Frauen und Männern“ (Mann et al. 1996a) umfassende Patientendaten erhoben und dokumentiert.

Bei Aufnahme wurde ein umfangreiches **strukturiertes Anamnese-Interview** durchgeführt, das sowohl soziodemographische als auch suchtanamnestische

Parameter erfasst. Die Reliabilität der Patientenaussagen zur Trinkanamnese wurde in einer unabhängigen Nachuntersuchung geprüft, wobei ein hohes Maß an Übereinstimmung zwischen den Aussagen zu beiden Zeitpunkten gefunden wurde (Jung 2001). Auch die Validität wurde bestätigt (Mann et al. 1995).

Im Weiteren wurden folgende Instrumente eingesetzt:

Der **Münchener Alkoholismustest** (MALT; Feuerlein et al. 1977) dient der Diagnostik des Alkoholismus. Anhand eines 24 Items umfassenden Selbstbeurteilungsbogens zum Trinkverhalten und zu körperlichen, psychischen und sozialen Folgen des Alkohols (MALT-S) und eines Fremdbeurteilungsbogens, auf dem der behandelnde Arzt sieben Items zu alkoholtypischen Veränderungen des Patienten als zutreffend oder nicht zutreffend beurteilen soll (MALT-F), kann durch Addition der als zutreffend gewerteten Aussagen eine Gefährdung (ab sechs Punkten) bzw. eine Alkoholabhängigkeit (ab einem Summenwert von elf) diagnostiziert werden. Dabei werden die Aussagen des Arztes gegenüber den Aussagen des Patienten vierfach stärker gewichtet. In einer Studie von Batra et al. wird der MALT als stabiles diagnostisches Mittel mit einer Sensitivität von 95% beschrieben (Batra et al. 1995), Feuerlein et al. fanden eine hohe Validität ($r=0.85$) und eine hohe Reliabilität ($r=0.94$) für die Selbstaussagen der Patienten (Feuerlein et al. 1977). In einer Studie an 414 Frauen fanden Perula de Torres et al. (2005) eine Sensitivität von 100% und eine Spezifität von 95,4%.

Ein **Fragebogen nach Fichter und Frick**, der Motivationsfragebogen (MOTT; Fichter/Frick 1992), erfasst die Selbsteinschätzung zu Aspekten der Motivation anhand von 55 Items. Er wurde in Anlehnung an das Konzept der Compliance-Messung von Bender/Haag (1986) für den Beginn der Therapie speziell Alkoholabhängiger konzipiert und geht von der Motivation als stabiler Persönlichkeitseigenschaft aus. Der Patient soll jede der Aussagen zum Alkohol anhand einer Skala von 0= „trifft gar nicht zu“ bis 4= „trifft voll und ganz zu“ beurteilen. Insbesondere lässt sich ein Teil der Items zu drei Subskalen zusammenfassen, welche die Compliance und Zuversicht, die Krankheitseinsicht und das Krankheitsmodell erfassen. Bezüglich dieser

Subskalen fanden die Autoren eine negative Korrelation mit dem MALT-S (Fichter/Frick 1992).

Das **Beck Depressions-Inventar** (BDI; Beck et al. 1961) erfasst Schwere und Ausprägung depressiver Symptome. In Form von Selbstaussagen werden in dem Selbstbeurteilungsbogen 21 depressive Symptome mit je vier Items aufgeführt, die den Ausprägungsgrad des Symptoms erfassen. Der Patient soll jeweils die für ihn zutreffendste Aussage auswählen. Von maximal 61 erreichbaren Punkten gilt eine Punktzahl bis elf als unauffällig, 18 oder mehr Punkte deuten auf eine relevante, aber mäßige depressive Symptomatik hin. Bei 27 oder mehr Punkten ist von einer schweren Depression auszugehen (Hautzinger et al. 1996). Bezüglich der Gütekriterien geben die Autoren eine Test-Retest-Reliabilität von 0.60-0.86 nach einer Woche an, bei psychiatrischen Patienten eine innere Konsistenz von 0.76-0.95 (Beck et al. 1988).

Die **Göttinger Abhängigkeitsskala** (GABS; Jacobi et al. 1987) ist ein Selbstbeurteilungsbogen zur Einschätzung des Schweregrades der Abhängigkeit. Der Patient soll 20 alkoholbezogene Aussagen auf einer Antwortskala von 1= „trifft fast nie zu“ bis 5= „trifft fast immer zu“ beurteilen. Die Reliabilität des GABS beschreiben die Autoren als hoch (Jacobi et al. 1987).

Die klinischen und Laboruntersuchungen sowie der Gesamteindruck während der Therapie flossen in die **Einschätzung der Therapeuten** zur Erkrankung, Motivation und Prognose des Patienten mit ein. Ebenso in die Beurteilung auf der **Global Assessment of Functioning Scale** (GAF-Skala; Saß et al. 1998), die der globalen Beurteilung der psychischen, sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit des Patienten dient. Auf einer kontinuierlichen Skala von eins bis 100 wird das Funktionsniveau des Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung eingestuft. Oberhalb von 70 Punkten wird meist von einem normalen, unterhalb von einem pathologischen Funktionsniveau ausgegangen (Lange/Heuft 2002). Die GAF-Skala hat sich in der klinischen Praxis sowie in empirischen Studien bewährt. Ihre Reliabilität wird zwischen $r = 0.54$ und $r = 0.90$ beschrieben, die Konstrukt- und Kriteriumsvalidität hat sich als ausreichend bewiesen, während die diskriminierende Validität eher gering eingeschätzt wird (Lange/Heuft 2002). Sowohl Yamauchi et al. (2001) als auch Roy-Byrne et al.

(1996) weisen auf das Problem der Unterscheidung zwischen der sozialen Funktion und psychiatrischen Symptomen hin. Die GAF-Skala wurde ursprünglich für schizophrene Patientengruppen entwickelt. Sie wird aber im klinischen Alltag breit eingesetzt und erweist sich auch bei nicht-schizophrenen Patientengruppen als geeignetes Instrument.

Zur standardisierten Beurteilung des Schweregrades der Suchtkrankheit wurde die **Klinische Globaleinschätzung des Schweregrades der Suchtkrankheit**, ein Teil der Clinical Global Impressions (CGI; Guy et al. 1976), eingesetzt. Auf einer Skala von 1= „Patient ist überhaupt nicht suchtkrank“ bis 7= „Patient gehört zu den extrem schwer Suchtkranken“ schätzt der behandelnde Arzt den Zustand des Patienten ein, wobei seine gesamte Erfahrung in die Bewertung einfließt. Zu den Gütekriterien dieser Skala, die für verschiedene Krankheitsbilder und Zwecke modifiziert und häufig in der klinischen Praxis und Forschung angewandt wurde, liegen wenige Ergebnisse vor. Die Konsistenz wird wegen der umfassenden Beurteilung kritisch beurteilt, die Reliabilität der Skala zur Erfassung des Schweregrades wird als relativ gut angesehen (Spearing et al. 1997). Die klinische Globaleinschätzung des Schweregrades wurde bei der Ausgangserhebung auch in Bezug auf die allgemeine psychopathologische Situation der Patienten angewandt.

2.2.2 Fragebögen der 10-Jahres-Katamnese

Zur Erhebung der Katamnese wurden den Patienten zwei der Selbstbeurteilungsbögen erneut vorgelegt: der **Fragebogen nach Fichter und Frick** (siehe Anhang) sowie der **Beck Depressions-Inventar** (siehe Anhang), der sich an anderer Stelle bereits zur Verlaufskontrolle bewährt hat (Jung 2001). Diese Selbstbeurteilungsbögen bearbeiteten die Patienten in der Regel alleine, bei Unklarheiten gemeinsam mit einer Doktorandin.

Ein **standardisiertes Katamneseinterview** (siehe Anhang) wurde speziell ausgearbeitet und orientiert sich an dem Anamneseinterview der Ausgangsstudie um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Es umfasst soziodemographische Parameter, Fragen zum Verlauf des Alkoholismus und zum Gesundheitszustand sowie forensische Aspekte. Dies sind Parameter, die

sich bereits in anderen Langzeitkatamnesen als Verlaufsparemeter bewährt haben (Längle/Schied 1990; Lewis et al. 1995; Liskow et al. 2000 und Powell et al. 1998). Soziodemographische Faktoren wie Partner-, Wohn- und Arbeitssituation zeigen die soziale Integration des Patienten. Fragen zum Verlauf und bezüglich des Trinkverhaltens erfassen weitere Suchtbehandlungen und Klinikaufenthalte sowie Rückfälle, wobei aufgrund des Therapiezieles der lebenslangen Abstinenz jeder Alkoholkonsum als Rückfall gewertet wurde und zwischen zwei Rückfällen mindestens ein Monat Abstinenz liegen sollte. Abstinenz war somit definitionsgemäß der Verzicht auf jeglichen Alkohol. Das Interview enthält Fragen zur psychischen und körperlichen Gesundheit des Patienten, wobei insbesondere ausführlich nach dem Gebrauch bzw. Missbrauch anderer Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial gefragt wurde sowie nach Alkoholfolgekrankheiten. Auch die Zufriedenheit des Patienten mit seinem körperlichen Zustand wurde erfragt.

Ergänzt wird die Katamnese durch die **Einschätzung des Interviewers** (Fragebogen für Befragter inklusive MALT-F, siehe Anhang) anhand des Katamneseinterviews und der Selbstbeurteilungsbögen.

2.3 Auswertung der erhobenen Daten

2.3.1 Skala zur Erfassung der sozialen Integration

Die soziale Integration wurde mit Hilfe eines neu entwickelten Summenscores eingeteilt. In diesen Summenscore fließen verschiedene die soziale Integration betreffende Items ein: die aktuelle Partnersituation, der Hausstand und die Wohnverhältnisse, das Vorhandensein von Kindern und die Erwerbstätigkeit. Dabei werden die verschiedenen Items untereinander gleichmäßig gewichtet. Für jedes Item werden minimal ein bis maximal drei Punktwerte gezählt. Zur Verdeutlichung der Bewertung der einzelnen Items soll die Tabelle 1 dienen.

Tabelle 1: Ermittlung der sozialen Integration

Punktwert	1 = schlecht	2 = mäßig	3 = gut
Partnersituation	Keine Partnerschaft „Single“ Trennung vom festen Partner	Feste Partnerschaft, getrennte Wohnung	Feste Partnerschaft, gemeinsame Wohnung
Hausstand	Allein lebend	Im Heim lebend	Mit Lebensgefährten/-in zusammenlebend Mit Verwandten oder engen Beziehungspers. zusammenlebend
Kinder	Nein		Ja
Wohn-verhältnisse	Ohne festen Wohnsitz (auch Männerwohnheim u.ä.)	Zimmer (zur Untermiete oder fester Heimplatz)	Mietwohnung Eigenheim bzw. Eigentumswohnung
Erwerbstätigkeit	Hausfrau/ Hausmann Rentner/ Frührentner Arbeitslos	z.Zt. in Schule, Ausbildung, Studium u.ä.	Voll erwerbstätig, teilweise erwerbstätig

Durch die Addition der einzelnen Punktwerte ergibt sich ein Summenscore zwischen mindestens fünf und höchstens 15 Punkten. Zwischen fünf und sieben Punkten wird von einer schlechten sozialen Integration ausgegangen, acht bis 12 Punkte zeigen eine mittelmäßige soziale Integration, und 13 bis 15 Punkte werden von Personen mit sehr guter sozialer Integration erreicht. Die Tabelle 2 zeigt die Einteilung der sozialen Integration in drei Gruppen:

Tabelle 2: Summenscores der sozialen Integration

Punktwerte	5-7	8-12	13-15
Soziale Integration	schlecht	mittelmäßig	sehr gut

2.3.2 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe des Computerprogramms JMP 4.0.0 (© 1989-2000 by SAS Institute Inc.). Ein Großteil der Ergebnisse fällt in den Bereich der deskriptiven Statistik. Abhängig vom zu beschreibenden Merkmal wurde versucht durch arithmetische

Mittelwerte, Medianwerte und das 25%- oder 75%-Quartil sowie Standardabweichung und Extremwerte eine möglichst aussagekräftige Beschreibung der Daten zu erreichen. Es wurde durchgängig versucht die Personenanzahl immer auch als Prozentangabe - bezogen auf die jeweilige Gruppe - im Text anzugeben um so den Vergleich der Daten untereinander einfacher zu gestalten. Aufgrund der Größen der Personengruppen wurden die Werte auf eine Dezimalstelle gerundet. Dabei wurde in Abhängigkeit von der zweiten Nachkommastelle entweder auf- oder abgerundet. Um eine Summe von 100% zu gewährleisten wurde bei einer vier, fünf oder sechs als zweiter Nachkommastelle an verschiedenen Stellen auf oder abgerundet.

Beim Gruppenvergleich (z.B. Männer vs. Frauen) interessierte, ob und wie sich die jeweiligen Gruppen bezüglich eines Merkmals unterschieden. Zusätzlich zur deskriptiven Vorgehensweise wurde hier eine logistische oder normale Regression durchgeführt. Hier wurden als Einflussgröße (x) die zu unterscheidenden Personengruppen gewählt und die erfassten Ausprägungen eines Merkmals als Funktion dieser Gruppe, also als $f(x)$ angesehen. Bei nominalen Merkmalen wurde mit den p-Werten von Pearsons χ^2 gearbeitet, bei ordinalen abhängigen Variablen mit den p-Werten des Likelihood-Quotienten-Tests und bei stetigen Merkmalen mit den p-Werten des t-Tests, die jeweils durch das Statistikprogramm berechnet wurden. Die stetigen Merkmale wurden vor dem Test auf Normalverteilung untersucht und wenn nötig logarithmisch transformiert. Stetige abhängige Variablen, die nicht normalverteilt waren und die nicht entsprechend transformiert werden konnten, wurden aus dem Testverfahren ausgeschlossen. Wenn die Varianzanalyse bei den stetigen, normalverteilten Variablen gleiche Varianzen ergab, wurde der p-Wert des t-Tests in das weitere Vorgehen aufgenommen. Durch die große Anzahl von untersuchten Merkmalen wurde eine Adjustierung der Signifikanzniveaus nach dem Bonferroni-Holm-Verfahren notwendig um Scheinsignifikanzen auszuschließen. Es wurde von einer Irrtumswahrscheinlichkeit 1. Art von 5% ausgegangen, und p-Werte, die nach der Adjustierung kleiner als die entsprechende Schranke waren, wurden als signifikant bezeichnet. Die jeweiligen Tabellen mit den p-Werten und der Bonferroni-Holm-Schranke für die

Signifikanzüberprüfung des entsprechenden Wertes sind im Anhang einzusehen.

Auch bei nicht signifikanten p-Werten ist durch die Größe und den Rang des entsprechenden Wertes eine deskriptive Aussage über den Zusammenhang möglich. Bei p-Werten von >0.05 bis ≤ 0.1 wurde das Odds-Ratio (Chancen-Verhältnis, OR) berechnet. Ein Faktor erhöht das Risiko, wenn das $OR > 1$ ist (Sachs 2002). Ein OR-Wert von 1 beschreibt ein unverändertes Risiko und ein Wert <1 ein geringeres Risiko.

Entsprechendes gilt für die Ergebnisse, die Prognosefaktoren darstellen sollen. Hier war die abhängige Variable stets nominal, da es sich immer um eine Einteilung in zwei Gruppen handelte (z.B. rückfällig vs. nicht rückfällig). Bei nominalen und ordinalen unabhängigen Variablen wurden die p-Werte nach Pearsons χ^2 , bei stetigen unabhängigen Variablen die p-Werte des Likelihood-Quotienten-Tests der logistischen Regression in die Adjustierung aufgenommen. Wenn die unabhängige Variable stetig war, konnte sie auch bei Nicht-Normalverteilung in die Auswertung miteinbezogen werden. Um Punkte großer Hebelwirkung (Leverage) zu vermeiden wurden die stetigen Variablen jedoch immer trotzdem auf Normalverteilung untersucht und eventuell logarithmiert.

Die statistische Überprüfung der Repräsentativität der befragten Personengruppe für die Gesamtstichprobe (siehe Kapitel 3.2.2) erfolgte gemäß den Erläuterungen des Gruppenvergleichs.

Bei nicht normalverteilten abhängigen Variablen wurde der Rangsummentest nach Wilcoxon für zwei unverbundene Stichproben durchgeführt.

3. Therapeutisches Konzept und Patientenstichprobe

3.1 Beschreibung und Therapiekonzept der Entwöhnungsstation

Das „Tübinger Behandlungsmodell“ besteht aus einer tiefenpsychologisch orientierten Gruppentherapie, in die auch verhaltenstherapeutische und systemische Elemente aufgenommen werden. Die Entwöhnungstherapie auf der Spezialstation für Alkoholabhängige gliedert sich seit 1978 in einen sechswöchigen stationären und einen einjährigen ambulanten Teil. Über den gesamten Zeitraum erfolgt die Behandlung in einer geschlossenen und konstanten Gruppe von 12-13 Teilnehmern und zwei Therapeuten, die auch während des ambulanten Teils die Gruppe leiten (Längle/Schied 1990, Mann/Batra 1993, Mundle et al. 1995, Mann et al. 1996).

Aufgenommen werden alkoholabhängige Patienten, die neben der Alkoholabhängigkeit z.T. auch weitere psychiatrische Symptome aufweisen, wie etwa Depressionen, Ängste oder massive Partnerkonflikte. Bedingungen für eine Aufnahme in die Therapie sind der freiwillige Entschluss des Patienten zur Therapie und das Ziel der dauerhaften Abstinenz. Diese werden in mindestens einem Vorstellungsgespräch geklärt. Außerdem sollte der Patient einigermaßen sozial integriert sein, d.h. einen Arbeitsplatz haben oder in einer festen Beziehung stehen. Um eine sinnvolle gemeindenahere Therapie zu ermöglichen sollten ein gewisses Maß an Gruppenfähigkeit und ein Wohnsitz in einer Entfernung von maximal 50 km ebenfalls vorhanden sein. Das Alter der Patienten liegt in der Regel zwischen 20 und 50 Jahren. Nicht aufgenommen werden in der Regel Patienten mit einer akuten Psychose, einer schweren hirnrorganischen Erkrankung (z.B. Korsakow-Syndrom) und multiplem Substanzmissbrauch (Längle 1990, Mann/Batra 1993, Mundle et al. 1995, Jung 2001).

Therapieziel ist die lebenslange Abstinenz, zunächst aber auch ein Verständnis der Alkoholkrankheit und längerfristig die psychosoziale Stabilisierung der Patienten. Während der sechswöchigen stationären Zeit liegt der Schwerpunkt auf der Gruppentherapie, jeder Patient hat aber auch Einzelgespräche mit einem ihm zugeteilten Bezugstherapeuten. Das 20 Wochenstunden

umfassende Programm enthält Gruppengespräche, Informationsveranstaltungen, Beschäftigungstherapie, Bewegungstherapie, Rollenspiel und autogenes Training. Außerdem planen die Patienten gemeinsam Außenaktivitäten und Abendveranstaltungen.

Zusammenstellung der einzelnen Punkte des Wochenprogramms:

Informationsgruppe: 2 x 60 Minuten

Interaktionelle Gruppentherapie mit freier Themenwahl: 3 x 60 Minuten

Rollenspiel : 2 x 90 Minuten

Autogenes Training: 2 x 45 Minuten

Beschäftigungstherapie: 1-2 x 90 Minuten

Außenaktivität, z.B. Theater, Schwimmbad, Kino: 2 x 1-3 Stunden

Um Angehörige der Patienten über die Alkoholkrankheit aufzuklären findet einmal wöchentlich eine Angehörigengruppe statt. In dieser Gruppe soll auch das Verhalten und der Umgang der Angehörigen in Bezug auf die sogenannte Co-Abhängigkeit mit dem Patienten reflektiert werden um eventuell andere Möglichkeiten aufzuzeigen. Zu den wöchentlichen Treffen kommt ein ganztägiges Angehörigenseminar dazu.

Im Jahr nach der Entlassung aus der stationären Behandlung treffen sich die Patienten einer Gruppe und ihre Therapeuten regelmäßig einmal pro Woche zu Gruppengesprächen, die den Gruppengesprächen während der stationären Phase entsprechen. Während dieser Zeit gibt es bei einem Rückfall die Möglichkeit zur maximal einwöchigen Krisenintervention erneut stationär aufgenommen zu werden. Dieses Angebot besteht auch nach Abschluss der ambulanten Therapie.

Während der gesamten Behandlung wird die Abstinenz durch regelmäßige Atemluftanalysen und bei Verdacht auf einen Rückfall durch Blutproben kontrolliert. Im Falle eines Rückfalles während der stationären Behandlungsphase wird im Einzelfall über eine eventuelle Entlassung des Patienten aus dem Therapiesetting entschieden. Der Einsatz von Medikamenten wird gegebenenfalls entsprechend der psychiatrischen Komorbidität, insgesamt jedoch eher zurückhaltend, gehandhabt.

3.2 Beschreibung der Patientenstichprobe zum Therapiezeitpunkt 1993/94

3.2.1 Beschreibung der gesamten Stichprobe (N=215)

In die Studie wurden alle 215 Patienten aufgenommen, die im Zeitraum vom 20.01.1993 bis 03.01.1995 stationär auf der Alkoholentwöhnungsstation der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen waren. Die letzte Patientengruppe wurde dabei am 23.11.1994 aufgenommen. Die Patienten hatten während ihrer Therapie an einem umfassenden Forschungsprojekt teilgenommen (Mann et al. 1996a), sodass auf zahlreiche Daten zurückgegriffen werden konnte und eine prospektiv-retrospektive Studie möglich war.

Die folgenden Daten wurden den Krankenakten entnommen und beziehen sich allesamt auf den Zeitpunkt der stationären Therapie. Da nicht alle Datensätze vollständig waren, wird gegebenenfalls auf die von der Gesamtstichprobe abweichende Stichprobengröße verwiesen.

Geschlechterverteilung, Alter und Partnerschaftssituation

Die insgesamt 215 Patienten teilen sich auf in 162 Männer (75%) und 53 Frauen (25%).

Die Altersspanne reicht von 22 bis 64 Jahren. 25 Personen (11,6%) waren zwischen 20 und 29 Jahre, 77 Personen (35,8%) zwischen 30 und 39 Jahre, 76 Patienten (35,4%) zwischen 40 und 49 Jahre und 32 Patienten (14,9%) zwischen 50 und 60 Jahren alt. Fünf Personen (2,3%) waren über 60 Jahre alt. Das Durchschnittsalter sowie der Medianwert lagen jeweils bei ca. 40 Jahren.

Die Partnerschaftssituation konnte von 212 Patienten erfasst werden: 121 Personen (57,1%) lebten in einer festen Partnerschaft und in einer gemeinsamen Wohnung. 20 (9,4%) in einer festen Partnerschaft aber in getrennten Wohnungen. 21 Personen (9,9%) hatten sich in der nahen Vergangenheit von ihrem festen Partner getrennt und 12 Personen (5,7%) lebten als Single mit zeitweiligen Beziehungen. 38 Patienten (17,9%) gaben an keine Partnerschaften zu haben.

148 Patienten (68,8%) hatten eigene Kinder.

Wohnverhältnisse

125 Patienten (58,1% von 215) lebten mit ihrem Ehepartner oder Lebensgefährten zusammen. 36 (16,7%) mit Verwandten oder engen Bezugspersonen. 53 Patienten (24,7%) lebten dagegen alleine und eine Person (0,5%) in einem Heim.

Dabei lebte die Mehrzahl von 119 Patienten (55,3% von 215) in einer Mietwohnung. 87 Patienten (40,5%) besaßen ein eigenes Haus oder eine Eigentumswohnung, während neun Patienten (4,2%) ein Zimmer zur Untermiete hatten bzw. einen festen Heimplatz.

Schulbildung und Berufsausbildung

Die Mehrzahl von 131 Patienten (60,9% von 215) machte den Hauptschulabschluss. 45 Patienten (20,9%) erlangten die sogenannte Mittlere Reife und 35 Patienten (16,3%) machten Abitur oder die Fachhochschulreife. vier Patienten (1,9%) erreichten den Sonderschulabschluss.

Tabelle 3 zeigt, dass die meisten Patienten eine Lehre absolviert hatten.

Tabelle 3: Berufsausbildung (N=214); Personenanzahl (in Prozent).

Lehre	Fachschule	Hochschule	In Ausbildung	Keine Ausbildung
142 (66,3%)	21 (9,8%)	15 (7%)	7 (3,3%)	29 (13,6%)

Erwerbstätigkeit und Krankschreibungen

Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme gaben 128 Patienten (59,5% von 215) an voll erwerbstätig zu sein, d.h. mehr als 20 Stunden pro Woche eine bezahlte Tätigkeit auszuüben. Sieben Patienten (3,3%) arbeiteten zwischen zehn und 19 Stunden pro Woche und wurden somit als teilweise erwerbstätig eingestuft.

14 Patienten (6,5%) gaben an Hausfrau bzw. Hausmann zu sein und vier Patienten (1,9%) besuchten eine Schule, Fachschule, Fachhochschule oder eine Universität.

In Rente oder in Frührente waren jeweils drei Personen (1,4%). 56 Patienten (26%) waren arbeitslos.

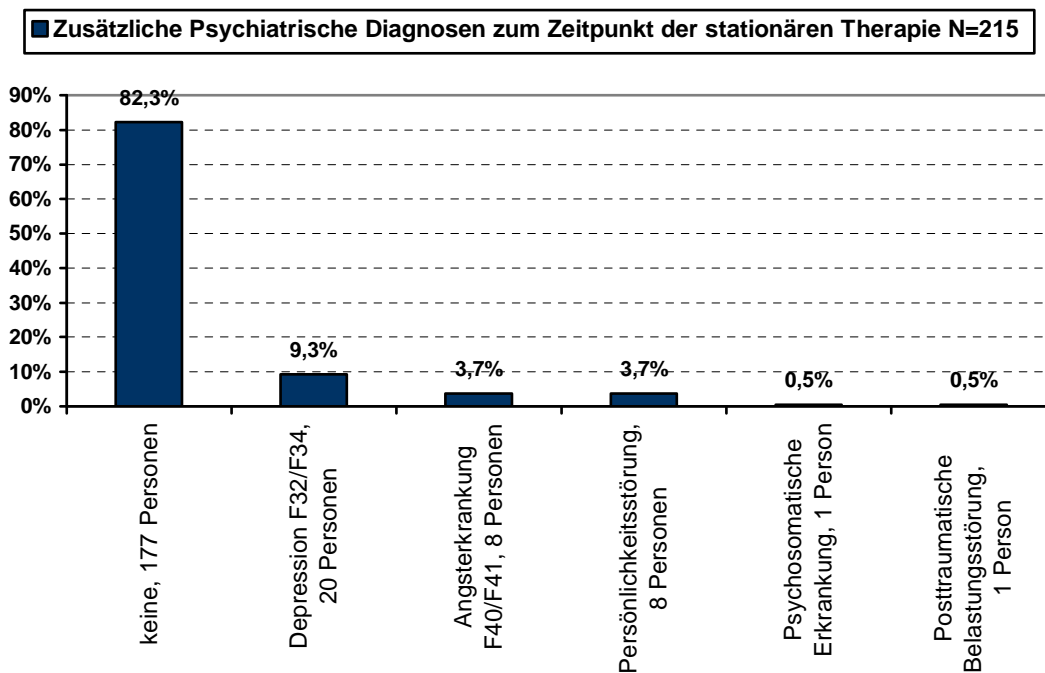
Bezüglich des Beschäftigungsverhältnisses in den letzten 12 Monaten gaben von 214 Personen 133 Patienten (62,1%) 52 Wochen an. 37 Patienten (17,3%) gaben keine Arbeitswoche an. Der Durchschnittswert ergab 38 Wochen, der Median 52 Wochen.

212 Patienten machten Angaben darüber, wie lange sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben waren. Sie waren im Durchschnitt sechs Wochen krankgeschrieben, wobei der Medianwert zwei Wochen betrug. Dies liegt daran, dass 70 Patienten (33%) überhaupt nicht krankgeschrieben waren, 78 Patienten (36,8%) zwischen einer und vier Wochen krankgeschrieben waren und 18 Patienten (8,5%) bis zu 18 Wochen krankgeschrieben waren.

Psychiatrische Diagnosen und Komorbidität

Von den 215 Patienten konnte aus den Akten bzw. den Arztbriefen des Stationsarztes am Ende des stationären Aufenthaltes folgende Verteilung von zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen entnommen werden:

Abbildung 1: Zusätzliche Psychiatrische Diagnosen zum Zeitpunkt der stationären Therapie, N=215.



Nur 17,7% der Patienten der Ausgangsstichprobe litten an nicht-substanzbezogenen psychiatrischen Störungen.

Ein Patient (0,5%) hatte zusätzlich zur Depressionsdiagnose die Diagnose Polytoxikomanie und ein weiterer (0,5%) eine Persönlichkeitsstörung. Ein Patient (0,5%) mit einer Persönlichkeitsstörung hatte zusätzlich eine Angsterkrankung und litt an Anorexie.

Die BDI-Werte von 1993/94 konnten von 209 Patienten erfasst werden. Nach dieser Einteilung waren damals 117 Personen (56%) unauffällig, 40 (19,1%) hatten eine leichte und 36 (17,2%) eine mäßige depressive Symptomatik. 16 Patienten (7,7%) waren schwer depressiv.

139 Patienten waren nikotinabhängig. Das sind 65,3% der Patienten, über die eine entsprechende Information vorlag.

Elf Patienten (5,2% von 212) betrieben Medikamentenmissbrauch, sieben (3,3% von 212) waren Medikamentenabhängig und 16 (7,6% von 211) betrieben Drogenmissbrauch.

Eine Polytoxikomanie lag bei sieben (3,3%) von 212 Patienten vor.

Alkoholbezogene Kennwerte der Gesamtstichprobe

Während des stationären Aufenthaltes wurden auch wichtige Fakten bezüglich des Alkoholismus erfasst. Die folgenden Sachverhalte geben einen Einblick in die biographische Entwicklung des Alkoholismus bis zum Aufnahmezeitpunkt bei 213 Patienten.

Der erste Alkoholkonsum lag bei den Patienten zwischen dem dritten und 36. Lebensjahr. Der Durchschnitts- und Medianwert lag etwa beim 15. Lebensjahr.

Der Beginn eines regelmäßigen Alkoholkonsums lag zwischen dem achten und 45. Lebensjahr, wobei das Durchschnittsalter bei etwa 21 und der Median bei 20 Jahren lag. Ein wichtiger Punkt in diesem Zusammenhang war die Frage, ab welchem Alter das Alkoholtrinken im Leben des Patienten zu einem ganz normalen Bestandteil wurde.

Die Frage nach vermehrtem bzw. übermäßigem Alkoholkonsum (Alkoholmissbrauch) ergab eine sehr große Altersspanne vom fünften bis 60.

Lebensjahr. Im Durchschnitt wurde circa das 27. Lebensjahr angegeben. Der Medianwert lag beim 25. Lebensjahr.

Die Altersangabe bezüglich der Frage nach dem ersten Kontrollverlust oder dem Einsetzen erster körperlicher Abhängigkeitszeichen wurde mit Angaben vom 17. bis 61. Lebensjahr gemacht. Das Durchschnittsalter lag bei 31,6 Jahren, der Median bei 30 Jahren.

Was die Alkoholtoleranzveränderung anbelangt, gaben von 206 Personen 163 (79,1%) eine Toleranzsteigerung, 31 (15,1%) eine Toleranzminderung und 12 (5,8%) keine Toleranzveränderung an.

Bei 97 Patienten (45,1% von 215) lag eine familiäre Belastung bei Verwandten 1. Grades vor. Bei elf Personen (5,1%) eine Belastung bei Verwandten 2. Grades. Keine familiäre Belastung hatten dagegen 107 Patienten (49,8%).

Was Abstinenzperioden in der Zeit des abhängigen Trinkens während der letzten zwei Jahre vor der Therapie betrifft, kann gesagt werden, dass 57 Patienten (26,5% von 215) keine wesentlichen Abstinenzperioden hatten. 105 Patienten (48,8%) waren dagegen mehrmals mindestens eine Woche lang abstinent. Immer wieder monataweise abstinent waren 33 Personen (15,4%) und 12 Personen (5,6%) waren mehrmals mehr als drei Monate abstinent. Acht Patienten (3,7%) waren sogar mehr als ein Jahr lang abstinent.

Alkoholbezogene Vorbehandlungen hatten 119 Patienten (55,3% der Gesamtstichprobe):

Insgesamt hatten 40 Patienten (18,6% von 215) vor der damaligen Aufnahme bereits stationäre Entwöhnungen durchlaufen. 29 Patienten (13,5% der Gesamtstichprobe) hatten eine, zehn Patienten (4,7%) hatten zwei und ein Patient (0,5%) hat drei Entwöhnungen durchlaufen. Der Großteil mit 175 Patienten (81,4%) hatte allerdings noch keine stationäre Entwöhnung erhalten.

105 Patienten (48,8% von 215) hatten bisher keine stationäre Entgiftung durchlaufen. 70 Patienten (32,6%) eine, 27 Patienten (12,6%) zwei. Zehn Patienten (4,6%) drei oder vier und drei Patienten (1,4%) fünf, sechs oder acht.

CGI, GAF, GABS und MALT (siehe Kap. 2.2.1)

Von 210 Patienten konnte die Einteilung des CGI erfasst werden. Nach dieser Einteilung waren 19 Patienten (9,1% von 210) zum Therapiezeitpunkt extrem schwer suchtkrank. 63 Patienten (30%) waren schwer suchtkrank und der Großteil von 96 Patienten (45,7%) war deutlich suchtkrank. Mäßig suchtkrank waren 29 Personen (13,8%) und drei Personen (1,4%) waren leicht suchtkrank. Der Wert der GAF-Skala betrug im Median 62. Das 75%-Quartil lag bei 68 und das 25%-Quartil bei 55. Von 202 Patienten lagen hierzu Angaben vor.

Der Durchschnittswert der Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS, Selbstbeurteilungsbogen) lag bei ca. 43.

Der durchschnittliche Summenwert des MALT lag, bezogen auf 206 Patienten, bei ca. 32 Punkten.

Alkoholfolgeschäden

Aufgrund körperlicher und anderer Zusatzuntersuchungen wurde bei 96 Patienten (46,4%) eine Fettleber diagnostiziert. Sieben Patienten (3,4%) hatten eine Hepatitis und 8 Patienten (3,9%) eine Leberzirrhose. Bei 70 Personen (33,8%) wurde eine Polyneuropathie diagnostiziert. Eine Kleinhirnschädigung wurde bei 46 Patienten (22,2%) festgestellt und eine Großhirnschädigung, Hirnatrophie oder Enzephalopathie bei elf Patienten (5,3%). Diese Angaben beziehen sich auf 207 Patienten. Sonstige internistische und/oder chirurgische Alkoholfolgekrankheiten wurden bei 26 (12,6%) von 206 Personen festgestellt.

Forensische Aspekte

Ein Verkehrsdelikt ohne Alkohol hatten neun Patienten (4,4%), zwei Patienten (1%) hatten zwei bzw. drei entsprechende Delikte verübt. Die Prozentangaben beziehen sich auf 206 Personen. 103 (49,5%) von 208 Patienten standen bei einem oder mehreren Verkehrsdelikten unter Alkoholeinfluss. Die durchschnittliche Anzahl der Verkehrsdelikte unter Einfluss von Alkohol lag bei 0,8, wobei die Spanne von 0 bis sieben reicht.

96 (47,3%) von 203 Patienten wurde mindestens einmal der Führerschein entzogen und 14 Patienten (6,9%) hatten nie einen Führerschein.

Einer Begutachtung zur Verkehrseignung mussten sich 46 Patienten (22,2% von 207) unterziehen.

20 Patienten (9,4%) hatten andere Delikte begangen. Darunter beziehen sich vier Angaben (1,9%) auf Eigentumsdelikte, zehn Angaben (4,7%) auf einfache Körperverletzung und zwei Angaben (0,9%) auf schwere Gewaltverbrechen (Tötung, Raub, schwere Körperverletzung). 213 Patienten machten hierzu Angaben.

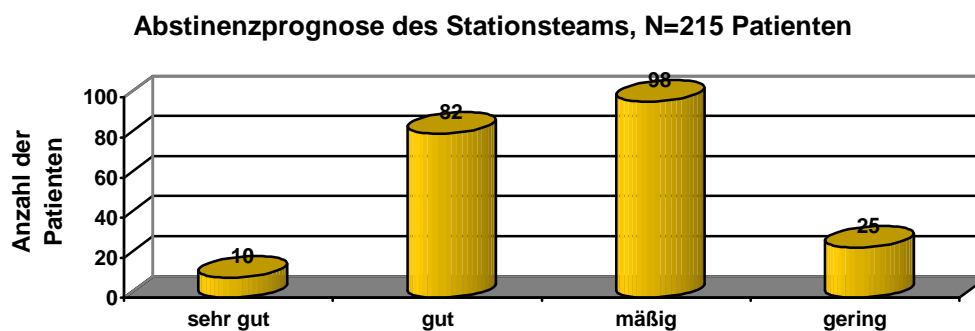
Therapiemotivation

Die Therapiemotivation wurde vom zuständigen Therapeuten bei 26 Patienten (12,1% von 215) als sehr gut, bei 124 Patienten (57,7%) als gut, bei 58 Patienten (27%) als mäßig und bei sieben Patienten (3,2%) als gering eingeschätzt.

Abstinenzprognose

Es fand eine Prognoseeinschätzung hinsichtlich längerfristiger Abstinenz von mindestens einem Jahr durch das Stationsteam B6 statt.

Abbildung 2: Abstinenzprognose zum Therapiezeitpunkt, N=215.



Therapieabschluss

Die stationäre Behandlungszeit von 42 Tagen haben 201 Patienten (99,5% von 202) wahrgenommen. Nur eine Person (0,5%) hat die stationäre Behandlung wegen eines Rückfalls nach 14 Tagen abgebrochen.

Die wöchentlichen Treffen der ambulanten Therapiephase wurden von 139 Patienten (66,8% von 208) regelmäßig das ganze Jahr über besucht. 42 Patienten (20,2%) brachen das ambulante Jahr vorzeitig ab und 26 Patienten (12,5%) wurden aus disziplinarischen Gründen ausgeschlossen. Ein Patient (0,5%) verstarb im Zeitraum des ambulanten Jahres.

3.2.2 Beschreibung der interviewten Stichprobe (N=93) und deren Vergleich mit den nicht interviewten Patienten (Repräsentativität)

Schulische Bildung und berufliche Situation

Die 93 befragten Personen hatten zum Zeitpunkt der stationären Therapie 1993/94 folgende Schulabschlüsse absolviert und Berufsausbildungen gemacht. Keine der Personen befand sich damals in einem Ausbildungsverhältnis oder auf einer Schule.

Tabelle 4: Schulbildung der Befragten 1993/94, N=93.

	Sonderschule	Hauptschule	Realschule	Gymnasium
Personenanzahl (in Prozent)	2 (2,2%)	57 (61,3%)	20 (21,5%)	14 (15%)

Tabelle 5: Abgeschlossene Ausbildungen der Befragten 1993/94, N=93.

	Lehre	Fachschule	Fachhochschule/ Universität	Keinen Berufsabschluss
Personenanzahl (in Prozent)	60 (64,5%)	9 (9,7%)	9 (9,7%)	15 (16,1%)

Alkoholbezogene Daten zum Zeitpunkt der stationären Therapie

Während der stationären Therapie wurde nach der klinischen Globaleinschätzung (CGI) der Schweregrad der Suchterkrankung bei 89 Patienten eingestuft. Hierbei waren drei Patienten (3,4% von 89) leicht

suchtkrank, 14 Patienten (15,7%) mäßig suchtkrank, 40 Patienten (44,9%) deutlich suchtkrank, 24 Patienten (27%) schwer suchtkrank und acht Patienten (9%) extrem schwer suchtkrank.

Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme hatten 33 Personen (35,5% der Befragten) bereits eine stationäre Entgiftung vollzogen. Zwei stationäre Entgiftungen hatten schon zehn Personen (10,8%) durchlaufen. Je drei Personen (3,2%) durchliefen schon drei bzw. vier stationäre Entgiftungen. Die verbleibenden 44 Personen (47,3%) hatten noch keine stationäre Entgiftung durchlaufen.

Neun Personen (9,7%) hatten auch schon eine stationäre Entwöhnungstherapie durchlaufen. Fünf Personen (5,4%) sogar zwei.

Der regelmäßige Alkoholkonsum begann bei den Befragten im Alter von durchschnittlich 21 Jahren und die Abhängigkeit durchschnittlich im Alter von 32,5 Jahren.

Vergleich der interviewten mit den nicht interviewten Patienten bezüglich des Therapiezeitpunktes 1993/94

Um zu überprüfen, ob die Personen (N=93), die zu einem Interview bereit waren, sich wesentlich von den Nichtbefragten der Gesamtstichprobe (N=122) unterschieden, wurde die Verteilung verschiedener Merkmale in diesen beiden Gruppen untersucht. Soziodemographische Merkmale, die Komorbidität und alkoholbezogene Kennwerte, die zu Therapiebeginn 1993/94 erfasst wurden, gingen in die Überprüfung mit ein. Da insgesamt 16 Merkmalsverteilungen überprüft wurden, wurden auch hier die Signifikanzniveaus mit dem Bonferroni-Holm-Verfahren adjustiert. Die statistische Überprüfung ergab schließlich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Lediglich die Erwerbstätigkeit mit den Kategorien „erwerbstätig“ vs. „nicht erwerbstätig“ ($p=0.030$) und der MALT ($p=0.043$) waren Merkmale in denen ein Trend ersichtlich wurde. Es waren prozentual mehr interviewte Patienten erwerbstätig als Nichtinterviewte und der durchschnittliche Summenwert des MALT lag bei den Nichtinterviewten höher als bei den interviewten Patienten. Die Tabelle mit den Werten der Signifikanzüberprüfung ist im Anhang einzusehen (Tab.24). Im

Folgenden sollen Ergebnis-Variablen in ihrer prozentualen Verteilung dargestellt werden:

Tabelle 6: Merkmalsvergleich (1993/94) der interviewten Patienten (N=93) mit den Nichtinterviewten (N=122).

