

Ganztägig ambulante Rehabilitation von Alkohol- und Medikamentenabhängigen - Indikation und Wirksamkeit

Dissertation

der Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von
Dipl.-Psych. Martina Tebar
aus Stuttgart

**Tübingen
2007**

Tag der mündlichen Prüfung:

Dekan:

1. Berichterstatter:

2. Berichterstatter:

07.11.2007

Prof. Dr. Michael Diehl

Prof. Dr. Martin Hautzinger

Prof. Dr. Manfred Zielke

(Universität Mannheim)

Danksagung

In erster Linie möchte ich mich bei allen Patienten und Patientinnen bedanken, die an der Studie teilgenommen haben, ohne deren Engagement und Mitarbeit diese Arbeit gar nicht möglich gewesen wäre.

Weiterhin gilt mein besonderer Dank dem therapeutischen Team der Tagesklinik Stuttgart für die tatkräftige Unterstützung bei den umfangreichen diagnostischen Patientenerhebungen in der Anfangsphase der Studie.

Meinem Doktorvater Prof. Dr. Martin Hautzinger danke ich sehr für seine freundliche und motivierende Betreuung. Wann immer ich das persönliche Gespräch suchte, war ein Termin für mich frei. Mit seiner kompetenten Anleitung half er mir stets, offene Fragen zu klären.

Prof. Dr. Manfred Zielke danke ich für seine Bereitschaft, sich als Zweitgutachter zur Verfügung zu stellen.

Dem psychologischen Leiter der Fachklinik Wilhelmsheim Dr. Uwe Zemlin danke ich für seine wertvollen Anregungen bei der Planung der Arbeit, dem ärztlichen Leiter Dr. Werner Kolb für seine Unterstützung in der Zusammenarbeit mit dem Kooperationspartner in München. Die Möglichkeit einer Beurlaubung, mit deren Hilfe ich die Arbeit fertig stellen konnte, verdanke ich dem Verwaltungsdirektor der Fachklinik Wilhelmsheim Herrn Lesser.

Herrn Dipl.-Psych. Peer Dornbusch bin ich zu großem Dank verpflichtet. Er stand mir stets als geduldiger und überaus kompetenter Berater bei den umfangreichen statistischen Analysen zur Seite. Dem Bereichsleiter der Tagesklinik Herrn Dipl. Psych. Volker Jorda danke ich für sein gewissenhaftes und schnelles Korrekturlesen des Manuskripts.

Großer Dank gebührt meiner Familie und meinen Freunden, die mich während den jahrelangen Arbeiten aufgemuntert und in dieser Zeit geduldig ertragen haben.

Meinem Ehemann Alexandre Tebar danke ich sehr für sein Verständnis und seine liebevolle Unterstützung.

Inhaltsverzeichnis	I
Einleitung	1
Theorie	
1. Ganztägig ambulante Rehabilitation von Alkohol- und Medikamentenabhängigen	5
1.1 Spezifika des teilstationären suchtspezifischen Setting	5
1.2 Indikationsfrage	7
1.3 Indikationsempfehlungen	9
1.4 Aktueller Stand der Forschung	10
1.4.1 Meta-Analysen	12
1.4.2 Internationale Studien	14
1.4.3 Studien im deutschsprachigen Raum	24
2. Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung	33
Methode	
3. Untersuchungsdesign	36
3.1 Beteiligte Behandlungseinrichtungen	36
3.1.1 Beschreibung der Behandlungseinrichtungen	37
3.1.1.1 Die Tagesklinik der Fachklinik Wilhelmsheim	37
3.1.1.2 Die Fachklinik Wilhelmsheim: Langzeit- und Kurzzeitbereich	39
3.2 Aufbau der Untersuchung	40
3.2.1 Prä-Post	40
3.2.2 Katamnese	41
3.3.1 Prä-Post	42
3.3.2 Katamnese	43
3.3 Datengrundlagen	42
3.4 Stichproben	43
3.5 Statistische Verfahren	45
3.6 Messinstrumente	45
3.6.1 Soziodemografische Merkmale	45
3.6.2 Schweregrad der Alkoholabhängigkeit	46
3.6.3 Komorbidität	47
3.6.4 Alkoholverlangen	51
3.6.5 Erfassung des Therapieerfolges	53
4. Ergebnisse	55
4.1 Charakteristika der untersuchten Patientengruppen	55
4.1.1 Soziodemografische Merkmale	55
4.1.1.1 Geschlecht	55
4.1.1.2 Alter	56
4.1.1.3 Familienstand	56

4.1.1.4	Partnerschaft	56
4.1.1.5	Lebenssituation	57
4.1.1.6	Schulbildung	57
4.1.1.7	Beruflicher Status	58
4.1.1.8	Berufliche Situation	58
4.1.2	Suchtspezifische Merkmale	60
4.1.2.1	Diagnosen	60
4.1.2.2	Abhängigkeitsdauer	60
4.1.2.3	Abstinenzdauer	60
4.1.2.4	Trinkmengen	61
4.1.2.5	Therapievorerfahrungen	61
4.1.2.5.1	Entwöhnungsbehandlung	61
4.1.2.5.2	Entgiftungsbehandlung	63
4.1.2.6	Körperlicher Zustand	64
4.1.3	Indikationsempfehlungen	64
4.1.4	Schweregrad der Abhängigkeitserkrankung	65
4.1.5	Komorbidität	67
4.1.6	Alkoholverlangen	70
4.2	Behandlungsdaten	72
4.2.1	Haltequote	72
4.2.2	Behandlungsdauer	73
4.2.3	Suchtmittelkonsum im Therapieverlauf	73
4.2.4	Berufliche Integration bei Behandlungsende	74
4.3	Behandlungsverlauf	75
4.3.1	Komorbidität	75
4.3.2	Alkoholverlangen	79
4.4	Katamnese	85
4.4.1	Ausschöpfung Tagesklinik	85
4.4.1.1	Drop outs Tagesklinik	86
4.4.2	Stationäre Ausschöpfung	87
4.4.3	Soziodemografische Daten	88
4.4.4	Abstinenz im Katamnesezeitraum	90
4.4.5	Schweregrad der Abhängigkeitserkrankung	95
4.4.5.1	Gesundheit	97
4.4.5.2	Beruf	97
4.4.5.3	Alkohol	98
4.4.5.4	Drogen – Recht	99
4.4.5.5	Familie	99
4.4.5.6	Soziales Umfeld	100
4.4.5.7	Psychischer Zustand	100
4.4.6	Schweregrad Verlauf t1 – t3	101
4.4.7	Alkoholverlangen	103
4.4.8	Lebenszufriedenheit	109
4.4.9	Verbesserung Lebenssituation	109
4.5	Betreuungsmaßnahmen im Katamnesezeitraum	110
4.5.1	Arztbesuche	110
4.5.2	Suchtberatungsstelle	111
4.5.3	Suchtselbsthilfegruppe	112
4.5.5	Psychologe	113

4.5.6	Psychiater	114
4.5.7	Allgemeine psychosoziale Beratungsstelle	114
4.5.8	Suchtfachklinik/Psychiatrie	115
4.6	Prädiktoren	115
4.6.1	Unterschiede zwischen Therapierespondern und Non-Respondern	120
4.6.1.1	Soziodemografische und Suchtspezifische Merkmale	120
4.6.1.2	Schweregrad	124
4.6.1.3	Alkoholverlangen	126
5.	Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion	127
5.1	Methodische Kritik	127
5.2	Stichprobenbeschreibung	132
5.2.1	Soziodemografische Merkmale	132
5.2.2	Suchtspezifische Parameter	136
5.2.3	Klinische Parameter	139
5.2.4	Störungsspezifisches Alkoholverlangen	141
5.3	Behandlungsdaten	142
5.4	Therapieverlauf	143
5.4.1	Klinische Parameter	143
5.4.2	Störungsspezifisches Alkoholverlangen	144
5.5	Katamnese	145
5.5.1	Soziale und berufliche Integration	146
5.5.2	Erfolgskriterium Suchtmittelverhalten	149
5.5.3	Rückfallverlauf der tagesklinischen Patienten	152
5.5.4	Störungsspezifisches Alkoholverlangen	154
5.5.5	Betreuungsmaßnahmen im Katamnesezeitraum	155
5.6	Prädiktoren	159
6.	Resümee und Ausblick	166
7.	Zusammenfassung	169
8.	Literaturverzeichnis	171
Anhang I:	Tabellenverzeichnis, Abbildungsverzeichnis, Abkürzungsverzeichnis	
Anhang II:	Tabellen: 1-B-1 bis 1-B-14	
	Tabellen: 2-B-15 bis 2-B-27	
Anhang III:	Nachbefragungsbogen	

Einleitung

Die Finanzierungsprobleme und der zunehmende Kostendruck der letzten Jahre im Gesundheitssystem haben zu weitreichenden Entwicklungen und Veränderungen des Suchthilfesystems geführt. Nach der Verkürzung der Behandlungsdauern infolge des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes aus dem Jahr 1996 sollen vermehrt vollstationäre Kapazitäten abgebaut werden. Damit verbunden sind der Ausbau und die Förderung von ambulanten und gemeindenahen Behandlungsformen. Die tagesklinische¹ Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger stellt hier eine wichtige Ergänzung zur Vollstationären und ambulanten Versorgung dar. Die Psychiatrie-Enquête (Deutscher Bundestag, 1974) forderte in ihren Leitlinien der Suchtkrankenversorgung eine bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller Suchtkranken. Das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung bedeutet, jedem Suchtkranken und den betroffenen Angehörigen abhängig von Hilfsbedürftigkeit, Motivationslage und Mitwirkungsfähigkeit, in jedem Stadium der Suchtkrankheit einen einfachen Zugang zu einem entsprechenden Hilfsangebot zu ermöglichen. Die Suchtkrankenbehandlung in Deutschland bietet inzwischen ein breites Spektrum an Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten für suchtkranke Menschen. In den vergangenen Jahren ist das Behandlungsangebot ständig ergänzt und erweitert worden. Nach dem Modell von Wienberg (2001a) werden bei der Versorgungsstruktur für Alkoholabhängige drei verschiedene Sektoren unterschieden: Medizinische Basisversorgung, Psychiatrische/Psychosoziale- und Suchtspezifische Versorgung. Diese Versorgungssektoren arbeiten weitgehend unabhängig voneinander, die Schwerpunkte der Interventionen sind unterschiedlich und die Kosten der Behandlung werden von verschiedenen Sozialleistungsträgern übernommen. Für den Beginn einer suchtspezifischen Intervention ist der Bereich der medizinischen Basisversorgung am bedeutsamsten, die überwiegende Mehrheit der Suchtkranken hat zu diesem unspezifischsten Sektor des Hilfesystems Kontakt: etwa 70-80% der Betroffenen suchen mindestens einmal im Jahr ihren Hausarzt auf, 24% werden in somatischen Krankenhäusern versorgt. Die Kontaktdichte in der traditionellen Suchtkrankenhilfe der Fachkliniken ist mit 1,7% gering (Wienberg, 2001b). Nach Wienberg (2002)

¹ Im Folgenden werden die Begriffe tagesklinisch, teilstationär sowie ganztägig ambulant synonym verwendet

lässt die Versorgungsrealität für Menschen mit Alkoholproblemen individuelle Bedarfslagen unbefriedigt. Insbesondere nennt er hier zwei Personengruppen, die er bereits 1990 zur Gruppe der „vergessenen Mehrheit“ zählte: die chronisch mehrfach beeinträchtigten Alkoholabhängigen sowie Betroffene, die sich in einem frühen Stadium ihrer Abhängigkeit befinden. Insbesondere für letztgenannte Personengruppe stellt sich das Problem der Verfügbarkeit von niedrigschwelligen Behandlungsangeboten. Ein Problem traditioneller Hilfsangebote ist der hohe Anteil an nichtangetretener Behandlungen bereits durch den Kostenträger bewilligter Behandlungen. In diesem Zusammenhang wird die Entwicklung von neuen Behandlungskonzepten gefordert, um den Zugang Alkoholabhängiger zu den Behandlungseinrichtungen zu verbessern. Als ein Vorteil ambulanter und tagesklinischer Behandlung wird die leichtere Akzeptanz durch die Betroffenen gesehen (Soyka, et al. 1999). Die Verfasser der Enquête vertraten zu dem damaligen Zeitpunkt noch die Auffassung, ein tagesklinisches Behandlungsangebot für abhängige Patienten erübrige sich. Seit den 80iger Jahren zeichnet sich auf Seiten des professionellen Helfersystems ein verändertes therapeutisches Verständnis in der Behandlung Suchtkranker ab, hin zu mehr Eigeninitiative und Einbezug rückfallpräventiver Maßnahmen. In der Folge entstanden die ersten Suchttageskliniken in der BRD (Kruse, 1987). In den alten Bundesländern existierten zu diesem Zeitpunkt bedingt durch das strukturell unterschiedliche Gesundheitssystem bereits verschiedene gemeindenahe ambulante und teilstationäre Behandlungsangebote (Kielstein, 1991). Im Bereich der Rehabilitation suchtkranker Patienten wurden mit der Empfehlungvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht 1991 erstmals Rahmenbedingungen der ambulanten Behandlung geregelt, die tagesklinische Rehabilitation wurde hierbei noch ausgeklammert. Im Jahr 1995 formulierten Rentenversicherungsträger und Krankenkassen gemeinsame Leitlinien, in denen sich die inhaltlichen Grundlagen für die Entscheidung zwischen stationärer und ambulanter/teilstationärer Entwöhnung finden. Trotz der Zunahme ambulanter Leistungen in den letzten Jahren (2002: 8.581 ambulante Entwöhnungsbehandlungen) wird eine Vielzahl der Alkoholerkrankten bislang hauptsächlich stationär versorgt (29.810 stationäre Entwöhnungen; Weissinger, 2004). Tagesklinische Behandlungen fallen bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten bislang noch kaum ins Gewicht. Laut Jahrbuch Sucht (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2007) existierten im Jahr 2004 rund 400 Behandlungsplätze für tagesklinische Entwöhnungsbehandlungen. Die in der

Suchtvereinbarung von 1978 festgeschriebene und bis heute gültige Aufteilung in Entzug und Entwöhnung mit der entsprechenden Aufteilung der Kostenträgerschaft hat zu verschiedenen Modellen, Finanzierungswegen und Konzepten geführt. Nach Schwoon (1996) können Suchttageskliniken unterschiedliche Funktionen entsprechend der bisherigen Aufgabenbereiche Entzug, Entwöhnung und Nachsorge erfüllen. Neben den tagesklinischen Rehabilitationsbehandlungen (Soyka et al., 1999; Lotz-Rambaldi et al., 2002), deren Kosten sowohl von den Rentenversicherungsträgern als auch den Krankenkassen übernommen werden, existieren Suchttageskliniken als Teile psychiatrischer Krankenhausbehandlung (Westermann & Zechert, 2000; Kunze, 2001) bzw. in vollstationäre Psychiatriebehandlung integrierte Suchtkrankenbehandlungen (Dlabal, 1996), die hauptsächlich von den Krankenkassen finanziert werden. Weiterhin werden tagesklinische Behandlungen entweder alternativ zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Tageskliniken Hamburg und München), als teilstationäre Nachsorge im Anschluss an eine achtwöchige stationäre Kurzzeitentwöhnung (Bremen) oder nach einer stationären Entgiftung entsprechend dem klassischen psychiatrischen Tagesklinikmodell ohne Einbezug der Rentenversicherungsträger zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit (Tagesklinik Bielefeld) durchgeführt.

Infolge der differenzierten Betrachtung suchtmittelabhängiger Menschen und deren Therapiemöglichkeiten ist die Notwendigkeit einer differentiellen Indikationsentscheidung entstanden. Dies betrifft z.B. die Passung von Schwere und Komplexität des Störungsbildes sowie Intensität und Umfang der Behandlung (Project MATCH, 1997a). Differentielle Indikationsentscheidungen sind jedoch nicht nur von der Wirksamkeit, sondern mit zunehmenden Finanzproblemen, auch von der Kosten-Nutzen-Seite her zu begründen (Süß, 2004). Die Frage nach der Wahl der Behandlung mit der höchsten Besserungsrate oder dem günstigsten Verhältnis von Aufwand und Nutzen stellt sich hier für alle am Indikationsprozess Beteiligten. Erschwert wird dieser Prozess durch das bislang weitgehende Fehlen von empirisch begründeten Indikationskriterien. Eine Evaluation der spezifischen Merkmale teilstationärer Behandlung steht dabei noch weitgehend aus. Mit den Schwierigkeiten einer differentiellen Therapieindikation rückt die Forderung nach einer "evidence based medicine" in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses (Küfner, 2003). Von Seiten des Gesetzgebers werden externe Qualitätssicherungsmaßnahmen und einrichtungsinternes

Qualitätsmanagement gefordert (§ 137 d SGB V, § 20 SGB IX) gefordert. Für die Qualitätssicherung ist einerseits eine Optimierung der prognostischen bzw. selektiven Indikation wichtig, andererseits werden Wirksamkeitsnachweise gefordert. Die Ergebnisse von Evaluationsstudien bilden die Grundlage für eine evidenzbasierte Suchttherapie. Im Zuge der gesetzgeberischen Forderungen nach einer umfassenden Qualitätssicherung stehen auch teilstationäre Einrichtungen als Teil des Versorgungssystems unter dem Druck, den Nachweis ihrer Effektivität zu erbringen. Für den teilstationären Rehabilitationsbereich liegen bislang nur wenige systematische Wirksamkeitsstudien vor (Soyka et al., 1999; Lotz-Rambaldi et al., 2002). Aus wissenschaftlicher Sicht können die geforderten Effektivitätsnachweise am ehesten mithilfe prospektiv angelegter Untersuchungsdesigns erbracht werden. Die vorliegende Studie soll einen Beitrag zu den genannten Fragestellungen liefern.

Theorie

1. Ganztägig ambulante Rehabilitation von Alkohol- und Medikamentenabhängigen

1.1 Spezifika des teilstationären suchtspezifischen Settings

Mit der Bezeichnung ganztägig ambulante Rehabilitationsbehandlung wird die tagesklinische Behandlung von den Kostenträgern näher an die ambulante Behandlungsform gerückt. Diese Nähe verdeutlicht den Wunsch nach einer stärkeren Nutzung des ambulanten Settings mit seinen eigenen Wirkfaktoren. Die spezifischen Settingbedingungen tagesklinischer, ambulanter und stationärer Behandlung werden als potentiell wirksame Realitäten diskutiert, mit denen die Patienten im Rahmen ihrer Behandlung konfrontiert sind (Feuerlein, 1993; Zemlin & Kolb, 2001). Die Vorteile tagesklinischer Behandlungsformen ergeben sich aus ihrer besonderen Eigenart als einer Mischform, in der sowohl Elemente der ambulanten als auch der stationären Behandlung vertreten sind. Einerseits ergänzen sich so die jeweils spezifischen Vorteile der beiden Settings, können jedoch in ihrer Wechselwirkung ganz eigene Wirkfaktoren generieren und insofern ein eigenständiges Behandlungsprofil darstellen. Ähnlich wie in der ambulanten Behandlung wird der Umfeldbezug als wesentliches Charakteristikum in der tagesklinischen Behandlung gesehen. Der Realitätsbezug, d.h. die Nähe zum sozialen Milieu und zum psychosozialen Konfliktfeld bergen verschiedene Vorteile: mit dem Verbleib in ihrer gewohnten Umgebung wird das alltägliche Leben der Betroffenen weniger gestört, dennoch haben sie die Möglichkeit, lebensnahe Konflikte täglich therapeutisch bearbeiten zu können. Die Betroffenen können sich nicht familiären und sozialen Problemen entziehen und nehmen weiter an sozialen Aktivitäten teil. Gleichzeitig haben sie gute Einflussmöglichkeiten auf ihr soziales Umfeld. Mit dem regelmäßigen bzw. aktuell notwendig werdenden Einbezug von Angehörigen können Veränderungsprozesse aller Beteiligten initiiert werden. Eine Auseinandersetzung mit der sozialen Wirklichkeit ist wesentlich, keine Indikation sollte erfolgen „wenn eine vollstationäre Behandlung durch Entfernung der Betroffenen aus dem suchtvorsachenden Milieu die

Bearbeitung der milieubedingten Probleme behindert“ (Westermann & Wessel, 1996). Sucht als soziale Krankheit verstanden, benötigt diese gemeindenahe Unterstützung (Schwoon, 1996). Eine gemeindenahe tagesklinische Behandlung kann überdies regionale Hilfsangebote nutzen, der Übergang zur Nachsorge gilt als weniger mühsam, der Kontakt zur Selbsthilfegruppe kann leichter aufgebaut und aufrechterhalten werden, sie hilft weitere soziale Ressourcen z.B. Freizeitaktivitäten zu aktivieren und berufsbezogene Aktivitäten wie Stellensuche oder Arbeitgebergespräche können in die Behandlung integriert werden. Die Kombination von täglicher Therapie, Stützung am Tag und Realitätsbewältigung am Abend ermöglicht die direkte Übertragung des Gelernten in die Praxis. Ein geringerer Schonraum infolge des stärkeren Realitätsbezugs und der größeren Alltagsnähe birgt gleichzeitig ein größeres Risiko für Rückfälle während der Behandlung. Gleichzeitig können ähnlich der stationären Behandlung die Chancen der Gruppenkohäsion sowie einer hohen Therapiedichte gut genutzt werden. Die Bearbeitung und Begrenzung von Rückfällen, der Umgang mit Gefährdungssituationen sowie die realistische Selbsteinschätzung hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Abstinenzkompetenzen lassen die Rückfallprävention als einen wesentlichen Behandlungsbaustein tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung erscheinen. Die Tagesklinik gilt weiterhin als ein vergleichsweise niedrighemmes Angebot, was zur Senkung der Hemmschwelle aufgrund einer geringeren Stigmatisierung und Erhöhung der Akzeptanz der Behandlung und somit möglicherweise zu einem früheren Behandlungsbeginn führen kann. Damit werden evtl. Patientengruppen erreicht, die von den bisherigen Therapieangeboten nicht erreicht werden konnten. Stationäre Behandlungen fördern eher „regressive“ Verhaltensweisen, dagegen erhält tagesklinische Behandlung die Selbstverantwortung der Patienten² und fördert die Wiederaufnahme von Verantwortlichkeit gegenüber Familie und Arbeit. Nicht zuletzt werden die ökonomischen Vorteile, insbesondere die geringeren Behandlungskosten, im Zusammenhang mit tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung genannt (Wefelmeyer, 1999).

² Zur besseren Lesbarkeit wird im folgenden die männliche Form verwendet

1.2 Indikationsfrage

Nach Feuerlein, Küfner & Soyka (1997) können generell vier Prinzipien der selektiven Indikation unterschieden werden: eine abgestufte minimale Intervention, die generell erfolgreichste Therapie, eine differentielle Indikation und das Prinzip der störungsspezifischen Behandlung. Der verstärkte Gebrauch minimaler Interventionen wird unter Kostenaspekten verstärkt diskutiert, unter denselben Gesichtspunkten schließt sich die wirksamste aber oftmals auch aufwendigste Intervention aus. Die differentielle Vorgehensweise gilt als Standardvorgehensweise in der modernen Suchtbehandlung (Veltrup, 2001). Dabei wird anhand von relevanten Patientenmerkmalen (z.B. Schweregrad der Abhängigkeitserkrankung) diejenige Therapiemaßnahme ausgewählt, die eine Effizienzoptimierung ermöglicht. Die Datenlage über differentielle Therapieindikation ist hingegen relativ unbefriedigend. In der Forschung gibt es wenig empirisch abgesicherte Indikationskriterien für ein stationäres, ambulantes oder tagesklinisches Setting. Eng verknüpft mit der Indikationsfrage ist die Suche nach geeigneten Prädiktoren des Therapieerfolgs. Als prädikative Merkmale werden sowohl Patienten- als auch Behandlungs- und Therapeutenmerkmale diskutiert, wenngleich die Vielfalt der zu untersuchenden Bedingungen und potenziellen Merkmale die Komplexität der Fragestellung aufzeigt. Nachdem frühere Studien noch dem Einfluss von Patientenmerkmalen, insbesondere dem Ausmaß an sozialer Stabilität einen größeren Stellenwert für den Therapieerfolg beimaßen, betonen neuere Studien die Bedeutung von Therapiemerkmalen für den Behandlungserfolg (Finney, Hahn & Moss, 1996). Eine Fokussierung auf selektive Indikationskriterien wird in der Literatur kritisch diskutiert (Zemlin, 1993). Viel eher wird ein pragmatischer, an den vorfindbaren Strukturen des Behandlungssystems orientierter Auswahlprozess vorgeschlagen. Die Frage: „Welche Patienten, definiert durch Störungsmerkmale und klinisch bedeutsame Patientenmerkmale, können aufgrund der besonderen Charakteristik bestimmter ambulanter bzw. stationärer Programme eher ambulant bzw. eher stationär behandelt werden?“, bildet dabei einen Ausschnitt der differentiellen Fragestellung ab (Zemlin, 1993, S. 49). Nach dem Autor kann sich eine selektive Indikationsentscheidung an verschiedenen Unterscheidungsdimensionen zwischen den zu wählenden Behandlungsformen orientieren: Umfeldbezug (Nähe zum sozialen Milieu und Konfliktfeld), Therapieorganisation (Dichte, Struktur, Dauer, Methoden), Thera-

peutisches Milieu (Motivierung, therapeutische Beziehung, Übungsmöglichkeiten), Behandlungsvorerfahrungen, Fähigkeit zur Aufrechterhaltung von Abstinenz und allgemeinen Bewältigungskompetenzen (Freizeitgestaltung, Selbstsicherheit, Stressbewältigung), sozialer Stabilität (berufliche Integration, Sozialkontakte, Wohnsituation), Schweregrad körperlicher Beeinträchtigungen sowie spezifische krankheits- und behandlungsbezogene Einstellungen (Kosten-Nutzen-Erwartungen). Bislang galt der Grundsatz, je schwerer die Alkoholabhängigkeit und die alkoholbedingten Folgeschäden, desto intensiver sollen die Behandlungsmaßnahmen sein. In ihren gemeinsamen Leitlinien für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigen (teilstationäre Behandlung wurde hier nicht explizit aufgeführt) formulierten die Kostenträger folgende Hinweise (Reha-Richtlinien, 1999): eine Indikation für eine ambulante Rehabilitation wird demnach bei relativ intaktem sozialen Umfeld, Bereitschaft und Fähigkeit zur Suchtmittelabstinenz, Fähigkeit und Motivation zur aktiven Mitarbeit, regelmäßiger Teilnahme sowie zur Einhaltung des Therapieplans, bei ausreichender beruflicher Integration und stabiler Wohnsituation gesehen. Arbeitslosigkeit allein schließt eine ambulante Entwöhnungsbehandlung jedoch nicht aus. Desgleichen kann auch bei einem langen bzw. intensiven Suchtverlauf die Indikation für eine ambulante Behandlung bestehen. Als Ausschlusskriterien gelten schwere körperliche und neurologische Folgeschäden, psychiatrische Störungen wie Psychosen oder Suizidgefahr, die nur stationär zu behandeln sind, fehlende Behandlungsbereitschaft, das Fehlen sozialer und beruflicher Integration und die Notwendigkeit der Herausnahme aus dem pathogenen Milieu. Die von Paul bereits 1967 formulierte Indikationsfrage „welche Behandlung, durch welchen Therapeuten erweist sich für eine bestimmte Person mit einem spezifischen Problem unter welchen besonderen Bedingungen am effektivsten“, bleibt in Ermangelung empirisch gesicherter Indikationskriterien bislang noch unbeantwortet. Die am Indikationsprozess Beteiligten, insbesondere die Kostenträger legen die im Einzelfall geeignete Rehabilitationsmaßnahme im Sinne einer vorläufigen selektiven Indikationsstellung nach den genannten Leitlinien fest, die gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt während des Behandlungsverlaufs im Rahmen einer adaptiven Indikationsstellung korrigiert werden kann. Indikation wird hier nach Zemlin (1993) als ein prozesshaftes Entscheidungsgeschehen verstanden, bei dem zwischen selektiver und adaptiver Indikation unterschieden wird mit dem Ziel, den Behandlungsverlauf

innerhalb eines bestimmten Behandlungsrahmens zu optimieren (Kulick, 1999). Ergänzung findet dieser Entscheidungsprozess durch ein die Selbstverantwortung und Entscheidungsfreiheit des Betroffenen betonendes „Verhandlungsparadigma“ (Zemlin, 1993).

1.3 Indikationsempfehlungen

So vielfältig die konzeptionellen Überlegungen zu den verschiedenen tagesklinischen Behandlungsformen von Alkohol- und Medikamentenabhängigen sind, so variantenreich sind die darin ausgesprochenen Indikationsempfehlungen. Im Folgenden sollen exemplarisch einzelne Indikationsüberlegungen entsprechend der konzeptionellen Ausrichtungen der Einrichtungen vorgestellt werden: nach Kielstein (1993) ist die Tagesklinik da erforderlich, wo eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht und eine vollstationäre Therapie noch nicht notwendig ist. Tagesklinische Entwöhnungsbehandlung bewegt sich hier entlang der bekannten Patientenmerkmale zwischen der Polarität von ambulanter und stationärer Therapie (Tabelle 1).

Tab. 1 Indikationskriterien der Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger (nach Kielstein, 1997)

Ambulant	Tagesklinik	Stationär
Soziale Stabilität		Soziale Instabilität
Fähigkeit, Behandlungsvertrag einzuhalten		Vertragsschwierigkeiten
Starke Motivation		Schwache Motivation
Relativ geringe Trink- bzw. Substanzmengen		Große Trink- bzw. Substanzmengen
Körperlich/psychiatrisch relativ ungestört		Körperlich/psychiatrisch stark gestört
Vorhandene oder zu erwartende Entzugserscheinungen gering		Schwere vorhandene oder zu erwartende Entzugserscheinungen

Der hohe Komorbiditätsanteil bei Patienten einer integriert organisierten Tagesklinik einer psychiatrischen Versorgungsklinik führt zu der Empfehlung, komorbide Störungen tagesklinisch psychotherapeutisch und medikamentös zu behandeln mit dem Ziel, eine Rehabilitationse Entwöhnung oder eine ambulante Psychotherapie vorzubereiten (Stuppe et al., 2005; Westermann & Zechert, 2000). Nach vorangegangener stationärer Therapie wird eine Indi-

kation für eine tagesklinische Nachsorgebehandlung dann gesehen, wenn schwerwiegende häusliche und familiäre Komplikationen sowie körperliche und seelische Behinderungen eine weiterführende klinische Behandlung erforderlich machen (Kruse & Sievers, 1987). Frühere frauenspezifische Konzepte (Wahlstab, 1991) sahen als wesentliche Indikationskriterien eine erstmalige Behandlung bei leichter bis mittlerer Entzugssymptomatik und sozialer Indikation. Behandlungsversuche werden jedoch auch bei ausgeweiteten Kriterien unternommen. Tagesklinische Rehabilitationsbehandlung ist indiziert bei einem belastenden Arbeitsbereich, Rückfälligkeit nach früheren Behandlungen, äußeren, eine stationäre Therapie blockierenden Umständen (z.B. Versorgung eines Familienangehörigen) oder einer nicht ausreichenden Motivation des Betroffenen für eine stationäre Therapie (Soyka et al., 1999). Ergänzend zu den genannten Kriterien wird eine Indikation für eine tagesklinische Behandlung bei einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur gesehen, für die die stationäre Behandlung eine zu eingrenzende Erfahrung wäre, so z.B. bei Kontaktproblemen und den geringen Rückzugsmöglichkeiten einer stationären Behandlung (Lotz-Rambaldi et al., 2002).

Weitgehende Einigkeit besteht bei der Frage der Kontraindikation: keine stabile Wohnsituation, ausgeprägte hirnorganische Veränderungen, schwere körperliche Erkrankungen, die nicht ambulant behandelt werden können, Drogenabhängigkeit einschließlich Polytoxikomanie, schwere psychische Erkrankungen wie z.B. Psychosen, akute Suizidalität und schwere Persönlichkeitsstörungen werden als Ausschlusskriterien für tagesklinische Behandlung verstanden.

1.4 Aktueller Stand der Forschung

Die Literatur zur Wirksamkeit ganztägig ambulanter Behandlung von Abhängigkeitserkrankten ist begrenzt. Prädiktorstudien zur Indikation teilstationärer Therapie fehlen weitgehend, die vorhandenen Untersuchungen beziehen sich in der Regel auf Prognosemerkmale stationärer und ambulanter Behandlung und liegen v.a. aus dem angloamerikanischen Raum vor (Stout & Papandonatos, 2003; Mattson, 2003). Der Kostendruck im dortigen

Gesundheitssystem führte zu einer permanenten Erweiterung der ambulanten Behandlungsangebote und in der Folge Reduzierung von stationären Therapiemöglichkeiten. Begleitet wurde diese Entwicklung durch eine vielfältige Evaluationsforschung. Die Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem mit der Forderung nach Ausbau der ambulanten Behandlungsmaßnahmen für die Therapie Alkoholabhängiger (Soyka et al., 1999) sind ebenfalls Ausdruck der zunehmenden Kosten. Im deutschsprachigen Raum wurde die tagesklinische Behandlungsform hingegen bislang kaum evaluiert. In der ehemaligen DDR haben teilstationäre Angebote eine gewisse Tradition, so dass langjährige Therapieerfahrungen und katamnestische Ergebnisse vorliegen (Kielstein, 1991). Die Literaturdurchsicht wird zusätzlich noch dadurch erschwert, dass tagesklinische Behandlungen je nach Forschungsinteresse entweder den stationären Einrichtungen oder den ambulanten Behandlungsformen zugeordnet werden.

Zur Frage der Verallgemeinerbarkeit von Ergebnissen in verschiedenen Ländern werden Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen durchgeführt (Monahan & Finney, 1996; Süß, 1995). Die Datenlage lässt sich hingegen kaum länderübergreifend mit einander vergleichen (Olbrich & Watzl, 1978; Rist, 1998). Zum einen sind dafür die zum deutschen Suchthilfesystem unterschiedlichen Versorgungsstrukturen des amerikanischen Gesundheitssystems verantwortlich und die für das deutsche Behandlungssystem nicht repräsentativen Behandlungsprogramme, z.B. stehen kürzere, weniger intensive einmonatige Behandlungszeiten in den USA 4-16wöchigen Behandlungszeiten in Deutschland gegenüber. Weiterhin werden in die Studien nicht nur Patienten mit den Diagnosen Abhängigkeit sondern auch Missbrauch aufgenommen, unterschiedliche Datenschwundquoten und Katamnesezeiträume sowie verschiedene Patientenpopulationen in verschiedenartigen Einrichtungen erschweren darüber hinaus die Vergleichbarkeit der empirischen Ergebnisse (Süß, 2004). Im Gegensatz zu (früheren) deutschsprachigen Untersuchungen werden über das Erfolgskriterium Abstinenz und das „weichere“ Kriterium „Anzahl abstinenter Tage“ hinaus noch weitere Outcome Parameter wie die Erreichung von physischer, psychischer und sozialer Stabilisierung (Küfner, 2001) sowie -aufgrund der hohen Koinzidenz psychischer Störungen (Schwoon, 2001)- psychopathologische Merkmale erfasst. Weiterhin lassen sich auch die deutschsprachigen Studien aufgrund der differierenden tagesklinischen Konzepte, der

verschiedenen Patientenkollektive, die sich in Auswahl, Rekrutierung, Abhängigkeits-schweregrad und soziodemografischer sowie weiterer suchtspezifischer Charakteristika unterscheiden, nur bedingt miteinander vergleichen. Im Folgenden werden getrennt für die internationale und deutsche Literatur Befunde zur Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung sowie, soweit vorhanden, Erkenntnisse zur Indikationsfragestellung und zu Prädiktoren tagesklinischer Suchtbehandlung berichtet. Die zunächst aufgeführten Befunde zweier Meta-Analysen (Monahan & Finney, 1996; Süß, 1995) sollen einen vergleichenden Überblick über die Vielzahl an Studienbefunden zur allgemeinen bzw. differentiellen Wirksamkeit von Alkoholismustherapie liefern.

1.4.1 Meta-Analysen

Nachdem Meta-Analysen einen Nachweis der allgemeinen Wirksamkeit von Alkoholismustherapie erbringen (Miller, Walters, & Bennett, 2001) und eine methodisch verbesserte Qualität der Studien nachweisen (Moyer, Finney & Swearingen, 2002) sowie in differentiellen Untersuchungen keine Überlegenheit der stationären Behandlung Alkoholabhängiger finden konnten (Mattick & Jarvis, 1994; Süß, 1995), berücksichtigen neuere Meta-Analysen den Einfluss moderierender Variablen auf den Behandlungserfolg (Finney, Hahn & Moos, 1996).

Die meta-analytische Studie von Süß (1995) umfasste 23 zumeist aus dem amerikanischen Raum stammende experimentelle und 21 nichtexperimentelle Arbeiten. Unter den experimentellen Studien fand sich keine deutsche Untersuchung. In Abhängigkeit von der Berechnungsform und den Behandlungsgruppen variierten die Abstinenzraten zwischen 34 und 47,9% bei einer durchschnittlichen Katamnesedauer von 14 Monaten. Zur differentiellen Wirksamkeit zeigte sich eine leichte Überlegenheit der stationären Fachkliniken in Deutschland, wobei eine detaillierte Analyse den Einfluss moderierender Patientenmerkmale auf das Behandlungsergebnis aufzeigen konnte: die Abstinenzraten waren umso höher, je weniger soziale Probleme die Patienten aufwiesen. Hingegen war die Patientengruppe mit häufigen sozialen Problemen in den Fachkliniken unterrepräsentiert, was deren bessere Ergebnisqualität erklärt. Der länderübergreifende Vergleich lieferte deutlich günstigere Ergebnisse in Deutschland als in den übrigen Ländern bei nahezu gleicher Katamne-

sedauer und programmatische Behandlungsintensität. Die besseren Ergebnisse sind jedoch -bedingt durch die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen- erklärbar durch die vierfach längere Behandlungsdauer der stationären Behandlung in Deutschland. Ein direkter Vergleich ambulanter und stationärer Therapie innerhalb Deutschlands unterblieb aufgrund der fehlenden ambulanten Studien. Der angloamerikanische Vergleich zwischen ambulanter und stationärer Behandlung erbrachte keinen Unterschied. Bei Berücksichtigung der Kosten-Nutzen-Relation fiel demnach der Vergleich zugunsten der ambulanten Behandlung aus.

In einer quantitativen Metaanalyse prüften Monahan & Finney (1996) den Zusammenhang von Patienten- (z.B. Vorselektion durch Ein- und Ausschlusskriterien), Untersuchungs- (z.B. Katamnesedauer) und Behandlungsmerkmalen (z.B. zusätzliche Behandlungen) mit dem Erfolgskriterium Abstinenz. Dem weiteren Forschungsinteresse galt der Einfluss sozialer Stabilität auf den Behandlungserfolg. Zur generellen Wirksamkeit von Alkoholismusbehandlung fanden die Autoren eine durchschnittliche Abstinenzrate von 42,9% bei einer mittleren Katamnesedauer von 10,6 Monaten. Bezüglich der differentiellen Wirksamkeit zeigten sich die intensiveren Behandlungsformen (stationäre und teilstationäre) den ambulanten Programmen überlegen. Die Autoren konnten allerdings die Abhängigkeit der Abstinenzrate von der Behandlungsintensität nachweisen. Die intensiveren Programme hatten eine ca. 10mal längere Behandlungsdauer als die ambulanten. Bei den Ergebnissen handelt es sich demnach um einen Effekt der Behandlungsdauer und nicht um einen Setting-Effekt, wodurch nach Meinung der Autoren Aussagen zur vergleichenden Wirksamkeit stationärer und ambulanter Behandlungen nicht zulässig sind. Im Hinblick auf den moderierenden Einfluss der untersuchten Patienten-, Untersuchungs- und Behandlungsmerkmale stellte sich das Merkmal „soziale Stabilität“ mit 4% aufgeklärter Varianz des Kriteriums Abstinenz als schwächster Prädiktor gegenüber den beiden anderen Merkmalen heraus (Designmerkmale 13%; Behandlungsmerkmale 17%). Die überraschenden Therapieerfolge von Patienten mit ungünstigen Merkmalen (schwere Abhängigkeitssymptome, psychiatrische Zusatzdiagnosen, kognitive Beeinträchtigungen und hirnorganische Störungen) im Vergleich zu Behandlungen, die diese Patienten von der Behandlung ausschlossen, ließen sich durch den Einfluss von Setting-Variablen erklären: diese Patienten wurden in der Re-

gel in privaten Einrichtungen behandelt, mussten die Behandlungskosten selbst tragen, waren demzufolge sozial besser gestellt und erhielten intensivere Behandlungen (Finney, Hahn & Moos, 1996). Nachdem sich in kontrollierten Studien Selektionsprozesse infolge der erfolgten oder nicht erfolgten Einwilligung der Patienten in ein randomisiertes Studiendesign zeigten (Patienten, die sich ein Setting selbst aussuchten, waren nach intensiveren Behandlungsformen erfolgreicher), fordern die Autoren für die Zukunft vermehrte naturalistisch angelegte Untersuchungen, um den Einfluss dieser Auswahlprozesse besser verstehen zu lernen sowie die externe Validität zu erhöhen und damit eine größere Verallgemeinerbarkeit der Aussagen erreichen zu können. Die Studie wurde aufgrund seiner verwendeten Methoden und Vernachlässigung weiterer intervenierender Variablen kontrovers diskutiert (McKay, 1996; Annis, 1996; Feuerlein & Kufner, 1996; Hall, 1996; Longabaugh, 1996).

1.4.2 Internationale Studien

Wie bereits ausgeführt, lassen sich die amerikanischen Befunde zur Wirksamkeit tagesklinischer Alkohol- und Medikamentenbehandlung nicht ohne weiteres mit den deutschen Ergebnissen vergleichen. Infolge des Kostendrucks im amerikanischen Gesundheitssystem wird und wurde der Frage der Behandlungskosten im Zusammenhang mit der Effektivität von Behandlungen v.a. in vergleichenden Untersuchungen von teilstationärer und stationärer Behandlung großes Forschungsinteresse gewidmet (Pettinati & Belden, 1998). In der nachfolgenden Literaturübersicht soll ein kurzer Überblick über ältere Studien und den Trend derzeitiger Untersuchungen gegeben werden.

Die Therapieangebote und Zielsetzungen in den US-amerikanischen und kanadischen Studien sind vergleichbar. Wo das Therapieziel Abstinenz nicht erreicht werden kann oder von Anfang an nicht intendiert war, wird die soziale, physische und psychische Stabilisierung der Patienten als weiteres Therapieziel formuliert. Üblicherweise absolvieren die Patienten im Vorfeld ihrer drei- bis achtwöchigen Behandlung eine einwöchige meist stationäre Entgiftungsmaßnahme mit begleitender Disulfiramgabe über den gesamten Behandlungszeitraum. Das Nachsorgeangebot umfasst wöchentliche Treffen und Kontakte zu Mitarbeitern der Klinik bis zu einer Dauer von zwei Jahren. Das Therapiekonzept beinhaltet

größtenteils psychoedukative Elemente mit der Vermittlung von Informationen zur Alkoholerkrankung und deren medizinischen, psychischen und sozialen Auswirkungen, Selbsthilfegruppen, Co-Abhängigkeit und Stressmanagement. (Verhaltens-)Psychotherapeutische Arbeitsbereiche beziehen sich auf die Vermittlung von interpersonellen Fertigkeiten, Problemlösetechniken und rückfallprophylaktischen Strategien. Der Schwerpunkt liegt auf Gruppengesprächen, Einzelgespräche mit dem Bezugstherapeuten sind möglich, darüber hinaus werden Angehörige in wöchentlichen Abendgruppen in den Therapieprozess einbezogen. Das Behandlungsteam besteht aus Psychologen, Psychiatern, Sozialarbeitern, Pflegekräften, Berufsberatern und Werktherapeuten.

In einer randomisierten Vergleichsstudie von tagesklinischen und stationären alkoholabhängigen Patienten in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung berichten Penk, Charles & Van Hoose (1978) von „mild“ ausgeprägten Vorteilen der tagesklinischen Patienten hinsichtlich einer Zunahme von Arbeit und sozialen Aktivitäten v.a. für die nicht-parallelisierte Stichprobe aber auch für die kontrollierten Gruppen. Wenngleich der Nachbefragungszeitraum mit zwei Monaten etwas kurz gewählt wurde und die Aussagekraft der Studie hierdurch geschmälert wird, sehen die Autoren nicht zuletzt aufgrund der nahezu halbierten Behandlungskosten die tagesklinische Behandlung als eine attraktive alternative Behandlungsform zur stationären Behandlung.

In einer ebenfalls randomisierten Vergleichsstudie teil- und vollstationärer Alkoholbehandlung erzielten die Patienten aus beiden Behandlungsformen positive Veränderungen hinsichtlich der Kriterien Abstinenz, interpersonellem Verhalten, Angst, Depression, Selbstkonzept, geistige Verfassung und Medikamentencompliance (McLachlan & Stein, 1982). Eine Überlegenheit der tagesklinischen Behandlung zeigte sich hingegen in Bezug auf die Inanspruchnahme von vollstationären Behandlungen im Vergleich zu vor und nach dem tagesklinischen Therapieprogramm: die Anzahl der Tage stationärer Behandlung der Tagesklinikpatienten reduzierte sich nach ihrer Therapie von 423 auf 90 Tage, im Vergleich dazu stieg die vollstationäre Behandlung der stationären Patientenclientel von 215 auf 296 Tage was in Anbetracht dieser „indirekten“ Behandlungskosten von den Autoren als ein Beleg für die Effektivität tagesklinischer Behandlung gewertet wurde.