	Interviewte Patienten, N=93	Nicht interviewte Patienten, N=122
Erwerbstätig	71%	56,6%
Arbeitslos	20,4%	30,3%
Lehre abgeschlossen	64,5%	67,8% von 121
Feste Partnerschaftssituation	68,8%	65,6%
Eigene Kinder	72%	66,4%
Gute soziale Integration (s. Kap. 3.3.1)	64,5%	55,7%
Männer	71%	78,7%
Durchschnittsalter bei Therapiebeginn	41,5 Jahre	39,6 Jahre
MALT	31,2 Punkte (N=89)	33,1 Punkte (N=117)
GABS	42,3 Punkte (N=87)	43,7 Punkte (N=112)
CGI (schwer oder extrem schwer suchtkrank)	36% (N=89)	41,3% (N=121)
Dauer der Abhängigkeit	9,1 Jahre	8,7 Jahre
Komorbide psychiatrische Störungen vorhanden	19,4%	16,4%

3.2.3 Männer-Frauen-Vergleich

Männer-Frauen-Vergleich bezüglich soziodemographischer Merkmale 1993/94

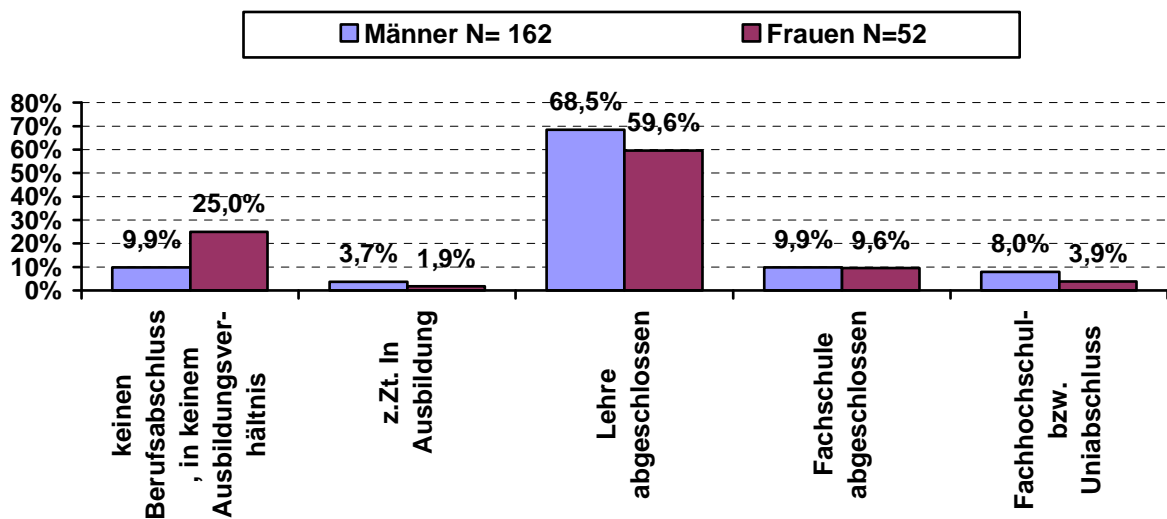
Es wurde überprüft, ob es bezüglich verschiedener Merkmalsausprägungen zum Zeitpunkt der stationären Therapie signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen gab.

Die Tabelle mit der Signifikanzüberprüfung unter Einbeziehung des Bonferroni-Holm-Verfahrens ist im Anhang einzusehen (Tab. 25).

Hierbei ergab sich ein signifikanter Unterschied ($p=0.000765$) beim Vergleich der Erwerbstätigkeit mit der Einteilung der Erwerbstätigkeit in voll- oder teilweise erwerbstätig vs. nicht erwerbstätig. Es waren 69,1% der Männer (112 von 162) und nur 43,4% der Frauen (23 von 53) voll- oder teilweise erwerbstätig.

Die Geschlechtergruppen unterschieden sich auch deutlich in der Partnerschaftssituation. 14,2% (23 von 162) der Männer (vs. 28,3% der Frauen (15 von 53)) gaben an generell keine Partnerschaften zu haben ($p=0.019$). Bei der Berufsausbildung ist auffällig, dass 25% der Frauen (13 von 52) keine Berufsausbildung hatte und auch in keinem Ausbildungsverhältnis war, während dies nur auf 9,9% der Männer (16 von 162) zutraf ($p=0,035$).

Abbildung 3: Männer-Frauen-Vergleich zum Therapiezeitpunkt; Berufsausbildung; N=162/52.



Die Angehörigen der Männer besuchten häufiger die Angehörigenseminare. Bei 33,3% der Frauen (17 von 51) nahmen keine Angehörigen teil, während dies bei den Männern nur bei 23,8% (36 von 151) der Fall war. Bei 64,9% der Männer nahmen die Angehörigen regelmäßig teil (vs. 47,1% der Frauen) ($p=0,04$). Die Überprüfung der anderen Merkmale ergab keine signifikanten Unterschiede (siehe Tab.25 im Anhang).

Männer-Frauen-Vergleich bezüglich der Alkoholkenwerte 1993/94

Es konnten fünf Merkmale gefunden werden bei denen es einen signifikanten Unterschied zwischen den Männern und den Frauen gab.

Der erste Alkoholkonsum war bei den Frauen im Alter von 16 Jahren und bei den Männern im Alter von 14 Jahren ($p=0.0022$).

Der regelmäßige Alkoholkonsum begann bei den Frauen bedeutend später (24. Lebensjahr vs. 19. Lebensjahr, $p=0.0000014$).

Ebenso der Alkoholmissbrauch, der bei den Frauen im 33. Lebensjahr beginnt und bei den Männern bereits mit 23 ($p=0.000012$).

Das Alter des Beginns der Alkoholabhängigkeit lag bei den Frauen höher (35 vs. 30, $p=0.0098$).

Die Abhängigkeitsdauer vor Therapiebeginn lag bei den Frauen bei nur fünf Jahren wohingegen sie bei den Männern bei acht Jahren lag ($p=0.003$).

Die tägliche maximale Trinkmenge während des letzten Jahres vor der stationären Aufnahme, bezogen auf Zeiten, in denen regelmäßig Alkohol getrunken wurde, unterschied sich zwischen den Geschlechtern auch signifikant: 200g Alkohol bei den Frauen und 260g Alkohol bei den Männern ($p=0.000336$). Ebenso bezogen auf die letzten 5 Jahre vor Therapiebeginn (200g Alkohol bei den Frauen vs. 240g Alkohol bei den Männern, $p=0.00146$).

Die durchschnittliche tägliche Trinkmenge im letzten Jahr und in den letzten 5 Jahren vor Therapiebeginn lag bei den Männern ebenfalls deutlich höher ($p=0.0299$ und $p=0.039$).

Es wurde zusätzlich zu den Merkmalen, die in Tab. 7 aufgeführt sind, noch der Schweregrad der Suchterkrankung (CGI) verglichen. Von den Frauen waren 13,2% extrem schwer suchtkrank während dies 7,6% von den Männern war, 28,3% der Frauen waren schwer suchtkrank (vs. 30,6% der Männer und 47,2% der Frauen waren deutlich suchtkrank (vs. 45,2% von den Männern) ($p=0.39$). Dabei fiel niemand in die Kategorie „überhaupt nicht suchtkrank“ oder „Grenzfall der Suchterkrankung“. Dagegen waren 15,9% der Männer mäßig suchtkrank (vs. 7,5% der Frauen). Leicht suchtkrank waren 3,8% der Frauen und 0,7% der Männer.

Abbildung 4: Männer-Frauen-Vergleich, Schweregrad der Suchterkrankung 1993/94.

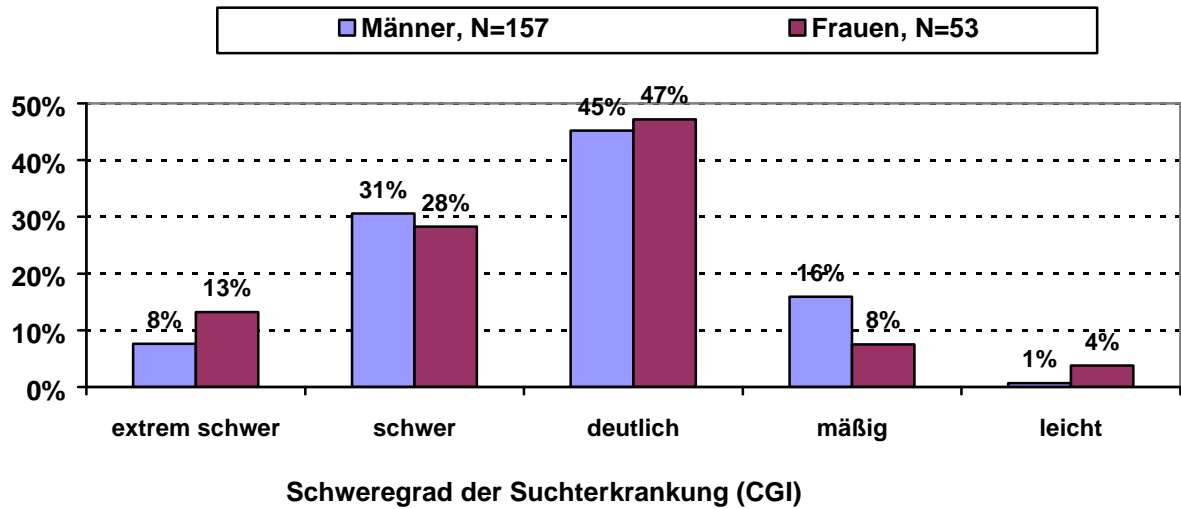


Tabelle 7: Männer-Frauen-Vergleich: Alkoholkenwerte zu Therapiebeginn, BDI und Zigarettenkonsum; * = signifikant nach der Adjustierung der Signifikanzniveaus.

Merkmal	Männer			Frauen			p-Wert
	N	Median	Interquartils- spanne	N	Median	Interquartils- spanne	
Alter	162	40	13	53	41	14	0.658
Erster Alkoholkonsum (Alter)	161	14	4	52	16	4	0.0022*
Regelmäßiger Alkoholkonsum (Alter)	162	19	4	53	24	10,5	0.0000014*
Beginn Alkoholmissbrauch (Alter)	161	23	10	53	33	14	0.000012*
Alkoholabhängigkeit (Alter)	159	30	11	53	35	13	0.0098
Dauer der Abhängigkeit vor Therapie (Jahre)	160	8	10	53	5	6,5	0.00306
Abstinenzdauer vor Aufnahme (Tage)	161	2	25	53	4	30,5	0.5088
Mittlere Trinkmenge ltz. Monat (g/Tag)	149	130	122,5	46	135	150	0.8207
Maximale Trinkmenge ltz. Monat (g/Tag)	154	200	212	47	190	150	0.098

3. Therapeutisches Konzept und Patientenstichprobe

Merkmal	Männer			Frauen			p-Wert
	N	Median	Interquartils- spanne	N	Median	Interquartils- spanne	
Mittlere Trinkmenge ltz. Jahr (g/Tag)	160	160	100	52	120	120	0.039
Maximale Trinkmenge ltz. Jahr (g/Tag)	162	260	160	52	200	139	0.000336*
Mittlere Trinkmenge ltz. 5 Jahr (g/Tag)	159	128	120	51	100	108	0.0299
Maximale Trinkmenge ltz. 5 Jahre (g/Tag)	161	240	160	51	200	190	0.00146*
MALT (Summe)	153	33	10	53	33	7,5	0.644
GAF-Skala	151	62	14	51	60	13	0.7
GABS-Summenwert	151	40	24	48	43,5	20,8	0.336
BDI-Summenwert	157	9	11,5	52	13	14,8	0.105
Zigarettenkonsum (tägl.)	161	20	30	53	20	30	0.166

Die Tabelle der Signifikanzüberprüfung unter Einbeziehung des Bonferroni-Holm-Verfahrens ist im Anhang einzusehen (Tab. 25).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass zum Zeitpunkt der stationären Therapie 1993/94 Männer häufiger eine Berufsausbildung und eine Arbeitsstelle hatten als Frauen. Mehr Männer hatten damals Partnerschaftsbeziehungen und es nahmen bei ihnen die Angehörigen auch öfter an den Angehörigenseminaren teil.

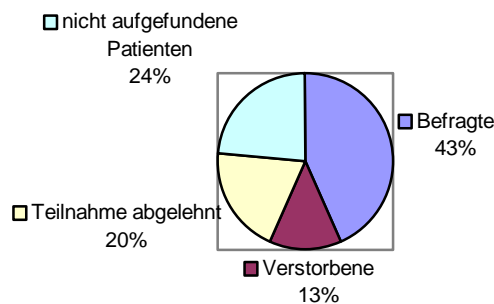
Frauen sind bei Beginn der Alkoholerkrankung insgesamt älter als Männer. Frauen beginnen deutlich früher mit einer Therapie und trinken täglich weniger Alkohol als Männer.

4. Ergebnisse

4.1 Ausschöpfungsquote der vorliegenden Untersuchung

Die Katamnosedauer lag zwischen neun Jahren und drei Monaten und elf Jahren und drei Monaten. Es wurden insgesamt 215 Patienten angeschrieben. Zum Katamnesezeitpunkt waren 141 Patienten (65,6%) mit Sicherheit noch am Leben. 28 (13%) waren verstorben und bei 46 Patienten (21,4%) konnte nicht ermittelt werden, ob sie noch lebten.

Abbildung 5: Patientenkontakte, N=215.



Von den 215 angeschriebenen Personen haben 43 (20%) eine Teilnahme abgelehnt. 51 Patienten (23,7%) konnten trotz intensivster Bemühungen nicht aufgefunden werden. Dabei wurden bis zu drei Umzüge verfolgt. Von 93 Patienten (43,3%) konnten ausführliche Informationen erhalten werden. Davon wurden 75 Patienten (34,9% der Gesamtstichprobe) bei einem persönlichen Treffen interviewt. Elf Patienten (5,1% der Gesamtstichprobe) wurden telefonisch befragt, wobei der Selbstbeurteilungsbogen dann ausgefüllt vom Patienten an die Untersucher zurückgeschickt wurde. Sechs Personen (2,8% der Gesamtstichprobe) wurde der Probandenfragebogen und der Selbstbeurteilungsbogen zugeschickt. Die Patienten sandten sie dann ausgefüllt zurück. Bei Unklarheiten war eine telefonische Rücksprache möglich. Bei einem Patienten (0,5% der Gesamtstichprobe) konnten durch die Ehefrau

als Ersatzinformantin ausführliche Informationen erhalten werden. In einem Fall hat der gesetzliche Vertreter eines Patienten mit schwerem Korsakow-Syndrom die Interviewangaben des Patienten teilweise schriftlich ergänzt.

Der Selbstbeurteilungsbogen wurde nur von 91 Patienten bearbeitet, da die Ehefrau als Ersatzinformantin den Bogen nicht ausfüllen konnte und ein Patient, der telefonisch befragt wurde, den Bogen nicht an uns zurücksandte.

Bei sieben persönlichen Befragungen (7,5% der 93 Interviews) waren Angehörige beim Gespräch mit dabei.

Von den 75 persönlichen Treffen fanden 19 (25,3%) bei den Patienten Zuhause statt, die anderen 56 (74,7%) in Räumen der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

4.2 Daten zu den verstorbenen Patienten

Über die 28 verstorbenen Patienten konnten auf verschiedenen Wegen Informationen gewonnen werden. Das Sterbedatum teilte meist das Einwohnermeldeamt mit. Durch die Krankenakten des stationären Aufenthalts konnten dann Hausärzte und Angehörige ausfindig gemacht werden um weitere Informationen über die Sterbeursache, Alkoholfolgeerkrankungen sowie Rückfälligkeit zu erhalten.

Unter den 28 verstorbenen Patienten waren 23 Männer (82,1% dieser Untergruppe) und fünf Frauen (17,9% der Verstorbenen).

Das Sterbealter lag im Durchschnitt bei 47,8 Jahren (Median 46 Jahre).

Über Alkoholfolgeschäden zum Zeitpunkt der Entwöhnungstherapie waren von 27 der 28 verstorbenen Patienten Informationen in den Krankenakten vorhanden. 12 Patienten (44,4% von 27) hatten damals eine Fettleber, zwei Patienten (7,4%) eine Hepatitis und sechs Patienten (22,2%) eine Leberzirrhose. Das heißt, dass insgesamt 20 Patienten (74% der 27 Verstorbenen) an einer alkoholbedingten Lebererkrankung erkrankt waren. 14 Patienten (51,9% von 27) litten an einer Polyneuropathie, sechs (22,2%) an einer alkoholbedingten Kleinhirnschädigung und zwei (7,4%) an einer Großhirnschädigung. Elf Patienten (40,7%) hatten eine sonstige internistische und/oder chirurgische Alkoholfolgekrankheit. Vier der verstorbenen Patienten

(14,3% von 28) hatten vor der Therapie ein bzw. zwei Suizidversuche durchgeführt.

Todesursachen

16 der Patienten (57,1% der Verstorbenen) verstarben an einer Alkoholfolgeerkrankung. Zu den Todesursachen, die am ehesten auf Alkoholfolgeerkrankungen zurückzuführen sind, zählten: drei mal Suizid, drei mal Leberzirrhose, zwei mal Neoplasien des Oropharynx, zwei mal Ösophagusvarizenblutung, zwei mal Herzversagen, ein mal Apoplex, ein mal Alkoholismus mit Hypertonus, ein mal Pankreatitis und ein mal eine Überdosis Alkohol. Bei acht Patienten (28,6% der Verstorbenen) konnte die Todesursache nicht ermittelt werden. Bei vier Verstorbenen (14,3% der Verstorbenen) handelte es sich offensichtlich um keine Alkoholfolgeerkrankungen. Ihre Todesursachen waren ein Lungenemphysem, ein Lymphom, ein unfallbedingtes Hirnarterienaneurysma - wobei der Unfall nicht unter Alkoholeinfluss geschah - und ein Patient hatte nach Aussage der Ehefrau „keine Luft mehr bekommen“ und verstarb im Koma.

Rückfälligkeit

Über die Rückfälligkeit konnten wir von 25 Verstorbenen (89,3% dieser Untergruppe) Informationen erhalten: 22 Verstorbene (78,6% aller Verstorbenen) hatten in den letzten zehn Jahren wieder Alkohol getrunken, drei Patienten (10,7% der Verstorbenen) waren dauerhaft abstinent. Die fünf verstorbenen Frauen waren alle rückfällig.

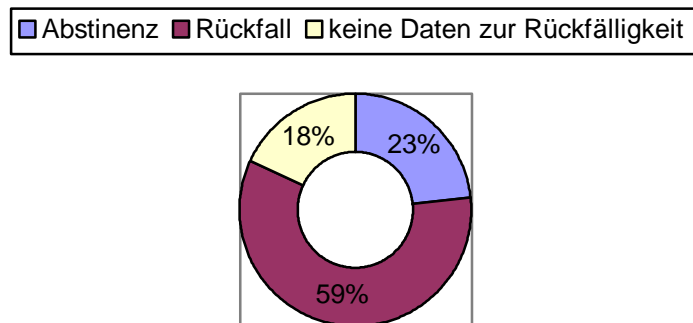
Therapieverlauf im ambulanten Jahr

Im ambulanten Jahr hatten bereits 16 Verstorbene (61,5% der 26 Verstorbenen, über die diesbezüglich Informationen vorhanden waren) einen Rückfall. Acht Patienten (30,8%) blieben im ambulanten Jahr abstinent und bei zwei Patienten (7,7%) ist das Trinkverhalten unklar. Sieben Patienten (26,9% von 26) haben das ambulante Jahr vorzeitig beendet.

4.3 Basisinformationen zur Rückfälligkeit

Von den 215 Patienten waren 126 (58,6%) sicher rückfällig, das heißt, sie hatten in den vergangenen zehn Jahren mindestens einmal Alkohol getrunken; 50 Patienten (23,3%) waren sicher dauerhaft abstinent. Von 39 Patienten (18,1%) konnten keine Informationen bezüglich der Rückfälligkeit gewonnen werden. Anhand der konservativen Auswertung kann also von 165 (76,7%) Rückfälligen ausgegangen werden.

Abbildung 6: Abstinentz und Rückfälligkeit der Gesamtstichprobe, N=215.



4.4 Ergebnisse der Katamneseerhebung der interviewten Patienten (N=93)

4.4.1 Soziodemographische Patientendaten zum Katamnesezeitpunkt 2004 und deren Verlauf seit 1993/94

Um Redundanzen zu vermeiden, werden die zentralen Ergebnisse entweder in Tabellenform oder in Prosa dargestellt:

Tabelle 8: Geschlechterverteilung, N=93.

Männer	Frauen
71%	29%

Das Durchschnittsalter lag zum Katamnesezeitpunkt 2004 bei 52,1 Jahren.

4. Ergebnisse

Tabelle 9: Familienstand 2004, N=93.

Verheiratet und zusammenlebend	Geschieden	ledig	Verwitwet	Verheiratet, getrenntlebend
52,7%	24,7%	15%	6,5%	1,1%

Tabelle 10: Partnerschaftssituation 2004, N=93.

Mit festem Lebenspartner zusammenlebend	Keine Partnerschaft	Feste Partnerschaft, getrennt lebend	Single, zeitweilige Beziehungen	In naher Vergangenheit von Partner getrennt
66,7%	17,2%	8,6%	5,4%	2,1%

67 Personen (72%) hatten eigene Kinder.

Tabelle 11: Wohnsituation 2004, N=93.

Eigenes Haus/ Eigentumswohnung	Mietwohnung	Zimmer zur Untermiete
51,6%	46,2%	2,2%

Tabelle 12: Erwerbstätigkeit 2004, N=93.

Voll erwerbstätig	Rentner	Arbeitslos	Frührentner, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente	Hausfrau/Hausmann	Teilweise erwerbstätig
57%	14%	10,7%	8,6%	5,4%	4,3%

Dabei entsprach bei 63,4% die Tätigkeit dem Ausbildungsniveau. Bei 26,9% lag die Tätigkeit unter dem Ausbildungsniveau und bei 5,4% darüber.

Tabelle 13: Skala zur sozialen Integration (s. Kap. 2.3.1), N=93.

Gut	mäßig	schlecht
63,4%	31,2%	5,4%

Tabelle 14: Veränderungen im Berufs- oder Schulausbildungsbereich, N=93.

Keine Ausbildungsveränderung	Fachhochschul- oder Universitätsabschluss	Weitere Lehre	Weiterer Fachschulabschluss	Momentan in Ausbildung
89,3%	5,4%	2,2%	2,2%	1,1%

4. Ergebnisse

Die Arbeitszeit der letzten 12 Monate wurde gesondert erfragt. Dies ergab, dass der Großteil von 57 Personen (61,3% von 93) das ganze Jahr gearbeitet hat. 30 Personen (32,3%) haben gar nicht gearbeitet.

Die durchschnittliche Anzahl der Arbeitswochen der 93 Befragten lag bei 33,2 Wochen.

Verlauf verschiedener Merkmale in den vergangenen zehn Jahren

Untersucht wurden die Partnerschaftssituation, die Wohnsituation, die Erwerbstätigkeit, der Zigarettenkonsum und der BDI-Wert. Die Angaben beziehen sich allesamt auf die Personengruppe der 93 Befragten:

Tabelle 15: Veränderungen der Merkmalsausprägungen im Verlauf des Katamnesezeitraums bei den Befragten (N=93).

Merkmal	Zum Zeitpunkt der stationären Therapie, Personenanzahl (in Prozent)	Zum Katamnesezeitpunkt Personenanzahl (in Prozent)
verheiratet, gemeinsame Wohnung	58 (62,4%)	49 (52,7%)
Geschieden	18 (19,4%)	23 (24,7%)
Keine Partnerschaften	16 (17,2%)	16 (17,2%)
Alleine lebend/wohnend	19 (20,4%)	27 (29%)
Voll erwerbstätig	61 (65,6%)	53 (57%)
Arbeitslos	19 (20,4%)	10 (10,8%)
Eigenes Haus	45 (48,4%)	48 (51,6%)
Zigaretten, mehr als 20 Stück am Tag	41 (44,1%)	37 (39,8%)
Durchschnittlicher BDI-Summenwert von 91 Befragten	11,5	6

Die Entwicklung der Partnerschaftssituation wurde genauer betrachtet. Bei 24 Rückfälligen (mindestens einmaliger Alkoholkonsum) (45,3% der 53 Rückfälligen) hat sich die Partnerschaftssituation verändert, bei den Abstinente(n) hingegen nur bei 15 Personen (37,5% der 40 Abstinente(n)). Insgesamt wohnen jetzt 14 Personen (15,1% der Befragten) mit ihrem festen

Partner zusammen, die vorher eine andere Partnerschaftssituation hatten. Zehn Personen (10,8% von 93) wohnen dagegen jetzt nicht mehr mit ihrem festen Partner zusammen wie vor zehn Jahren, sondern wohnen getrennt vom Partner (vier Personen) oder haben momentan keine Partnerschaften (sechs Personen). Drei Personen (3,2%) waren vor zehn Jahren geschieden und leben nun in einer festen Partnerschaft mit getrennten Wohnungen.

Die Entwicklung der Erwerbstätigkeit kann so beschrieben werden, dass in der Gruppe der 53 rückfälligen Personen bei 29 Personen (54,7% der Rückfälligen) eine Veränderung eintrat, während bei den Abstinenten sich nur bei 19 Personen (47,5% der Abstinenten) etwas änderte. Insgesamt waren neun (9,7% der Befragten) ehemalige Arbeitslose zum Katamnesezeitpunkt voll erwerbstätig. Von den 61 Personen, die damals voll erwerbstätig waren, sind heute sieben Personen (11,5% von 61) Rentner, sechs Personen (9,8% von 61) arbeitslos und sechs weitere (9,8% von 61) Frührentner.

4.4.2 Alkoholbezogene Daten zum Katamnesezeitpunkt 2004 und deren Verlauf seit 1993/94

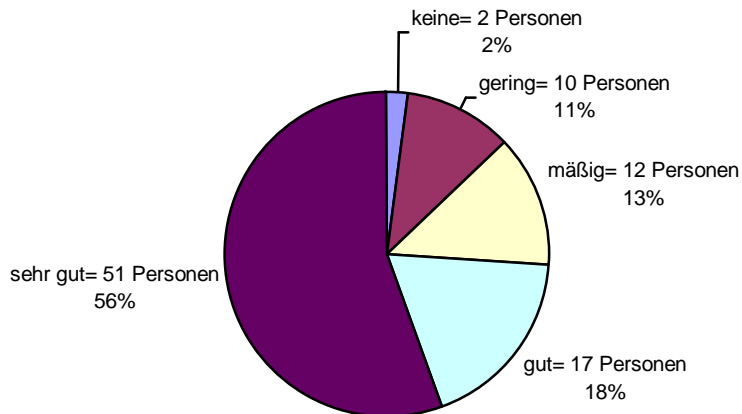
Ambulantes Jahr und Krankheitseinsicht

Generell wurde das ambulante Jahr von 80 der 91 Interviewten (87,9%) regulär abgeschlossen. Acht Patienten (8,8% von 91) haben diesen Teil der Therapie vorzeitig abgebrochen, drei (3,3%) wurden aus disziplinarischen Gründen aus der Gruppe ausgeschlossen. 18 Patienten (19,8% von 91) fehlten zum Teil mehrmals unentschuldig. Während des ambulanten Jahres hatten 22 von 91 Interviewten (24,2%) einen Rückfall.

Die von den Interviewern beurteilte Krankheitseinsicht zum Katamnesezeitpunkt kann graphisch wie folgt dargestellt werden:

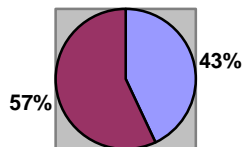
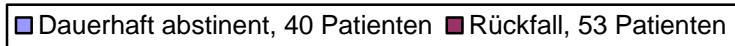
4. Ergebnisse

Abbildung 7: Krankheitseinsicht zum Katamnesezeitpunkt, N=92.



Rückfälligkeit und Abstinenz

Abbildung 8: Rückfälligkeit in den zehn Jahren, N=93.



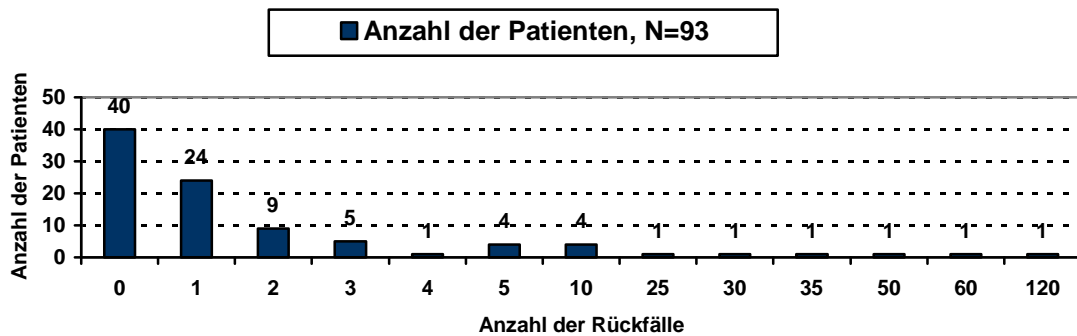
53 Patienten (57% der Befragten) waren in den vergangenen zehn Jahren rückfällig geworden. Wobei jeder Alkoholkonsum bereits als Rückfall gewertet wurde. Da das Trinkverhalten aber sehr unterschiedlich war, wird im Folgenden die Rückfälligkeit näher beschreiben.

Bei der Anzahl der Rückfälle in den letzten zehn Jahren schwankten die Angaben zwischen 0 und 120. Der Durchschnitt lag bei 4,7 Rückfällen bei einem Medianwert von einem und einem 75%- Quartil von zwei Rückfällen. Von

4. Ergebnisse

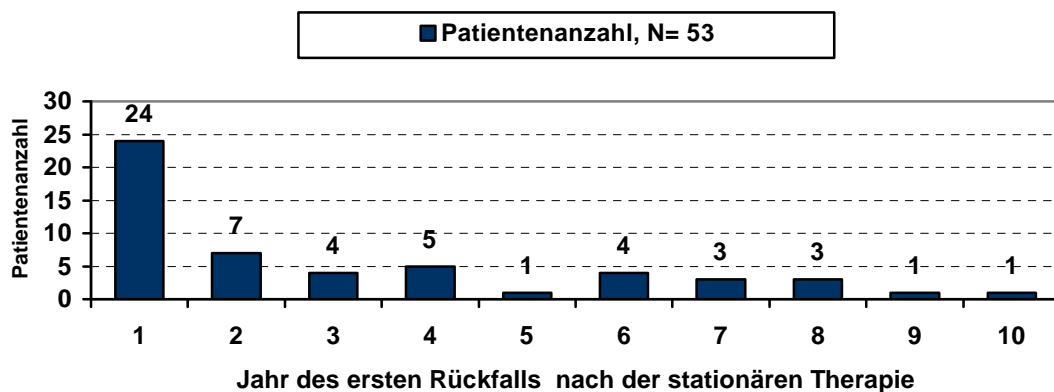
zwei gesonderten Rückfällen wurde ausgegangen, wenn dazwischen mindestens ein Monat Abstinenz lag. So führt rechnerisch ein monatlich einmaliger Alkoholkonsum bei einer Katamnesedauer von etwa 120 Monaten in der Statistik zu 120 Rückfällen.

Abbildung 9: Anzahl der Rückfälle der interviewten Patienten im Verlauf der zehn Jahre, N=93.



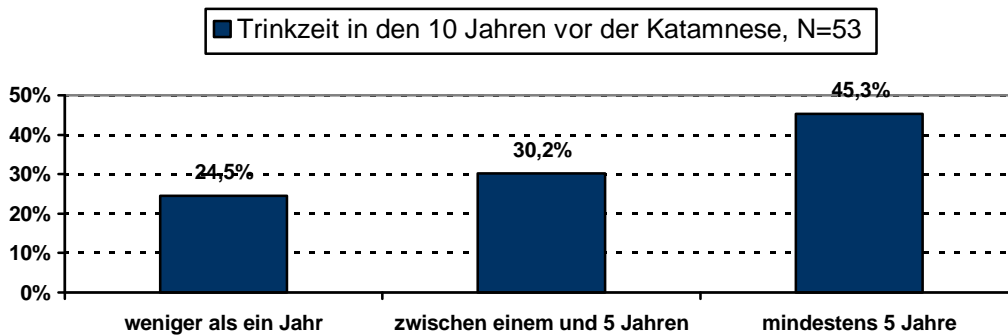
Der erste Rückfall war bei den meisten Patienten in den ersten Jahren nach Entlassung von der Station B6, im Durchschnitt nach 1,7 Jahren. 24 Patienten (45,3% der Rückfälligen) erlitten den ersten Rückfall im ersten Jahr nach der Entlassung. Zwei Patienten (3,8% der Rückfälligen) hatten erst im neunten bzw. zehnten Jahr den ersten Rückfall.

Abbildung 10: Jahr des ersten Rückfalls der befragten Patienten.



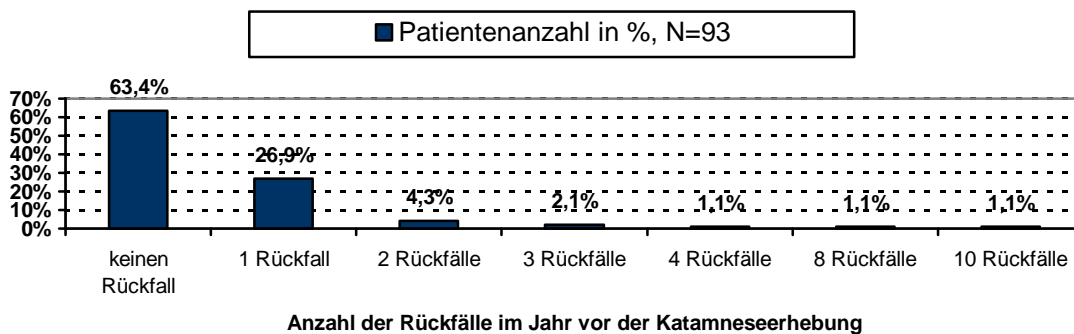
4. Ergebnisse

Abbildung 11: Trinkzeit der 53 rückfälligen Patienten (%), N=53.



Die Gesamtdauer der Trinkzeit seit 1993/94 lag im Durchschnitt bei 26 Monaten (Median: 0 Monate, Maximum: 120 Monate; Standardabweichung: 39,7 Monate). Bei drei Patienten (3,2% von 93) lag gar keine Abstinenzzeit vor.

Abbildung 12: Anzahl der Rückfälle im letzten Jahr vor Katamneseerhebung, N=93.



Die Anzahl der Rückfälle im letzten Jahr lag durchschnittlich bei 0,7 (Median: 0). 59 Patienten (63,4% der Befragten) hatten gar keinen Rückfall und 25 (26,9%) nur einen. Die höchste Anzahl einer Person war zehn Rückfälle.

Die Abstinenzzeit im Laufe der zehn Jahre lag bei den interviewten Patienten durchschnittlich bei 94 Monaten und das 25%- Quartil lag bei 60 Abstinenzmonate. 40 Patienten (43% von 93) waren die vergangenen zehn Jahre komplett abstinent. Die Standardabweichung lag bei 39,7 Monaten.

Die Gesamtdauer der Trinkzeit lag im letzten Jahr vor der Katamneseerhebung durchschnittlich bei 11,7 Wochen. 62 Patienten (66,7% der Befragten) hatten im

4. Ergebnisse

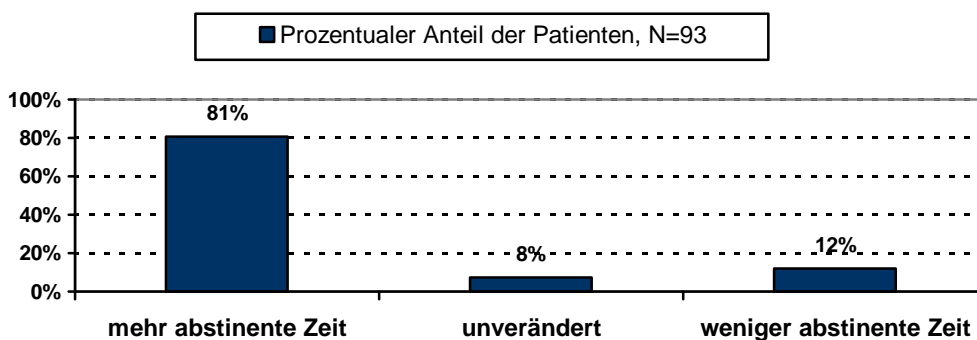
letzten Jahr maximal sechs Trinktage. 11 Patienten (11,8%) hatten nur bis zu 26 Wochen Trinkzeit. Bei weiteren elf Patienten (11,8%) betrug die Trinkzeit 52 Wochen.

Während der Durchschnitt für die Abstinenzzeit innerhalb des Jahres vor der Katamneseerhebung bei 37,9 Wochen lag, lagen sowohl der Median als auch das 75%-Quartil bei 52 Wochen.

Erfragt wurde auch die tägliche Trinkmenge im Monat vor der Befragung; unterteilt in die durchschnittliche und maximale Trinkmenge. Die durchschnittliche tägliche Trinkmenge lag zwischen 0 und 350 Gramm Alkohol (Durchschnitt: 19,7 Gramm, 75%- Quartil: 0 Gramm). Die maximale tägliche Trinkmenge lag zwischen 0 und 605 Gramm Alkohol (Durchschnitt: 30,2 Gramm, 75%-Quartil: 0 Gramm).

Bezogen auf die Anzahl der abstinenten Wochen im Jahr vor der stationären Aufnahme und vor der Katamnese, kann gesagt werden, dass sich das Trinkverhalten bei 75 Personen (80,6% von 93) gebessert hat, bei sieben Personen (7,5%) unverändert blieb und sich bei elf Patienten (11,9%) verschlechtert hat.

Abbildung 13: Vergleich der Anzahl der abstinenten Wochen im Jahr vor der stationären Aufnahme und vor der Katamneseerhebung, N=93.

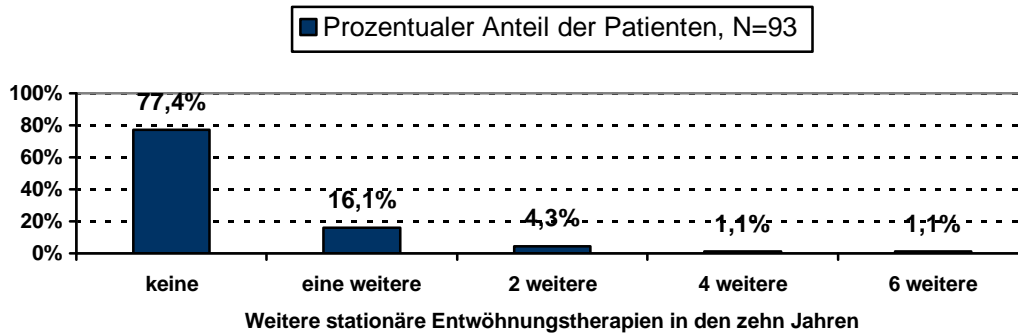


Weitere Therapien

65 Personen (69,9% der Befragten) hatten keinerlei weitere stationäre Behandlung mehr erhalten.

4. Ergebnisse

Abbildung 14: Weitere stationäre Entwöhnungstherapien im Laufe der zehn Jahre.



20 Personen (21,5% von 93) hatten nochmals mindestens eine stationäre Entgiftung erhalten. 73 Patienten (78,5% der Interviewten) hatten jedoch in den letzten zehn Jahren niemals stationär entgiftet. Ein Patient unterzog sich elf Entgiftungen, was die höchste Anzahl an Entgiftungen war.

Acht Patienten (8,6%) waren ein weiteres Mal auf der Station B6 der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Patient (1,1%) weitere zweimal.

Selbsthilfegruppen und Hilfsangebote

26 Personen (28% der Befragten) nutzten zum Katamnesezeitpunkt Hilfsangebote im Suchthilfesystem. Die längste Dauer der Teilnahme an Selbsthilfegruppen war 86 Monate (Durchschnitt: 6,4 Monate, 75%-Quartil: ein Monat).

66 Patienten (71%) besuchten in den letzten zehn Jahren keine Selbsthilfegruppe.

Tabelle 16: Genutzte Hilfsangebote zum Katamnesezeitpunkt, N=93.

	Kein Hilfsangebot	Selbsthilfegruppe	Suchtberatungsstelle	Hausarzt	Psychiater	Psych. Psychotherapeut	Psychiatr. Institutsambulanz der Uni-Klinik
Patientenanzahl (% der Befragten)	67 (72%)	4 (4,3%)	1 (1,1%)	12 (12,9%)	3 (3,2%)	5 (5,4%)	1 (1,1%)

4. Ergebnisse

Die Möglichkeit erneut stationär zur Krisenintervention in die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie aufgenommen zu werden, nutzten zehn Patienten (10,7% der Interviewten) einmal, zwei Patienten (2,1%) zweimal und je ein Patient (je 1,1%) drei, vier bzw. sechs mal.

Amnestische Episoden, Delirium tremens und Krampfanfälle

13 Patienten (14% der Befragten) hatten in den zehn Jahren nach der Therapie amnestische Episoden. Je drei Personen (3,2%) hatten in den letzten zehn Jahren ein Delirium tremens bzw. einen Krampfanfall. Und je eine Person (1,1%) hatte zwei, sieben bzw. zehn Delirien. Eine Person (1,1%) hatte fünf Krampfanfälle und zwei Personen (2,2%) hatten zehn Krampfanfälle.

Leitsymptom der Abhängigkeit zum Katamnesezeitpunkt:

Tabelle 17: Leitsymptom der Abhängigkeit zum Katamnesezeitpunkt, N=93.

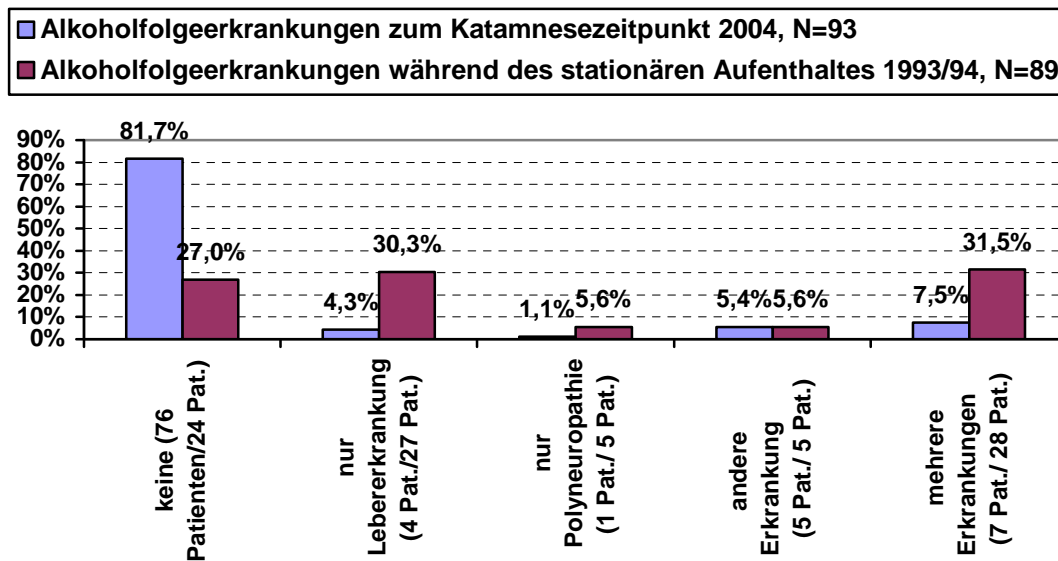
	Vorwiegend Kontrollverlust	Vorwiegend Spiegeltrinken	Kontrollverlust und Spiegeltrinken	Andere Abhängigkeitszeichen dominieren	Keine eindeutigen Abhängigkeitszeichen
Anzahl der Patienten, N=93	7 (7,5% der Befragten)	9 (9,7%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	75 (80,6%)

Alkoholfolgeschäden nach Selbstaussage der Patienten

Drei Patienten (3,2% von 93) hatten zum Katamnesezeitpunkt laut Selbstaussage eine Fettleber. Eine Person (1,1%) litt an einer Hepatitis, Zwei Personen (2,2%) hatten eine Leberzirrhose und fünf Personen (5,4%) litten an einer anderen Lebererkrankung. Sieben Patienten (7,5%) hatten eine Polyneuropathie und Acht Patienten (8,6%) eine andere internistische und/oder chirurgische Alkoholfolgekrankheit. Insgesamt hatten 17 Personen (18,3%) mindestens eine Alkoholfolgeerkrankung.

An anderen organischen Erkrankungen, die nicht als Alkoholfolgeerkrankungen zu klassifizieren sind, litten 45 Personen (48,4% der Befragten).

Abbildung 15: Alkoholfolgeerkrankungen der Befragten, N=93/89.



Von den 28 Patienten, die 1993/94 an mehreren Erkrankungen litten, hatten 23 Patienten die Zusatzdiagnose Polyneuropathie und 22 Patienten die Diagnose Lebererkrankung.

Verlauf der Alkoholfolgeerkrankungen

Bei 30 Personen (33,7% von 89 Personen) blieb die Situation unverändert worunter viele waren, die früher und jetzt keine Alkoholfolgeerkrankung hatten bzw. haben. 51 Personen (57,3% von 89), die früher eine Erkrankung hatten, haben jetzt keine mehr. Ein Patient (1,1%) hat jetzt weniger Erkrankungen als vor zehn Jahren, drei Patienten (3,4%) haben gleich viele, jedoch andere. Vier Patienten (4,5%) haben inzwischen mehr Alkoholfolgeerkrankungen.

Somit wird insgesamt eine deutliche Besserung des Gesundheitszustandes deutlich.

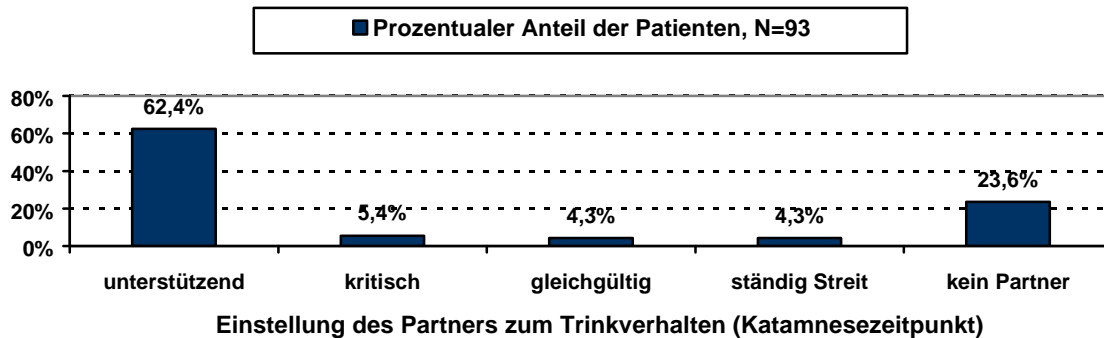
Zufriedenheit mit dem eigenen körperlichen Zustand

Die Zufriedenheit mit dem eigenen körperlichen Zustand wurde von nur 92 Personen erfasst, da die Ehefrau als Ersatzinformantin hierzu keine Aussage machen konnte. Die Zufriedenheit bewerteten 21 Patienten (22,8% von 92) mit „sehr zufrieden“, 45 Patienten (48,9%) mit „zufrieden“ und 15 (16,3%) mit „eher zufrieden“. Sechs Personen (6,5%) gaben an „eher unzufrieden“ mit ihrem

körperlichen Zustand zu sein. Drei (3,3%) waren „unzufrieden“ und zwei (2,2%) waren „sehr unzufrieden“.

Einstellung des Partners

Abbildung 16: Einstellung des Partners zum derzeitigen Trink- bzw. Abstinenzverhalten.



58 Patienten (62,4% von 93) bewerteten die Einstellung des Partners zum derzeitigen Trink- bzw. Abstinenzverhalten als „unterstützend“. Vier (4,3%) als „gleichgültig“, 5 (5,4%) als „kritisch“ und 4 Patienten (4,3%) gaben an ständig mit ihrem Partner Streit wegen des Alkoholkonsums zu haben. Die verbleibenden 22 Personen (23,6%) hatten zum Katamnesezeitpunkt keinen festen Partner.

4.4.3 Komorbidität

Vier Personen (4,3% von 93) waren in den letzten 10 Jahren nochmals stationär in einer psychiatrischen Klinik, unabhängig der Alkoholkrankung. Eine Person (1,1%) war zwei mal entsprechend stationär in Behandlung.

Drei Personen (3,2% von 93) unternahmen in den letzten 10 Jahren einen Suizidversuch, eine Person (1,1%) unternahm drei Versuche.

Es traten auch bei 13 Patienten (14% der Befragten) neue andere psychiatrische Erkrankungen auf:

1 x Korsakow-Syndrom

1 x Anorexia nervosa

11 x Depression.

Von 91 Personen wurde der Selbstbeurteilungsbogen des BDI ausgewertet. Sieben Patienten (7,7% von 91) zeigten hierbei eine mäßige depressive Symptomatik. Fünf Patienten (5,5%) zeigten eine leichte depressive Symptomatik und 79 Patienten (86,8%) waren diesbezüglich unauffällig.

Im Vergleich mit den Daten zum Zeitpunkt der stationären Therapie (von 88 Patienten vorliegend) kann man sagen, dass sich bezüglich des BDI-Summenwertes 58 Personen (65,9% von 88 Patienten) gebessert haben, fünf Personen (5,7%) gleich geblieben sind und 25 (28,4%) sich verschlechtert haben.

4.4.4 Einnahme von Medikamenten, illegalen Drogen und Nikotin

Medikamenteneinnahme in den vergangenen 10 Jahren über einen Zeitraum von über 4 Wochen:

40 Patienten (43% von 93) nahmen keinerlei Medikamente regelmäßig ein. Acht Personen (8,6%) nahmen Benzodiazepine ein. Elf Patienten (11,8%) nahmen Schmerzmittel und 12 Patienten (12,9%) Psychopharmaka ein. Amphetamine oder andere Aufputschmittel wurden von einem Patienten (1,1%) eingenommen. 43 Personen (46,2%) nahmen andere als die bereits erwähnten Medikamente ein (z.B. Antihypertensiva).

Die Medikamente wurden im Verlauf der zehn Jahre über durchschnittlich 33,1 Monate eingenommen (Median: 4,5 Monate, Standardabweichung: 46,6 Monate).

Im letzten Jahr vor der Befragung hatten insgesamt weniger Patienten Medikamente eingenommen. Sechs Patienten (6,5% von 93) nahmen Psychopharmaka ein, 40 Personen (43%) andere Medikamente.

Bei sieben Patienten (7,5% von 93) kamen in den letzten zehn Jahren neue Substanzen mit Suchtpotential hinzu.

Illegale Drogen wurden von sechs Personen (6,5% von 93) in den letzten zehn Jahren mehr als fünfmal konsumiert. Fünf Personen (5,4% von 93) nahmen dabei Haschisch zu sich und eine Person (1,1%) synthetische Drogen.

59 Personen (63,4%) gaben an zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung regelmäßig Zigaretten zu rauchen. 22,6% der Befragten (21 Personen) gaben an zwischen sechs und 20 Zigaretten täglich zu rauchen, 39,8% (37 Personen) mehr als 20 Zigaretten. Eine Person (1,1%) gab an weniger als sechs Zigaretten täglich zu rauchen.

Es trat bei je einem Patienten (1,1%) ein neuer Medikamenten- bzw. Drogenmissbrauch oder eine Nikotinabhängigkeit in den vergangenen zehn Jahren auf.

4.4.5 Forensische Aspekte

Sieben Patienten (7,5% der Interviewten) hatten in den vergangenen zehn Jahren mindestens ein Verkehrsdelikt ohne Alkoholeinfluss begangen. Verkehrsdelikte unter Alkoholeinfluss kamen bei neun Patienten (9,7%) vor. Dabei lag der Durchschnitts- und der Medianwert des Promillegehalts beim ersten Verkehrsdelikt bei 2,3 Promille (nach Angabe des Patienten).

77 Personen (82,8% der Befragten) begingen keine Verkehrsdelikte.

Zehn Patienten (10,8% von 93) wurde in den letzten zehn Jahren der Führerschein entzogen. Zwei Personen (2,2%) zweimal.

Sieben Personen (7,5%) hatten nie einen Führerschein.

16 Patienten (17,2%) unterzogen sich einer Begutachtung zur Verkehrseignung. Bei drei Patienten (3,2% der Befragten) wurde hierbei der Führerscheinentzug nicht aufgehoben.

Es gab drei Patienten, die in den vergangenen zehn Jahren andere Delikte begingen. Hierzu zählen je ein schweres Gewaltverbrechen (Raub), eine einfache Körperverletzung und ein Eigentumsdelikt (Fälschung).

Zusammenfassung:

Von der Gesamtstichprobe von 215 angeschriebenen Patienten konnten von 43,3% ausführliche Informationen erhalten werden. Von den 215 Patienten hatten 58,6% in den zehn Jahren einen Rückfall und 23,3% waren dauerhaft

abstinent geblieben. 13% (von 215) waren mit einem Durchschnittsalter von 48 Jahren verstorben. Zumeist an einer Alkoholfolgeerkrankung (57,1%).

Die meisten interviewten Patienten waren zum Katamnesezeitpunkt verheiratet, lebten mit ihrem Ehepartner zusammen, waren voll erwerbstätig und gut sozial integriert.

43% waren in den zehn Jahren seit der Therapie dauerhaft abstinent und 63,4% im zehnten Jahr nach der Therapie.

Knapp die Hälfte der Rückfälligen hatte über fünf Jahre Trinkzeit. 22,6% der Befragten durchliefen mindestens eine weitere Entwöhnungstherapie.

Insgesamt konnte über die zehn Jahre eine deutliche Besserung des Gesundheitszustandes im Hinblick auf Alkoholfolgeerkrankungen festgestellt werden.

Anhand des BDI lag bei 13,2% der Befragten eine leichte oder mäßige depressive Symptomatik vor.

63,4% der Interviewten sind Raucher.

4.5 Verlauf der Frauen

Von den 53 Frauen, die 1993/94 die Entwöhnungstherapie in Tübingen gemacht haben, konnten 27 (50,9% der 53 Frauen) bei der Katamnese befragt werden. 13 Frauen (24,5%) lehnten ab, acht (15,1%) konnten nicht aufgefunden werden und fünf (9,4%) waren in den letzten zehn Jahren verstorben.

4.5.1 Therapieabschluss und soziodemographische Daten

Über die Beendigung des ambulanten Jahres konnten von 51 Frauen Informationen erhalten werden. 35 Frauen (68,6% von 51) beendeten das ambulante Jahr regulär, 15 Frauen (29,4%) brachen es vorzeitig ab und eine Frau (2%) wurde aus disziplinarischen Gründen ausgeschlossen.

Die Partnerschaftssituation, der Familienstand und der Hausstand sowie die Erwerbstätigkeit zum Katamnesezeitpunkt wurde intrapersonell mit den Angaben zum Zeitpunkt der stationären Therapie verglichen und so der Verlauf

4. Ergebnisse

dieser Merkmale erfasst. Die folgenden Prozentangaben beziehen sich auf die 27 befragten Frauen. 21 Frauen wurden hierbei persönlich befragt, vier telefonisch und zwei schriftlich.

14 Frauen (51,9%) lebten damals und leben heute in einer festen Partnerschaft. Bei fünf Frauen (18,5%), die damals und heute keine Partnerschaften hatten bzw. haben ergab sich auch keine Veränderung.

Tabelle 18: Veränderungen in der Partnerschaftssituation der Frauen.

Feste Partnerschaft 1993/94	2004: keine feste Partnerschaft mehr	2 Frauen (7,4%)
Keine feste Partnerschaft 1993/94	2004: feste Partnerschaft liegt vor	6 Frauen (22,2%)

Insgesamt leben also 20 Frauen (74,1%) in einer festen Partnerschaftsbeziehung. Dies sind vier mehr als 1993/94.

16 Frauen (59,3%) leben mit ihrem Partner auch in einer gemeinsamen Wohnung. Diesbezüglich ergab sich keine Veränderung zu 1993/94.

Bei der Entwicklung der Erwerbstätigkeit gab es bei folgenden Kategorien Häufungen:

Nach wie vor voll erwerbstätig sind sieben Frauen (25,9% der 27 befragten Frauen). Einen Wechsel von arbeitslos zu voll erwerbstätig vollzogen zwei Frauen (7,4%); ebenso einen Wechsel von Hausfrau zu voll erwerbstätig.

Von der Kategorie Hausfrau zu teilweise erwerbstätig wechselten auch zwei Frauen (7,4%).

Damals arbeitslos und heute Hausfrau sind drei Frauen (11,1%).

Damals voll erwerbstätig und heute in Rente sind ebenso drei Frauen (11,1%).

Die verbleibenden acht Frauen (jeweils 3,7%) haben jeweils einen anderen Wechsel gemacht:

Von teilweise erwerbstätig zu voll erwerbstätig, von voll zu teilweise erwerbstätig, von voll erwerbstätig zu arbeitslos, von teilweise erwerbstätig zur Rentnerin, von teilweise erwerbstätig zur Hausfrau und von Hausfrau zu arbeitslos. Eine dieser acht Frauen ist nach wie vor teilweise erwerbstätig und eine nach wie vor Rentnerin.

12 Frauen (44,4%) waren somit zum Katamnesezeitpunkt voll erwerbstätig, vier Frauen teilweise erwerbstätig.

Zehn Frauen (37%) haben in den zehn Jahren ihre Arbeit behalten.

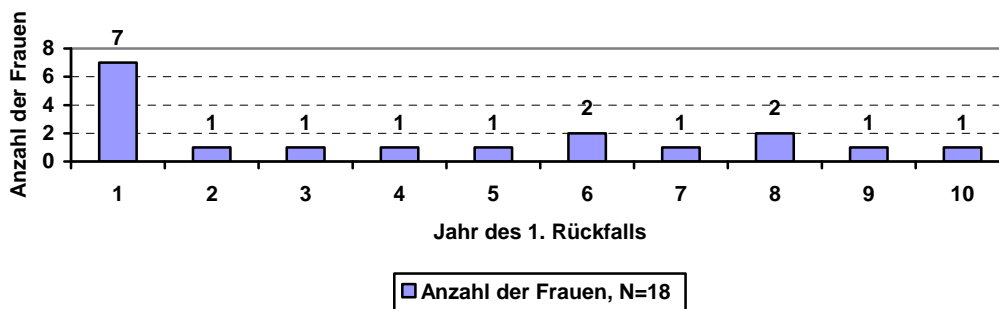
Sechs Frauen (22,2%) haben in den zehn Jahren eine bezahlte Arbeitsstelle bekommen. Ebenfalls sechs Frauen (22,2%) haben ihre Arbeitsstelle verloren. Vier davon gingen in Rente.

4.5.2 Alkoholbezogene Daten

Rückfälligkeit

Von den 27 befragten Frauen waren ein Drittel (neun Frauen) seit der Therapie dauerhaft abstinent und zwei Drittel (18 Frauen) rückfällig.

Abbildung 17: Jahr des ersten Rückfalls der Frauen, N=18.



Weitere Entwöhnungstherapien

Von den 27 befragten Frauen haben sechs Frauen in den letzten zehn Jahren eine weitere stationäre Entwöhnungstherapie durchlaufen. Der Verlauf dieser sechs Frauen soll im Folgenden näher betrachtet werden.

4. Ergebnisse

Tabelle 19: Verlauf der Frauen, die nochmals eine Entwöhnungstherapie durchlaufen haben; N=6; EG = Entgiftung, EW = Entwöhnung.

Frauen, fortlaufende Nummerierung	Stationäre Entwöhnung /Entgiftung vor Therapie	Anzahl der Rückfälle seit Therapie	Trinkmonate seit Therapie	Anzahl stationärer Entgiftungen seit Therapie	Anzahl stationärer Entwöhnungen seit Therapie	Anzahl der Rückfälle im letzten Jahr vor Katamnese	Anzahl der Trinkwochen im letzten Jahr vor Katamnese
1	1 EG, 1993	1	6	0	1	0	0
2	1 EG, 1993	1	1	1	1	0	0
3	1 EG, 1994	5	1	3	1	0	0
4	0	3	34	0	1	2	43
5	0	2	84	4	1	1	49
6	1 EW 1989 3 EG, die letzte 1994	60	86	1	1	3	26

Es wird deutlich, dass nach der nochmaligen stationären Entwöhnungstherapie drei dieser Frauen zum Katamnesezeitpunkt und im Jahr davor abstinent waren. Die anderen drei Frauen wurden wiederum rückfällig. Alle Frauen hatten seit der Therapie 1993/94 längere Phasen der Abstinenz (mindestens drei Jahre).

Verlauf der schwer rückfälligen Frauen

Neun Frauen hatten im letzten Jahr vor Katamnese mindestens sieben Trinktage. Im Folgenden sollen die Verläufe dieser Frauen näher beschrieben werden (siehe Tab. 31 im Anhang):

Sechs Frauen waren schwer rückfällig und hatten mindestens 60 Trinkmonate seit der Therapie 1993/94. Diese sechs Frauen hatten auch mindestens drei Monate Trinkzeit im Jahr vor der Katamneseerhebung.

Zwei Frauen hatten keine abstinente Zeit im letzten Jahr.

Für sechs Frauen war die Entwöhnungstherapie 1993/94 die erste stationäre Entwöhnungstherapie in ihrem Krankheitsverlauf.

Drei Frauen haben seit 1993/94 eine weitere Entgiftung oder Entwöhnungstherapie durchlaufen.

Zwei der neun Frauen haben seit der Therapie an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen. Die Frau mit der Ziffer „1“ war einen Monat lang bei einer Selbsthilfegruppe. Die Frau mit der Ziffer „3“ war drei Monate lang bei einer Selbsthilfegruppe (bzgl. Tab. 31 im Anhang).

Verlauf der Frauen, die im letzten Jahr vor der Katamnese weniger als sieben Trinktage hatten (siehe Tab. 30 im Anhang)

18 Frauen hatten im Jahr vor der Katamneseerhebung weniger als sieben Trinktage und in den gesamten zehn Jahren eine maximale Trinkzeit von sechs Monaten. 16 Frauen hatten hierbei maximal einen Trinkmonat.

Neun Frauen waren seit der stationären Entwöhnungstherapie 1993/94 dauerhaft abstinent.

Sechs der dauerhaft abstinenten Frauen hatten vor der Therapie keine stationäre Vorbehandlung erhalten.

Die neun dauerhaft abstinenten Frauen nahmen auch an keinen Selbsthilfegruppen teil. Wohingegen sechs rückfällige Frauen dieses Angebot in Anspruch nahmen.

Nur drei dieser 18 Frauen durchliefen in den letzten zehn Jahren nochmals eine stationäre Entwöhnungstherapie.

4.5.3 Prognosefaktoren der Frauen

Für die anschließende Betrachtung von Prognosefaktoren werden die 27 befragten Frauen in zwei Gruppen eingeteilt werden. Eine Gruppe entspricht den neun rückfälligen Frauen, die im Jahr vor der Katamneseerhebung mindestens sieben Trinktage hatten, und die andere Gruppe besteht aus den 18 Frauen, die einen guten Langzeitverlauf zeigten und im letzten Jahr weniger als sieben Trinktage hatten.

Die Gruppe der 18 Frauen mit dem gebesserten Trinkverhalten soll zur Vereinfachung des Schreibens im Folgenden als Abstinente bezeichnet werden.

Es konnte ein signifikantes Merkmal gefunden werden: 94,1% der Abstinenten (16 von 17) hatten zum Zeitpunkt der stationären Entwöhnung eine mäßige, gute oder sehr gute Abstinenzprognose, wohingegen nur 37,5% der Rückfälligen (3 von 8) eine solche Prognose hatten ($p=0.002$).

Die Teilnahme der Angehörigen an den Angehörigenseminaren war in den beiden Gruppen auch deutlich unterschiedlich ($p=0.0032$). Bei 94,4% der abstinenten Frauen nahmen die Angehörigen an den Seminaren teil während dies bei nur 44,4% der rückfälligen Frauen der Fall war.

Die Abstinenten ($N=17$) hatten bezüglich der maximalen täglichen Alkoholmenge im Jahr vor der Therapie 1993/94 einen Wert von 200g Alkohol während die Rückfälligen ($N=9$) einen Medianwert von 300g Alkohol hatten ($p=0.0042$).

Alle abstinenten Frauen (17 von 17) haben die ambulante Therapiephase regulär beendet während dies nur zwei Drittel der rückfälligen Frauen taten ($p=0.0114$).

Nur 22,2% der Abstinenten gaben zum Therapiezeitpunkt an „generell keine Partnerschaften“ zu haben, wohingegen 55,6% der rückfälligen Frauen diese Angabe machten ($p=0,08$). Das Odds Ratio betrachtend, kann man sagen, dass die Frauen, die früher Partnerschaften hatten, eine 4,4 mal so hohe Chance auf ein abstinentes zehntes Jahr hatten als diejenigen Frauen, die früher keine Partnerschaften führten.

Die anderen in der Tabelle des Anhangs aufgeführten Merkmale hatten nicht signifikante p-Werte zwischen 0.107 und 1.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße war die statistische Auswertung bei vielen Merkmalen nicht möglich. Zum Teil wurden deshalb die verschiedenen Kategorien eines Merkmals zu zwei Kategorien zusammengefasst.

Die Tabelle der Signifikanzüberprüfung unter Einbeziehung des Bonferroni-Holm-Verfahrens ist im Anhang einzusehen (Tab. 26).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine positive Abstinenzprognose des Therapeuten, die Teilnahme der Angehörigen an den Seminaren, die reguläre Beendigung des ambulanten Jahres, weniger

Alkoholkonsum und eine Partnerschaft positiv mit dem Abstinenzverhalten im Langzeitverlauf korrelieren.

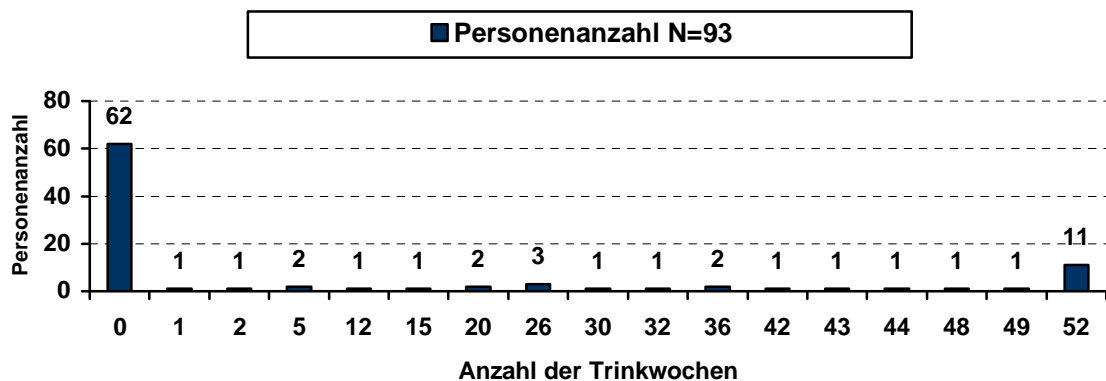
4.6 Vergleich verschiedener Untergruppen

4.6.1 Vergleich der zuletzt abstinenten Patienten mit den nicht abstinenten Patienten

Insgesamt hatten 59 Personen (63,4% der 93 Befragten) im letzten Jahr überhaupt keinen Alkohol getrunken. 3 Personen hatten nur sporadisch und zum Teil unabsichtlich Alkohol konsumiert und kamen zusammengerechnet auf weniger als sieben Trinktage. Die Abstinenz- bzw. Rückfälligkeitsdefinition soll im Folgenden so lauten, dass die Personen, die im letzten Jahr vor der Katamneseerhebung weniger als sieben Trinktage hatten, als abstinent bezeichnet werden und die, die mehr als sieben Trinktage hatten, als rückfällig bezeichnet werden.

Von den 93 Befragten waren somit zwei Drittel im letzten Jahr abstinent und ein Drittel rückfällig.

Abbildung 18: Verteilung der Trinkwochen im letzten Jahr vor Katamnese; N=93.



Prognosefaktoren für den Langzeitverlauf: Merkmalsvergleich zum Zeitpunkt der stationären Therapie

Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen guter Prognoseeinschätzung des Arztes und Abstinenz. 86,8% der heute Abstinenten

(46 von 53) hatte damals eine mäßige, gute oder sehr gute Prognose hinsichtlich der längerfristigen Abstinenz, wohingegen die heute Rückfälligen nur zu 51,9% (14 von 27) in diese Kategorie gehörten ($p=0.00064$).

Die Prognoseeinschätzung des Teams bezüglich längerfristiger Abstinenz erwies sich dagegen als nicht aussagekräftig ($p=0.0746$). 51,6% der Abstinenten erhielten eine geringe/mäßige Abstinenzprognose – dagegen 71% der Rückfälligen. Das Risiko von Patienten mit geringer oder mäßiger Abstinenzprognose im zehnten Jahr rückfällig zu werden ist 2,3 mal so hoch wie für Patienten mit guter Prognose.

Patienten, die das ambulante Jahr regulär beendeten, hatten einen deutlich besseren Verlauf. 93,4% der Abstinenten (57 von 61) beendeten das Jahr regulär, nur 76,7% der Rückfälligen (23 von 30) taten dies ($p=0.0210$). Dagegen wurden 23,3% der Rückfälligen während des ambulanten Jahres aus disziplinarischen Gründen ausgeschlossen oder brachen das Jahr vorzeitig ab. Dies trifft lediglich bei 6,6% der heute Abstinenten zu.

Die Chance auf ein abstinentes zehntes Jahr nach der Therapie (nach Einschätzung des Therapeuten) war für die gut oder sehr gut motivierten Patienten 2,2 mal so hoch wie für die schlechter motivierten ($p=0.0922$).

Patienten, bei denen Angehörige an den Angehörigenseminaren teilnehmen haben einen besseren Langzeitverlauf. Bei den heute Abstinenten nahmen die Angehörigen zu 86,7% an den Seminaren teil während dies bei nur 69% der Rückfälligen der Fall war ($p=0.018$).

Nach Einteilung des CGI waren die heute Rückfälligen damals schwerer suchtkrank als die Abstinenten. 51,7% der Rückfälligen und nur 28,4% der Abstinenten waren schwer bzw. extrem schwer suchtkrank ($p=0.031$).

Das arithmetische Mittel der GAF-Werte lag bei den Rückfälligen ($N=29$) bei nur 56,8 Punkten und bei den Abstinenten ($N=57$) bei 63,5 Punkten ($p=0.0042$).

Die heute Rückfälligen hatten in der Zeit vor der stationären Therapie schon mehr stationäre Entgiftungen durchlaufen – 32,3% der Rückfälligen vs. 9,7% der Abstinenten ($p=0.0154$).

Zum Therapiezeitpunkt fiel der größte Teil der heute Abstinenten (49,1%; 28 von 57) bzgl. des „Leitsymptoms der Abhängigkeit“ in die Kategorie des

4. Ergebnisse

Kontrollverlusts. Der größte Teil der Rückfälligen (41,1%; 12 von 29) in die Kategorie des Spiegeltrinkens ($p=0.159$).

Keine prognostische Aussagekraft haben folgende Merkmale:

Tabelle 20: Vergleich der Krankheitsmerkmale, Abstinente vs. Rückfällige.

Merkmal	Abstinente	Rückfällige	p
BDI-Summenwert (Punkte)	11,5 (N=60)	8,5 (N=30)	0.111
Abhängigkeitsdauer vor stationärer Aufnahme (Jahre, Median)	6 (N=62)	10 (N=31)	0.117
Abhängigkeitsbeginn, (Lebensalter, Median)	33 (N=62)	30 (N=31)	0.162
GABS (Punkte)	40,5 (N=58)	48 (N=29)	0.442
Abstinenzwochen im letzten Jahr vor Aufnahme (Median)	5 (N=62)	5 (N=31)	0.564
Beginn des Alkoholmissbrauchs (Alter, Median)	25 (N=62)	26 (N=31)	0.601
tägl. Alkoholmenge im letzten Jahr (g)	140 (N=61)	122 (N=30)	0.965

- der MALT-Summenwert
- die Diagnosenklassifikation der Abhängigkeit
- das Geschlecht und das Lebensalter bei Therapiebeginn
- das Vorkommen von Delirien, amnestischen Episoden und Abstinenzperioden
- vorliegender Medikamentenabusus
- Krankheitseinsicht: 60,7% der Abstinenten gut bzw. sehr gut, nur 46,4% der Rückfälligen gut bzw. sehr gut.
- Partnerschaftssituation, eigene Kinder und Hausstand
- vorliegende Diagnose einer Lebererkrankung, anderer Alkoholfolgeerkrankungen und Komorbidität
- Toleranzveränderung
- familiäre Belastung bei Verwandten ersten Grades
- Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit

Abbildungen im Anhang erläutern die Merkmalsverteilungen (Abb. 20 bis Abb. 30).

Die p-Wert-Tabelle der Überprüfung auf Prognosefaktoren (Tab. 27) ist im Anhang einzusehen. Aufgrund der geringen Stichprobengröße war die statistische Auswertung bei manchen Merkmalen nicht möglich. Zum Teil wurden deshalb die verschiedenen Kategorien eines Merkmals zu zwei Kategorien zusammengefasst.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die positive Abstinenzprognose des Arztes, die reguläre Beendigung der ambulanten Therapiephase, die Teilnahme Angehöriger an den entsprechenden Seminaren, ein höherer GAF-Punktwert, ein leichter Grad der Suchterkrankung (CGI) und weniger stationäre Entgiftungen vor dem Therapiebeginn positiv auf das Trinkverhalten im Langzeitverlauf auswirken. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass „Spiegeltrinker“ einen schlechteren Krankheitsverlauf haben könnten.

Gruppenvergleich zum Katamnesezeitpunkt 2004

Unterschiede der Merkmalsausprägungen zwischen den 62 abstinenten und den 31 rückfälligen Patienten zum Katamnesezeitpunkt werden im Folgenden dargestellt. Hierbei gilt die Gruppeneinteilung und die Abstinenz- bzw. Rückfälligkeitsdefinition vom Anfang dieses Kapitels.

91,9% der Abstinenten hatten zum Katamnesezeitpunkt eine gute oder sehr gute Krankheitseinsicht, während diese nur 36,7% der Rückfälligen (elf von 30) hatten ($p=0.00000002$). Hierbei wurde die Krankheitseinsicht in zwei Kategorien eingeteilt: sehr gut oder gut vs. mäßig, gering oder keine.

Die im letzten Jahr Abstinenten hatten nur zu 4,8% amnestische Episoden, die Rückfälligen zu 32,3% ($p=0.000325$).

Nur 9,7% der Abstinenten hatten während der letzten zehn Jahre Hilfe im Suchthilfesystem in Anspruch genommen, während dies 38,7% der Rückfälligen taten ($p=0.000834$).

Nur 38,7% der Rückfälligen erlebten ihren Partner als unterstützend, während 74,2% der Abstinenten Unterstützung bei ihrem Partner fanden ($p=0.00087$).

4. Ergebnisse

Tabelle 21: Merkmalsvergleich der Abstinente und Rückfälligen 2004.

Merkmal	Abstinente, N=62	Rückfällige, N=31	p-Wert
Alkoholfolgeerkrankungen	11,3%	32,3%	0.0137
Alkoholbedingte Verkehrsdelikte	4,8%	19,4%	0.0256
Arbeit unter dem Ausbildungsniveau	19,4%	41,9%	0.0206
Arbeitslos	6,5%	19,4%	0.0583
erwerbstätig	67,7%	48,4%	0.0709
Feste Partnerschaft	80,7%	64,5	0.0892
Keine Partnerschaften	11,3%	29%	0.0326
Alleine wohnen	22,6%	41,9%	0.0526
Niedrigerer BDI-Wert als 1993/94	71,7% (N=60)	53,6% (N=28)	0.0953

Die heute Abstinente sind deutlich zufriedener mit ihrem körperlichen Zustand. Dabei beurteilten 77,4% der Abstinente und 59,9% der Rückfälligen (18 von 30) die Zufriedenheit mit sehr zufrieden oder zufrieden ($p=0.0193$).

Die Rückfälligen hatten ein 3,5 mal so hohes Risiko arbeitslos zu sein wie die Abstinente. Dagegen hatten die Abstinente eine 2,2 mal so hohe Chance erwerbstätig zu sein wie die Rückfälligen.

Ebenso hatten die Abstinente eine 2,3 mal so hohe Chance eine feste Partnerschaft zu haben.

Die Chance auf einen gebesserten BDI-Wert war unter den heute abstinente Patienten 2,2 mal so groß wie unter den Rückfälligen.

Als nicht signifikant wurden folgende Merkmale geprüft:

- Geschlecht
- Soziale Integration und deren Verlauf
- Rauchverhalten
- Diagnose einer Lebererkrankung und sonstige Erkrankungen sowie BDI-Summenwert

Abbildungen im Anhang erläutern die Merkmalsverteilungen (Abb. 31 bis Abb. 35).

Die p-Wert-Tabelle der statistischen Auswertung (Tab. 28) ist im Anhang einzusehen. Aufgrund der geringen Stichprobengröße war die statistische Auswertung bei manchen Merkmalen nicht möglich. Zum Teil wurden deshalb mehrere Kategorien eines Merkmals in zwei Kategorien aufgeteilt.

Zusammenfassend zeigt sich, dass es signifikante Unterschiede in den beiden Personengruppen bezüglich der durch die Interviewer beurteilten Krankheitseinsicht, dem Vorkommen von amnestischen Episoden in den vergangenen zehn Jahren, der Inanspruchnahme von Hilfe im Suchthilfesystem und bezüglich der Einstellung des Partners gegenüber dem Trink/Abstinenzverhalten gibt.

4.6.2 Vergleich der Rückfälligen und der dauerhaft abstinenten Patienten

Von insgesamt 176 Personen (81,9% der Gesamtstichprobe) konnte die Information gewonnen werden, ob sie seit der stationären Therapie 1993/94 rückfällig waren oder nicht. Diese Gruppe teilt sich auf in 50 dauerhaft abstinente Patienten (28,4% dieser Untergruppe), die seit der Therapie nie wieder Alkohol konsumiert hatten und 126 Patienten (71,6%), die in den letzten zehn Jahren mindestens einmal Alkohol getrunken haben. Im Folgenden soll nun auf einzelne Merkmale (zum Therapiezeitpunkt 1993/94) eingegangen werden, die innerhalb dieser Gruppen hinsichtlich prognostischer Aussagemöglichkeiten untersucht wurden. Die komplette Übersicht aller auf Signifikanz überprüften Merkmale unter Einbeziehung des Bonferroni-Holm-Verfahrens ist im Anhang einzusehen (Tab. 29).

Es konnten fünf Merkmale gefunden werden, die einzeln betrachtet, eine prognostische Aussage erlauben. Allerdings war kein p-Wert nach der Adjustierung unterhalb der entsprechenden Bonferroni-Holm-Schranke.

Die Abstinenzprognose des Arztes unterschied sich auch bei diesen Personengruppen deutlich ($p=0.02$). Nur 16,3% der Abstinenten (7 von 43) (vs. 35,6% der Rückfälligen (37 von 104)) hatten damals keine oder eine geringe Abstinenzprognose.

87,8% der Abstinenter (43 von 49) und 63,6% der Rückfälligen (77 von 121) beendeten das ambulante Jahr regelrecht ($p=0.0018$).

Eine familiäre Vorbelastung mit Alkoholismus war bei den Abstinentern deutlich häufiger. Bei 60 % der Abstinenter und bei 46% der Rückfälligen gab es eine positive Familienanamnese ($p=0.0069$).

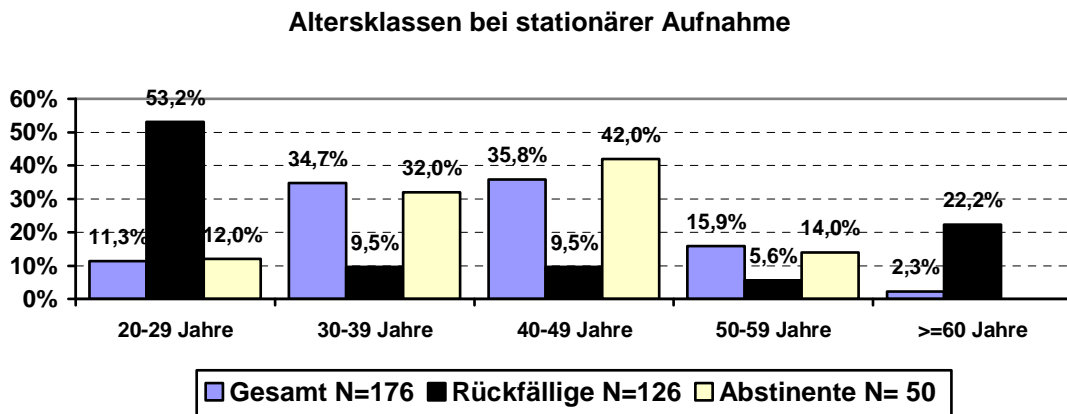
38% der Abstinenter und 59,5% der Rückfälligen hatten vor der Therapie mindestens eine stationäre Entgiftung durchlaufen ($p=0.0095$). Hierbei hatten 26,2% der Rückfälligen (vs. 8% der Abstinenter) schon mehrere Entgiftungen erhalten.

Auf der GAF-Skala zeigten die dauerhaft abstinenten Patienten eine geringere psychische Beeinträchtigung. Der Medianwert lag bei den abstinenten Personen ($N=47$) bei 64 Punkten und bei den Rückfälligen ($N=117$) bei 60 Punkten ($p=0.0265$).

10,2% der Abstinenter (5 von 49) und 3,2% der Rückfälligen (4 von 125) betrieben Medikamentenmissbrauch ($p=0.06$). Die Chance abstinent zu sein lag bei den Patienten, die Medikamentenmissbrauch betrieben, 3,3 mal so hoch wie bei den Patienten ohne Medikamentenmissbrauch.

Wenn man die Altersklassen bei stationärer Aufnahme betrachtet, fällt auf, dass 53,2% der Rückfälligen zwischen 20 und 29 Jahren waren – was im Vergleich zu den Abstinentern (12,0%) sehr viel ist. Der Hauptteil der Abstinenter war bei Aufnahme zwischen 40 und 49 Jahre alt. Bei der statistischen Überprüfung des Alters als stetigem Merkmal ergab sich ein p-Wert von 0.926.

Abbildung 19: Gruppenvergleich, Rückfällige/Abstinente, Altersklassen bei stationärer Aufnahme, N=176.



Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich bei folgenden Merkmalen:

- Partnersituation
- Teilnahme an der Angehörigengruppe (Teilnahme bei 85,4% der Abstinenten und bei 70,7% der Rückfälligen)
- Komorbidität und Depressivität anhand des BDI
- Abstinenzperioden vor der stationären Aufnahme
- Leitsymptom der Abhängigkeit (46,8% der Abstinenten: Kontrollverlust; 42,5% der Rückfälligen: Spiegeltrinken)
- Nikotinabhängigkeit (64,8% der Rückfälligen, 58% der Abstinenten)

Abbildungen im Anhang (Abb. 36 bis 40) erläutern die Gruppenverteilungen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine positive Abstinenzprognose des Arztes, die regelrechte Beendigung der ambulanten Therapiephase, eine geringere psychische Beeinträchtigung (GAF), keine stationären Entgiftungen in der Anamnese und eine familiäre Belastung mit Alkoholismus positiv mit dauerhafter Abstinenz korrelieren.

4.7 Zusammenfassung der Ergebnisse

Von der Gesamtstichprobe von 215 Patienten, konnten nach zehn Jahren 43% interviewt werden. 13% waren verstorben, 20% lehnten eine Teilnahme ab und 24% konnten nicht aufgefunden werden.

23% der Gesamtstichprobe waren dauerhaft abstinent, bei 59% ist ein Rückfall bekannt und bei 18% konnten diesbezüglich keine Informationen gewonnen werden.

Von den 53 Frauen konnten 51% interviewt werden, 9% waren verstorben, 25% lehnten ab und 15% konnten nicht aufgefunden werden.

79% der Verstorbenen waren rückfällig und 57% der Verstorbenen verstarben an einer Alkoholfolgeerkrankung. Das Sterbealter lag im Durchschnitt bei 48 Jahren.

Zum Therapiezeitpunkt ergaben sich zwischen den Männern und den Frauen signifikante Unterschiede in den Merkmalsausprägungen. Männer waren häufiger erwerbstätig. Frauen begannen später mit regelmäßigem Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch und sie konsumierten täglich weniger Alkohol als Männer.

Von den 93 Befragten waren 43% in den zehn Jahren seit der Therapie dauerhaft abstinent und 63,4% waren im zehnten Jahr nach der Therapie dauerhaft abstinent. 57% hatten in den zehn Jahren einen Rückfall, 45% von ihnen im ersten Jahr nach der stationären Therapie.