Bensinger & Pilkington (1983) initiierten ein firmeneigenes tagesklinisches Behandlungsangebot vor dem Hintergrund der sich stark erhöhenden stationären Behandlungszeiten und der explodierenden Behandlungskosten. Gleichzeitig war mit dem Behandlungsangebot die Hoffnung verbunden, Betroffene in einem früheren Stadium ihrer Abhängigkeit ansprechen zu können. Ein Jahr nach der Therapie waren 75% gebessert im Sinne einer zufriedenstellenden Arbeitsleistung sowie emotionale und soziale Stabilisierung ohne Hinweise auf problematischen Alkoholkonsum. Vor dem Hintergrund der selektiven sozial und beruflich gut angepassten Stichprobenklientel sehen die Autoren die tagesklinische Behandlung als eine Alternative, nicht jedoch als einen Ersatz für die herkömmliche stationäre Behandlung.

Longabaugh et al. (1983) überprüften in einer randomisierten Vergleichsstudie die Behandlungseffektivität und Kostenfrage bei alkoholabhängigen Patienten in tagesklinischer und stationärer Behandlung. Prognostisch günstige soziodemografische Merkmale wie „verheiratet“ und „Beschäftigung“ wurden kontrolliert. In einer ersten 6-Monats-Follow-up-Studie zeigten sich in dem Erfolgskriterium Trinkverhalten keine Gruppenunterschiede, wohingegen die tagesklinischen Patienten eine deutlich größere Lebenszufriedenheit und weniger negative Affekte äußerten und im psychosozialen Funktionieren größere Erfolge erzielten sowie häufiger an AA-Treffen teilnahmen als die stationären Patienten. In der 12-Monats-Katamnese waren diese Effekte nicht mehr gegeben. Allerdings hatten zu diesem Zeitpunkt die tagesklinischen Patienten mehr abstinente Tage (McCrary, et al., 1986). Dieser Trend setzte sich in der 24-Monats-Nachbefragung fort. Wiederum mehr Tagesklinikpatienten lebten (zeitweise) abstinent, besuchten AA-Treffen und äußerten größere Lebenszufriedenheit sowie weniger belastende Empfindungen, wenngleich die Autoren anführen, dass diese Effekte in der Halbjahreskatamnese am stärksten ausgeprägt waren. Über alle drei Zeitpunkte erwies sich die tagesklinische Behandlung als die kostengünstigere (Fink et al., 1985).

Eine weitaus schwierigere Klientel betrifft die Untersuchung von Alfs & McClellan (1992). Patienten mit Doppeldiagnosen wurden in einem tagesklinischen psychiatrischen Krankenhaus mit dem Ziel, -angesichts der Schwere ihrer Erkrankung- ihren Substanzkon-

sum zu reduzieren, die Medikamentencompliance zu erhöhen und weitere Hospitalisierungen zu reduzieren, behandelt. Die Haltequote lag bei 66% innerhalb eines 30-monatigen Zeitraums und war damit geringer als bei den herkömmlichen Tagesklinikpatienten (77%). Ihre Rückfallquote während der Behandlung lag bei 33%, im Nachbefragungszeitraum lebten 27% abstinent und hatten eine Vollbeschäftigung bzw. besuchten eine Schule, 34% waren gebessert im Sinne einer Stabilisierung auf einem geringen Suchtmittelkonsum. Die Autoren sehen den Behandlungserfolg in Abhängigkeit der gestiegenen Fähigkeiten der Patienten, sich in eine Gruppe zu integrieren. Dabei konnten überraschenderweise psychotische und nicht-psychotische Patienten sowie Alkohol- und Drogenpatienten Beziehungen zueinander aufbauen. Insgesamt, folgern die Autoren, sind Doppeldiagnosepatienten jedoch aufgrund ihrer gestörten Familien- und Sozialstrukturen sowie geringer Ressourcen nur schwer zu behandeln.

McKay, Alterman, McLellan & Snider (1994) untersuchten die Zusammenhänge zwischen tagesklinischen Behandlungszielen wie reguläre Therapiebeendigung, Selbsthilfegruppenbesuch und dem Erfolgskriterium Alkoholverhalten bei alkohol- und kokainabhängigen Patienten. Die regulär entlassenen Alkohol- und Kokainpatienten hatten 4 Monate nach der Therapie weniger Alkoholgebrauch, wenngleich sich der Effekt nach 7 Monaten „milder“ zeigte. Darüber hinaus war eine gelungene Selbsthilfgruppenanbindung bereits während der Therapie und eine Reduzierung der Verleugnungstendenzen sowie regelmäßiger Selbsthilfgruppenbesuch nach der tagesklinischen Behandlung verbunden mit längeren Abstinenzzeiten, nach den Autoren ein Beleg für die Relevanz dieser tagesklinischen Behandlungsziele. Prognostisch günstig für die Inanspruchnahme weiterführender ambulanter Beratungsangebote sowie Selbsthilfgruppenbesuche sind Patientenmerkmale wie soziale Stabilitätsfaktoren, höherer sozioökonomischer Status und größere kognitive Ressourcen (McKay et al., 1998).

In einer randomisierten Vergleichsstudie wurden die Effektivität und Kosten von tagesklinischer und stationärer Behandlung bei kokainabhängigen Patienten überprüft (Alterman et al., 1994). Dabei zeigte sich eine höhere Haltequote für die stationären Patienten sowie für die regulären tagesklinischen Therapiebeender eine häufigere Teilnahme an der Nachsor-

gebehandlung. In einer früheren Studie zeigte sich eine bessere Haltequote für die Alkoholpatienten im Vergleich zu den Kokainabhängigen (Alterman, Droba & McLellan, 1992). Hinsichtlich der Erfolgskriterien Substanzkonsum, psychosoziales Funktionieren und Gesundheitsstatus wiesen beide Gruppen nach sieben Monaten ähnlich positive Entwicklungen auf. Tagesklinische Patienten zeigten einen „milden“ Trend in Bezug auf eine einmonatige Kokainabstinenz und aktuelle Alkoholabstinenz. Die 40 bis 60%ige Kostenersparnis der tagesklinischen Behandlung lässt die Autoren schlussfolgern, stationäre Behandlung Patienten mit schweren physischen, psychiatrischen und motivationalen Beeinträchtigungen vorzubehalten.

Für die stationäre Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger liegt eine Vielzahl an Untersuchungen zu den Prädiktoren des Behandlungserfolges vor. Übersichten finden sich in verschiedenen Publikationen (Westerberg, 1998; Miller & Hester 1986b). Schwerpunktmäßig weisen die Befunde auf den prognostischen Charakter von spezifischen Patientenmerkmalen hin und weniger auf den Einfluss von Behandlungsmerkmalen. Dabei spielen Merkmale zur beruflichen und sozialen Stabilität sowie zum Schweregrad der Abhängigkeitserkrankung und psychiatrischer Komorbidität die größte Rolle für den Therapieerfolg. Müller-Fahrnow, Spyra, Stoll, Ilchmann & Kühner (2001) kommen nach Durchsicht der internationalen Literatur zu dem Ergebnis, dass bei langer Chronizität und hohem Schweregrad der Abhängigkeitserkrankung, Komorbidität, fehlender fester Partnerschaft, familiärer Belastungen, instabiler sozialer Lage und mangelnder sozialer und beruflicher Integration wie z.B. Arbeitslosigkeit die Rückfallgefahr am höchsten ist. Die erhöhte Rückfallgefahr für die spezifische Risikogruppe Arbeitsloser wiesen Henkel, Dornbusch und Zemlin (2005) nach: Arbeitslose wurden häufiger und in einem stärkeren Maße rückfällig als beruflich integrierte Betroffene. Jüngere Untersuchungen zeigten wiederholt den Einfluss störungsspezifischer Merkmale wie Alkoholverlangen (Drummond, Litten, Lowman & Hunt, 2000; Veltrup, Einsle, Lindenmeyer, Wetterling & Junghanns 2001; Flannery et al, 2001) und Selbstwirksamkeitserwartungen (Majer, Jason & Olson, 2004, Greenfield, et al.,1998) auf den Therapieverlauf. Rückfälligkeit steht demnach im Zusammenhang mit stärkerem Alkoholverlangen, abstinenten Patienten äußern höhere Selbstwirksamkeitserwartungen.

In neueren Untersuchungen stehen Fragen zur Indikation und besseren Zuordnung von bestimmten Patientensubgruppen zu den verschiedenen Settings im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Dahinter steht die Ansicht, dass die Behandlungsergebnisse durch eine differentielle Zuweisung zu bestimmten Therapieverfahren und –Settings anhand von spezifischen Patientenmerkmalen deutlich verbessert werden können. Demnach sollen z.B. Patienten mit geringer sozialer Unterstützung und schwerer Alkoholbeeinträchtigung eher von stationärer Behandlung profitieren und die in diesen Merkmalen Bessergestellten größere Erfolge durch tagesklinische Behandlung erzielen.

Mit den Zuweisungskriterien der American Society of Addiction Medicine (ASAM) wurden Leitlinien entwickelt, um substanzabhängige Patienten entsprechend ihrem soziodemografischen und störungsspezifischen Profil, einer stationären oder tagesklinischen Behandlung besser zuordnen zu können. Insbesondere für die alkoholabhängigen Patienten scheint die prädikative Validität des Instrumentes noch wenig überzeugend: die korrekt zugewiesenen Patienten hatten keine besseren Ergebnisse erzielt als die fehlerhaft zugewiesenen. Weiterhin erzielten Patienten, die nach den Kriterien eine stationäre Behandlung benötigt hatten, in dieser Behandlungsform keine besseren Ergebnisse als in der weniger intensiven tagesklinischen Behandlung: so waren Patienten mit starker familiärer, sozialer und psychiatrischer Belastung nach tagesklinischer Behandlung vergleichbar erfolgreich wie die stationär behandelten Patienten (McKay, Cacciola, McLellan, Alterman & Wirtz, 1997).

Die bislang methodisch aufwendigste Studie zur Überprüfung der Auswirkungen differentieller Therapiezuweisungen wurde vom renommierten amerikanischen Suchtforschungsinstitut National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) in Kooperation mit zahlreichen Kliniken und Universitäten durchgeführt (Project MATCH Research Group, 1997a; 1997b; 1998). Geprüft wurde die Wirksamkeit von drei Behandlungsformen („Cognitive Behavioural Coping Skill Therapy“ = Kognitive Therapie CBT, „Motivational Enhancement Therapy“ = Motivationstraining MET und „Twelve-Step Facilitation Therapy“ (Programm nach den 12 Schritten der Anonymen Alkoholiker TSF) bei zwei unabhängigen Bedingungen („Aftercare“ = Nachsorgebehandlung nach intensiver tagesklinischer

Behandlung bzw. mindestens siebentägiger stationärer Behandlung, „Outpatient“ = ausschließlich ambulante Behandlung, teils mit vorheriger Entgiftung) an 1726 Patienten. Dazu wurden 21 „a priori“ festgelegte Annahmen überprüft. In allen Treatments wurden 12wöchige manual-gestützte Einzeltherapien von trainierten Therapeuten durchgeführt, wobei das Therapieziel „Abstinenz“ galt. Die Zuweisung zu den Behandlungsformen erfolgte per Zufall, bei den Behandlungsbedingungen wurde keine randomisierte Aufteilung vorgenommen. Katamnestiche Befragungen von Teilnehmern und Angehörigen zu verschiedenen Zeitpunkten (3, 6, 9, 12 und 38 Monate) wurden durch Urin- und Blutproben ergänzt. Hinsichtlich der generellen Wirksamkeit waren die (teil-) stationären Behandlungen der ambulanten Behandlung überlegen (35% gegenüber 19%). Bezogen auf die differentielle Fragestellung zeigte sich in der Dreijahreskatamnese eine deutliche Überlegenheit der TSF-Bedingung mit der höchsten Abstinenzrate von 36%, gefolgt von MET (27%) und CBT (24%). Von den differentiellen Hypothesen konnte keine der prognostizierten Annahmen konsistent empirisch überprüft werden. Interessanterweise schnitten Patienten mit schweren Alkoholproblemen und ungünstiger sozialer Anpassung bei Behandlungsbeginn nach drei Jahren besser ab. Angesichts der positiv selektierten Patientenstichprobe, bei der Mehrfachabhängige und sozial, körperlich, geistig und psychiatrisch schwerer beeinträchtigte Patienten sowie Betroffene ohne Bezugsperson und ohne stabile Wohn- und Beschäftigungsverhältnisse ausgeschlossen wurden und damit einhergehender Varianzeinschränkung bestimmter Patientenmerkmale, sind prognostische Aussagen spezifischer Patientenmerkmale jedoch nur begrenzt gültig. Als Moderatorvariable zeigte sich: je weniger ein Patient bei der Aufnahme getrunken hatte, desto weniger konsumierte er auch nach drei Jahren bzw. lebte tendenziell abstinent. Angesichts der langjährigen und aufwendigen Studiendurchführung sind die Ergebnisse begrenzt (Süß, 2004; Watzl, 2001). Die Grenzen der Untersuchung waren Gegenstand dieser kritischen Überblicksarbeiten: neben der positiv ausgelesenen Stichprobe und der geringen Compliance der Patienten (nur 62,2% der outpatient-Patienten und 65,7% der aftercare-Patienten nahmen an den vereinbarten Terminen teil), wurde die Behandlungsintensität kritisiert: von den 12 Einzelsitzungen wurden im Durchschnitt nur acht Stunden tatsächlich abgehalten, eine Behandlungsdosis, die nicht der geltenden Therapiepraxis entspricht.

Rychtarik et al. (2000) überprüften Fragestellungen zur Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung für bestimmte Patientensubgruppen in einer randomisierten Vergleichsstudie von stationärer, tagesklinischer und ambulanten Behandlung. Alle Behandlungsgruppen hatten in der 18-Monats-Follow-up-Studie deutlich mehr abstinente Tage und einen geringeren täglichen Alkoholgebrauch. Im direkten Vergleich zeigte sich die stationäre Patientengruppe erfolgreicher hinsichtlich der Anzahl an abstinenten Tagen. Gleichzeitig bestätigte sich die Annahme, wonach stationäre Patienten mit einer höheren Alkoholbeeinträchtigung in der stationären Behandlung besser abschnitten, unerwarteterweise zeigten sich bei den Patienten mit leichteren Ausprägungen keine Unterschiede zwischen der tagesklinischen und der ambulanten Behandlung. Die Autoren folgern hieraus, dass Patienten mit hohem Alkoholschweregrad von stationärer Behandlung in einem stärkeren Maße profitieren und dass teilstationäre Behandlungsprogramme in der Vergangenheit möglicherweise in ihrer Bedeutung überschätzt wurden. Die Aussagekraft der Studie wird in einigen Punkten eingeschränkt: weder Alkoholabhängigkeit noch schädlicher Gebrauch mussten bei den Patienten diagnostiziert worden sein, damit diese in die Studie aufgenommen wurden. Weiterhin wurde eine hohe Anzahl von Patienten bei der Rekrutierung aufgrund der Ausschlusskriterien nicht in die Studie aufgenommen und davon stimmte schließlich lediglich eine geringe Anzahl von Patienten einer Randomisierung zu. Patienten, die einer Zuweisung zu einer bestimmten Gruppe zustimmen, zeichnen sich durch einen höheren Schweregrad und schlechteren sozialen Status aus und profitieren eher von stationärer Behandlung. Auf der anderen Seite zeigt sich dieser für die stationären Patienten positive Effekt nicht unter den naturalistischen Studienbedingungen, so dass der Therapieerfolg von den Autoren und entsprechend den Befunden früherer Studien (Finney, Hahn & Moos, 1996) eher dem Einfluss von Therapiesetting-Moderatorvariablen zugeschrieben wird. Bestätigung findet diese Annahme durch die Befunde von McKay et al. (1995): in einer Vergleichsstudie untersuchten die Autoren den Einfluss einer randomisierten gegenüber einer nichtrandomisierten Versuchsbedingung im Vergleich von tagesklinischen und stationären Alkoholbehandlungen. Alle Patientenstichproben waren in den relevanten soziodemografischen und prognostischen Merkmalen vergleichbar. Es zeigten sich keinerlei Unterschiede zwischen den Versuchs- und Settingbedingungen, für die Autoren ein Hinweis, vermehrt naturalistische und

damit die externe Validität erhöhende Untersuchungen durchzuführen, um zukünftig verallgemeinerbare Aussagen zur Behandlungseffektivität zu erhalten.

Weisner et al. (2000) fanden zunächst in einer randomisierten Studie Hinweise für die Überlegenheit tagesklinischer Behandlung im Vergleich zur ambulanten Therapie Alkohol- und Drogenabhängiger. Dieser Effekt zeigte sich jedoch nur in der randomisierten Patientengruppe: beide Behandlungsgruppen waren nach acht Monaten ähnlich erfolgreich, bezogen auf die Abstinenzraten und die sieben Problembereiche des Addiction Severity Index (ASI). Die tagesklinischen Patienten in den parallel untersuchten Gruppen, die eine randomisierte Zuweisung ablehnten und selbst über das Therapiesetting entscheiden wollten, traten häufiger ihre Therapie an und zeigten eine erfolgreichere Abstinenzrate als die ambulant Behandelten. Zudem wiesen die tagesklinischen Patienten prognostisch ungünstigere Ausprägungen in den Merkmalen Alkohol und Drogen sowie hinsichtlich der beruflichen Situation und ihres psychischen Zustands auf. Für die Autoren reflektiert die nichtrandomisierte Patientengruppe den Therapieprozess unter naturalistischen Bedingungen, folglich sollte nach ihrer Meinung den Unterschieden in den Ergebnissen zwischen randomisierten und nichtrandomisierten Gruppen besondere Beachtung geschenkt werden. Zudem formulieren sie die Hypothese, nach der Patienten, die Randomisierungen ablehnen, vermutlich über eine hohe Therapiemotivation verfügen und dass diese Patienten mit der tagesklinischen Behandlung die für sie passende Zuweisung erhalten hatten. Zudem fanden die Autoren hinsichtlich der Überprüfung der Behandlungseffektivität von tagesklinischer und ambulanter Behandlung subgruppenspezifische Unterschiede zugunsten der tagesklinischen Klientel sowohl in der randomisierten als auch nichtrandomisierten Stichprobe: Patienten mit einer mittleren Ausprägung des „Psychischen Zustands“ mit den dominierenden Symptomen Depression und Angst profitierten mehr von der tagesklinischen Behandlung. In den Gruppen mit geringer Ausprägung zeigten sich keine Behandlungsunterschiede, Patienten mit höherer psychiatrischer Belastung profitierten am geringsten von beiden Programmen. Für diese Patientengruppe empfehlen die Autoren andere psychiatrische Dienste und fordern weitere Studien zu den subgruppenspezifischen Unterschieden.

McKay et al. (2002) gingen in ihrer Studie Fragestellungen zur Bedeutung von Subgruppen in Bezug auf den Therapieerfolg nach: sie vermuteten zunächst, dass Patienten, die sich in stationäre Behandlung begeben, schwerwiegenderen Substanzkonsum sowie psychiatrische Beeinträchtigungen aufweisen als dies bei den tagesklinischen Patienten der Fall ist. Weiterhin sollten sich Trinkverhalten, Gesundheitszustand und soziales Funktionieren bei den stationären Patienten in einem stärkeren Maße verbessern und die Therapieerfolge sollten bei der stationären Patientengruppe in der Subgruppe mit höherer Substanzschweregradeinschätzung besser sein. Die stationären Patienten wiesen günstige soziodemografische Merkmale auf: sie waren mehrheitlich weiß, männlich und verheiratet. Hinsichtlich der Patientencharakteristika waren die stationären Patienten tatsächlich stärker im Alkoholbereich beeinträchtigt, psychiatrisch zeigten sich keine Unterschiede. Die teilstationären Patienten wiesen eher medizinische und berufliche Probleme, die stationären Patienten mehr rechtliche Probleme auf. Die zweite Hypothese fand in Teilen Bestätigung: stationäre Patienten profitierten im Alkoholgebrauch und hinsichtlich ihres psychischen Zustands mehr von ihrer Behandlung als die tagesklinischen Patienten, in den anderen Bereichen wie Arbeit, Gesundheit und familiäre bzw. soziale Beziehungen zeigten sich keine Unterschiede. Erwartungsgemäß erzielten schwerer substanzbeeinträchtigte stationäre Patienten größere Behandlungserfolge, allerdings zeigten sich diese Effekte nicht in der psychiatrischen Subgruppe. Dieser Effekt könnte nach Meinung der Autoren ebenfalls Ausdruck einer Regression zur Mitte aufgrund der anfänglich hohen stationären Merkmalsausprägungen oder einer höheren Motivation dieser Patientengruppe sein. Was von den Autoren in diesem Zusammenhang nicht kritisch hinterfragt wird: in den ersten zwei Behandlungswochen erhielten die stationären Patienten weitaus mehr alkoholbezogene und psychiatrische sowie familienbezogene und soziale Behandlungsmaßnahmen. Das günstigere stationäre Ergebnis könnte demnach ebenfalls durch die anfänglich höhere Behandlungsintensität resultieren. Die Autoren schränken die Aussagekraft ihrer Studie noch weiter ein: einmal aufgrund der Schwierigkeiten bei der Auswahl der tagesklinischen Patienten, die bedingt durch ihren kürzeren Klinikaufenthalt und der geringeren zur Verfügung stehenden Zeit in großer Anzahl ihre Studienteilnahme verweigerten und nicht an der weiterführenden ambulanten Behandlung teilnahmen und für die keine Dropoutanalyse durchgeführt wurde. Weiterhin führen sie die positiv selektierte stationäre Patientenstichprobe und die

Validitätsprobleme der verwendeten ASAM-Kriterien an (Patientenzuweisungskriterien der American Society of Addiction Medicine; McKay et al., 1997) und verweisen auf die hohe tagesklinische Dropoutrate mit ungünstigen Merkmalen innerhalb der ersten drei Behandlungsmonate.

1.4.3 Studien im deutschsprachigen Raum

Bislang existieren kaum evaluative Untersuchungen zur tagesklinischen Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen in Deutschland. Ein Vergleich der Studien ist insofern schwierig, da sich -wie bereits ausgeführt- die beschriebenen Konzepte und Behandlungsprogramme unterscheiden. Darüber hinaus differieren die Studien erheblich in ihrer methodischen Qualität. In der folgenden Übersicht sollen die verschiedenen Erfahrungen mit tagesklinischer Suchtbehandlung im Bereich der legalen Drogen in Deutschland beschrieben werden. Die deutschen Publikationen reichen bis in die frühen 80iger Jahre zurück. Darunter sind ausführliche Evaluationen eher selten, häufig werden Konzeptdarstellungen und Beschreibungen der behandelten Patientenkollektive sowie erste katamnestiche Befunde aufgeführt. Randomisierte Studiendesigns lassen sich in der Regel nicht finden, und wenn dann nur für tagesklinische Entgiftungsmaßnahmen (Weithmann & Hoffmann, 2005). Im Folgenden werden die Studien zur Wirksamkeit und, angesichts des geringen Datenumfangs, zur Indikation tagesklinischer Behandlung gemeinsam aufgeführt.

Im Jahr 1979 wurden die tagesklinischen Behandlungskonzepte in Hannover und Bremen entwickelt. Ohne eine genaue Beschreibung der Untersuchungsbedingungen und Stichproben berichten Sawitzki & Kruse (1981) über eine Erfolgsquote von 65% bezüglich des Abstinenzkriteriums bei Patienten, die länger als sechs Wochen an der tagesklinischen Behandlung in Hannover teilgenommen hatten. Behandlungen unter 100 Tagen waren therapeutisch nicht erfolgversprechend. Die Patienten waren relativ jung (Männer 37 Jahre/Frauen 31 Jahre), 16 Betroffene waren geschieden, 20 verheiratet und acht ledig. Dabei stellte die tagesklinische Behandlung eine eigenständige Behandlungsform dar, die Patienten wurden sofort nach erfolgter stationärer oder ambulanter Entgiftung aufgenommen. Die Autoren folgern, dass für die tagesklinische Behandlung Alkoholabhängiger noch keine

spezifische Indikation gestellt werden kann, fordern aber aufgrund der bereits damaligen hohen Anzahl Abhängiger, neue Wege der Alkoholtherapie zu suchen.

Das Bremer Modell nimmt Patienten auf, die zuvor eine vollstationäre Kurzzeittherapie absolviert hatten. Kruse & Sievers (1987) berichten über eine annähernd gleiche Geschlechterverteilung der Patientenkollektive aus den Jahren 1983 und 1984, 68% der Patienten sind alkoholabhängig, ein knappes Drittel sowohl alkohol- als auch medikamentenabhängig. Gut die Hälfte (52,7%) der Patienten lebt alleine, mit Partner etwas weniger (47,3%), einen Arbeitsplatz haben 14,3%, Arbeitslosigkeit besteht bei 28,6%, bei 11% Rentnern und jeweils 23% Hausfrauen und Frührentnern. Die Haltequote liegt bei 63,7%. Die Katamnese basiert auf Befragungen anlässlich des jährlich stattfindenden Ehemaligentreffens. Diese Art der Nachbefragung und die gewählte Einteilung in vier verschiedene Erfolgs-Kategorien sind methodisch sehr kritisch zu sehen. In der Kategorie der „sicher- bis ziemlich sicher abstinent“ werden 42% der Patienten aufgenommen. Die Katamneseergebnisse liegen für 73,6% aller in die Tagesklinik zwischen 1983 und 1984 aufgenommenen Patienten vor. Anhand der Befunde formulieren die Autoren tendenzielle Erkenntnisse zum Therapieerfolg/-misserfolg: in einem Berufsverhältnis stehende Frauen scheinen demnach weniger von einer tagesklinischen Behandlung zu profitieren als die Männer, Rentner schließen ihre Therapie mit einem schlechteren Ergebnis ab als Frührentner und ein Großteil der Patienten in der Altersgruppe der über 50jährigen profitieren besser als jüngere Patienten. Anhand der Ergebnisse sehen die Autoren neue therapeutische Zugänge für zumindest zwei Patientengruppen: für die Patienten der prognostisch ungünstigen Gruppe im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung und die prognostisch günstigen, die von einer tagesklinischen Behandlung anstatt einer stationären Therapie profitieren.

Insbesondere aufgrund der hohen Abbruchquote von über 50% innerhalb der ersten drei Monate und der globalen Besserungsquote von 31% eines ambulanten Behandlungsangebotes für Alkoholranke in der ehemaligen DDR führte Kielstein (1991) eine vier bis fünfwöchige tagesklinische Intensivbehandlung ein, die in eine längerfristige (1-2 Jahre) wöchentliche ambulante Gruppentherapie überführt werden sollte. Die Auswirkungen dieser Maßnahmen überprüfte er 1982. Es stellte sich heraus: die Therapieabbrüche reduzier-

ten sich von über 50% auf 24% und die globale Besserungsquote nach durchschnittlich 20 Monaten betrug 58,1%. Der Vergleich von Therapieabbuchquoten aus den Jahren 1984 und 1994 zeigte annähernd gleich bleibende Quoten (12,4%; 11,7%). Zur Frage der Indikation tagesklinischer Behandlung untersuchte er den Zusammenhang von verschiedenen soziodemografischen und störungsspezifischen Patientenmerkmalen zum Therapieerfolg (Kielstein et al., 1995). Der Therapieerfolg wurde durch Veränderungen mit den Kategorien „verschlechtert/unverändert/gebessert“ in den Bereichen „Soziale Kontakte“, „Ausbildung/Beruf“, „Abstinenz Alkohol/psychoaktive Substanzen“ definiert. Die Klassifikation des Therapieerfolgs erfolgte mittels mehrerer Clusteranalysen zu den Gruppen der „Gebesserten“ und „Ungebesserten“. Diese wurden mit den Eingangs- und Verlaufsdaten in Beziehung gesetzt. Zur Erstellung eines Prognoseindex wurde anschließend bei einer Stichprobe von 51 Gebesserten und 41 Ungebesserten mit acht erfolgversprechenden Variablen eine lineare logistische Diskriminanzanalyse durchgeführt. Mißerfolgsgefährdet sind demnach Patienten mit einem schlechten Allgemeinzustand, gehäuftem Arbeitsplatzwechsel, morgendlichem Trinken länger als zwei Jahre, Trinken der Kollegen während der Arbeitszeit, geschiedenen, frühere Verurteilungen, neuropsychologische Ergebnisse im Benton unterdurchschnittlich und Beruf unterhalb des Facharbeiterniveaus. Patienten, die mehr als 10 Punkte erreichen, sind nach einem Jahr mit großer Wahrscheinlichkeit nicht erfolgreich. Der Aussagewert des Prognoseindex ist nach Meinung von Kielstein nicht auf andere Einrichtungen übertragbar, soll lediglich als Orientierungshilfe für sein tagesklinisches Behandlungssetting dienen und darf nicht dazu führen prognostisch ungünstige Patienten von der Therapie auszuschließen (Kielstein et al., 1995). Später merkt er kritisch an, dass der Prognoseindex auf eine prospektive Studie unter DDR-Verhältnissen zurückgeht und das Item „häufiger Arbeitsplatzwechsel“ nach der Wiedervereinigung neu definiert und dem Aspekt der Arbeitslosigkeit Rechnung getragen werden muss (Kielstein, 1997).

Die tagesklinische Behandlung in Bielefeld ist Teil einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung (Westermann & Wessel, 1996). Für bestimmte Behandlungsphasen einer durchschnittlich sechswöchigen Behandlung in den Jahren 1992 und 1993 liegen Daten vor. Der Frauenanteil sank zwar innerhalb dieses Zeitraumes von 54% auf 36%, Dokumentationsergebnisse zu einem späteren Zeitpunkt (1997/1998) bestätigen die durchschnittlich höhere

Frauenquote von 30%, für die Autoren ein Hinweis für die Attraktivität des tagesklinischen Angebots für Frauen oder allein erziehende Mütter, die aufgrund ihrer familiären Verpflichtungen gebunden sind (Westermann & Zechert, 2001). Gut die Hälfte der Patienten hatte in der Vergangenheit bereits eine Entwöhnungsbehandlung absolviert, davon 27% eine und 11% bereits mehrere. Dieser Anteil entspricht in etwa den durchschnittlichen Vorbehandlungen der Patienten aus der klinikinternen Suchtstation. Ergebnisse der Nachuntersuchungen liegen für beide Jahrgänge vor. Nachdem noch im ersten Jahr eine Rücklaufquote von 75% erzielt werden konnte, sank der Anteil 1993 auf 35%. Die anfänglich bessere Rücklaufquote erklärt sich nach Meinung der Autoren durch den damaligen hohen Frauenanteil und das einjährige Nachsorgeangebot für die Patienten. Innerhalb der letzten 12 bis 30 Monate gaben 58% der Betroffenen an, dauerhaft abstinent gelebt zu haben, 36% konsumierten gelegentlich ohne gravierende körperliche und soziale Folgen, 6% tranken unverändert. Die Ergebnisse beziehen sich auf die erreichten Patienten, die strengere Auswertungsform nach DGSS 4 betrifft alle Stichprobenteilnehmer und stuft alle nicht Erreichten als rückfällig ein. Angesichts der durchschnittlichen 47% Katamneseantworter liegt die Erfolgsquote in diesem Fall bei 25,7%. Ca. 40% der Patienten absolvierten im Nachbefragungszeitraum eine Entwöhnungsbehandlung, 22 weitere nachfolgende Behandlungsepisoden betrafen Aufnahmen in ein Allgemeinkrankenhaus (2), Psychiatrisches Krankenhaus (15) und ambulante Entzugsmaßnahmen (5). Knapp 60% der Patienten gaben an, regelmäßigen Selbsthilfegruppenkontakt zu haben, was sich als prognostisch günstig auf den Therapieerfolg auswirkte. Obwohl der mindestens einmalige Kontakt zur Suchtberatungsstelle während der tagesklinischen Behandlung festgeschrieben ist, hielt nur ein Drittel den regelmäßigen Kontakt zur Beratungsstelle aufrecht. Zu einem späteren Zeitpunkt wurden tagesklinisch ca. 10% Drogenabhängige behandelt, der Anteil der Komorbidität lag bei 71,4%. Die Autoren sehen die Wichtigkeit und Adäquatheit ihres tagesklinischen Behandlungskonzepts für Patienten mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit angesichts dieser Ergebnisse bestätigt. Gerade für die letztgenannten Patientengruppen hat die Anbindung an weiterführende Nachsorgemaßnahmen besondere Relevanz.

In einer Zwei-Jahres-Katamnese wurde erstmals über die Effizienz einer 12wöchigen tagesklinischen Entwöhnungsbehandlung berichtet (Soyka et al., 1999). Bei der Tagesklinik

der Caritas in München handelt es sich um eine mischfinanzierte Einrichtung, d.h. die ersten sechs Wochen mit medizinisch-psychotherapeutischem Schwerpunkt werden über die Krankenkassen finanziert, in der zweiten Hälfte übernimmt dann der Rentenversicherungsträger. Das Therapiekonzept folgt einem eklektischen Behandlungsprinzip. Von der Behandlung ausgeschlossen werden Patienten mit Drogenabhängigkeit (einschließlich Polytoxikomanie), schweren psychischen Erkrankungen wie Psychosen, akute Suizidalität und schweren Persönlichkeitsstörungen. Insgesamt wurden 63 Patienten in der Untersuchung erfasst, die im Durchschnitt acht Wochen tagesklinisch behandelt wurden. Es zeigte sich ein heterogenes Patientenkontinuum bezüglich den soziodemografischen Parametern: 57% der Patienten waren verheiratet, der Angestelltenanteil lag bei 32% (Arbeiter 25%) und die Arbeitslosigkeit bei 18%. Bei einer beträchtlichen Anzahl lagen suchtspezifische Vorbehandlungen vor: 35% hatten mindestens eine Entgiftung, 22 mindestens eine Entwöhnung absolviert, der Anteil der Mehrfachtherapiewiederholer war eher gering (n=4). Der Katamnesezeitraum insgesamt betrug durchschnittlich 28,8 Monate, 36,5% der Patienten, bezogen auf die strengste Auswertungsnorm, gaben an, in diesem Zeitraum durchgehend abstinent gelebt zu haben. In einem weiteren Schritt wurden bestimmte soziodemografische und störungsspezifische Parameter (z.B. Partnerschaft, Vorbehandlungen, Selbsthilfegruppenbesuch) auf ihren prädikativen Wert hinsichtlich des Behandlungserfolgs (dauerhafte Abstinenz) überprüft. Während sich mittels einer logistischen Regressionsrechnung keine möglichen Prädiktoren abbilden ließen, zeigten sich bei den Berechnungen der Häufigkeiten in den Gruppen der Responder und Nicht-Responder zwei signifikante Unterschiede. Zum einen lebten verheiratete Betroffene im Nachbefragungszeitraum eher abstinent, zum anderen wurden Patienten mit Suizidversuchen in der Vorgeschichte häufiger rückfällig. Angesichts der mit stationärer Behandlung vergleichbar guten Befunde der tagesklinischen Entwöhnungen sehen die Autoren -auch unter dem Eindruck der notwendigen Kostenberücksichtigung- die tagesklinische Behandlung als eine wichtige Ergänzung zu bestehenden stationären Konzepten. Zukünftige Studien sollten einen besonderen Fokus auf die für ambulant/tagesklinische Behandlungen notwendige Inanspruchnahme ambulanter Nachsorgemaßnahmen legen.

In einer retrospektiven vergleichenden Untersuchung tagesklinischer und stationärer Entwöhnungs-Behandlung wurden drei Entlassjahrgänge (1998-2000) aus der tagesrehabilitativen Einrichtung des Sozialtherapeutischen Zentrums für Suchtkranke in Hamburg postalisch nachgefragt (Lotz-Rambaldi et al., 2002). Als Folge der den teilstationären und stationären Konzepten zugrunde liegenden Indikationskriterien unterschieden sich tagesklinisch und stationär behandelte Patienten in einigen relevanten Merkmalen (die Untersuchung der Zuweisungskriterien selbst waren nicht Gegenstand der Studie): Patienten aus der Tagesklinik waren demnach etwas älter, verfügten über eine höhere Schulbildung, lebten häufiger in einer (festen) Partnerschaft und waren seltener erwerbslos, zudem hatten sie in der Vergangenheit weniger häufig eine stationäre Entwöhnungsbehandlung absolviert als die stationären Patienten. Die Haltequote lag bei 70,9% vergleichbar hoch der stationären Behandlung, mit 74,6% regulären Entlassungen. Die Abstinenzquote bezogen auf die Gruppe der erreichbaren Katamneseantworter lag ähnlich in der Tagesklinik bei 53,1% und in der Fachklinik bei 53,0%. Angaben zur Auswertungsform der DGSS 4 wurden nicht gemacht. Nach dem Ausmaß der erlebten Belastungen durch die Suchterkrankung im Vergleich vor der Behandlung und zum Zeitpunkt der Nachbefragung gaben beide Behandlungsgruppen eine deutliche Entlastung in den Bereichen Familie und Partnerschaft, Arbeit und Freundschaften an, wobei die stationären Patienten sich zu beiden Zeitpunkten familiär und sozial belasteter fühlten als die Tagesklinikpatienten. Hinsichtlich des psychischen Zustands und des Gesundheitszustands berichteten beide Patientengruppen über positive Veränderungen, der Anteil der Erwerbstätigen nimmt in beiden Gruppen in gleichem Maße zu (um jeweils 12 Prozentpunkte). Während der Behandlung nahmen weniger tagesklinische Patienten Kontakt zu Nachsorgeeinrichtungen und Selbsthilfegruppen auf, nach der Behandlung zeigten sich hingegen keine Unterschiede zwischen Patientengruppen hinsichtlich der tatsächlichen Inanspruchnahme der Hilfsangebote. Die Autoren schlussfolgern angesichts der Ergebnisse, dass beide Behandlungsformen in den erhobenen Erfolgskriterien vergleichbar sind. Mit der tagesklinischen Therapie Suchtabhängiger findet die bislang stationär geprägte Versorgungslandschaft zudem eine sinnvolle und kostengünstige Ergänzung, gleichzeitig können mit dem niedrighwelligen Behandlungsangebot der Tagesklinik Patienten erreicht werden, die eine stationäre Behandlung ablehnen. Methodische Einschränkungen der Studie betreffen ihren ausschließlich retrospektiven Charakter, d.h. die

Aussagen der Patienten beziehen sich auf die erinnerten Werte über zum Teil lange Katamnesezeiträume (im Durchschnitt 22,6 Monate), bei den Daten handelte es sich zudem um verzerrungsanfällige Fragen der „direkten“ bzw. der „quasi-indirekten“ Veränderungsmessung, die Datenerfassung erfolgte postalisch und war auf Selbstauskünfte der Betroffenen begrenzt. Die geringe Rücklaufquote von 57% (TK) und 53% (FK) lässt vermuten, dass es sich bei der Katamnese-Stichprobe um eine positiv selektierte Patientengruppe handelt, die günstige Merkmalsausprägungen aufweist. Eine Analyse nach DGSS 4, der strengsten Auswertungsform, wurde nicht durchgeführt.

Die hohe Komorbiditätsrate bei Alkoholabhängigen insbesondere im Bereich der affektiven Störungen, der Angsterkrankungen aber auch der Persönlichkeitsstörungen (Jung, 1998), ist Anlass für Forschungen zur Überprüfung der Bedeutung psychiatrischer Störungen für den Therapieverlauf. Bottlender & Soyka (2005) überprüften mögliche Prädiktoren für eine hochintensive ambulante Alkoholbehandlung in der Klientenzentrierten Problemberatung Dachau (KPB). Hinsichtlich der Behandlungsintensität lässt sich das therapeutische Programm in etwa mit einer tagesklinischen Behandlung vergleichen. Vor Beginn der eigentlichen Therapie durchlaufen die Patienten eine Motivationsphase von bis zu 12 Wochen, in der sie täglich die Möglichkeit haben, an Therapiegruppen und Einzelgesprächen teilzunehmen. Die weitere ambulante Entwöhnungstherapie umfasst 80 bis maximal 120 Therapiestunden und dauert im Regelfall 6-9 Monate. Rückfällige Patienten unterschieden sich nicht von den abstinenten Patienten hinsichtlich ihrer soziodemografischen Merkmale, wenngleich die Abstinenter sich etwas zufriedener mit ihrer Arbeitssituation äußerten. Allerdings zeigten sich Unterschiede bezüglich störungsspezifischer Merkmale: der Schweregrad der Abhängigkeitserkrankung war höher, rückfällige Patienten hatten eine längere Abhängigkeitsdauer und einen höheren täglichen Alkoholkonsum im Vorfeld der Therapie, berichteten über stärkeres Alkoholverlangen, hatten häufiger in der Vergangenheit eine suchtspezifische zumeist stationäre Therapie absolviert, waren häufiger während der Behandlung rückfällig und brachen die Therapie vorzeitig ab. Hinsichtlich der psychopathologischen Merkmale waren rückfällige Patienten depressiver und ängstlicher. Die fehlende Bestätigung des prädikativen Werts soziodemografischer Variablen lässt sich nach Meinung der Autoren mit der homogenen Patientenstichprobe und ihrer sozial stabilen Situati-

on erklären. Die Befunde werten sie als Ausdruck der Effektivität intensiver ambulanter Behandlung für eine sozial integrierte Patienten Klientel, psychopathologisch stärker belastete Patienten würden dagegen stärker von einer intensiveren Behandlungsform profitieren.

In einer früheren Studie wurde in der gleichen Einrichtung die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für den Therapieverlauf, insbesondere die Rückfälligkeit während der Behandlung und den vorzeitigen Therapieabbruch untersucht (Bottlender et al., 2003). Wie angenommen zeigte sich in der Gesamtstichprobe eine hohe Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen. Bei einem hohen Prozentsatz von Patienten wurden multiple Persönlichkeitsstörungen gefunden, diese Patienten wurden jedoch entgegen den Annahmen der Zugehörigkeit zu einer spezifischen Risikogruppe nicht häufiger rückfällig im Therapieverlauf. Darüber hinaus brachen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nicht häufiger ihre Therapie ab. Aufgrund der Befunde vermuten die Autoren, dass Persönlichkeitsstörungen gut im ambulanten Setting behandelt werden können und für den Therapieverlauf möglicherweise eine geringere Rolle spielen als bislang angenommen. In zukünftigen Katamneseuntersuchungen sollte demnach der Einfluss von Persönlichkeitsstörungen für den weiteren Verlauf der Suchterkrankung überprüft werden.

In einer prospektiven Längsschnitt-Untersuchung überprüften Krampe et al. (2006) mögliche Prädiktoren des Schweregrads der Abhängigkeitserkrankung bei einer Stichprobe von 112 chronisch erkrankten Alkoholabhängigen, die an einer umfassenden ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA) teilnahmen. Die Patientenstichprobe der zweijährigen ambulanten Behandlung mit dem Therapieziel Abstinenz bestand überwiegend aus Männern (72%), die Patienten waren im Durchschnitt 43 Jahre alt, hatten mehrheitlich keinen Arbeitsplatz mehr (57%), eine durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von 18 Jahren, konsumierten vor der Therapie täglich 437 Gramm reinen Alkohol und hatten bereits im Mittel 7,5 Entgiftungen absolviert. 65% erfüllten die Kriterien von zumindest einer Persönlichkeitsstörung. Von der Vielzahl der soziodemografischen, psychiatrischen und störungsspezifischen Merkmalen erwiesen sich lediglich die Chronizität (Abhängigkeitsdauer) der Suchterkrankung und das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung als

prädikativ für die zunehmende Rückfallwahrscheinlichkeit im Katamnesezeitraum. Angesichts dieser Befunde sehen die Autoren für Patienten mit einer schwerwiegenden Suchterkrankung und komorbider Persönlichkeitsproblematik die Notwendigkeit einer längerfristigen, strukturierten Behandlung bei lebenslanger Selbsthilfegruppenteilnahme und weiteren professionellen Nachsorgeangeboten.

Zusammengefasst lässt der derzeitige Forschungsstand zur Wirksamkeit und Effektivität tagesklinischer Rehabilitationsbehandlung kaum verbindliche Schlussfolgerungen zu. Aufgrund der vorliegenden Datenlage lassen sich kaum Aussagen über die Charakteristik sowie Prognose der tagesklinisch behandelten Patienten bzw. zur Indikation ganztägig ambulanter Alkoholbehandlung formulieren. Trotz des Trends zur teilstationären Behandlung bei der Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängiger liegen im deutschsprachigen Raum kaum systematische Evaluationsstudien vor. Die nun vorliegende Studie versteht sich als eine Maßnahme zur Qualitätssicherung eines relativ neuen suchtspezifischen Behandlungskonzeptes.

2. Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung

Die vorliegende Studie hat sich zum Ziel gesetzt, einen Beitrag zur Überprüfung der patienten- und störungsspezifischen Merkmale einer ganztägig ambulanten Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen im Vergleich zu zwei Behandlungsgruppen einer stationären Entwöhnungsbehandlung zu leisten. Ein weiteres Anliegen der Untersuchung bestand in der Überprüfung der Wirksamkeit der ganztägig ambulanten Sucht-Rehabilitation im Vergleich zur stationären Behandlung hinsichtlich des üblichen Erfolgsparameters „Abstinenzquote“ sowie weiterer relevanter Outcome-Maße. Darüber hinaus sollen mögliche Prädiktorvariablen des Behandlungserfolgs in den einzelnen Settings formuliert werden. Mit dieser Herangehensweise sollen nicht zuletzt spezifische Stärken und Grenzen einer tagesklinischen Entwöhnungsbehandlung erfasst und erste Hinweise für eine differentielle Zuweisung der Patienten abgeleitet werden.

A. Fragestellung zur Struktur der Patientenklientel:

Welches Patientenklientel wird von der Tagesklinik im Vergleich zu den beiden stationären Vergleichsgruppen (Kurz- und individualisierter Langzeitbereich) erreicht und entspricht dieses den vorab definierten Indikationsempfehlungen? Konkret wurde hierzu folgende Unterschiedshypothese formuliert:

Unterschiedshypothesen:

Unterscheiden sich Tagesklinikpatienten von den beiden stationären Behandlungsgruppen in:

- spezifischen soziodemografischen Merkmalen
- verschiedenen störungsspezifischen Merkmalen
- dem Ausmaß ihrer Komorbidität
- der Häufigkeit ihrer Therapieabbrüche

Es wird angenommen, dass sich die tagesklinischen Patienten entsprechend den vorab definierten Indikationsempfehlungen für eine ganztägig ambulante Rehabilitationsentwöhnungsbehandlung deutlich von der stationären Langzeitklientel unterscheiden und vielmehr

eine Ähnlichkeit mit der „gesünderen“ Kurzzeitklientel gegeben ist. Weiterhin sollten tagesklinische Patienten nicht häufiger ihre Therapie abbrechen als die stationären Patienten.

B. Fragestellung zur Wirksamkeit

Prä – Post

Welche Veränderungen erleben Tagesklinikpatienten im Vergleich zu den beiden stationären Vergleichsgruppen im Therapieverlauf hinsichtlich verschiedener störungsrelevanter und klinischer Parameter zwischen Therapiebeginn und Ende der Behandlung?

Veränderungshypothese:

Es wird erwartet, dass es in allen drei Behandlungsbereichen zu einer signifikanten Reduktion in den einzelnen störungsspezifischen (OCDS-G, AASE-G, VAS) und klinischen Variablen (BDI, STAI, SCL-90-R), gemessen zu Therapiebeginn und am Therapieende kommt.

Unterschiedshypothese:

Dabei wird angenommen, dass sich die tagesklinische Klientel in ihren Veränderungen bzgl. relevanter störungsspezifischer und klinischer Variablen nicht signifikant von den Veränderungen in den beiden stationären Behandlungsprogrammen unterscheidet.

Katamnese

Inwieweit war die Therapie in allen drei Behandlungsgruppen wirksam, bezogen auf das Erfolgskriterium Abstinenzrate und hinsichtlich weiterer relevanter outcome-Parameter wie soziale und berufliche Integration sowie störungsspezifischer Merkmale (Alkoholverlangen)?

Veränderungshypothese:

Es wird angenommen, dass es in den genannten Variablen in allen drei Behandlungsgruppen zu einer Stabilisierung bzw. Reduktion kommt.

Inwieweit unterscheiden sich Tagesklinikpatienten von den beiden stationären Vergleichsgruppen bzgl. ihrer Veränderungen in der klassischen Erfolgsvariable „Abstinenzquote“, hinsichtlich weiterer relevanter Outcome-Parameter wie beruflicher und sozialer Integration, Nachsorgemaßnahmen und der Belastung in störungsspezifischen Symptomen (Alkoholverlangen)?

Unterschiedshypothese:

Es wird erwartet, dass sich die Tagesklinikpatienten in ihrer Veränderung bzgl. der genannten Erfolgsmaße nicht signifikant von den beiden stationären Behandlungsgruppen unterscheiden.

C. Fragestellung zu Prädiktoren

Lassen sich in den jeweiligen Behandlungsgruppen Prädiktoren für einen späteren Behandlungserfolg formulieren? D.h. unterscheiden sich erfolgreiche und nicht-erfolgreiche Patienten in den jeweiligen Behandlungsgruppen in folgenden Patientencharakteristika:

- soziodemografische Merkmale
- Schweregrad der Abhängigkeitserkrankung
- Störungsspezifische Parameter
- Klinische Merkmale

Zusammenhangs-Hypothese:

Es wird erwartet, dass es einen Zusammenhang zwischen negativen Behandlungsverläufen in der tagesklinischen Stichprobe und dem Vorhandensein von ungünstigen soziodemografischen Merkmalen, stärkerer Chronifizierung und höherer Komorbidität sowie stärkerem Alkoholverlangen gibt.

Methode

3. Untersuchungsdesign

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine naturalistische Evaluations- (Vergleichs-)Studie mit einem zwei-Gruppen-Prä-Post-Design mit Messwiederholung zum Katamnesezeitpunkt nach einem Jahr. Die Behandlung in der Tagesklinik sowie in der stationären Vergleichsgruppe mit ihrer zweifachen Abstufung (individualisierter Langzeitbereich und Kurzzeitbereich) bilden die unabhängige Variable. Die abhängigen Variablen werden einerseits anhand der standardmäßig durchgeführten Routinediagnostik, andererseits anhand der zusätzlich eingesetzten studienrelevanten Fragebögen abgebildet. Zudem wurden bei Behandlungsbeginn prospektiv Daten mit dem Ziel erhoben, eine Aussage über mögliche Prädiktoren des Behandlungserfolgs für die einzelnen Settingbedingungen treffen zu können.

3.1 Beteiligte Behandlungseinrichtungen

Die Datenerhebung der beiden stationären Vergleichsgruppen in der Fachklinik Wilhelmsheim erfolgte im Rahmen der Durchführung einer aus Forschungsmitteln der früheren Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) finanzierten Studie der Psychiatrischen Klinik der Universität München unter Mitwirkung des ebenfalls in München ansässigen Instituts für Therapieforschung (IFT) an der Klientenzentrierten Problemlösung Dachau (KPB). Ziel dieser Studie war die Überprüfung der Effektivität einer ambulanten Entwöhnungseinrichtung im Vergleich zu einer stationären Patientengruppe. In einer Kooperationsvereinbarung wurden Regelungen zur wissenschaftlichen Auswertung der stationären Vergleichsdaten durch die Fachklinik Wilhelmsheim (FKWH) festgelegt und der Verfasserin der vorliegenden Studie zur Verfügung gestellt. Die Informationsgewinnung der tagesklinisch behandelten Patientenklientel erfolgte durch die Autorin sowie weitere Mitglieder des Behandlungsteams der Tagesklinik Stuttgart (TK).

3.1.1 Beschreibung der Behandlungseinrichtungen

3.1.1.1 Die Tagesklinik der Fachklinik Wilhelmsheim

Die Tagesklinik ist ein externer Therapiebereich der Fachklinik Wilhelmsheim und wurde im Juni 2001 eröffnet. Sie befindet sich in verkehrsgünstiger Innenstadtlage von Stuttgart wodurch eine gute Erreichbarkeit und Kooperationsmöglichkeiten mit ambulanten und stationären Einrichtungen in der Region gewährleistet sind sowie städtische Angebotsstrukturen genutzt werden können. Eine Aufnahmebedingung impliziert die Erreichbarkeit der Tagesklinik mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb 45 Minuten. Die Tagesklinik bietet 20 Behandlungsplätze in zwei halboffenen Gruppen. Die Tagesklinik verfügt über großzügige Räumlichkeiten (zwei Gruppenräume, Multifunktionsraum, Aufenthaltsraum mit Gemeinschaftsküche, Arzt- und Therapeutenzimmer, Untersuchungszimmer). Für den Sport wird das Angebot eines benachbarten Fitnessstudios genutzt. Das therapeutische Team setzt sich bis auf den Bereichsleiter überwiegend aus Teilzeitkräften zusammen: ein Bereichsleiter (Diplom Psychologe mit therapeutischer Zusatzausbildung), zwei Bezugstherapeuten (Diplom Psychologen mit therapeutischer Zusatzausbildung), zwei Ärztinnen und jeweils einer Sozialtherapeutin, Kunsttherapeutin, Ergotherapeutin und Arzthelferin. Das Team trifft sich wöchentlich zu Teamsitzungen, um Fragen der Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung, Supervision, Therapieorganisation, Kooperation und Vernetzung zu besprechen. Zudem finden tägliche Teambesprechungen zur Klärung aktueller Fragen statt. Die Klinik wird von allen Kosten- und Leistungsträgern belegt. Grundlage des Therapiekonzepts ist das „Therapiekonzept der Fachklinik Wilhelmsheim“ (Zemlin & Kolb, 2001), das mit der Deutschen Rentenversicherung (früher LVA Baden-Württemberg und BfA Berlin) abgestimmt wurde. Die Behandlung ist verhaltenstherapeutisch ausgerichtet und integriert systemische Vorgehensweisen. Entsprechend des stationären Behandlungskonzepts besteht die Behandlung aus Gruppentherapie, Einzelgesprächen, Vorträgen, Fitness-training, Entspannung, Freizeitpädagogik, Sozialberatung, Rückfallprävention und indikativen Gruppen (Umgang mit belastenden Gefühlen und soziales Kompetenztraining) sowie Maßnahmen zur beruflichen Integration (Bewerbungstraining). In regelmäßigen Partner- und Angehörigenseminaren sowie bei Bedarf Paar- und Familiengesprächen wird das engere soziale Umfeld des Patienten in die Therapie miteinbezogen. In der Tagesklinik werden im Durchschnitt 12 Wochen dauernde Hauptbehandlungen, vier bis achtwöchige Initi-

albehandlungen, die anschließend ambulant fortgeführt werden sowie fortführende Behandlungen aus dem stationären Setting durchgeführt. Indikationen für die Behandlung sind bei Abhängigkeit und schädlichem Gebrauch von Alkohol und Medikamenten bzw. Politoxikomanie und die mit Abhängigkeit in Zusammenhang stehenden psychischen, somatischen und sozialen Probleme sowie Folge- bzw. Begleiterkrankungen gegeben und weiterhin bei psychischen Störungen wie Affektiven Erkrankungen, Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen, wenn gleichzeitig die oben genannte Hauptindikation vorliegt. Ausschlusskriterien sind Organische Störungen wie z.B. Demenzen, psychische Verhaltensstörungen durch illegale Suchtmittel, schizophrene Erkrankungen, Intelligenzminderung und akute Suizidalität sowie schwere, die Therapiefähigkeit maßgeblich beeinträchtigende körperliche Erkrankungen. Bei schweren Krankheitsbildern in der Tagesklinik ist eine Aufnahmeentscheidung nur nach einem Vorgespräch möglich. Die als Orientierungshilfe für die Indikation zu einer teilstationären Behandlung zu verstehenden Indikationskriterien sind der Tabelle 2 zu entnehmen. Davon abweichende Patientenprofile werden in ihrem Gesamtbild hinsichtlich einer tagesklinischen Behandlung beurteilt. In den ersten beiden Behandlungswochen wird ein individueller Behandlungsplan gemeinsam mit dem Patienten vereinbart. Bei Schwierigkeiten des Patienten, z.B. in der Aufrechterhaltung seiner Abstinenz im tagesklinischen Setting, kann adaptiv eine Korrektur der Indikation vorgenommen und eine zeitnahe Verlegung in die Fachklinik beantragt werden.

Tab. 2: Indikationsempfehlungen Tagesklinik der Fachklinik Wilhelmsheim Stuttgart

Schwere der Abhängigkeit	- Keine weit fortgeschrittene Chronifizierung der Suchterkrankung und damit verbundener Folgeschäden
Abstinenzfähigkeit, Selbstkontrollfähigkeit und Bewältigungskompetenzen	- Abstinenzfähigkeit ist ausreichend für eine teilstationäre Behandlung, d.h. der Patient kann in der Zeit außerhalb des tagesklinischen Behandlungsangebots ohne Suchtmittel auskommen und verfügt über ausreichend Problemlöse- und Konfliktbewältigungskompetenzen oder Kompensationsmöglichkeiten, um Alltagsbelastungen mit Unterstützung der Behandlung zu bewältigen.
Körperliche Erkrankungen	- Körperliche Erkrankungen können ambulant/teilstationär behandelt werden
Soziales Umfeld und soziale Integration	- Umfeldbedingungen sind nicht im engeren Sinne aufrechterhaltend für das Suchtverhalten - Unterstützende Bezugsperson ohne eigene Suchtproblematik ist vorhanden/erreichbar - Distanz zu Alkoholumilieu ist kurzfristig realisierbar - Umfassende Einbeziehung in die Behandlung von Bezugspersonen ist notwendig
Berufliche Situation	- keine Langzeitarbeitslosigkeit - keine Adaptionsbehandlung notwendig - regionale Arbeitssuche während der Behandlung ist möglich
Wohnsituation	- Wohnsituation ist vorläufig weitgehend stabil - Patient lebt nicht im Wohnheim
Soziale Probleme	- soziale Probleme sind mit teilstationären/ambulanten Ressourcen behandelbar
Einsicht	- Einsicht in funktionale Zusammenhänge ist ansatzweise gegeben
Änderungsbereitschaft	- Patient hat erst konkrete Änderungsziele
Behandlungsmotivation	- Patient ist mit Tagesklinikbehandlung einverstanden - Patient ist zuversichtlich, Ziele im teilstationären Setting zu erreichen
Behandlungsvorerfahrung	- die teilstationäre Behandlung ist Erstbehandlung/Zweitbehandlung nach partiell erfolgreicher Erstbehandlung

3.1.1.2 Die Fachklinik Wilhelmsheim: individualisierter Langzeitbereich und Kurzzeitbereich

Die Klinik liegt ca. 40 km nördlich von Stuttgart. Seit 1987 wurde das Konzept in ein individualisiertes Langzeitprogramm und eine Kurzzeitbehandlung differenziert. Die Langzeitbehandlung dauert zwischen 4 und 20 Wochen und bietet 190 Behandlungsplätze. Die achtwöchige Kurzzeittherapie erfolgt in einem gesonderten Therapiebereich mit 22 Behandlungsplätzen. Das therapeutische Team setzt sich aus den gleichen Berufsgruppen wie in der Tagesklinik zusammen, zusätzlich arbeiten hier Physiotherapeuten und Diätassistentinnen. Die Klinik wird ebenfalls von allen Kosten- bzw. Leistungsträgern belegt. Die Patienten im Langzeitbereich erhalten ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Behandlungsprogramm, das systemische, klientenzentrierte, körperorientierte, psychodramatische, hyp-

notherapeutische und imaginative Methoden integriert. Die Behandlungsdauer sowie -inhalte werden adaptiv während des Therapieverlaufs festgelegt. Die Kurzzeitbehandlung integriert systemische und verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen, schwerpunktmäßig werden die engsten Bezugspersonen in die Therapie einbezogen. Weitere spezifische Behandlungsangebote wie ein spezielles Wiederholerprogramm, Auffang- und Festigungs- sowie Komplementärbehandlungen sind in beiden Bereichen möglich. Die Hauptindikationen beider Bereiche entsprechen der tagesklinischen Konzeption. Im Langzeitbereich werden zusätzlich Ess- und Schlafstörungen sowie sexuelle Funktionsstörungen mitbehandelt. Im stationären Kurzzeitbereich gelten zusätzliche Indikationskriterien in Form einer guten sozialen Integration in Form eines stabilen familiären Beziehungsnetzes und erhaltenem Arbeitsplatz sowie einer hoher Psychotherapiemotivation sowie Akzeptanz des systemisch-familientherapeutischen Ansatzes. Ausgeschlossen werden bedeutende psychiatrische Auffälligkeiten. Das Behandlungsprogramm bietet, in Ergänzung zu den tagesklinischen Inhalten, eine Vielzahl an indikativen Gruppen und umfassenden Maßnahmen zur beruflichen Integration.

3.2 Aufbau der Untersuchung

3.2.1 Prä-Post

Eine 16-Wochenbehandlung im individualisierten Langzeitberatung und ein achtwöchiges Therapieprogramm im Kurzzeitbereich standen einer durchschnittlich 12-wöchigen tagesklinischen Behandlung gegenüber. In allen drei Behandlungsbereichen erhielten die Patienten in der Aufnahmewoche eine Patientenaufklärung mit Informationen zur wissenschaftlichen Zielsetzung und über Ablauf sowie Anonymität und Freiwilligkeitscharakter der geplanten Studie. Zudem wurden alle Patienten aufgefordert, eine Einverständniserklärung zu unterzeichnen. Erst mit der Unterschrift erfolgte dann die Teilnahme an der Studie. Die Durchführung der Befragungen während der Behandlung fand für die Tagesklinik und die stationären Langzeitpatienten jeweils in der zweiten Behandlungswoche sowie in der Entlasswoche statt. Die Eingangsdagnostik für die Kurzzeitpatienten wurde am Tag nach ih-

rer stationären Aufnahme erhoben. Die Entlassdiagnostik fand ebenfalls in der letzten Behandlungswoche statt.

3.2.2 Katamnese

Zum Katamnesezeitpunkt wurden einige der zum Prä- und Postzeitpunkt erhobenen Instrumente erneut erhoben. Zur Erinnerung des Zeitpunkts der persönlichen Nachbefragung erhielten alle Studienteilnehmer ein Erinnerungsanschreiben, in dem die geplante Befragung und eine telefonische Kontaktaufnahme zur Terminabsprache angekündigt wurden. Einige Tage später erfolgte dann der Anruf, der bei Nichterreichen des Studienteilnehmers mehrfach wiederholt wurde. Verweigerte ein Patient ein persönliches Interview, wurde er um eine telefonische Teilnahme gebeten. Erfolgte wiederum keine Bereitschaft zur Mitarbeit, wurde die Mithilfe bei der schriftlichen Beantwortung des postalisch zugestellten Katamnesefragebogens erfragt. Die aktuellen Adressen der Patienten wurden zuvor überprüft und gegebenenfalls mithilfe von Behörden wie dem Einwohnermeldeamt aktualisiert. Als Motivationsanreiz für die persönliche Teilnahme der stationären Studienteilnehmer wurde eine Fahrtkostenerstattung in Aussicht gestellt. Bei den Tagesklinikpatienten konnten die hierfür notwendigen finanziellen Mittel nicht zur Verfügung gestellt werden. Aufgrund der zentralen Lage fand die persönliche Nachbefragung der stationären Studienteilnehmer im Klinikum Stuttgart Bürgerhospital statt. Die Tagesklinikpatienten wurden in der gewohnten Umgebung der Tagesklinik persönlich befragt. Am Ende des Interviews wurde den Teilnehmern ein schriftlicher Fragebogen zum Rückfallgeschehen im Katamnesezeitraum ausgehändigt. Um eine problemlose Zusendung zu gewährleisten, wurden gleichzeitig bereits frankierte Rückumschläge beigelegt. Die telefonisch Befragten bekamen den Fragebogen inklusive Rückumschlag per Post zugesendet. Um einen höheren Rücklauf der Fragebögen zu ermöglichen, wurden die Studienteilnehmer mehrfach telefonisch erinnert.

3.3 Datengrundlagen

3.3.1 Prä-Post

Die Diagnostik am Anfang der Behandlung in der zweiten Behandlungswoche und bei Therapieende in der Entlasswoche erfolgte zum einen standardmäßig durch eine qualifizierte Fachkraft in den Diagnostiklabors der Fachklinik und der Tagesklinik Wilhelmsheim (BDI, STAI, SCL-90, LZ, AASE-G und OCDS-G). Die weiteren Daten wurden in der Tagesklinik von einzelnen Mitgliedern des Behandlungsteams erfasst, wohingegen die stationären Vergleichsdaten von einer projektfinanzierten Forschungskraft (halbtags Diplom-Psychologin) erhoben wurden. Die soziodemografischen Daten der tagesklinischen Klientel entstammten dabei der von den Bezugstherapeuten ausgefüllten Basisdokumentationen (Richtlinien des Fachverbands Sucht, 2002) sowie dem European Addiction Severity Index (deutsche Übersetzung Gsellhofer et al., 1999). Bei der stationären Vergleichsgruppe waren die eingesetzten Instrumente Teil einer noch umfangreicheren Datenerhebung. Mit einer Mischform aus EuropASI und den Dokumentationsstandards III (DG Sucht, 2001) wurde ein kompatibler Fragebogen erhoben. An der Diagnosestellung gemäß der ICD-10 Checkliste ebenso wie an der Erhebung eines Maßes des subjektiven Alkoholverlangens (VAS) und weiterer Komorbiditätsparameter (DIA-X und SKID-II) waren die klinisch erfahrenen Bezugstherapeuten bzw. eine Psychiaterin beteiligt. Die Erfassung der Achse-II Störungen erfolgte in der Entlasswoche, um Verzerrungen aufgrund eines protrahierten Entzugssyndroms in den ersten Behandlungswochen ausschließen zu können. Der Schweregrad der Alkoholabhängigkeit wurde in der Tagesklinik bei Therapiebeginn mittels des halbstandardisierten Interviews des EuropASI erhoben. Vorab erfolgte bei den Bezugstherapeuten sowie der Forschungsmitarbeiterin ein Rater-Training bezüglich der Durchführung. Der Großteil der suchtspezifischen Informationen entstammte in der Tagesklinik ebenfalls der BADO bzw. bei der stationären Patientengruppe dem modifizierten EuropASI. Einzelne dort nicht erfasste Daten wie die durchschnittliche Trinkmenge vor der Behandlung wurden den von den Patienten ausgefüllten Fragebögen zur Erfassung ihres Trinkverhaltens entnommen. Dem Einwand, Patientenangaben zum quantitativen Suchtmittelkonsum seien aufgrund der hohen Verleugnungstendenz bei einer Abhängigkeitserkrankung zu einem frühen Behandlungszeitpunkt in hohem Maße invalide (Süß, 1988), kann hier nicht

entsprochen werden, da die Patienten den Fragebogen in der Regel zwischen der zweiten und der vierten Behandlungswoche standardmäßig ausfüllten. Der Zeitpunkt des letzten Alkoholkonsums vor Therapiebeginn wurde einerseits von der aufnehmenden Ärztin im mündlichen Erstkontakt sowie von den Bezugstherapeuten erhoben. Die medizinischen Parameter wurden den medizinischen Akten entnommen.

3.3.2 Katamnese

Die Durchführung der Katamnese in der Tagesklinik erfolgte in der Regel persönlich zu einem Messzeitpunkt nach 12 Monaten, dies im Gegensatz zu den stationären Vergleichsgruppen, die aufgrund größerer personeller Kapazitäten durch ihre Zugehörigkeit zu der mit Forschungsmitteln unterstützten Studie, jeweils nach sechs Monaten persönlich mündlich bzw. telefonisch, sowie zu einem weiteren Zeitpunkt nach 12 Monaten schriftlich nachbefragt werden konnten. Als Erfolgskriterien galten neben der durchschnittlichen, dauerhaften Abstinenz im Katamnesezeitraum die Einschätzungen der Patienten bzgl. ihrer Situation in wichtigen Lebensbereichen (körperliche Gesundheit, Arbeit, Alkohol- und Drogenverhalten, Recht, Familie und soziales Umfeld sowie psychische Befindlichkeit) sowie relevante suchtspezifische Parameter (Alkoholverlangen). Für die stationären Patienten wurden entsprechend der Vielzahl an Fragestellungen darüber hinaus noch weitere Fragebögen eingesetzt. Die Zusammenführung beider Datenquellen erforderte umfangreiche und zeitintensive Abstimmungsarbeiten.

3.4 Stichproben

Nach dem „Intention-to-treat-Prinzip“ (Glossar, Sucht 2001) wurden alle Patienten, die zwischen 01. April 2003 und 31. März 2004 in der Tagesklinik und in der Fachklinik Wilhelmsheim aufgenommen wurden und sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen, erfasst und prospektiv über einen Zeitraum von 12 Monaten (TK) bzw. sechs und 12 Monate (LT/KT) nach Absolvierung der Behandlung untersucht. Über einen Einjahreszeitraum wurden in den beiden stationären Bereichen der Fachklinik sowie in der Tagesklinik alle Aufnahmepatienten ab dem 01.04.2003 bis zum 31.03.2004 erfasst. Als Einschlusskri-

terien für die Auswahl der Stichprobe aus dem individualisierten stationären Programm waren Kriterien wie Erstbehandlung sowie Wohnortnähe im Großraum Stuttgart (60 km) entscheidend (n=107). Die Stichprobe der erfahrungsgemäß „gesünderen“ Klientel aus dem Kurzzeitbereich (n=90) erfuhr keinerlei regionale Einschränkungen. Entsprechend den Settinganforderungen einer tagesklinischen Einrichtung war die Wohnortnähe der Tagesklinikpatienten (n=82) eine wesentliche Aufnahmebedingung. Dabei sollte die Tagesklinik innerhalb 45 Minuten von den Patienten mit den öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden können. Die Kostenzusage in allen Bereichen erfolgte in der Regel durch die Deutsche Rentenversicherung, die zum Zeitpunkt der Studiendurchführung noch in Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und Landesversicherungsanstalt (LVA) Unterteilung fand. In einzelnen Fällen erfolgte die Kostenzusage durch die Krankenkassen. Für die Zuweisung zu den unterschiedlichen Einrichtungen spielen die Behandlungswünsche der Patienten selbst zudem eine entscheidende Rolle (Selbstselektion der Patienten). Neben der Indikationsstellung für eine bestimmte Behandlungsform nach medizinischen, psychiatrischen oder psychotherapeutischen Kriterien spielt der Wunsch des Patienten nach einem bevorzugten Behandlungssetting eine wichtige Rolle für das Behandlungsergebnis (Weisner et al. 2000). Das ursprüngliche Vorhaben einer Parallelisierung wurde angesichts des begrenzten Stichprobenumfangs wieder verworfen. Von den 82 tagesklinisch aufgenommenen Patienten konnten alle für die Studie gewonnen werden. Für die gesamte Stichprobe liegt ein vollständiger Datensatz der Eingangsmessung vor. Trotz einiger vorzeitiger Entlassungen auf ärztliche Veranlassung (n=6; disziplinarisch oder wiederholte Rückfälle und wenig Therapiemotivation) oder Abbrüchen (n=2) sowie Entlassungen mit ärztlichem Einverständnis (n=3), davon zwei aufgrund der Notwendigkeit einer stationären Verlegung und einem Patienten, dessen Rentenantrag bewilligt wurde, konnten bis auf drei Patienten alle anderen für die Ausgangsmessung gewonnen werden. Von den aufgenommenen Patienten im individualisierten Langzeitbereich konnten 107 Personen zur Studienteilnahme bewegt werden. Im Kurzzeitbereich willigten 90 der aufgenommenen Patienten ein. Angaben über den Anteil der stationären Patienten, die eine Studienteilnahme verweigerten, liegen nicht vor. Für die Ausgangsmessung sind einige Missing Data zu verzeichnen.

3.5 Statistische Verfahren

Die statistische Bearbeitung erfolgte mit SPSS für Windows, Version 12. Die statistische Signifikanz der Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen wurde jeweils zwischen der Tagesklinik und dem stationären Langzeit- und der Tagesklinik und dem stationären Kurzzeitbereich geprüft. Bei kategorialen Gruppenvergleichen kam der χ^2 -Test nach Pearson, bei univariaten und numerischen Variablen der t-Test mit jeweils zweiseitiger Signifikanzprüfung zur Anwendung. Die Signifikanzniveaus entsprechen den üblichen Konventionen: tendenziell signifikant ($p \leq .10$), signifikant ($p \leq .05$), hoch signifikant ($p \leq .01$) höchst signifikant ($p \leq .001$). Zur Bestimmung der Prädiktoren des Behandlungserfolgs (Erfolgskriterium Abstinenz) wurde die Diskriminanzanalyse verwendet. Damit wurden mögliche Prädiktorvariablen des Behandlungserfolgs getrennt für die Tagesklinik sowie für den stationären Langzeit- und Kurzzeitbereich überprüft. Im Sinne eines Screenings wurden zuvor Häufigkeitsverteilungen zwischen Therapierespondern und Non-Respondern für jeden Behandlungsbereich getrennt erfasst und mit dem Chi-Quadrat-Test auf Unterschiede geprüft. Fehlende Werte (Missing Data) wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

3.6 Messinstrumente

3.6.1 Soziodemografische Merkmale

In der Tagesklinik wurden die üblichen soziodemografischen Variablen wie Geschlecht, Alter, Beruf, Familienstand u.a. weitgehend mithilfe der Basisdokumentation erfasst. Weitere relevante Parameter wurden mittels des halbstandardisierten Interviews des EuropASI erhoben (s.u.). Wie bereits ausgeführt, kam für die stationären Stichproben eine Mischform aus den Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen und dem EuropASI zum Einsatz. Bei den 2001 herausgegebenen Dokumentationsstandards handelt es sich wie bei ihren Vorgängerfassungen um die Beschreibung eines Erhebungsbogens zur standardisierten Erfassung suchtbezogenen Verhaltens. Die Standards wurden 1985 erstmalig von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie ver-

öffentlich, um die Durchführung von Evaluationsstudien zu erleichtern, die Vergleichbarkeit der Daten zu verbessern und damit letztendlich Meta-Analysen zu ermöglichen, mit denen die Ergebnisse zahlreicher Einzelstudien zusammengefasst und analysiert werden können. Im Gegensatz zur Vorgängerversion von 1992 berücksichtigt die neueste Version u.a. stärker die Erkenntnisse, die aus der Entwicklung neuerer Erhebungsinstrumente wie dem EuropASI gewonnen wurden. So wurden aus dem EuropASI mit der quantitativen Beschreibung eines spezifischen Lebensbereiches in den letzten 30 Tagen ein verändertes Zeitfenster sowie ein einheitliches Beurteilungssystem zur Problemhäufigkeit und Belastung sowie Beratungsbedarf in den jeweiligen Lebensbereichen eingeführt. Zur besseren Beurteilung der Wirksamkeit einer Therapie wurden zudem Items beibehalten, die den gesamten Katamnesezeitraum berücksichtigen.

3.6.2 Schweregrad der Alkoholabhängigkeit

EuropASI. European Addiction Severity Index (Gsellhofer et al., 1994). Der EuropASI ist ein semi-standardisiertes multidimensionales Interview zur Erfassung des Schweregrads der Abhängigkeit, das die Funktionen des Patienten explorativ auf verschiedenen Gebieten erfasst. Das Instrument hat sich weltweit durchgesetzt und gilt, trotz seiner Schwächen und Grenzen (Komplexität des Instruments, hoher Trainingsaufwand), v.a. zu Forschungszwecken als Gold-Standard zu Veränderungsmessung in der Suchtforschung sowie zur Allokation von Patienten mit unterschiedlichem Schweregrad zu unterschiedlichen Therapien (Schmidt et al., 2004). Es werden sieben Problembereiche beschrieben: Gesundheit, Beschäftigung, Alkohol- und Drogenkonsum, rechtliche, familiäre und soziale Probleme und psychischer Zustand. Für jeden der sieben inhaltlichen Bereiche des EuropASI sollen Patienten und Interviewer einschätzen, für wie gravierend sie die jeweilige Problemkonstellation halten. Der Interview-Gesamtscore wurde entwickelt, um die Probleme des Patienten bezogen auf die gesamte Lebensdauer und die letzten 30 Tage vor der Durchführung des Interviews zu beschreiben, wobei eine Graduierung von 0 (keine Probleme) bis 9 (maximale Probleme) möglich ist. In den Composite-Scores zu den einzelnen Bereichen werden wichtige Items in einem vorläufigen Verfahren mit einer bestimmten Gewichtung verrechnet. Damit können zusammenfassende Angaben für die einzelnen Bereiche unabhängig von den subjektiven Beurteiler- und Patienteneinschätzungen erstellt werden. Die EuropA-

SI-Composite-Scores basieren ebenfalls auf der Prävalenz von Symptomen innerhalb von 30 Tagen bzw. auf der aktuellen Situation. Demnach sind sie für eine Erfassung der Veränderung des Patientenzustandes und der Behandlungseffektivität in Follow-up-Untersuchungen gut geeignet (McLellan et al., 1992). Aus der Berechnung ergeben sich Zahlenwerte von 0 (kein Problem) bis 1 (schwere Probleme). Hinsichtlich der Reliabilität werden eine gute interne Konsistenz (Arbeits- und Unterhaltssituation 0.60, Alkoholgebrauch 0.89, mittlerer Wert 0.73, Gsellhofer et al., 1999) und eine sehr gute Interraterreliabilität (0.62 bis 0.99) angegeben. Die Validität für den Alkoholbereich ist mit 0.33 bis 0.44 hingegen nur mäßig und für den psychiatrischen Status zufrieden stellend (0.55) ausgeprägt (Scheurich et al., 2000).

ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Experten-Rating zur Erfassung der Alkoholabhängigkeits-Diagnose. Die Diagnosestellung orientiert sich an den klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) für das Abhängigkeitssyndrom.

LZ. Lebenszufriedenheit (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrats, 2002). Die Skala findet häufig Verwendung in Nachbefragungsbögen von Katamneseuntersuchungen als globales Erfolgskriterium. Sie eignet sich zudem als Screeninginstrument für Lebenszufriedenheit und ermöglicht eine globale Einschätzung der Lebenszufriedenheit über verschiedene Lebensbereiche. Auf einer sechsstufigen Likert-Skala sind Zufriedenheitseinstufungen zwischen den Polen „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“ möglich. Reliabilitäts- und Validitätsdaten wurden bislang nicht berechnet.

3.6.3 Komorbidität

BDI. Beck-Depressions-Inventar von Beck et al. 1986 (dtsh. Version Hautzinger, Bailer, Worall und Keller, 1995). Es handelt sich hier um ein weit verbreitetes Selbstratingverfahren mit guten psychometrischen Eigenschaften zur Erfassung des Schweregrads einer depressiven Symptomatik. Es umfasst 21 depressionsrelevante Items (traurige Stimmung, Pessimismus, Versagen, Schuldgefühle, Strafwünsche, etc.). Mittels verschiedener Evaluationsuntersuchungen ließen sich drei Cut-Off-Werte zur Beschreibung einer leichten, mit-

telgradigen und schweren Depression finden. Es werden die Rohwerte sowie ein Summenwert ermittelt. Eine standardisierte Erfassung von Depressivität wird dadurch erschwert, dass Alkohol bzw. Alkoholentzug zu depressiven Stimmungen und vegetativer Symptomatik führen kann. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass Alkoholiker für depressiver gehalten werden als sie tatsächlich sind, wobei in Selbstbeurteilungsskalen von den Betroffenen häufig eine höhere Symptombelastung genannt wird als dies durch standardisierte Diagnosemanuale geschieht. In einer Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des BDI an einer unausgelesenen Alkoholikerstichprobe wurden die guten Kennwerte (interne Konsistenz 0.90) jedoch bestätigt (Keller, Hoffmann & Weithmann, 2002).

STAI-G. State-Trait-Angst-Inventar (Laux, Glatzmann, Schaffner und Spielberger, 1981). Das Verfahren wird häufig in der experimentellen Stress- und Angstforschung eingesetzt und erfasst Angst als vorübergehenden, emotionalen Zustand (STATE-Angst) sowie Angst als relativ überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal (TRAIT-Angst/Ängstlichkeit). Zustandsangst gilt als Maß für die Intensität eines emotionalen Zustands, der gekennzeichnet ist durch Anspannung, Besorgtheit, Nervosität, innere Unruhe und Furcht vor zukünftigen Ereignissen. Die Höhe der Zustandsangst hängt ab von den Merkmalen der Situation, auf die sich die Messung bezieht, der Ängstlichkeit (TRAIT-Angst) sowie dem Einsatz spezifischer Bewältigungsstrategien durch den Patienten. Die TRAIT-Angst kennzeichnet relativ stabile interindividuelle Differenzen in der Tendenz, Situationen als bedrohlich wahrzunehmen und darauf mit einer stärkeren Zustandsangst zu reagieren. Es werden zufrieden stellende Testkennwerte angegeben (TRAIT-Angst: innere Konsistenz 0.81 bis 0.93, STATE-Angst: innere Konsistenz: 0.90 bis 0.96). Ebenfalls zufrieden stellende Ergebnisse aus Validierungsstudien mit verwandten Tests (Manifest Anxiety Scale, BDI) werden von den Autoren berichtet (Laux et al., 1981).

SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV-R, Achse II Persönlichkeitsstörungen (Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997). Das SKID ist ein semistrukturiertes klinisches Interview, um Symptome und Diagnosen entsprechend den diagnostischen Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals (DSM-IV) abzuleiten. Das SKID-II, zur Erfassung der Persönlichkeitsstörungen, ist ein eigenständiges Zusatzinter-

view, das in Verbindung mit einem Fragebogen eingesetzt wird. Die zweistufige Vorgehensweise sieht im ersten Schritt anhand eines von den Patienten ausgefüllten Fragebogens ein Screening für die Merkmale der Persönlichkeitsstörungen vor, auf der Grundlage des Fragebogens wird anschließend von Experten die Diagnose mittels des halbstrukturierten Interviews gestellt. Die Diagnosestellung erfordert während der Durchsichtung die fortlaufende klinische Beurteilung der jeweiligen diagnostischen Kriterien. Als Voraussetzungen für die Durchführung und Interpretation des Interviews werden umfassende klinische und diagnostische Erfahrungen sowie ein spezifisches Training genannt. Die psychometrischen Kennwerte und die Validität für abhängige Patienten werden als befriedigend angegeben (Kranzler, Kadden, Babor, Tennen & Rounsaville, 1996).

SCL-90-R. Symptom-Checkliste von Derogatis (1986) (dtsch. Version Franke, 1995). Das Verfahren findet international weite Verbreitung und wird häufig in der Evaluation psychosomatischer und psychiatrischer Psychotherapie- und Rehabilitationsmaßnahmen verwendet. Es misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung in neun körperlichen und psychischen Symptombereichen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus). Drei globale Kennwerte geben zusätzlich Auskunft über das Antwortverhalten über alle Items. Der Global Severity Index (GSI) misst die grundsätzliche psychische Belastung, der Positive Symptom Distress Index (PSDI) die Intensität der Antworten und der Positive Symptom Total (PST) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Der Kennwert GSI besitzt in der aktuellen deutschen Fassung eine hohe Reliabilität (innere Konsistenz: $r=0.94$) und wird daher häufig als Gesamterfolgskriterium verwendet. Für die vorliegende Studie wurde dieser Gesamtindex ebenfalls herangezogen. Die Multidimensionalität des Verfahrens wurde mehrfach in Frage gestellt. Die neun Skalen messen vielmehr einen starken Faktor, der sich als „allgemeine psychische Beeinträchtigung“ beschreiben lässt, was auf die mangelhafte faktorielle Validität des Verfahrens hinweist (Becker, Jürgensen & Rüdell, 2002). Auf die umfangreiche und kontroverse Diskussion in der Wirksamkeitsforschung hinsichtlich therapeutischer Interventionen und zur Frage der klinischen Bedeutsamkeit von Veränderun-

gen sei an dieser Stelle nur hingewiesen (Jacobson & Truax, 1991; Percevic, Bauer & Kordy, 2004).

DIA-X SSQ. DIA-X-Stammfragebogen des Diagnostischen Expertensystems für psychische Störungen (Wittchen, 1997). Der Stamm-Screening-Fragebogen wurde als Grob-Screeninginstrument konzipiert, um zeitökonomisch abschätzen zu können, ob sich bei einem Probanden in einem nachfolgenden, bedeutend aufwändigeren DIA-X-Interview möglicherweise eine oder mehrere Diagnosen für psychische Störungen ergeben. Der Fragebogen orientiert sich an der Lebenszeitdiagnostik und erfasst anhand von Experteneinschätzung komorbide Störungen. Der SSQ enthält die so genannten Eingangs- oder Stammfragen des DIA-X-Interviews. Als Stammfragen gelten diejenigen Fragen, die eine diagnostische Sektion einleiten und zumeist als zwingendes Eingangskriterium für die entsprechende Diagnose konzipiert sind. Konkret sind im SSQ insgesamt 16 Fragen zu verschiedenen psychischen Störungen enthalten (Nikotinabhängigkeit, Somatoforme Störungen, Hypochondrie, Panikattacken/Panikstörung, Generalisierte Angststörung, Soziale Phobie, Agoraphobie, Posttraumatische Belastungsstörung, Spezifische Phobien, Depressive Episoden/Dysthymie (2 Fragen), Manische und Hypomanische Episoden, Essstörungen, Alkoholerkrankungen, Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit, Drogenmissbrauch und -abhängigkeit). Die Fragen können jeweils mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Bejahte Antworten können dann später mit dem umfangreicheren DIA-X-Interview überprüft werden. Es ist zu berücksichtigen, dass Ja-Antworten auf die Fragen des SSQ keinen verlässlichen Indikator für das Vorliegen einer manifesten Form psychischer Störungen darstellen (niedriger positiver prädikativer Wert; Wittchen et al., 1996). Für den Fall, dass eine Person die Fragen des SSQ verneint, liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit die entsprechende psychische Störung nicht vor (hoher Negativer Prädiktiver Wert). Die Test-Retest-Reliabilität des Fragebogens liegt bei 64% bis 92% (Wittchen & Perkonigg., 1998). Der DIA-X SSQ gilt insgesamt als sehr zeitökonomisches, kategorial orientiertes Screeninginstrument für die häufigsten und wichtigsten psychischen Störungen.

3.6.4 Alkoholverlangen

Die Entstehung von Alkoholverlangen wird aus kognitionspsychologischer Sicht auf den Wunsch zurückgeführt, positive Alkoholwirkungen zu erhalten sowie negative Wirkungen wie Entzugserscheinungen zu vermeiden. Neuere Ansätze heben die Bedeutung von Dimensionen wie Kontrollverlust erwartung und alkoholbezogenen Gedanken oder Verhaltensweisen hervor (Drobes & Thomas, 1999). In Abhängigkeit von den Forschungsinteressen liegen den Messungen zur Erfassung von Alkoholverlangen unterschiedliche Zeitfenster zugrunde. Zustandsbezogene Messungen („hier und jetzt“) bieten sich bei Studien an, die z.B. in Expositionsübungen den Verlauf von aufkommendem Alkoholverlangen abbilden wollen. Der Zusammenhang zwischen diesem situativen Verlangen und nachfolgendem Alkoholkonsum ist eher gering. Stattdessen scheint der tatsächliche Konsum bei aktuellem Verlangen mehr von der Verfügbarkeit des Alkohols, alkoholbezogenen Situationsstimuli, Abstinenzmotivation sowie internalen Empfindungen abzuhängen. Globale Messungen hingegen weisen einen stärkeren Zusammenhang zum aktuellen Alkoholkonsum auf. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass alkoholabhängige Personen zwar über einen längeren Zeitraum ihrem Suchtverlangen widerstehen können, dieses sich jedoch kumuliert, demnach die individuelle Belastung und die Wahrscheinlichkeit eines Suchtmittelkonsums zunehmen. Die prognostische Bedeutsamkeit von Alkoholverlangen bei der Einschätzung der Rückfallgefährdung wird vor diesem Hintergrund diskutiert (Mann & Ackermann, 2000). Bei sämtlichen Verfahren der Studie handelt es sich um Selbsteinschätzungsverfahren (psychophysiologische sowie Verhaltensmessungen fanden aufgrund ihres hohen Messaufwands keine Berücksichtigung).

VAS. Visuelle Analogskala Craving. Die Selbsteinschätzung des Alkoholverlangens wird hier von den Patienten auf einer 100 mm langen horizontalen Linie mit den Polen „kein Alkoholverlangen“ und „unkontrollierbares Alkoholverlangen“ entsprechend ihres subjektiven Alkoholverlangens mit einem Punkt oder Kreuz markiert. Die Entfernung vom linken Ende der Skala bis zum Kreuz gemessen in mm, dient dabei als Maß des Alkoholverlangens. Auf diese Art und Weise kann eine Beurteilung des gegenwärtigen sowie des durchschnittlichen Niveaus des Alkoholverlangens über einen längeren Zeitraum vorgenommen werden (z.B. ein Monat). Die Aussagekraft anhand eines Ein-Item-Verfahrens ist begrenzt,

da wichtige Einzelaspekte des Verlangens nicht abgebildet werden können und undifferenzierte Maße kaum geeignet sind, Alkoholverlangen zu erfassen. Des Weiteren kann die interne Konsistenz als Maß der Reliabilität nicht bestimmt werden, so dass eine Ergänzung um multidimensionierte Verfahren zu empfehlen ist (Drobes & Thomas, 1999). Die Retest-Reliabilität ist aufgrund des vorübergehenden Charakters von Alkoholverlangen keine notwendige Voraussetzung für die Reliabilitätsmaße von Alkoholverlangens-Messinstrumenten. Viel wichtiger erscheint die Interrater-Reliabilität, d.h. wenn verschiedene Rater mit demselben Instrument denselben Patienten befragen. Diese scheint bei den ein Item umfassenden Skalen eher gegeben.

OCDS-G. Obsessive Compulsive Drinking Scale (Anton, Moak & Latham, 1995, deutsche Fassung Mann & Ackermann, 2000). Die OCDS-G ist ein globales Selbst-Rating-Instrument, das von der Yale-Brown-Obsessive-Compulsive-Drinking Scale for Heavy Drinking abgeleitet wurde. Das Untersuchungsinstrument umfasst 14 Items zur Erfassung des situationsübergreifenden Alkoholverlangens. Es gilt als geeignetes Instrument zur Abbildung von Veränderungen des Alkoholverlangens (Demmel & Schröder, 2003). Das Zeitfenster umfasst die letzten sieben Tage. Das Instrument beinhaltet zwei Subskalen zur Erfassung der kognitiv-symbolischen zwanghaften Beschäftigung mit Alkohol (obsessive Gedanken) sowie des Verhaltens- und Motivationsaspektes des Alkoholkonsums (Handlungsimpulse). Diese Unterscheidung beruht auf dem vom amerikanischen Autor übernommenen Störungsbild der Zwangsstörung, die beiden Subskalen liefern jedoch im Vergleich zur Gesamtskala kaum Zusatzinformationen (Mann & Ackermann, 2000). Es werden gute Kennwerte berichtet (Test-Retest-Reliabilität: 0.90, Interne Konsistenz 0.79 bis 0.90; Konstrukt-Validität, hier: Korrelation mit drei Analogskalen zur Einschätzung der Intensität des durchschnittlichen und des maximalen Alkoholverlangens sowie dessen Häufigkeit: 0.62 bis 0.66, Kriterien-Validität, hier: Korrelation mit Anzahl der Abstinenztage vor der stationären Aufnahme: -0.44; Mann & Ackermann, 2000).