Ein Drittel der befragten Frauen war im Verlauf der zehn Jahre dauerhaft abstinent und zwei Drittel waren im zehnten Jahr nach der Therapie dauerhaft abstinent.

4. Ergebnisse

Als signifikanter positiver Prognosefaktor für das Trinkverhalten im zehnten Jahr nach der Therapie zeigte sich die Prognoseeinschätzung des Arztes hinsichtlich längerfristiger Abstinenz - sowohl in der gesamten befragten Gruppe als auch bei den befragten Frauen.

Tabelle 22: Zusammenstellung der Prognosefaktoren der Frauengruppe und der gesamten befragten Gruppe ($p \leq 0.021$).

Merkmal	p-Wert (Frauengruppe, N=27)	p-Wert (befragte Gruppe, N=93)
Abstinenzprognose des Arztes	0.002	0.00064
Teilnahme der Angehörigen	0.0032	0.018
Ende des ambulanten Jahres	0.0114	0.021

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den im Jahr vor Katamneserhebung abstinenten Patienten und den Rückfälligen bezüglich der durch die Interviewer beurteilten Krankheitseinsicht zum Katamnesezeitpunkt 2004, dem Vorkommen von amnestischen Episoden in den vergangenen zehn Jahren, der Inanspruchnahme von Hilfe im Suchthilfesystem seit Therapieabschluss und bezüglich der Einstellung des Partners gegenüber dem Trink/Abstinenzverhalten zum Katamnesezeitpunkt.

5. Diskussion

5.1 Diskussion der Methodik

Die Katamnese in Form eines Patienteninterviews ist mit verschiedenen Schwierigkeiten verbunden: Die Daten basieren auf der Erinnerungsfähigkeit des Patienten, wodurch subjektiv als wichtig eingeschätzte Erlebnisse in den Vordergrund treten können und andere für den Krankheitsverlauf relevante Ereignisse dadurch hingegen nicht erfasst werden. Ausführliche Schilderungen der Patienten müssen an die Form des Fragebogens angepasst werden und können dadurch einer inhaltlichen Entfremdung erliegen. Mit zunehmender Dauer des Katamneseinterviews können auch Konzentrationsschwierigkeiten auftreten, die dem Interviewer und dem Patienten das präzise Stellen und Beantworten der Fragen erschweren. Ein genaues Abwägen der Gesprächsdauer ist hier vonnöten, um richtige und ausreichende Aussagen erfassen zu können.

Der lange Katamnesezeitraum von etwa zehn Jahren bietet die Möglichkeit nicht nur die kurzfristigen Therapieerfolge zu beurteilen, sondern den längerfristigen Verlauf der Patienten zu beschreiben und Untergruppen zu vergleichen. Günstig wären jedoch weitere Befragungen während dieser zehn Jahre gewesen. Diese hätten insbesondere dem Problem, dass genauere Angaben über einen so langen Zeitraum zum Teil schwer erinnerlich sind, Abhilfe geschaffen. Zeitliche und inhaltliche Zusammenhänge, beispielsweise zwischen sozialen Veränderungen und Rückfälligkeit, wären besser zu erkennen gewesen und Verläufe durch Zeitreihenanalysen besser beurteilbar gewesen. Andererseits können häufige Befragungen ihrerseits als Interventionen betrachtet werden und den Verlauf der Erkrankung beeinflussen und so zu einer Verfälschung der Ergebnisse führen (Allen 2003).

In die Studie aufgenommen wurden alle 215 Patienten, die in den Jahren 1993 und 1994 die Alkoholentwöhnungsbehandlung auf der Station B6 in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen gemacht haben. Die Ausgangsstichprobe ist somit größer als bei einem Großteil der

Studien, die einen ähnlichen Katamnesezeitraum umfassen und etwa vergleichbar mit derjenigen von Cross et al. (1990), die 200 Patienten verfolgten. Der Frauenanteil ist in den 10-Jahres-Katamnesen sehr unterschiedlich. Er liegt in der vorliegenden Stichprobe bei 25% und damit im mittleren Bereich (Längle 1990, Shaw et al. 1997, Cross et al. 1990, Wutzke et al. 2002). Auch das Durchschnittsalter von 40 Jahren bei Therapiebeginn entspricht dem mehrerer Studien (Liskow et al. 2000, Powell et al. 1998, Shaw et al. 1997, Wutzke et al. 2002). Die Arbeitslosenquote mit 26% entspricht etwa der bei Längle (1990). Die durchschnittliche Dauer der Abhängigkeit entspricht mit 8,8 Jahren derjenigen von Shaw et al. (1997) und Smith et al. (1983), deren Patienten seit durchschnittlich 9 Jahren Problemtrinker waren.

Eine gewisse Selektion der Patienten ergibt sich aus den Aufnahmekriterien der Entwöhnungsstation (feste Partnerschaft oder Arbeitsplatz, Wohnsitz in einer Entfernung von max. 50 km, Gruppenfähigkeit u. a.; vgl. Kapitel 3.1). Verglichen mit anderen Studien – etwa derjenigen von Liskow et al. (2000) oder Nordström/Berglund (1987), die nur Veteranen bzw. nur ausgewählt gut sozial integrierte Patienten untersuchten – ist sie jedoch eher gering.

Basis der Untersuchung sind die Daten der Studie „Langzeitverlauf und Rückfallprophylaxe bei alkoholabhängigen Frauen und Männern“, gefördert durch die Deutsche Forschungsgesellschaft von 1991-1996 unter der Projektleitung von Prof. Dr. Karl Mann. Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe eines standardisierten Interviews, dessen Validität und Reliabilität geprüft wurde (Jung 2001, Mann et al. 1995) und mit sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Forschung bewährten Instrumenten (vgl. Kapitel 2.2.1).

Den Katamnesedaten liegen zum großen Teil ausschließlich die Aussagen der befragten Patienten zugrunde. Der Verzicht auf die Befragung von Ersatzinformanten oder eine Kontrolle durch biologische Marker wie Laboruntersuchungen scheint jedoch vertretbar, da sich in mehreren Studien die Aussagen der Patienten im Rahmen katamnestischer Untersuchungen als valide erwiesen haben. So fanden Mundle et al. (1995 und 1999) ein hohes Maß an Übereinstimmung zwischen Laborparametern und den

konsumbezogenen Aussagen der Patienten. Bei Babor et al. (2000) waren die Selbstaussagen von 1726 freiwilligen Patienten sogar deutlich sensitiver als die Laboruntersuchungen. Selbst- und Fremdaussagen stimmten zu 97% überein, die Selbstaussagen waren am vollständigsten. Falsche Angaben der Patienten ergaben sich meist aus Gedächtnisverlusten, wobei die Patienten eher über zu große Trinkmengen berichteten. Veltrup et al. (1995) kamen zu dem Ergebnis, dass im Rahmen katamnestischer Untersuchungen bei guter Compliance auch postalische Befragungen möglich seien. In der vorliegenden Studie wurde dennoch versucht, möglichst viele Patienten für ein persönliches Interview zu gewinnen, das von zwei Doktorandinnen durchgeführt wurde. Finney et al. (2003) beobachteten, dass die Aussagen der Patienten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit gewissenhaft waren, wenn der Interviewer, wie es in der vorliegenden Studie der Fall war, nicht im direkten Zusammenhang mit der Therapie des Patienten stand. Dem steht die geringere therapeutische Erfahrung der Befragerinnen als Nachteil gegenüber.

Den Empfehlungen von Babor et al. (1994), Allen (2003) und anderen für einheitliche Kriterien zur Beurteilung des Therapieerfolgs wurde nur teilweise entsprochen, was sich unter anderem aus der Notwendigkeit ergab, die Daten der Katamnese zwecks der Vergleichbarkeit den bei der Ausgangsstudie erhobenen Daten anzupassen. Dies hat auch die Einbeziehung in letzter Zeit relevanter Fragestellungen, wie z. B. der Lebensqualität, als wenig sinnvoll erscheinen lassen.

Naturgemäß war der Vergleich unterschiedlicher Therapieformen und Therapiebestandteile, wie dies z. B. in multizentrischen Studien möglich ist, in dieser Untersuchung nicht gegeben. Neben dem Project MATCH (1998) fanden auch Karno et al. (2002) Interaktionen zwischen verschiedenen Patientenmerkmalen und dem Therapieprozess. In einer Metaanalyse von Monahan/Finney (1996) hatte neben den gerade genannten Variablen auch das Studiendesign einen Einfluss auf die gefundenen Therapieergebnisse. Andererseits tritt im Verlauf von zehn Jahren die Bedeutung der

Indexbehandlung von sechs Wochen Dauer doch in den Hintergrund angesichts der Vielzahl von intervenierenden Variablen im gesamten weiteren Verlauf.

In der **statistischen Auswertung** wurde in der vorliegenden Studie durch die Adjustierung der Signifikanzniveaus nach dem Bonferroni-Holm-Verfahren eine besonders strenge Vorgehensweise gewählt, um Scheinsignifikanzen auszuschließen. Dadurch kommt es bei den signifikanten Ergebnissen zu Irrtumswahrscheinlichkeiten erster Art von kleiner 0,2%. Dies ist in anderen Studien nicht in dieser Konsequenz durchgeführt (Zeissler 1999, Powell et al. 1998, Finney/Moos 1992, Längle 1990, Cross et al. 1990, Edwards et al. 1988, Smith et al. 1983).

5.2 Diskussion der Patientenstichprobe zum Therapiezeitpunkt

5.2.1 Repräsentativität

Um zu überprüfen, ob die Personen (N=93), die zu einem Interview bereit waren, sich wesentlich von den Nichtbefragten der Gesamtstichprobe (N=122) unterschieden, wurde die Verteilung verschiedener Merkmale in diesen beiden Gruppen untersucht. Soziodemographische Merkmale, die Komorbidität und alkoholbezogene Kennwerte wurden dabei herangezogen. Auch hier wurden die Signifikanzniveaus durch das Bonferroni-Holm-Verfahren adjustiert, da insgesamt 16 Merkmalsverteilungen überprüft wurden. Die statistische Überprüfung ergab schließlich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Lediglich die Erwerbstätigkeit mit den Kategorien „erwerbstätig“ vs. „nicht erwerbstätig“ ($p=0.030$) und der MALT ($p=0.043$) waren Merkmale, in denen ein Trend ersichtlich wurde. Von den befragten Patienten waren 1993/94 71% (66 von 93) erwerbstätig, wohingegen bei den nicht befragten Personen damals nur 57% (69 von 122) erwerbstätig waren. Der durchschnittliche Summenwert des MALT lag bei den Befragten (N=89) bei 31,2 Punkten und bei den Nichtbefragten (N=117) bei 33,1 Punkten. Längle (1990) untersuchte 96 Patienten, die 1976 auf der Station B6 der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie behandelt wurden, wodurch die Patientenbeschreibung somit direkt vergleichbar mit der der

vorliegenden Studie ist. In der nachfolgenden Tabelle soll die vorliegende Studie der Untersuchung von Längle (1990) und den Angaben der „Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe“ (Sonntag et al. 2005) gegenübergestellt werden. Dabei beziehen sich Sonntag et al. (2005) auf bundesweite Daten aus dem Jahr 2004 von über 21000 Alkoholkranken, die in etwa 100 Einrichtungen ambulant oder stationär behandelt wurden. Durch den Vergleich wird deutlich, dass die Patientengruppe der vorliegenden Studie sich, bezüglich verschiedener Merkmale, nicht wesentlich von den Patienten der anderen Studien unterscheidet. Die Anzahl der alleinlebenden und vorbehandelten Patienten scheint bei Sonntag et al. (2005) außergewöhnlich hoch zu sein. Bezüglich des Vergleichs mit der vorliegenden Studie ist hier zu berücksichtigen, dass die Station B6 der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen als Einrichtung einer Akutklinik zu sehen ist, also keiner reinen Rehabilitationseinrichtung entspricht und der stationäre Aufenthalt nur sechs Wochen beträgt; es handelt sich um ein niederschwelliges Angebot, wodurch viele Patienten nicht vorbehandelt und relativ jung sind. Wie in Kap. 3.1 bereits erwähnt, sollte der Patient außerdem einigermaßen sozial integriert sein, d.h. in einer festen Beziehung stehen oder einen festen Arbeitsplatz haben. Diese Auswahlkriterien führen zu einer leichten positiven Selektion, die sich z. B. auch im hohen Anteil der regulären Therapiebeendigungen zeigt.

Tabelle 23: Gegenüberstellung von Patientenmerkmalsausprägungen verschiedener Studien.

	Ausgangsstudie zum Therapiezeitpunkt, N=215	Längle (1990), N=96	Sonntag et al. (2005), ca. 21000 Patienten
Durchschnittsalter bei Therapiebeginn	40 Jahre	38 Jahre	45 Jahre
Vorbehandlung der Alkoholerkrankung	55%	32%	59%
Feste Partnerschaft	67% (N=212)	72%	70%
Alleine lebend	33% (N=212)	9%	37%
arbeitslos	26%	22%	20%
Reguläre Beendigung der stationären Therapie	99,5% (N=202)	84%	75%

5.2.2 Männer-Frauen-Vergleich

Das Lebensalter der Frauen und Männer der vorliegenden Studie unterscheidet sich nicht signifikant, und die Medianwerte (40 bzw. 41 Jahre) entsprechen etwa den in der verwendeten Literatur angegebenen. Brünger (1998) betrachtete in seiner multizentrischen Studie auch den Verlauf des Lebensalters innerhalb der verschiedenen untersuchten Jahrgänge. So betrug im ersten untersuchten Jahrgang seiner Studie (1983) das durchschnittliche Lebensalter der Männer ca. 39 Jahre und im Jahre 1992 41,5 Jahre. Die weiblichen Alkoholabhängigen hatten 1983 einen Altersmittelwert von 40 Jahren und 1992 von ca. 42 Jahren. Es zeigt sich somit die Verschiebung zu einem höheren Lebensalter von Patienten, die sich gerade in einer Therapie befinden.

Der Männer-Frauen-Vergleich bezüglich der Berufsausbildung, zeigte in der vorliegenden Studie ebenso wie bei Brünger (1998) Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern. Brünger (1998) kam zu dem Ergebnis, dass 3/4 aller männlichen Patienten aber nur 2/3 aller weiblichen Patienten eine abgeschlossene Ausbildung hatten. Aktuelle Statistiken in Baden-Württemberg (Statistisches Landesamt 2005) zeigen, dass heute der Anteil an Frauen und Männern ohne beruflichen- bzw. Hochschulabschluss gleich groß ist. Dies beruht aber auf einer Entwicklung, die seit den 1980er Jahren fortschreitet, und nahezu eine Halbierung der Anzahl berufstätiger Frauen ohne Berufsausbildung seit 1982 bis heute beinhaltet.

Der in der vorliegenden Studie gefundene signifikante Unterschied bei der Erwerbstätigkeit ($p=0.000765$) war auch bei Brünger (1998) vorhanden. Er fand heraus, dass Männer gegenüber weiblichen Alkoholikerinnen einen ca. 15% bis 20% höheren Anteil an Erwerbstätigen und ebenso einen ca. 10% bis 15% höheren Anteil an Arbeitslosen pro Behandlungsjahrgang aufweisen, während Frauen um das Drei- bis Fünffache häufiger als männliche Alkoholiker als „nicht erwerbstätig“ eingestuft werden. In der Studie von Grella et al. (2005) waren auch mehr Männer erwerbstätig. Dies spiegelt die allgemeine Situation wider, dass in Baden-Württemberg mehr Männer erwerbstätig sind (Statistisches Landesamt 2005).

Die Dauer der Alkoholabhängigkeit vor Therapiebeginn betrug in der vorliegenden Studie bei den Männern, den Medianwert betrachtend, acht und bei den Frauen fünf Jahre. Brünger (1998) fand deutlich höhere Durchschnittswerte: So waren die Männer 13 und die Frauen zehn Jahre Alkoholkonsumenten im missbräuchlichen oder abhängigen Sinne. Männliche Alkoholabhängige erwiesen sich in jedem der zehn Behandlungsjahrgänge als über längere Zeit suchtmittelabhängig im Vergleich zu weiblichen Alkoholabhängigen. Zu beachten ist aber, dass sich die vorliegenden Angaben speziell auf die Alkoholabhängigkeit beziehen. Vergleicht man die Angaben bezüglich des Beginns der Alkoholabhängigkeit mit den Angaben bezüglich des Beginns des Alkoholmissbrauchs, so kann in der vorliegenden Studie festgestellt werden, dass Männer ab einem medianen Alter von 23 Jahren und Frauen ab dem 33. Lebensjahr Alkoholmissbrauch betrieben, wohingegen die Alkoholabhängigkeit bei den Männern auf das 30. Lebensjahr datiert wurde und bei den Frauen auf das 35. Lebensjahr. Der Unterschied bezüglich des Alkoholmissbrauchs war im statistischen Testverfahren hochsignifikant ($p=0.000012$). Diese Ergebnisse bestätigen die Angaben von Franke/Kämmerer (2001). Auch Mann et al. (1996a) schreibt von geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Suchtentwicklung. Die schnellere Abhängigkeitsentwicklung kann mit der erhöhten Toxizität des Alkohols im weiblichen Organismus, wie er in Kap. 1.2 (S.8) erläutert wurde, in Zusammenhang stehen. Der biographisch frühere Alkoholmissbrauch beim männlichen Geschlecht kann mit der geschlechtsspezifischen Rollenverteilung der westlichen Gesellschaft verbunden sein, in der das Alkoholtrinken des Mannes präsenter und tolerierter ist, als das der Frau. Besonders auch in der Jugendgeneration der untersuchten Patienten, die im Durchschnitt in die 1970er Jahre fällt und dadurch noch nicht der „Angleichung“, wie sie Greenfield (2002) beschreibt, unterlag.

Durch die zuvor genannten vier Variablen wird deutlich, dass die Alkoholikerkrankung bevorzugt im mittleren Lebensalter auftritt und sie eine Erkrankung ist, die lange im Verborgenen bleibt und erst verhältnismäßig spät professioneller Hilfe zugeführt wird. Dies liegt zum einen daran, dass die

Alkoholproblematik in der Gesellschaft noch immer verharmlost wird und zum anderen daran, dass durch eine stationäre Behandlung die Erkrankung im sozialen Umfeld publik wird wodurch häufig eine Stigmatisierung auftritt, die von den Patienten als sehr belastend erlebt wird (Wieser 1973). Die meisten der alkoholabhängigen Frauen trinken, wenn sie in der Gesellschaft als Trinkerin erkannt worden sind, heimlich und alleine (Franke et al. 2001).

Die erhobenen Werte zur Trinkmenge waren bei den Frauen, bis auf die mittlere Trinkmenge im letzten Monat, stets deutlich niedriger als die der Männer. Dieses Ergebnis konnten auch andere Studien bestätigen (York et al. 2003, Greenfield et al. 2000, Dawson et al. 1995, Midanik 1994, Mercer/Khavari 1990, Feuerlein/Küfner 1989). Diesem Phänomen liegt sehr wahrscheinlich der unterschiedliche Alkoholmetabolismus bei den beiden Geschlechtern zugrunde, wodurch Frauen, bei ähnlich hoher konsumierter Alkoholmenge, höhere Blutalkoholspiegel aufweisen und dessen Wirkungen dadurch schon bei geringeren Mengen erleben (Ely et al. 1999).

In der vorliegenden Studie unterschieden sich die GAF-Werte zwischen den Geschlechtern nicht wesentlich. In der Studie von Deshmukh et al. (2003) jedoch hatten die insgesamt 62 alkoholabhängigen Frauen signifikant höhere GAF-Werte als die 66 Männer. Auch Grella et al. (2005) stellte geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der psychosozialen Funktion fest. Da bei Männern vor Therapiebeginn meist eine längere Phase der Alkoholabhängigkeit vorliegt, kann es so auch zu einer stärkeren Entwicklung von psychosozialen Störungen kommen. Dies kann die signifikant höheren GAF-Werte der Frauen erklären.

Die Beendigung des ambulanten Jahres war zwischen den Geschlechtern nicht signifikant verschieden. Anders bei Soyka et al. (2003), die herausfanden, dass signifikant mehr Frauen rückfallbedingt ihre Therapie abbrechen mussten. Insgesamt handelte es sich in ihrer Studie um elf Frauen und sieben Männer, die die ambulante Entwöhnungstherapie abbrachen. Bei Mann et al. (1996a) gab es hinsichtlich des Behandlungsergebnisses weder nach sechs noch nach 12 Monaten signifikante Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten.

Der Vergleich der Werte des BDI ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Männern und Frauen ($p=0.1$). In der Untersuchung von Blankfield/Maritz (1990) hingegen wiesen Frauen signifikant mehr Depressionssymptome auf und beschrieben mehr Kummer und Sorgen als Männer. Es gab auf der Station B6 eine Untersuchung bezüglich der „Veränderung des Selbstbilds alkoholabhängiger Frauen und Männer während stationärer Psychotherapie“, bei der teilweise auch Patienten der vorliegenden Studie teilnahmen. Mann et al. (1996b) fanden hierbei heraus, dass sich die Frauen am Ende der Behandlung als unbefangener und beziehungsfähiger beschrieben während die Männer in dieser Hinsicht nur eine minimale Veränderung zeigten. Sowohl Patientinnen als auch Patienten wurden im Verlauf der Behandlung sozial resonanter, durchlässiger und weniger depressiv. Jedoch blieben statistisch signifikante Unterschiede zur Normstichprobe im Bereich der „Grundstimmung“ und „Kontrolle“. „Die Veränderungen in den vorwiegend kontaktbezogenen Skalen (Soziale Resonanz, Durchlässigkeit) werden als Effekte des gruppentherapeutischen Settings diskutiert.“

Der Befund, dass Frauen häufiger als Männer eine Komorbidität aufweisen, konnte, im Gegensatz zu anderen Studien (Gomberg 2003, Jung 2001, Tómasson/Vaglum 1995) durch die vorliegende nicht bestätigt werden. Die Prävalenz der Komorbidität war in der vorliegenden Studie insgesamt auffallend niedrig, wodurch eine fehlende Unterschiedlichkeit zwischen den beiden Geschlechtergruppen erklärt werden kann.

5.3 Diskussion der Katamneseergebnisse

5.3.1 Ausschöpfungsquote und Therapieabschluss

In der vorliegenden Studie konnten von 93 Patienten ausführliche Informationen erhalten werden. Dies entspricht 43,3% der Ausgangsstichprobe von 215 Personen. Bezüglich der Rückfälligkeit konnte von 81,9% der Gesamtstichprobe eine Information erhalten werden. Dies ist im Vergleich zu anderen Studien eine relativ geringe Ausschöpfungsquote. Edwards et al.

(1988) konnten ein Interview bei 68,7% der Ausgangsstichprobe von 99 verheirateten Männern machen und Längle (1990) erhielt von 90 der ursprünglich 96 Patienten, d.h. von 93,8% Informationen zumindest zur Rückfälligkeit und Mortalität. Eine hohe Ausschöpfungsquote hatten auch Powell et al. (1998). Sie konnten 255 von 360 Männern interviewen und insgesamt von 99,2% Informationen erhalten. In ihrer Studie konnten 200 US-Dollar Vergütung pro Person bezahlt werden, was vermutlich auch zur Motivation der Patienten, an der Studie teilzunehmen, beigetragen hat. Finney et al. (1992) konnten von den 113 angeschriebenen ehemaligen Patienten 72,6% interviewen. Eine Ausschöpfungsquote von 79% hatten Cross et al. (1990), indem sie 158 Personen befragen konnten. Als Erklärungsansätze für das Zustandekommen der großen Schwundgruppe der vorliegenden Studie können mangelnde Mobilität der Patienten, eine fehlende finanzielle Aufwandsentschädigung und Datenschutzbestimmungen diskutiert werden. Ebenso wollten manche Patienten nicht Zuhause besucht werden oder wollten auch generell nichts mehr mit der „Sache“ zu tun haben. Dem hohen Anteil an nicht aufgefundenen Patienten (24% der Gesamtstichprobe) kann einerseits zugrunde liegen, dass Tübingen als Universitätsstadt eine hohe Fluktuation aufweist und andererseits, dass Patienten bei mehrfachen Umzügen nicht immer ihrer Meldepflicht beim Einwohnermeldeamt nachkommen, insbesondere wenn keine Erwerbstätigkeit vorliegt. Ebenso konnten, durch die Begrenzung des Verfolgs auf bis zu drei Umzüge, Patienten, die häufiger ihren Wohnort wechselten, nicht aufgefunden werden.

Das an die stationäre Therapie anschließende ambulante Jahr wurde von 20,2% der Patienten vorzeitig abgebrochen. 12,5% wurden aus disziplinarischen Gründen aus der Therapiegruppe ausgeschlossen. In der internationalen Literatur finden sich ähnliche Zahlen. In der MEAT-Studie von Kufner/Feuerlein (1989), in der 1410 Patienten in 21 verschiedenen Fachkliniken untersucht wurden, gab es in den zehn Einrichtungen mit Langzeitbehandlung (Regelbehandlungszeit sechs Monate) Raten irregulärer Behandlungsbeendigungen zwischen 7,6% und 31,6%. Alle Einrichtungen betrachtet brachen 17,1% die Behandlung vorzeitig ab, wobei die Abbruchrate

zwischen den Einrichtungen in deutlichem Umfang mit einem Wertebereich zwischen 4,5% und 31,6% variierte. Hinsichtlich des Geschlechts konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Brünger (1998) berichtet in seiner großangelegten multizentrischen Studie von Behandlungsabbrüchen bei alkoholabhängigen Männern in jedem Jahrgang zwischen 14% und 16%. Disziplinarische Entlassungen fanden bei 4-5% aller Patienten des jeweiligen Jahrgangs statt. Die Anteile der die Behandlung abbrechenden Patientinnen lag pro Jahrgang zwischen 13% und 18%, disziplinarische Entlassungen bei 2% bis 5%.

5.3.2 Mortalität

Von den 215 Patienten waren zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung 28 Patienten verstorben. Dies entspricht 13% der Gesamtstichprobe bzw. 16,6% der 169 Patienten von denen eine entsprechende Information zu erhalten war. Dies entspricht etwa der Mortalitätsrate von Finney et al. (1992), die 17,7% angaben. Liskow et al. (2000) berichteten von einer Mortalitätsrate von 26,6% der wiedergefundenen Patienten und bei Längle (1990) lag die Mortalitätsrate bei 21,9%. Cross et al. (1990) schrieben von einer Mortalitätsrate von 27% bei einem mittleren Sterbealter von 58 Jahren. Das Ergebnis von Finney et al. (1992) bzgl. des durchschnittlichen Sterbealters von 56,4 Jahren lag auch deutlich über dem Wert, der in der vorliegenden Studie erfasst wurde, der im Durchschnitt 47,8 Jahre betrug (Median: 46 Jahre). Längle (1990) berichtet in seiner, direkt mit der vorliegenden Studie vergleichbaren, 10-Jahres-Katamnese von einem mittleren Sterbealter von 48 Jahren und Liskow et al. (2000) von 55,4 Jahren. Bezüglich der Mortalitätsrate muss beachtet werden, dass von 46 Patienten (21,4% der Gesamtstichprobe) keine Angaben vorlagen und das Ergebnis deshalb falsch-niedrig sein kann. Das junge Sterbealter liegt deutlich unter der durchschnittlichen Lebenserwartung in Deutschland und deutet auf die Ernsthaftigkeit der Erkrankung hin.

Prognosefaktoren für die Mortalität sollen in dieser Arbeit nicht behandelt werden, da sich eine weitere Dissertation im Rahmen dieser Studie mit diesem Thema auseinandersetzt (Flurschütz 2006). Ein weiteres Thema, das

Flurschütz (2006) behandelt, ist die Komorbidität der Patientengruppe der vorliegenden Studie.

5.3.3 Rückfälligkeit

In der vorliegenden Studie waren von 215 Patienten 126 sicher rückfällig in dem Sinn, dass mindestens einmal während des Katamnesezeitraumes Alkohol getrunken wurde. Dies entspricht einer Rückfallquote von 58,6%. 50 Personen (23,3% der Ausgangsstichprobe) waren sicher dauerhaft abstinent. Von 39 Patienten (18,1%) konnte keine Information bezüglich der Rückfälligkeit gewonnen werden. Nach der konservativen Vorgehensweise sollten diese 18,1% zur Gruppe der Rückfälligen gezählt werden. Dies entspräche dann einer erweiterten Rückfallquote von 76,7%. Hinsichtlich des Zusammenhangs der Bereitschaft zu einem Katamneseinterview und der Rückfälligkeit konnte Längle (1990) ein signifikantes Ergebnis erzielen: Von den sieben Patienten, die das Interview ablehnten, waren sechs nicht abstinent; von den 62 Teilnehmenden waren nur 14 nicht abstinent.

Der Vergleich mit anderen Studiendaten ist sehr schwer, da in den Studien Rückfälligkeit und Abstinenz unterschiedlich definiert werden. Bei Längle (1990) waren 27% der 96 Patienten seit der Therapie dauerhaft abstinent. Bei Edwards et al. (1988) lag eine Abstinenzrate von 3% vor und bei Powell et al. (1998) betrug sie 13,6%. Wobei bei ihnen auch Personen, die kontrolliert trinken, als abstinent gezählt wurden. Cross et al. (1990) berichten, dass 81 von 200 Patienten (40,5%) in den letzten drei Jahren vor der Befragung keinen Alkohol getrunken haben. In der 8-Jahres-Katamnese von Vaillant et al. (1983) bei 100 Patienten hatten 25% für mindestens drei Jahre eine stabile Abstinenz erreicht. Die Autoren berichten des weiteren, dass insgesamt 95% der Patienten irgendwann nach der Therapie einen Rückfall erlitten, aber 59% schließlich doch mindestens eine sechsmonatige Abstinenzperiode hatten. Hier wird, wie in der Einleitung bereits erwähnt, deutlich, dass die Kriterien zur Beurteilung des Behandlungserfolgs stets genau untersucht werden sollten. Insgesamt ist die Abstinenzquote der vorliegenden Studie als höchst positiv zu bewerten.

Beim Vergleich dieser Ergebnisse wurde die Art der Behandlung außer acht gelassen. Der Einfluss von Therapiedauer und Therapieprogramm auf den Therapieerfolg wird im Projekt MATCH (1998) diskutiert. Auch Brünger (1998) arbeitete beispielsweise in seiner Dissertation die Bedeutung von Klinikstruktur-Merkmalen für die Prognose der Behandlungsbeendigung heraus. Er ging dabei unter anderem auf geschlechtsspezifische Behandlungen, Größe der Einrichtung und Kliniktypologien ein. Da intervenierende Variablen in der Folgezeit der Therapie während langen Katamnesezeiträumen in den Vordergrund treten, tritt dieser Aspekt in der vorliegenden 10-Jahres-Katamnese in den Hintergrund. Neueste Metaanalysen zeigen, dass sich „bislang () keine eindeutigen Hinweise gezeigt [haben], welche Patienten mit welchen Merkmalen bzw. Störungsprofilen von welcher Therapiemethode am meisten profitieren“ (Bottlender et al. 2006). Das Therapiekonzept des sechswöchigen stationären Aufenthaltes mit anschließender einjähriger ambulanter Gruppentherapie, setzt Aufnahmekriterien voraus, die eine positive Selektion der Patientengruppe bedingen können, da für dieses Konzept eine hohe Motivationsbereitschaft am Anfang der Therapie stehen muss, sodass auch das Therapieergebnis entsprechend positiv ausfallen kann.

Von 89,3% der Verstorbenen konnten Informationen in Bezug auf die Rückfälligkeit erhalten werden. Es waren 78,6% aller Verstorbenen während des Katamnesezeitraumes rückfällig geworden. 10,7% der Verstorbenen waren dauerhaft abstinent geblieben. Somit deutlich weniger, als die 23,3% der Lebenden. In der 10-Jahres-Katamnese von Cross et al. (1990) waren von den 54 Verstorbenen 81,5% rückfällig, bei Längle (1990) 85,7%.

5.3.4 Verlauf der Frauen

Im Folgenden sollen einzelne Beobachtungen, die bei der Nachuntersuchung der 27 befragten Frauen gemacht wurden, besprochen werden.

Sechs Frauen, die zum Zeitpunkt der stationären Therapie keine feste Partnerschaft hatten, hatten diese zum Katamnesezeitpunkt. Nur zwei Frauen dagegen lebten 2004 – im Gegensatz zu 1993/94 – in keiner festen Partnerschaft mehr. Mehr Frauen leben heute mit einem festen Partner, was

auf eine verbesserte soziale Integration schließen lassen kann. Grella et al. (2005) konnten in ihrer 3-Jahres-Katamnese bei Alkohol- und Drogenabhängigen feststellen, dass signifikant mehr Frauen als Männer nur mit ihren Kindern zusammenlebten. Temple et al. (1991) fanden in ihrer großen Metaanalyse (Katamnesezeitraum zwischen einem und 21 Jahren) heraus, dass bei Frauen und Männern das Heiraten während des Katamnesezeitraumes negativ mit dem Alkoholkonsum assoziiert war. Bei älteren Frauen war die Trennung vom festen Partner signifikant mit einem Anstieg des Konsums verbunden. Auch das Ergebnis der vorliegenden Studie, dass deutlich mehr rückfällige Frauen zum Therapiezeitpunkt in keiner Partnerschaft lebten, kann auf diese Zusammenhänge hindeuten. Dagegen berichten Franke et al. (2001), dass alkoholabhängige Frauen ihr soziales Umfeld mit den damit verbundenen sozialen Aufgaben oft als belastend erleben, wodurch die Gefahr entstehen kann, dass mit dem Wunsch nach Spannungsreduktion und Veränderung von negativ erlebten Gefühlen, vermehrt Alkohol konsumiert wird.

Den Schritt ins Erwerbsleben haben während des Katamnesezeitraums in der vorliegenden Studie sechs Frauen (22%) getan. Insgesamt waren zum Katamnesezeitpunkt 14 Frauen (52%) erwerbstätig. Bei Finney (1992) waren von 19 befragten Frauen zwei Jahre nach der Behandlung 21% voll- oder teilweise erwerbstätig und zehn Jahre nach der Behandlung 47%. Auch hier wurden also im fortschreitenden Zeitraum nach der Therapie mehr Frauen erwerbstätig. In einer, in der Schweiz durchgeführten, Studie waren nach einem durchschnittlichen Katamnesezeitraum von 46 Monaten von den 178 therapierten Frauen 1/3 erwerbstätig (Gillet et al. 1991). Temple et al. (1991) kamen zu den Ergebnissen, dass längere Arbeitslosigkeit bei jüngeren Frauen signifikant negativ mit dem Alkoholkonsum verbunden war und dass der Verlust des Arbeitsplatzes während zwei Befragungszeitpunkten bei älteren Frauen auch negativ mit dem Konsum assoziiert war. In der vorliegenden Studie dagegen konnte zwischen der Erwerbstätigkeit/Arbeitslosigkeit zum Therapiezeitpunkt und dem Trinkverhalten nach zehn Jahren kein statistischer Zusammenhang festgestellt werden. Dies kann zum Einen durch den langen Katamnesezeitraum bedingt sein, wodurch einzelne Merkmale in den

Hintergrund treten, und zum Andern daran liegen, dass Frauen häufiger als Männer in der Familie und im Haushalt arbeiten und dadurch auch an eine feste und regelmäßige Arbeit gebunden sind, ähnlich der Erwerbstätigkeit der Männer; und auch in der befragten Gesamtgruppe (Männer und Frauen) war der besagte Zusammenhang nicht gegeben.

18 (66,7%) der 27 befragten Frauen sind seit der Therapie rückfällig geworden. Von den 66 befragten Männern waren dagegen nur 35 rückfällig (53%). Auch Soyka et al. (2003) konnten feststellen, dass signifikant mehr Frauen die Therapie rückfallbedingt abbrechen. In anderen Studien unterschieden sich Frauen und Männer nicht wesentlich in den Rückfallhäufigkeiten (Walitzer/Dearing 2006, Körkel/Lauer 1988). Neun Frauen (33,3%) hatten seit der Therapie nie wieder Alkohol getrunken. Sowohl in der Frauengruppe als auch in der Gesamtgruppe der befragten Patienten lag der erste Rückfall, wie auch andernorts in der Literatur beschrieben (Längle 1990, Antons/Schulz 1977, Hunt et al. 1971.), vermehrt in der Zeit kurz nach Therapieabschluss.

Sechs Frauen (22% der befragten Frauen) haben seit 1993/94 eine weitere Entwöhnungstherapie durchlaufen. In der Männergruppe haben 23,1% (15 von 65) seit der Therapie noch mal mindestens eine Entwöhnungstherapie erhalten. Dies deckt sich nicht mit den Ergebnissen von Grella et al. (2005), die in ihrer 3-Jahres-Katamnese bei 951 Personen diesbezüglich feststellen konnten, dass mehr Frauen als Männer noch mal eine Behandlung aufnehmen.

Sechs der neun rückfälligen Frauen (66,7%), die aber im Jahr vor der Katamneseerhebung weniger als sieben Trinktage hatten, nahmen in den vergangenen zehn Jahren an Selbsthilfegruppen teil, während die anderen neun dauerhaft abstinenten Frauen dies nicht taten. Der Besuch von Selbsthilfegruppen durch die rückfälligen Frauen könnte zum insgesamt positiven Langzeitverlauf beigetragen haben. Bezüglich des Besuchs von Selbsthilfegruppen, gab es zwischen den Geschlechtern keinen Unterschied. Bei Grella et al. (2005) nahmen signifikant mehr Frauen an Selbsthilfegruppen teil. In ihrer Studie nahm die Anzahl der Frauen hierbei im zeitlichen Verlauf zu. Bei den Männern dagegen waren zum Zeitpunkt der 3-Jahres-Katamnese weniger in Selbsthilfegruppen, als zum Zeitpunkt der Therapie. Insgesamt kann

gesagt werden, dass die Aussagekraft der Selbsthilfegruppenbesuche im Rahmen einer 10-Jahres-Katamnese gering ist, da während des Katamnesezeitraumes zum Teil weitere stationäre Behandlungen stattfanden, die den Krankheitsverlauf maßgebender beeinflussen, und die Patienten angaben, eher Hilfe beim Hausarzt und Psychotherapeuten zu suchen. Ebenso ist es unklar, ob Patienten die Selbsthilfegruppen aufgrund eines Rückfalls oder zur Aufrechterhaltung der Abstinenz besuchten.

5.3.5 Prognosefaktoren für den Langzeitverlauf

In Tabelle 32 (S.145) erfolgt eine Zusammenstellung der Ergebnisse, die unter anderem diskutiert werden sollen.

In der befragten Gesamtgruppe sind die Frauen mit eingeschlossen. Es fand keine Untersuchung auf Prognosefaktoren in einer reinen Männergruppe statt. Dadurch, dass in der Gesamtgruppe der Frauenanteil aber nur 29% beträgt, liegt die Gewichtung insgesamt deutlich auf der Männerseite.

Die strenge Vorgehensweise, unter Anwendung des Bonferroni-Holm-Verfahrens, ermöglicht es, Scheinsignifikanzen auszuschließen.

Zur Diskussion steht in diesem Kapitel, ob die gefundenen unterschiedlichen Merkmalsausprägungen zwischen den Rückfälligen (N=31) und Abstinenten (N=62) zum Zeitpunkt der stationären Therapie – als Prognosefaktoren bezeichnet – auch in anderen Studien gefunden wurden und was diese Merkmale als Prognosefaktoren auszeichnet. Als abstinent werden die Patienten bezeichnet, die im letzten Jahr vor Katamneseerhebung weniger als sieben Trinktage hatten (siehe Kapitel 4.6.1). Zur Ergänzung kann die Diskussion von Flurschütz (2006) herangezogen werden, in der Patienten mit gutem Verlauf (weniger als sechs Monate Trinkzeit) und mit schwerer Rückfälligkeit (mehr als 80 Monate Trinkzeit) - im Hinblick auf Prognosefaktoren für das Trinkverhalten - gegenübergestellt werden.

In der vorliegenden Studie konnte die Prognoseeinschätzung des Arztes als signifikanter „Prognosefaktor“ gefunden werden ($p=0.00064$). Die Einschätzung

des Arztes beruht auf der persönlichen Interaktion mit dem Patienten und auf den Erfahrungen aus dem klinischen Alltag. Sie hat eine wichtige Bedeutung, da sie rechtzeitige Interventionen im Therapieverlauf ermöglicht. Gleichzeitig ist zu beachten, dass dieses Ergebnis nicht verallgemeinert werden und auf andere Therapiesettings übertragen werden kann, da es nicht objektivierbar ist: Ein anderer Arzt hätte eventuell eine andere Prognose erstellt. Man kann deshalb nicht von einem objektiven Prognosefaktor im eigentlichen Sinne sprechen. Die Signifikanz zeigt lediglich, dass sich im untersuchten Therapiesetting die Einschätzung des behandelnden Arztes als richtig erwies. Die Aussagekraft des Therapeutenurteils hinsichtlich eines vorzeitigen Therapieabbruches konnte Jülch et al. (2003) positiv bestätigen.

Die vorliegende Studie zeigt, dass gut oder sehr gut motivierte Patienten eine 2,2 mal so hohe Chance auf Abstinenz im zehnten Jahr nach der Therapie hatten, wie schlechter motivierten Patienten. Zeissler (1999) fand in seiner Katamnese ambulanter Alkoholentwöhnungsbehandlungen keinen Zusammenhang zwischen der Anfangsmotivation und dem Therapieerfolg. Im Project MATCH (1998) dagegen korrelierten Motivationsbereitschaft und die Veränderungsbereitschaft signifikant positiv mit dem Anteil an abstinenten Tagen nach ca. drei Jahren. Auch in der Ein-Jahres-Katamnese von Staines et al. (2003) war die Motivation ein signifikanter Prognosefaktor für die Trinkhäufigkeit.