AASE-G. Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (DiClemente, Carbonari, Montgomery & Hughes, 1994; deutsche Übersetzung von Munkes & Ackermann 1999). Der AASE-G basiert auf Banduras Konstrukt der Selbstwirksamkeit und erhebt die Zuversicht eines In-

dividuums, 20 typische Versuchungssituationen abstinent zu bewältigen. Anhand dieser Versuchungssituationen wird zunächst das Ausmaß der erlebten Versuchung erhoben. In einem zweiten Schritt wird dann anhand derselben Situation das individuelle Ausmaß der Abstinenzzuversicht in diesen Situationen erhoben. Die vier Subskalen mit jeweils 5 Items zu Versuchungssituationen beziehen sich dabei auf Situationen mit negativem Affekt, sozialen Situationen und solchen des positiven Affekts, körperliche und andere Beschwerden sowie Situationen des Cravings bzw. Verlangens. Angaben zur internen Konsistenz variieren für die Versuchungseinschätzung zwischen 0.78 und 0.91, für die Zuversicht zwischen 0.82 und 0.91. Die Konstruktvalidität liegt für beide Skalen zwischen 0.70 und 0.80 (Bott et al., 2003). Selbstwirksamkeit wird in der Forschung sowohl als Parameter des Therapieerfolgs als auch als Mediatorvariable bezogen auf andere Erfolgsmaße wie z.B. Abstinenz verwendet.

3.6.5 Erfassung des Therapieerfolgs

Zur Charakterisierung des Trinkverhaltens im Katamnesezeitraum werden üblicherweise drei Kategorien unterschieden (Küfner, Feuerlein & Flohrschütz, 1986): 1. „total abstinent“, 2. „gebessert“ (als gebessert gilt ein männlicher Patient mit weniger als 60 g und eine Patientin mit weniger als 30 g reinen Alkoholkonsum pro Tag). Des Weiteren sollten weder körperliche noch psychische Folgen des Alkoholkonsums aufgetreten sein bzw. keine Anzeichen für ein pathologisches Trinkverhalten vorliegen (z.B. Häufigkeit der Rauschzustände). In die Kategorie „gebessert“ werden ebenfalls Patienten aufgenommen, die einen einmaligen Rückfall mit Rauschtrinken berichteten; 3. alle restlichen Fälle werden in der Kategorie „rückfällig“ zusammengefasst. Die Informationen zum Rückfallgeschehen der vorliegenden Untersuchung beziehen sich auf die erste Kategorie. Bei der Beurteilung des Trinkverhaltens interessiert jedoch nicht nur die dichotome Aussage, eines Patienten im gesamten Katamnesezeitraum Suchtmittel konsumiert zu haben oder nicht. Differenzierte Informationen können das komplexe Rückfallgeschehen besser abbilden. Zur weiteren Bewertung der Therapieergebnisse werden Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt drei Monate abstinent gelebt hatten, mit der Kategorie „abstinent nach Rückfall“ erfasst (neuere Empfehlungen der DGSS) und Patienten, die nach einem zeitlich begrenzt-

ten „Ausrutscher“ wieder zu einer abstinenten Lebensweise zurückgefunden haben sowie die durchschnittliche Anzahl der Rückfälle und der getrunkenen Alkoholmenge.

Katamnese-Fragebogen. Der Selbstkonstruierte Fragebogen -in Anlehnung an die Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht 2001)- bildet die Rückfall-Geschehnisse, das Aufsuchen von Nachsorgemaßnahmen und Hilfsangeboten sowie die Zufriedenheit in einzelnen Lebensbereichen im Katamnesezeitraum ab. Zur erneuten Erfassung von suchtspezifischem Alkoholverlangen wurden dem Fragebogen zudem die Skalen des AASE-G, OCDS-G und VAS beigefügt (s. Anhang). Tabelle 3 zeigt, mit welchen Messinstrumenten jeweils die abhängigen Variablen operationalisiert wurden.

Tab. 3: Erhebungsinstrumente der Evaluation zu den unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkten

Instrumente	t1	t2	t3
Basisdokumentation Sucht	+		
ICD-10 Checkliste Alkoholabhängigkeit	+		+
EuropASI European Addiction Severity Index	+		+
DIA-X-Stammfragebogen	+		
STAI State-Trait-Angst-Inventar	+	+	
BDI Beck Depressions- Inventar	+	+	
SKID-II Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV-R, Achse II Persönlichkeitsstörungen		+	
SCL-90-R Symptom-Checkliste	+	+	
OCDS-G Obsessive Compulsive Drinking Scale	+	+	+
VAS Visuelle Analogskala Craving	+	+	+
AASE-G Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale	+	+	+
LZ Lebenszufriedenheit	+	+	+
Katamnese-Fragebogen			+

t1 = prä; t2 = post; t3 = 12-Monats-Follow-up

4. Ergebnisse

4.1 Charakteristika der untersuchten Patientengruppen

4.1.1 Soziodemografische Merkmale

Die Zusammensetzung der Untersuchungsstichproben der Tagesklinikpatienten (TK) sowie der stationären Langzeit- (LT) und Kurzzeitpatienten (KT) nach soziodemografischen Merkmalen beschreibt Tabelle 4. In den beiden stationären Behandlungsgruppen (LT/KT) erfolgte die Datenerhebung wie bereits ausgeführt mittels einer Mischform des EuropASI und der Dokumentationsstandards III durch das Münchner Forschungsteam. Die tagesklinischen Daten wurden mit dem halbstandardisierten EuropASI Interview sowie der Basisdokumentation (BADO) durch die Verfasserin und das tagesklinische Behandlungsteam erhoben. Die unterschiedlichen Datenquellen umfassten weitgehend dieselben erfragten Variablen und konnten in einer gemeinsamen Datenmatrix zusammengeführt werden. Die Berechnungen wurden mit dem t-Test für Mittelwertsvergleiche durchgeführt, das Signifikanzniveau lag bei $p < 0.05$, $p < 0.01$ und $p < 0.001$ sowie „ns“ nicht signifikant.

4.1.1.1 Geschlecht

26,8% der Tagesklinikpatienten sind Frauen, 73,2% sind männlich. Im individualisierten Langzeitbereich wurden 18,7% Frauen und 81,3% Männer behandelt, der Kurzzeitbereich lag mit 25,6% Frauenanteil und 74,4% Männer vergleichbar niedrig. Es finden sich zwischen Tagesklinik und Langzeitbereich ($\chi^2(1)=1,779$; $p=0,182$) sowie im Vergleich zwischen Tagesklinik und Kurzzeitbereich ($\chi^2(1)=0,036$; $p=0,849$) keine signifikanten Unterschiede.

Tab. 4: Geschlechtsverteilung TK – LT - KT

t1		TK (n=82)		LT (n=107)			KT (n=90)		
Variable	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Geschlecht ¹	Männlich	60	73,2	87	81,3	ns	67	74,4	ns
	Weiblich	22	26,8	20	18,7		23	25,6	

¹EuropASI (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

4.1.1.2 Alter

Das Durchschnittsalter (Tabelle 5) liegt in der Tagesklinik bei 44,84 (SD=6,001) und ist vergleichbar hoch wie in den stationären Behandlungsgruppen (LT: M=43,31, SD=6,918); $t(187)=-1,598$; $p=0,112$); KT: M=46,62; SD=8,240; $t(170)=1,630$; $p=0,105$).

Tab. 5: Altersverteilung TK – LT - KT

t1		TK (n=82)		LT (n=107)				KT (n=90)			
Variable	Kategorie	M	SD	M	SD	p/levne	p/t	M	SD	p/levne	p/t
Alter ¹	Jahre	44,84	± 6,001	43,31	± 6,918	ns	ns	46,62	± 8,240	,002	ns

¹BADO (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

4.1.1.3 Familienstand

Bezüglich des Familienstands liegen ebenfalls keine Unterschiede vor (TK/LT(5)=6,312; $p=0,277$); TK/KT(5)=7,953; $p=0,159$; Tabelle 6).

Tab. 6: Familienstand TK – LT - KT

t1		TK (n=82)		LT (n=107)			KT (n=90)		
Variable	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Familienstand ¹	Verheiratet	28	34,1	25	23,4	ns	47	52,2	ns
	Wiederverheiratet	5	6,1	2	1,9		6	6,7	
	Verwitwet	3	3,7	3	2,8		3	3,3	
	Getrennt lebend	3	3,7	5	4,7		5	5,6	
	Geschieden	20	24,4	37	34,6		15	16,7	
	Ledig	23	28,0	35	32,7		14	15,6	

¹EuropASI (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

4.1.1.4 Partnerschaft

Gleichzeitig liegt der Anteil der in einer festen Partnerschaft lebenden Personen in der Tagesklinik jedoch tendenziell niedriger im Vergleich zum Kurzzeitbereich (75,6%; $\chi^2(1)=3,593$; $p=0,058$) und um einiges höher als im stationären Langzeitbereich (TK: 62,2%; LT: 45,8%; $\chi^2(1)=5,012$; $p=0,025$; Tabelle 7). Damit ist der Anteil an alleinstehenden Personen ohne feste Bezugsperson in der Tagesklinik unerwartet hoch; die Tagesklientel liegt hinsichtlich des Partnerschaftsstands zwischen dem individualisierten Langzeitbereich und dem Kurzzeitbereich.

Tab. 7: Partnerschaftsstatus TK – LT - KT

t1		TK (n=82)		LT (n=107)			KT (n=90)		
Variable	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Partnerschaft ¹	Alleinstehend/Zeitweilige Beziehung	31	37,8	58	54,2	,025	22	24,4	,058
	Feste Beziehung	51	62,2	49	45,8		68	75,6	

¹BADO (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

4.1.1.5 Lebenssituation

Betrachtet man die aktuelle Lebenssituation in den letzten 6 Monaten vor Therapiebeginn, bestätigt sich dies. Der Anteil der Alleinlebenden liegt in der Tagesklinik (34,1%) wesentlich niedriger als im Langzeitbereich (51,4%; $\chi^2(5)=14,879$; $p=0,011$), aber trendmäßig höher als im Kurzzeitbereich (25,6%; $\chi^2(4)=10,593$; $p=0,032$; Tabelle 8). Hier zeigt sich zudem, dass der Anteil der Alleinerziehenden in der Tagesklinik höher liegt (TK: 11,0%; KT: 1,1%). Damit wurde die Indikationsempfehlung einer festen Bezugsperson nur teilweise eingehalten.

Tab. 8: Aktuelle Lebenssituation TK – LT - KT

t1		TK (n=82)		LT (n=107)			KT (n=90)		
Variable	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Lebenssituation (letzte 6 Monate) ¹	Alleinlebend	28	34,1	55	51,4	,011	23	25,6	,032
	Mit Elternteil	1	1,2	7	6,5		1	1,1	
	Mit Kindern	9	11,0	6	5,6		1	1,1	
	Mit Partner/in	22	26,8	16	15,0		32	35,6	
	Mit Partner/in und Kindern	22	26,8	20	18,7		33	36,7	
	Mit sonstigen Personen	0	0,0	3	2,8		0	0,0	

¹BADO (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

4.1.1.6 Schulbildung

In der Tagesklinik sind vergleichsweise mehr Personen mit mittlerer und höherer Schulbildung (51,2%) als im stationären Langzeitbereich (29%; $\chi^2(6)=18,983$; $p=0,004$). Gegenüber dem Kurzzeitbereich gibt es keine Unterschiede (KT: 36,7; $\chi^2(5)=6,763$; $p=0,239$; Tabelle 9).

Tab. 9: Schulbildung TK – LT - KT

t1		TK (n=82)		LT (n=107)		KT (n=90)			
Variable	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Schulbildung ¹	Ohne Schulabschluss	2	2,4	0	0,0	,004	4	4,4	ns
	Sonderschulabschluss	1	1,2	0	0,0		1	1,1	
	Hauptschulabschluss	32	39,0	66	61,7		38	42,2	
	Realschule/Mittlere Reife	27	32,9	26	24,3		24	26,7	
	Abitur/Fachhochschulreife	15	18,3	5	4,7		9	10,0	
	Hochschulabschluss	5	6,1	9	8,4		14	15,6	
	And. Schulabschluss	0	0,0	1	0,9		0	0,0	
Abgeschlossene Berufsausbildung ¹	Keine begonnen	9	11,0	17	18,3	ns	6	7,5	ns
	Lehre	58	70,7	64	68,8		56	70,0	
	Fachschule	3	3,7	3	3,2		6	7,5	
	Fachhoch/Ingenieurschule	4	4,9	3	3,2		6	7,5	
	Universität/Hochschule	8	9,8	5	5,4		6	7,5	
	sonstiges	0	0,0	1	1,1		0	0,0	

¹BADO (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

4.1.1.7 Beruflicher Status

Der Angestelltenanteil in der Tagesklinik liegt mit 53,7% um einiges höher als im stationären Langzeitbereich (32,7; $\chi^2(5)=15,455$; $p=0,017$; Tabelle 10) und vergleichbar dem im Kurzzeitbereich (47,8%). Bezüglich des Hausfrauenanteils gibt es bereichsübergreifend keine Unterschiede.

Tab. 10: Letzter Berufsstatus TK – LT - KT

t1		TK (n=82)		LT (n=107)		KT (n=90)			
Variable	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Letzter Berufs-Status ¹	Arbeiter	7	8,5	30	28,0	,017	15	16,7	ns
	Facharbeiter/Lernberuf	21	25,6	28	26,2		11	12,2	
	Einfacher/Mittlerer Angestellter/Beamter	44	53,7	35	32,7		43	47,8	
	Höherer Angestellter/Beamter	5	6,1	8	7,5		10	11,1	
	Selbständig/Freiberuflich	3	3,7	4	3,7		8	8,9	
	Hausfrau/Hausmann	2	2,4	1	0,9		3	3,3	
	Sonstiges/Unbekannt	0	0,0	1	0,9		0	0,0	

¹BADO (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

4.1.1.8 Berufliche Situation

Ein weiteres wesentliches Indikationskriterium für die tagesklinische Behandlung umfasst die berufliche Situation und insbesondere das Vorliegen einer Erwerbstätigkeit. Die Verteilungen der Erwerbssituation überraschen: mit 37,8% Erwerbslose in den letzten 6 Monaten vor Behandlungsbeginn liegt der Anteil in der Tagesklinik vergleichbar hoch wie im indi-

vidualisierten Langzeitbereich (43,4%; $\chi^2(4)=6,524$; $p=0,163$), und damit deutlich höher als im Kurzzeitprogramm (15,6%; $\chi^2(4)=13,677$; $p=0,008$; Tabelle 11).

Tabelle 11: Erwerbstätigkeit in den letzten 6 Monaten vor Therapiebeginn

t1		TK (n=82)		LT (n=107)			KT (n=90)		
Variable	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Erwerbstätigkeit in den letzten 6 Monaten (vor Therapiebeginn) ¹	Angestellter, Beamter	31	37,8	26	24,5	ns	41	45,6	,008
	Arbeiter/Facharbeiter	15	18,3	29	27,4		20	22,2	
	Selbständiger	1	1,2	3	2,8		6	6,7	
	Arbeitsloser	31	37,8	46	43,4		14	15,6	
	Sonstiger	4	4,9	3	2,8		10	6,0	
	Rentner	0	0,0	1	0,9		1	1,1	

¹BADO (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

Bestätigung findet dieser hohe Anteil in der Tagesklinik in der Dauer der Arbeitslosigkeit im Zeitraum der letzten drei Jahre (TK: $M=7,66$; $SD=12,183$; LT: $M=9,38$; $SD=12,238$; $t(186)=0,957$; $p=0,340$; KT: $M=3,42$; $SD=8,466$; $t(169)=-2,624$; $p=0,010$) und der ununterbrochenen Arbeitslosigkeitsdauer (TK: $M=8,59$; $SD=16,495$; LT: $M=11,58$; $SD=21,076$; $t(186)=1,061=0,290$; KT: $M=3,03$; $SD=9,322$; $t(169)=-2,679$; $p=0,008$; Tabelle 12). Damit wurde eine bedeutsame Indikationsempfehlung zur beruflichen Integration in der Tagesklinik nicht erfüllt.

Tabelle 12: Erwerbstätigkeit in den letzten 3 Jahren vor Therapiebeginn

t1		TK (n=82)		LT (n=106)				KT (n=89)			
Variable	Kategorie	M	SD	M	SD	p/levne	p/t	M	SD	p/levne	p/t
Arbeitslosigkeitszeiten	Arbeitslosigkeit (Monate der letzten 3 Jahre)	7,66	$\pm 12,18$	9,38	$\pm 12,24$	ns	ns	3,42	$\pm 8,466$,001	,010
	Arbeitslosigkeitsdauer bei Aufnahme (Ununterbrochen)	8,59	$\pm 16,50$	11,58	$\pm 21,08$	ns	ns	3,03	$\pm 9,322$,001	,008

¹BADO (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

4.1.2 Suchtspezifische Merkmale

4.1.2.1 Diagnosen

Mit durchschnittlich 5,2 Merkmalen (SD=0,914) erfüllen die Patienten der Tagesklinik wesentlich mehr Kriterien des Alkoholabhängigkeitssyndroms als die beiden stationären Behandlungsprogramme (LT: M=4,420; SD=1,981; $t(187)=-3,465$; $p=0,001$; KT: M=4,560; SD=1,255; $t(170)=-3,697$; $p=0,001$; Tabelle 13). Eine Medikamentenabhängigkeit wurde in keinem Fall diagnostiziert.

Tabelle 13: Diagnose Alkoholabhängigkeitssyndrom

t1		TK (n=82)		LT (n=106)				KT (n=89)			
Variable	Kategorie	M	SD	M	SD	p/levne	p/t	M	SD	p/levne	p/t
ICD-10 Kriterien ¹	Anzahl	5,170	±0,914	4,420	±1,981	,001	,001	4,560	±1,255	,002	,001

¹ICD-10-Checkliste

4.1.2.2 Abhängigkeitsdauer

Im Durchschnitt sind die Patienten in allen drei Behandlungsgruppen gleich lange abhängig (TK: M=12,66; SD=7,132; LT: M=11,19; SD=8,024; $t(186)=-1,307$; $p=0,193$; KT: M=11,72; SD=8,895; $t(170)=-0,765$; $p=0,446$; Tabelle 14).

Tabelle 14: Abhängigkeitsdauer

t1		TK (n=82)		LT (n=106)				KT (n=89)			
Variable	Kategorie	M	SD	M	SD	p/levne	p/t	M	SD	p/levne	p/t
Abhängigkeitsdauer ¹	In Jahren	12,66	±7,132	11,19	±8,024	ns	ns	11,72	±8,895	,032	ns

¹ BADO (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

4.1.2.3 Abstinenzdauer

Hingegen lebten die Tagesklinikpatienten unmittelbar vor Therapiebeginn mit knapp 47 Tagen kürzere Zeit abstinent, als die Patienten im Langzeit- und Kurzzeitbereich, die über zwei Monate bereits abstinent gelebt hatten (TK: M=46,40; SD=55,04; LT: M=66,67; SD=67,08; $t(187)=2,222$; $p=0,027$; KT: M=77,64; SD= 64,01; $t(169)=3,408$; $p=0,001$).

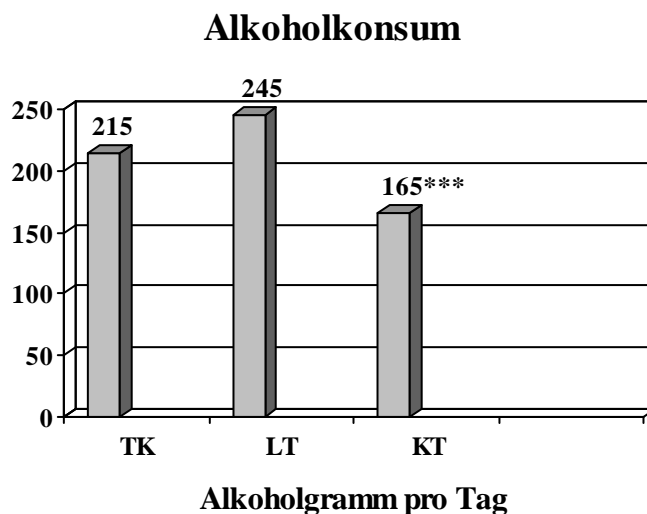
Tabelle 15: Abstinenzdauer

t1		TK (n=82)		LT (n=107)				KT (n=89)			
Variable	Kategorie	M	SD	M	SD	p/levене	p/t	M	SD	p/levене	p/t
Abstinenzdauer vor Therapie ¹	In Tagen	46,40	±55,04	66,67	±67,08	ns	,027	77,64	±64,01	ns	,001

² EuropASI (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

4.1.2.4 Trinkmengen

Bei der durchschnittlichen Trinkmenge in den letzten 6 Monaten vor dem Beginn der Behandlung lag die tagesklinische Klientel mit einem Gebrauch von 214,9 Gramm Alkohol pro Tag unerwartet hoch in der Nähe des individualisierten Langzeitbereichs (TK: M=214,9; SD=83,34; LT: M=244,9; SD=181,9; $t(186)=1,504$; $p=0,135$) und unterschied sich deutlich vom Kurzzeitprogramm (KT: M=164,7; SD=90,98; $t(170)=-3,766$; $p=0,001$) (Abbildung 1).

Abb. 1: Durchschnittlicher täglicher Alkoholkonsum vor Therapiebeginn

4.1.2.5 Therapieerfahrungen

4.1.2.5.1 Entwöhnungsbehandlung

In Bezug auf frühere Behandlungserfahrungen weisen die Tagesklinikpatienten deutlich mehr stationäre Entwöhnungsbehandlungen in der Vorgeschichte auf als die beiden statio-

nären Gruppen (TK: M=0,520; SD=0,835; LT: M=0,150; SD=0,451; $t(187)=-3,675$; $p=0,001$; KT: M=0,080; SD=0,308; $t(170)=-4,569$; $p=0,001$; Tabelle 16).

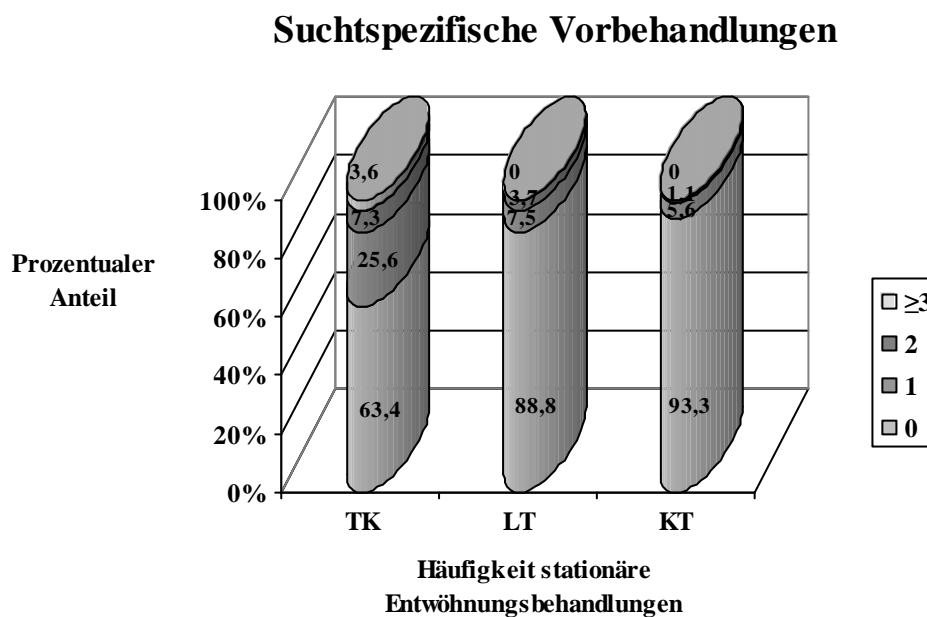
Tabelle 16: Stationäre Entwöhnungsbehandlungen

t1		TK (n=82)		LT (n=107)				KT (n=90)			
Variable	Kategorie	M	SD	M	SD	p/levne	p/t	M	SD	p/levne	p/t
Stationäre Entwöhnungen ¹	Anzahl	0,52	±0,84	0,15	±0,45	,001	,001	0,08	±0,31	,001	,001

¹ BADO (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

Betrachtet man zusätzlich die genaue Verteilung der stationären Vorbehandlungen, zeigen sich bei der Tagesklinik wesentlich mehr Patienten, die vor Aufnahme in der Tagesklinik bereits eine Vorbehandlung (TK: 25,6%; LT: 7,5%; $\chi^2(2)=17,325$; $p=0,001$; KT: 5,6%; $\chi^2(2)=23,454$; $p=0,001$) bzw. zwei und mehr Entwöhnungsbehandlungen (TK: 10,9%; LT: 3,7%; KT: 1,1%) und drei Patienten mehr als drei Entwöhnungsbehandlungen absolviert hatten (Abbildung 2). Damit sind über ein Drittel der Tagesklinikpatienten (36,5%) Wiederholerpatienten mit zum Teil mehrfacher Therapieerfahrung (LT: 11,2%/KT: 6,7%), was nicht den Erwartungen einer tagesklinisch „gesünderen“ Klientel entsprach.

Abb. 2: Suchtspezifische Vorbehandlungen - Entwöhnungsbehandlungen



4.1.2.5.2 Entgiftungsbehandlung

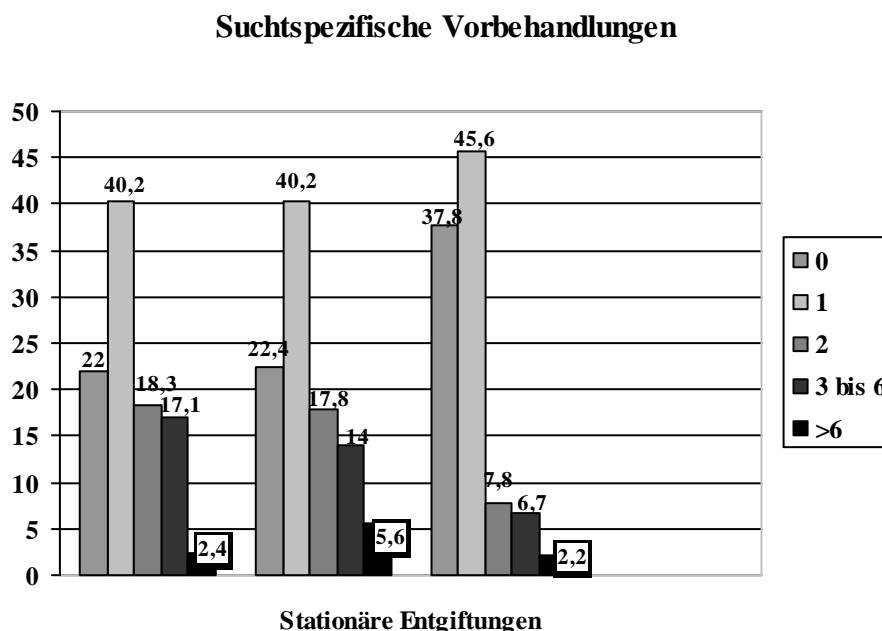
In Bezug auf die absolute Anzahl der stationären Entgiftungsmaßnahmen zeigten sich zwischen den drei Behandlungsgruppen keine Unterschiede (Tabelle 17).

Tabelle 17: Stationäre Entgiftungen

t1		TK (n=82)		LT (n=107)				KT (n=90)			
Variable	Kategorie	M	SD	M	SD	p/levone	p/t	M	SD	p/levone	p/t
Stationäre Entgiftungen ¹	Anzahl	1,71	±2,46	1,83	±2,43	ns	ns	1,10	±1,81	ns	ns

¹BADO (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

Anders hingegen der Vergleich der Entgiftungsmaßnahmen bzgl. ihrer Häufigkeit: hier haben tagesklinische Patienten im Vergleich zu den stationären Kurzzeitpatienten deutlich häufiger bereits zwei bzw. zwischen 3 und 6 stationäre Entgiftungen absolviert (TK: 18,3%/17,1%; KT: 7,8%/6,7%; $\chi^2(4)=11,550$; $p=0,021$; Abb. 3). Zwischen der Tagesklinik und dem Langzeitbereich zeigten sich hier keine Unterschiede.

Abb. 3: Suchtspezifische Vorbehandlungen – Stationäre Entgiftungsmaßnahmen

4.1.2.6 Körperlicher Zustand

Ebenfalls keine Unterschiede zeigten sich in den Laborparametern MCV und Gamma-GT, die körperliche Beeinträchtigungen infolge langjährigen Alkoholabusus abbilden (Tabelle 18).

Tabelle 18: Labor-Parameter

t1		TK (n=82)		LT				KT			
Variable	Kategorie	M	SD	M	SD	p/levone	p/t	M	SD	p/levone	p/t
Labor-Parameter ¹	MCV	96,57	±5,345	96,78(n=49)	±6,202	ns	ns	95,48(n=32)	±5,677	ns	ns
	Gamma-GT	124,9	±345,2	151,7(n=49)	±251,1	ns	ns	67,5(n=32)	±67,7	ns	ns

¹Ärztliche Erhebung (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

Damit ist von den vorab formulierten Indikationsempfehlungen für die tagesklinische Entwöhnungsbehandlung zwar der Großteil erfüllt, in wichtigen Merkmalen wie fortgeschrittene Chronifizierung der Abhängigkeitserkrankung (69,5%), Erreichbarkeit von unterstützenden Bezugspersonen ohne Suchtmittelprobleme (74,4%), Langzeitarbeitslosigkeit (85,4%) sowie tagesklinische Behandlung als Erst- oder Zweitbehandlung weichen die Tagesklinikpatienten von der erwarteten Patientenstruktur deutlich ab.

4.2 Indikationsempfehlungen

Die vorab definierten „Indikationskriterien“ wurden zusätzlich von den Bezugstherapeuten der Tagesklinik retrospektiv bei Therapieende eingeschätzt (Tabelle 19). Die Mehrheit der Empfehlungen wurde weitgehend erfüllt, allerdings wiesen nur 69,5% der Tagesklinikpatienten keine weit fortgeschrittene Chronifizierung auf, eine unterstützende Bezugsperson war in nur 74,4% der Fälle erreichbar, ihre Einbeziehung in die Behandlung sahen die Therapeuten lediglich in 87,8% erfüllt, keine Langzeitarbeitslosigkeit lag bei 85,4% der Tagesklinikpatienten vor und der Anteil von Therapiewiederholern, die bereits mehr als eine Entwöhnungsbehandlung in der Vergangenheit absolviert hatten, lag mit 11% höher als erwartet. Eine retrospektive Beurteilung der Indikationsempfehlungen durch die Therapeuten in den beiden stationären Bereichen fand leider im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht statt. Eine Beurteilung hätte Aufschluss darüber geben können, inwieweit ein-

zelne Indikationsempfehlungen ebenfalls für die stationäre Klientel zugetroffen hätten. Damit ließe sich die Frage überprüfen, ob nicht auch für einen Teil der stationären Klientel eine tagesklinische Behandlung vorstellbar wäre.

Tabelle 19: Erfüllte Indikationsempfehlungen für die tagesklinische Behandlung in der TK Stuttgart

t2		TK (n=82)	
Variable	Kategorie	Anzahl	Prozent
Indikations- Empfehlungen ¹	Keine weit fortgeschrittene Chronifizierung	57	69,5
	Abstinenzfähigkeit und Bewältigungskompetenzen	79	96,3
	Körperliche Erkrankungen behandelbar	82	100
	Umfeldbedingungen nicht im engeren Sinne suchtaufrechterhaltend	77	93,9
	Unterstützende Bezugsperson ist erreichbar	61	74,4
	Distanz zu Alkoholmilieu ist kurzfristig realisierbar	79	96,3
	Einbeziehung von Bezugspersonen notwendig	72	87,8
	Keine Langzeitarbeitslosigkeit	70	85,4
	Keine Adaptionsbehandlung notwendig	82	100
	Regionale Arbeitssuche während der Behandlung möglich	82	100
	Wohnsituation ist vorläufig weitgehend stabil	81	98,8
	Patient lebt nicht im Wohnheim	80	97,6
	Soziale Probleme sind mit teilstationären Ressourcen behandelbar	82	100
	Einsicht in funktionale Zusammenhänge ist ansatzweise gegeben	74	90,2
	Patient hat erste konkrete Änderungsziele	74	90,2
	Patient ist mit Tagesklinik-Behandlung einverstanden	77	93,9
	Patient ist zuversichtlich, Ziele in der Tagesklinik zu erreichen	74	90,2
Tagesklinische Behandlung ist Erst- oder Zweitbehandlung	73	89,0	

¹Basisdokumentation (BADO)

4.3 Schweregrad der Abhängigkeitserkrankung

EuropASI. Hinsichtlich der Schwere der Abhängigkeitserkrankung wurde der Composite Score für jeden einzelnen Lebensbereich ermittelt. Die Werte können zwischen 0 und 1 liegen. Bezüglich des gesamten körperlichen Zustands der Patienten zeigen sich zwischen der Tagesklinik und den beiden stationären Bereichen keine signifikanten Unterschiede (TK: M=0,181; SD=0,289; LT: M=0,196; SD=0,324; KT: M=0,175; SD=0,350; Tabelle 20). Dies gilt ebenfalls für den Alkoholkonsum (TK: M=0,309; SD=0,204; LT: M=0,278; SD=0,140; KT: M=0,272; SD= 0,159) und Drogengebrauch (TK: M=0,001; SD=0,016; LT: M=0,016; LT: M=0,001; SD=0,021; KT: M=0,001; SD=0,040) sowie für die rechtliche Situation vor Therapiebeginn (TK: M=0,010; SD=0,038; LT: M=0,010; SD=0,033; KT=0,010; SD=0,060). Betrachtet man hingegen die Arbeitssituation lassen sich deutliche

Unterschiede zwischen den Behandlungsprogrammen feststellen. So liegt die ökonomische Situation in der Tagesklinik zwischen den beiden stationären Bereichen (TK: $M=0,407$; $SD=0,457$; LT: $M=0,558$; $SD=0,469$; $t(187)=2,215$; $p=0,028$; KT: $M=0,251$; $SD=0,406$; $t(170)=-2,365$; $p=0,019$). Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Arbeitssituation sind Tagesklinik und Langzeitbereich vergleichbar (TK: $M=0,322$; $SD=0,337$; $t(187)=-1,127$; $p=0,261$). Der Kurzzeitbereich gibt eine deutlich höhere Zufriedenheit an (KT: $M=0,146$; $SD=0,276$; $t(170)=-3,752$; $p=0,001$). Die tagesklinische Klientel weist eine deutlich höhere Beeinträchtigung in den familiären Beziehungen auf als die beiden stationären Behandlungsprogramme (TK: $M=0,220$; $SD=0,283$; LT: $M=0,080$; $SD=0,151$; $t(187)=-3,986$; $p=0,001$; KT: $M=0,090$; $SD=0,0190$; $t(170)=-1,827$; $p=0,001$). Bezüglich der Qualität der sonstigen sozialen Beziehungen konnten hingegen keine Unterschiede festgestellt werden (TK: $M=0,060$; $SD=0,149$; LT: $M=0,050$; $SD=0,154$; KT: $M=0,030$; $SD=0,079$). Dies gilt ebenfalls für das Ausmaß an psychischer Beeinträchtigung (TK: $M=0,090$; $SD=0,145$; LT: $M=0,120$; $SD=0,184$; KT: $M=0,080$; $SD=0,138$). Eine detaillierte Analyse hinsichtlich der Häufigkeit der Probleme in den einzelnen Bereichen, ihrer Belastung sowie dem Beratungsbedarf findet sich im Anhang (Tabellen 1-B-1; 1-B-2). Die Ergebnisse decken sich weitgehend mit den Composite Scores, wobei die tagesklinischen Patienten in der direkten Befragung ihrer Problemhäufigkeit in den einzelnen Lebensbereichen noch häufiger bei sich berufliche, familiäre und Alkoholprobleme sehen als die Langzeitpatienten.

Tabelle 20: Schweregrad der Alkoholabhängigkeit

t1		TK(n=82)		LT(n=107)				KT(n=90)			
Verfahren	Merkmal	M	SD	M	SD	p/levone	p/t	M	SD	p/levone	p/t
EuropASI (CS) [†]	Körperlicher Zustand	0,18	±0,29	0,20	±0,324	ns	ns	0,18	±0,35	ns	ns
	Arbeit/Unterhalt: Ökonomische Situation	0,41	±0,46	0,56	±0,469	ns	,028	0,25	±0,41	,002	,019
	Arbeit/Unterhalt: Zufriedenheit	0,32	±0,34	0,26	±0,367	ns	ns	0,15	±0,28	,001	,001
	Alkoholgebrauch	0,31	±0,20	0,28	±0,140	,001	ns	0,28	±0,16	,023	ns
	Drogengebrauch	0,00	±0,02	0,00	±0,021	ns	ns	0,00	±0,04	ns	ns
	Rechtliche Situation	0,01	±0,04	0,01	±0,033	ns	ns	0,01	±0,06	ns	ns
	Familien-Beziehungen	0,22	±0,28	0,08	±0,151	,001	,001	0,09	±0,19	,001	,001
	Sozial-Beziehungen	0,06	±0,15	0,05	±0,154	ns	ns	0,03	±0,07	,001	ns
	Psychischer Status	0,09	±0,15	0,12	±0,184	ns	ns	0,08	±0,14	ns	ns

[†]CS Composite Score; Vergleich Mittelwerte t1

4.4 Komorbidität

SCL-90-R. Bei Therapiebeginn zeigen sich im SCL-90-R keine Unterschiede bezüglich des Ausmaßes der grundsätzlichen psychischen Belastung (GSI) zwischen den einzelnen Bereichsgruppen (TK: M=0,43; SD=0,38; LT: M=0,49; SD=0,43; KT: M= 0,51; SD=0,47; Tabelle 21). Eine Reliabilitäts-Überprüfung mit einer Vergleichsstichprobe von 776 stationären Patienten der Fachklinik Wilhelmsheim aus dem Jahr 2001 ergab zwischen den verschiedenen Gruppen keine bedeutsamen Unterschiede (FKWH Gesamt 2001: M=0,45; SD=0,43).

Tabelle 21: Gesamt-Psychische Belastung

t1		TK(n=82)		LT(n=105)			KT(n=89)		
Verfahren	Merkmal	M	SD	M	p/levone	p/t	M	p/levone	p/t
SCL-90	GSI	0,43		0,49	ns	ns	0,51	,036	ns

BDI. Keinerlei Unterschiede in der Datenerhebung zu Therapiebeginn ergeben sich ebenfalls hinsichtlich des Ausmaßes an depressiver Symptomatik (TK: M=10,28; SD=7,921; LT: M=9,51; SD=7,256; KT: M=11,03; SD=8,812; Tabelle 22).

Tabelle 22: Depressiver Status

t1		TK(n=82)	LT(n=105)			KT(n=89)		
Verfahren	Merkmal	M	M	p/levne	p/t	M	p/levne	p/t
BDI	Summenwert	10,3	9,51	ns	ns	11,0	ns	ns

STAI. Etwas anders verhält es sich bei der Betrachtung der Stress- und Angstbelastung: so zeigen sich keine Unterschiede sowohl in der situativen Zustandsangst als auch in der überdauernden Ängstlichkeitsneigung zwischen der tagesklinischen Klientel und den Patienten des individualisierten Langzeitprogramms (STATE: TK: M=36,5; SD=10,461; LT: M=39,53; SD=10,824; TRAIT: TK: M=41,02; SD=10,334; LT: M=43,52; SD=11,779; Tabelle 23). Wohingegen die Patienten im Kurzzeitbereich das Ausmaß ihrer situationsbezogenen Angst höher einschätzen als die Tagesklinikpatienten (STATE: TK: M=36,5; SD=10,461; KT: M=42,4; SD=11,946; $t(169)=3,446$; $p=0,001$). In der Einschätzung ihrer Furchtneigung unterscheiden sich die tagesklinischen Patienten von den Kurzzeitpatienten hingegen nicht (TRAIT: TK: M=41,02; SD=10,334; KT: M=43,90; SD=11,043).

Tabelle 23: Ängstlichkeit

t1		TK(n=82)	LT(n=105)			KT(n=89)		
Verfahren	Merkmal	M	M	l/levne	p/t	M	p/levne	p/t
STAI	STATE	36,5	39,5	,055	ns	42,4	ns	,001
	TRAIT	41,0	43,5	,054	ns	43,9	ns	ns

LZ. Das Ausmaß empfundener Lebenszufriedenheit in der Eingangsmessung ist in allen Behandlungsgruppen vergleichbar (TK: M=2,82; SD=0,835; LT: M=3,12; SD=0,922; KT: M=2,77; SD=0,785).

Tabelle 24: Lebenszufriedenheit

t1		TK(n=82)	LT(n=105)			KT(n=89)		
Verfahren	Merkmal	M	M	l/levne	p/t	M	p/levne	p/t
LZ	Lebenszufriedenheit	2,82	3,12	ns	,029	2,77	ns	ns

DIA-X-SSQ. Die als Screening erhobene Experteneinschätzung für komorbide Erkrankungen in der Vorgeschichte ergab nur geringfügige Unterschiede zwischen den verschiedenen Behandlungsgruppen (Tabelle 25). Im Gesamtscore ergaben sich über alle Bereichsgruppen keine Unterschiede (GS: TK: M=3,80; SD=2,551; LT: M=4,54; SD=3,060;

$t(178)=1,502$; $p=0,135$; KT: $M=3,85$; $SD=3,021$; $t(167)=-0,120$; $p=0,904$). Deutlich weniger Tagesklinikpatienten als Patienten der stationären Bereiche berichteten hingegen von früheren manischen oder hypomanischen Episoden (TK=4,9%; LT=19,4%; $\chi^2(1)=8,433$; $p=0,004$; KT=18,4%; $\chi^2(1)=7,387$; $p=0,007$). In den weiteren Komorbiditätsbereichen unterscheiden sich die Tagesklinik- und Langzeitpatienten nicht. Unterschiede zeigen sich zwischen Tagesklinik- und Kurzzeitpatienten bezüglich der Häufigkeit einer zusätzlichen Nikotinabhängigkeit (TK=86,6%; KT=73,6%; $\chi^2(1)=4,454$; $p=0,035$) und den Angaben zu einer früheren Panikstörung (TK=37,8%; KT=24,1%; $\chi^2(1)=3,701$; $p=0,054$).

Tabelle 25: Screening Komorbidität

t1		TK(n=82)	LT(n=98)		KT(n=87)	
		%	%	p/ χ^2	%	p/ χ^2
DIA-X	Rauchen	86,6	92,9	ns	73,6	,035
	Somatoforme Störungen	11,0	7,10	ns	11,5	ns
	Hypochondrie	25,6	38,8	ns	33,3	ns
	Panikattacke/Panikstörung	37,8	29,6	ns	24,1	,054
	Generalisierte Angststörung	25,6	33,7	ns	32,2	ns
	Soziale Phobie	19,5	31,6	ns	29,9	ns
	Agoraphobie	11,0	16,3	ns	9,20	ns
	Posttraumatische Belastungsreaktionen	28,0	27,6	ns	21,8	ns
	Spezifische Phobien	20,7	19,4	ns	21,8	ns
	Depressive Episoden	39,0	44,9	ns	33,3	ns
	Dysthymie	37,8	48,0	ns	42,5	ns
	Manische/hypomanische Episoden	4,90	19,4	,004	18,4	,007
	Essstörungen	16,3	11,0	ns	14,0	ns
	Alkoholstörungen/ Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit	14,6	11,2	ns	11,5	ns
	Drogenmissbrauch/-abhängigkeit	17,1	17,3	ns	8,00	ns

SKID-II. Wie bereits ausgeführt, wurde das Ausmaß komorbider Persönlichkeitsstörungen erst in der Entlasswoche erhoben, um eventuelle Auswirkungen eines protrahierten Entzugssyndroms ausschließen zu können. Die folgende Darstellung der Ergebnisse beschränkt sich auf die Auswertung der Persönlichkeitsstörungen auf Diagnostikebene. Die Auswertungen auf Kriteriumsebene, insbesondere die von den Patienten vorgenommenen Einschätzungen sowie das Expertenurteil der Therapeuten sowie weitere Interviewer-Maße wie die teilweise bzw. unterschwellige Erfüllung einer Achse-II-Störung sind dem Anhang beigelegt (1-B-3; 1-B-4; 1-B-5). Hinsichtlich des Gesamt-Anteils an Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich die Bereiche Tagesklinik und Langzeitbereich nicht, hingegen sind gegenüber dem Kurzzeitbereich bedeutsam mehr Persönlichkeitsstörungen in der Ta-

gesklinik vorhanden (TK=34,1%; LT=24,3%; $\chi^2(4)=5,388$ p=0,250; KT=16,7%; $\chi^2(4)=10,919$; p=0,027). Von den Tagesklinikpatienten haben 19,5% mehrere Persönlichkeitsstörungen (2 bis 4), 11,2 bei den Langzeitpatienten (2 bis 5) und 5,6% der Kurzzeitpatienten (2).

Die Diagnostik-Einschätzungen der Interviewer hinsichtlich der Qualität der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht in der Tagesklinik und im stationären Langzeitbereich (Tabelle 26). Anders hingegen der Vergleich mit dem stationären Kurzzeitbereich: hier haben deutlich mehr Tagesklinikpatienten eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung (TK=12,7%; KT=3,5%; $\chi^2(1)=4,770$; p=0,029), eine negativistische (TK=5,1%; KT=0,0%; $\chi^2(1)=4,463$; p=0,035), eine Borderline (TK=8,9 %; KT=1,2%; $\chi^2(1)=5,289$; p=0,021) und eine antisoziale Persönlichkeitsstörung (TK=8,9%; KT=0,0%; $\chi^2(1)=7,958$; p=0,005).

Tabelle 26: Persönlichkeitsstörungen

t1		TK (n=79)	LT (n=82)		KT (n=86)	
Verfahren	Merkmal	%	%	p/ χ^2	%	p/ χ^2
SKID-II	Zwanghafte	12,7	6,1	ns	3,5	,029
	Negativistische	5,1	1,2	ns	0,0	,035
	Borderline	8,9	12,2	ns	1,2	,021
	Antisoziale	8,9	6,1	ns	0,0	,005

4.5 Alkoholverlangen

OCDS-G. Mit diesem Instrument lässt sich Alkoholverlangen sowohl als Maß für die obsessive gedankliche Beschäftigung mit Alkohol als auch als Maß für Handlungsimpulse zum Konsum von Alkohol abbilden. Weder im Gesamtscore noch in den beiden Subskalen zeigen sich bei Therapiebeginn zwischen der Tagesklinik und den beiden stationären Behandlungsbereichen Unterschiede (Tabelle 27).

Tabelle 27: Gedankliches und Handlungsbezogenes Alkoholverlangen

t1		TK(n=82)	LT(n=94)			KT(n=74)		
Verfahren	Merkmal	M	M	p/levne	p/t	M	p/levne	p/t
OCDS-G	Gesamtscore	13,5	14,0	ns	ns	12,5	ns	ns
	Gedanken	4,87	4,74	ns	ns	4,38	ns	ns
	Handlung	8,60	9,20	ns	ns	8,14	ns	ns

AASE-G. Wie bereits ausgeführt, wird mit diesem Fragebogen das Ausmaß an erlebter Versuchung in verschiedenen alkoholkritischen Situationen als auch die individuelle Bewältigungszuversicht in diesen Situationen erfasst (Tabelle 28). Die Tagesklinikpatienten erleben hier zu Therapiebeginn stärker Versuchung in Situationen mit negativen Affekten (TK: M=2,44; SD=0,977; LT: M=2,00; SD=0,956; $t(166)=-2,956$; $p=0,004$) und Situationen des Cravings (TK: M=2,11; SD=0,733; LT: M=1,84; SD=0,800; $t(166)=-2,282$; $p=0,024$) als die Langzeitpatienten. Patienten der Tagesklinik und des Kurzzeitbereichs unterscheiden sich in diesen Maßen nicht. In der individuellen Bewältigungszuversicht hinsichtlich der verschiedenen Situationstypen zeigen sich alle drei Bereiche ähnlich zuversichtlich.

Tabelle 28: Situationsabhängige Alkoholversuchung und Abstinenzzuversicht

t1		TK(n=82)	LT(n=94)			KT(n=74)		
Verfahren	Merkmal	M	M	p/levne	p/t	M	p/levne	p/t
AASE-G-Versuchung	Negativer Affekt	2,44	2,00	ns	,004	2,22	,018	ns
	Soziale Situationen/positiver Affekt	1,86	1,70	ns	ns	1,79	ns	ns
	Körperliche/andere Beschwerden	1,60	1,44	ns	ns	1,55	ns	ns
	Craving/Suchtverlangen	2,11	1,84	,055	,023	1,92	ns	ns
AASE-G-Abstinenzzuversicht	Negativer Affekt	3,75	3,91	ns	ns	3,85	ns	ns
	Soziale Situationen/positiver Affekt	4,29	4,21	ns	ns	4,25	ns	ns
	Körperliche/andere Beschwerden	4,40	4,23	ns	ns	4,31	ns	ns
	Craving/Suchtverlangen	4,04	3,98	ns	ns	4,11	ns	ns

VAS. Die Patienten der Tagesklinik geben hier ein deutlich höheres Alkoholverlangen bei Therapiebeginn an als die stationären Behandlungsgruppen (TK: M=1,754; SD=2,4107; LT: M=0,941; SD=1,6581; $t(167)=-2,537$; $p=0,012$; KT: M=0,463; SD=0,9763; $t(166)=-4,509$; $p=0,001$; Tabelle 29).

Tabelle 29: Subjektive Einschätzung Alkoholverlangen

t1		TK(n=82)	LT(n=94)			KT(n=74)		
Verfahren	Merkmal	M	M	p/levене	p/t	M	p/levене	p/t
VAS	Visuelle Analogskala Verlangen (cm)	1,75	0,94	,001	,012	0,46	,001	,001

Alkohol- und Drogenverlangen (EuropASI). Im halbstandardisierten Interview des EuropASI berichten fast die Hälfte aller Tagesklinikpatienten von häufigerem Alkohol- und Drogenverlangen im letzten Monat, gegenüber knapp einem Drittel der stationären Langzeitpatienten (29,9%) und den Patienten des Kurzzeitbereichs (27,8%). Damit liegen die Tagesklinikpatienten deutlich über den Patienten der stationären Bereiche (LT: $\chi^2(2)=29,109$; $p=0,001$; KT: 29,638; $p=0,001$; Tabelle 30).

Tabelle 30: Alkoholverlangen im letzten Monat

t1		TK (n=82)		LT (n=107)			KT (n=90)		
Variable	Kategorie	Anzahl	%	Anzahl	%	p/ χ^2	Anzahl	%	p/ χ^2
Alkohol-/Drogenverlangen letzte 30 Tage ¹	Nie	17	20,7	63	58,9	,001	55	61,1	,001
	Selten (<1xWoche)	25	30,5	12	11,2		10	11,1	
	Häufig ($\geq 1x$ Woche)	40	48,8	32	29,9		25	27,8	

¹ EuropASI (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

4.2 Behandlungsdaten

4.2.1 Haltequote

Die Beendigung der tagesklinischen Behandlung erfolgte für 84,1% der Patienten regulär und liegt damit vergleichbar hoch mit den planmäßigen Entlassungen des individualisierten Langzeitbereichs (78,5%) aber deutlich unter den planmäßigen Entlassungen des stationären Kurzzeitbereichs (97,8%; $\chi^2(5)=13,957$; $p=0,016$; Tabelle 31).

Tab. 31: Therapiebeendigung

t2		TK (n=82)		LT (n=107)			KT (n=90)		
Variable	Kategorie	Anzahl	%	Anzahl	%	p/ χ^2	Anzahl	%	p/ χ^2
Haltequote ¹	Regulär	69	84,1	84	78,5	ns	88	97,8	,016
	Abbruch durch Einrichtung	6	7,3	13	12,1		0	0,0	
	Vorzeit. mit ärztl. Einverständnis	3 ²	3,7	6	5,6		0	0,0	
	Abbruch durch Patienten	3	3,7	4	3,7		1	1,1	
	Disziplinarisch	0	0,0	0	0		1	1,1	
	Verlegt	2 ²	2,4	0	0		0	0	

¹BADO (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT); ²Doppelnennung eines Patienten

4.2.2 Behandlungsdauer

Die durchschnittliche Behandlungsdauer umfasste für die tagesklinische Entwöhnung 62,20 Tage und liegt damit deutlich unter der Therapiedauer im stationären Langzeitbereich (M=104,1; t(187)=14,813; p=0,001), während die Behandlungsdauer der Patienten aus dem stationären Kurzzeitbereichs ebenfalls bedeutsam unter der Tagesklinikbehandlungsdauer lag (M=55,53; t(170)=-3,990; p=0,001; Tabelle 32).

Tab. 32: Behandlungsdauer

t2		TK (n=82)		LT (n=107)			KT (n=90)		
Variable	Kategorie	Anzahl	%	Anzahl	%	p/ χ^2	Anzahl	%	p/ χ^2
Behandlungsdauer (Tage) ¹	M/SD/ p-levene/ p-t	62,20	±14,81	104,1	±23,83	,001 ,001	55,53	±3,202	,001 ,001

¹BADO (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

4.2.3 Suchtmittelkonsum im Therapieverlauf

Während der Behandlung in der Tagesklinik wurden 13 Patienten einmal (15,9%) und weitere 10 Patienten (12,2%) mindestens ein zweites Mal rückfällig, im Kurzzeitbereich konsumierte hingegen nur ein Patient Alkohol im Therapieverlauf (Tabelle 33). Damit lag die Rückfallhäufigkeit während der tagesklinischen Entwöhnungsbehandlung erwartungsgemäß deutlich höher als in den beiden stationären Behandlungsbereichen (LT: ($\chi^2(2)$)=6,812; p=0,033; KT: ($\chi^2(3)$)=26,692; p=0,001).

Tab. 33: Alkoholkonsum während der Behandlung

t2		TK (n=82)		LT (n=107)			KT (n=90)		
Variable	Kategorie	Anzahl	%	Anzahl	%	p/ χ^2	Anzahl	%	p/ χ^2
Konsum von Alkohol während der Behandlung ¹	Kein Konsum	59	72,0	93	86,9	,033	88	97,8	,001
	Einmaliger Konsum	13	15,9	9	8,4		1	1,1	
	Zwei und mehr	10	12,2	5	4,7		0	0,0	
	unbekannt	0	0	0	0		1	1,1	

¹BADO (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

4.2.4 Berufliche Integration bei Behandlungsende

Von den Tagesklinikpatienten hatten bei Therapieende 52,4% und 47,7% der Langzeitpatienten einen Arbeitsplatz. In die Arbeitslosigkeit entlassen wurden 45,1% der tagesklinischen Patienten und 48,6% des Langzeitbereichs. Die berufliche Integration in beiden Bereichen war damit vergleichbar gering (Tabelle 34). Entgegen dem zu Therapiebeginn erhobenen letzten beruflichen Status (Arbeitslosigkeit 37,8%) verloren damit vergleichsweise viele Tagesklinikpatienten ihren Arbeitsplatz. Bei den stationären Langzeitpatienten nahm die Arbeitslosenquote ebenfalls leicht zu (43,3 %). Mit 76,7 % vorhandener Arbeitsplätze und 13,3% Arbeitslosigkeit konnten die Patienten aus dem stationären Kurzzeitbereich ihre berufliche Situation gegenüber dem Therapiebeginn (Arbeitslos: 15,6%) leicht verbessern und standen damit vor einer deutlich günstigeren beruflichen Zukunft als die Patienten der Tagesklinik ($\chi^2(3)=23,247$; $p=0,001$).

Tab. 34: Berufliche Situation bei Therapieende

t2		TK (n=82)		LT (n=107)			KT (n=90)		
Variable	Kategorie	Anzahl	%	Anzahl	%	p/ χ^2	Anzahl	%	p/ χ^2
Berufliche Integration nach Entlassung ¹	Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden	43	52,4	51	47,7	ns	69	76,7	,001
	Arbeitslos	37	45,1	52	48,6		12	13,3	
	Nicht erwerbstätig (z.B. Hausfrau)	2	2,4	2	1,9		7	7,8	
	Berufliche Rehabilitation	0	0,0	1	0,9		0	0,0	

¹BADO (TK), Mischform Doku III und EuropASI (LT/KT)

4.3 Behandlungsverlauf

Im Folgenden werden zunächst die Veränderungen in den klinischen Parametern sowie in den störungsspezifischen Merkmalen über den Behandlungsverlauf für die jeweiligen Settings dargestellt. Zudem werden die Unterschiede in den Mittelwerten zwischen den Behandlungsbereichen bzgl. einzelner Variablen zum Messzeitpunkt bei Therapieende standardmäßig deskriptiv beschrieben, um Hinweise für möglicherweise unterschiedliche Veränderungen zu erhalten. Im nächsten Schritt werden schließlich durch eine vergleichende Untersuchung die Unterschiede in den Behandlungsgruppen hinsichtlich ihrer Veränderungen im Therapieverlauf bzgl. der genannten Variablen abgebildet.

4.3.1 Komorbidität

SCL-90-R. Sowohl die tagesklinischen Patienten als auch die stationären Langzeit- und Kurzzeitpatienten erleben eine deutliche Reduktion ihrer psychischen Gesamtbelastung bei Therapieende (TK: $t(78)=5,461$; $p=,001$; LT: $t(83)=4,930$; $p=,001$; KT: $t(83)=7,512$; $p=,001$; Tabelle 35).

Tab. 35: Gesamt-Psychische Belastung prä - post

t1-t2		TK (n=79)			LT (n=84)			KT (n=84)		
		t1	t2	p/t	t1	t2	p/t	t1	t2	p/t
Verfahren	Merkmal	M/SD	M/SD	p/t	M/SD	M/SD	p/t	M/SD	M/SD	p/t
SCL-90-R	GSI	0,44/ 0,39	0,24/ 0,25	,001	0,51/ 0,44	0,32/ 0,39	,001	0,48/ 0,44	0,21/ 0,26	,001

Bei Therapieende ergeben sich zwischen der Tagesklinik und den beiden stationären Behandlungsprogrammen im Gesamtmaß der psychischen Belastung keine Unterschiede (Tabelle 36).

Tab. 36: Gesamt-Psychische Belastung post

t2		TK (n=79)	LT (n=85)			KT (n=85)		
Verfahren	Merkmal	M	M	p/levене	p/t	M	p/levене	p/t
SCL-90	GSI	0,24	0,32	ns	ns	0,21	ns	ns

Die statistische Auswertung über eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor Bereich (Behandlungsgruppe) und Messwiederholung auf dem Faktor Zeit (Therapieeffekt)

mit den Stufen Behandlungsbeginn und Behandlungsende bestätigt über einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Zeit die über die Veränderungshypothese formulierte Reduktion (Wilks-Lambda: $F(1, 244,00)=105,499$; $p=0,001$): d.h. es besteht über alle Behandlungsgruppen eine signifikante Reduktion in der psychischen Gesamtbelastung von Behandlungsbeginn zum Ende der Therapie. Zudem ergibt sich keine signifikante Wechselwirkung, d.h. die Veränderungen von t1 zu t2 hinsichtlich der psychischen Gesamtbelastung sind in den jeweiligen Gruppen nicht unterschiedlich. Post hoc Analysen in Form der Kontrastergebnisse liefern eine genauere Analyse der Wechselwirkungen: sie bestätigen in den Einzelvergleichen die nicht signifikanten Wechselwirkungen zwischen der Tagesklinik und den beiden stationären Behandlungsgruppen. Demnach ist der Unterschied im psychischen Gesamtmaß des SCL-90-R von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende bei der Tagesklinik nicht bedeutsam größer oder kleiner als der Unterschied in demselben Zeitraum in den beiden stationären Bereichen.

BDI. In allen drei Behandlungsgruppen ergeben sich im Therapieverlauf deutliche Verbesserungen hinsichtlich der depressiven Stimmung (TK: $t(78)=7,345$; $p=0,001$; LT: $t(84)=6,913$; $p=0,001$; KT: $t(83)=9,477$; $p=0,001$; Tabelle 37).

Tab. 37: Depressions Status prä - post

t1-t2		TK (n=79)			LT (n=85)			KT (n=84)		
		t1	t2	p/t	t1	t2	p/t	t1	t2	p/t
Verfahren	Merkmal	M/SD	M/SD	p/t	M/SD	M/SD	p/t	M/SD	M/SD	p/t
BDI	Summenwert	10,5/ 7,98	5,06/ 4,89	,001	9,95/ 7,47	4,99/ 5,94	,001	10,48/ 8,465	3,07/ 5,20	,001

Bei den tagesklinischen Patienten zeigt sich eine stärkere depressive Stimmung bei Therapieende als bei den Kurzzeitpatienten (TK: $M=5,06$; $SD=4,892$; KT: $M=3,07$; $SD=5,175$; $t(162)=-2,565$; $p=0,011$; Tabelle 38). Zwischen den Patienten der Tagesklinik und des individualisierten Langzeitbereichs gibt es keine Unterschiede in dem Ausmaß an depressiver Symptomatik bei Therapieende.

Tab. 38: Depressions Status post

t2		TK (n=79)			LT (n=85)			KT (n=85)		
Verfahren	Merkmal	M	M	p/levене	p/t	M	p/levене	p/t		
BDI	Summenwert	5,06	4,99	ns	ns	3,07	ns	,011		

Bei der a-posteriori Auswertung über zweifaktorielle Varianzanalysen mit dem Faktor Bereich (Behandlungsgruppe) und Messwiederholung auf dem Faktor Zeit (Therapieeffekt) mit den Stufen Behandlungsbeginn und Behandlungsende bestätigt sich der signifikante Haupteffekt für den Faktor Zeit in der depressiven Symptomatik (Wilks-Lambda: $F(1, 245)=188,859$; $p=0,001$): d.h. es besteht über alle Behandlungsgruppen eine signifikante Reduktion im Ausmaß der depressiven Gestimmtheit von Behandlungsbeginn zum Ende der Therapie. Weiterhin ergibt sich eine signifikante Wechselwirkung, d.h. die Veränderungen von t1 zu t2 sind in den jeweiligen Gruppen knapp unterschiedlich (Wilks-Lambda $F(2, 245)=3,098$; $p=0,047$). Die post hoc Analyse bestätigt in den Einzelvergleichen jedoch nicht die signifikante Wechselwirkung zwischen der Tagesklinik und den beiden stationären Behandlungsgruppen: die Patienten in der Tagesklinik erleben ähnliche Veränderungen hinsichtlich ihrer depressiven Befindlichkeit von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende wie die stationären Patienten in demselben Zeitraum.

STAI. Bei Therapieende zeigt sich sowohl bei den tagesklinischen Patienten als auch den beiden stationären Behandlungsgruppen eine deutliche Reduktion ihrer situativen bzw. überdauernden Angst (TK: STAIT: $t(78)=-2,909$; $p=0,005$; TRAIT: $t(78)=-6,443$; $p=0,001$; LT: STATE: $t(85)=-4,406$; TRAIT: $t(85)=-6,728$; $p=0,001$; KT: STATE: $t(81)=-9,423$; TRAIT: $t(81)=-10,415$; $p=0,001$, Tabelle 39).

Tab. 39: Angst – Ängstlichkeit prä - post

t1-t2		TK (n=79)			LT (n=86)			KT (n=82)		
Verfahren	Merkmal	t1	t2	p/t	t1	t2	p/t	t1	t2	p/t
		M/SD	M/SD		M/SD	M/SD		M/SD	M/SD	
STAI	STATE	36,6/ 10,65	33,7/ 9,17	,005	40,00/ 11,38	34,7/ 10,70	,001	41,83/ 11,66	32,0/ 9,41	,001
	TRATE	41,08/ 10,52	35,7/ 8,72	,001	44,08/ 12,09	36,19/ 11,08	,001	43,28/ 11,09	33,4/ 9,55	,001

Bei Therapieende zeigen sich ebenfalls keine Unterschiede zwischen der Tagesklinik und den zwei stationären Behandlungsprogrammen hinsichtlich der situativen Angst als auch der überdauernden Furchtsamkeit (Tabelle 40).

Tab. 40: Angst – Ängstlichkeit post

t2		TK (n=79)		LT (n=85)			KT (n=85)		
Verfahren	Merkmal	M		M	p/levne	p/t	M	p/levne	p/t
STAI	STATE	33,7		34,7	ns	ns	32,0	ns	ns
	TRAIT	35,7		36,2	,045	ns	33,4	ns	ns

Bei der a-posteriori Auswertung bestätigt sich der signifikante Haupteffekt für den Faktor Zeit in der situativen Angst (Wilks-Lambda: $F(1, 244)=90,638$; $p=0,001$) und in Bezug auf die überdauernde Ängstlichkeit (Wilks-Lambda: $F(1, 244)=176,478$; $p=0,001$): d.h. es besteht über alle Behandlungsgruppen eine signifikante Reduktion von Behandlungsbeginn zum Ende der Therapie. Weiterhin ergibt sich zunächst eine signifikante Wechselwirkung, d.h. die Veränderungen von t1 zu t2 sind in den jeweiligen Gruppen zunächst unterschiedlich (STATE: Wilks-Lambda ($F(2, 244)=10,078$; $p=0,001$); TRAIT: Wilks-Lambda ($F(2, 244)=5,056$; $p=0,007$)). In den Einzelvergleichen bestätigt die post hoc Analyse jedoch nicht die signifikante Wechselwirkung zwischen der Tagesklinik und den beiden stationären Behandlungsgruppen: Tagesklinikpatienten erleben eine ähnlich positive Veränderung der situativen Angst bzw. allgemeinen Ängstlichkeit von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende wie die stationären Patienten in demselben Zeitraum.

LZ. Patienten aller Behandlungsbereiche gaben bei Therapieende eine gesteigerte Lebenszufriedenheit an (TK: $t(78)=5,664$; $p=0,001$ LT: $t(72)=5,317$; $p=0,001$; KT: $t(68)=8,556$; $p=0,001$; Tabelle 41).

Tab. 41: Lebenszufriedenheit prä - post

t1-t2		TK (n=79)			LT (n=73)			KT (n=69)		
Verfahren	Merkmal	t1		p/t	t1		p/t	t1		p/t
		M/SD	M/SD		M/SD	M/SD		M/SD	M/SD	
LZ	Lebens-Zufriedenheit ¹	2,81/ 0,85	2,43/ 0,71	,001	3,11/ 0,95	2,62/ 0,90	,001	2,73/ 0,78	2,13/ 0,67	,001

¹kleine Werte = größere Lebenszufriedenheit

Im Vergleich zu den Patienten im Kurzzeitbereich geben die Tagesklinikpatienten eine geringere Lebenszufriedenheit bei Therapieende an (TK: M=2,43; SD=0,714; KT: 2,15; SD=0,672; $t(150)=-2,525$; $p=0,013$). Tagesklinik- und stationäre Langzeitpatienten schätzen ihre Lebenszufriedenheit hier vergleichbar ein (Tabelle 42).

Tab. 42: Lebenszufriedenheit post

t2		TK (n=79)		LT (n=85)		KT (n=85)			
Verfahren	Merkmal	M		M	p/levne	p/t	M	p/levne	p/t
LZ	Lebenszufriedenheit ¹	2,43		2,62	ns	ns	2,13	ns	,013

¹kleine Werte = größere Lebenszufriedenheit; Vergleich Mittelwerte t2; $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, ns nicht signifikant

Bei der a-posteriori Auswertung über zweifaktorielle Varianzanalysen bestätigt sich der signifikante Haupteffekt für den Faktor Zeit in Bezug auf die allgemeine Lebenszufriedenheit (Wilks-Lambda: $F(1, 218)=121,086$; $p=0,001$): d.h. es besteht über alle Behandlungsgruppen eine signifikante Steigerung ihrer Lebenszufriedenheit von Behandlungsbeginn zum Ende der Therapie. Jedoch ergibt sich keine signifikante Wechselwirkung, d.h. die Veränderungen von t1 zu t2 in der Lebenszufriedenheit sind in den jeweiligen Gruppen nicht unterschiedlich. Die genauere post hoc Analyse widerlegt diesen Eindruck jedoch: in den Einzelvergleichen gibt es eine knapp signifikante Wechselwirkung zwischen der Tagesklinik und dem stationären Langzeitbereich ($p=0,047$): der Unterschied hinsichtlich der Lebenszufriedenheit von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende ist demnach bei der Tagesklinik etwas geringer als der Unterschied in demselben Zeitraum im Langzeitbereich.

4.3.2 Alkoholverlangen

OCDS-G. Sowohl die Tagesklinikpatienten als auch die stationären Langzeit- und Kurzzeitpatienten geben in allen drei Verlangensscores des OCDS-G eine Reduktion an, wobei die Veränderungen in den beiden stationären Behandlungsgruppen noch deutlicher ausfallen (TK: Gesamt: $t(77)=2,529$; $p=0,014$; Gedanken: $t(78)=2,518$; $p=0,014$; Handlung: $t(77)=1,885$; $p=0,063$; LT: Gesamt: $t(60)=7,194$; $p=0,001$; Gedanken: $t(60)=5,145$; $p=0,001$; Handlung: $t(60)=5,825$; $p=0,001$; KT: Gesamt: $t(66)=5,008$; $p=0,001$; Gedanken: $t(66)=4,693$; $p=0,001$; Handlung: $t(66)=4,247$; $p=0,001$; Tabelle 43).

Tab. 43: Gesamt-, Gedankliches und Handlungsbezogenes Alkoholverlangen prä - post

t1-t2		TK(n=79)			LT(n=67)			KT(n=61)		
		t1	t2	p/t	t1	t2	p/t	t1	t2	p/t
Verfahren	Merkmal	M/SD	M/SD	p/t	M/SD	M/SD	p/t	M/SD	M/SD	p/t
OCDS-G	Gesamtscore	13,73/ 5,56	11,94/ 5,62	,014	13,90/ 5,860	9,03/ 4,94	,001	12,35/ 5,020	7,62/ 4,93	,001
	Gedanken	4,96/ 3,12	4,20/ 2,58	,014	4,70/ 3,27	2,64/ 1,93	,001	4,23/ 2,89	2,43/ 2,26	,001
	Handlung	8,71/ 3,29	7,72/ 4,215	ns,063	9,19/ 3,47	6,39/ 3,87	,001	8,11/ 3,16	5,20/ 3,38	,001

Die Patienten der Tagesklinik geben am Ende der Behandlung in allen drei Maßen ein höheres Alkoholverlangen an als die Lang- und Kurzzeitpatienten (Gesamt: TK: M=11,87; SD=5,608; LT: M=8,86; SD=4,854; $t(149)=-3,514$; $p=0,001$; Gedanken: TK: M=4,20; SD=2,584; LT: M=2,60; SD=1,896; $t(149)=-4,378$; $p=0,001$; Handlung: TK: M=7,67; SD=4,208; LT: M=6,26; SD=3,779; $t(149)=-2,154$; $p=0,033$; Tabelle 44).

Tab. 44: Gesamt-, Gedankliches und Handlungsbezogenes Alkoholverlangen post

t2		TK(n=79)	LT(n=85)		KT(n=89)			
Verfahren	Merkmal	M	M	p/levens	p/t	M	p/levens	p/t
OCDS-G	Gesamtscore	11,9	8,86	ns	,001	7,72	ns	,001
	Gedanken	4,20	2,60	,005	,001	2,39	ns	,001
	Handlung	7,67	6,26	ns	,033	5,33	,034	,001

Bei der a-posteriori Auswertung über zweifaktorielle Varianzanalysen mit dem Faktor Bereich (Behandlungsgruppe) und Messwiederholung auf dem Faktor Zeit (Therapieeffekt) mit den Stufen Behandlungsbeginn und Behandlungsende bestätigt sich der signifikante Haupteffekt für den Faktor Zeit in Bezug auf den Gesamtscore des Alkoholverlangens (Wilks-Lambda: $F(1, 203)=68,067$; $p=0,001$), den Gedanken- (Wilks-Lambda: $F(1, 204)=53,237$; $p=0,001$) und den Handlungsscore (Wilks-Lambda: $F(1, 203)=46,072$; $p=0,001$): d.h. alle Behandlungsgruppen nehmen eine signifikante Reduktion ihres Alkoholverlangens von Behandlungsbeginn zum Ende der Therapie wahr. Es zeigt sich weiterhin eine signifikante Wechselwirkung, d.h. die Veränderungen von t1 zu t2 in Bezug auf ihr Alkoholverlangen sind in den jeweiligen Gruppen unterschiedlich (Gesamtscore: Wilks-Lambda: $F(2, 203)=5,127$; $p=0,007$; Gedanken: Wilks-Lambda: $F(2, 204)=3,829$; $p=0,023$; Handlung: Wilks-Lambda: $F(2, 203)=3,844$; $p=0,023$). Die genauere post hoc Analyse bestätigt diesen Eindruck: in den Einzelvergleichen gibt es jetzt eine tendenzielle

Wechselwirkung zwischen der Tagesklinik und dem stationären Langzeitbereich (Gesamtscore: $p=0,055$; Gedanken: $p=0,017$; Handlung: ns) sowie eine signifikante zwischen Tagesklinik und Kurzzeitbereich (Gesamtscore: $p=0,001$; Gedanken: $p=0,001$; Handlung: $p=0,001$): der Unterschied hinsichtlich der Wahrnehmung spezifischen Alkoholverlangens von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende ist bei der Tagesklinik demnach bedeutsam geringer als der Unterschied in demselben Zeitraum im Langzeit- und Kurzzeitbereich. Ausnahme bildet der Handlungsscore: hier waren die Veränderungen von t1 zu t2 zwischen tagesklinischen und stationären Langzeitpatienten (allerdings knapp) nicht unterschiedlich.

AASE-G. Beide stationäre Behandlungsgruppen schätzen ihre Versuchung in sämtlichen alkoholkritischen Situationen bei Therapieende deutlich geringer und ihre Zuversicht, dem Alkohol in den betreffenden Situation widerstehen zu können, deutlich höher ein im Vergleich zum Therapieanfang mit Ausnahme der Zuversicht, dem Alkohol bei körperlichen Beschwerden widerstehen zu können, die sich bei Therapieende bei den Langzeitpatienten nicht bedeutsam erhöht hat (LT: NAV: $t(79)=3,872$; $p=0,001$; SPAV: $t(79)=2,644$; $p=0,010$; KBV: $t(79)=2,484$; $p=0,015$; CVV: $t(79)=3,240$; $p=0,002$; NAZ: $t(79)=-2,969$; $p=0,004$; SPAZ: $t(79)=-2,455$; $p=0,016$; KBZ: $t(79)=-1,831$; $p=0,071$; CVZ: $t(79)=-2,924$; $p=0,005$; KT: NAV: $t(76)= 7,169$; $p=0,001$; SPAV: $t(76)= 4,968$; $p=0,001$; KBV: $t(76)= 5,614$; $p=0,001$; CVV: $t(76)= 5,342$; $p=0,001$; NAZ: $t(76)=-6,233$; $p=0,001$; SPAZ: $t(76)=-4,454$; $p=0,001$; KBZ: $t(76)=-4,023$; $p=0,001$; CVZ: $t(76)=-4,970$; $p=0,001$). Die Tagesklinikpatienten gaben bei Therapieende ebenfalls eine deutlich geringere Versuchung in sämtlichen alkoholkritischen Situationen und in den Versuchungssituationen bezüglich negativer Affekte sowie Craving eine deutlich gesteigerte Bewältigungszuversicht an. Hingegen schätzten sie ihre Bewältigungszuversicht bei körperlichen Beschwerden und in sozialen Situationen bzw. bei positiven Affekten im Vergleich zum Therapieanfang nicht höher ein (TK: NAV: $t(78)= 5,915$; $p=0,001$; SPAV: $t(78)= 4,338$; $p=0,001$; KBV: $t(78)= 4,202$; $p=0,001$; CVV: $t(78)= 4,321$; $p=0,001$; NAZ: $t(78)=-3,681$; $p=0,001$; SPAZ: $t(78)=-1,631$; $p=0,107$; KBZ: $t(78)=-,874$; $p=0,385$; CVZ: $t(78)=-2,428$; $p=0,017$; Tabelle 45).

Tab. 45: Situationsbezogene Alkoholversuchung und Abstinenzzuversicht prä - post

t1-t2		TK(n=79)			LT(n=80)			KT(n=77)		
Verfahren	Merkmal	t1	t2		t1	t2		t1	t2	
AASE-G-Versuchung	Negativer Affekt	2,48/ 0,976	1,92/ 0,79	,001	2,01/ 0,98	1,60/ 0,74	,001	2,20/ 0,84	1,63/ 0,73	,001
	soziale Situationen/ positiver Affekt	1,88/ 0,83	1,54/ 0,53	,001	1,69/ 0,76	1,43/ 0,64	,010	1,80/ 0,75	1,46/ 0,57	,001
	Körperliche/andere Be- schwerden	1,61/ 0,55	1,33/ 0,39	,001	1,45/ 0,55	1,26/ 0,50	,015	1,54/ 0,49	1,25/ 0,42	,001
	Craving/ Suchtverlangen	2,13/ 0,74	1,75/ 0,67	,001	1,85/ 0,81	1,54/ 0,69	,002	1,91/ 0,77	1,51/ 0,58	,001
AASE-G- Abstinenz- Zuversicht	Negativer Affekt	3,71/ 0,88	4,04/ 0,82	,001	3,89/ 1,01	4,25/ ,853	,004	3,85/ 0,87	4,41/ 0,64	,001
	soziale Situationen/ positiver Affekt	4,28/ 0,72	4,42/ 0,74	ns	4,20/ 0,96	4,47/ 0,87	,016	4,24/ 0,89	4,65/ 0,40	,001
	Körperliche/andere Be- schwerden	4,38/ 0,62	4,46/ 0,76	ns	4,22/ 0,85	4,42/ 0,96	ns	4,32/ 0,74	4,65/ 0,44	,001
	Craving/ Suchtverlangen	4,03/ 0,71	4,25/ 0,76	,017	3,97/ 0,99	4,31/ 0,93	,005	4,10/ 0,85	4,54/ 0,54	,001

Patienten der Tagesklinik erleben ebenfalls mehr Versuchung im Vergleich zu den Kurzzeit- und den Langzeitpatienten bei Therapieende in alkoholkritischen Situationen mit negativen Affekten (TK: $M=1,92$; $SD=0,799$; LT: $M=1,59$; $SD=0,735$; $t(159)=-2,734$; $p=0,007$; KT: $M=1,62$; $SD=0,727$; $t(156)=-2,484$; $p=0,0149$) sowie in Situationen mit Craving (TK: $M=1,75$; $SD=0,674$; LT: $M=1,53$; $SD=0,687$; $t(159)=-2,044$; $p=0,043$; KT: $M=1,50$; $SD=0,579$; $t(156)=-2,451$; $p=0,015$). In den übrigen Versuchungssituationen (soziale Situationen und positiver Affekt sowie körperliche und andere Beschwerden) unterschieden sie sich nicht von den stationären Behandlungsgruppen. Hinsichtlich ihrer wahrgenommenen Zuversicht, den verschiedenen alkoholkritischen Situationen zu widerstehen, unterschieden sich die Tagesklinik- und stationären Langzeitpatienten bei Therapieende nicht. Eine höhere Zuversicht am Ende der Therapie äußern hingegen die Kurzzeitpatienten im Vergleich zu den tagesklinischen Patienten in nahezu allen alkoholkritischen Situationen: bei negativen Affekten (TK: $M=4,04$; $SD=0,815$; KT: $M=4,42$; $SD=0,637$; $t(156)=3,235$; $p=0,001$), sozialen Situationen und positiven Affekten (TK: $M=4,42$; $SD=0,744$; KT: $M=4,65$; $SD=0,400$; $t(156)=2,450$; $SD=0,016$) und bei Situationen mit Craving und Suchtverlangen (TK: $M=4,25$; $SD=0,758$; KT: $M=4,55$; $SD=0,538$; $t(156)=2,855$; $p=0,005$). Bei körperlichen und anderen Beschwerden, zeigt sich zumindest eine leichte Tendenz (TK: $M=4,46$; $SD=0,762$; KT: $M=4,65$; $SD=0,444$; $t(156)=1,907$; $p=0,058$; Tabelle 46).

Tab. 46: Situationsbezogene Alkoholversuchung und Abstinenzzuversicht post

t2		TK(n=79)	LT(n=85)		KT(n=89)			
Verfahren	Merkmal	M	M	p/levens	p/t	M	P/levens	p/t
AASE-G-Versuchung	Negativer Affekt	1,92	1,59	ns	,007	1,62	ns	,014
	Soziale Situationen/ positiver Affekt	1,54	1,42	ns	ns	1,46	ns	ns
	Körperliche/andere Beschwerden	1,33	1,25	ns	ns	1,25	ns	ns
	Craving/Suchtverlangen	1,75	1,53	ns	,043	1,50	ns	,015
AASE-G-Abstinenz-Zuversicht	Negativer Affekt	4,04	4,26	ns	ns	4,42	ns	,001
	Soziale Situationen/ positiver Affekt	4,42	4,48	ns	ns	4,65	,002	,016
	Körperliche/andere Beschwerden	4,46	4,43	ns	ns	4,65	,057	,058
	Craving/Suchtverlangen	4,25	4,32	ns	ns	4,55	ns	,005

Bei der a-posteriori Auswertung über zweifaktorielle Varianzanalysen mit dem Faktor Bereich (Behandlungsgruppe) und Messwiederholung auf dem Faktor Zeit (Therapieeffekt) mit den Stufen Behandlungsbeginn und Behandlungsende bestätigt sich der signifikante Haupteffekt für den Faktor Zeit in Bezug auf alle Versuchungssituationen (negativer Affekt NAV: Wilks-Lambda: $F(1, 233)=89,032$; $p=0,001$; soziale Situationen und positive Affekte SPAV: Wilks-Lambda: $F(1, 233)=42,546$; $p=0,001$, körperliche und andere Beschwerden KBV: Wilks-Lambda: $F(1, 233)=44,080$; $p=0,001$, Craving und Verlangen CVV: Wilks-Lambda: $F(1, 233)=52,470$; $p=0,001$) sowie jetzt auch hinsichtlich aller Zuversichtssituationen (negativer Affekt NAZ: Wilks-Lambda: $F(1, 233)=50,898$; $p=0,001$; soziale Situationen und positive Affekte SPAZ: Wilks-Lambda: $F(1, 233)=24,016$; $p=0,001$, körperliche und andere Beschwerden KBV: Wilks-Lambda: $F(1, 233)=13,585$; $p=0,001$, Craving und Verlangen CVV: Wilks-Lambda: $F(1, 233)=33,609$; $p=0,001$): alle Behandlungsgruppen geben ein signifikant geringeres Alkoholverlangen in den verschiedenen alkoholkritischen Situationen sowie eine gesteigerte Bewältigungszuversicht hinsichtlich dieser Situationen von Behandlungsbeginn zum Ende der Therapie an. Wechselwirkungen zwischen den jeweiligen Behandlungsgruppen und den Therapieveränderungen, bezogen auf die verschiedenen alkoholkritischen Situationen sowie deren Bewältigungszuversicht zeigte sich nicht. Die genauere post hoc Analyse bestätigt diesen Eindruck in den Einzelvergleichen nur teilweise: so gibt es eine Wechselwirkung zwischen der Tagesklinik und dem stationären Langzeitbereich (NAV: $p=0,001$; KBV: $p=0,059$; CAV: $p=0,012$; NAZ: $0,095$) sowie zwischen Tagesklinik und Kurzzeitbereich (NAV: $p=0,018$; CAV:

$p=0,019$; NAZ: $p=0,029$; CAZ: $p=0,093$), nämlich den Unterschied hinsichtlich der Versuchungssituationen sowie der Bewältigungszuversicht von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende in den genannten Variablen, der demnach bei der Tagesklinik bedeutsam größer ist als der Unterschied in demselben Zeitraum im Langzeit- und Kurzzeitbereich.

VAS. Die Tagesklinikpatienten und die Langzeitpatienten erleben in diesem allgemeinen Verlangensmaß im Gegensatz zu den Kurzzeitpatienten, deren Ausgangsniveau bereits niedriger lag, eine deutliche Reduktion ihres Alkoholverlangens im Therapieverlauf (TK: $t(78)=3,596$; $p=0,001$; LT: $t(74)=2,322$; $p=0,023$; KT: $t(84)=0,821$; $p=0,414$; Tabelle 47).

Tab. 47: Subjektives Alkoholverlangen prä - post

t1-t2		TK(n=79)			LT(n=75)			KT(n=85)		
Verfahren	Merkmal	t1	t2		t1	t2		t1	t2	
VAS	Visuelle Analogskala Verlangen	1,770/ 2,448	,875/ 1,412	,001	0,944/ 1,694	0,480/ 1,003	,023	0,439/ 0,956	0,336/ 0,826	ns

Bei Therapieende berichten die Tagesklinikpatienten hier über ein deutlich stärkeres Alkoholverlangen im Vergleich zum stationären Kurzzeitbereich (TK: $M=0,875$; $SD=1,412$; KT: $M=0,330$; $SD=0,818$; $t(164)=-3,002$; $p=0,003$) und ein tendenziell stärkeres gegenüber den Patienten des individualisierten Langzeitbereichs (TK: $M=0,875$; $SD=1,412$; LT: $M=0,494$; $SD=1,001$; $t(154)=-1,945$; $p=0,054$; Tabelle 48).

Tab. 48: Subjektives Alkoholverlangen post

t2		TK(n=79)	LT(n=85)			KT(n=89)		
Verfahren	Merkmal	M	M	p/levne	p/t	M	p/levne	p/t
VAS	Visuelle Analogskala Verlangen	0,88	0,49	,021	,054	0,33	,001	,003

Bei der a-posteriori Auswertung über die zweifaktorielle Varianzanalyse zeigt sich der signifikante Haupteffekt für den Faktor Zeit in Bezug auf das allgemeine Maß des Alkoholverlangens nun bei allen Behandlungsgruppen (Wilks-Lambda: $F(1, 236)=18,692$; $p=0,001$): eine signifikante Reduktion des allgemeinen Alkoholverlangens von Behandlungsbeginn zum Ende der Therapie zeigt sich über alle Behandlungsgruppen (d.h. nun auch im Kurzzeitbereich). Zudem ergibt sich eine signifikante Wechselwirkung, d.h. die Veränderungen von t1 zu t2 in Bezug auf das subjektive Alkoholverlangen sind in den je-

weiligen Gruppen unterschiedlich (Wilks-Lambda: $F(2, 236)=4,254$; $p=0,015$). Die genauere post hoc Analyse bestätigt diesen Eindruck: in den Einzelvergleichen gibt es eine signifikante Wechselwirkung zwischen der Tagesklinik und dem stationären Langzeitbereich ($p=0,002$) sowie eine signifikante Wechselwirkung zwischen der Tagesklinik und dem stationären Kurzzeitbereich ($p=0,001$): der Unterschied hinsichtlich des allgemein wahrgenommenen Alkoholverlangens von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende ist demnach bei der Tagesklinik bedeutsam größer als der Unterschied in demselben Zeitraum im stationären Langzeit- und Kurzzeitbereich.

4.4 Katamnese

4.4.1 Ausschöpfung Tagesklinik

Von den 82 angeschriebenen Tagesklinikpatienten konnten 73 Personen persönlich zum Zeitpunkt der Nachbefragung 12 Monate nach der Behandlung erreicht werden (Tabelle 49). Davon verweigerten 9 Patienten ihre Teilnahme an der Nachbefragung, 9 waren nicht erreichbar, d.h. reagierten nach der schriftlichen Kontaktaufnahme nicht auf die nachfolgenden standardmäßigen Telefonate zur Terminfestlegung. Von den 64 Katamneseteilnehmern konnten 63 für das Interview gewonnen werden, davon erschienen 54 persönlich in der Tagesklinik, 9 waren zu einem telefonischen Interview bereit. 64 Katamneseteilnehmer füllten den schriftlichen Rückfallfragebogen aus, wobei ein Fragebogen nur ungenügend ausgefüllt wurde und daher nicht in die Auswertung miteinbezogen wurde. Mit 76,8 % konnte in der Tagesklinik eine hohe auswertbare Rücklaufquote erzielt werden. Zum Vergleich: Lotz-Rambaldi et al. (2002) erreichten in ihrer vergleichenden katamnestischen Untersuchung tagesklinischer und stationärer Alkoholbehandlung einen auswertbaren Brutto-Rücklauf von 48,5% bezogen auf die angeschriebenen Patienten.

Tab. 49: Rücklaufquote 12-Monats-Follow-up Tagesklinik

t3	TK	
	n	%
Angeschriebene Personen	82	100
Erreichbar	73	89
Nicht erreichbar	9	11
Verstorben	0	0
Sich weigern	9	11
Responder - schriftlicher Rückfallfragebogen	64	78
Responder - Interview:	63	76,8
Persönlich	54	65,9
Telefonisch	9	5,6

4.4.1.1 Drop outs Tagesklinik

Eine genauere Analyse der Gruppe der Verweigerer (n=9) ergab, dass davon vier Patienten vorzeitig auf ärztliche Veranlassung entlassen und eine Patientin stationär verlegt worden war (Tabelle 50). Alle übrigen hatten eine reguläre Entlassung. Alle nicht erreichbaren Patienten (n=9) waren ebenfalls regulär entlassen worden. Betrachtet man die Untergruppe der vorzeitig entlassenen bzw. verlegten Patienten (n=11) gesondert, konnten bis auf einen Patienten alle telefonisch erreicht werden. Eine Patientin hatte zwischenzeitlich ein Rezidiv ihrer Krebserkrankung erlitten und befand sich zum wiederholten Mal in stationärer medizinischer Behandlung, so dass wir von einer katamnestischen Nachbefragung aus ethischen Gründen absahen. Vier Patienten verweigerten eine jegliche Auskunft. Immerhin fünf Patienten aus der Untergruppe der vorzeitigen Entlassungen konnten für eine Nachbefragung gewonnen werden. Dabei machte es keinen Unterschied, ob die Patienten vorzeitig mit oder ohne ärztliches Einverständnis entlassen worden waren bzw. die Behandlung selbst beendet hatten. Drei Patienten erklärten sich zu einem persönlichen Interview und der Beantwortung des schriftlichen Fragebogens bereit. Zwei Patienten wiederum beantworteten telefonisch das Interview und füllten den schriftlichen Rückfallfragebogen aus.