Patienten, die die stationäre und ambulante Therapie regulär beendeten, hatten eine bessere Abstinenzprognose ($p=0.02$). Auch Deinlein (1998) kam zu diesem Ergebnis. So kann prinzipiell sicher davon ausgegangen werden, dass ein Behandlungsabbruch oder eine disziplinarische Entlassung mit einer schlechteren Prognose bezüglich verschiedener Erfolgsparameter einer Therapie einhergeht. Dennoch ist es auch nicht richtig jede irreguläre Behandlungsbeendigung mit einem Scheitern der Therapie gleichzusetzen. Brünger (1998) befasste sich in seiner Dissertation mit prognostischen Merkmalen bezüglich der regulären und irregulären Behandlungsbeendigung in

der stationären Therapie von Alkohol- und Drogenabhängigen. Die Abstinenzrate lag in seiner Studie bei allen behandelten und regulär entlassenen Männern ein Jahr nach Behandlungsende bei 48%. Die Abstinenzquoten der Behandlungsabbrecher lagen mit 17% und der disziplinarisch Entlassenen mit 15% dagegen deutlich niedriger. Bei der weiblichen Teilstichprobe ergab sich ein ähnliches Bild: Während 54% der regulär entlassenen Frauen ein Jahr nach Behandlungsende als abstinent eingestuft werden konnten, lag die entsprechende Rate bei Behandlungsabbrecherinnen bei einem Wert von 29% und bei Alkoholabhängigen, die aus disziplinarischen Gründen aus der Therapie entlassen wurden, bei 33%. Kufner/Feuerlein (1989) konnten in ihrer 18-Monats-Katamnese bei irregulär entlassenen Frauen eine Abstinenzrate von 21% gegenüber einem abstinent lebenden Anteil von 34% bei den vorzeitig entlassenen alkoholabhängigen Männern feststellen (statistisch nicht signifikant). Auch Greenfield et al. (2004) fanden in ihrer Kurzzeitkatamnese (6-12 Monate) bei Frauen die vorzeitige Behandlungsbeendigung als Prognosefaktor für eine schlechtere Abstinenzrate. In der 36-Monats-Katamnese bei Mundle et al. (2001) war der reguläre Abschluss der ambulanten Therapie ein signifikantes Prognosekriterium für Abstinenz.

Patienten, deren Angehörige nie an den Angehörigenseminaren teilnahmen, hatten eine deutlich schlechtere Prognose. Günthner (1995) verglich in seiner Tübinger Studie Entwöhnungs- mit Entgiftungspatienten (insgesamt 365 Patienten) und konnte feststellen, dass eine geringe Verfügbarkeit von Angehörigen für die Therapiebegleitung im Durchschnitt mit einer insgesamt schlechten sozialen Lebenssituation dieser Patienten assoziiert ist. Dies könnte einen schlechten Krankheitsverlauf prognostizieren. Auch bei Finney/Moos (1992) waren Familienkonflikte signifikant mit dem Alkoholkonsum zehn Jahre nach der Therapie assoziiert. Dadurch wird deutlich, wie wichtig das Aufeinanderzugehen von Therapeutenteam und Patientenangehörigen ist. Angehörige, die sich mit der Situation überfordert fühlen, oder die zu Beginn der Therapie kein Interesse an der Angehörigenarbeit zeigen, sollten immer wieder

zum Gespräch und zur Teilnahme an den Angehörigenseminaren motiviert werden. Die Studie von Nordström/Berglund (1987) zeigte, dass eine gute soziale Stabilität mit einer höheren Wahrscheinlichkeit mit Abstinenz assoziiert ist. Die soziale Fähigkeit dagegen korrelierte im Project MATCH (1998) überraschenderweise negativ mit dem Anteil an abstinenten Tagen.

Nordström/Berglund (1987) und Gual (1999) fanden keine signifikante Korrelation zwischen der familiären Belastung und der Rückfälligkeit. Dagegen konnten Seljamo et al. (2006) in ihrer prospektiven Studie in Finnland zeigen, dass das Trinkverhalten der Eltern, insbesondere der Alkoholmissbrauch des Vaters, ein Prädiktor für den Alkoholmissbrauch ihrer Kinder im Jugendalter ist. Jedoch konnte in der vorliegenden Studie in der Gruppeneinteilung der dauerhaft Abstinenten vs. Rückfälligen unerwarteterweise festgestellt werden, dass die heute Abstinenten eine größere familiäre Vorbelastung hatten. Dies stützt die These, dass Patienten, die in der eigenen Familie den Verlauf der Suchterkrankung miterleben, sensibilisiert sind auf Krankheitssymptome und deshalb eventuell früher professionelle Hilfe aufsuchen und entsprechend wissen wie ein Vorgehen aussehen kann.

Das Leitsymptom der Abhängigkeit (Kontrollverlust, Spiegeltrinken, Mischtyp) hatte in der vorliegenden Studie zwar keine statistisch signifikante prognostische Bedeutung, dennoch zeigte sich ein deutlicher Trend dahingehend, dass knapp die Hälfte der Rückfälligen Spiegeltrinker waren. Dieser Hinweis sollte weiter erforscht werden, denn gegebenenfalls kann dann in der Therapie die entsprechende Patientengruppe intensiver betreut werden. Bei Deinlein (1998) war der Anteil an Pegeltrinkern unter den Abstinenten signifikant höher war.

Das Ergebnis, dass die heute Rückfälligen damals schon stärker vorbehandelt waren ($p=0.0154$), konnten auch Mundle et al. (2001) in ihrer 36-Monats-Katamnese feststellen. Bei ihnen waren „keine vorherige Entgiftung oder Entwöhnung“ ein signifikantes Prognosekriterium für Abstinenz. Auch in

anderen Studien konnte gezeigt werden, dass stationäre Entgiftungen in der Anamnese negative Prognosefaktoren sind (Wagner et al. 2004, Soyka et al. 2003, Powell et al. 1998, Feuerlein/Küfner 1989). Aber hier lassen sich in der Literatur kontroverse Ergebnisse finden. In der 8-Jahres-Katamnese bei 100 Alkoholikern von Vaillant (1988) waren „keine Entgiftungen vor der Behandlung“ kein Prognosefaktor für Abstinenz oder gebesserten Verlauf. Hier kann diskutiert werden, ob Vorbehandlungen in der Krankengeschichte lediglich ein anderer Marker für die Schwere der Erkrankung ist, und sich dadurch der gegebenenfalls schlechtere Langzeitverlauf erklären lässt.

Andere Instrumente zur Erfassung des Schweregrades der Erkrankung, wie die von Nordström/Berglund (1987) eingesetzte Skala zur Darstellung der Abhängigkeitsschwere (PDS), stellten, wie in der vorliegenden Studie der GABS-Wert keine signifikanten Prognosefaktoren dar. Die ärztliche Fremdeinschätzung bezüglich des Schweregrads der Suchterkrankung (CGI) hatte – einzeln betrachtet – signifikante prognostische Relevanz ($p=0.03$). Die heute Rückfälligen waren damals schwerer suchtkrank. Mann et al. (1996a) konnten signifikante Ergebnisse sowohl für die Fremdbeurteilung durch den Arzt als auch für die Selbstbeurteilung im GABS in der 18-Monats-Katamnese erzielen – „Je schwerwiegender die Abhängigkeit, desto wahrscheinlicher ist ein Rückfall.“

Sowohl in der vorliegenden Studie, als auch bei Watzl (1986) tranken die rückfälligen Frauen vor der Therapie mehr Alkohol ($p=0.004$). Die durchschnittliche tägliche Trinkmenge im Jahr vor der Therapie war in der Gesamtgruppe zwischen den heute abstinenten und rückfälligen Patienten nicht signifikant verschieden. Auch bei Deinlein (1998) gab es hinsichtlich der im letzten halben Jahr vor Klinikeintritt konsumierten Alkoholmenge keinen Unterschied. Dagegen sind bei Zeissler (1999) „in der Untergruppe, die vor Therapie große Mengen täglich trank, nur wenige nicht erfolgreiche Verläufe festzustellen“.

Es konnte gezeigt werden, dass Patienten mit niedrigeren Werten auf der GAF-Skala (bezüglich der globalen Beurteilung der psychischen, sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit) eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten rückfällig zu werden ($p=0.0042$). Dies war wiederum auch in der anderen Gruppenbildung (s. Kapitel 4.6.2) feststellbar ($p=0.0265$). Cross et al. (1990) zeigten in ihrer 10-Jahres-Katamnese eine positive signifikante Verbindung zwischen dem Trinkstatus und der psychosozialen Funktion, so dass klar wurde, dass die Patienten, die in den letzten drei Jahren keinen Alkohol mehr getrunken haben, eine deutlich bessere stabile psychosoziale Funktion aufwiesen als die anderen Patienten. Bei Vaillant et al. (1983) waren die soziale Stabilität und der Besuch von Selbsthilfegruppen mit der aufrechterhaltenen Abstinenz verbunden und auch bei Finney/Moos (1992) wirkten sich soziale Ressourcen und aktive Copingstrategien positiv auf den allgemeinen Verlauf aus. Die Überprüfung des Einflusses der Partnerschaftssituation auf das Trinkverhalten erwies sich als nicht signifikant. Patienten ohne Partnerschaft wurden bei Mundle et al. (2001) tendenziell häufiger rückfällig. In der Frauengruppe konnte gezeigt werden, dass Frauen, die früher Partnerschaften führten, einen besseren Verlauf hatten. Eine französische Studie (Zins et al. 2003) konnte dagegen herausfinden, dass geschiedene und verwitwete Frauen weniger Wein trinken als verheiratete. Walitzer/Dearing (2006) berichten, dass für Frauen das Führen einer Ehe ein Risikofaktor für Rückfälligkeit ist – wohingegen bei Männern das Rückfälligkeitsrisiko durch die Ehe gesenkt wird. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Frauen häufiger als Männer mit schwer trinkenden Partnern zusammenleben. Ob es einen Zusammenhang zwischen dem Krankheitsverlauf des Patienten und dem Alkoholkonsum des Lebenspartners gibt, wurde von Finney/Moos (1992) untersucht, mit dem Ergebnis, dass der Alkoholkonsum des Ehepartners ein signifikanter Prognosefaktor für den erhöhten Konsum des Patienten war und mit einer mindestens einmonatigen Abstinenz des Patienten vor der Befragung negativ korrelierte. Ein guter familiärer Zusammenhalt und besser organisierte Familien waren bei Finney/Moos (1992) signifikante Prognosefaktoren für weniger Alkoholkonsum in der 10-Jahres-Katamnese.

In der vorliegenden Studie war eine vorhandene Komorbidität kein Prognosefaktor für die Rückfälligkeit. Dagegen berichtet Greenfield (2002), bei vorhandener Komorbidität, von einem schlechteren Verlauf nach einer stationären Behandlung sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Rounsaville et al. (1987) zeigten in ihrer Ein-Jahres-Katamnese auch, dass eine erhöhte Psychopathologie mit einem schlechteren Verlauf einhergeht und in der Katamnese (mittlere Dauer: elf Jahre) von Jin et al. (1998) war eine erhöhte Psychopathologie ein signifikanter Prognosefaktor für Rückfälligkeit. Bei Mann et al. (2004) hatten dagegen die komorbiden Frauen weniger Rückfälle; wohingegen sich bei den Männern kein Unterschied zeigte. Auch bei Kranzler et al. (1996) wiesen depressive Patienten nach zwei Jahren weniger Trinkintensität auf.

Beide Geschlechter waren unter den Rückfälligen und Abstinenter gleich vertreten. Auch bei Deinlein (1998) bestand kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Patienten und dem späteren Trinkverhalten. In anderen Studien weisen Frauen jedoch eine höhere Rückfälligkeitsrate auf als Männer (Zeissler 1999, Körkel/Lauer 1995, Funke et al. 1995)

Das durchschnittliche Lebensalter bei Therapiebeginn war in der vorliegenden Studie, wie auch bei Vaillant et al. (1983), kein signifikanter Prognosefaktor für den Verlauf der Erkrankung. Jedoch waren 53% der Rückfälligen zwischen 20 und 29 Jahren alt, wohingegen von den dauerhaft abstinenten nur 12% in dieser jungen Altersklasse waren. Blankfield/Maritz (1990) zeigten in ihrer Studie mit 518 alkoholkranken Patienten, dass signifikant mehr Personen aus der Altersgruppe der 25-34 Jährigen die stationäre Therapie vorzeitig abbrachen als aus den älteren Personengruppen. In der 10-Jahres-Katamnese von Längle (1990) hatten die 30-40-Jährigen signifikant bessere Ergebnisse. Auch in der vorliegenden Studie war der Großteil der dauerhaft Abstinenter bei Aufnahme zwischen 30 und 49 Jahren, wodurch deutlich wird, dass ältere Patienten mehr von dieser Therapie profitieren. Dies könnte zum einen mit

einer größeren Therapieerfahrung der älteren Patienten zusammenhängen und zum anderen damit, dass sie eine größere Einsicht in die zerstörerische Wirkung der Alkoholabhängigkeit auf ihr ganzes Leben haben. Ebenso kann diskutiert werden, inwiefern sich das ähnliche Alter der Therapeuten des Teams und dieser Patientengruppe positiv auf den Therapieverlauf auswirkt und dadurch diese Therapie für diese Altersgruppe besser abgestimmt ist.

Bei der Betrachtung der Anzahl der Trinkwochen während des letzten Jahres vor dem Katamnesezeitpunkt fällt auf, dass zusätzlich zu den 62 Personen, die keine Trinkwoche hatten, nochmals elf Patienten dazukommen, die maximal ein halbes Jahr getrunken haben. Dies zeigt eine deutliche Besserung des Trinkverhaltens, was jedoch nach einem so langen Katamnesezeitraum nur mit großer Zurückhaltung auf eine erfolgreiche Therapie zurückzuführen ist. Über den Spontanverlauf des Alkoholismus, das heißt einen Verlauf ohne professionelle oder semiprofessionelle Hilfe gibt es verhältnismäßig wenig Studien. In diesen Bereich fallen jedoch auch die sogenannten Spontanremissionen über die in verschiedenen Studien berichtet wird (Cutler/Fishbain 2005, Edwards 1984). Baekeland et al. (1975) kamen in Übersichten über ältere Studien zu dem Schluss, dass bei katamnestischen Untersuchungen jährlich 2% bezüglich des Trinkverhaltens als Spontanremissionen gewertet werden müssen.

5.3.6 Merkmalsvergleich zum Katamnesezeitpunkt

Gruppenvergleich der im letzten Jahr Abstinenter bzw. Rückfälligen

In der vorliegenden Studie wurden auch unterschiedliche Merkmalsausprägungen zum Katamnesezeitpunkt 2004 in der rückfälligen und der abstinenten Gruppe untersucht. Es wird nun diskutiert, inwiefern auch andere Studien über solche Ergebnisse berichten und wie diese Unterschiede bedingt sein könnten.

Eines der Ergebnisse war, dass die heute Abstinenter eine signifikant bessere Krankheitseinsicht zum Katamnesezeitpunkt hatten als die Rückfälligen ($p=0,00000002$). Hierbei wurde die Ausprägung dieses Merkmals von den

Befragterinnen im Anschluss an das Interview eingeschätzt. Eine vorhandene Krankheitseinsicht war sicherlich bei den abstinenten Patienten eine wichtige Grundlage für die Genesung.

Die im letzten Jahr abstinent lebenden Patienten hatten insgesamt weniger amnestische Episoden als die Rückfälligen ($p=0.0003$) und auch weniger Alkoholfolgeerkrankungen ($p=0.014$). Auch in der 10-Jahres-Katamnese von Finney/Moos (1992) korrelierten die Variablen Alkoholkonsum und körperliche Beschwerden positiv signifikant miteinander. Auch nach zwei Jahren gab es in ihrer Studie einen signifikanten negativen Zusammenhang von Abstinenz und körperlichen Beschwerden. Mit diesem Ergebnis verbunden ist auch die deutlich höhere Zufriedenheit der Abstinenten mit ihrem körperlichen Zustand ($p=0.019$).

10% der Abstinenten und 39% der Rückfälligen suchten während des Katamnesezeitraumes Hilfe im Suchthilfesystem auf ($p=0.0008$). Insgesamt nutzten zum Katamnesezeitpunkt 28% der Befragten entsprechende Hilfe. Teil der Tübinger Therapie ist das Vorstellen von entsprechenden Gruppen in und um Tübingen. Manche Patienten berichteten bei den persönlichen Interviews von sehr positiven Erfahrungen, andere fühlten sich in keiner Gruppe wohl und zugehörig. Der Einfluss von Selbsthilfegruppen auf den Krankheitsverlauf wurde schon oft untersucht und war meist positiv (Gillet et al. 1991, Noda et al. 2001, Timko et al. 2000, Cross et al. 1990, Vaillant et al. 1983). Es ist somit bedauerlich, dass nur wenige Patienten diese Möglichkeit nutzten. Lloyd (2002) untersuchte in England 100 alkoholabhängige Ärzte, die bei einer speziellen Selbsthilfevereinigung für Ärzte und Zahnärzte Mitglied wurden. Nach einer durchschnittlichen Dauer von 17 Jahren konnte er eine Besserungsrate (wiederholte Abstinenz nach vorgefallenem Rückfall) von 73% feststellen. In den ersten sechs Monaten der Besserung konnte er einen starken Zusammenhang zwischen Besserung und dem regelmäßigen Besuch von Selbsthilfegruppen feststellen. Des Weiteren fand er heraus, dass Besserung und Abstinenz signifikant positiv miteinander korrelierten. Dennoch ist in Frage

zu stellen, ob auf lange Sicht gesehen der Besuch von Selbsthilfegruppen mit dem Krankheitsverlauf zusammenhängt.

Finney/Moos (1991) machten einen ähnlich Gruppenvergleich nach zehn Jahren wie er in der vorliegenden Studie gemacht wurde. Sie verglichen sowohl eine „normale“ Kontrollgruppe (N=96) mit gebesserten Patienten (N=47), die insgesamt keinen oder wenig Alkohol tranken, als auch mit ungebessert trinkenden Patienten (N=36). Als signifikante Ergebnisse fanden sie heraus, dass unter den gebesserten und ungebesserten mehr Raucher als in der Kontrollgruppe waren und dass die gebesserten sich in vielen Merkmalen (Depression, Ängstlichkeit, Selbstvertrauen, körperliche Beschwerden, Medikamenteneinnahme, Arztbesuche, Familienzusammengehörigkeit, negativen Lebensereignissen, etc.) nicht von der Kontrollgruppe unterschieden und somit eine „Normalisierung“ ihres Lebensablaufes stattgefunden hatte. Die Gruppe der ungebesserten betreffend konnten viele signifikante Ergebnisse gefunden werden (im Vergleich mit der gebesserten und/oder der Kontrollgruppe): Sie tranken täglich mehr Alkohol, hatten mehr Ängstlichkeits- und Depressionssymptome, mehr körperliche Beschwerden, rauchten mehr, waren öfters im Krankenhaus, hatten ein niedrigeres Familieneinkommen, gaben mehr negative Lebensereignisse an und hatten weniger Familienzusammengehörigkeit. Keine signifikanten Unterschiede gab es unter den drei Gruppen aber auch bei vielen anderen Merkmalen, die beispielsweise die Erwerbstätigkeit, die Familienkonflikte, die Coping-Strategien oder die sozialen Kontakte betreffen. Die vorliegende Studie fand keinen signifikanten Unterschied bezüglich der depressiven Symptomatik und des Rauchverhaltens zwischen den beiden Gruppen. Vaillant et al. (1983) kamen in ihrem Gruppenvergleich 8 Jahre nach der Therapie zu dem Ergebnis, dass die abstinenten/gebesserten Patienten signifikant häufiger in einem Arbeitsverhältnis standen als die weiterhin trinkenden Patienten. In der vorliegenden Studie war dies nicht der Fall.

Bei länger andauerndem Alkoholismus ist häufig mit einem beruflichen Stellenverlust oder auch mit einem beruflichen Abstieg zu rechnen.

Diesbezüglich konnte festgestellt werden, dass mehr Rückfällige unter ihrem Ausbildungsniveau arbeiteten ($p=0.0206$). Dies könnte sich auch mit dem Ergebnis von Finney/Moos (1991), bei denen die ungebesserten ein niedrigeres Familieneinkommen hatten, decken. Längle/Günthner (1996) weisen auf die Thematik des Alkoholabhängigen am Arbeitsplatz hin und fordern Suchtarbeitskreise und Vorgesetztenschulungen zur Umsetzung betriebsinterner Suchthilfeprogramme. Ziel solle unter anderem „die Erhaltung der Gesundheit und die Weiterbeschäftigung der Mitarbeiter“ sein.

In der vorliegenden Studie führten zum Katamnesezeitpunkt mehr Abstinente eine feste Partnerschaft. Das Zusammenleben mit dem Lebensgefährten war auch bei Vaillant et al. (1983) nach acht Jahren signifikant häufiger in der Gruppe der abstinenten/gebesserten. Auch bei Deinlein (1998) waren zwei Jahre nach der Therapie mehr Verheiratete unter den Abstinenten als in einer Gleichverteilung zu erwarten gewesen wäre (nicht signifikant). Er untersuchte auch die Zufriedenheit mit der Ehe/Partnerschaft und stellte keinen signifikanten Gruppenunterschied fest. „Dieses Ergebnis erstaunt, da (chronische) Unzufriedenheit in der Partnerschaft gemeinhin als Stressfaktor gewertet wird, welcher sich ungünstig auf das Trinkverhalten auswirkt, und umgekehrt“ (Deinlein 1998).

Bei der Einstellung des Partners gegenüber dem heutigen Trink/Abstinenzverhalten gab es in der vorliegenden Studie einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die heute Abstinenten fanden zu einem deutlich höheren Prozentsatz Unterstützung bei ihrem Partner und hatten wegen des Alkohols dementsprechend weniger Streit mit ihrem Partner ($p=0.00087$). Finney/Moos (1992) fanden in ihrer 10-Jahres-Katamnese heraus, dass das Vorhandensein von familiären Konflikten sechs Monate nach der Behandlung ein signifikanter Prognosefaktor für mehr Alkoholkonsum nach 9,5 Jahren war. Ebenso waren Stressfaktoren und das Funktionieren der Ehe insgesamt ein signifikanter Prognosefaktor bezüglich des Alkoholkonsums und der Ein-Monats-Abstinenz vor der Befragung.

5.4 Schlussfolgerungen

Am Ende der Diskussion stellt sich nun die Frage, welche Schlussfolgerungen aus den gewonnenen Ergebnissen im Hinblick auf die weitere wissenschaftliche Forschung und auch besonders im Hinblick auf die klinische Arbeit mit alkoholkranken Frauen und Männern gezogen werden können. Ziel der 10-Jahres-Katamnese war, die Patienten anhand soziodemographischer und alkoholbezogener Merkmale zum stationären Zeitpunkt, im zeitlichen Verlauf und zum Katamnesezeitpunkt zu beschreiben, Unterschiede zwischen den Geschlechtern und zwischen den Patienten, die von der Therapie profitierten und nicht offensichtlich profitierten, festzustellen, sowie Prognosefaktoren für einen „guten“ bzw. „schlechten“ Langzeitverlauf der Erkrankung herauszuarbeiten.

Auch wenn die Ergebnisse durch den langen Katamnesezeitraum nicht mehr in direktem Bezug zur Therapie stehen, kann durch das Aufzeigen der Langzeitverläufe ein gewisser Beitrag für das Verständnis der Alkoholerkrankung als solche geleistet werden. Als chronische Erkrankung begleitet sie den Menschen ein Leben lang.

Aus der vorliegenden Arbeit geht hervor, dass viele Ergebnisse anderer Studien bestätigt werden konnten. Andererseits gibt es in der Literatur auch viele konträre Ergebnisse zur selben Fragestellung. Dadurch wird die tatsächliche Relevanz des Gefundenen in Frage gestellt und der Einfluss der Datenerhebung- und auswahl gewinnt an Bedeutung. Die Anwendung der Ergebnisse auf den einzelnen Patienten ist somit schwierig, da die Beschreibung des „Studienpatienten“ sich auf einzelne Merkmale beschränkt und kein Gesamtbild des Patienten erzeugen kann. Erfreulich ist besonders das Ergebnis, dass alle Patienten gleichermaßen von dem Tübinger Behandlungsmodell profitieren können und dadurch die Patientenaufnahme nicht zusätzlich selektioniert zu werden braucht. Es stellt sich sogar die Frage, ob das Aufnahmekriterium „soziale Integration“ notwendig ist, da keine soziodemographischen Merkmale prognostische Relevanz hatten und auch zum Katamnesezeitpunkt diesbezüglich kein signifikanter Unterschied zwischen den abstinenten und den rückfälligen Patienten bestand.

Die festgestellten Besserungs- bzw. Abstinenzraten von bis zu 66,7% zeigen, dass die Therapie einen unbestreitbaren Einfluss auf das Trinkverhalten hat.

Aus den Studienergebnissen kann schließlich gefolgert werden, dass alkoholranke Patienten möglichst früh in ihrem Lebenslauf die Therapie aufnehmen sollten, und dass die Angehörigenarbeit wichtig ist für den Krankheitsverlauf des Patienten und dementsprechend forciert werden muss. Auch zeigte sich, dass den Spiegeltrinkern in der Therapie besondere Aufmerksamkeit zuteil werden sollte, da sie scheinbar stärker rückfallgefährdet sind. Diesen Hinweisen kann in der weiteren Forschung nachgegangen werden.

6. Zusammenfassung

In der vorliegenden 10-Jahres-Katamnese wurden 215 alkoholranke Patienten, die in den Jahren 1993 und 1994 die sechswöchige stationäre und die sich anschließende einjährige ambulante Entwöhnungstherapie in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen durchlaufen haben, nachuntersucht. Die Datenbasis beruht auf dem BMBF-Projekt „Langzeitverlauf und Rückfallprophylaxe bei alkoholabhängigen Frauen und Männern“ (Mann et al. 1996a).

Von der Gesamtstichprobe von 215 Patienten, konnten nach zehn Jahren 43% interviewt werden. 13% waren verstorben, 20% lehnten eine Teilnahme ab und 24% konnten nicht aufgefunden werden. Von den 53 Frauen konnten 51% interviewt werden, 9% waren verstorben, 25% lehnten ab und 15% konnten nicht aufgefunden werden. Prozentual konnten somit, im Vergleich zur Gesamtstichprobe, mehr Frauen interviewt werden und weniger Frauen waren verstorben.

Das Männer-Frauen-Verhältnis der Stichprobe ist 4:1, das Durchschnittsalter lag bei Therapiebeginn bei 40 Jahren.

Die Studie zeigt, dass im Katamnesezeitraum 28 Patienten (13%) verstorben sind. 79% der Verstorbenen waren rückfällig und 57% der Verstorbenen verstarben an einer Alkoholfolgeerkrankung. Das Sterbealter lag im Durchschnitt bei 48 Jahren.

Zum Therapiezeitpunkt ergaben sich zwischen den Männern und den Frauen signifikante Unterschiede in den Merkmalsausprägungen. Männer waren häufiger erwerbstätig. Frauen begannen später mit regelmäßigem Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch und sie konsumierten täglich weniger Alkohol als Männer.

23% der Gesamtstichprobe waren seit der Therapie dauerhaft abstinent, bei 59% ist ein Rückfall bekannt und bei 18% konnten keine Informationen diesbezüglich gewonnen werden. Von den 93 Befragten waren 43% in den zehn Jahren seit der Therapie dauerhaft abstinent und 63,4% waren im zehnten Jahr nach der Therapie dauerhaft abstinent. Bei 45% der Rückfälligen lag der erste Rückfall im ersten Jahr nach der stationären Therapie.

Ein Drittel der befragten Frauen war im Verlauf der zehn Jahre dauerhaft abstinent und zwei Drittel waren im zehnten Jahr nach der Therapie dauerhaft abstinent. Alle Frauen hatten seit der Therapie 1993/1994 längere Phasen der Abstinenz (mindestens drei Jahre). Nur zwei Frauen hatten im Jahr vor der Befragung keine abstinentlebende Zeit.

Insgesamt zeigt sich somit ein sehr positiver Langzeitverlauf – bei beiden Geschlechtern gleichermaßen.

Zwei Drittel der befragten Patienten hatten weniger als sieben Trinktage im zehnten Jahr nach der Therapie und ein Drittel mehr als sieben Trinktage. Bezogen auf diese Einteilung konnten folgende prognostisch relevanten Patientenmerkmale gefunden werden, wobei die statistischen Berechnungen anhand der p-Werte nach Pearsons χ^2 und des Likelihood-Quotienten-Tests der logistischen Regression gemacht wurden; inklusive einer Adjustierung der Signifikanzniveaus nach dem Bonferroni-Holm-Verfahren:

Die Prognoseeinschätzung des Arztes hinsichtlich längerfristiger Abstinenz war ein signifikanter Prognosefaktor.

Zusätzlich waren

- die Werte der GAF-Skala,
- die Anzahl der stationären Entgiftungen vor Therapiebeginn,
- die Teilnahme der Angehörigen an den Angehörigenseminaren,
- die Beendigung des ambulanten Jahres und
- die Einteilung des CGI

Merkmale, die einen Trend aufwiesen.

In diesen beiden Patientengruppen wurde auch ein Vergleich der Merkmalsausprägungen zum Katamnesezeitpunkt gemacht. Signifikante Unterschiede zwischen den abstinenten und rückfälligen Patienten ergaben sich bei

- der durch die Interviewer beurteilten Krankheitseinsicht,
- dem Vorkommen von amnestischen Episoden in den vergangenen zehn Jahren,

- der Inanspruchnahme des Suchthilfesystems seit Therapieabschluss und
- der Einstellung des Partners gegenüber dem Trink/Abstinenzverhalten zum Katamnesezeitpunkt.

Prognosefaktoren der Frauengruppe hinsichtlich der Abstinenz (weniger als sieben Trinktage) im Jahr vor der Befragung waren

- die Prognoseeinschätzung des Arztes ($p=0.003$; signifikant),
- die Teilnahme der Angehörigen an den Angehörigenseminaren ($p=0.0032$; n.s.),
- die maximale tägliche Alkoholmenge im letzten Jahr vor Therapie ($p=0.0042$; n.s.) und
- die Beendigung des ambulanten Jahres ($p=0.0114$; n.s.).

Es wird deutlich, dass sowohl soziodemographische Merkmale wie auch Merkmale des Trinkverhalten bei Therapiebeginn in keinem aussagekräftigen Verhältnis zu den Katamneseergebnissen stehen. Somit profitieren alle in das Therapiesetting aufgenommenen Patienten gleichermaßen von dem Tübinger Behandlungsmodell.

Durch die Anwendung des Bonferroni-Holm-Verfahrens konnten Scheinsignifikanzen ausgeschlossen werden und die Irrtumswahrscheinlichkeit erster Art minimiert werden. Dadurch sind die Ergebnisse der Regression im höchsten Maße aussagekräftig.

7. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Ermittlung der sozialen Integration	25
Tabelle 2: Summenscores der sozialen Integration.....	25
Tabelle 3: Berufsausbildung (N=214); Personenanzahl (in Prozent).....	31
Tabelle 4: Schulbildung der Befragten 1993/94, N=93.....	37
Tabelle 5: Abgeschlossene Ausbildungen der Befragten 1993/94,N=93.....	37
Tabelle 6: Merkmalsvergleich (1993/94) der interviewten Patienten (N=93) mit den Nichtinterviewten (N=122).....	39
Tabelle 7: Männer-Frauen-Vergleich: Alkoholkenwerte zu Therapiebeginn, BDI und Zigarettenkonsum; * = signifikant nach der Adjustierung der Signifikanzniveaus.	42
Tabelle 8: Geschlechterverteilung, N=93.	47
Tabelle 9: Familienstand 2004, N=93.....	48
Tabelle 10: Partnerschaftssituation 2004, N=93.....	48
Tabelle 11: Wohnsituation 2004, N=93.	48
Tabelle 12: Erwerbstätigkeit 2004, N=93.....	48
Tabelle 13: Skala zur sozialen Integration (s. Kap. 2.3.1), N=93.....	48
Tabelle 14: Veränderungen im Berufs- oder Schulausbildungsbereich, N=93. 48	48
Tabelle 15: Veränderungen der Merkmalsausprägungen im Verlauf des Katamnesezeitraums bei den Befragten (N=93).	49
Tabelle 16: Genutzte Hilfsangebote zum Katamnesezeitpunkt, N=93.....	55
Tabelle 17: Leitsymptom der Abhängigkeit zum Katamnesezeitpunkt, N=93... 56	56
Tabelle 18: Veränderungen in der Partnerschaftssituation der Frauen.	62
Tabelle 19: Verlauf der Frauen, die nochmals eine Entwöhnungstherapie durchlaufen haben; N=6; EG = Entgiftung, EW = Entwöhnung.....	64
Tabelle 20: Vergleich der Krankheitsmerkmale, Abstinente vs. Rückfällige.	69
Tabelle 21: Merkmalsvergleich der Abstinenten und Rückfälligen 2004.	71
Tabelle 22: Zusammenstellung der Prognosefaktoren der Frauengruppe und der gesamten befragten Gruppe ($p \leq 0.021$).	76
Tabelle 23: Gegenüberstellung von Patientenmerkmalsausprägungen verschiedener Studien.....	81
Tabelle 24: Überprüfung der Repräsentativität der befragten Gruppe bezüglich der Gesamtstichprobe.....	125
Tabelle 25: Signifikanzüberprüfung, Vergleich der Merkmalsausprägungen im Gruppenvergleich zwischen Männern und Frauen bei stationärer Aufnahme 1993/1994.	125
Tabelle 26: Signifikanzüberprüfung, Prognosefaktoren der Frauengruppe (Merkmalsausprägung 1993/94).	126
Tabelle 27: Signifikanzüberprüfung, Prognosefaktoren, im Jahr vor Katamnese rückfällig/ abstinent.	127
Tabelle 28: Signifikanzüberprüfung, Gruppenvergleich zum Katamnesezeitpunkt, Patienten die im letzten Jahr rückfällig/ abstinent waren.	128
Tabelle 29: Signifikanzüberprüfung, Prognosefaktoren, dauerhaft abstinente Patienten (Merkmalsausprägung 1993/94).	129

Tabelle 30: Verlauf der Frauen, die im letzten Jahr vor Katamnese weniger als sieben Trinktage hatten; N=18.....	143
Tabelle 31: Verlauf der Frauen, die im letzten Jahr mindestens sieben Trinktage hatten; N=9; EG = Entgiftung, EW = Entwöhnung.....	144
Tabelle 32: Gegenüberstellung der Prognosefaktoren; * = signifikant nach Adjustierung; N= Anzahl der Patienten; Merkmalsausprägung zum Therapiezeitpunkt.....	145

Abbildung 1: Zusätzliche Psychiatrische Diagnosen zum Zeitpunkt der stationären Therapie, N=215.....	32
Abbildung 2: Abstinenzprognose zum Therapiezeitpunkt, N=215.....	36
Abbildung 3: Männer-Frauen-Vergleich zum Therapiezeitpunkt; Berufsausbildung; N=162/52.....	40
Abbildung 4: Männer-Frauen-Vergleich, Schweregrad der Suchterkrankung 1993/94.	42
Abbildung 5: Patientenkontakte, N=215.	44
Abbildung 6: Abstinenz und Rückfälligkeit der Gesamtstichprobe, N=215.....	47
Abbildung 7: Krankheitseinsicht zum Katamnesezeitpunkt, N=92.....	51
Abbildung 8: Rückfälligkeit in den zehn Jahren, N=93.	51
Abbildung 9: Anzahl der Rückfälle der interviewten Patienten im Verlauf der zehn Jahre, N=93.....	52
Abbildung 10: Jahr des ersten Rückfalls der befragten Patienten.	52
Abbildung 11: Trinkzeit der 53 rückfälligen Patienten (%), N=53.	53
Abbildung 12: Anzahl der Rückfälle im letzten Jahr vor Katamneseerhebung, N=93.	53
Abbildung 13: Vergleich der Anzahl der abstinenten Wochen im Jahr vor der stationären Aufnahme und vor der Katamneseerhebung, N=93.....	54
Abbildung 14: Weitere stationäre Entwöhnungstherapien im Laufe der zehn Jahre.	55
Abbildung 15: Alkoholfolgeerkrankungen der Befragten, N=93/89.....	57
Abbildung 16: Einstellung des Partners zum derzeitigen Trink- bzw. Abstinenzverhalten.....	58
Abbildung 17: Jahr des ersten Rückfalls der Frauen, N=18.	63
Abbildung 18: Verteilung der Trinkwochen im letzten Jahr vor Katamnese; N=93.	67
Abbildung 19: Gruppenvergleich, Rückfällige/Abstinenten, Altersklassen bei stationärer Aufnahme, N=176.	74
Abbildung 20: Prognosefaktoren, Abstinenzprognose, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.	131
Abbildung 21: Prognosefaktoren, CGI, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.	131
Abbildung 22: Prognosefaktoren, Therapiemotivation, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.	132
Abbildung 23: Prognosefaktoren, BDI, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.	132
Abbildung 24: Prognosefaktoren, Krankheitseinsicht, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.	133
Abbildung 25: Prognosefaktoren, Partnerschaftssituation, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.	133
Abbildung 26: Prognosefaktoren, Familiäre Belastung, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.	134
Abbildung 27: Prognosefaktoren, Altersklassen, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.	134

Abbildung 28: Prognosefaktoren, Berufsausbildung, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.....	135
Abbildung 29: Prognosefaktoren, Abstinenzperioden, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.....	135
Abbildung 30: Prognosefaktoren, Diagnosenklassifikation, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.....	136
Abbildung 31: Gruppenvergleich, Partnerschaftssituation zum Katamnesezeitpunkt; N=93.....	136
Abbildung 32: Alkoholfolgeerkrankungen zum Katamnesezeitpunkt 2004, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.....	137
Abbildung 33: Hausstand zum Katamnesezeitpunkt 2004, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.....	137
Abbildung 34: Soziale Integration zum Katamnesezeitpunkt 2004, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.....	138
Abbildung 35: BDI- Einteilung zum Katamnesezeitpunkt 2004, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.....	138
Abbildung 36: Prognosefaktoren, Rückfällige/Abstinente, Partnerschaftssituation,N=176.....	139
Abbildung 37: Prognosefaktoren, Rückfällige/Abstinente, Angehörigengruppe, N=164.....	140
Abbildung 38: Prognosefaktoren, Leitsymptom der Abhängigkeit bei stationärer Aufnahme, dauerhaft abstinent.....	141
Abbildung 39: Prognosefaktoren, Abstinenzperioden, dauerhaft abstinent....	142
Abbildung 40: Prognosefaktoren, Nikotinabhängigkeit, dauerhaft abstinent ..	143

8. Literaturverzeichnis

Ahlström, S.; Bloomfield, K.; Knibbe, R. (2001): Gender differences in drinking patterns in nine European Countries: Descriptive findings. In: Substance Abuse, 22, S. 69-85

Allen, J.P. (2003): Measuring outcome in interventions for alcohol dependence and problem drinking: Executive summary of a conference sponsored by the national institute on alcohol abuse and alcoholism. In: Alcoholism: Clinical and experimental research 27 (10), S. 1657-1660.

Antons, K.; Schulz, W. (1977): Normales Trinken und Suchtentwicklung. Hogrefe: Göttingen

Augustin, R.; Kraus, L. (2005): Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Trends. Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurveys 2003. In: Sucht, 51, S. 29-39

Babor, T.F.; Longabaugh, R.; Zweben, A.; Fuller, R.K.; Stout, R.L.; Anton, R.F.; Randall, C.L. (1994): Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research. In: Journal of studies on alcohol 12, S. 101-111.

Babor, T.F.; Steinberg, K.; Anton, R.; Del Boca, F. (2000): Talk is cheap: measuring drinking outcomes in clinical trials. Journal of Studies on Alcohol 61: S. 55-63

Baekeland, F.; Lundwall, L.; Kissin, B. (1975): Methods of the treatment of chronic alcoholism: A critical appraisal. In: R. J. Gibbins et al. (eds): Research advances in alcohol and drug problems. Wiley, New York 1975

Batra A.; Dengler W.; Stetter F.; Mann K. (1995): Die Reliabilität der subjektiven Wahrnehmung der Alkoholabhängigkeit im Verlauf einer stationären Entwöhnungstherapie – Der Münchner Alkoholismustest – ein stabiles diagnostisches Instrument – . In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg.): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sonderband der Zeitschrift „Sucht“: S. 166-171

Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry 4: S. 561-571

Beck, A.T.; Steer, R.A.; Garbin, M.G. (1988): Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Clinical Psychological Review 8: S. 77-100

Bender, W.; Haag, M. (1986): Zur Compliance psychiatrischer Patienten: Entwicklung eines Fragebogens. In: Psycho 12, S. 384-385

Bergmann, E.; Horch, K. (2002): Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin

Blankfield, A.; Maritz, J.-S. (1990): Female alcoholics. IV. Admission problems and patterns. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, S. 445-450

Bloomfield, K. (2002): Ausgewählte Ergebnisse der Biomed-II Studie „Alcohol Consumption and Alcohol Problems among Women in European Countries“, einer konzertierten Aktion der Europäischen Union. In: Mann, K. (Hrsg.): *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen*. Pabst Science Publishers: Lengerich, S. 163-170

Bloomfield, K.; Augustin, R.; Kraus, L. (2000): Social inequalities in alcohol use and misuse in the German general population. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 8, S. 228-240

Bottlender, M.; Köhler, J.; Soyka, M. (2006): Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. In: *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 74, S.19-31

Brünger, M. (1998): Reguläre und irreguläre Behandlungsbeendigung in der stationären Therapie von Alkohol- und Drogenabhängigen. Inaugural-Dissertation, Freiburg i. B.