Tab. 50: Entlassmodus der dropouts Tagesklinik

t3	Vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	Vorzeitig ohne ärztliche Veranlassung (Abbruch)	Vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	Stationäre Verlegung
Persönlich + schriftlich	n = 1	n = 1	n = 1	
Telefonisch + schriftlich	n = 1	n = 1		
Erkrankt	n = 1			
Verweigerer	n = 3		n = 1	
Nicht erreicht				n = 1

4.4.2 Stationäre Ausschöpfung

Infolge der konzeptionell bedingten unterschiedlichen Befragungszeiträume in der Tagesklinik und in den beiden Bereichsgruppen der Fachklinik Wilhelmsheim wurde eine umfangreiche Zusammenführung der Daten notwendig. Um eine dem tagesklinischen Bereich vergleichbare Datenqualität zu gewährleisten, wurde für die stationären Bereiche eine zusammengefasste Diagnostik erstellt, die dazu diente, die Informationen aus den jeweiligen Erfassungszeiträumen optimieren zu können. Hinsichtlich der stationären Ausschöpfung ergab die Zusammenfassung aus mündlichem 6-Monats-Follow-up (d.h. entweder persönlicher oder telefonischer Kontakt) und schriftlicher Befragung nach einem Jahr mit 55,1% erreichter Personen im Langzeitbereich eine geringere Quote als in der tagesklinischen Stichprobe (76,8% persönlich Erreichte zum 12-Monats-Follow-up). Mit 74,4% konnte eine höhere Ausschöpfung im ebenfalls stationären Kurzzeitbereich erreicht werden, was sich mit den positiven Erfahrungen aus den routinemäßig durchgeführten Katamnesen deckt (Tabelle 51). Vermutlich lässt sich die höhere Bereitschaft der Kurzzeitpatienten zu einer Mitarbeit an den Katamnesen durch ihre Teilnahme an einem standardmäßigen Vortrag zur Katamnesedurchführung bei Therapiebeginn mit erklären. Zudem zeichnet sich diese Klientel entsprechend der Indikationskriterien für diesen Bereich durch eine hohe Psychotherapiemotivation sowie soziale Eingebundenheit aus. Aufgrund personeller Veränderungen in der Forschungsgruppe mussten einzelne Befragungen in den stationären Stichproben zu einem späteren Zeitpunkt rückwirkend rekonstruiert werden. In beiden stationären Stichproben ist zudem eine hohe Anzahl Missing Data durch unvollständig ausgefüllte Fragebögen zu verzeichnen.

Tab. 51: Ausschöpfung der stationären Stichproben nach 6 und 12 Monaten

t3 + t4	LT		KT	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Angeschriebene Personen	107	100	90	100
Teilnehmer zu t3 ¹ und t4 ²	59	55,1	67	74,4

¹t3: mündliche/schriftliche Befragung nach sechs Monaten; ²t4: mündliche/schriftliche Befragung nach 12 Monaten

Der geringere Rücklauf und der hohe Anteil Missing Data in den stationären Patientengruppen machte es notwendig, einzelne Parameter aufgrund der zu kleinen Stichprobengröße ausschließlich bei der tagesklinischen Klientel auszuwerten. Ein Vergleich war somit nicht durchführbar, wodurch die Aussagekraft der vorliegenden tagesklinischen Befunde hinsichtlich ihrer Verallgemeinerbarkeit entsprechend eingeschränkt wird. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Tagesklinik-12-Monats-Katamnese in Form des halbstandardisierten persönlichen Interviews des EuropASI und des schriftlichen Rückfallfragebogens dargestellt. Die stationären Bereiche wurden mittels der Mischform zwischen den Dokumentationsstandards III und dem EuropASI nach sechs (mündliche, teils persönliche oder telefonische Befragung) bzw. 12 Monaten (schriftliche Erhebung) befragt.

4.4.3 Soziodemografische Daten

Entsprechend der Datenerhebung bei Therapiebeginn bestätigen sich die anfänglichen Parallelen bzw. Unterschiede in der Patientenstruktur der tagesklinischen zu den stationären Langzeit- bzw. Kurzzeitpatienten. Betrachtet man die soziale Integration in den unterschiedlichen Behandlungsgruppen im Nachbefragungszeitraum, so zeigen sich zwischen der Tagesklinikclientel und den stationären Langzeitpatienten hinsichtlich Familienstand, Partnerschaft und Wohnsituation keine bedeutsamen Unterschiede (Tabelle 52): 34,9% der Patienten aus der Tagesklinik und 18,8% der stationären Langzeitpatienten geben an verheiratet bzw. wiederverheiratet zu sein, mit 31 Patienten (50,0%) in der Tagesklinik und 25 Patienten (52,1%) aus dem stationären Langzeitbereich lebt ein erheblicher Anteil ohne Partner oder nur zeitweilig in einer Beziehung, der Anteil der Alleinlebenden liegt mit 40,3% in der Tagesklinik vergleichbar hoch wie im individualisierten Langzeitbereich (46,8%). Im Vergleich zu den stationären Kurzzeitpatienten sind die Tagesklinikpatienten hingegen deutlich schlechter sozial integriert: sie sind wesentlich seltener verheiratet (34,9%) als die Patienten aus dem stationären Kurzzeitbereich (63,5%; $\chi^2(4) = 10,329$;

p=0,035) und leben zum Zeitpunkt der Nachbefragung seltener in einer festen Beziehung (47,9%) als die Kurzzeitpatienten (75,0 %; $\chi^2(1)=7,458$; p=0,006). Hinsichtlich ihrer Wohnsituation unterscheiden sich beide Bereiche nicht.

Tab. 52: Familienstand Follow-up

t3		TK		LT			KT		
Variable	Merkmal	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Familienstand	(Wieder-)Verheiratet	22 (n=63)	34,9	9 (n=48)	18,8	ns	33 (n=52)	63,5	,035
	Verwitwet	3	4,8	2	4,2		1	1,9	
	Getrennt lebend	6	9,5	2	4,2		3	5,8	
	Geschieden	14	22,2	18	37,5		9	17,3	
	Ledig	18	28,6	17	35,4		6	11,5	
Partnerschaft	Alleinstehend/Zeitweilige Beziehung	3 (n=62)	50,0	25 (n=48)	52,1	ns	13 (n=52)	25,0	,006
	Feste Beziehung	31	50,0	23	47,9		39	75,0	
Wohnsituation	LAG und Kindern	16 (n=62)	25,8	8 (n=47)	17,0	ns	23 (n=52)	44,2	ns
	LAG alleine	13	21,0	9	19,1		13	25,0	
	Alleine mit Kinder	7	11,3	2	4,3		1	1,9	
	Angehörige/Freunde	1	1,6	6	12,8		1	1,9	
	Alleine	25	40,3	22	46,8		14	26,9	

Bezogen auf die berufliche Integration im Katamnesezeitraum liegt der Anteil der Arbeitslosen in der Tagesklinik (42,9%) vergleichbar hoch wie im stationären Langzeitbereich (40,9%), zum Kurzzeitbereich bestehen wiederum deutliche Unterschiede, hier sind nur 17,6 % erwerbslos ($\chi^2(2)=8,344$; p=0,015; Tabelle 53).

Tab. 53: Berufliche Integration Follow-up

t3		TK		LT			KT		
Variable	Merkmal	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Arbeitssituation ¹	Arbeitsverhältnis	32 (n=63)	50,8	22 (n=44)	50,0	ns	38 (n=51)	74,5	,015
	Erwerbslos	27	42,9	18	40,9		9	17,6	
	Sonstiges (Rentner, Jobs, Ausbildung, Hausfrau)	4	6,3	4	9,1		4	7,8	

¹TK: überwiegende Arbeitssituation seit Therapieende; LT/KT: überwiegende Arbeitssituation letztes halbe Jahr

4.4.4 Abstinenz im Katamnesezeitraum

Die Auswertung des Erfolgskriteriums Abstinenz erfolgte nach dem strengsten Standard der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS 4). Bei dieser konservativen Berechnungsform werden alle aufgenommenen Patienten in die Auswertung miteinbezogen. Demnach werden Personen, für die keine oder widersprüchliche Katamneseinformationen vorliegen, als rückfällig gewertet. Dies beinhaltet die Kategorien („nicht erreichbar, d.h. nicht geantwortet oder keine telefonische oder schriftliche Kontaktaufnahme möglich“, „sich weigern“). Gemäß den KatamneseStandards findet die katamnestiche Erfolgsquote Ergänzung durch die Kategorie „abstinent nach Rückfall“. Hier werden alle Personen eingestuft, die in den letzten drei Monaten zum Zeitpunkt der Befragung keinen Alkohol bzw. keine Suchtmittel konsumiert hatten. Die „günstigeren“ Berechnungsformeln beziehen sich auf alle erreichten Klienten, die planmäßig aus der stationären Behandlung entlassen wurden (DGSS 1), auf alle planmäßig entlassenen Patienten (DGSS 2) sowie auf alle Katamneseantworter (DGSS 3). Die Auswahl des strengsten Auswertungsmodus begründet sich aus dem geringen Stichprobenumfang und der hohen Dropout-Rate des stationären individualisierten Langzeitbereichs sowie des hohen Anteils an erreichter „gesünderer“ Kurzzeitklientel, wodurch die für eine angemessene Bewertung der Ergebnisse notwendige Bedingung der Repräsentativität der im Katamnesezeitraum erreichten Patienten nicht für alle Behandelten gegeben war und demnach die Wahrscheinlichkeit einer positiven Selektion der beiden stationären Patientengruppen erhöht gewesen wäre. Die Berechnungsform 4 begünstigt zwar den Beta-Fehler, d.h. die Wahrscheinlichkeit, keine signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen aufzufinden, obwohl ein relevanter Unterschied besteht (Alternativ-Hypothese) und unterschätzt im Allgemeinen den Erfolg der Therapie, während die dritte Auswertungsformel die Erfolgsquote überschätzt und den Alpha-Fehler ermöglicht, d.h. die Wahrscheinlichkeit einen Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zu beobachten, auch wenn kein Unterschied existiert (Null-Hypothese). Der zu erwartende „wahre“ Erfolgswert liegt zwischen den nach diesen beiden Formeln berechneten Quoten, da auch unter den nicht erreichbaren Patienten, erfolgreiche Therapieabsolventen anzutreffen sind (DG Sucht, 2001).

Der Anteil der Tagesklinikpatienten, die im Katamnesezeitraum zu keinem Zeitpunkt Alkohol bzw. Suchtmittel konsumiert haben, ist vergleichbar mit dem Anteil aus dem individualisierten Langzeitbereich bezogen auf die Referenzgruppe der gesamten Stichprobenteilnehmer (DGSS 4): 34,2% der Tagesklinik- und 34,6% der Langzeitpatienten lebten im Katamnesezeitraum durchgehend abstinent von Alkohol (32,9% bzw. 32,7% von Suchtmitteln allgemein). Anders hingegen der Vergleich bezogen auf die Patienten des Kurzzeitbereichs in der Referenzgruppe der Stichprobenteilnehmer (DGSS 4): der Anteil der vollständig von Alkohol abstinent lebenden Personen liegt hier mit 60% und von Suchtmitteln allgemein (57,8%) deutlich höher (Tabelle 54).

Tab. 54: Abstinenzquoten Alkohol/Suchtmittel Follow-up

t3		TK		LT			KT		
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Merkmal	Referenzgruppe								
Abstinenzquote Suchtmittel	Stichprobe-Teilnehmer ¹	27(n=82)	32,9	35(n=107)	32,7	ns	52(n=90)	57,8	,001
Abstinenzquote Alkohol	Stichprobe-Teilnehmer ¹	28(n=82)	34,2	37(n=107)	34,6	ns	54(n=90)	60,0	,001

¹DGSS 4

Für die Katamneseantworter der Tagesklinikpatienten konnten spezifischere Angaben zum Rückfallgeschehen erfasst werden. Die Angaben aus den stationären Bereichen waren zahlenmäßig zu gering (LT) bzw. zu unvollständig ausgefüllt, so dass sich eine Auswertung als nicht sinnvoll erwies. Bezieht man die Erfolgskategorie „abstinent nach Rückfall“ (Katamnese Sucht, 2002) in die Berechnungen der tagesklinischen Abstinenzquote mit ein, so geben 13 der zuvor rückfälligen Patienten an, innerhalb der letzten drei Monate keinen Alkohol konsumiert zu haben. Der Anteil der Erfolgsquote inklusive der vollständig Abstinenten und der nach Rückfall Abstinentlebenden erhöhen sich demnach von 28 auf 41 Patienten (50,0%; Tabelle 55).

Tab. 55: Erfolgskategorie Abstinenz länger als 3 Monate Tagesklinik

t3		TK	
Variable	Kategorie	Anzahl	%
Erfolgskategorie (trotz Rückfälligkeit)	Aktuell rückfällig ¹	21(n=34)	61,8
	Abstinent nach Rückfall ²	13	38,2

¹Rückfall mit Alkohol; ²kein Konsum innerhalb der letzten drei Monate zum Katamnesezeitpunkt nach 12 Monaten

Angesichts des unerwartet hohen Anteils von Mehrfachwiederholern (n=9) in der Tagesklinik mit mehr als einer Entwöhnungsbehandlung in der Vorgeschichte wurde die Rückfallquote in der Tagesklinik zusätzlich ohne diese prognostisch ungünstige und nicht mit den vorab formulierten Indikationskriterien übereinstimmenden Klientel berechnet (Tabelle 56). Erwartungsgemäß liegt in der Referenzgruppe der Stichprobenteilnehmer der Anteil Alkoholabstinenten im Katamnesezeitraum in der Tagesklinik jetzt höher bei 37,0% (LT: 34,6%, KT: 60,0%); der Anteil der von sämtlichen Suchtmittel abstinent lebenden Personen in der Tagesklinik liegt nun bei 35,6% (LT: 32,7%, KT: 57,8%), wenn man alle Stichprobenteilnehmer einbezieht (DGSS 4). Bei den beiden stationären Bereichsgruppen entfiel diese Berechnungsform, da hier keine Mehrfachwiederholer aufgenommen wurden.

Tab. 56: Erfolgskategorie Abstinenz ohne Mehrfachwiederholer Tagesklinik

t3		TK		LT			KT		
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Merkmal	Referenzgruppe								
Abstinenzquote Alkohol ¹	Stichprobe-Teilnehmer ²	27(n=73)	37,0	37(n=107)	34,6	ns	54(n=90)	60,0	,003
Abstinenzquote Suchtmittel ¹	Stichprobe-Teilnehmer ²	26(n=73)	35,6	35(n=107)	32,7	ns	52(n=90)	57,8	,005

¹TK ohne Mehrfachwiederholer; ² DGSS 4

Kein Unterschied über alle Gruppen hinweg bestand hinsichtlich der Rückfallsituationstypen (Tabelle 57). Aus den ursprünglich 20 verschiedenen Rückfalltriggern (Katamnesebogen der AHG, 1997) wurden vier Kategorien analog den vier Subskalen des AASE-G gebildet (Tabelle B-6 siehe Anhang). Sowohl im Bereich der negativen Emotionen, der positiven Gefühle sowie sozialer Situationen als auch bei körperlichen Beschwerden und der Wahrnehmung von Verlangen bzw. Craving unterschieden sich die Tagesklinikpatienten nicht in ihrer angegebenen Rückfallhäufigkeit von den stationären Patienten.

Tab. 57: Konsumsituationen

t3		TK		LT			KT		
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/χ ²	Anzahl	Prozent	p/χ ²
Merkmal	Referenzgruppe								
Konsumsituationen ¹	Negative Emotionen	26 (n=34)	76,5	16 (n=24)	66,7	ns	9 (n=14)	64,3	ns
	Positive Emotionen/soziale Situationen	17	50,0	10	41,7	ns	8	57,1	ns
	Körperliche Beschwerden	10	29,4	9	37,5	ns	3	21,4	ns
	Craving/Verlangen	6	17,6	8	33,3	ns	4	28,6	ns

¹ Suchtmittelkonsum

Da, wie bereits zuvor ausgeführt, der stationäre Rücklauf der Katamneseinformationen geringfügiger ausfiel als bei der Tagesklinik, werden im folgenden einige Rückfallparameter gesondert für die Stichprobe der Tagesklinik aufgeführt; diese haben daher einen rein deskriptiven Charakter (Tabelle 60 und 61). Der Konsum von Drogen und Medikamenten im Katamnesezeitraum spielte wie bei Therapiebeginn eine untergeordnete Rolle (Tabelle 58). Insgesamt 8 Patienten gaben an, weitere Suchtmittel konsumiert zu haben, davon berichteten 3 von Cannabiskonsum, 4 von der Einnahme von dämpfenden Psychopharmaka, die nicht vom Arzt verordnet wurden und ein Patient nahm Aufputschmittel zu sich.

Tab. 58: Konsum von illegalen Substanzen und Medikamenten

t3		TK	
		Anzahl	Prozent
Merkmal	Referenzgruppe		
Cannabiskonsum	Katamneseantworter ¹	3(n=52)	5,8
Dämpfende Psychopharmaka	Katamneseantworter ¹	4(n=51)	7,8
Aufputschmittel	Katamneseantworter ¹	1(n=52)	1,9

¹DGSS 3

Das Rückfallgeschehen nach der Tagesklinik lässt sich noch genauer betrachten (Tabelle 59). Unter den insgesamt 34 Rückfälligen waren 12 Patienten, d.h. rund 35%, die einen einmaligen „Ausrutscher“³ hatten (bis zu drei Tage), eine Patientin gab einen einmaligen 14tägigen Rückfall an, einer hatte zwei sowie drei Patienten berichteten von jeweils drei „Ausrutschern“. D.h., die Hälfte der insgesamt 34 Rückfälligen konnte ihren Rückfall begrenzen und zu einer abstinenten Lebensweise zurückfinden.

³ zeitlich begrenzter Alkoholkonsum mit Rückkehr zu einer abstinenten Lebensweise

Tab. 59: Zeitlich begrenzter Alkoholkonsum Tagesklinik

t3		TK (n=34)	
		Anzahl	Prozent
Merkmal	Referenzgruppe		
Einmalig bis 3tägig	Katamneseantworter ¹	12	35,3
Zweimalig 3tägig	Katamneseantworter ¹	1	2,9
Dreimalig 3tägig	Katamneseantworter ¹	3	8,8
Einmalig 14tägig	Katamneseantworter ¹	1	2,9

¹DGSS 3

Die Abstinenzdauer von Alkohol der zuvor rückfälligen Tagesklinikpatienten zum Zeitpunkt der Nachbefragung lag bei durchschnittlich 14,3 Wochen. In den letzten 30 Tagen tranken die rückfälligen Patienten der Tagesklinik an durchschnittlich knapp fünf Tagen Alkohol. Über den gesamten Rückfallzeitraum berichteten sie von 4,5 Trinktagen pro Woche. Die Trinkmenge hat sich mit durchschnittlich 128,6 Gramm reinem Alkohol pro Tag gegenüber den Vorjahreswerten deutlich verringert (M=214,9). Der erste Alkoholkonsum fand im Durchschnitt 112 Tage nach Therapieende statt. Einen Monat nach der Entwöhnungsbehandlung konsumierten 5 Tagesklinikpatienten (M=14,3%) ein Suchtmittel, 9 weitere in den beiden folgenden Monaten (M=25,7%). Damit fanden in den ersten drei Monaten nach der Behandlung bereits 40% aller Rückfälle statt. Ein weiteres knappes Drittel wurde zwischen dem dritten und den sechsten Monat nach der Therapie rückfällig. Damit fanden ca. zweidrittel aller Rückfälle der Betroffenen in engem zeitlichen Zusammenhang mit ihrer Rückkehr in den Alltag statt. Ein Befund, der den Ergebnissen stationärer Studien entspricht (Küfner et al., 1986). Die Betroffenen in der Tagesklinik gaben durchschnittlich knapp vier Rückfälle⁴ im gesamten Katamnesezeitraum an. Dabei berichteten sie von durchschnittlich 16 Rauschzuständen⁵.

⁴Zwei Rückfälle sind durch mindestens eine Woche Suchtmittelfreiheit getrennt. Als Rückfall wird bzgl. Alkohols mindestens ein für die jeweilige Getränkeart übliches Glas angesehen. Bei Drogen und Medikamenten gilt jeder Konsum als Rückfall.

⁵Rausch ist definiert durch eine klare Beeinträchtigung der sprachlichen Funktion (Artikulation) oder der Bewegungskoordination. Müdigkeit, Entspannung oder Euphorie sind keine ausreichenden Anzeichen. Erinnerungslücken sind nicht unbedingt erforderlich.

Tab. 60: Merkmale des Rückfallgeschehens Tagesklinik

t3		TK	
Variable	Kategorie	M	SD
Aktuelle Abstinenzdauer ¹	In Wochen	14,33(n=33)	±16,03
Alkoholgebrauch letzte 30 Tage	In Tagen	4,93(n=27)	±9,92
Trinktage pro Woche	In Tagen	4,47(n=34)	±3,14
Trinkmenge letztes halbe Jahr	Gramm/Tag	128,6(n=35)	±109,3
Erster Alkoholkonsum (nach Therapie)	In Tagen	112,18(n=34)	±84,77
Rückfälle ²	Anzahl	3,94(n=35)	±7,02
Rauschzustände ²	Anzahl	16,09(n=34)	±69,30

¹zum Zeitpunkt Katamnese; ²im gesamten Katamnesezeitraum (12 Monate);

Als negative Folgen ihres Rückfalls gaben 26,5% soziale, 20,6% berufliche und 17,7% gesundheitliche Folgen an. Einen Rückfallverlauf ohne ungünstige Auswirkungen sahen 29,4%. Immerhin 50% gaben an, aus eigenem Willen die Abstinenz wiederhergestellt zu haben, 20,6% nannten die Hilfe des Partners bzw. ihrer Familie. Die hilfreiche Unterstützung durch professionelle Hilfe von außen in Form von Suchtberatungsstelle oder Arzt sahen 23,5%, den Einfluss ihrer Selbsthilfegruppe nannten zwei Patienten (5,9%).

Tab. 61: Rückfallverlauf und Umgang mit Rückfall Tagesklinik

t3		TK (n=63)	
Variable	Kategorie	Anzahl	%
Zeitpunkt erster Suchtmittelkonsum ¹	Bis 1 Mo	5(n=35)	14,3
	Bis 3 Mo	9	25,7
	Bis 6 Mo	10	28,6
	Bis 12 Mo	11	31,4
Grund für Abstinenz nach Rückfall	Eigener Wille	17(n=34)	50,0
	Einfluss von Partner/Familie	7	20,6
	Hilfe von außen (Arzt, PSB)	8	23,5
	Einfluss von SHG	2	5,9
Negative Folgen Rückfall	Keine	10 (n=34)	29,4
	Sozial	9	26,5
	Beruflich	7	20,6
	Gesundheitlich	6	17,7
	Sonstiges	2	5,9

¹nach Therapieende

4.4.5 Schweregrad der Abhängigkeitserkrankung

EuropASI. Die Tagesklinikpatienten wurden in einem mündlichen Interview 12 Monate nach der Behandlung zu den sieben Problembereichen erneut befragt. Die stationären Patienten wurden nach sechs Monaten mündlich entweder persönlich oder telefonisch interviewt und nach 12 Monaten schriftlich befragt. Der zugrunde liegende Zeitraum des Rück-

fallfragebogens (TK) bzw. der Mischform der Dokumentationsstandards III und EuropASI sowie der Interviews bezog sich auf das gesamte Jahr nach der tagesklinischen Behandlung bzw. sechs und 12 Monate nach der stationären Entwöhnungsbehandlung. Einzelne Fragen der Interviews bezogen sich zudem auf die Geschehnisse im letzten Monat. Wie bereits an anderer Stelle ausgeführt, wurde für die beiden stationären Stichproben eine Schnittmenge der zwei Erfassungszeiträume gebildet. Aufgenommen wurden hier diejenigen Datensätze, die zu beiden Zeitfenstern Angaben enthielten. Dadurch reduziert sich der auswertbare Anteil an stationären Daten erheblich, da zahlreiche Variablen nur lückenhaft erhoben wurden. Das Verlaufsinterview umfasst nur noch diejenigen Items, die eine Veränderung aufweisen können. Dazu empfehlen die Autoren eine Kopie des vorangegangenen Interviews mitzuführen, um die Angaben überprüfen zu können. Des Weiteren raten die Autoren, einen eigenen Verlaufsfragebogen zu verwenden, der nur die umformulierten Verlaufsfragen enthält. Die Ratingskalen der Patienten bezogen auf die Häufigkeit ihrer Probleme im letzten Monat, ihrer wahrgenommenen Belastung anhand dieser Probleme sowie ihrer Einschätzung eines erneuten Behandlungsbedarfs wurden ebenfalls erneut erhoben. Die Bewertungen aus Sicht der Patienten zur Belastung und Beratungsbedarf in den einzelnen Lebensbereichen wurden mit einer fünfstufigen Skala mit den Polen „gar nicht“ bis „extrem“ erhoben und zu drei Kategorien zusammengefasst („gar nicht“/ „wenig/mittel“, „erheblich/extrem“). Da nach Meinung der Autoren eine Vergleichbarkeit der Interviewer-Schweregrad-Einschätzungen zu Therapiebeginn mit den Katamnese-Ratings nicht gegeben ist, wurde auf die Erhebung dieser Informationen verzichtet. Die methodisch bedeutsame Empfehlung der Autoren, diejenigen Personen von der Katamneseerhebung auszuschließen, die bereits bei der Behandlung der Patienten mitgewirkt hatten, ließ sich aufgrund der begrenzten personellen Kapazitäten in der Tagesklinik nicht einhalten. Die Katamnese wurde ausschließlich durch die Verfasserin der vorliegenden Studie durchgeführt. Nachdem jedoch mit drei Bezugstherapeuten noch zwei weitere Personen an der Datenerhebung der Anfangstestung beteiligt waren, kann eine Datenverzerrung weitestgehend ausgeschlossen werden. Die mündliche Datenerhebung in den stationären Patientengruppen fand durch externe, vorher geschulte Doktoranden statt. Eine zusätzliche fremdanamnestische Informationsgewinnung z.B. bei Angehörigen oder Freunden konnte aufgrund der begrenzten personellen Ressourcen nicht stattfinden.

4.4.5.1 Gesundheit

Zum Zeitpunkt der Nachbefragung bezogen auf den letzten Monat sahen 77,8% der Tagesklinikpatienten keinerlei gesundheitliche Probleme (LT: 68,9%; KT: 79,1%), 20,6% berichteten von häufigen Problemen mit ihrer Gesundheit (LT: 28,9%; KT: 16,3%) und unterscheiden sich damit nicht von den Einschätzungen in den beiden stationären Bereichen (Tabelle 62). In der Einschätzung im Ausmaß ihrer Belastung sowie dem Beratungsbedarf angesichts dieser Probleme unterscheiden sich hingegen die Tagesklinikpatienten von den stationären Bereichen: keinerlei Belastung sahen in der Tagesklinik 79,4% (LT: 48,4%; ($\chi^2(2)=11,453$; $p=0,003$; KT: 48,6%; ($\chi^2(2)=9,890$; $p=0,007$) überhaupt keinen Beratungsbedarf bezüglich ihres Gesundheitszustands 90,3% der tagesklinischen Patienten (LT: 42,9%; ($\chi^2(2)=24,019$; $p=0,001$; KT: 42,2%; ($\chi^2(2)=25,775$; $p=0,001$).

Tab. 62: Schweregradeinschätzung EuroPASI Gesundheitszustand

t3			TK		LT			KT		
Verfahren	Merkmal	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
EuroPASI										
Gesundheit	Probleme ¹	Gar nicht	49 (n=63)	77,8	31 (n=45)	68,9	ns	34 (n=43)	79,1	ns
		Selten ²	1	1,6	1	2,2		2	4,7	
		Häufig ³	13	20,6	13	28,9		7	16,3	
Gesundheit	Belastung ¹	Gar nicht	50 (n=63)	79,4	15 (n=31)	48,4	,003	17 (n=35)	48,6	,007
		Selten ²	9	14,3	7	22,6		12	34,3	
		Häufig ³	4	6,3	9	29,0		6	17,1	
Gesundheit	Beratungsbedarf ¹	Gar nicht	56 (n=62)	90,3	12 (n=28)	42,9	,001	14 (n=33)	42,2	,001
		Selten ²	2	3,2	3	10,7		9	27,3	
		Häufig ³	4	6,5	13	46,4		10	30,3	

¹letzte 30 Tage; ²< 1-mal pro Woche; ³≥ 1-mal pro Woche

4.4.5.2 Beruf

Das Ausmaß ihrer beruflichen Schwierigkeiten bzw. der Probleme angesichts ihrer Arbeitslosigkeit beurteilten die Tagesklinikpatienten sehr viel geringer, wengleich dieser Unterschied keine statistische Signifikanz erreichte (TK: 22,9%; LT: 39,7%), im Kurzzeitbereich waren es lediglich 7,7% ($\chi^2(2)=44,521$; $p=0,001$). Hinsichtlich der Belastung angesichts ihrer Berufssituation zeigten sich in den Einschätzungen aller drei Bereiche keine Unterschiede (Tabelle 63). Hingegen sahen die Langzeitpatienten gegenüber den Tageskli-

nikpatienten einen höheren aktuellen Beratungsbedarf (TK: 9,5%; LT: 28,1%; ($\chi^2(2)=7,115$; $p=0,029$; KT: 14,3%).

Tab. 63: Schweregradeinschätzung EuropASI Berufliche Situation

t3			TK		LT			KT		
Verfahren	Merkmal	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
EuropASI										
Beruf	Probleme ¹	Gar nicht	38 (n=63)	60,3	36 (n=48)	75,0	ns	48 (n=52)	92,3	,001
		Selten ²	0	0	1	2,1		0	0	
		Häufig ³	25	39,7	11	22,9		4	7,7	
Beruf	Belastung ¹	Gar nicht	41 (n=63)	65,1	18 (n=32)	56,3	ns	12 (n=21)	57,1	ns
		Selten ²	12	19,0	6	18,8		5	23,8	
		Häufig ³	10	15,9	8	25,0		4	19,0	
Beruf	Beratungsbedarf ¹	Gar nicht	51 (n=63)	81,0	18 (n=32)	56,3	,029	13 (n=21)	61,9	ns
		Selten ²	6	9,5	5	15,6		5	23,8	
		Häufig ³	6	9,5	9	28,1		3	14,3	

*Letzte 30 Tage; ¹ < 1-mal pro Woche; ² \geq 1-mal pro Woche

4.4.5.3 Alkohol

In Bezug auf ihre Einschätzung des Ausmaßes ihrer aktuellen Alkoholprobleme kommen die Tagesklinikpatienten zu einer anderen Bewertung als die stationären Patienten: als ein häufiges (38,1%) bzw. seltenes Problem (30,2%) aller Tagesklinikpatienten bewerten ihren derzeitigen Umgang mit Alkohol (LT: 12,8% bzw. 0%; ($\chi^2(2)=35,452$; $p=0,001$; KT: 6,1% bzw. 0%; ($\chi^2(2)=44,521$; $p=0,001$). Gleichzeitig fühlen sich die Tagesklinikpatienten in einem höheren Maß dadurch belastet (TK: häufig: 12,7%, selten: 28,6%; LT: häufig: 9,3%, selten 7,0%; ($\chi^2(2)=8,594$; $p=0,014$; KT: häufig: 2,7%, selten: 8,1%; ($\chi^2(2)=10,325$; $p=0,006$). In Bezug auf ihren aktuellen Beratungsbedarf unterscheiden sich die tagesklinischen Patienten nicht von den stationären Patienten beider Bereiche (Tabelle 64).

Tab. 64: Schweregradeinschätzung EuropASI Alkohol

t3			TK		LT			KT		
Verfahren	Merkmal	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
EuropASI										
Alkohol	Probleme ¹	Gar nicht	20 (n=63)	31,7	41 (n=41)	87,2	,001	46 (n=49)	93,9	,001
		Selten ²	19	30,2	0	0		0	0	
		Häufig ³	24	38,1	6	12,8		3	6,1	
Alkohol	Belastung ¹	Gar nicht	37 (n=63)	58,7	36 (n=43)	83,7	,014	33 (n=37)	89,2	,006
		Selten ²	18	28,6	3	7,0		3	8,1	
		Häufig ³	8	12,7	4	9,3		1	2,7	
Alkohol	Beratungsbedarf ¹	Gar nicht	52 (n=63)	82,5	27 (n=34)	79,4	ns	22 (n=28)	78,6	ns
		Selten ²	6	9,5	4	11,8		5	17,9	
		Häufig ³	5	7,9	3	8,8		1	3,6	

¹Letzte 30 Tage; ²< 1-mal pro Woche; ³≥ 1-mal pro Woche

4.4.5.4 Drogen - Recht

Von einer problematischen Drogensituation oder rechtlichen Schwierigkeiten bzw. Belastung oder Beratungsbedarf in diesen Bereichen berichteten weder die Tagesklinikpatienten noch die Patienten der stationären Behandlungen (Tabelle 1-B-7 im Anhang).

4.4.5.5 Familie

Die familiäre Situation wurde von den Tagesklinikpatienten problematischer wahrgenommen: sie berichteten von seltenen (11,1%) bzw. häufigen (25,4%) familiären Schwierigkeiten, dem gegenüber stehen seltene Schwierigkeiten in der Familie bei 4,3% im Langzeitbereich ($\chi^2(2)=17,107$; $p=0,001$) bzw. 6,1% bei den Kurzzeitpatienten ($\chi^2(2)=16,527$; $p=0,001$). Hinsichtlich der Einschätzung ihrer aktuellen Belastung sowie eines weiteren Beratungsbedarfs unterschieden sich die Tagesklinikpatienten hingegen nicht von den beiden stationären Bereichen (Tabelle 65).

Tab. 65: Schweregradeinschätzung EuropASI Familiensituation

t3			TK		LT			KT		
Verfahren	Merkmal	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
EuropASI										
Familie	Probleme ¹	Gar nicht	40 (n=63)	63,5	45 (n=47)	95,7	,001	46 (n=49)	93,3	,001
		Selten ²	7	11,1	2	4,3		3	6,1	
		Häufig ³	16	25,4	0	0		0	0	
Familie	Belastung ¹	Gar nicht	43 (n=63)	68,3	16(n=27)	59,3	ns	19 (n=29)	65,5	ns
		Selten ²	7	11,1	6	22,2		7	24,1	
		Häufig ³	13	20,6	5	18,5		3	10,3	
Familie	Beratungsbedarf ¹	Gar nicht	55 (n=63)	87,3	2 (n=24)	87,5	ns	21 (n=24)	87,5	ns
		Selten ²	1	1,6	2	8,3		2	8,3	
		Häufig ³	7	11,1	1	4,2		1	4,2	

¹Letzte 30 Tage; ² < 1-mal pro Woche; ³ \geq 1-mal pro Woche

4.4.5.6 Soziales Umfeld

Deutlich mehr tagesklinische Patienten als Patienten aus dem Langzeitbereich sahen zwar Schwierigkeiten mit ihrem sozialen Umfeld (TK: 20,6%; LT: 2%; $\chi^2(2)=6,859$; $p=0,032$), in der Beurteilung ihrer Belastung angesichts dieser Situation sowie eines Beratungsbedarfs zeigten sich bereichsübergreifend jedoch keine Unterschiede (Tabelle 66).

Tab. 66: Schweregradeinschätzung EuropASI Situation im sozialen Umfeld

t3			TK		LT			KT		
Verfahren	Merkmal	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
EuropASI										
Soziales Umfeld	Probleme ¹	Gar nicht	50 (n=63)	79,4	45 (n=47)	95,7	,032	45 (n=50)	90,0	ns
		Selten ²	7	11,1	2	4,3		5	10,0	
		Häufig ³	6	9,5	0	0		0	0	
Soziales Umfeld	Belastung ¹	Gar nicht	51 (n=63)	81,0	17 (n=27)	63,0	ns	21 (n=29)	72,4	ns
		Selten ²	6	9,5	6	22,2		5	17,2	
		Häufig ³	6	9,5	4	14,8		3	10,3	
Soziales Umfeld	Beratungsbedarf ¹	Gar nicht	58 (n=63)	82,1	19 (n=24)	79,2	ns	20 (n=24)	83,3	ns
		Selten ²	3	4,8	3	12,5		3	12,5	
		Häufig ³	2	3,2	2	8,3		1	4,2	

¹Letzte 30 Tage; ² < 1-mal pro Woche; ³ \geq 1-mal pro Woche

4.4.5.7 Psychischer Zustand

Die Tagesklinikpatienten beurteilten ihren psychischen Zustand ähnlich gut wie die stationären Langzeitpatienten (TK: 82,5%; LT: 79,2%). Immerhin 17,5% der Tagesklinik- und

18,8% der Langzeitpatienten berichteten von häufigen emotionalen Problemen im letzten Monat vor dem Befragungszeitpunkt, gegenüber 90,2% fehlender psychischer Schwierigkeiten im Kurzzeitbereich (häufig: 5,9%). Damit berichten die Tagesklinikpatienten tendenziell von mehr psychischen bzw. emotionalen Schwierigkeiten als die Kurzzeitpatienten ($\chi^2(2)=5,739$; $p=0,057$). Allerdings bestehen hinsichtlich ihrer wahrgenommenen Belastung und eines möglichen Beratungsbedarfs keine Unterschiede zwischen Tagesklinikpatienten und dem Langzeitbereich. Anders hingegen der Vergleich zwischen Tagesklinik und Kurzzeitbereich: trotz gleich häufiger psychischer bzw. emotionaler Schwierigkeiten schätzen mehr Tagesklinikpatienten ihre Belastung (TK: 84,1%; LT: 59,1%; ($\chi^2(2)=6,715$; $p=0,035$) und ihren Beratungsbedarf gering ein (TK: 84,1%; LT: 59,3%; ($\chi^2(2)=6,715$; $p=0,035$; Tabelle 67).

Tab. 67: Schweregradeinschätzung EuropASI Psychischer Zustand

t3			TK		LT		KT			
Verfahren	Merkmal	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
EuropASI										
Psyche	Probleme ¹	Gar nicht	52 (n=63)	82,5	38 (n=48)	79,2	ns	46 (n=51)	90,2	,057
		Selten ²	0	0	1	2,1		2	3,9	
		Häufig ³	11	17,5	9	18,8		3	5,9	
Psyche	Belastung ¹	Gar nicht	53 (n=63)	84,1	16 (n=27)	59,3	,035	46 (n=48)	95,8	ns
		Selten ²	2	3,2	3	11,1		1	2,1	
		Häufig ³	8	12,7	8	29,6		1	2,1	
Psyche	Beratungsbedarf ¹	Gar nicht	53 (n=63)	84,1	16 (n=27)	59,3	,035	22 (n=29)	75,9	ns
		Selten ²	2	3,2	3	11,1		4	13,8	
		Häufig ³	8	12,7	8	29,6		3	10,3	

¹Letzte 30 Tage; ²< 1-mal pro Woche; ³≥ 1-mal pro Woche

4.4.6 Schweregrad Verlauf t1 – t3

Im Gegensatz zu den stationären Bereichen, deren Katamneseerhebungen in der Schweregradeinschätzung zu viele Missing Data aufwiesen, konnte für die tagesklinischen Patienten zusätzlich ein Vergleich der Composite Scores zwischen den Messzeitpunkten t1 und t3 durchgeführt werden (Tabelle 68). Es zeigten sich positive Veränderungen in den Bereichen Arbeitszufriedenheit (t1: M=0,32; SD=0,34; t3: M=0,19; SD=0,29; $t(62)=2,674$; $p=0,010$), Alkoholgebrauch (t1: M=0,29; SD=0,20; t3: M=0,12; SD=0,19; $t(51)=4,813$;

$p=0,001$) und tendenziell in ihrer familiären Situation ($t1: M=0,21; SD=0,28; t2: M=0,15; SD=0,23; t(51)=1,767; p=0,082$).

Tab. 68: Verlauf Schweregradeinschätzung EuropASI prä und Follow-up Tagesklinik

t1-t3		TK(n=63)		
		t1	t3	
Verfahren	Merkmal	M/SD	M/SD	p/t
EuropASI	Arbeitssituation: Zufriedenheit	0,32/0,34	0,19/0,29	,010
	Alkoholgebrauch ¹	0,29/0,20	0,12/0,19	,001
	Familiäre Situation	0,21/0,28	0,15/0,23	,082

¹n=52; Mittelwertvergleich Composite Scores

Um dennoch die Entwicklung zwischen der Anfangserhebung und dem Nachbefragungszeitpunkt überprüfen zu können, wurden in einzelnen relevanten Variablen, die die Einschätzungen der Patienten hinsichtlich Problemhäufigkeit, wahrgenommener Belastung und Beratungsbedarf in den jeweiligen Lebensbereichen abbilden, Veränderungen getrennt für jeden Behandlungsbereich überprüft. Die Berechnung erfolgte nach dem Wilcoxon-Test für zwei abhängige Stichproben. Hier zeigte sich für jede Settinggruppe eine deutlich positive Veränderung in der Höhe der berichteten Probleme im letzten Monat (Tabellen 1B-8, 1-B-9, 1-B-10 im Anhang). Hinsichtlich der empfundenen Belastung und einem unterstützenden Beratungsbedarf zeigte sich ein anderes Bild: hier zeigte sich in der Tagesklinik eine Entlastung in den Bereichen Arbeit und Alkoholgebrauch, im Langzeitbereich war eine Erleichterung lediglich im Alkoholgebrauch gegeben, in den Bereichen körperliche Gesundheit, Psyche, Familie und soziales Umfeld kam es sogar zu einer leichten Zunahme der Belastung, wobei dieser Unterschied nicht bedeutsam war. Im Kurzzeitbereich war ebenfalls eine deutliche Entlastung im Alkoholgebrauch zu beobachten, allerdings kam es in den Bereichen Beruf, Familie und soziales Umfeld zu einer leichten sowie in Bezug auf ihre körperliche Gesundheit zu einer deutlich größeren Belastung. Die tagesklinischen Patienten äußerten zum Nachbefragungszeitpunkt einen deutlich geringeren Wunsch nach einer unterstützenden Maßnahme in nahezu allen Bereichen außer in Bezug auf ihr soziales Umfeld. Im Langzeitbereich betraf dies deutlich den Bereich Alkoholgebrauch und tendenziell ihre familiäre Situation, hinsichtlich ihres Gesundheitszustands, der Arbeitssituation und des sozialen Umfeld war sogar ein leichter Anstieg eines Bera-

tungswunsches zu verzeichnen, der allerdings statistisch nicht bedeutsam war. Im Kurzzeitbereich äußerten die Patienten im Vergleich zum Vorjahr einen deutlich geringeren Beratungsbedarf in Bezug auf ihren Alkoholgebrauch. Gleichzeitig sahen sie für sich in Bezug auf ihren körperlichen Gesundheitszustand einen deutlich gestiegenen Unterstützungsbedarf, in den Bereichen Arbeit und soziales Umfeld kam es gleichfalls zu einer Zunahme wobei dieser Zustand ebenfalls nicht statistisch bedeutsam wurde.

4.4.7 Alkoholverlangen

Alkoholverlangen und körperliche Beschwerden. Bedeutend mehr Tagesklinikpatienten berichteten von seltenem bzw. häufigem Alkoholverlangen in den letzten 30 Tagen vor dem Befragungszeitpunkt (TK: 30,2% bzw. 38,1%; LT: 8,3% bzw. 12,5%; ($\chi^2(2)=24,591$; $p=0,001$; KT: 9,8% bzw. 9,8%; ($\chi^2(2)=26,879$; $p=0,001$). Ähnlich verhält es sich mit den körperlichen Beschwerden, die an Entzugserscheinungen erinnern: mehr Tagesklinikpatienten berichten wiederum von seltenen bzw. häufigen Beschwerden als in den beiden stationären Bereichen (TK: 11,1% bzw. 7,9%; LT: 0% bzw. 12,5%; ($\chi^2(2)=6,045$; $p=0,049$; KT: 0% bzw. 5,9%; ($\chi^2(2)=6,399$; $p=0,041$; Tabelle 69).

Tab. 69: Alkoholverlangen und körperliche Beschwerden Follow-up

t3			TK		LT		p/ χ^2	KT		p/ χ^2
Variable	Kategorie		Anzahl	%	Anzahl	%		Anzahl	%	
Alkoholverlangen	Letzte 30 Tage	Nie	20 (n=63)	31,7	38 (n=48)	79,2	,001	41 (n=51)	80,4	,001
		Selten(<1xWoche)	19	30,2	4	8,3		5	9,8	
		Häufig($\geq 1x$ Woche)	24	38,1	6	12,5		5	9,8	
Körperliche Beschwerden an Entzugserscheinungen erinnernd	Letzte 30 Tage	Nie	51 (n=63)	81,0	42 (n=48)	87,5	,049	48 (n=51)	94,1	,041
		Selten(<1xWoche)	7	11,1	0	0		0	0	
		Häufig($\geq 1x$ Woche)	5	7,9	6	12,5		3	5,9	

AASE-G. Die Tagesklinikpatienten gaben zum Katamnesebefragungszeitpunkt im Vergleich zur Anfangserhebung eine deutlich geringere Versuchung in Situationen mit negativen Affekten und Craving und eine tendenziell geringere Versuchung bei körperlichen Beschwerden sowie eine deutlich (bzw. tendenziell bei körperlichen Beschwerden) gesteigerte Bewältigungszuversicht in diesen Situationen an. Hingegen schätzten sie ihre alkoholbezogene Versuchung und ihre Bewältigungszuversicht in sozialen Situationen im Vergleich zum Therapieanfang nicht geringer bzw. höher ein (TK: NAV: $t(61)= 3,328$; $p=0,002$;

KBV: $t(61)= 1,720$; $p=0,091$; CVV: $t(61)= 3,409$; $p=0,001$; NAZ: $t(61)=-2,714$; $p=0,009$; KBZ: $t(61)=-,1,651$; $p=0,104$; CVZ: $t(61)=-2,959$; $p=0,004$; Tabelle 70). Der Langzeitbereich wiederum konnte seine im Therapieverlauf erlebte Versuchsreduktion bzw. gesteigerte Bewältigungszuversicht nicht aufrechterhalten. Einzige Ausnahme bildet die Versuchungssituation mit Craving, in der die Langzeitpatienten gegenüber dem Therapieanfang weniger Versuchung erlebten, die Bewältigungszuversicht jedoch nicht gleichermaßen mit aufrechterhalten wurde (CVV: $t(37)=2,852$; $p=0,007$). Der Kurzzeitbereich schätzt hingegen seine Versuchung in sämtlichen alkoholkritischen Situationen zum Katamnesebefragungszeitpunkt deutlich geringer und seine Zuversicht, Alkohol in den betreffenden Situation widerstehen zu können, im Vergleich zum Therapieanfang deutlich höher ein (NAV: $t(48)= 4,447$; $p=0,001$; SPAV: $t(48)= 2,583$; $p=0,013$; KBV: $t(48)= 2,795$; $p=0,007$; CVV: $t(48)= 5,512$; $p=0,001$; NAZ: $t(47)=-3,337$; $p=0,020$; SPAZ: $t(47)=-2,329$; $p=0,024$; KBZ: $t(47)=-2,362$; $p=0,022$; CVZ: $t(47)=-3,298$; $p=0,002$).