Bühringer, G.; Augustin, R.; Bergmann E. (2000): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 128

Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und –Importeure e. V. (2004): Pressemitteilung vom 14.06.2004: Spirituosenkonsum in Deutschland 2003 unverändert. BSI, Bonn

Burger, M.; Brönstrup, A.; Pietrzik, K. (2000): Alkoholkonsum und Krankheiten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 134, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Burger, M.; Mensink, G. (2003): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bundes- Gesundheitssurvey: Alkohol. Robert-Koch-Institut, Berlin

Cederfjäll, J.; Lidfeldt, J.; Nerbrand, C.; Samsioe, G.; Öjehagen, A. (2004): Alcohol consumption among middle-aged women: A population-based study of swedish women. The women's Health in Lund Area (WHILA) study. *European Addiction Research* 10 (1), S. 15-21

Cross, G.M.; Morgan, C.W., Mooney III, A.J.; Martin, C.A.; Rafter, J.A. (1990): Alcoholism treatment: A ten-year follow-up Study. In: *Alcoholism: Clinical and experimental research* 14 (2), S. 169-173

Cutler, R.B.; Fishbain, D.A. (2005): Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data. BMC Public Health 14 (5), S. 75

Dawson, D.A.; Grant, B.; Chou, P.S. (1995): Gender differences in alcohol intake. In: Hunt, W.A.; Zakhari, S. eds. Stress, Gender and Alcohol-Seeking Behavior. Bethesda, Maryland: National Institute of Health, S. 3-21

Deinlein, W. (1998): Rückfällig oder abstinent. Eine empirische Untersuchung zur Beurteilung der Lebenssituation von Alkoholabhängigen nach einer stationären Behandlung. Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde. Zürich

Deshmukh, A.; Rosenbloom, M.J.; Sassoon, S.; O' Reilly, A.; Pfefferbaum, A.; Sullivan, E.V. (2003): Alcoholic men endorse more DSM-IV withdrawal symptoms than alcoholic women matched in drinking history. In: Journal of studies on alcohol, 64 (3), S. 375-379

Deutsche Gesellschaft für Ernährung; Österreichische G. f. E.; Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung; Schweizerische Vereinigung für Ernährung (Hrsg) (2000): Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr, 1. Auflage. Umschau/ Braus, Frankfurt am Main

Diesselhorst, S.(1981): Identitätsbildung und Alkoholabhängigkeit bei Frauen. Inaugural-Dissertation, München

Edwards, G. (1984): Drinking in longitudinal perspective: Career and natural history. British Journal of Addiction 79, S. 175-183

Edwards, G.; Brown, D.; Oppenheimer, E.; Sheehan, M.; Taylor, C.; Duckitt, A. (1988): Long term outcome for patients with drinking problems: the search for predictors. In: British Journal of Addiction 83, S. 917-927

Ely, M.; Hardy, R.; Longford, N.T.; Wadsworth, M.E. (1999): Gender differences in the relationship between alcohol consumption and drink problems are largely accounted for by body water. In: Alcohol, 34 (6), S. 894-902

Feuerlein, W.; Kufner, H. (1989): A prospective multicentre study of in-patient treatment for alcoholics: 18-and 48-month follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). In: European archives of psychiatry and neurological science 239, S. 144-157

Feuerlein, W.; Kufner, H.; Soyka, M. (1998): Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. Thieme: Stuttgart, New York

Feuerlein, W.; Ringer, C.; Kufner, H.;; Antons, K. (1977): Diagnose des Alkoholismus. Der Münchner Alkoholismustest (MALT). Münchner Medizinische Wochenschrift 119, S. 1275-1282

Fichter, M.M. (1990): Prävalenz von Alkoholabusus und- abhängigkeit in der Bevölkerung. In: Fichter, M.M. (Hrsg.): Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Springer: Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, S. 73-83

Fichter, M.M.; Frick, U. (1992): Therapie und Verlauf von Alkoholabhängigkeit: Auswirkungen auf Patient und Angehörige. Springer: Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest

Finney, J.W.; Moos, R.H. (1991): The long-term course of treated alcoholism: I. Mortality, relaps and remission rates and comparisons with vommunity controls. In: Journal of studies on alcohol 52 (1), S. 44-54.

Finney, J.W.; Moos, R.H. (1992): The long-term course of treated alcoholism: II. Predictors and correlates of 10-year functioning and mortality. In: Journal of studies on alcohol 53 (2), S. 142-152.

Finney, J.W.; Moyer, A.; Swearingen, C.E. (2003): Outcome variables and their assessment in alcohol treatment studies: 1968-1998. In: Alcoholism: Clinical and experimental research 27 (10), S. 1671-1679.

Flurschütz, C. (2006): Prognosefaktoren, Langzeitverlauf und Komorbidität alkoholabhängiger Frauen und Männer – Zehn-Jahres-Katamnesen., Inaugural-Dissertation, Eberhard Karls Universität zu Tübingen

Franke, A.; Kämmerer, A. (2001): Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch. Hogrefe: Göttingen

Franke, A.; Mohn, K.; Sitzler, R.; Welbrink, A.; Witte, M. (2001): Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Juventa: Weinheim

Frezza, M.; di Padova, C.; Pozzato, G.; Terpin, M.; Baraona, E.; Lieber, C. (1990): High blood alcohol levels in women. The role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism. In: New England Journal of Medicine 322, S. 95-99

Funke, W.; Funke, J.; Klein, M.; Scheller, R. (1995): Zur Bedeutung differentieller Katamnesen: Strategien, Befunde, Konsequenzen. In Körkel, J.; Lauer, G.; Scheller, R. (Hrsg.): Sucht und Rückfall. Enke-Verlag: Stuttgart

Gerteis, C. (2002): Das soziale Netzwerk alkoholabhängiger Frauen im Langzeitverlauf der Erkrankung. Inaugural-Dissertation, Eberhard Karls Universität zu Tübingen

Gillet, C.; Paille, F.; Wahl, D.; Aubin, H.J.; Pirolet, P.; Prime, T. (1991): Outcome of treatment in alcoholic women. In: Drug and alcohol dependence, 29 (2), S. 189-194

Gomberg, E.S. (2003): Treatment for Alcohol-Related Problems: Special Populations: Research Opportunities. In: Recent Development in Alcoholism, 16, S. 313-333

Green, C.A.; Perrin, N.A.; Polen, M.R. (2004): Gender Differences in the Relationships Between Multiple Measures of Alcohol Consumption and Physical and Mental Health. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28 (5), S. 754-764

Greenfield, S.F. (2002): Women and Alcohol Use Disorders. In: *Harvard Review of Psychiatry*, 10 (2), S. 76-85

Greenfield, L.; Burgdorf, K.; Chen, X.; Porowski, A.; Roberts, T.; Herrell, J. (2004): Effectiveness of long-term residential substance abuse treatment for women: findings from three national studies. *Am-J-Drug-Alcohol-Abuse* 30 (3), S. 537-550

Greenfield, T.K.; Midanik, L.T.; Rogers, J.D. (2000): A 10-year national trend study of alcohol consumption, 1984-1995: is the period of declining drinking over? In: *American Journal of Public Health*, 90 (1), S. 47-52

Grella, C.E.; Scott, C.K.; Foss, M.A. (2005): Gender differences in long-term drug treatment outcomes in Chicago PETS. In: *Journal of substance abuse treatment*, 28 (2), S. 3-12

Gual, A.; Lligona, A.; Colom, J. (1999): Five-year outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. In: *Alcohol and alcoholism* 34 (2), S. 183-192

Günthner, A.; Schwärzler, F.; Frittrang, T.; Stetter, F.; Mann, K. (1995): Die Bedeutung psychosozialer Aspekte in der Behandlung alkoholabhängiger Patienten. In: Mann, K.; Buchkremer, G. (Hrsg.): *Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sonderband der Zeitschrift „Sucht“*, S. 83-86

Gundel, K. (1972): Vergleich der Soziogenese des weiblichen und männlichen Alkoholismus anhand einer Sekundäranalyse klinischer Daten. Inaugural-Dissertation, München

Guy, W. (Hrsg.) (1976): *Clinical Global Impression*. In: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised*. National Institute of Mental Health, Rockville, MD

Haller, G. (1995): Frauenrolle und Alkoholismus. In *Arbeitskreis Frauen und Sucht der DHS*. Bronger: Bremen, S. 22-29

Hautzinger, M. (Hrsg.); Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F.; Emery, G. (1996): *Kognitive Therapie der Depression*. Psychologie Verlags Union: Weinheim

Haver, B.; Dahlgren, L.; Willander, A. (2001): A 2-year follow-up of 120 swedish female alcoholics treated early in their drinking career: Prediction of drinking outcome. In: *Alcoholism: Clinical and experimental research* 25 (11), S. 1586-1593

Herr, B.M.; Pettinati, H.M. (1984): Long term outcome in working and homemaking alcoholic women. In: *Alcoholism: Clinical and experimental research* 8 (6), S. 576-579.

Hommer, D.; Momenan, R.; Kaiser, E.; Rawlings, R. (2001): Evidence for a gender-related effect of alcoholism on brain volumes. In: *American Journal of Psychiatry*, 158, S. 198-204

Hüllinghorst, R. (2006): Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In: *Jahrbuch Sucht '06*, Neulandverlag, S. 154 ff.

Hunt, W.A.; Barnett, M.W.; Branch, L.G. (1971): Relaps rates in addiction programs. *Journal of clinical psychology*, 27, S. 455-456

Jacobi, C.; Brand-Jacobi, J.; Marquardt, F. (1987): Die „Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS)“: Ein Verfahren zur differentiellen Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit. *Suchtgefahren* 1, S. 23-36

Jin, H.; Rourke, S.B.; Patterson, T.L.; Taylor, M.J.; Grant, I. (1998): Predictors of relaps in long-term abstinent alcoholics. In: *Journal of studies on alcohol*, 59 (6), S. 640-646

Jones, B.M.; Jones, M.K. (1976): Women and alcohol: Intoxication, metabolism, and the menstrual cycle. In: Greenblatt M, Schuckit MA (Hrsg., 1976): *Alcoholism problems in women and children*. Grune and Stratton: New York, S. 103-136

Jülch, F.; Süß, H-M.; Langer, W.; Hippen, S. (2003): Vorhersage von Therapieabbrüchen alkoholabhängiger Patienten in stationärer Entwöhnungsbehandlung. In: *Sucht* 49, S. 19-27

Jung, M. (2001): Komorbide psychische Störungen bei alkoholabhängigen Frauen und Männern in stationärer Behandlung. Inaugural-Dissertation, Tübingen

Karno, M.P.; Beutler, L.E.; Harwood, T.M. (2002): Interactions between psychotherapy procedures and patient attributes that predict alcohol treatment effectiveness: a preliminary report. In: *Addictive Behaviors*, 27 (5), S. 779-797

Kersch, A-V. (2002): Weiblicher Alkoholismus – frauenspezifische Perspektiven in Theorie, Forschung und Behandlung. In: Mann, K. (Hrsg.): *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen*. Pabst Science Publishers: Lengerich

Kielholz, P.; Ladewig, D. (1972): Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen. Lehmann: München

Körkel, J.; Lauer, G.; (1988): Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik und Überblick über den Forschungsstand. In: Körkel J. (Hrsg; 1988): Der Rückfall des Suchtkranken – Flucht in die Sucht? Springer Verlag: Berlin, Heidelberg, S. 3-122

Körkel, J.; Lauer, G. (1995): Rückfälle Alkoholabhängiger: Ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse und –trends. In Körkel, J.; Lauer, G. und Scheller, R. (Hrsg.): Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung. Enke: Stuttgart

Kranzler, H.R.; Del Boca, F.K.; Rounsaville, B.J. (1996): Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: A posttreatment natural history study. In: Journal of Studies on Alcohol, 57, S. 619-626

Kraus, L.; Augustin, R. (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht, 47, S. 7-86

Küfner, H.; Feuerlein, W. (1989): In-patient treatment for alcoholism, a multi-centre evaluation study. Springer: Berlin, Heidelberg

Küfner, H.; Feuerlein, W.; Huber, M. (1988): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahres-Katamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. In: Suchtgefahren, 34, S. 157-272

Lange, C.; Heuft, G. (2002): Die Beeinträchtigungsschwere in der Psychosomatischen und psychiatrischen Qualitätssicherung: Global Assessment of Functioning Scale (GAF) vs. Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 48, S. 256-269

Längle, G. (1990): Zehn-Jahres-Katamnesen nach einer Alkoholentwöhnungsbehandlung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen. Inaugural-Dissertation, Tübingen

Längle, G.; Günthner, A. (1996): Der Abhängige am Arbeitsplatz. In: Längle, G.; Mann, K.; Buchkremer, G. (Hrsg.): „Sucht“, die Lebenswelten Abhängiger. (Studien zu Lebenswelten behinderter Menschen; Bd.3). Attempto Verlag: Tübingen

Längle, G.; Schied, H.W. (1990): Zehn-Jahres-Katamnesen eines integrierten stationären und ambulanten Behandlungsprogrammes für Alkoholranke. In: Suchtgefahren, 36 (2), S. 97-105

Lewis, C.E.; Smith, E.; Kercher, C.; Spitznagel, E. (1995): Assessing gender interactions in the prediction of mortality in alcoholic men and women: A 20-year follow-up study. In: Alcoholism: Clinical and experimental research, 19 (5), S. 1162-1172

Liskow, B.I.; Powell, B.J.; Penick, E.C.; Nickel, E.J.; Wallace, D.; Landon, J.F.; Campbell, J.; Cantrell, P.J. (2000): Mortality in male alcoholics after ten to fourteen years. In: *Journal of studies on alcohol*, 61 (6), S. 853-861

Lloyd, G. (2002): One hundred alcoholic doctors: A 21-year follow-up. *Alcohol and Alcoholism*, 37 (4), S. 370-374

Mann, K. (Hrsg.)(2002): Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Pabst Science Publishers: Lengerich, S. 9

Mann, K.; Ackermann, K.; Günthner, A.; Jung, M.; Morlock, P.; Mundle, G. (1996a): Langzeitverlauf und Rückfallprophylaxe bei alkoholabhängigen Frauen und Männern. BMBF-Projekt der Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Forschungsschwerpunkt Suchtforschung, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, unveröffentlichter Abschlussbericht.

Mann, K.; Ackermann, K.; Günthner, A.; Jung, M.; Mundle, G. (1996b): Veränderungen des Selbstbilds alkoholabhängiger Frauen und Männer während stationärer Psychotherapie. In: *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 46, S. 350-355

Mann, K.; Batra, A. (1993): Die gemeindenahere Versorgung von Alkoholkranken. Evaluation eines kombinierten stationären und ambulanten Behandlungskonzeptes. In: *Psychiatrische Praxis*, 20, S. 102-105

Mann, K.; Hintz, T.; Jung, M. (2004): Does psychiatric comorbidity in alcohol-dependent patients affect treatment outcome? In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, S. 172-181

Mann, K.; Kapp, B.; Kühnel, P.; Federle, E.; Abel, M. (1995): Good estimates for reliability and validity in alcoholics' self reports. In: *Alcohol and alcoholism*, 30, S. 545 (Abstract)

Mello, N.K. (1986): Drug use patterns and premenstrual dysphoria. In: *Women and Drugs: A new era for research*, NIDA Research Monograph 65, edited by B.A. Ray and M.C. Braude. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. S. 31-48

Mercer, P.W.; Khavari, K.A. (1990): Are women drinking more like men? An empirical examination of the convergence hypothesis. In: *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 14 (3), S. 461-466

Merfert-Diete, C. (1995): Gesellschaftliche und individuelle Gründe für die Entstehung von Sucht. In: *Arbeitskreis Frauen und Sucht (Hrsg.), Frauen und Sucht, Dokumentation der offenen Fachtagung des Arbeitskreises Frauen und Sucht der DHS*. Bronger: Bremen, S. 12-21

Meyer, C.; John, U. (2006): Alkohol- Zahlen und Fakten zum Konsum. In: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht*, Neuland-Verlag: Geesthacht, S. 23 ff.

Midanik, L.T. (1994): Comparing usual quantity/frequency and graduated frequency scales to assess yearly alcohol consumption: results from the 1990 US National Alcohol Survey. In: *Addiction*, 89 (4), S. 407-412

Möller, H-J.; Laux, G.; Deister, A. (2001): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Thieme: Stuttgart

Monahan, S.C.; Finney, J. (1996): Research Report. Explaining abstinence rates following treatment for alcohol abuse: A quantitative synthesis of patient, research design and treatment. In: *Addiction*. 91 (6), S. 787-805

Mundle, G.; Ackermann, K.; Günthner, A.; Munkes, J.; Mann, K. (1999): Treatment outcome in alcoholism – a comparison of self-report and the biological markers carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl transferase. In: *European Addiction Research* 5, S. 91-96

Mundle, G.; Ackermann, K.; Günthner, A.; Stetter, F.; Mann, K. (1995): Der Behandlungserfolg bei Alkoholabhängigen. Ein Vergleich von Selbstaussagen und biologischen Markern. In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg.): *Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sonderband der Zeitschrift „Sucht“*, S. 90-92

Mundle, G.; Brügel, R.; Urbaniak, H.; Längle, G.; Buchkremer, G.; Mann, K. (2001): Kurz- und mittelfristige Erfolgsraten ambulanter Entwöhnungsbehandlungen für alkoholabhängige Patienten. Eine 6-, 18- und 36-Monats-Katamnese. In: *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 69 (8), S. 374-378

Noda, T.; Imamichi, H.; Kawata, A.; Hirano, K.; Ando, T.; Iwata, Y.; Yoneda, H. (2001): Long-term outcome in 306 males with alcoholism. In: *Psychiatry and clinical neuroscience*, 55 (6), S. 579-586

Nordström, G.; Berglund, M. (1987): A prospective study of successful long-term adjustment in alcohol dependence: Social drinking versus abstinence. In: *Journal of studies on alcohol*, 48 (2), S. 95-102

Pastor, A.D.; Evans, S.M. (2003): Alcohol outcome expectancies and risk for alcohol use problems in women with and without a family history of alcoholism. In: *Drug and alcohol dependence*, 70 (2), S. 201-214

Perula de Torres, L.A.; Fernandez-Garcia, J.A.; Arias-Vega, R.; Muriel-Palomino, M.; Marquez-Rebollo, E.; Ruiz-Moral, R. (2005): Utilidad del cuestionario MALT (Münchener Alkoholismus Test) para el diagnóstico de alcoholismo en mujeres. *Medicina Clinica (Barcelona)*, 125 (12), S. 453-455

Pfefferbaum, A.; Rosenbloom, M.; Deshmukh, A.; Sullivan, E. (2001): Sex differences in the effects of alcohol on brain structure. In: *American Journal of Psychiatry*, 158, S. 188-197

- Powell**, B.J.; Landon, J.F.; Cantrell, P.J.; Penick, E.C.; Nickel, E.J.; Liskow, B.I.; Coddington, T.M.; Campbell, J.L.; Dale, T.M.; Vance, M.D.; Rice, A.S. (1998): Prediction of drinking outcomes for male alcoholics after 10 to 14 years. In: *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 22 (3), S. 559-566
- Project MATCH** Research Group (1998): Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. In: *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 22 (6), S. 1300-1311
- Rounsaville**, B.J.; Dolinsky, Z.S.; Babor, T.F.; Meyer, R.E. (1987): Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. In: *Archives of General Psychiatry*, 44, S. 505-513
- Roy-Byrne**, P.; Dagadakis, C.; Unutzer, J.; Ries, R. (1996): Evidence for limited validity of the revised global assessment of functioning scale. *Psychiatric Services* Washington, D.C., 47, S. 864-866
- Sachs**, L. (2002): *Angewandte Statistik: Anwendung statistischer Methoden*. Springer: Berlin Heidelberg New York Barcelona Hongkong London Mailand Paris Tokio
- Saß**, H; Wittchen, H-U.; Zaudig, M. (1998): *Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*, 4. Auflage. Hogrefe: Göttingen
- Seljamo**, S.; Aromaa, M.; Koivusilta, L.; Rautava, P.; Sourander, A.; Helenius, H.; Sillanpää, M. (2006): Alcohol use in families: a 15-year prospective follow-up study. In: *Addiction*, 101, S. 984-992
- Shaw**, G.K.; Waller, S.; Latham, C.J.; Dunn, G.; Thomson, A.D. (1997): Alcoholism: a long-term follow-up study of participants in an alcohol treatment programme. In: *Alcohol and Alcoholism*, 32 (4), S. 527-535
- Sieri**, S.; Agudo, A.; Kesse, E.; Klipstein-Grobusch, K.; San-Jose, B.; Welch, A.A.; Krogh, V.; Luben, R.; Allen, N.; Overvad, K.; Tjonneland, A.; Clavel-Chapelon, F.; Thiébaud, A.; Miller, A.B.; Boeing, H.; Kolyva, M.; Saieva, C.; Celentano, E.; Ocké, M.C.; Peeters, P.H.M.; Brustad, M.; Kumle, M.; Dorransoro, M.; Fernandez Feito, A.; Mattisson, I.; Weinehall, L.; Riboli, E.; Slimani, N. (2002): Patterns of alcohol consumption in 10 European countries participating in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) project. In: *Public health nutrition*, 5 (6B), S. 1287-1296
- Smith**, E.M.; Cloninger, C.R.; Bradford, S. (1983): Predictors of mortality in alcoholic women: A prospective follow-up study. In: *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 7 (2), S. 237-243
- Sonntag**, D.; Welsch, K.; Bauer, C. (2005): Jahresstatistik 2004 der stationären/ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland. In: *Sucht*, 51, Sonderheft 1

Soyka, M. (1998): Sozialpsychiatrische Aspekte der Alkoholkrankheit: Epidemiologie, Versorgungsstrukturen und neuere Ergebnisse der Therapieforschung. In: Gesundheitswesen 60, S. 87-94

Soyka, M.; Hasemann, S.; Scharfenberg, C.D.; Lohnert, B.; Bottlender, M. (2003): Prospektive Untersuchung zur Effizienz der ambulanten Entwöhnungstherapie bei alkoholabhängigen Patienten. Ergebnisse zur Haltequote und Katamnese. In: Nervenarzt, 74 (3), S. 226-234

Spearing, M.K.; Post, R.M.; Leverich, G.S.; Brandt, D.; Nolen, W. (1997): Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. In: Psychiatry Research 73, S. 159-171

Staines, G.; Magura, S.; Rosenblum, A.; Fong, C.; Kosanke, N.; Foote, J.; Deluca, A. (2003): Predictors of drinking outcomes among alcoholics. In: American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 29 (1), S. 203-218

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2005): Erwerbstätigkeit von Frauen in Baden-Württemberg, Ergebnisse des Mikrozensus. Stuttgart

Stetter, F.; Zähres, S.; Kapp, B.; Günthner, A.; Mann, K. (1995): Die Tübinger Entgiftungs- und Motivationsstation für Alkoholabhängige: Erste Erfahrungen und Behandlungsergebnisse. In: Mann, K.; Buchkremer, G. (Hrsg.): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sonderband der Zeitschrift „Sucht“, S. 59-61

Stevenson, J.S.; Masters, J.A. (2005): Predictors of alcohol misuse and abuse in older women. In: Journal of nursing scholarship, 37 (4), S. 329-335

Süß, H.-M. (1995): Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta- Analyse. In: Psychologische Rundschau, 46, S. 248-266

Temple, M.T.; Fillmore, K.M.; Hartka, E.; Johnstone, B.; Leino, E.V.; Motoyoshi, M. (1991): The collaborative alcohol-related longitudinal project. A meta-analysis of change in marital and employment status as predictors of alcohol consumption on a typical occasion. In: British Journal of Addiction, 86, S. 1269-1281.

Timko, C.; Moos, R.H.; Finney, J.W.; Lesar, M.D. (2000): Long-term outcomes of alcohol use disorders: comparing untreated individuals with those in alcoholics anonymous and formal treatment. In: Journal of studies on alcohol, 61 (4), S. 529-540

Tómasson, K.; Vaglum, P. (1995): A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: a study of psychiatric comorbidity. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, 92, S. 378-385

- Vaillant, G.E.** (1988): What can long-term follow-up teach us about relaps and prevention of relaps in addiction? In: *British Journal of Addiction*, 83, S. 1147-1157
- Vaillant, G.E.; Clark, W.; Cyrus, C.; Milofsky, E.S.; Kopp, G.; Wulsin, V.W.; Mogielnicki, N.P.** (1983): Prospective study of alcoholism treatment. In: *The american journal of medicine*, 75, S. 455-463
- Veltrup, C.; Weber, J.; Metten, D.; Driessen, M.; John U.** (1995): Katamnestiche Untersuchungen bei Alkoholabhängigen. In: Mann, K.; Buchkremer, G. (Hrsg.): *Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sonderband der Zeitschrift „Sucht“*, S. 172-173
- Wagner, T.; Krampe, H.; Stawicki, S.; Reinhold, J.; Jahn, H.; Mahlke, K.; Barth, U.; Sieg, S.; Maul, O.; Galwas, C.; Aust, C.; Kroner-Herwig, B.; Brunner, E.; Poser, W.; Henn, F.; Ruther, E.; Ehrenreich, H.** (2004): Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment – results of a prospective study. In: *Journal of Psychiatric Research* 38, S. 619-635
- Walitzer, K.S.; Dearing, R.L.** (2006): Gender differences in alcohol and substance use relapse. In: *Clinical psychology review*, 26 (2), S. 128-148
- Watzl, H.** (1986): Die Vorhersage des Behandlungserfolges bei alkoholkranken Frauen – eine empirische Untersuchung. IFT-Grundlagenforschung, Gerhard Röttger Verlag: München
- Weisner, C.; Thomas-Ray, G.; Mertens, J.R.; Satre, D.D.; Moore, C.** (2003): Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. In: *Drug and alcohol dependence*, 71 (3), S. 281-294
- Wieser, S.** (1973): Das Trinkverhalten der Deutschen. Eine medizinisch-soziologische Untersuchung. Nicolaische Verlagsbuchhandlung: Herford
- Wilsnack, R.W.; Vogeltanz, N.D.; Wilsnack, S.C.; Harris, T.R.** (2000): Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequence: cross-cultural patterns. In: *Addiction*, 95 (2), S. 251-265
- Winkler, J.; Stolzenberg, H.** (1999): Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. (Social status scaling in the German National Health Interview and Examination Survey). *Das Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2), S. 178-183
- Wutzke, S.E.; Conigrave, K.M.; Saunders, J.B.; Hall, W.D.** (2002): The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: A 10-year follow up. In: *Addiction*, 97 (6), S. 665-675
- Yamauchi, K.; Ono, Y.; Baba, K.; Ikegami, N.** (2001): The actual process of rating the Global Assessment of Functioning Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 42, S. 403-409

York, J.L.; Welte, J.; Hirsch, J. (2003): Gender comparison of alcohol exposure on drinking occasions. In: Journal of studies on alcohol, 64 (6), S. 790-801

Zeissler, E. (1999): Indikationsorientierte Evaluation einer ambulanten Alkoholentwöhnungsbehandlung: Erste katamnestische Ergebnisse. In: Sucht 45 (2), S. 100-107

Zins, M.; Gueguen, A.; Leclerc, A.; Goldberg, M. (2003): Alcohol consumption and marital status of French women in the GAZEL cohort: A longitudinal analysis between 1992 and 1996. In: Journal of studies on alcohol, 64 (6), S. 784-789

Zweben, A.; Cisler, R.A. (2003): Clinical and methodological utility of a composite outcome measure for alcohol treatment research. In: Alcoholism: Clinical and experimental research, 27 (10), S. 1680-1685

9. Anhang**9.1 Tabellen der Signifikanzüberprüfung inklusive der Adjustierung der Signifikanzniveaus nach dem Bonferroni-Holm-Verfahren****Tabelle 24: Überprüfung der Repräsentativität der befragten Gruppe bezüglich der Gesamtstichprobe.**

Test	p-Wert	Bonferroni-Holm-Schranke	Merkmal
Pearsons χ^2	0.03033205	0.003125	Erwerbstätig, ja/nein
t-Test	0.04342635	0.00333333	MALT (Summe)
Pearsons χ^2	0.10136574	0.00357143	Arbeitslos, ja/nein
t-Test	0.11321669	0.00384615	Alter
Likelihood-Quotient	0.11998079	0.00416667	Soziale Integration (Skala)
t-Test	0.16897133	0.00454545	Wochen vollständiger Abstinenz im Jahr vor Aufnahme
Pearsons χ^2	0.19312598	0.005	Geschlecht
Likelihood-Quotient	0.25065641	0.00555556	CGI
Pearsons χ^2	0.28383363	0.00625	Partnerschaftssituation
Pearsons χ^2	0.37555828	0.00714286	Kinder
Pearsons χ^2	0.43079045	0.00833333	CGI: schwer vs. nicht schwer
t-Test	0.50008774	0.01	GABS-Summenwert
Likelihood-Quotient	0.51812532	0.0125	Berufsausbildung
Pearsons χ^2	0.57277218	0.01666667	Komorbidität
Pearsons χ^2	0.61637314	0.025	feste Partnerschaft, ja/nein
t-Test	0.82391692	0.05	Dauer der Abhängigkeit

Tabelle 25: Signifikanzüberprüfung, Vergleich der Merkmalsausprägungen im Gruppenvergleich zwischen Männern und Frauen bei stationärer Aufnahme 1993/1994.

Test	p-Wert	Bonferroni-Holm-Schranke	Merkmal
Wilcoxon	0.00000138	0.00185185	Regelmäßiger Alkoholkonsum, Alter
Wilcoxon	0.00001184	0.00192308	Alkoholmissbrauch, Alter
Wilcoxon	0.00033594	0.002	Max. tägl. Trinkmenge ltz. Jahr
Pearsons χ^2	0.00076503	0.00208333	Erwerbstätig, ja/nein
Wilcoxon	0.00146163	0.00217391	Max. tägl. Trinkmenge ltz. 5 Jahre
Wilcoxon	0.00224554	0.00227273	Erster Alkoholkonsum, Alter
t-Test	0.0030561	0.00238095	Dauer der Abhängigkeit
Wilcoxon	0.00981508	0.0025	Alkoholabhängigkeit, Alter
Pearsons χ^2	0.01945856	0.00263158	keine Partnerschaften, ja/nein
Wilcoxon	0.02989844	0.00277778	Mittlere tägl. Trinkmenge ltz. 5

Test	p-Wert	Bonferroni-Holm-Schranke	Merkmal
			Jahre
Likelihood-Quotient	0.03567704	0.00294118	Berufsausbildung
Wilcoxon	0.03944469	0.003125	Mittlere tägl. Trinkmenge ltz. Jahr
Likelihood-Quotient	0.04231984	0.00333333	Teilnahme der Angehörigen am Angehörigenseminar
Wilcoxon	0.0984312	0.00357143	Max. tägl. Trinkmenge ltz. Monat
Wilcoxon	0.10495101	0.00384615	BDI-Wert
Likelihood-Quotient	0.16644741	0.00416667	Täglicher Zigarettenkonsum
Pearsons χ^2	0.23924446	0.00454545	feste Partnerschaft, ja/nein
Wilcoxon	0.33569495	0.005	GABS-Wert
Likelihood-Quotient	0.39148652	0.00555556	CGI
Pearsons χ^2	0.49824393	0.00625	Komorbidity, ja/nein
Wilcoxon	0.50879258	0.00714286	Abstinente Tage vor Aufnahme
Wilcoxon	0.64414802	0.00833333	MALT (Summe)
t-Test	0.65840461	0.01	Alter
Wilcoxon	0.69960672	0.0125	GAF-Skala
Pearsons χ^2	0.75326363	0.01666667	Ende des ambul. Jahres, regulär, ja/nein
Wilcoxon	0.82071659	0.025	Mittlere tägl. Trinkmenge ltz. Monat
Pearsons χ^2	0.85312901	0.05	Lebererkrankung, ja/nein

Tabelle 26: Signifikanzüberprüfung, Prognosefaktoren der Frauengruppe (Merkmalsausprägung 1993/94).

Test	p-Wert	Bonferroni-Holm-Schranke	Merkmal
Pearsons χ^2	0.00198816	0.002	Prognose des Arztes hinsichtlich längerer Abstinenz
Pearsons χ^2	0.00321973	0.002083	Teilnahme der Angehörigen an der Angehörigengruppe Einteilung
Likelihood-Quotient	0.00419905	0.002174	Max. tägl. Trinkmenge im letzten Jahr
Pearsons χ^2	0.01137483	0.002273	Ende des ambul. Jahres, regulär, ja/nein
Pearsons χ^2	0.08326452	0.002381	keine Partnerschaft, ja/nein
Likelihood-Quotient	0.10663359	0.0025	GAF-Skala
Likelihood-Quotient	0.13130695	0.002632	Dauer der Abhängigkeit
Pearsons χ^2	0.16112495	0.002778	Arbeitslos, ja/nein
Likelihood-Quotient	0.17693287	0.002941	GABS-Wert
Pearsons χ^2	0.19393085	0.003125	Medikamentenmissbrauch

Test	p-Wert	Bonferroni-Holm-Schranke	Merkmal
Pearsons χ^2	0.21419303	0.003333	BDI, Einteilung
Pearsons χ^2	0.21419303	0.003571	Abstinenzprognose des Teams, Einteilung
Pearsons χ^2	0.23323022	0.003846	Therapiemotivation (Einschätzung des Arztes)
Pearsons χ^2	0.26793808	0.004167	feste Partnerschaft, ja/nein
Likelihood-Quotient	0.29726646	0.004545	Max. tägl. Trinkmenge in den letzten 5 Jahren
Pearsons χ^2	0.38647623	0.005	Familiäre Belastung, ja/nein
Likelihood-Quotient	0.43620293	0.005556	MALT (Summe)
Likelihood-Quotient	0.50216986	0.00625	Alkoholmissbrauch, Alter
Pearsons χ^2	0.57302512	0.007143	Alkoholfolgeerkrankungen
Pearsons χ^2	0.57963927	0.008333	Erwerbstätigkeit, ja/nein
Likelihood-Quotient	0.59257845	0.01	Erster Alkoholkonsum, Alter
Likelihood-Quotient	0.61852766	0.0125	Regelmäßiger Alkoholkonsum, Alter
Pearsons χ^2	0.77809616	0.016667	Krankheitseinsicht (Einschätzung des Arztes)
Pearsons χ^2	0.8692348	0.025	Alkoholabhängigkeit, Alter
Pearsons χ^2	1	0.05	Komorbidität, ja/nein

Tabelle 27: Signifikanzüberprüfung, Prognosefaktoren, im Jahr vor Katamnese rückfällig/abstinent.

Test	p-Wert	Bonferroni-Holm-Schranke	Merkmal
Pearsons χ^2	0.00064311	0.001471	Prognose des Arztes hinsichtlich längerer Abstinenz, Einteilung
Likelihood-Quotient	0.00416241	0.001515	GAF-Skala
Pearsons χ^2	0.01535773	0.001563	Stationäre Entgiftungen, Einteilung
Pearsons χ^2	0.01792275	0.001613	Teilnahme der Angehörigen an der Angehörigengruppe
Pearsons χ^2	0.02101203	0.001667	Ende des ambul. Jahres, regulär, ja/nein
Pearsons χ^2	0.03114045	0.001724	CGI-Einteilung
Pearsons χ^2	0.07456813	0.001786	Abstinenzprognose des Teams, Einteilung
Pearsons χ^2	0.08042926	0.001852	Delirien in der Anamnese
Pearsons χ^2	0.09218692	0.001923	Therapiemotivation (Einschätzung des Arztes), Einteilung
Likelihood-Quotient	0.11109456	0.002	BDI
Likelihood-	0.11719951	0.002083	Dauer der Abhängigkeit

Test	p-Wert	Bonferroni-Holm-Schranke	Merkmal
Quotient			
Pearsons χ^2	0.15144261	0.002174	Medikamentenmissbrauch
Pearsons χ^2	0.15149399	0.002273	BDI, Einteilung
Pearsons χ^2	0.15921191	0.002381	Leitsymptom d. Abhängigkeit, Einteilung
Likelihood-Quotient	0.16187561	0.0025	Alkoholabhängigkeit, Alter
Pearsons χ^2	0.213769	0.002632	Krankheitseinsicht (Einschätzung des Arztes), Einteilung
Pearsons χ^2	0.25276083	0.002778	Eigene Kinder
Pearsons χ^2	0.26786648	0.002941	Feste Partnerschaft, ja/nein
Pearsons χ^2	0.33135689	0.003125	Keine Partnerschaften, ja/nein
Pearsons χ^2	0.35515515	0.003333	Lebererkrankungen, Einteilung
Likelihood-Quotient	0.44158765	0.003571	GABS-Wert
Pearsons χ^2	0.44347783	0.003846	Toleranzveränderungen
Pearsons χ^2	0.4492038	0.004167	Familiäre Belastung, Einteilung
Likelihood-Quotient	0.56432345	0.004545	Wochen vollständiger Abstinenz im Jahr vor Aufnahme
Pearsons χ^2	0.57768019	0.005	Komorbidität, Einteilung
Likelihood-Quotient	0.60137801	0.005556	Alkoholmissbrauch, Alter
Pearsons χ^2	0.6136406	0.00625	Hausstand
Pearsons χ^2	0.61845093	0.007143	Amnestische Episoden
Pearsons χ^2	0.62795182	0.008333	Erwerbstätigkeit, Einteilung
Pearsons χ^2	0.71606922	0.01	Arbeitslos, ja/nein
Pearsons χ^2	0.75169396	0.0125	Alkoholfolgeerkrankungen
Likelihood-Quotient	0.8112794	0.016667	Alter
Likelihood-Quotient	0.96449451	0.025	Mittlere tägl. Trinkmenge im Jahr vor Aufnahme
Pearsons χ^2	1	0.05	Geschlecht

Tabelle 28: Signifikanzüberprüfung, Gruppenvergleich zum Katamnesezeitpunkt, Patienten die im letzten Jahr rückfällig/ abstinent waren.

Test	p-Wert	Bonferroni-Holm-Schranke	Merkmal
Pearsons χ^2	0.00000002	0.0025	Krankheitseinsicht, Einteilung
Pearsons χ^2	0.00032481	0.002632	amnestische Episoden
Pearsons χ^2	0.0008358	0.002778	Hilfe im Suchthilfesystem, ja/ nein
Pearsons χ^2	0.00086949	0.002941	Einstellung des Partners, Einteilung
Pearsons χ^2	0.01365328	0.003125	Alkoholfolgeerkrankungen, ja/nein
Pearsons χ^2	0.01930813	0.003333	Zufriedenheit mit Körperzustand, Einteilung
Pearsons χ^2	0.02058988	0.003571	Tätigkeit unter dem Ausbildungsniveau,

Test	p-Wert	Bonferroni-Holm-Schranke	Merkmal
			ja/nein
Pearsons χ^2	0.02561024	0.003846	Verkehrsdelikte mit Alkohol, ja/nein
Pearsons χ^2	0.03259428	0.004167	generell keine Partnerschaften, ja/nein
Pearsons χ^2	0.05256874	0.004545	Hausstand, alleine/nicht alleine
Pearsons χ^2	0.05828439	0.005	arbeitslos, ja/nein
Pearsons χ^2	0.07085256	0.005556	Erwerbstätigkeit, ja/nein
Pearsons χ^2	0.08923064	0.00625	feste Partnerschaft, ja/nein
Pearsons χ^2	0.09532365	0.007143	gebesserter BDI, ja/nein
Pearsons χ^2	0.11197999	0.008333	Lebererkrankung, ja/nein
Pearsons χ^2	0.36202034	0.01	Veränderung der sozialen Integration
Pearsons χ^2	0.43432176	0.0125	BDI, Einteilung in zwei Gruppen
Pearsons χ^2	0.4492038	0.016667	Tägl. Zigarettenkonsum, Einteilung
Pearsons χ^2	1	0.025	Geschlecht
Pearsons χ^2	1	0.05	andere organische Erkrankungen , ja/nein

Tabelle 29: Signifikanzüberprüfung, Prognosefaktoren, dauerhaft abstinente Patienten (Merkmalsausprägung 1993/94).

Test	p-Wert	Bonferroni-H.-Schranke	Merkmal
Pearsons χ^2	0.00177179	0.001163	Regulärer Abschluss des ambulanten Jahres
Pearsons χ^2	0.00692047	0.00119	Familiäre Belastung
Pearsons χ^2	0.00948427	0.00122	Stationäre Entgiftungen
Pearsons χ^2	0.02011474	0.00125	Prognose des Arztes hinsichtlich längerer Abstinenz
Likelihood-Quotient	0.02651121	0.001282	GAF-Skala
Pearsons χ^2	0.06060617	0.001316	Medikamentenmissbrauch
Likelihood-Quotient	0.10018548	0.001351	Dauer der Abhängigkeit
Pearsons χ^2	0.1213501	0.001389	keine Partnerschaften, ja/nein
Pearsons χ^2	0.12194905	0.001429	Erwerbstätig, ja/nein
Pearsons χ^2	0.13298853	0.001471	Teilnahme der Angehörigen an der Angehörigengruppe
Likelihood-Quotient	0.14032868	0.001515	Beginn Abhängigkeit (Alter)
Pearsons χ^2	0.14616013	0.001563	Soziale Integration (Skala)
Likelihood-Quotient	0.15645829	0.001613	Suizidversuche
Pearsons χ^2	0.15920896	0.001667	MALT-Summe
Pearsons χ^2	0.21638501	0.001724	Nicht-alkoholbedingte organische Erkrankungen
Pearsons χ^2	0.21777793	0.001786	Komorbidität
Likelihood-	0.23036986	0.001852	Wochen vollständiger Abstinenz im

9. Anhang

Test	p-Wert	Bonferroni-H.-Schranke	Merkmal
Quotient			Jahr vor Aufnahme
Likelihood-Quotient	0.2382956	0.001923	GABS-Summenwert
Pearsons χ^2	0.24223519	0.002	feste Partnerschaft, ja/nein
Pearsons χ^2	0.24405564	0.002083	Leitsymptom der Abhängigkeit
Likelihood-Quotient	0.30004815	0.002174	Alkoholbedingte Verkehrsdelikte
Pearsons χ^2	0.35436155	0.002273	Veranlassung der Aufnahme
Pearsons χ^2	0.3887057	0.002381	Arbeitslos, ja/nein
Pearsons χ^2	0.39427066	0.0025	Therapiemotivation (Einschätzung des Arztes)
Pearsons χ^2	0.39620891	0.002632	Kinder
Pearsons χ^2	0.4003274	0.002778	Nikotinabhängigkeit
Pearsons χ^2	0.43142812	0.002941	Geschlecht
Pearsons χ^2	0.43517011	0.003125	Dauer der Abstinenz vor Aufnahme (Tage)
Pearsons χ^2	0.50256704	0.003333	Prognose des Teams hinsichtlich längerer Abstinenz
Likelihood-Quotient	0.5801343	0.003571	Mittlere tägl. Trinkmenge im Jahr vor Aufnahme
Pearsons χ^2	0.59767196	0.003846	Berufsabschluss, ja/nein
Likelihood-Quotient	0.63981979	0.004167	Beginn Alkoholmissbrauch (Alter)
Pearsons χ^2	0.66542817	0.004545	Toleranzveränderungen
Pearsons χ^2	0.71213893	0.005	Amnestische Episoden
Pearsons χ^2	0.71311938	0.005556	Krampfanfälle
Pearsons χ^2	0.75754929	0.00625	Krankheitseinsicht (Einschätzung des Arztes)
Likelihood-Quotient	0.82313779	0.007143	BDI-Durchschnittswerte
Likelihood-Quotient	0.834319	0.008333	Mittlere tägl. Trinkmenge in 5 Jahren vor Aufnahme
Pearsons χ^2	0.85167815	0.01	Alkoholfolgeerkrankungen
Pearsons χ^2	0.91471311	0.0125	Depressivität (Schweregrad anhand des BDI)
Likelihood-Quotient	0.92572529	0.016667	Alter
Pearsons χ^2	0.93553107	0.025	Abstinenzperioden in 2 Jahren vor Aufnahme
Pearsons χ^2	0.94525222	0.05	CGI: schwer vs. nicht schwer

9.2 Abbildungen des Ergebnisteils

Abbildung 20: Prognosefaktoren, Abstinenzprognose, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.