Tab. 70: Situationsbezogene Alkoholversuchung und Abstinenzzuversicht prä - Follow-up

t1-t3		TK(n=62)			LT(n=38)			KT(n=48/47)		
Verfahren	Merkmal	t1	t3		t1	t3		t1	t3	
AASE-G-Versuchung	In Situationen des negativen Affekts	2,43/ 1,04	1,93/ 0,81	,002	1,92/ 0,96	1,74/ 1,06	ns	2,23/ 0,0,77	1,63/ 0,86	,001
	In sozialen Situationen und positiven Affekt	1,90/ 0,88	1,82/ 0,80	ns	1,66/ 0,76	/1,52 0,64	ns	1,86/ 0,76	1,53/ 0,67	,013
	Bei körperlichen und anderen Beschwerden	1,62/ 0,59	1,46/ 0,53	,091	1,38/ 0,47	/1,40 0,61	ns	1,58/ 0,50	1,29/ 0,47	,007
	Bei Craving/ Suchtverlangen	2,11/ 0,77	1,70/ 0,72	,001	1,87/ 0,81	1,49/ 0,79	,007	2,01/ 0,79	1,44/ 0,63	,001
AASE-G-Abstinenz-Zuversicht	In Situationen des negativen Affekts	3,74/ 0,94	4,11/ 0,81	,009	4,05/ 0,99	4,12/ 1,03	ns	3,89/ 0,85	4,39/ 0,84	,002
	In sozialen Situationen und positiven Affekt	4,27/ 0,76	4,30/ 0,70	ns	4,20/ 1,07	4,17/ 1,06	ns	4,17/ 0,91	4,55/ 0,66	,024
	Bei körperlichen und anderen Beschwerden	4,40/ 0,60	4,55/ 0,51	,104	4,23/ 0,90	4,26/ 1,01	ns	4,27/ 0,79	4,87/ 1,61	,022
	Bei Craving/Suchtverlangen	4,04/ 0,75	4,39/ 0,67	,004	3,99/ 1,09	4,14/ 0,93	ns	4,04/ 0,90	4,53/ 0,73	,002

Die tagesklinischen und stationären Langzeitpatienten schätzten ihre Versuchung, Alkohol in bestimmten Situationen zu konsumieren zum Katamnesebefragungszeitpunkt ähnlich hoch ein (Tabelle 71). Tendenziell sahen Tagesklinikpatienten hingegen eine stärkere alkoholbezogene Versuchung bei negativen emotionalen Zuständen als die stationären Kurz-

zeitpatienten (TK: M=1,93; KT: M=1,63; $t(110)=-1,914$; $p=0,058$), in sozialen Situationen bzw. in positiven Gefühlszuständen (TK: M=1,82; KT: M=1,53; $t(110)=-2,004$; $p=0,048$) sowie bei Situationen mit Craving und Suchtverlangen (TK: M=1,70; KT: M=1,45; $t(110)=-1,937$; $p=0,055$). In der Zuversicht, die verschiedenen alkoholkritischen Situationen bewältigen zu können, waren alle Bereichsgruppen vergleichbar. Eine Ausnahme bilden hier die Patienten des Kurzzeitbereichs, die eine höhere Zuversicht in sozialen Situationen und positiv getönten Stimmungslagen als die Tagesklinik berichteten (TK: M=4,30; KT: M=4,53; $t(109)=2,042$; $p=0,044$).

Tab. 71: Situationsbezogene Alkoholversuchung und Abstinenzzuversicht Follow-up

t3		TK(n=62)	LT(n=45)			KT(n=50)		
Verfahren	Merkmal	M	M	p/levone	p/t	M	p/levone	p/t
AASE-G-Versuchung	Negativer Affekt	1,93	1,83	,008	ns	1,63	ns	,058
	Soziale Situationen/positiver Affekt	1,82	1,58	ns	ns	1,53	ns	,048
	Körperliche/andere Beschwerden	1,46	1,45	ns	ns	1,30	ns	ns
	Craving/Suchtverlangen	1,70	1,57	ns	ns	1,45	ns	,055
AASE-G-Abstinenz-Zuversicht	Negativer Affekt	4,11	4,09	,016	ns	4,40	ns	ns
	Soziale Situationen/positiver Affekt	4,30	4,17	ns	ns	4,56	ns	,044
	Körperliche/andere Beschwerden	4,55	4,26	,001	ns	4,87	ns	ns
	Craving/Suchtverlangen	4,39	4,15	,004	ns	4,53	ns	ns

Vergleich Mittelwerte t3; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, ns nicht signifikant

Die zweifaktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor Bereich (Behandlungsgruppe) und Messwiederholung auf dem Faktor Zeit (Therapieeffekt) mit den Stufen Behandlungsbeginn und 12-Monatskatamnese bestätigt den signifikanten Haupteffekt für den Faktor Zeit in Bezug auf alle Versuchungssituationen (negativer Affekt NAV: Wilks-Lambda: $F(1, 146)=21,457$; $p=0,001$; soziale Situationen und positive Affekte SPAV: Wilks-Lambda: $F(1, 146)=6,269$; $p=0,013$, körperliche und andere Beschwerden KBV: Wilks-Lambda: $F(1, 146)=5,565$; $p=0,020$, Craving und Verlangen CVV: Wilks-Lambda: $F(1, 146)=40,957$; $p=0,001$) sowie hinsichtlich fast aller Zuversichtssituationen (negativer Affekt NAZ: Wilks-Lambda: $F(1, 144)=11,253$; $p=0,001$; körperliche und andere Beschwerden KBV: Wilks-Lambda: $F(1, 144)=5,823$; $p=0,017$, Craving und Verlangen CVV: Wilks-Lambda: $F(1, 144)=12,508$; $p=0,001$): alle Behandlungsgruppen zeigen eine signifi-

kante Reduktion in der (Intensität der) Wahrnehmung ihres Alkoholverlangens in den verschiedenen alkoholkritischen Situationen sowie eine gesteigerte Bewältigungszuversicht hinsichtlich dieser Situationen von Behandlungsbeginn zum Katamnesebefragungszeitpunkt 12 Monate nach der Therapie. Einzige Ausnahme bilden soziale und Situationen mit positiven Affekten, in denen sich dieser therapeutische Effekt nicht zeigt. Wechselwirkungen zwischen den jeweiligen Behandlungsgruppen und den Therapieveränderungen, bezogen auf die verschiedenen alkoholkritischen Situationen sowie deren Bewältigungszuversicht zeigen sich keine. Die genauere post hoc Analyse bestätigt dieses Ergebnis in den Einzelvergleichen nur teilweise: so gibt es hier eine deutliche bis milde Wechselwirkung zwischen der Tagesklinik und dem stationären Langzeitbereich in Bezug auf alle Versuchungssituationen (NAV: $p=0,021$; SPV: $p=0,045$; KBV: $p=0,065$; CAV: $p=0,083$; NAZ: $0,095$), aber nicht bezüglich der Bewältigungszuversicht. Keine Wechselwirkung zeigt sich zwischen Tagesklinik und Kurzzeitbereich. Demnach ist der Unterschied hinsichtlich der verschiedensten Versuchungssituationen von Behandlungsbeginn zum Katamnesebefragungszeitpunkt 12 Monate nach der Therapie bei der Tagesklinik bedeutsam größer als der Unterschied in demselben Zeitraum im Langzeitbereich.

OCDS-G. Sowohl bei den Tagesklinikpatienten als auch den stationären Langzeit- und Kurzzeitpatienten zeigen sich in allen drei Verlangensscores des OCDS-G zum Katamnesezeitpunkt geringere Ausprägungen (TK: Gesamt: $t(61)=6,660$; $p=0,001$; Gedanken: $t(61)=3,029$; $p=0,004$; Handlung: $t(61)=8,269$; $p=0,001$; LT: Gesamt: $t(38)=6,707$; $p=0,001$; Gedanken: $t(38)=3,495$; $p=0,001$; Handlung: $t(38)=7,200$; $p=0,001$; KT: Gesamt: $t(40)=9,998$; $p=0,001$; Gedanken: $t(40)=6,240$; $p=0,001$; Handlung: $t(40)=8,898$; $p=0,001$; Tabelle 72).

Tab. 72: Gesamt, Gedankliches- und Handlungsbezogenes Alkoholverlangen prä - Follow-up

t1-t3		TK(n=62)			LT(n=39)			KT(n=41)		
		t1	t3		t1	t3		t1	t3	
Verfahren	Merkmal	M/SD	M/SD	p/t	M/SD	M/SD	p/t	M/SD	M/SD	p/t
OCDS-G	Gesamtscore	12,85/ 5,64	5,98/ 7,81	,001	14,05/ 5,42	5,33/ 7,89	,001	12,41/ 5,42	3,24/ 4,66	,001
	Gedanken	4,63/ 3,25	3,11/ 3,92	,004	4,49/ 3,19	1,95/ 3,99	,001	4,20/ 3,02	1,27/ 1,98	,001
	Handlung	8,23/ 3,16	2,87/ 4,38	,001	9,56/ 3,17	3,38/ 4,89	,001	8,22/ 3,50	1,98/ 3,20	,001

Das Ausmaß an Verlangen gemessen im OCDS-G wurde von den tagesklinischen und stationären Langzeitpatienten sowohl hinsichtlich des Gesamtmaßes als auch bezüglich den beiden Subskalen Gedanken und Handlung zum Katamnesezeitpunkt gleichermaßen hoch eingeschätzt (Tabelle 73). Im Vergleich zum Kurzzeitbereich nahmen die Tagesklinikpatienten ein stärkeres Alkoholverlangen allgemein (TK: M=5,98; KT: 3,49; $t(109)=-2,096$; 0,039) sowie in der gedanklichen Auseinandersetzung (TK: M=3,11; KT: M=1,51; $t(109)=-2,751$; $p=0,007$) damit wahr.

Tab. 73: Gesamt, Gedankliches- und Handlungsbezogenes Alkoholverlangen Follow-up

t3		TK(n=62)		LT(n=45)		KT(n=50)		
Verfahren	Merkmal	M	M	p/levens	p/t	M	p/levens	p/t
OCDS-G	Gesamtscore	5,98	5,55	ns	ns	3,49	,021	,039
	Gedanken	3,11	2,16	ns	ns	1,51	,001	,007
	Handlung	2,87	3,39	ns	ns	1,98	ns	ns

Bei der a-posteriori Auswertung über zweifaktorielle Varianzanalysen mit dem Faktor Bereich (Behandlungsgruppe) und Messwiederholung auf dem Faktor Zeit (Therapieeffekt) mit den Stufen Behandlungsbeginn und Katamnesebefragung bestätigt sich der signifikante Haupteffekt für den Faktor Zeit in Bezug auf den Gesamtscore des Alkoholverlangens (Wilks-Lambda: $F(1, 139)=162,856$; $p=0,001$), den Gedanken- (Wilks-Lambda: $F(1, 139)=48,997$; $p=0,001$) und den Handlungsscore (Wilks-Lambda: $F(1, 139)=190,515$; $p=0,001$): alle Behandlungsgruppen nehmen eine signifikante Reduktion ihres Alkoholverlangens von Behandlungsbeginn zum Nachbefragungszeitpunkt wahr. Es zeigen sich keine signifikanten Wechselwirkungen, d.h. die Veränderungen vom Behandlungsbeginn zum Katamnesebefragungszeitpunkt in Bezug auf ihr Alkoholverlangen sind in den jeweiligen Gruppen nicht unterschiedlich. Die genauere post hoc Analyse bestätigt dieses Ergebnis; als einzige Ausnahme in den Einzelvergleichen zeigt sich: es gibt eine tendenzielle Wechselwirkung zwischen Tagesklinik und Kurzzeitbereich (Gedanken: $p=0,039$): hier waren die Veränderungen von t1 zu t3 zwischen tagesklinischen und stationären Kurzzeitpatienten unterschiedlich, d.h. das gedankenbezogene Verlangensmaß hat sich im Katamnesezeitraum bei den Tagesklinikpatienten weniger stark reduziert als bei den Kurzzeitpatienten.

VAS. Im Vergleich zur Anfangsmessung bei Therapiebeginn ließ sich keine bedeutsame Reduktion des Alkoholverlangens bei allen Patientengruppen nachweisen (Tabelle 74).

Tab. 74: Subjektives Alkoholverlangen prä - Follow-up

t1-t3		TK(n=62)			LT(n=38)			KT(n=46)		
Verfahren	Merkmal	t1	t3		t1	t3		t1	t3	
VAS	Visuelle Analogskala Verlangen	1,625/ 0,934	2,276/ 1,920	ns	0,700/ 1,500	0,813/ 1,887	ns	0,474/ 0,796	0,441/ 0,757	ns

12 Monate nach der Therapie äußern die Tagesklinik- und stationären Langzeitpatienten hinsichtlich des allgemeinen subjektiv wahrgenommenen Alkoholverlangens im VAS vergleichbar hohes Alkoholverlangen. Gegenüber den Kurzzeitpatienten berichten die Patienten der Tagesklinik über ein tendenziell stärkeres Verlangen (TK: M=0,934; KT: M=0,420; $t(109)=-1,926$; $p=0,058$; Tabelle 75).

Tab. 75: Subjektives Alkoholverlangen Follow-up

t3		TK(n=62)	LT(n=45)			KT(n=50)		
Verfahren	Merkmal	M	M	p/levne	p/t	M	p/levne	p/t
VAS	Visuelle Analogskala Verlangen	0,934	1,036	ns	ns	0,420	,007	,058

Bei der a-posteriori Auswertung einer zweifaktoriellen Varianzanalyse zeigt sich kein signifikanter Haupteffekt für den Faktor Zeit in Bezug auf das allgemeine Maß des Alkoholverlangens nun bei allen Behandlungsgruppen: über alle Behandlungsgruppen hinweg zeigt sich keine signifikante Reduktion des allgemeinen Alkoholverlangens von Behandlungsbeginn zum Katamnesezeitpunkt. Es ergibt sich keine signifikante Wechselwirkung, d.h. die Veränderungen von t1 zu t3 in Bezug auf das subjektive Alkoholverlangen sind in den jeweiligen Gruppen gleich. Die genauere post hoc Analyse bestätigt dieses Resultat nicht ganz: in den Einzelvergleichen zeigt sich eine knappe signifikante Wechselwirkung zwischen der Tagesklinik und dem stationären Langzeitbereich ($p=0,043$) sowie eine signifikante Wechselwirkung zwischen der Tagesklinik und dem stationären Kurzzeitbereich ($p=0,001$): das allgemein wahrgenommene Alkoholverlangen von Behandlungsbeginn zum Katamnesebefragungszeitpunkt 12 Monate nach der Therapie ist demnach bei der Tagesklinik bedeutsam stärker angestiegen als in demselben Zeitraum im stationären Langzeit- und Kurzzeitbereich.

4.4.8 Lebenszufriedenheit

Die nachfolgenden Bewertungen der Katamneseantworter zur Zufriedenheit in relevanten Lebensbereichen zum Katamnesezeitpunkt wurden mit einer sechsstufigen Skala mit den Polen „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“ erhoben und zu drei Kategorien („ja“, „indifferent“, „nein“) zusammengefasst. Um die Veränderungen in der Lebenszufriedenheit in den verschiedenen Behandlungsbereichen im Katamnesezeitraum erfassen zu können, wurden aus der Gesamtskala Lebenszufriedenheit vom Beginn der Therapie die einzelnen Subskalen bezogen auf die einzelnen Lebensbereiche zusätzlich verrechnet. In nahezu allen Lebensbereichen berichten die Tagesklinikpatienten über ähnlich hohe Zufriedenheit im Katamnesezeitraum wie in den beiden stationären Bereichen (Tabelle 1-B-11 im Anhang). Gegenüber dem Langzeitbereich zeigten sich keine Unterschiede. Im Unterschied zum Kurzzeitbereich äußerten sich die Tagesklinikpatienten jedoch weniger zufrieden über ihre familiäre Situation (TK: 69,8% Zufriedenheit und 20,6% Indifferenz; KT: 88,5% Zufriedenheit und 9,6% Indifferenz; $\chi^2(2)=6,176$; $p=0,046$) und mit einer leichten Tendenz über ihre Wohnsituation (TK: 73,0% Zufriedenheit und 20,6% Indifferenz; KT: 90,4% Zufriedenheit und 5,8% Indifferenz; $\chi^2(1)=5,929$; $p=0,052$).

Hinsichtlich der Veränderungen bzgl. ihrer Zufriedenheit in den einzelnen Lebensbereichen vom Beginn der Therapie zum Nachbefragungszeitpunkt zeigte sich in der Tagesklinik eine Stabilisierung in den Bereichen Arbeit ($z=-2,82$; $p=0,005$), Wohnen ($-4,07$; $p=,001$), Familie ($z=-4,09$; $p=,001$), Freundes- und Bekanntenkreis ($-2,49$; $p=,012$) und Freizeit ($-5,42$; $p=,001$) sowie ein Trend für den Gesundheitszustand ($z=-1,65$; $p=0,098$). Die Langzeit- und Kurzzeitpatienten beurteilten ein Jahr nach der Therapie die Bereiche Wohnen (LT: Wohnen: $z=-3,04$; $p=,001$; KT: $z=-2,07$; $p=0,038$), Familie (LT: $z=-3,87$; $p=0,001$; KT: $z=-3,96$; $p=0,001$) und Freizeit (LT: $z=-2,15$; $p=0,032$; KT: $z=-2,88$; $p=0,004$) zufriedener im Vergleich zum Therapieanfang (Tabelle 1-B-12).

4.4.9 Verbesserung Lebenssituation

Im Unterschied zu beiden stationären Bereichen nahmen die Tagesklinikpatienten ihre berufliche Situation im Katamnesezeitraum verbessert wahr (TK: 41,9%; LT: 16,7%; $\chi^2(2)=8,366$; $p=0,015$; KT: 21,2%; $\chi^2(2)=10,143$; $p=0,006$; Tabelle 1-B-13 im Anhang).

Mit 30,6 % der Tagesklinikpatienten und 25,5% bzw. 32,7% im Langzeit- bzw. Kurzzeitbereich nahmen vergleichbar viele Patienten eine Verbesserung ihrer partnerschaftlichen Situation wahr. In Bezug auf ihren Freundes- und Bekanntenkreis sahen weniger Tagesklinikpatienten eine Verbesserung (17,7%) bzw. mehr eine negative Veränderung (9,7%) als die Patienten des Kurzzeitbereichs (28,8% bzw. 0%; ($\chi^2(2)=6,569$; $p=0,037$). Gegenüber den Patienten im Langzeitbereich zeigten sich in diesem Bereich keine Unterschiede. Einen verbesserten Gesundheitszustand nahmen zwar mehr Tagesklinikpatienten (35,5%) wahr im Vergleich zum Kurzzeitbereich (26,9%), gleichzeitig sahen allerdings 17,7% in der Tagesklinik eine Verschlechterung ihrer Gesundheit (TK: 3,8%; ($\chi^2(2)=7,946$; $p=0,019$). Tagesklinische und stationäre Langzeitpatienten unterschieden sich hier nicht in ihrer Einschätzung. Mit 33,9% (TK), 29,2% (LT) und 38,5% (KT) sahen vergleichbar viele Patienten in allen Behandlungsbereichen eine Verbesserung ihrer Freizeitsituation. Die Auswertung auf Einzelitemebene des EuropASI ergab (siehe Tabelle 1-B-14 im Anhang), dass sich die Tagesklinikpatienten deutlich häufiger von einem sozialen Umfeld unterstützt fühlen als die stationären Bereiche beider Behandlungsprogramme (TK: 74, 6%; LT: 50,9%; KT: 52,3%), über ein größeres suchtmittelfreies soziales Umfeld verfügen als die stationären Langzeitpatienten (TK: 77,0%; LT: 56,9%), ihre Freizeit in der Regel häufiger alleine verbringen als die stationären Kurzzeitpatienten (TK: 44,4%; KT: 10,9%) und weniger oft Langeweile in ihrer Freizeit verspüren als die stationären Langzeitpatienten (TK: 9,5%; LT: 24,1%).

4.5 Betreuungsmaßnahmen im Katamnesezeitraum

4.5.1 Arztbesuche

Im Jahr nach Behandlungsende besuchten 30,6% der Tagesklinikpatienten einen Arzt, davon 73,3% innerhalb der ersten vier Wochen. Ähnlich sind die Angaben in den stationären Bereichen: 33,9% der Langzeitpatienten besuchten insgesamt einen Arzt (KT: 31,3%), davon 94,1% in den ersten vier Wochen (KT: 81,0%). Die ärztliche Anbindung nach Therapieende war somit in allen Behandlungsbereichen vergleichbar gut (Tabelle 76). Die Regelmäßigkeit der Besuche variierte zwischen den Bereichen: entgegen den 33,3% regelmä-

ßigen Arztbesuchen der tagesklinischen Patienten gaben 75,0% der Langzeit- und 66,7% der Kurzzeitpatienten an, sich gewohnheitsmäßig in ärztliche Behandlung zu begeben (LT: $\chi^2(1)=6,653$; $p=0,010$; KT: $\chi^2(1)=4,311$; $p=0,038$). Aktuell in Behandlung waren zum Zeitpunkt der Katamnesebefragung 55,0% der Tagesklinikpatienten und 57,1% der Langzeit- sowie 43,8% der Kurzzeitpatienten. In der planmäßigen Beendigung der ärztlichen Behandlung unterschieden sich die Tagesklinikpatienten (45,0%) ebenfalls nicht von den Patienten der stationären Bereiche (LT: 21,4%; KT: 56,3%).

Tab. 76: Arztbesuche im Katamnesezeitraum

t3			TK		LT			KT		
Variable	Merkmal	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Arzt ¹	Besuch		19 (n=62)	30,6	20 (n=59)	33,9	ns	21 (n=67)	31,3	ns
	Nach wie vielen Wochen	Bis 4 Wo	11 (n=15) ²	73,3	16 (n=17) ²	94,1	ns	17 (n=21)	81,0	ns
		5 bis 12Wo	1	6,7	0	0		2	9,5	
		≥ 13 Wo	3	20,0	1	5,9		2	9,5	
	Häufigkeit Besuch	Regelmäßig	6 (n=18) ²	33,3	15 (n=20)	75,0	,010	14 (n=21)	66,7	,038
		Selten	12	66,7	5	25,0		7	33,3	
	Behandlung beendet	Regulär	9 (n=19)	45,0	3 (n=14) ²	21,4	ns	9 (n=16) ²	56,3	ns
		Aktuell in Behandlung	11	55,0	8	57,1		7	43,8	

¹Katamnesefragebogen; ²Missings

4.5.2 Suchtberatungsstelle

Bei der Betrachtung der Akzeptanz einer ambulanten Nachsorge in einer Suchtberatungsstelle zeigen sich Unterschiede zwischen den Tagesklinikpatienten und den Patienten der beiden stationären Bereiche (Tabelle 77). Von den Tagesklinikpatienten suchten mit 54,8% deutlich mehr Betroffene im Katamnesezeitraum eine Suchtberatungsstelle auf im Gegensatz zum Langzeitbereich mit lediglich 28,8% ($\chi^2(1)=8,397$; $p=0,004$). Vergleichbar hoch war der Anteil im Kurzzeitbereich (47,8%). Hinsichtlich des Zeitpunkts sowie der Regelmäßigkeit ihrer Besuche unterschieden sich die Tagesklinikpatienten nicht von den stationären Langzeit- und Kurzzeitpatienten: 71,0% der Tagesklinikpatienten besuchten innerhalb der ersten vier Wochen die Beratungsstelle (LT: 80,0%; KT: 78,1%), 78,1% führten ihre Besuche danach regelmäßig fort (LT: 86,7%; KT: 83,3%). Zum Zeitpunkt der Nachbefragung befanden sich noch 33,3% der Tagesklinikpatienten aktuell in der Behandlung

(LT: 70,0%; KT: 75,0%), während 66,67% aller Tagesklinikpatienten ihre Behandlung regulär abgeschlossen hatten (LT: 30,0%; KT: 25,0%). Damit konnten deutlich mehr Kurzzeitpatienten längerfristig für eine Nachsorgebehandlung gewonnen werden ($\chi^2(1)=9,595$; $p=0,008$).

Tab. 77: Kontakt zu Suchtberatungsstelle im Katamnesezeitraum

t3			TK		LT			KT		
Variable	Merkmal	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Sucht-Beratungs-stelle ¹	Besuch		34 (n=62)	54,8	17 (n=59)	28,8	,004	32 (n=67)	47,8	ns
	Nach wie vielen Wochen	Bis 4 Wo	22 (n=31) ²	71,0	12 (n=15) ²	80,0	ns	25 (n=32)	78,1	ns
		5 bis 12Wo	5	16,1	2	13,3		5	15,6	
		≥ 13 Wo	4	12,9	1	6,7		2	6,3	
	Häufigkeit Besuch	Regelmäßig	25 (n=32) ²	78,1	13 (n=15) ²	86,7	ns	25 (n=30) ²	83,3	ns
		Selten	7	21,9	2	13,3		5	16,7	
	Behandlung beendet	Regulär	20 (n=34)	58,8	3 (n=12) ²	25,0	ns	6 (n=26) ²	23,1	,008
		vorzeitig	4	11,8	2	16,7		2	7,7	
		Aktuell in Behandlung	10	29,4	7	58,3		18	69,2	

¹Katamnesefragebogen; ²Missings

4.5.3 Suchtselbsthilfegruppe

Im Vergleich zu den stationären Behandlungsgruppen besuchten nach Therapieende deutlich mehr Patienten der Tagesklinik mindestens einmal eine Selbsthilfegruppe (TK: 66,1%; LT: 27,1%; ($\chi^2(1)=18,464$; $p=0,001$; KT: 40,3%; ($\chi^2(1)=8,620$; $p=0,003$; Tabelle 78). Dabei gelang die Anbindung relativ zeitnah nach Therapieende innerhalb der ersten vier Wochen in allen Bereichen gleich gut. Die Mehrheit aller Patienten der Tagesklinik und im Langzeitbereich besuchten ähnlich regelmäßig ihre Gruppen (TK: 68,3%; LT: 81,3%), demgegenüber berichteten alle Patienten im Kurzzeitbereich von regelmäßigen Gruppenbesuchen (100%; ($\chi^2(1)=10,229$; $p=0,001$). Zum Zeitpunkt der Katamnese hatten in allen drei Bereichen gleich viele Patienten aktuell Kontakt zu ihrer Selbsthilfegruppe.

Tab. 78: Kontakt zu Suchtselbsthilfegruppe im Katamnesezeitraum

t3			TK		LT			KT		
Variable	Merkmal	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Sucht-Selbsthilfegruppe ¹	Besuch		41 (n=62)	66,1	16 (n=59)	27,1	,001	27 (n=67)	40,3	,003
	Nach wie vielen Wochen	Bis 4 Wo	33 (n=37) ²	89,2	12 (n=15) ²	80,0		ns	23 (n=27)	
		5 bis 12 Wo	2	5,4	1	6,7	2		7,4	
		≥ 13 Wo	2	5,4	2	13,3	2		7,4	
	Häufigkeit Besuch	Regelmäßig	28 (n=41)	68,3	13 (n=16)	81,3	ns	26 (n=26) ²	100,0	,001
		Selten	13	31,7	2	12,5		0	0	
	Behandlung beendet	Regulär	2 (n=41)	4,9	1 (n=13) ²	7,7	ns	2 (n=24) ²	8,3	ns
		vorzeitig	8	19,5	2	15,4		2	8,3	
		Aktuell in Behandlung	31	75,6	10	76,9		20	83,3	

¹Katamnesefragebogen; ²Missings

4.5.5 Psychologe

Professionelle psychologische Unterstützung wurde von nur 9 Tagesklinik- und jeweils 5 Langzeit- und Kurzzeitpatienten in Anspruch genommen (TK: 14,5%; LT: 8,5%; KT: 8,5%), dabei mehrheitlich in den ersten vier Wochen nach Behandlungsende und eher regelmäßig (Tabelle 79). Zum Zeitpunkt der Katamnese befanden sich noch alle vier Patienten des Kurzzeitbereichs aktuell in ambulanter Psychotherapie (TK: 22,2%; ($\chi^2(2)=6,741$; $p=0,034$; LT: 50,0%).

Tab. 79: Ambulante Psychotherapie im Katamnesezeitraum

t3			TK		LT			KT		
Variable	Merkmal	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Psychologe ¹	Besuch		9 (n=62)	14,5	5 (n=59)	8,5	ns	5 (n=67)	7,5	ns
	Nach wie vielen Wochen	Bis 4 Wo	5 (n=9)	55,6	4 (n=4) ²	100,0		ns	3 (n=4) ²	
		5 bis 12Wo	1	11,1	0	0	1		25,0	
		≥ 13 Wo	3	33,3	0	0	0		0	
	Häufigkeit Besuch	Regelmäßig	4 (n=9)	44,4	4 (n=5)	80,0	ns	4 (n=5)	80,0	ns
		Selten	5	55,6	1	20,0		1	20,0	
	Behandlung beendet	Regulär	5 (n=9)	55,6	1 (n=2) ²	50,0	ns	0 (n=4) ²	0	,034
		vorzeitig	2	22,2	0	0		0	0	
		Aktuell in Behandlung	2	22,2	1	50,0		4	100	

¹Katamnesefragebogen; ²Missings

4.5.6 Psychiater

Immerhin 11,3% der Tagesklinikpatienten und 8,5% der Langzeitklientel sowie 6,0% der Kurzzeitpatienten berichteten von mindestens einmaligem Aufsuchen von psychiatrischer Unterstützung nach Therapieende. Die Mehrheit der Besuche fand in allen Bereichen zeitnah an die vorangegangene Entwöhnungsbehandlung statt. Hinsichtlich der Häufigkeit und des planmäßigen Abschlusses zeigten sich ebenfalls bereichsübergreifend keine Unterschiede (Tabelle 80).

Tab. 80: Psychiatrische Betreuung im Katamnesezeitraum

t3			TK		LT			KT		
Variable	Merkmal	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Psychiater ¹	Besuch		7 (n=62)	11,3	5 (n=59)	8,5	ns	4 (n=67)	6,0	ns
	Nach wie vielen Wochen	Bis 4 Wo	5 (n=6) ²	83,3	4 (n=5)	80,0	ns	3 (n=3) ²	100	ns
		5 bis 12Wo	0	0	1	20,0		0	0	
		≥ 13 Wo	1	16,7	0	0		0	0	
	Häufigkeit Besuch	Regelmäßig	4 (n=7)	57,1	5 (n=5)	100	ns	2 (n=4)	50,0	ns
		Selten	3	42,9	0	0		2	50,0	
	Behandlung beendet	Regulär	3 (n=7)	37,5	2 (n=4) ²	50,0	ns	1 (n=2) ²	50,0	ns
		Aktuell in Behandlung	4	50,0	2	50,0		1	50,0	

¹Katamnesefragebogen; ²Missings

4.5.7 Allgemeine psychosoziale Beratungsstelle

Ein Besuch einer allgemeinen Beratungsstelle kam in der Tagesklinik lediglich in 6,5% und im Langzeitbereich in 11,9% aller Fälle vor. Dagegen hatten vergleichsweise viele Patienten des Kurzzeitbereichs einen allgemeinen Beratungsbedarf (22,4%; $p=0,032$) und nannten regelmäßiger Kontakte zu Psychosozialen Beratungsstellen im Nachbefragungszeitraum (85,7%; ($\chi^2(1)=3,971$; $p=0,046$) als die Tagesklinikpatienten (40,0 %). Tagesklinische Patienten und Langzeitklientel unterschieden sich hier nicht (Tabelle 81).

Tab. 81: Besuch Allgemeine Psychosoziale Beratungsstelle im Katamnesezeitraum

t3			TK		LT			KT		
Variable	Merkmal	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Allgemeine PSB ¹	Besuch		5 (n=62)	6,5	7 (n=59)	11,9	ns	15 (n=67)	22,4	,032
	Nach wie vielen Wochen	Bis 4 Wo	2 (n=4) ²	50,0	5 (n=7)	71,4	ns	12	80,0	ns
		5 bis 12 Wo	0	0	2	28,6		1	6,7	
		≥ 13 Wo	2	50,0	0	0		2	13,3	
	Häufigkeit Besuch	Regelmäßig	2 (n=5)	40,0	5 (n=7)	71,4	ns	12 (n=14) ²	85,7	,046
		Selten	3	60,0	2	28,6		2	14,3	
	Behandlung beendet	Regulär	4 (n=5)	80,0	3 (n=6) ²	50,0	ns	3 (n=12) ²	25,0	ns
		Aktuell in Behandlung	1	20,0	2	33,3		8	66,7	

¹Katamnesefragebogen; ²Missings

4.5.8 Suchtfachklinik/Psychiatrie

Ein erneuter Besuch einer Suchtfachklinik wurde von drei Tagesklinikpatienten und 2 Langzeitpatienten (kein Kurzzeitpatient) berichtet (TK: 4,8%, LT: 3,4%) eine Aufnahme in eine psychiatrische Klinik erlebten fünf Patienten der Tagesklinik gegenüber 4 bzw. 1 der stationären Langzeit- bzw. Kurzzeitpatienten (TK: 8,1%; LT: 6,8%; KT: 1,5%). Die Anzahl der in Anspruch genommenen Entgiftungsmaßnahmen konnte lediglich bei der Tagesklinik erhoben werden: von einer bzw. zwei stationären Entgiftungen berichteten 1 bzw. 3 tagesklinische Patienten (6,3%), ein Patient befand sich dreimal im Katamnesezeitraum zu einer tagesklinischen Entgiftung (1,6%), 5 Patienten wurden auf einer internistischen Krankenstation entgiftet (7,8%) und jeweils ein Patient war ein bzw. dreimal zur Entgiftung in der Psychiatrie (3,2%). Aufgrund der kleinen Zellenbesetzungen, erübrigen sich die üblichen Chi-Quadrat-Tests (Tabelle 1-B-15 siehe Anhang).

4.6 Prädiktoren

Das Ziel des Verfahrens dieses Abschnitts war es, eine Vielzahl an möglichen Prädiktoren in die Untersuchung einzubeziehen und diskriminanzanalytisch die zwischen Therapierespondern (dauerhaft abstinent) und Non-Respondern (mindestens einmaliger Alkohol-/Suchtmittelkonsum im Einjahreszeitraum inklusive dem Anteil der Abstinenter nach

Rückfall mit dreimonatiger Abstinenzzeit zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung) unterscheidenden Variablen jeweils für jeden Behandlungsbereich getrennt zu ermitteln. Der Zusammenhang zwischen Prognose-Kriterium (Abstinenz) und Prädiktoren ist dabei nicht kausal zu verstehen, sondern die Prädiktorvariablen werden als Indikatoren betrachtet. Die Auswahl der Prädiktorvariablen in Tabelle 82 orientierte sich einerseits an den vorab definierten Indikationsempfehlungen als auch an den bei der Eingangsmessung erhobenen relevanten patienten- und störungsspezifischen sowie psychologischen Variablen, die üblicherweise in der Literatur genannt werden (Küfner, Feuerlein und Huber, 1988; Monahan und Finney, 1996). Üblicherweise werden diejenigen Variablen, die bei Therapieende erfasst wurden, für die Vorhersage des Therapieerfolgs herangezogen. Im Unterschied zur Anfangserhebung berücksichtigen diese die therapeutischen Veränderungen und bilden die Ausgangsbedingung für den Katamnesezeitraum, so dass mit den Prognosekriterien aus der Entlassuntersuchung eine bessere Prognose gestellt werden kann (Küfner et al., 1986). Die Entscheidung fiel hier jedoch zugunsten der Anfangsvariablen, was sich aus der schwerpunktmäßigen Indikationsfragestellung in der vorliegenden Studie begründet. Nach Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber (2005) sollte die Anzahl der Prädiktorvariablen nicht mehr als die Hälfte der Fälle in der jeweiligen Stichprobe betragen. Die Variablen wurden zunächst anhand der prospektiv erhobenen Eingangsdaten je nach Skalenniveau mit χ^2 bzw. t-Tests auf Zusammenhänge mit dem Kriterium „rückfällig/abstinent“ getestet. Diejenigen Variablen, bei denen sich ein signifikanter Zusammenhang zeigte (Tabellen B-16, B-17, B-18 im Anhang), wurden in eine schrittweise Diskriminanzanalyse einbezogen, deren Gruppierungsvariable wiederum die Erfolgskategorie („Abstinenz vs. Rückfällig“) im 12-Monats-Katamnesezeitraum darstellte. Als alkoholrückfällig wurden diejenigen gewertet, die mindestens einmal im Nachbefragungszeitraum Suchtmittel konsumiert hatten. Aufgrund der Vielzahl an unvollständigen Datensätzen in den stationären Behandlungsbereichen (Langzeit- und Kurzzeitbereich) in störungsspezifischen Variablen wie dem OCDS-G, AASE-G und VAS konnte einzig der VAS in diesem Bereich diskriminanzanalytisch ausgewertet werden. Da keine Missing Value Korrektur vorgenommen wurde, sinkt die Stichprobe im individualisierten Langzeitbereich von anfänglich 107 Patienten auf 67, und im Kurzzeitbereich von 90 auf 76 Patienten.

Tab. 82: Auswahl möglicher Prädiktorvariablen

Variable	Kategorie
Partnerbeziehung bei Therapieanfang ¹	Allein stehend/zeitweilig/fest
Berufliche Integration bei Therapieanfang ¹	Arbeitslos
Abhängigkeitsdauer ¹	Anzahl Jahre
Durchschnittliche Trinkmenge vor Therapie	Gramm pro Tag
Abstinenzdauer vor Therapie	Anzahl Tage
Stationäre Entgiftungen vor Therapie ¹	Anzahl
Stationäre Entwöhnungen vor Therapie ¹	Anzahl
Körperliche Situation ²	Composite Score
Arbeit/Unterhalt: Ökonomische Situation ²	Composite Score
Arbeit/Unterhalt: Zufriedenheit ²	Composite Score
Alkoholgebrauch ²	Composite Score
Drogengebrauch ²	Composite Score
Rechtliche Problem ²	Composite Score
Familienbeziehungen ²	Composite Score
Sozialbeziehungen ²	Composite Score
Psychischer Zustand ²	Composite Score
BDI ³	Summenwert
STAI (STATE/TRAIT) ³	Summenwert
SCL-90 – R ³	GSI
Alkohol-/Drogenverlangen ³	Anzahl Tage letzte 30 Tage
OCDS-G ³	Gesamtscore
VAS ³	cm
AASE-G Versuchung Negativer Affekt ³	Summenwert
AASE-G Versuchung Soziale Situationen/positiver Affekt ³	Summenwert
AASE-G Versuchung Körperliche/andere Beschwerden ³	Summenwert
AASE-G Versuchung Craving/Suchtverlangen ³	Summenwert
AASE-G Zuversicht Negativer Affekt ³	Summenwert
AASE-G Zuversicht Soz. Situationen/positiver Affekt ³	Summenwert
AASE-G Zuversicht Körperliche/andere Beschwerden ³	Summenwert
AASE-G Zuversicht Craving/Suchtverlangen ³	Summenwert

¹BADO; ²EuropASI; ³t1: Messung bei Therapiebeginn

Mit der kanonischen Korrelation wird die Stärke des Zusammenhangs zwischen der tatsächlichen Ergebnisfunktion und der vorhergesagten Ergebnisfunktion ermittelt. Hohe Eigenwerte sind Hinweise für eine Diskriminanzfunktion, die gut zwischen Therapierespondern und Non-Respondern unterscheiden kann. Der Wilks-Lambda-Koeffizient gibt an, ob sich die mittleren Werte der Diskriminanzfunktion in beiden Gruppen signifikant unterscheiden. Je kleiner dieser Wert wird, desto größer ist die Diskriminationsfähigkeit der Funktion. Das Chi-Quadrat bezieht sich dabei auf das Vierfelder-Schema der richtigen Zuordnung.

In der Tagesklinik liegt der Eigenwert mit 0,541 und einer kanonischen Korrelation von 0,593 eher niedrig. Die mittleren Werte der Diskriminanzfunktionen in der Tagesklinik un-

terschieden sich nicht signifikant (Wilks-Lambda: 0,649; $(\chi^2(23)=29,626; p=0,160; \text{Tabelle } 83)$).

Tab. 83: Zusammenfassung der kanonischen Diskriminanzfunktionen Tagesklinik

TK			
Eigenwert	% der Varianz	Kumulierte %	Kanonische Korrelation
0,541	100,0	100,0	0,593
Wilks-Lambda	Chi-Quadrat	df	Signifikanz
0,649	29,626	23	0,160

Ähnlich die Ergebnisse im stationären Langzeitbereich (Tabelle 84): der Eigenwert liegt hier bei 0,554 und die kanonische Korrelation bei 0,597. Mit einem Wilks-Lambda von 0,643 ($\chi^2(23)=23,601$) unterscheidet die Funktion nicht signifikant zwischen abstinenten und rückfälligen Langzeitpatienten im Katamnesezeitraum.

Tab. 84: Zusammenfassung der kanonischen Diskriminanzfunktionen stationärer individualisierter Langzeitbereich

LT			
Eigenwert	% der Varianz	Kumulierte %	Kanonische Korrelation
,554	100,0	100,0	0,597
Wilks-Lambda	Chi-Quadrat	df	Signifikanz
,643	23,601	23	,426

Hingegen war im stationären Kurzzeitbereich mit 0,770 der Eigenwert relativ hoch und die kanonische Korrelation lag mit 0,660 im mittleren Bereich (Tabelle 85). Die Zuordnung der klassifizierten Ergebnisse war demnach überzufällig häufig richtig (Wilks-Lambda=0,565; $(\chi^2(22)=35,967; p=0,031)$).

Tab. 85: Zusammenfassung der kanonischen Diskriminanzfunktionen stationärer Kurzzeitbereich

KT			
Eigenwert	% der Varianz	Kumulierte %	Kanonische Korrelation
0,770	100,0	100,0	0,660
Wilks-Lambda	Chi-Quadrat	df	Signifikanz
,565	35,967	22	,031*

Das mit Abstand größte Gewicht in der Funktion im stationären Kurzzeitbereich, ausgedrückt durch standardisierte Diskriminanzkoeffizienten, hat demnach die Häufigkeit von früheren stationären Entgiftungen (Tabelle 90). Zudem zeigte sich: je weniger lange ein

Kurzzeitpatient vor Therapiebeginn abstinent gelebt hatte oder je mehr er Alkoholverlangen im letzten Monat vor Therapiebeginn wahrgenommen hatte bzw. je weniger er Zustandsangst bei Therapiebeginn zeigte, desto eher wurde er im Katamnesezeitraum rückfällig (alle Mittelwerte siehe Tabelle 86).

Tab. 86: Standardisierte kanonische Diskriminanzkoeffizienten - Klassifizierungsergebnisse

Prädiktoren	Kategorie	TK ¹	LT ²	KT ¹
		Funktion 1	Funktion 1	Funktion 1
Partnerbeziehung ³	Alleinstehend/zeitweilig/fest ⁴	-,177	,419	,259
Erwerbstätigkeit ³	Arbeitslos ⁴	-,123	,502	,174
Abhängigkeitsdauer	Jahre	-,225	-,282	,125
Stationäre Entgiftungen	Anzahl	,130	-,082	,721
Stationäre Entwöhnungen	Anzahl	,233	,130	,070
Abstinenzdauer ³	Anzahl Tage	-,411	,242	-,644
Durchschnittliche Trinkmenge	Alkoholgramm pro Tag	,391	-,035	-,039
EuropASI Körperliche Situation ³	Composite Score	,047	,706	-,376
EuropASI Arbeit: Ökonomie ³	Composite Score	-,259	,183	-,252
EuropASI Arbeit: Zufriedenheit ³	Composite Score	,530	,074	,162
EuropASI Alkoholgebrauch ³	Composite Score	,262	-,067	-,456
EuropASI Drogengebrauch ³	Composite Score	,004	,019	
EuropASI Rechtliche Probleme ³	Composite Score	-,386	,192	,236
EuropASI Familienbeziehungen ³	Composite Score	,320	,207	-,166
EuropASI Sozialbeziehungen ³	Composite Score	-,045	-,100	,096
EuropASI Psychischer Zustand ³	Composite Score	-,236	-,651	,210
EuropASI Alk-/Drogenverlangen ³	Anzahl Tage in den letzten 30 Tagen	,542	-,439	,601
BDI ³	Summenwert	,492	,240	-,228
SCL-90-R ³	GSI	,310	-,174	,475
STAI State ³	Summenwert	-,095	-,823	-,620
STAI Trait ³	Summenwert	-,776	,799	-,057
VAS ³	cm	-,353	-,011	,264

¹Diskriminanzfunktion sagt in diesem Bereich Rückfälligkeit voraus; ²Diskriminanzfunktion sagt Abstinenz voraus; ³Bei Therapiebeginn; ⁴Die Merkmalsausprägung, die Rückfälligkeit vorhersagte, ist jeweils zuerst genannt.

Mithilfe dieser Funktion konnten 81,6% der einbezogenen Fälle (n=76) den Gruppen „Therapieresponder“ und „Non-Responder“ richtig zugeordnet werden, 87,0% den Respondern und 73,3% den Non-Respondern (Tabelle 87).