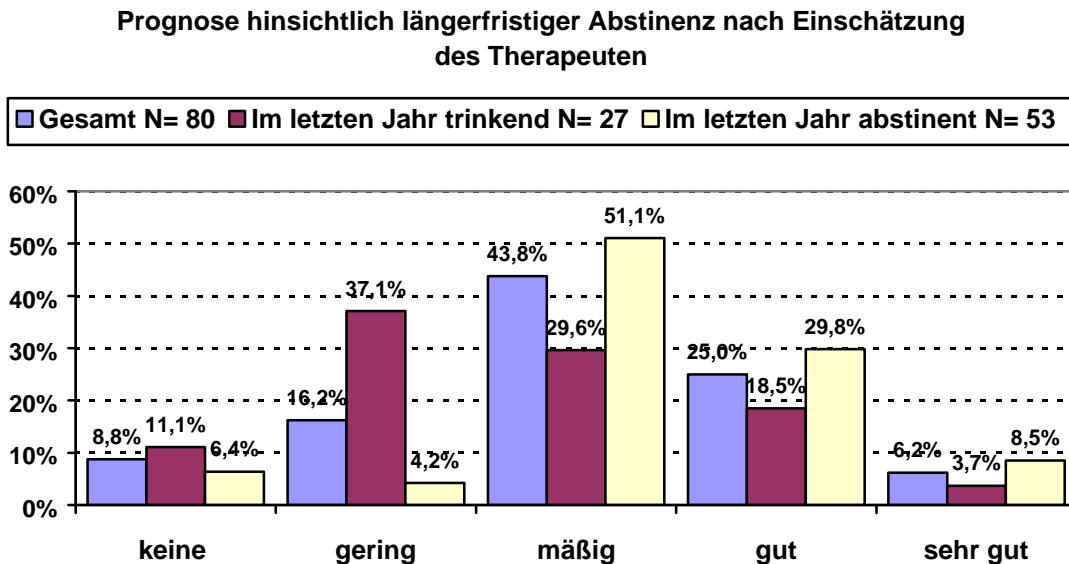


Abbildung 21: Prognosefaktoren, CGI, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.

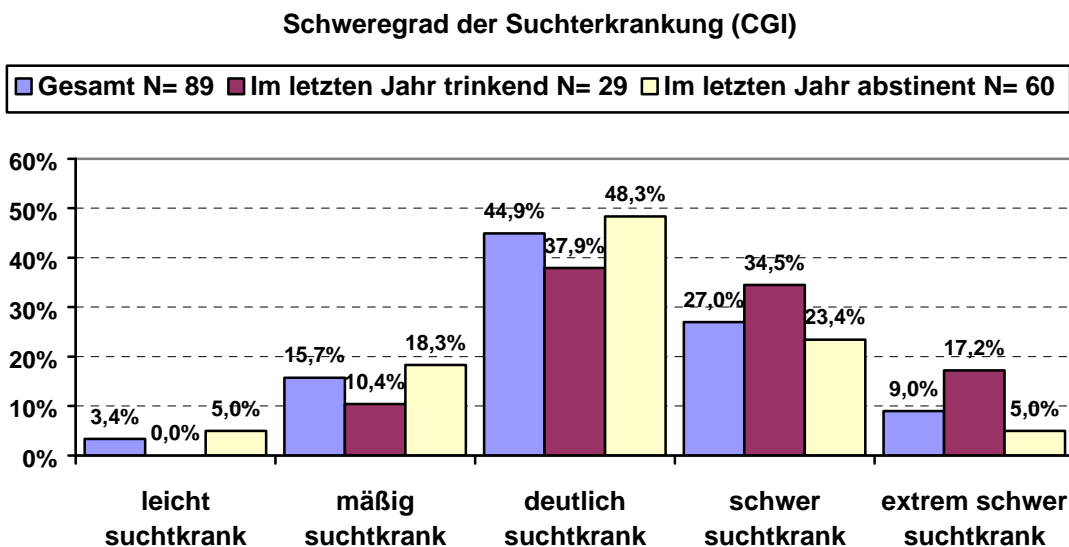


Abbildung 22: Prognosefaktoren, Therapiemotivation, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.

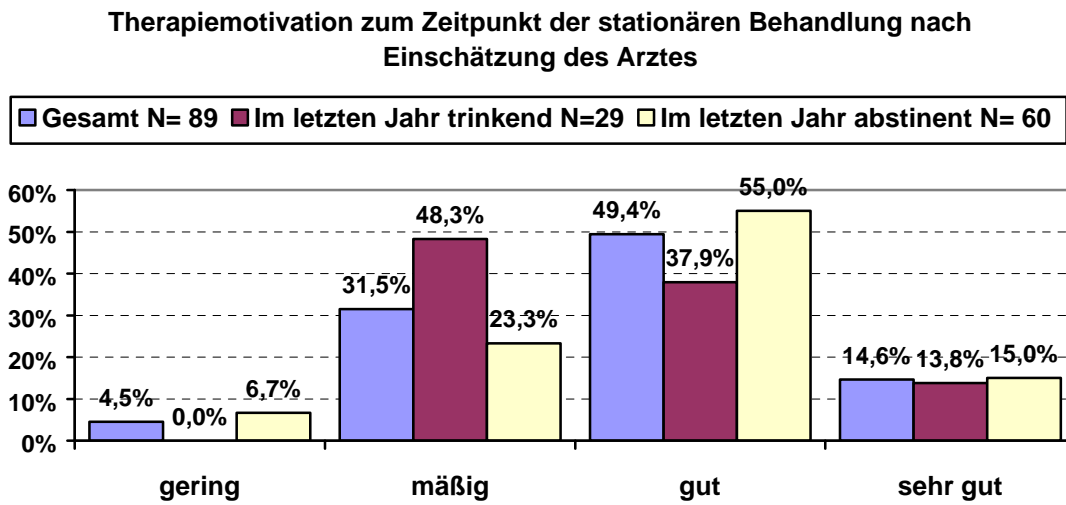


Abbildung 23: Prognosefaktoren, BDI, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.

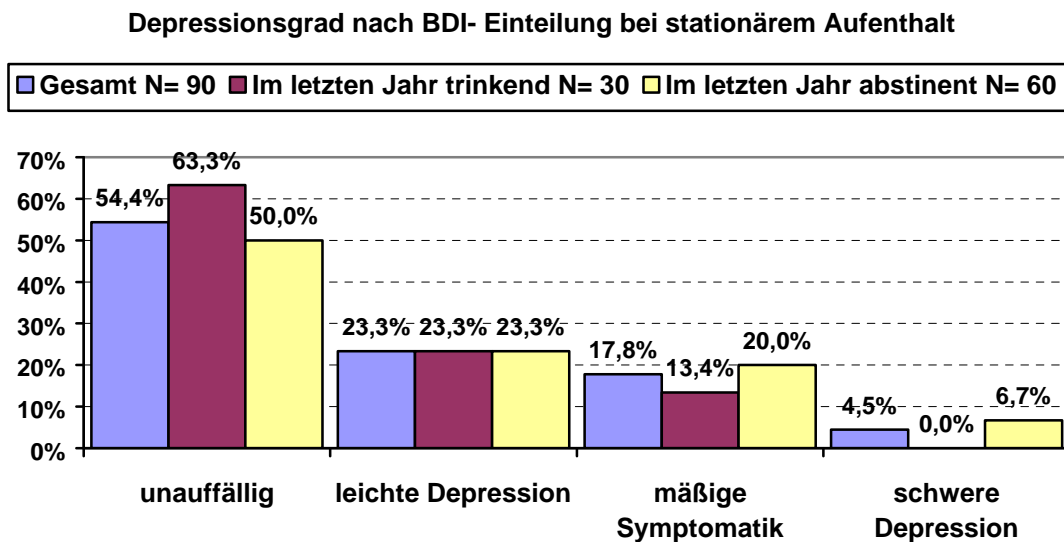


Abbildung 24: Prognosefaktoren, Krankheitseinsicht, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.

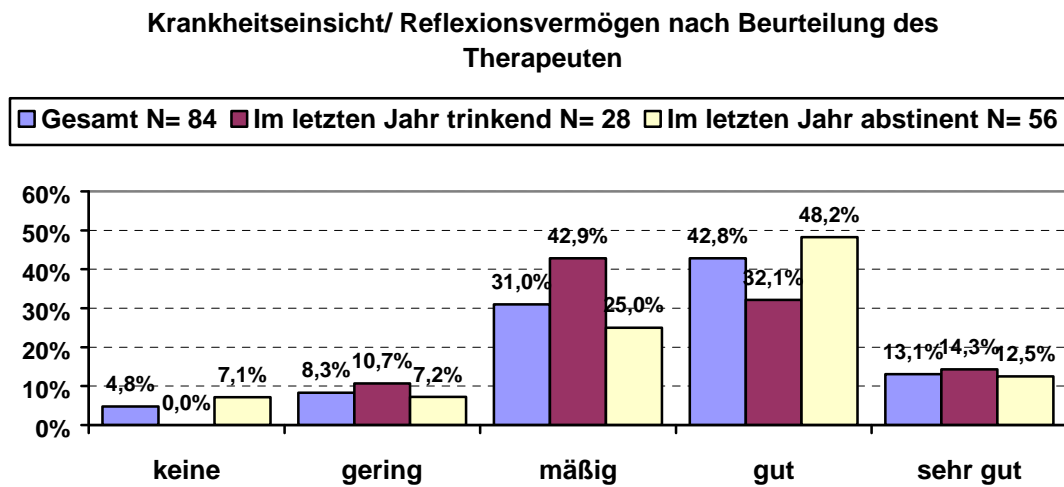


Abbildung 25: Prognosefaktoren, Partnerschaftssituation, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.

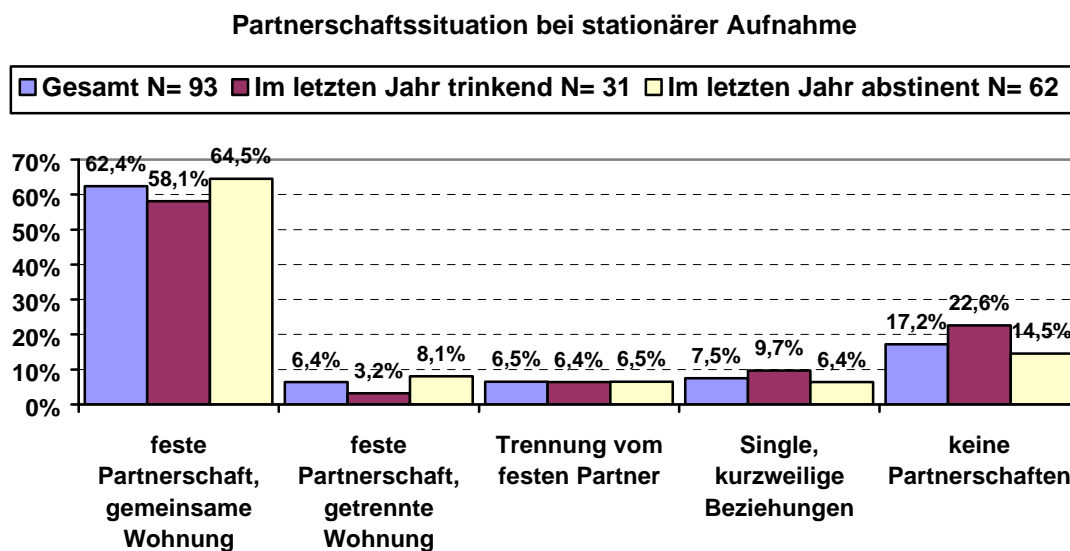


Abbildung 26: Prognosefaktoren, Familiäre Belastung, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.

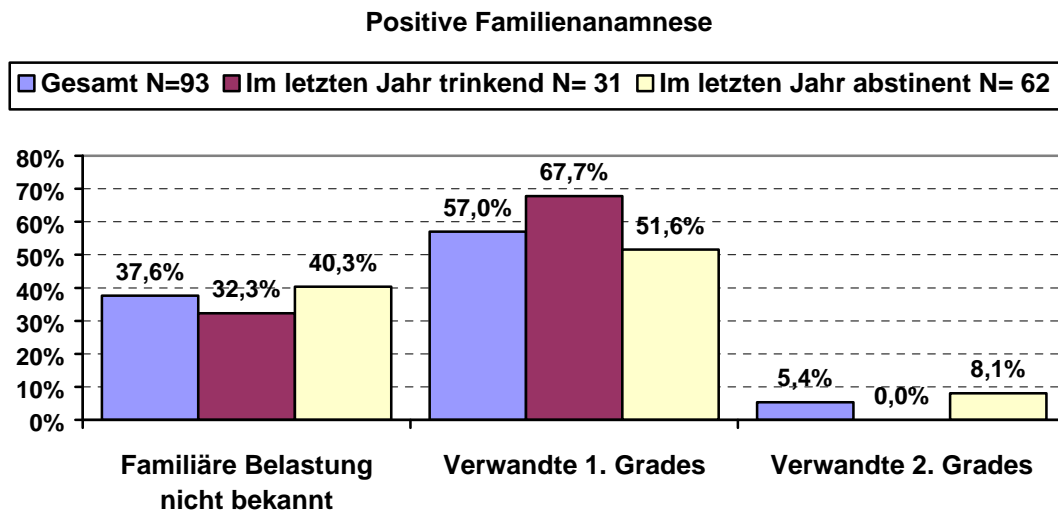


Abbildung 27: Prognosefaktoren, Altersklassen, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.

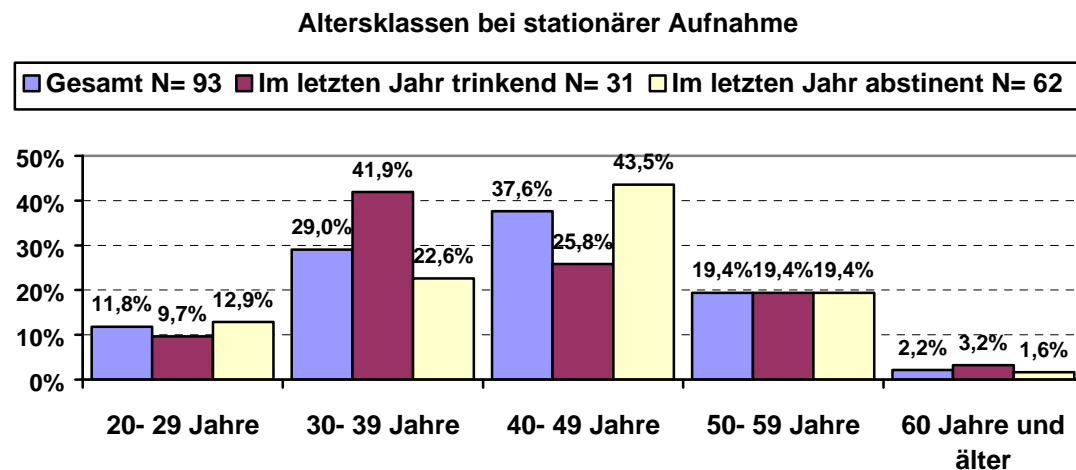


Abbildung 28: Prognosefaktoren, Berufsausbildung, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.

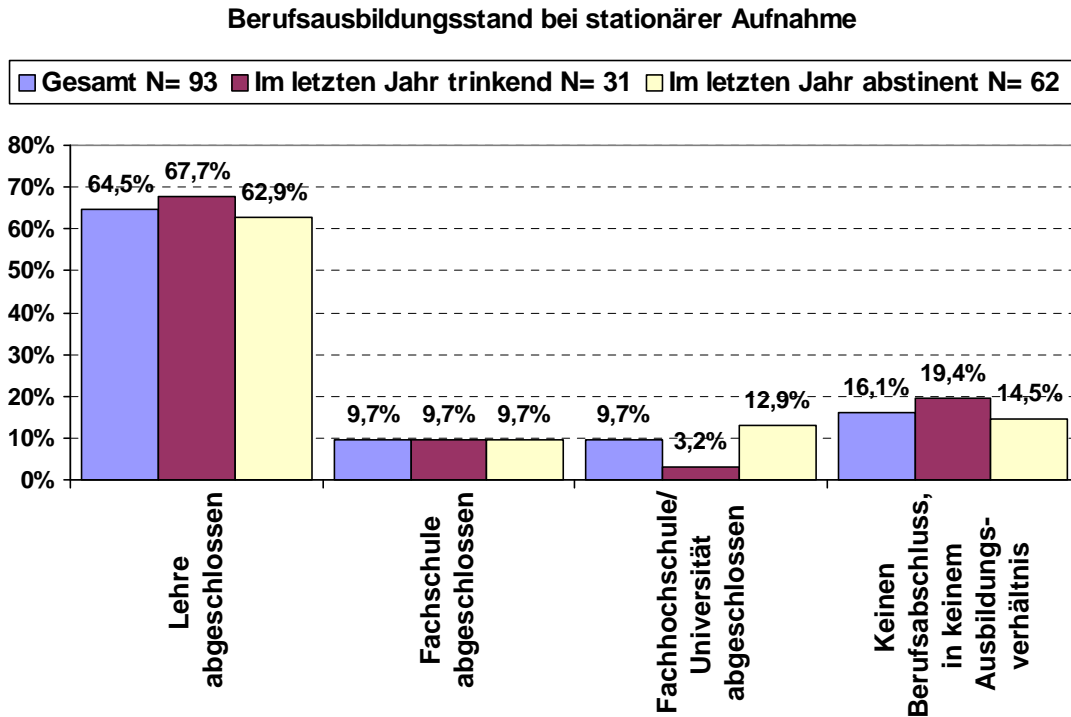


Abbildung 29: Prognosefaktoren, Abstinenzperioden, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.

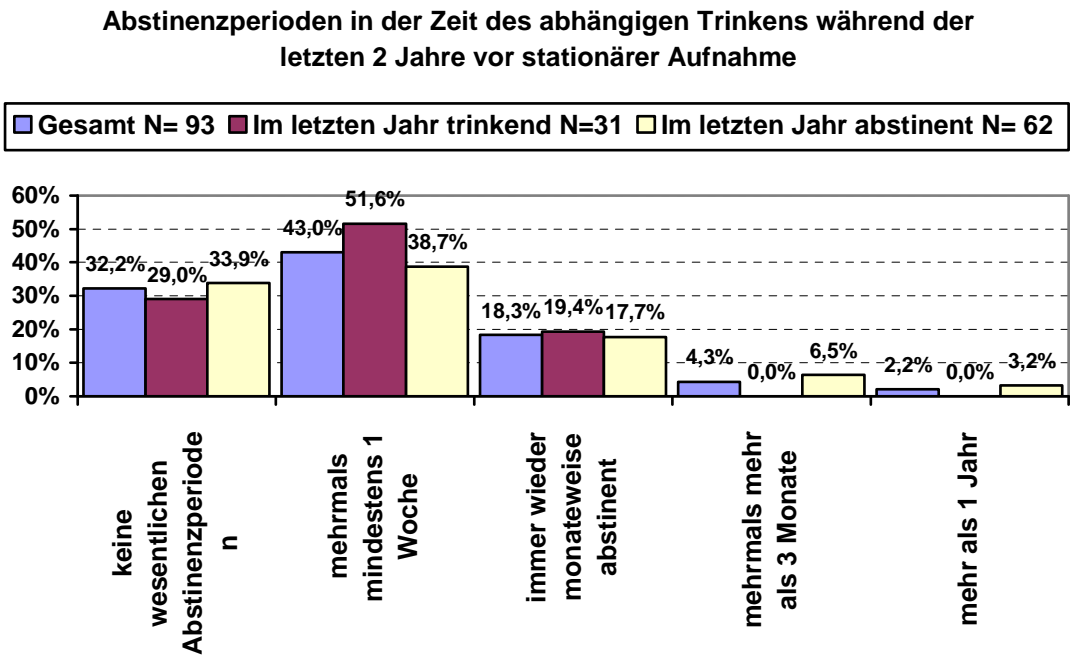


Abbildung 30: Prognosefaktoren, Diagnosenklassifikation, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.

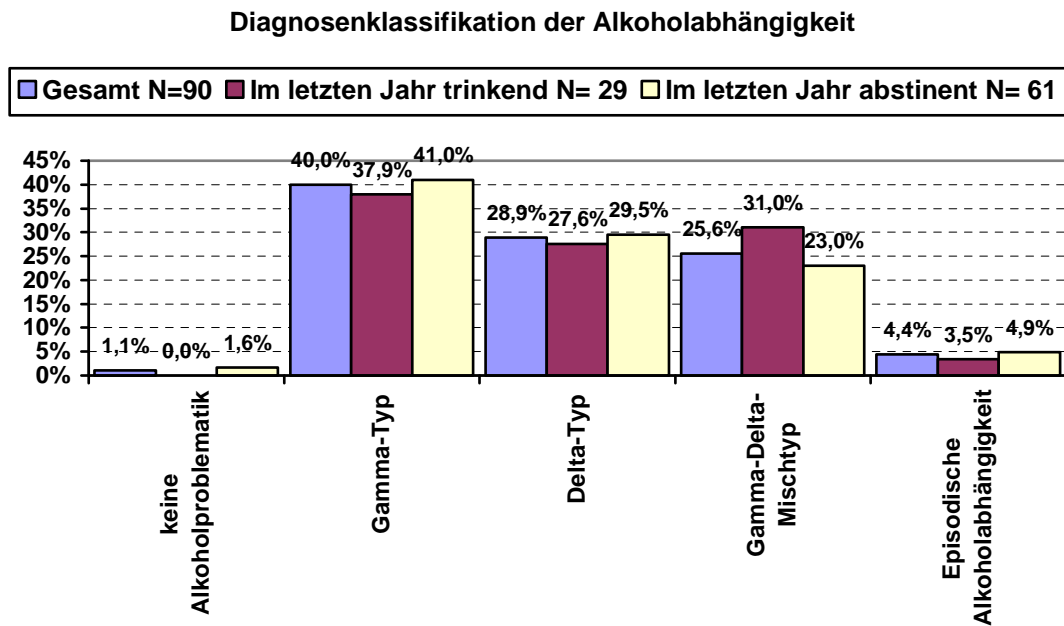


Abbildung 31: Gruppenvergleich, Partnerschaftssituation zum Katamnesezeitpunkt: N=93.

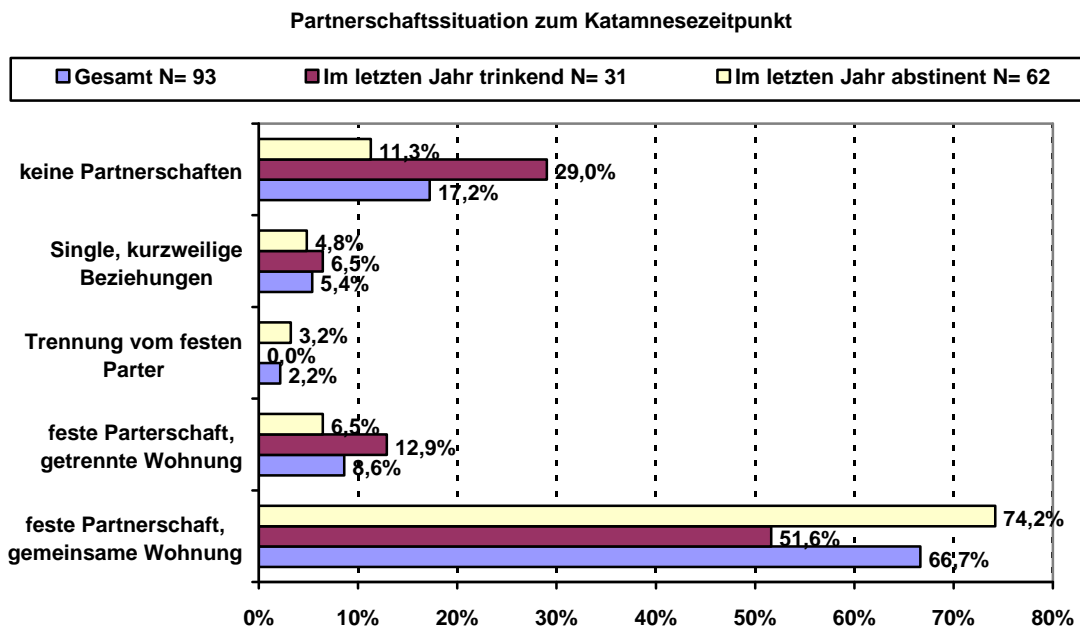


Abbildung 32: Alkoholfolgeerkrankungen zum Katamnesezeitpunkt 2004, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.

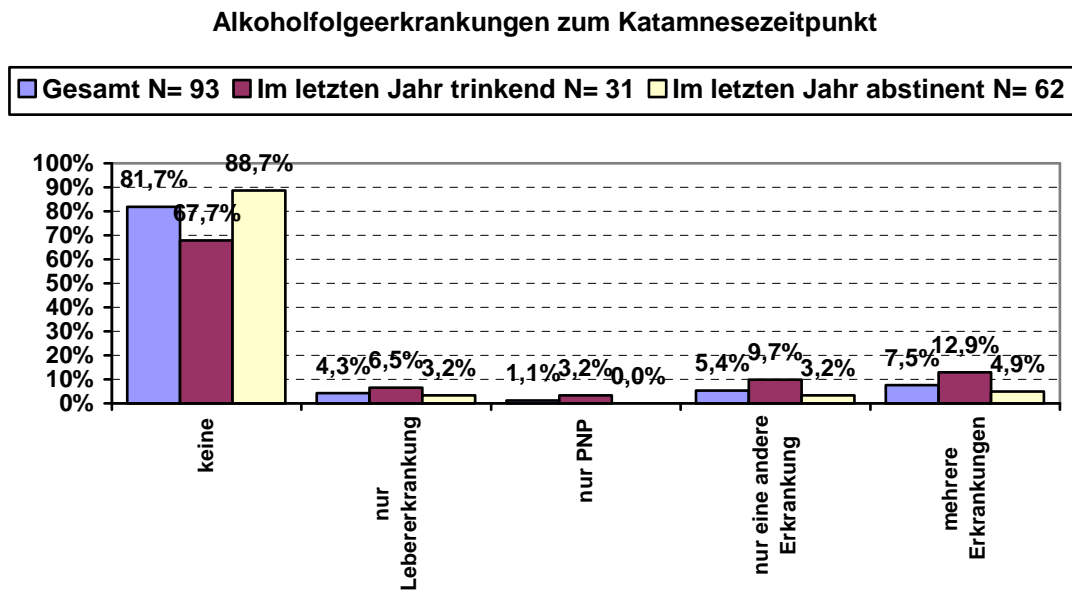


Abbildung 33: Hausstand zum Katamnesezeitpunkt 2004, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.

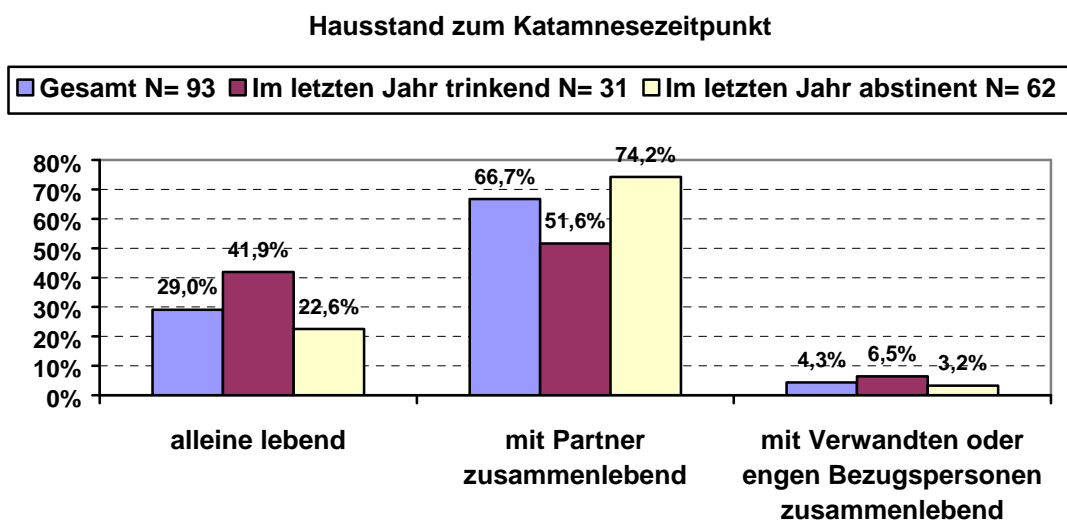


Abbildung 34: Soziale Integration zum Katamnesezeitpunkt 2004, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.

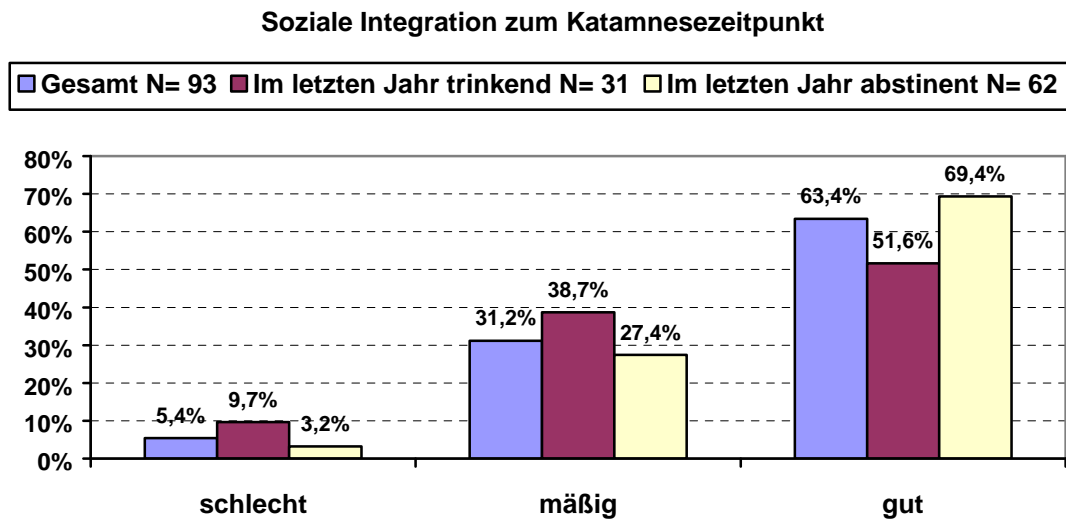


Abbildung 35: BDI- Einteilung zum Katamnesezeitpunkt 2004, Abstinenz im letzten Jahr vor Katamnese.

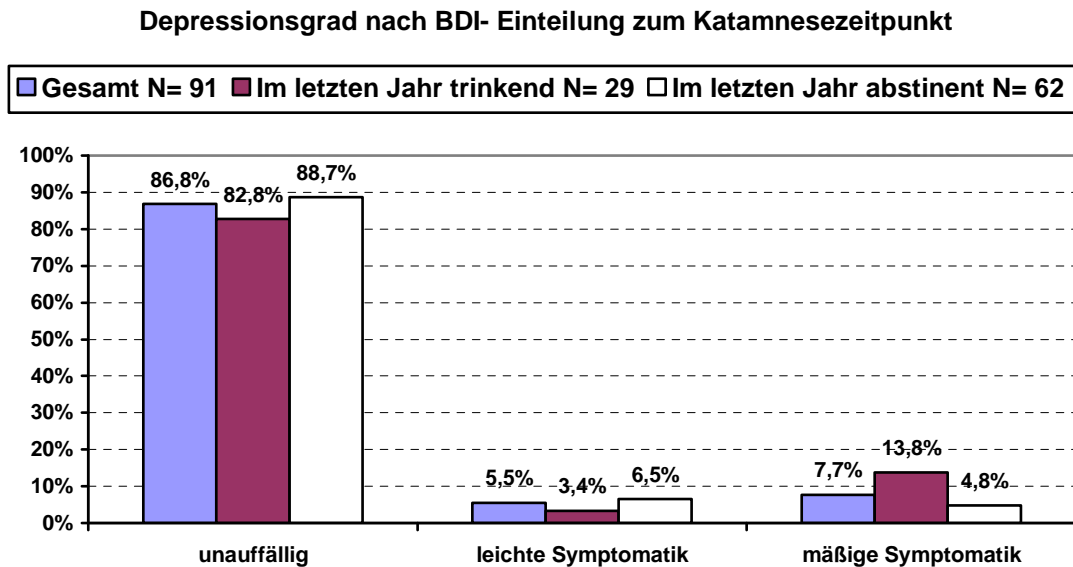


Abbildung 36: Prognosefaktoren, Rückfällige/Abstinente, Partnerschaftssituation, N=176.

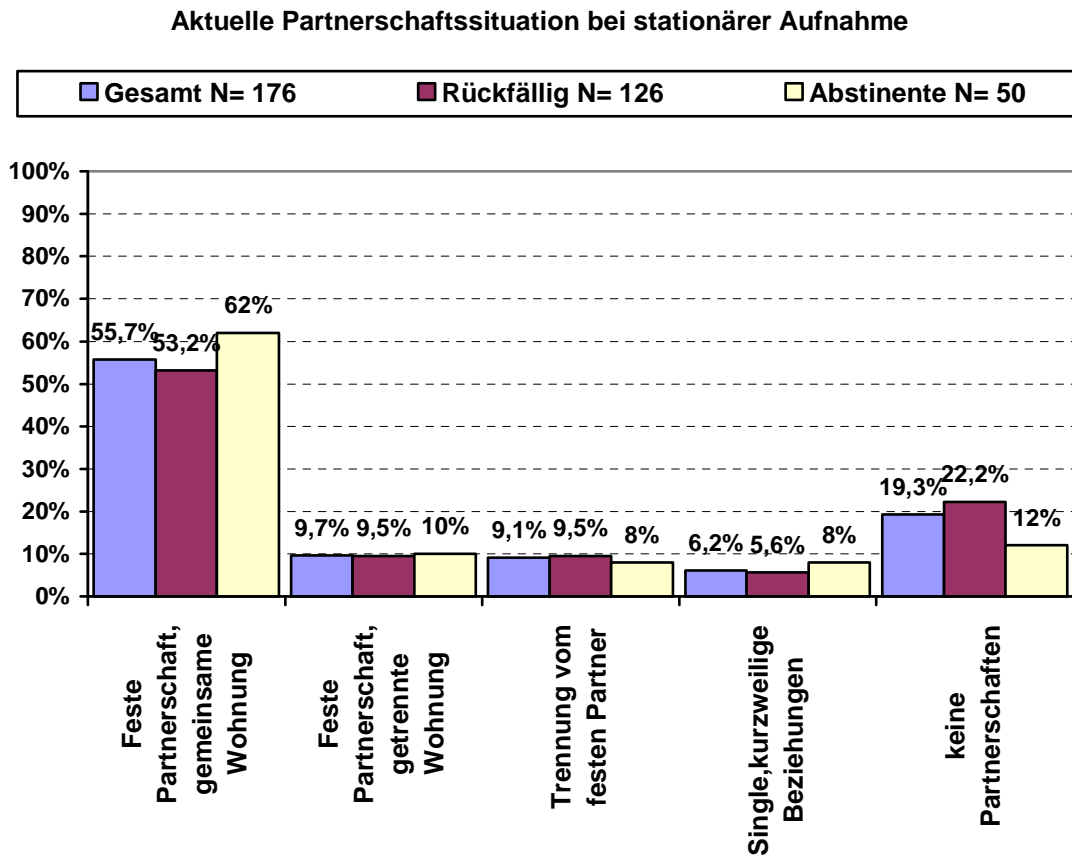


Abbildung 37: Prognosefaktoren, Rückfällige/Abstinente, Angehörigengruppe, N=164.

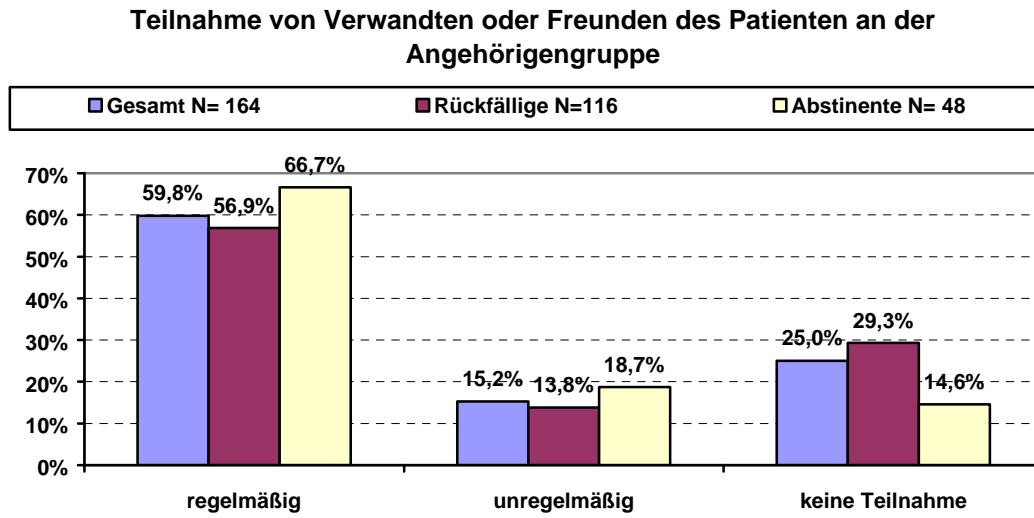


Abbildung 38: Prognosefaktoren, Leitsymptom der Abhängigkeit bei stationärer Aufnahme, dauerhaft abstinent.

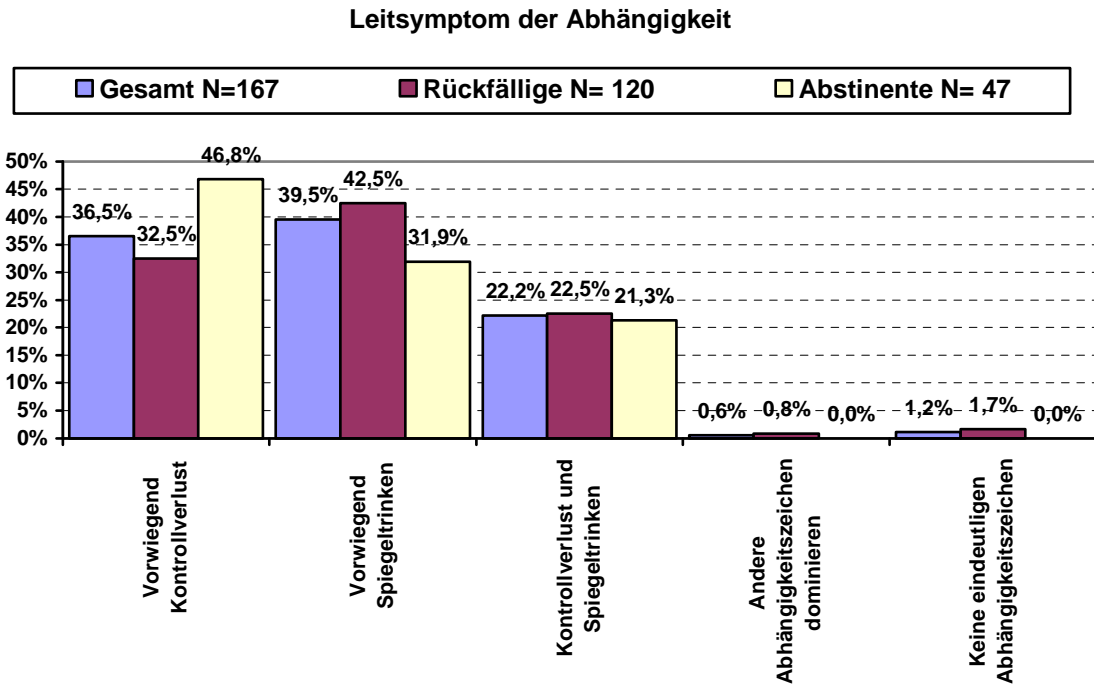


Abbildung 39: Prognosefaktoren, Abstinenzperioden, dauerhaft abstinent.

Abstinenzperioden in der Zeit des abhängigen Trinkens während der letzten 2 Jahre

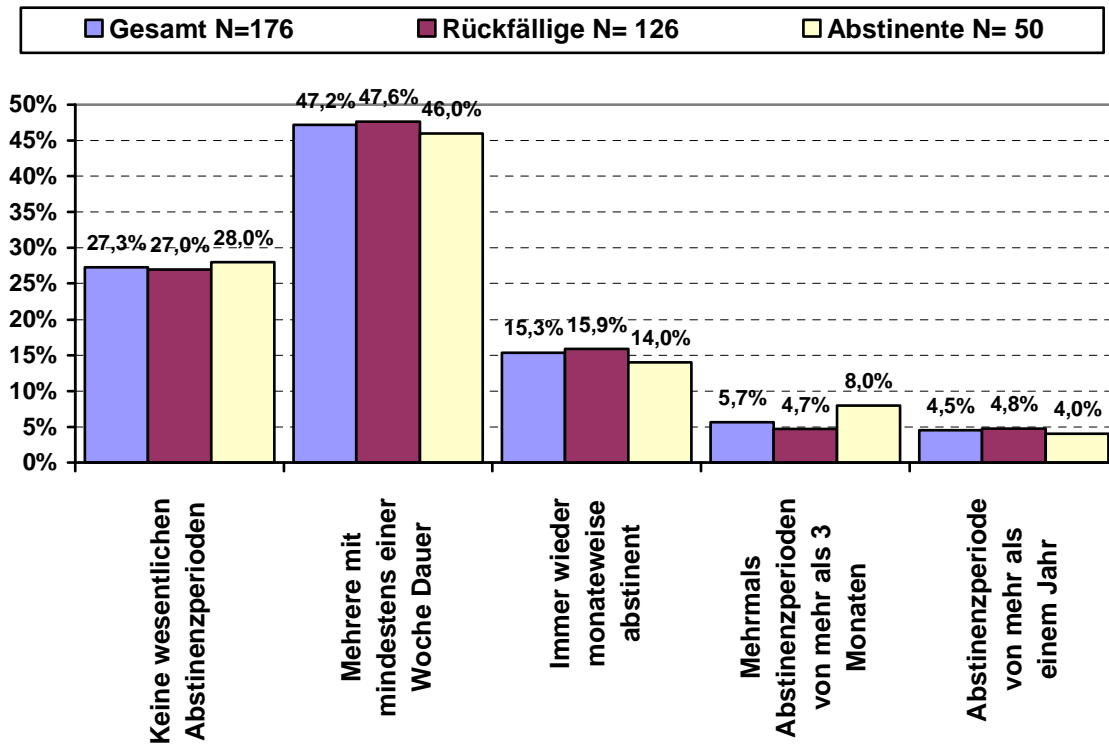


Abbildung 40: Prognosefaktoren, Nikotinabhängigkeit, dauerhaft abstinent

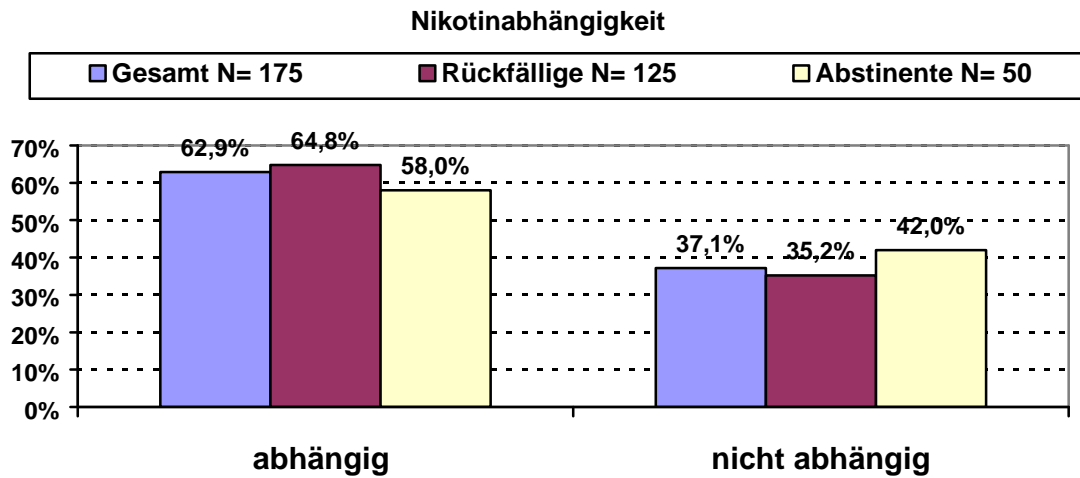


Tabelle 30: Verlauf der Frauen, die im letzten Jahr vor Katamnese weniger als sieben Trinktage hatten; N=18.

Frauen	Stat. EG vor der Therapie	Stat. EW vor der Therapie	Anzahl der Rückfälle seit Therapie	Anzahl der Trinkmonate seit Therapie	Stat. EG seit Therapie	Stat. EW seit Therapie	Selbsthilfegruppe (Monate)
1	0	0	1	0	0	0	12
2	0	0	1	0	0	0	18
3	0	0	1	0	0	0	0
4	1	0	3	0	0	0	0
5	0	0	1	0	0	0	1
6	1	0	1	1	1	1	12
7	1	0	5	1	3	1	36
8	0	0	5	2	2	0	6
9	1	0	1	6	0	1	0
10	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0
16	1	0	0	0	0	0	0
17	1	0	0	0	0	0	0
18	1	1	0	0	0	0	0

Tabelle 31: Verlauf der Frauen, die im letzten Jahr mindestens sieben Trinktage hatten; N=9; EG = Entgiftung, EW = Entwöhnung

Frauen, fortlaufende Nummerierung	stat. EG vor Therapie	stat. EW vor Therapie	Anzahl d. Rückfälle seit Therapie	Trinkmonate seit der Therapie	stat. EG seit Therapie	stat. EW seit Therapie	Anzahl der Trinkwochen im letzten Jahr vor Katamnese
1	4	1	25	3	0	0	1
2	1	0	1	120	2	0	52
3	2	2	30	60	0	0	30
4	1	0	2	4	0	0	15
5	0	0	2	108	0	0	12
6	0	0	3	34	0	1	43
7	1	0	1	60	0	0	52
8	0	0	2	84	4	1	49
9	3	1	60	86	1	1	26

Tabelle 32: Gegenüberstellung der Prognosefaktoren; * = signifikant nach Adjustierung; N= Anzahl der Patienten; Merkmalsausprägung zum Therapiezeitpunkt.

Merkmal	p-Wert (Frauengruppe, siehe 4.5.3; N=27)	p-Wert (befragte Gruppe, siehe 4.6.1; N=93)	p-Wert (Rückfällig/dauerhaft abstinent, siehe 4.6.2; N=176)
Abstinenzprognose des Arztes	0.002*	0.0006*	0.02
Beendigung des ambulanten Jahres	0.01	0.02	0.002
Teilnahme der Angehörigen an Seminaren	0.003	0.02	0.13
Stationäre Entgiftungen	nicht geprüft	0.015	0.009
GAF	0.11	0.004	0.027
Familiäre Belastung	0.39	0.45	0.007
CGI-Einteilung	nicht geprüft	0.03	0.95
Max. tägl. Trinkmenge im letzten Jahr	0.004	nicht geprüft	nicht geprüft
Medikamentenmissbrauch	0.19	0.151	0.06
Abstinenzprognose des Teams	0.21	0.07	0.5
Delirien in Vorgeschichte	nicht geprüft	0.08	nicht geprüft
Keine Partnerschaften	0.08	0.33	0.12
Feste Partnerschaft ja/nein	0.27	0.27	0.24
Lebensalter bei Therapie	nicht geprüft	0.811	0.926
Geschlecht	-	1	0.43
Mittlere tägl. Trinkmenge im letzten Jahr	nicht geprüft	0.96	0.58

9.3 Fragebögen (Katamnese)

FRAGEBOGEN FÜR PROBAND

- a) Patienten-Nummer _ _ _ _ _
- b) Verwaltungsnummer _ _ _ _ _
- c) Aufnahme datum _ . _ . _ . _
- d) Entlassungsdatum..... _ . _ . _ . _
- e) Verweildauer..... _ _ _ _ _
- f) Geburtsdatum _ . _ . _ . _
- g) Alter..... _ _
- h) Geschlecht: männlich=1, weiblich=2..... _
- i) Patientennummer bei voriger Aufnahme (nicht zutreffend=A00000) _ _ _ _ _

- 1. Anzahl der Entgiftungs- und Suchtbehandlungen auf Station B6: _ _
- 2. Anzahl der Kriseninterventionen nach 6-wöchiger B6- Therapie: _ _

- 3. Familienstand: ledig = 1
 verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend = 2
 verheiratet, vom Ehepartner getrennt lebend = 3
 geschieden = 4
 verwitwet =5

- 4. aktuelle Partnerschaftssituation:
 feste Partnerschaft, gemeinsame Wohnung = 1
 feste Partnerschaft, getrennte Wohnung = 2
 Trennung vom festen Partner = 3
 „Single“ (kurzfristige bzw. zeitweilige Beziehungen) = 4
 keine Partnerschaften = 5

- 5. Hausstand bzw. soziale Integration:
 allein lebend = 1
 im Heim lebend = 2
 mit Ehemann/-Frau bzw. Lebensgefährten/-in zusammenlebend = 3
 mit Verwandten oder engen Beziehungspersonen zusammenlebend = 4
 (Eltern, Geschwistern, Kindern, Großeltern, Wohngemeinschaft;
 aber o h n e Ehepartner bzw. Lebensgefährten)

- 6. Wohnverhältnisse: Eigenheim bzw. Eigentumswohnung = 1
 Mietwohnung = 2
 Zimmer (zur Untermiete bzw. fester Heimplatz) = 3
 ohne festen Wohnsitz = 4 (auch Männerwohnheim,
 Übernachtungsheim u.ä.)

7. Berufsausbildung: Abschlüsse, die in den letzten 10 Jahren hinzukamen
Anmerkung: Bitte immer die abgeschlossene Berufsausbildung markieren, auch wenn sich der Patient z.Zt. in einem weiteren Ausbildungsverhältnis befindet.

Lehre abgeschlossen = 1

Fachschule abgeschlossen = 2

Fachhochschule bzw. Universität abgeschlossen = 3

z.Zt. in Lehre, Fachschule, Fachhochschule bzw. Universität, aber keine abgeschlossene Berufsausbildung = 4

Kein Berufsabschluss = 5

(Lehre, Fachschule, Fachhochschule bzw. Universität)

8. Erwerbstätigkeit:

Anmerkung: eine bezahlte Berufsausbildung (z.B. Lehre) gilt als erwerbstätig.

Selbständige: je nach Umfang der Tätigkeit bei 1 oder 2 zuordnen

Voll erwerbstätig (mehr als 20 Stunden pro Woche bezahlter Tätigkeit) = 1

Teilweise erwerbstätig (10-19 Stunden pro Woche bezahlter Tätigkeit) = 2

z.Zt. in Schule, Fachschule, Fachhochschule, Universität o.ä. = 3

Hausfrau/ Hausmann = 4 (betragen die Wochenstunden 10-19 Stunden bei zusätzlicher Berufstätigkeit, dann bitte markieren bei teilweise erwerbstätig = 2)

Rentner = 5 (betragen die Wochenstunden 10-19 Stunden bei zusätzlicher Berufstätigkeit, dann bitte markieren bei teilweise erwerbstätig = 2)

arbeitslos = 6

Frührentner (Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente) = 8

(betragen die Wochenstunden 10-19 Stunden bei zusätzlicher Berufstätigkeit, dann bitte markieren bei teilweise erwerbstätig = 2)

9. Wie viele Wochen war der Patient in den letzten 12 Monaten in einem Beschäftigungsverhältnis?

Anmerkung: Bitte jede bezahlte Tätigkeit von mindestens 10

Wochenstunden berücksichtigen (auch, wenn krankgeschrieben).

Wochen:.....

10. Entspricht die derzeitige berufliche Tätigkeit dem Ausbildungsstand?

(Einschätzung des Befragers):

Tätigkeit liegt über dem Ausbildungsniveau = 1

Tätigkeit entspricht dem Ausbildungsstand = 2

Tätigkeit liegt unter dem Ausbildungsniveau = 3

unklar = 4

Rückfälle in den letzten 10 Jahren:

11. Anzahl der Rückfälle (gemeint ist jeder Konsum; zwischen zwei Rückfällen muss mindestens ein Monat Abstinenz liegen): . ---
12. in welchem Jahr nach Entlassung von der Station B6 war der erste Rückfall? ---
13. Gesamtdauer der Trinkzeit in Monaten: ---
14. Gesamtdauer der Abstinenz in Monaten: ---

Rückfälle im letzten Jahr:

15. Anzahl der Rückfälle (jeder Konsum; mindestens ein Monat Abstinenz zwischen zwei Rückfällen): ---
16. Gesamtdauer der Trinkzeit in Wochen: ---
17. Gesamtdauer der Abstinenz in Wochen: ---

Suchtbehandlungen in den letzten 10 Jahren:

18. Anzahl der stationären Aufnahmen als Notfall: ---
19. Anzahl der stationären Entgiftungen: ---
20. Anzahl der Entwöhnungstherapien (stationär/ ambulant): ---
21. Gesamtzeit der Teilnahme an Selbsthilfegruppen in den letzten 10 Jahren in Monaten ---
22. Gesamtzeit der Teilnahme an Selbsthilfegruppen im letzten Jahr in Wochen: ---

23. Trinkmengen im letzten Monat:

Pro Tag	Angabe: Liter/ Tag	
	maximale Trinkmenge	durchschnittliche Trinkmenge
Bier:	---	---
Wein:	---	---
Most:	---	---
Schnaps:	---	---
Synthetischer Alkohol:	---	---
Andere Sorten:	---	---

Klartext andere Sorten: _____

Klartext Trinkgewohnheiten: _____

Maximal	Gramm-Angabe/ Tag	durchschnittlich
---	Bier	---
---	Wein	---
---	Most	---
---	Schnaps	---
---	Synthetischer Alkohol	---
---	Andere Sorten Alkohol	---
---	GESAMTSUMME	---

24. Amnestische Episoden: sind in den letzten 10 Jahren vorgekommen = 1
sind nicht vorgekommen = 0 —
25. Delirium tremens:
(Halluzinationen, Illusionen, Denkstörungen, Orientierungsstörungen,
Bewusstseinsstörungen, Tremor, Tachykardie, Temperaturanstieg)
Anzahl der Delirien in den letzten 10 Jahren:.....
sind nicht vorgekommen = 00 — —
26. Krampfanfälle: Anzahl der Krampfanfälle in den letzten 10 Jahren:
sind nicht vorgekommen = 00 — —
27. Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken in den letzten 10 Jahren:
(Alkoholprobleme ausgenommen. Z.B. wegen Depression, Schizophrenie,
Persönlichkeitsstörungen etc.) Anzahl:..... nicht bekannt = 99 — —
28. Suizidversuche sind in den letzten 10 Jahren bekannt:
Anzahl der Suizide:..., nicht bekannt = 99 — —
29. Einnahme von illegalen Drogen in den letzten 10 Jahren in „relevanter
Menge“, d.h. mehr als 5 mal:
nur Heroin = 1 —
nur Haschisch = 2
andere illegale Drogen = 3
Polytoxikomanie = 4
keine illegalen Drogen = 0
Klartext: (bitte ausführen, welche Drogen mehr als 5 mal genommen
wurden) _____

Einnahme von Medikamenten, die eine Abhängigkeit verursachen können, in
den letzten 10 Jahren in relevanter Menge:

Anmerkung: nicht markieren, wenn der Patient während einer akuten
Erkrankung, die nicht länger als 4 Wochen gedauert haben darf, eines dieser
Medikamente auf ärztliche Anordnung hin eingenommen hat. J e d e
Einnahme über den Zeitraum von 4 Wochen hinaus, auch auf ärztliche
Anordnung, ist zu markieren.

30. Benzodiazepine: nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 —
31. Amphetamine oder andere Aufputschmittel:
nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 —
32. Jede Form von Schmerzmitteln: nicht zutreffend = 0,
zutreffend = 1 —

Klartext: _____

Sonstige Medikamenteneinnahme in den letzten 10 Jahren

33. andere Psychopharmaka: nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 _____

wenn ja: Klartext: _____

34. alle anderen Medikamente: nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 _____

wenn ja: Klartext: _____

a) wenn ja: Anzahl der Monate, in denen die Medikamente eingenommen wurden: _____

Medikamenteneinnahme im letzten Jahr

35. Psychopharmaka: nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 _____

wenn ja: Klartext: _____

36. alle anderen Medikamente: nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 _____

wenn ja: Klartext: _____

a) wenn ja: Anzahl der Wochen, in denen Medikamente eingenommen wurden: _____

37. Nikotinkonsum: (seltener Nikotinkonsum = 0) _____

nicht zutreffend = 0, Anzahl pro Tag: 1-5 Zigaretten pro Tag = 1

6-20 Zigaretten pro Tag = 2

über 20 Zigaretten pro Tag = 3

38. Kamen in den letzten 10 Jahre neue Substanzen mit Suchtpotential hinzu? _____

Trifft zu = 1; trifft nicht zu = 0

Wenn ja: Klartext: _____

Verkehrsdelikte in den letzten 10 Jahren:

39. ohne Alkohol: keine Verkehrsdelikte = 0, Anzahl:..... _____

40. mit Alkohol: keine Verkehrsdelikte = 0, Anzahl:..... _____

41. Promillegehalt beim alkoholbedingten Verkehrsdelikt:

1. Delikt: __, __ __ 2. Delikt: __, __ __ 3. Delikt: __, __ __

(Promillegehalt nicht bekannt = 999)

42. Führerscheinenzug in den letzten 10 Jahren: _____

hatte nie einen Führerschein = 9

kein Führerscheinenzug = 0, Anzahl:.....

43. Begutachtung der Verkehrseignung: _____

Gutachten durchgeführt: Verkehrseignung gegeben = 1

Gutachten durchgeführt: Verkehrseignung nicht gegeben = 2

Keine Begutachtung = 0

44. andere Delikte in den letzten 10 Jahren: _____
schweres Gewaltverbrechen = 5 (Tötung, Raub, schwere Körperverletzung)
Einfache Körperverletzung = 4 (Kneipenschlägerei etc.)
Eigentumsdelikte = 3 (Diebstahl, Fälschung etc.)
Straßenverkehrsdelikte = 2
Andere Delikte = 1 Keinerlei Delikte = 0
45. Zufriedenheit mit dem körperlichen Zustand: _____
sehr zufrieden = 1
zufrieden = 2
eher zufrieden = 3
eher unzufrieden = 4
unzufrieden = 5
sehr unzufrieden = 6
- Sind Alkoholfolgeschäden bekannt?
46. Lebererkrankung: _____
Fettleber = 1
Hepatitis = 2
Zirrhose = 3
Lebererkrankung, nicht näher bezeichnet = 4
keine Lebererkrankung = 0
47. Polyneuropathie: _____
nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1
48. Sonstige internistische und/oder chirurgische Alkoholfolgekrankheiten: _____
nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1
49. Einstellung der Partnerin/ des Partners zum derzeitigen Trinkverhalten _____
des Patienten (nach Aussage des Patienten):
unterstützend = 1
gleichgültig = 2
kritisch = 3
ständiger Streit wegen des Alkoholkonsums = 4

SELBSTBEURTEILUNGSBOGEN DES PATIENTEN

Fragebogen nach Fichter und Frick:

Im folgenden finden Sie einige Aussagen über Ihre Gesundheit und Behandlung. Bitte sehen Sie, inwieweit jede der Feststellungen für Sie zutrifft oder nicht und markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz. Es gibt weder richtige noch falsche Antworten. Die Antwort zu den Aussagen soll Ihre persönliche Meinung oder Erfahrung ausdrücken.

Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden und **k e i n e n** Einfluß auf Ihre weitere Behandlung haben.

Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig aus und lassen Sie keine Aussage aus.

	Trifft zu				
	voll und ganz	weitgehend	teilweise	kaum	gar nicht
1. Ich glaube, die anderen Menschen achten mich wegen meiner Alkoholprobleme weniger.	4	3	2	1	0
2. Medikamente verdecken die wahren Probleme und verhindern, dass sie richtig gelöst werden.	4	3	2	1	0
3. Eigentlich nehme ich ungern Medikamente.	4	3	2	1	0
4. Ich glaube, meine Alkoholkrankheit ist hauptsächlich erblich bedingt.	4	3	2	1	0
5. Eine sinnvolle Behandlung muss so angelegt sein, dass sie meine Lebensgewohnheiten nicht wesentlich verändert.	4	3	2	1	0
6. Es ist unwahrscheinlich, dass ich einen Rückfall ins Trinken erleide.	4	3	2	1	0
7. Ich brauche sehr die Unterstützung meiner Familie und Freunde, um weiter trocken zu bleiben zu können.	4	3	2	1	0
8. Auch mein Therapeut kann meinen Zustand nicht richtig beurteilen.	4	3	2	1	0
9. Im Wesentlichen bin ich körperlich und nicht seelisch krank.	4	3	2	1	0
10. In meinem Fall ist das Alkoholproblem nicht besonders groß.	4	3	2	1	0
11. Wenn ich später nicht aufpasse, kann leicht ein Rückfall kommen.	4	3	2	1	0
12. Wenn ich Beschwerden habe, denke ich als erstes daran, ein Medikament einzunehmen.	4	3	2	1	0
13. Ich informiere mich sehr genau über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten, die ich einnehme bzw. einnahm.	4	3	2	1	0

9. Anhang

	Trifft zu				
	voll und ganz	weit- gehend	teil- weise	kaum	gar nicht
14. Es gibt nichts, was mich wirklich gesund machen könnte.	4	3	2	1	0
15. Meine persönlichen Probleme sind die Ursache, dass ich krank geworden bin.	4	3	2	1	0
16. Einen Rückfall zu bekommen, ist das Schlimmste, was mir passieren kann.	4	3	2	1	0
17. Es ist einfach eine Folge meiner Lebensumstände und äußeren Einflüsse, dass ich krank geworden bin.	4	3	2	1	0
18. Ich glaube, wenn ich wollte, würde ich es auch ganz alleine schaffen, trocken zu bleiben.	4	3	2	1	0
19. In die jetzige Behandlung bin ich nur auf Drängen anderer gegangen.	4	3	2	1	0
20. Manche Probleme, die meine Alkoholkrankheit betreffen, würde ich nicht einmal meinem Therapeuten erzählen.	4	3	2	1	0
21. Ich glaube, dass ich ein Therapieversager bin.	4	3	2	1	0
22. Den Hauptanteil der Verantwortung für meine Gesundheit und meinen Therapieerfolg trage ich selber.	4	3	2	1	0
23. Ich bin bereit, wesentliche Unannehmlichkeiten in Kauf zu nehmen, wenn dies für den Behandlungserfolg hilfreich ist.	4	3	2	1	0
24. Am besten kann ich selbst meinen jetzigen Gesundheitszustand erkennen und beurteilen.	4	3	2	1	0
25. Ich bin vom Alkohol abhängig.	4	3	2	1	0
26. Es ist meinen Familienangehörigen, Freunden und Bekannten gleichgültig, ob ich eine Behandlung mache oder nicht.	4	3	2	1	0
27. Es macht mir gar nicht so viel aus, einen Rückfall zu bekommen.	4	3	2	1	0
28. Es ist größtenteils die Schuld meiner Familie, meiner Freunde oder Bekannten, dass ich Probleme mit dem Alkohol bekam.	4	3	2	1	0
29. Für mich kommt nur eine Behandlung in Frage, die mich wenig Zeit und Mühe kostet.	4	3	2	1	0
30. Im Falle eines künftigen Rückfalls würde ich eine längere Entwöhnungsbehandlung (6-9 Monate) ablehnen.	4	3	2	1	0
31. Ich vertraue auf das, was der Therapeut empfiehlt, ohne es länger zu hinterfragen.	4	3	2	1	0

	Trifft zu				
	voll und ganz	weitgehend	teilweise	kaum	gar nicht
32. Ich schäme mich, anderen einzugestehen, dass ich Probleme mit dem Alkohol hatte.	4	3	2	1	0
33. Über Entstehung, Ausprägungsformen und Risiken meiner Alkoholkrankung bin ich gut informiert.	4	3	2	1	0
34. Allein der Therapeut ist verantwortlich dafür, dass die Behandlung erfolgreich ist.	4	3	2	1	0
35. Zwar fällt es mir schwer, in einer Gruppe von Alkoholkranken Vertrauliches über mich selbst mitzuteilen, doch es gelingt mir.	4	3	2	1	0
36. Ich habe meine Probleme schon immer alleine gelöst.	4	3	2	1	0
37. Ich brauche zu meiner Stabilisierung einfach nur Ruhe und Erholung.	4	3	2	1	0
38. Nur Menschen, die mich gut kennen, können meinen Zustand erkennen und beurteilen.	4	3	2	1	0
39. Das Risiko von Alkoholfolgekrankheiten (Delir, Anfälle, Magengeschwür, Lebererkrankungen) schreckt mich weniger davor ab, zu trinken.	4	3	2	1	0
40. Ich bin sicher, dass ich das Alkoholproblem mit der Zeit in den Griff bekomme.	4	3	2	1	0
41. Ich habe den Eindruck, dass meinen Therapeuten meine Probleme überhaupt nicht interessieren.	4	3	2	1	0
42. Man sollte so wenig wie möglich Medikamente nehmen.	4	3	2	1	0
43. Ich bin ein sehr schwieriger Mensch.	4	3	2	1	0
44. Da ich krank bin, sollten die anderen rücksichtsvoller und empfindsamer mit mir umgehen.	4	3	2	1	0
45. Meine Abhängigkeit ist verursacht durch:					
a) eine körperliche Störung.	4	3	2	1	0
b) eine gestörte Kindheit.	4	3	2	1	0
c) Überarbeitung, Überlastung, Stress.	4	3	2	1	0
d) andere Umwelteinflüsse.	4	3	2	1	0
e) meine Konstitution, körperl. Verfassung.	4	3	2	1	0
f) gestörte Funktionsabläufe in meinem Körper.	4	3	2	1	0
g) Vererbung.	4	3	2	1	0
46. Mein Ziel ist es, völlig mit dem Trinken aufzuhören (totale Abstinenz).	4	3	2	1	0
47. Ich bin körperlich abhängig vom Alkohol.	4	3	2	1	0
48. Ich bin seelisch abhängig vom Alkohol.	4	3	2	1	0
49. Später werde ich Alkohol in Maßen und kontrolliert trinken.	4	3	2	1	0

BDI

In diesem Fragebogen gibt es Gruppen von Sätzen. Bitte lesen Sie jede Gruppe von Sätzen sorgfältig durch. Dann wählen Sie denjenigen Satz jeder Gruppe aus, der am besten beschreibt, wie Sie sich in der letzten Woche gefühlt haben – einschließlich heute!

Machen Sie einen Kreis um die Nummer vor dem ausgewählten Satz. Wenn mehrere Sätze der Gruppe gleich zu passen scheinen, umkreisen Sie jeden davon. Vergewissern Sie sich, dass Sie alle Sätze der jeweiligen Gruppe gelesen haben. Bevor Sie Ihre Wahl treffen.

1. 0 Ich bin nicht traurig.
1 Ich bin traurig.
2 Ich bin dauernd traurig und kann aus dieser Stimmung nicht herauskommen.
3 Ich bin so traurig und so unglücklich, dass ich es nicht mehr aushalten kann.
2. 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
2 Ich glaube, ich habe nichts mehr zu erwarten.
3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und die Dinge sich nicht zum Besseren wenden können.
3. 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
1 Ich glaube, ich habe öfters versagt als die meisten Menschen.
2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich nur eine Menge Fehlschläge.
3 Ich glaube, ich bin als Mensch ein völliger Versager.
4. 0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.
5. 0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle.
1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
3 Ich habe immer Schuldgefühle.
6. 0 Ich habe nicht das Gefühl, vom Schicksal gestraft zu sein.
1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
3 Ich habe das Gefühl, vom Schicksal bestraft zu werden.
7. 0 Ich bin von mir nicht enttäuscht.
1 Ich bin von mir enttäuscht.
2 Ich ekele mich vor mir selber.
3 Ich hasse mich.
8. 0 Ich meine nicht, dass ich schlechter bin als sonst jemand.
1 Ich bin sehr kritisch, was meine Schwächen und Fehler angeht.
2 Ich mache mir ständig Vorwürfe wegen meiner Fehler.
3 Ich mache mir Vorwürfe bei allem, was schief geht.

9. 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
1 Ich denke manchmal daran, mir etwas anzutun.
2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
3 Ich würde mich umbringen, wenn ich es könnte.
10. 0 Ich weine nicht öfter als früher.
1 Ich weine häufiger als früher.
2 Ich weine jetzt dauernd.
3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt habe ich keine Tränen mehr, selbst wenn ich weinen möchte.
11. 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
1 Ich bin jetzt leichter verärgert als sonst.
2 Ich bin dauernd gereizt.
3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.
12. 0 Ich habe nicht das Interesse an anderen Menschen verloren.
1 Mich interessieren andere Leute weniger als früher.
2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.
13. 0 Ich kann Entscheidungen ungefähr so gut treffen wie sonst.
1 Ich schiebe jetzt Entscheidungen öfter als früher auf.
2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.
14. 0 Ich finde, dass ich nicht schlechter aussehe als früher.
1 Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.
2 Ich spüre, dass in meinem Aussehen Veränderungen eingetreten sind.
3 Ich glaube, dass ich hässlich aussehe.
15. 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
1 Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich etwas anfangen.
2 Ich muß mich geradezu zwingen, etwas zu tun.
3 Ich kann gar nichts mehr arbeiten.
16. 0 Ich schlafe so gut wie immer.
1 Ich schlafe nicht so gut wie immer.
2 Ich wache jetzt ein bis zwei Stunden früher auf und schlafe nur schlecht wieder ein.
3 Ich wache jetzt einige Stunden früher auf und kann nicht wieder einschlafen.
17. 0 Ich ermüde nicht mehr als früher.
1 Ich ermüde leichter als früher.
2 Schon die geringste Anstrengung ermüdet mich.
3 Ich bin zu müde, um irgendetwas zu tun.
18. 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
1 Mein Appetit ist nicht mehr so wie früher.
2 Mein Appetit ist viel schlechter als sonst.
3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.
19. 0 Ich habe in letzter Zeit nicht oder kaum abgenommen.
1 Ich habe mehr als 5 Pfund verloren. Ich esse absichtlich weniger, um
2 Ich habe mehr als 10 Pfund verloren. abzunehmen:
3 Ich habe mehr als 15 Pfund verloren. Ja Nein

20. 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
- 1 Ich mache mir Sorgen um körperlich Probleme wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
 - 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwer fällt, an etwas anderes zu denken.
 - 3 Ich mache mir so große Sorgen um meine gesundheitlichen Probleme, dass ich an nichts anderes denken kann.
21. 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderungen in meinem sexuellen Interesse festgestellt.
- 1 Ich habe weniger sexuelles Interesse als früher.
 - 2 Ich habe kaum noch sexuelles Interesse.
 - 3 Ich habe gar kein Interesse mehr an sexueller Betätigung.

FRAGEBOGEN FÜR BEFRAGER

Einschätzung des Befragers zu bestimmten Ausprägungsformen der Erkrankung des Patienten:

1. Krankheitseinsicht: sehr gut = 5, gut = 4, mäßig = 3, gering = 2, keine = 1 ___

Nutzt der Patient im Moment Hilfsangebote im Suchthilfesystem?

- | | | |
|---|------------------------------------|-----|
| 2. Keine | trifft zu = 1, trifft nicht zu = 0 | ___ |
| 3. Selbsthilfegruppe | trifft zu = 1, trifft nicht zu = 0 | ___ |
| 4. Betriebliche Suchthilfe | trifft zu = 1, trifft nicht zu = 0 | ___ |
| 5. Suchtberatungsstelle | trifft zu = 1, trifft nicht zu = 0 | ___ |
| 6. Hausarzt | trifft zu = 1, trifft nicht zu = 0 | ___ |
| 7. Psychiater | trifft zu = 1, trifft nicht zu = 0 | ___ |
| 8. Psychologischer Psychotherapeut | trifft zu = 1, trifft nicht zu = 0 | ___ |
| 9. Psychiatrische Institutsambulanz der Uni | trifft zu = 1, trifft nicht zu = 0 | ___ |

10. Leitsymptom der Abhängigkeit nach Katamneseerhebung und Beurteilung: ___

vorwiegend Kontrollverlust = 1

vorwiegend Spiegeltrinken = 2

Kontrollverlust und Spiegeltrinken = 3

andere Abhängigkeitszeichen dominieren (siehe DSM-III-R, weiter unten) = 4

es lagen keine eindeutigen Abhängigkeitszeichen vor = 0

11. In den letzten 10 Jahren neu aufgetretener Medikamentenmissbrauch bzw. Medikamentenabhängigkeit: ___

Medikamentenmissbrauch = 1, Medikamentenabhängigkeit = 2,
kein Medikamentenmissbrauch, keine Medikamentenabhängigkeit = 0

12. In den letzten 10 Jahren neu aufgetretener Drogenmissbrauch bzw. Drogenabhängigkeit: ___

Drogenmissbrauch = 1, Drogenabhängigkeit = 2,
kein Drogenmissbrauch, keine Drogenabhängigkeit = 0

13. In den letzten 10 Jahren neu aufgetretene Echte Polytoxikomanie:
Anmerkung: echte Polytoxikomanie besteht, wenn Drogen, evtl. auch Alkohol, zugleich konsumiert werden. Keine Droge steht völlig im Vordergrund.
Nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 ___

14. In den letzten 10 Jahren neu aufgetretene Nikotinabhängigkeit:
Nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 ___

15. In den letzten 10 Jahren neu aufgetretener andere psychiatrische Erkrankungen: _____
- Hirnorganische Erkrankung (Demenz, Schwachsinn vor dem 65. Lebensjahr) = 1
- Schizophrenie oder schizophreniforme Störungen = 2
- Depressive und Angst-Erkrankung = 3 (Major Depression, bipolare Psychose, depressive Neurose, Angsterkrankung)
- Persönlichkeitsstörung = 4
- Neurose (außer rein depressive Neurose) oder psychosomatische Erkrankung = 5
- Sonstige = 6
- keine andere psychiatrisch relevante Erkrankung bekannt = 0
- Bitte Klartext: _____
16. Relevante organische Erkrankung, die als Alkoholfolgekrankheit zu klassifizieren ist: _____
- nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1
17. Andere organische Erkrankung, die n i c h t als Alkoholfolgekrankheit zu klassifizieren ist: nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 _____

MALT-F

	Trifft zu	trifft nicht zu
1. Lebererkrankung anamnestisch:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Polyneuropathie anamnestisch: nicht bei Diabetes mellitus und anderen chronischen Vergiftungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Delirium tremens jetzt oder in der Vorgeschichte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Alkoholkonsum mindestens über einige Monate Männer: Menge > 120g/d (reiner Alkohol: 150 ml/d) Frauen: Menge > 100 g/d (reiner Alkohol: 120 ml/d)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Alkoholkonsum ein- oder mehrmals im Monat Männer: Menge > 240 g/d (reiner Alkohol: 300 ml/d) Frauen: Menge > 200 g/d (reiner Alkohol: 240 ml/d)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Foetor alcoholicus z.Zt. des Interviews	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Familienangehörige oder engere Bezugspersonen haben In den letzten 10 Jahren Rat gesucht wegen der Alkoholprobleme des Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUSWERTUNG DER ERSTEN KONTAKTAUFNAHME

- a) Patientennummer....._ _ _ _ _
- b) Verwaltungsnummer....._ _ _ _ _
- c) Aufnahme datum....._ . _ . _ . _
- d) Entlassungsdatum....._ . _ . _ . _
- e) Verweildauer..... _ _
- f) Geburtsdatum..... _ . _ . _ . _
- g) Alter....._ _
- h) Geschlecht: männlich = 1, weiblich = 2
- i) Patientennummer bei voriger Aufnahme(nicht zutreffend = A00000)_ _ _ _ _

- 1. Es konnte keine Information gewonnen werden. _____
 - a) der Patient wurde nicht gefunden = 1
 - b) der Patient ist verstorben = 2
 - c) der Patient hat eine Teilnahme an der Studie abgelehnt = 3
 - d) trifft nicht zu = 0
- 2. Es wurden Informationen gewonnen. _____
 - a) es wurde nur ein Ersatzinformant erreicht = 1
 - b) der Patient wurde nur telefonisch befragt = 2
 - c) der Patient wurde persönlich befragt = 3
 - d) der Patient wurde nur schriftlich befragt = 4
 - e) trifft nicht zu = 0
- 3. falls Patient verstorben:
 - a) Todestag: _____
 - b) Todesursache: _____
Klartext: _____
Alkoholfolgeerkrankung = 1
Keine Alkoholfolgeerkrankung = 2
Nicht bekannt = 9
 - c) Patient lebt = 0
- 4. falls Teilnahme abgelehnt:
 - Rückfall in den letzten 10 Jahren = 1
 - Dauerhaft abstinent = 2
 - Nicht bekannt = 9
 - Trifft nicht zu = 0

9.4 Briefe an die Patienten

Das erste Anschreiben:

Betreff: Studie zum Krankheitsverlauf bei Alkoholismus nach 10 Jahren

Sehr geehrte,

Vor 10 Jahren waren Sie zur Behandlung auf unserer Station B6. Wir hoffen, dass Ihnen die Therapie geholfen hat und es Ihnen nun gut geht.

Vielleicht erinnern Sie sich, dass Sie damals an einem umfassenden Forschungsprojekt teilgenommen haben. Da wir unsere Therapien immer weiter verbessern wollen, würden wir daran anknüpfend gerne erfahren, wie es Ihnen und Ihren Mitpatienten in der Zwischenzeit ergangen ist. Durch den Vergleich der Krankheitsverläufe hoffen wir, in der Zukunft besser jedem Patienten die für ihn optimale Therapie empfehlen zu können.

Bei einer Teilnahme an der Studie würden Sie einen Fragebogen selbst ausfüllen und einen zweiten Fragebogen gemeinsam mit einer Mitarbeiterin unserer Forschungsgruppe beantworten. Der Zeitaufwand wäre insgesamt etwa eine Stunde. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. In der Studie werden Ihre Daten anonym verwertet. Eine Mitarbeiterin unserer Studie wird in den nächsten Wochen versuchen, Sie telefonisch zu erreichen. Dort haben Sie auch Gelegenheit zu Rückfragen.

(Bzw., falls keine Telefonnummer bekannt war:) Bitte schicken Sie uns den beiliegenden Antwortbogen ausgefüllt zurück.

In der Hoffnung auf Ihre Mitarbeit verbleiben wir mit freundlichem Gruß,

PD Dr. med. Gerhard Längle
Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie
Rehabilitationswesen
Tübinger Forschungsgruppe
Sozialpsychiatrie
Leiter der Studie

Dr. med. Stefan Haug
Stationsarzt Station B6

Cand. med. Carola Flurschütz
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Cand. med. Elvira Kraus
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Antwortbogen an die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität
Tübingen

Bitte kreuzen Sie zutreffende Aussagen an:

- 1.a) **Ja**, ich bin bereit, an der Studie zum Krankheitsverlauf bei
Alkoholismus nach 10 Jahren teilzunehmen.

Für die Befragung wären bei mir folgende Termine möglich:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1. __. __. __.04, _____ Uhr | 6. __. __. __.04, _____ Uhr |
| 2. __. __. __.04, _____ Uhr | 7. __. __. __.04, _____ Uhr |
| 3. __. __. __.04, _____ Uhr | 8. __. __. __.04, _____ Uhr |
| 4. __. __. __.04, _____ Uhr | 9. __. __. __.04, _____ Uhr |
| 5. __. __. __.04, _____ Uhr | 10. __. __. __.04, _____ Uhr |
-

- b) Ich bin bereit, zum Gespräch in die Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie zu kommen.

oder

- Bitte besuchen Sie mich. Meine Anschrift: _____

- c) Den Gesprächstermin teilen Sie mir bitte auf folgendem Wege mit:

Telefon: _____

e-mail: _____

Anschrift: _____

- 2.a) **Nein**, ich bin nicht bereit, an der Studie teilzunehmen.

- b) Falls Sie nicht bereit sind, teilzunehmen, bitten wir Sie um eine kurze
Begründung: _____

- c) Wichtig wären uns in jedem Fall noch folgende Angaben:

Rückfälle in den letzten 10 Jahren

Ja

Nein

Name des Antwortenden:

Datum/ Unterschrift

Der Begleitbrief zu den Selbstbeurteilungsbögen

Sehr geehrte/r...

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an der Studie zum Krankheitsverlauf bei Alkoholismus nach 10 Jahren teilzunehmen!

Anbei erhalten Sie nun den Teil des Fragebogens, den Sie selbst ausfüllen sollten. Kreuzen Sie bitte jeweils die Aussage an, die Ihnen am zutreffendsten erscheint. Sollten bei der Bearbeitung Fragen auftreten, so können wir sie gemeinsam bei unserem Gespräch klären.

Der vereinbarte Gesprächstermin ist am, _ _ _ .2004 um _ : _ _ Uhr bei Ihnen zuhause in ... (bzw.) in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Osianderstraße 24 in Tübingen.

Bitte warten Sie an der Pforte auf mich, dort werde ich Sie dann abholen.

Falls Sie den vereinbarten Termin doch nicht wahrnehmen können, rufen Sie mich bitte so bald wie möglich an: ...

Im Voraus vielen Dank für Ihre Hilfe!

Mit freundlichem Gruß,

Elvira Kraus
Doktorandin

Anlage: Fragebogen

Danksagungen

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen ehemaligen Patientinnen und Patienten für die persönlichen Gespräche, Telefongespräche oder auch für die Bereitschaft, die Fragebögen zu Hause auszufüllen, nochmals herzlich bedanken. Die Erfahrungen, die ich dadurch machen konnte, die vielen Eindrücke durch die „kleinen“ Einblicke in die einzelnen Biographien, waren sicher der interessanteste Teil meiner Doktorarbeit. Meinen Dank möchte ich auch meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Gerhard Längle und Herrn Dr. med. Stefan Haug für die Betreuung der Arbeit aussprechen. Für die Hilfe bei statistischen Fragen möchte ich mich bei Herrn Dr. Reinhard Vonthein vom Institut für Medizinische Biometrie bedanken.

Danksagen möchte ich nun ganz besonders meiner Mitdotorandin Carola Flurschütz, die mich gleich nach dem Physikikum mit „ins Boot“ dieser Arbeit holte und mit der eine herzliche und freundschaftliche Arbeit möglich war, wodurch die zwischenmenschliche und persönliche Ebene auch bei den vielen „bürokratischen“ Aufgaben immer präsent war. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Psychiatrie verdanke ich stets unkomplizierte Arbeitsstunden, da mir immer jemand bei den verschiedensten Fragen weiterhelfen konnte. Und zu guter Letzt noch ein herzliches Dankeschön an Martin Romer, der die ganze Arbeit am Ende Korrektur las.

Lebenslauf

10.10.1980: Geboren in Pfullendorf als Tochter von Anna Maria Aloisia Kraus, geb. Hiller und Heinrich Kraus. Aufgewachsen in Beuren bei Mengen.

1987 bis 06/ 2000: Besuch der Grundschule und des Gymnasiums in Mengen.

09/ 2000 bis 08/ 2001: Freiwilliges Soziales Jahr beim Internationalen Bund in der Einrichtung der Johanniter-Unfall-Hilfe Reutlingen/Tübingen als Ausbilderin in Erster Hilfe. Teilnahme am Sanitätshelfer- und Schwesternhelferinnenkurs.

10/ 2001: Beginn des Studiums der Humanmedizin an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen.

03/ 2004: Ärztliche Vorprüfung.

Famulaturen:

03/ 2005: Famulatur am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin auf der kardiologischen/pneumologischen Station unter Leitung von Dr. med. Andreas Fried.

09/ 2005: Famulatur im Kreiskrankenhaus Wyk/ Föhr auf der chirurgischen Station unter Leitung von Dr. med. Gerd Ottersky.

09/ 2006: Famulatur in der Hautarztpraxis Dr. med. Lüder Jachens in Stiefenhofen/ Allgäu.

09/ 2007: Famulatur in der Münsterklinik Zwiefalten – Abteilung für Suchtkrankheiten unter der Leitung von Dr. med. Eberhard Böhm-Sturm.

03/ 2008: Famulatur in der Allgemeinarztpraxis Dr. med. Ulrich Geyer in Heidenheim a.d.Brenz.

Begleitstudium:

Studium der Anthroposophischen Medizin an der Eugen-Kolisko-Akademie, Filderstadt vom 10/ 2005 bis 06/2006.

08/2008-07/2009: Praktisches Jahr in der Ita Wegman Klinik Arlesheim(CH) (Innere Medizin) im Paracelsus Spital Richterswil(CH) (Chirurgie) und in der Universitätshautklinik Tübingen.

20.11.2009: Ärztliche Prüfung (2. Staatsexamen).