Tab. 87: Klassifizierungsergebnisse

		TK (n=82)		LT (n=67)		KT (n=76)	
		Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit		Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit		Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit	
		Nein	Ja- oder Nicht-Antworter	Nein	Ja- oder Nicht-Antworter	Nein	Ja- oder Nicht-Antworter
Anzahl	Nein	20*	8	16**	9	40***	6
	Ja- oder Nicht-Antworter	6	48*	5	37**	8	22***
%	Nein	71,4	28,6	64,0	36,0	87,0	13,0
	Ja- oder Nicht-Antworter	11,1	88,9	11,9	88,1	26,7	73,0

* 82,9% der ausgewählten ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

** 79,1% der ausgewählten ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

*** 81,6% der ausgewählten ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert

Während sich mit der Diskriminanzanalyse in den Behandlungsbereichen Tagesklinik und individualisierter Langzeitbereich keine bedeutsame Prädiktion des Behandlungserfolgs mithilfe der genannten Parameter abzeichnete, zeigten sich bei den Berechnungen der Häufigkeiten in den beiden Gruppen zumindest einige interessante und zum Teil auch signifikante Unterschiede. Der folgende Abschnitt zeigt Therapieerfolgsquoten bezüglich einer Auswahl einzelner relevanter störungsspezifischer und psychologischer Patientenmerkmale zum Aufnahmezeitpunkt der Behandlung für jeden Behandlungsbereich getrennt (im Anhang findet sich eine vollständige Übersicht: 2-B-19 bis 2-B-31). Die Ergebnisse basieren ebenfalls auf der konservativen Berechnungsform der Erfolgsquoten nach DGSS 4. Die Kategorie „abstinent nach Rückfall“ fand auch hier keine Berücksichtigung.

4.6.1 Unterschiede zwischen Therapierespondern und Non-Respondern:

4.6.1.1 Soziodemografische und Suchtspezifische Merkmale

In den soziodemografischen Merkmalen zeigten sich in der Tagesklinik keine Unterschiede zwischen den erfolgreichen und nicht erfolgreichen Patienten. D.h., auch Patienten, die ohne feste Bezugsperson waren, arbeitslos waren oder alleine lebten, wurden nicht häufiger rückfällig als Betroffene, die sozial und beruflich gut integriert waren. In der Tagesklinik waren Patienten, die vor Therapiebeginn kürzer abstinent gelebt hatten (R: $M=37,65$, $SD=52,470$; A: $M=67,11$; $SD=50,026$; $t(80)=2,425$; $p=0,018$) und mehr Alkoholverlangen

im letzten Monat vor Therapiebeginn wahrgenommen hatten, signifikant häufiger rückfällig. Hinsichtlich des Schweregrads ihrer Abhängigkeitserkrankung ließ sich nur im Bereich des Alkoholgebrauchs ein bedeutsamer Unterschied finden: Betroffene, die eine schwerwiegendere Beeinträchtigung im Alkoholgebrauch hatten, wurden häufiger rückfällig (R: $M=0,35$, $SD=0,200$; A: $M=0,23$; $SD=0,193$; $t(80)=-2,494$; $p=0,15$; Tabelle 88).

Interessanterweise lassen sich hinsichtlich der Anzahl der stationären Vorbehandlungen keine Unterschiede zwischen abstinenten und rückfälligen Tagesklinikpatienten finden: so waren Patienten, die in der Vorgeschichte eine oder mehrere stationäre Entwöhnungsbehandlungen absolviert hatten, nicht signifikant häufiger rückfällig geworden als Tagesklinikpatienten, für die die Behandlung eine Erstbehandlung war: während unter den 55 Rückfälligen 33 Patienten waren, die in der Tagesklinik zum ersten Mal eine Entwöhnungsbehandlung absolviert hatten sowie acht Patienten, die bereits mehrere Entwöhnungsbehandlungen im Vorfeld absolviert hatten, blieb immerhin ein Drittel ($n=7$) der 21 Patienten mit bereits einer Behandlung in der Vorgeschichte abstinent ($\chi^2(2)=2,248$; $p=0,325$). D.h., manche Patienten mit stationärer Vorerfahrung profitieren von einer tagesklinischen Therapie.

Betrachtet man die Unterschiede zwischen den Therapierespondern und den Non-Respondern bezüglich der Rückfälligkeit während der tagesklinischen Behandlung so zeigt sich eine leichte Tendenz: 35 der im Katamnesezeitraum Rückfälligen hatten im Therapieverlauf keinen Rückfall, ein Fünftel hatte einmalig Suchtmittel konsumiert und 9 Patienten wurden mehr als zweimal suchtmittelrückfällig während der Behandlung ($\chi^2(2)=5,796$; $p=0,055$).

Tab. 88: soziodemografische und suchtspezifische Unterschiede zwischen Therapierespondern und Non-Respondern - Tagesklinik

		TK							
		Rückfällig ¹			Abstinient				
Variable	Merkmal	n	M	SD	n	M	SD	p/levne	p/t
Abhängigkeitsdauer	Jahre	55	11,95	7,492	27	14,11	6,216	ns	ns
Stationäre Entgiftungen	Anzahl	55	2,00	2,90	27	1,11	0,934	ns	ns
Durchschnittliche Trinkmenge pro Tag vor Therapie	Gramm	55	223,4	93,784	27	197,63	53,908	,032	ns
Abstinenzdauer vor Therapie	Tage	55	37,65	52,470	27	67,11	50,026	ns	,018
Alkohol-/ Drogenverlangen EuropASI t1	Letzte 30 Tage	55	1,436	0,714	27	0,963	0,854	ns	,010
		TK							
		Rückfällig ¹			Abstinient				
Variable	Merkmal	n =55	%		n=27	%		p/ χ^2	
Anzahl stationärer Entwöhnungen*	Keine	33	60,0		19	70,4		ns	
	Eine	14	25,4		7	25,9			
	≥2	8	14,6		1	3,7			
Konsum von Suchtmitteln während der Behandlung	Kein	35	63,6		24	88,9		ns(,055)	
	Einmalig	11	20,0		2	7,4			
	>2	9	16,4		1	3,7			
Partnerbeziehung (Therapieende)	Alleinstehend	20	36,4		11	40,7		ns	
	Zeitweilige Beziehungen	2	3,6		1	3,7			
	Feste Beziehung	33	60,0		15	55,6			

¹Rückfällig mit jeglichen Suchtmitteln; *alle Stichprobenteilnehmer

Im stationären Langzeitbereich zeigten sich hingegen Unterschiede zwischen den Gruppen der Rückfälligen und Abstinenten hinsichtlich ihrer Partnerschaftssituation: rückfällige Patienten lebten überzufällig häufiger ohne Partner als die Abstinente gebliebenen (R: 55,6%; A: 37,2%). Unterschiede zeigten sich auch in den suchtspezifischen Vorbehandlungen: so wurden Patienten mit mehr stationären Entgiftungsmaßnahmen (R: M=2,15; SD=2,837; A: M=1,17; SD=0,985; $t(105)=-2,628$; $p=0,010$) häufiger rückfällig. Alle 8 Patienten mit bereits einer absolvierten Entwöhnungsbehandlung und alle vier mit zwei stationären Entwöhnungen wurden ebenfalls erneut rückfällig ($\chi^2(2)=6,570$; $p=0,037$). Therapieresponder und Non-Responder unterschieden sich allerdings nicht hinsichtlich stattgefundener Rückfälle während der Behandlung: 81,9% der im Katamnesezeitraum Rückfälligen und 97,1% der Abstinenten blieben über den gesamten Therapieverlauf suchtmittelabstinent (Tabelle 89).

Tab. 89: Soziodemografische und suchtspezifische Unterschiede zwischen Therapierespondern und Non-Respondern - stationärer individualisierter Langzeitbereich

		LT							
		Rückfällig ¹			Abstinent				
Variable	Merkmal	n	M	SD	n	M	SD	p/levone	p/t
Abhängigkeitsdauer	Jahre	72	12,56	13,159	35	10,89	7,745	ns	ns
Stationäre Entgiftungen	Anzahl	72	2,15	2,837	35	1,17	0,985	,005	,010
Durchschnittliche Trinkmenge pro Tag vor Therapie	Gramm	36	309,1	223,38	17	258,5	164,5	ns	ns
Abstinenzdauer vor Therapie	Tage	49	152,1	65,819	31	171,9	59,136	ns	ns
Alkohol-/ Drogenverlangen EuropASI t1	Letzte 30 Tage	72	0,819	0,924	35	0,486	0,818	,019	ns
		LT							
		Rückfällig ¹		Abstinent					
Variable	Merkmal	n=72	%	n=35	%	p/ χ^2			
Anzahl stationärer Entwöhnungen*	Keine	60	83,3	35	100,0	,037			
	Eine	8	11,1	0	0				
	2	4	5,6	0	0				
Konsum von Suchtmitteln während der Behandlung	Kein	59	81,9	34	97,1	ns			
	einmalig	8	11,1	1	2,9				
	≥ 2	5	7,0	0	0				
Partnerbeziehung (Therapieende)	Alleinstehend	40	55,6	13	37,2	,027			
	Zeitweilige Beziehungen	5	6,9	0	0				
	Feste Beziehung	26	36,1	22	62,9				

¹Rückfällig mit jeglichen Suchtmitteln; *alle Stichprobenteilnehmer

Ein anderer möglicher Prädiktor im Kurzzeitbereich (Tabelle 90) war die Art der Vorbehandlung: alle 5 Patienten mit einer Entwöhnungsbehandlung in der Vorgeschichte und der einzige Patient, der bereits zwei Vorbehandlungen absolviert hatte, wurden rückfällig ($\chi^2(2)=8,797$; $p=0,012$). Weiterhin zeigte sich hier: je mehr stationäre Entwöhnungsmaßnahmen ein Patient absolviert hatte, desto eher wurde er rückfällig (R: $M=1,79$; $SD=2,527$; A: $M=0,60$; $SD=0,664$; $t(88)=-2,840$; $p=0,007$). Zudem ist die Wahrscheinlichkeit für einen Kurzzeitpatienten rückfällig zu werden größer, je länger er noch Alkohol im Vorfeld der Therapie konsumierte (R: $M=97,57$; $SD=129,9$; $SD=84,520$; $t(85)=2,068$; $p=0,042$) und je mehr er unter Alkoholverlangen im letzten Monat vor der Therapie litt (R: $M=1,026$; $SD=0,944$; A: $M=0,404$; $SD=0,748$; $t(88)=-2,968$; $p=0,004$). Der Rückfall während der Entwöhnungsbehandlung unterschied allerdings wie im stationären individualisierten Langzeitbereich nicht zwischen Therapierespondern und Non-Respondern, da nur ein Pati-

ent während der Therapie rückfällig geworden war und dieser im Katamnesezeitraum abstinent geblieben war. Soziodemografische Merkmale spielten ebenfalls keine Rolle.

Tab. 90: Soziodemografische und suchtspezifische Unterschiede zwischen Therapierespondern und Non-Respondern - stationärer Kurzzeitbereich

		KT							
		Rückfällig ¹			Abstinent				
Variable	Merkmal	n	M	SD	n	M	SD	p/levene	p/t
Abhängigkeitsdauer	Jahre	38	13,05	10,280	52	10,75	7,690	,030	ns
Stationäre Entgiftungen	Anzahl	38	1,79	2,527	52	0,60	0,664	,001	,007
Durchschnittliche Trinkmenge pro Tag vor Therapie	Gramm	33	181,8	82,995	33	187,7	145,8	ns	ns
Abstinenzdauer vor Therapie	Tage	37	97,57	50,511	50	129,9	84,520	ns	,042
Alkohol-/ Drogenverlangen EuropASI t1	Letzte 30 Tage	38	1,026	0,944	52	0,404	0,748	,001	,004
		KT							
		Rückfällig ¹		Abstinent					
Variable	Merkmal	n=38	%	n=52	%	p/χ ²			
Anzahl stationärer Entwöhnungen ²	Keine	32	84,2	52	100,0	,012			
	Eine	5	13,2	0	0				
	≥2	1	2,6	0	0				
Konsum von Alkohol während der Behandlung	kein	37	97,4	51	98,1	ns			
	einmalig	0	0	1	1,9				
	unbekannt	1	2,6	0	0				

¹Rückfällig mit jeglichen Suchtmitteln; ²alle Stichprobenteilnehmer

4.6.1.2 Schweregrad

Ein anderer möglicher Prädiktor für den Therapieerfolg in der Tagesklinik zeigt sich im Alkoholgebrauch: Patienten, die eine größere Problemausprägung im Bereich des Alkoholgebrauchs hatten, wurden signifikant eher rückfällig im Katamnesezeitraum (R: M=0,35; SD=0,200; A: M=0,23; SD=0,193; t(80)=-2,528; p=0,015). In den anderen Bereichen unterschieden sich die Gruppen der Responder und Non-Responder in der Tagesklinik nicht in ihren mittleren Problemausprägungen (Tabelle 91).

Tab. 91: Schweregrad Unterschiede zwischen Therapierespondern und Non-Respondern Tagesklinik

		TK							
		Rückfällig			Abstinenter			p/levене	p/t
Verfahren	Merkmal	n	M	SD	n	M	SD		
EuropASI ¹	Körperlicher Zustand	55	0,165	0,270	27	0,213	0,327	ns	ns
	Arbeit und Unterhalt: Ökonomische Situation	55	0,438	0,465	27	0,346	0,442	ns	ns
	Arbeit und Unterhalt: Zufriedenheit mit der Arbeitssituation	55	0,341	0,340	27	0,86	0,333	ns	ns
	Alkoholgebrauch	55	0,35	0,200	27	0,23	0,193	ns	,015
	Drogengebrauch	55	0,00	0,020	27	0,00	0,002	,025	ns
	Rechtliche Probleme	55	0,00	0,027	27	0,01	0,053	,012	ns
	Familienbeziehungen	55	0,23	0,301	27	0,19	0,247	ns	ns
	Sozialbeziehungen	55	0,06	0,146	27	0,06	0,157	ns	ns
	Psychischer Zustand	55	0,10	0,146	27	0,09	0,145	ns	ns

¹Composite Score

Im stationären individualisierten Langzeitbereich (Tabelle 92) zeigten sich in allen Lebensbereichen bis auf den psychischen Zustand ebenfalls keine Unterschiede zwischen den Therapieerfolgreichen und den Rückfälligen. Rückfällige Langzeitpatienten hatten demnach eine höhere Problemausprägung im psychischen Bereich als die im Katamnesezeitraum vollständig Abstinentelebenden (R: 0,14; SD=0,203; A: M=0,07; SD=0,125; $t(105)=-2,412$; $p=0,018$).

Tab. 92: Schweregrad Unterschiede zwischen Therapierespondern und Non-Respondern stationärer individualisierter Langzeitbereich

		LT							
		Rückfällig			Abstinenter			p/levене	p/t
Verfahren	Merkmal	n	M	SD	n	M	SD		
EuropASI ¹	Körperlicher Zustand	72	0,181	0,339	35	0,229	0,291	ns	ns
	Arbeit und Unterhalt: Ökonomische Situation	72	0,566	0,467	35	0,542	0,478	ns	ns
	Arbeit und Unterhalt: Zufriedenheit mit der Arbeitssituation	72	0,265	0,364	35	0,264	0,378	ns	ns
	Alkoholgebrauch	56	0,29	0,152	30	0,25	0,109	ns	ns
	Drogengebrauch	72	0,01	0,025	35	0,00	0,11	ns	ns
	Rechtliche Probleme	72	0,01	0,033	35	0,01	0,034	ns	ns
	Familienbeziehungen	72	0,07	0,138	35	0,09	0,177	ns	ns
	Sozialbeziehungen	72	0,06	0,172	35	0,04	0,107	ns	ns
	Psychischer Zustand	72	0,14	0,203	35	0,07	0,125	,003	,018

¹Composite Score

Mögliche Prädiktoren in der Schweregradeinschätzung ließen sich im Kurzzeitbereich nicht finden (Tabelle 93).

Tab. 93: Schweregrad Unterschiede zwischen Therapierespondern und Non-Respondern stationärer Kurzzeitbereich

Verfahren	Merkmal	KT							
		Rückfällig			Abstinenter				
		n	M	SD	n	M	SD	p/levne	p/t
EuropASI ¹	Körperlicher Zustand	38	0,133	0,218	52	0,205	0,354	,001	ns
	Arbeit und Unterhalt: Ökonomische Situation	38	0,236	0,384	52	0,263	0,424	ns	ns
	Arbeit und Unterhalt: Zufriedenheit mit der Arbeitssituation	38	0,134	0,282	52	0,154	0,275	ns	ns
	Alkoholgebrauch	34	0,31	0,184	47	0,25	0,134	,008	ns
	Drogengebrauch	38	0,01	0,061	52	0,00	0,001	,018	ns
	Rechtliche Probleme	38	0,03	0,091	52	0,00	0,001	,001	ns
	Familienbeziehungen	38	0,08	0,151	52	0,10	0,216	ns	ns
	Sozialbeziehungen	38	0,03	0,066	52	0,03	0,088	ns	ns
	Psychischer Zustand	38	0,08	0,143	52	0,07	0,135	ns	ns

¹Composite Score

4.6.1.3 Alkoholverlangen

Zumindest einen Hinweis auf mögliche störungsspezifische Prädiktoren lieferten der OCDS-G und der AASE-G in der Tagesklinik (Tabellen B-25 und B-26 im Anhang): ein tendenziell höheres Gesamtalkoholverlangen hatten bei Therapiebeginn diejenigen Patienten, die im Katamnesezeitraum rückfällig wurden (R: M=14,29; SD=5,442; $t(80)=-1,952$; $p=0,054$). Patienten, die im Katamnesezeitraum abstinent geblieben waren, hatten ein signifikant geringeres gedankliches Alkoholverlangen als die Rückfälligen (R: M=5,45; SD=2,892; $t(80)=-2,530$; $p=0,013$). Im AASE-G hatten die rückfälligen Tagesklinikpatienten eine tendenziell stärkere Versuchung in Situationen mit Craving (R: M=2,22; SD=0,690; A: M=1,89; SD=0,770; $t(80)=-1,985$; $p=0,51$).

Alle übrigen soziodemografischen, suchtspezifischen und sonstigen psychologischen Variablen lieferten keine Hinweise für weitere potentielle Prädiktoren der tagesklinischen Entwöhnungsbehandlung. In den beiden stationären Bereichen ließen sich in den aufgeführten Variablen ebenfalls keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Therapierespondern

und den Non-Respondern finden. Tendenzielle Hinweise liegen für den stationären Langzeitbereich vor bei der Zustandsangst des STAI ($p=0,051$), der Gesamtsymptombelastung im SCL-90-R ($p=0,067$) und der Versuchung, Alkohol zu konsumieren in einer alkoholkritischen geselligen Situation sowie im Zusammenhang mit positiven Gefühlen ($p=0,053$; Gesamtübersicht Tabellen 2-B-19 bis 2-B-31 im Anhang).

5. Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion

Das Ziel dieser Untersuchung bestand in der Überprüfung der Patientenstruktur und Wirksamkeit sowie Prognose ganztägig ambulanter Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger im Vergleich zu stationärer Behandlung. Damit sollte der spezifische Rahmen eines tagesklinischen Settings für suchtmittelabhängige Betroffene charakterisiert werden. Die naturalistischen Bedingungen der regelhaften Rehabilitationsbehandlung Alkohol- und Medikamentenabhängigen kennzeichneten die Studie. Die Aussagen beziehen sich auf eine Stichprobe von 82 ganztägig ambulant behandelten Alkohol- und Medikamentenabhängiger im Vergleich zu zwei konzeptionell unterschiedlichen stationären Behandlungsgruppen (individualisierter Langzeitbereich, Kurzzeitprogramm), die zwischen April 2003 und März 2004 in der Tagesrehabilitation Stuttgart bzw. der Fachklinik Wilhelmsheim aufgenommen wurden.

5.1 Methodische Kritik

Verschiedene Einschränkungen sind bzgl. der Interpretation und Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu machen. Insbesondere die Aussagen zur differentiellen Wirksamkeit tagesklinischer wie stationärer Alkoholentwöhnung sind aufgrund der zum Teil unterschiedlichen methodischen Konzeptionen der stationären und der teilstationären Datenerhebungen mit Vorsicht zu betrachten. In Ermangelung einer experimentellen Studie mit einer kontrollierten und randomisierten Vorgehensweise und angesichts der naturalistischen Unter-

suchungsbedingungen der vorliegenden Studie ist die interne Validität beeinträchtigt. Demzufolge kann der Einfluss weiterer Randbedingungen auf die beobachteten Veränderungen nicht ausgeschlossen werden und Verbesserungen können auch unabhängig von Wirkungen der tagesklinischen und stationären Settingbedingungen resultieren. In diesem Zusammenhang werden verschiedene Faktoren diskutiert: zum einen spielen natürliche Effekte durch Spontanremission eine Rolle, zum anderen werden statistische Artefakte wie Regressionseffekte zur Mitte bei extremen Werten genannt. Die externe Validität scheint demgegenüber besser zu sein, wenngleich aufgrund der Selektion der Patientenstichproben auch hier Limitationen bzgl. der Untersuchungsergebnisse aufzuführen sind. Die Einschränkungen betreffen sowohl die Aussagen zur generellen Wirksamkeit als auch zu den differentiellen Effekten der teilstationären versus stationären Behandlung. In der Metaanalyse von Finney et al. (1996) prüften die Autoren den Zusammenhang von Patienten-, Untersuchungs- und Behandlungsmerkmalen mit dem Erfolgskriterium Abstinenz. Patienten, die in randomisierte Studien einwilligen, scheinen eher ungünstige Merkmale wie unverheiratet, höherer Alkoholschweregrad und stärkerer Alkoholkonsum vor Therapiebeginn aufzuweisen. Ein Nachweis, dass diese Patienten demnach auch eher von stationärer Behandlung profitieren, konnte nicht erbracht werden. Allerdings zeigten sich in der Umkehrung in naturalistischen Studien positivere Effekte für die stationären Patienten, was in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden konnte. Insgesamt erbringen randomisierte Studien geringere Effekte als Untersuchungen mit selbstselektionierten Patientengruppen. Vor dem Hintergrund des höheren Grads der Verallgemeinbarkeit empfehlen die Autoren auch weiterhin ein naturalistisches Design für zukünftige Untersuchungen, um mit umfangreicheren Datenerhebungen die komplexen Selektionsprozesse abbilden zu können. In der vorliegenden Studie wurde zwar keine Randomisierung vorgenommen, jedoch wurden die Patienten nach ihrer Einwilligung zur Studienteilnahme befragt. Im Gegensatz zur tagesklinischen Stichprobe, bei der nach dem „Intention to Treat Ansatz“ alle 82 im Jahr 2003 aufgenommenen Patienten in die Teilnahme einwilligten, kam es in den stationären Gruppen zu einer beträchtlichen Anzahl von Verweigerern. Über die genaue Anzahl und die charakteristischen Merkmale dieser Patientengruppe kann leider keine Aussage getroffen werden. Weiterhin wird die Verallgemeinbarkeit der Ergebnisse durch Selektionsprozesse limitiert. Bei allen drei Patientengruppen handelt es sich um eine positiv selektierte Aus-

wahl (im stationären Kurzzeitbereich mit seinen günstigen sozialen und beruflichen Merkmalen aber auch hinsichtlich seiner kognitiven Anforderungen ist dies noch viel mehr der Fall als bei den tagesklinischen und den stationären Patienten). Die Ausschlusskriterien umfassten alle schwerwiegenderen Formen von körperlichen und psychischen Erkrankungen, akute Suizidalität und starke kognitive Defizite. In der stationären Langzeitgruppe wurden alle Betroffene mit mehrfachen stationären Entwöhnungsbehandlungen in der Vergangenheit nicht in die Studie aufgenommen. In der bereits erwähnten Studie von Finney et al. (1996) schnitten interessanterweise Behandlungsprogramme ohne solcherart getroffene Ausschlusskriterien besser ab. Dieser Effekt war jedoch konfundiert mit Setting-Variablen: Programme ohne diese Ausschlusskriterien wurden in privaten Einrichtungen durchgeführt, die zwar schwerer erkrankte aber gleichzeitig auch sozial stabilere Patienten mit einer größeren Intensität behandelten.

Mitbedingt durch die Kooperation der Fachklinik Wilhelmsheim mit dem IFT in München resultierten eine verminderte Qualität der Eingangs- und Ausgangs- sowie Katamnesedaten für die stationären Vergleichsgruppen gegenüber der tagesklinischen Patientengruppe insbesondere für die Patienten aus dem individualisierten stationären Langzeitbereich sowie methodische Mängel aufgrund der in Teilen unterschiedlichen Studienkonzeption. Hier lässt sich der höhere stationäre Missing Data Anteil in der prä- und post-Messung bei den durch die Fragebogen-Diagnostik des stationären Bereichs erhobenen Instrumenten auf die phasenweise personelle Unterbelegung zurückführen. Eine möglicherweise inkonsistente Aktenführung durch die Bezugstherapeuten kann mit ausschlaggebend sein. Daher kann eher von einer Zufallsstichprobe ausgegangen und die Möglichkeit einer selektiven Auswahl der gewonnenen Eingangs- und Ausgangsdaten ausgeschlossen werden. Eine Vergleichbarkeit der Katamnesedaten ist vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Formen und Zeiten der tagesklinischen und stationären Datenerhebung sowie der differierenden Drop out Raten nur mit Einschränkungen möglich: die stationäre Katamneseerhebung durch das IFT erfolgte gemischt, mit mündlichen (sowohl persönlichen als auch telefonischen Gesprächen) und schriftlichen Angaben der Patienten. Keine Angaben liegen über das genaue Verhältnis von persönlichen wie schriftlichen Auskünften vor. Ein Teil der Daten aus der ersten 6-Monatskatamnese in den stationären Gruppen musste überdies retro-

spektiv nacherhoben werden. Aufgrund der zweimaligen, jeweils auf sechs Monate bezogenen Katamnesebefragungen in den stationären Patientengruppen mussten deren Datensätze mit dem teilstationären Datensatz zusammengefasst und kompatibel gemacht werden, was mit einer weiteren Erhöhung der Dropout-Rate verbunden war. In beiden Settings wurde überdies keine genaue Analyse der Dropoutquote oder eine Korrektur der Missing Data durchgeführt. Die hohe Drop out Rate im stationären Langzeitbereich führt überdies zu einer überhöhten Rückfallquote, wenn man den Berechnungen den strengsten Auswertungsmodus zugrunde legt, da hier alle Nichtantworter und Nichterreichten als rückfällig gewertet werden. Hingegen kann von einer positiv verzerrten Patientengruppe bei der weniger strengen Auswertung nach DGSS 3 ausgegangen werden, bei der nur die Daten aller Katamneseantworter in die Berechnung eingehen. Diese Vermutung von möglichen Selektionseffekten der Stichprobe bei der Katamnese konnte im Rahmen dieser Studie nicht überprüft werden. Erfahrungswerte stationärer Studien weisen jedoch auf eine positive Selektion bei der Gruppe der Katamneseantworter hin: demnach leben diese Patienten eher in einer festen Beziehung, haben noch häufiger ihren Arbeitsplatz und hatten weniger suchtspezifische Vorbehandlungen (Entwöhnungen und Entgiftungen) absolviert sowie häufiger regulär ihre Therapie beendet (Zobel et al., 2005). In der Studie von Finney et al. (1996) konnte gezeigt werden, dass an je mehr Follow-up Zeitpunkten Daten erfasst wurden, die Dropout Rate größer war und die verbliebenen und gut motivierten Patienten ein desto besseres Abschneiden zeigten. Bei zukünftigen Studien sollte das Bemühen um eine höhere Ausschöpfungsquote im Vordergrund bei der Katamneseerhebung stehen. Die lückenhaft erhobenen Befunde zum Nachbetreuungsverhalten im Katamnesezeitraum schränken die vergleichenden Aussagen ebenfalls ein. Demgegenüber konnte in der tagesklinischen Stichprobe eine relativ hohe Ausschöpfungsquote erreicht werden mit möglicherweise ungünstigeren Ausprägungen. Die vergleichbar guten Ergebnisse in der Tagesklinik sind vor diesem Hintergrund hinsichtlich der Erfolgskriterien Trinkverhalten und den positiven Aussagen hinsichtlich ihrer sozialen und beruflichen Integration ein weiterer Hinweis für die hohe tagesklinische therapeutische Qualität. Eine differenziertere Datenanalyse des Rückfallgeschehens sollte in zukünftigen Untersuchungen für die stationäre Vergleichsgruppe ähnlich den Daten in der Tagesklinik erhoben werden, um den Wirksamkeitsnachweis für beide Behandlungsgruppen erbringen zu können.

Die Aussagekraft der Befunde wird weiterhin etwas geschmälert durch den Mangel an fremdanamnestic Angaben bzw. biochemischen Tests, die üblicherweise eingesetzt werden, um die Validität der Selbstaussagen zum Trinkverhalten zu verbessern. Die Glaubwürdigkeit von Angaben zum Trinkverhalten durch die Betroffenen selbst scheint jedoch besser zu sein als angenommen. Weisner et al. (2000) konnten eine hohe Validität zeigen: in 93,5% der Fälle gab es eine Übereinstimmung zwischen den Selbstaussagen und Urinanalysen. Wenn überdies persönliche Auskünfte in klinischen Settings von nicht alkoholisierten Klienten erhalten werden, zu denen der Therapeut ein Vertrauensverhältnis aufgebaut hat, sind die Angaben zum Alkoholkonsum valider als „objektive“ Angaben von Angehörigen oder „harte“ physiologische Parameter (O'Farrell & Maisto, 1987, zitiert nach Arend, 1994). In der Regel wurden in der Tagesklinik die Katamnesebefragungen persönlich durchgeführt, alle bis auf einen Patienten in der TK waren nicht alkoholisiert. Mängeln dieser Art wurden versucht, durch eine sorgfältige und umfangreiche Datenerhebung sowie mehreren Erfolgskriterien zu begegnen. Mit dem EuropASI wurde überdies ein Instrument zur Einschätzung des Schweregrads der Abhängigkeitserkrankung gewählt, das international „Gold-Standard“ erfährt. Demnach wurde nicht nur der Suchtmittelkonsum erfasst, sondern auch Bedingungen der sozialen und beruflichen Integration, der Gesundheits- und psychische Zustand sowie familiäre bzw. soziale Erfahrungen im Katamnesezeitraum. Das Erfolgskriterium wurde in einer differenzierten Weise erfasst, wodurch Unstimmigkeiten schneller auffällig wurden. Mit einer binären Erfassung des Erfolgskriteriums Suchtmittelkonsum (Konsum ja/nein) wurde überdies ein strenger Maßstab angelegt. Englischsprachige Studien verwenden häufig quantitativ leichtere Abstinenzkriterien wie „Anzahl von abstinenten Tagen“ oder „Anzahl täglicher drinks“. Der Forderung, nicht nur Alkoholkonsum zu registrieren, sondern die Erhebung auf Suchtmittel allgemein auszuweiten (Miller & Sanchez-Craig, 1996), wurde ebenfalls nachgekommen, wengleich dieser Anteil eine eher untergeordnete Rolle spielte. Entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Therapie in den Dokumentationsstandards (2001) wurde nicht nur ein kurzes Zeitfenster von 30 Tagen, sondern mit 12 Monaten ein ausreichend langer Nachbefragungszeitraum gewählt. Der Nachweis längerfristiger Effekte der tagesklinischen Behandlung zu späteren Zeitpunkten muss durch zukünftige Untersuchungen noch erbracht werden.

5.2 Stichprobenbeschreibung

Aufgrund der vorliegenden Daten gibt es eine Reihe von Hinweisen, dass sich die tagesklinische Klientel in den relevanten soziodemografischen, störungsspezifischen und klinischen Patientenmerkmalen nicht grundlegend von der stationären Langzeitklientel unterscheidet, eine Ähnlichkeit mit den „gesünderen“ Kurzzeitpatienten nur in wenigen Merkmalen gegeben war und sich die vorab definierten Indikationsempfehlungen somit nur teilweise in der untersuchten Patientengruppe abbilden. Bei den folgenden Ergebnisdarstellungen handelt es sich um eine Auswahl der besonders relevant erscheinenden Befunde, die die Hauptaussagen der Studie wiedergeben sollen.

5.2.1 Soziodemografische Merkmale

Die Attraktivität tagesklinischer Entwöhnungsbehandlung als ein speziell auf Frauen zugeschnittenes Behandlungsangebot wird vielerorts diskutiert (Wahlstab, 1991; Wagner, 1996). In der vorliegenden Studie zeigt sich jedoch im Vergleich zur stationären Stichprobe kein verändertes Geschlechterprofil. Die Geschlechterverteilung mit einem Drittel Frauenanteil in der Tagesklinik ist annähernd gleich wie in den stationären Gruppen. In der Bielefelder integrierten Tagesklinik der Psychiatrischen Klinik zeigte sich mit einem deutlich höheren Frauenanteil von 54% und 36% in zwei aufeinander folgenden Behandlungsjahrgängen ein erleichterter tagesklinischer Zugang gerade für Mütter und Ehefrauen sowie Alleinerziehende (Westermann & Wessel, 1996). Einige neuere tagesklinische Untersuchungen (Weisner et al., 2000; Soyka et al., 1999) kommen mit 35% bzw. 43% zwar zu einem ebenfalls größeren Frauenanteil, der höhere Anteil männlicher Patienten in den hier untersuchten Behandlungsgruppen bestätigt jedoch die in internationalen wie auch deutschsprachigen Studien (Fink et al., 1985; Lotz-Rambaldi et al., 2002; Zemlin et al., 2002) berichteten Verhältnisse und entspricht den aus den stationären Einrichtungen bekannten Geschlechterverteilungen (Küfner, et al. 1986).

Die Altersstruktur in der Tagesklinik ist mit 45 Jahren vergleichbar den stationären Gruppen. Dies entspricht ebenfalls den Befunden der einschlägigen deutschen Literatur (TK: 46 Jahre und Stat.: 44 Jahre, Lotz-Rambaldi et al., 2002; TK: 43 Jahre, Soyka et al, 1999). Die

eher heterogene Altersstruktur amerikanischer Studien (TK: 38 Jahre, Besinger & Pilkington, 1983; TK: 34/43 Jahre, Alterman et al. 1993; 1994) liefert möglicherweise einen Hinweis für die größere Akzeptanz tagesklinischer Entwöhnungsbehandlung durch diese spezifische Patientenklientel bzw. könnte auf den Umstand einer flächendeckenderen Versorgung tagesklinischer Suchtbehandlung in den USA hinweisen.

Bezüglich des Familienstands zeigen sich zwischen tagesklinischen und stationären Patienten keine Unterschiede: 40% der tagesklinischen sowie 25%/59% der Patienten des individualisierten Langzeit- bzw. Kurzzeitbereichs sind verheiratet bzw. wiederverheiratet. Interessant ist jedoch in diesem Zusammenhang die Beurteilung ihrer familiären Situation durch die tagesklinische Patientenklientel. Im Gegensatz zu den beiden stationären Behandlungsgruppen äußerte die tagesklinische Klientel bei Therapiebeginn deutlich mehr familiäre Schwierigkeiten, dies steht im Gegensatz zu den Befunden aus der Hamburger Tagesklinik, die eine stärkere familiäre (und soziale) Belastung bei den stationären Patienten fanden, wenngleich sie dem entgegengesetzt in ihren „Indikationskriterien“ eine längere stationäre Behandlung bei familiären Konflikten kontraindiziert sahen. Wiederum andere Empfehlungen tagesklinischer Einrichtungen sehen eine spezielle tagesklinische Indikation für Patienten, deren familiäre (und soziale) Situation noch weitgehend ungestört ist und dagegen der Arbeitsbereich eine größere Belastung darstellt (Soyka et al. 1999). Evtl. war jedoch gerade das pathogene soziale Umfeld und die familiäre Belastung sowie die Sorge vor einer stationär bedingten Entfernung aus diesem System mit ein Kriterium bei der Entscheidung der Betroffenen und der zuweisenden Stellen für die tagesklinische Behandlung. Dieser Befund widerspricht (noch) den aktuell geltenden Aussagen „Abhängigkeitserkrankungen“ der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger, die in ihrer gemeinsamen Vereinbarung von 2001 bei ambulanter Behandlung dem sozialen Umfeld eine unterstützende Funktion zuweisen und bei einem pathogenen Milieu eine Herausnahme mittels stationärer Behandlung empfehlen. Für die Betroffenen könnte vor dem Hintergrund des tagesklinischen Behandlungsprofils mit seiner größtmöglichen Alltagsnähe die Hoffnung verknüpft sein, bestehende familiäre Schwierigkeiten und defizitäre Partnerschaftskompetenzen im Rahmen der tagesklinischen Therapie täglich ansprechen und Konfliktlösestrategien zeitnah umsetzen zu können. Weiterhin bietet die tagesklinische Thera-

pie für die Patienten die Möglichkeit, ihre Familienmitglieder mit einer Teilnahme an Partner- und Angehörigenseminaren regelmäßig in die Behandlung einzubeziehen, so dass Beziehungs- und familiäre Problematiken gemeinsam mit therapeutischer Unterstützung zeitnah und höherfrequent bei Bedarf bearbeitet werden können. Damit ist die Voraussetzung geschaffen, Familienmitglieder am eigenen Veränderungsprozess teilnehmen zu lassen und sich einem gemeinsamen Entwicklungsprozess auszusetzen. Den Wahrnehmungen Angehöriger wie auch Betroffener selbst einer Scheinwelt ohne Veränderungsbedarf kann somit im Rahmen einer (teil-) stationären Behandlung entgegengewirkt werden.

Mit 62% leben deutlich mehr Tagesklinikpatienten gegenüber 46% der Langzeitpatienten und tendenziell weniger als 76% der Kurzzeitpatienten in einer festen Partnerschaft. Betrachtet man die aktuelle Lebenssituation in den letzten 6 Monaten vor Therapiebeginn, bestätigt sich dieser Befund: der Anteil der Alleinlebenden liegt in der Tagesklinik (34,1%) wesentlich niedriger als im Langzeitbereich (51,4%), aber höher als im Kurzzeitbereich (25,6%). Dieses Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen anderer Studien (66% in fester Beziehung Lebender, Lotz-Rambaldi et al., 2002; 57% verheiratet, Soyka et al, 1999). Studien aus dem amerikanischen Raum kommen wiederum zu unterschiedlichen Ergebnissen (5% verheiratet, Weisner et al., 2000; 28% Alterman et al, 1993). Die Tagesklinik nimmt in diesem Merkmal also eine Zwischenposition ein. Damit ist der Anteil an alleinstehenden Personen ohne feste Bezugsperson in der Tagesklinik dennoch unerwartet hoch und entspricht nicht den vorab definierten Indikationsempfehlungen. Der Befund könnte hingegen auch Ausdruck der Wünsche allein stehender und allein lebender Betroffener sein, die sich mit einer tagesklinischen Behandlung einen Ausweg aus ihrer sozialen Isolation versprechen. Mit einer gemeindenahen tagesklinischer Versorgung ist der Vorteil verbunden, andere Betroffene zur gemeinsamen Freizeitgestaltung kennen zu lernen, deren Wohnort auch nach der Entwöhnungsbehandlung regional erreichbar ist, zum anderen können entsprechend der konzeptionellen Gestaltung des tagesklinischen Behandlungsprogramms unbekannte und deswegen eventuell angstausslösende Freizeiteinrichtungen bzw. -gruppen und -aktivitäten kennen gelernt und Hemmschwellen für deren Nutzung abgebaut werden. Die Patienten in der Tagesklinik haben, ähnlich dem Kurzzeitbereich (KT: 37%), häufiger eine höhere Schulausbildung (51%) als die Patienten des Langzeitbereichs (29%). Der An-

gestelltenanteil in der Tagesklinik liegt mit 54% um einiges höher als im stationären Langzeitbereich (33%) und ist vergleichbar dem im Kurzzeitbereich (48%). Die Tagesklientel liegt damit hinsichtlich ihres Bildungsstandes und beruflichen Status -entsprechend den Erwartungen- vergleichbar dem Kurzzeitklientel. In der Vergleichsstudie von Lotz-Rambaldi et al. (2002) wiesen mehr tagesklinische Patienten ebenfalls eine höhere Schulbildung als die stationären Patienten auf (39,4%/31,5%). Entgegen aller Erwartungen liegt der Anteil der Arbeitslosen in der Tagesklinik mit 38% Erwerbslosen in den letzten 6 Monaten vor Behandlungsbeginn extrem hoch, ist damit vergleichbar den 43% Erwerbslosen im individualisierten Langzeitbereich und liegt erheblich höher als im Kurzzeitprogramm (16%). Im Mittel waren die Tagesklinikpatienten insgesamt ca. 8 Monate in den letzten drei Jahren bzw. 9 Monate ununterbrochen vor Aufnahme arbeitslos (LT: 9 Monate in den letzten drei Jahren; 11 Monate ununterbrochen; KT: jeweils 3 Monate). Andere Autoren kommen zu deutlich geringeren Arbeitslosenquoten der tagesklinischen Patienten (18% bei Soyka et al., 1999; 30% Malla & Cooper, 1985) bzw. zu höherer Arbeitslosigkeit der stationären Patienten (40% tagesklinisch gegenüber 57% stationär; Lotz-Rambaldi et al., 2002). Evtl. ist die höhere Arbeitslosigkeit bei der tagesklinischen Klientel jedoch auch eine Folge der allgemein zunehmenden Arbeitslosigkeit in den letzten Jahren.

Die ökonomische Arbeitssituation der Patienten ist in der Tagesklinik entsprechend ihrem höheren beruflichen Status mit einem größeren Angestelltenanteil zwar etwas besser als im individualisierten Langzeitbereich, gleichzeitig aber wesentlich schlechter als im Kurzzeitbereich. Hinsichtlich der Zufriedenheit mit ihrer Arbeitssituation äußern sich die Patienten der Tagesklinik und des Langzeitbereichs ähnlich unzufrieden im Unterschied zum Kurzzeitbereich, der entsprechend seiner guten beruflichen Situation und geringen Arbeitslosigkeitsrate eine deutlich höhere Zufriedenheit aufweist. Angesichts der hohen Arbeitslosigkeitsquote in diesen beiden Bereichen verwundert dieses Ergebnis nicht. Eine zufriedener Beurteilung der beruflichen Situation korrespondiert in der Regel mit einer geringeren Arbeitslosigkeit (Alterman & McLellan, 1993). Möglicherweise spiegelt sich in der hohen Arbeitslosigkeitsquote in der Tagesklinik die Erwartung von beratenden Fachleuten sowie den Betroffenen selbst wieder, mithilfe des hochfrequentierten tagesklinischen Settings eine Alltagsstruktur aufzubauen, um die Anforderungen der fehlenden Arbeitsrealität zu ü-

ben. Eine tagesklinische Behandlung hätte demnach für die arbeitslose Klientel den Vorteil eines schrittweisen Trainings beruflich relevanter Leistungskompetenzen wie Konzentration, Aufmerksamkeit und Ausdauer und könnte damit ansatzweise eine Überprüfung ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit ermöglichen sowie aktive Bewerbungsbemühungen unterstützen. Dies spricht für den Bedarf an speziellen, arbeitsunterstützenden Therapieinhalten in tagesklinischen Einrichtungen, um den Anforderungen dieser schwierigen Patientenklientel gerecht werden zu können. Angesichts der hohen beruflichen Unzufriedenheit der Patienten mit vorhandenen Arbeitsstellen ist mit der tagesklinischen Behandlung evtl. der Wunsch verbunden gewesen, den Kontakt zum Arbeitgeber während der Behandlung konstant zu halten und Probleme vor Ort zu thematisieren. Der spezielle Fokus tagesklinischer Behandlung, die Arbeitswelt als einen wesentlichen Bestandteil des realen Lebens in der Therapie von Anfang an einzubeziehen, könnte vor diesem Hintergrund seine Bestätigung finden (Kunze, 2001).

Insgesamt betrachtet lässt sich hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale ein Profil der Tagesklinikpatienten abbilden, das zwischen den stationären Behandlungsgruppen liegt. Ein beträchtlicher Anteil der tagesklinischen Patienten lebt jedoch alleine, verfügt über keine unterstützende Bezugsperson oder ist ohne Arbeitsstelle. Die Erwartung einer positiv selektierten Patientenklientel in der Tagesklinik ähnlich der sozial gut integrierten Kurzzeitklientel erfüllte sich somit nicht.

5.2.2 Suchtspezifische Parameter

Die geringere Ausprägung der Abhängigkeitsproblematik als ein Indikationskriterium für eine tagesklinische Behandlung (Kielstein, 1993) wurde in der vorliegenden Studie nicht nachgewiesen. Hinsichtlich der Schweregradeinschätzung bzgl. ihres Gesundheitszustands sind die tagesklinischen wie die stationären Patienten gleichermaßen von entsprechenden alkoholbedingten Folgeerkrankungen betroffen. Die alkoholbedingten, physiologischen Beeinträchtigungen der tagesklinischen Patienten (Gamma-GT, MCV) liegen vergleichbar hoch wie die stationären Langzeitpatienten und etwas schlechter als bei den Kurzzeitpatienten. Das Ausmaß an alkoholbezogenen Problemen bei Therapiebeginn ist in der Tagesklinik gleich hoch wie in den beiden stationären Behandlungsgruppen, Probleme im Zu-

sammenhang mit Drogengebrauch spielte in allen Therapiesettings eine vergleichsweise geringe Rolle. Bei genauerer Betrachtung der Patienteneinschätzungen sehen die Patienten der Tagesklinik ihren Alkoholungang jedoch als größeres Problem und fühlen sich dadurch stärker belastet als die Langzeit- und Kurzzeitpatienten. Diese unterschiedliche Sichtweise könnte ein Hinweis für eine klinische Beobachtung sein, wonach stationäre Patienten nach ihrer Aufnahme eine Tendenz zur Selbstüberschätzung entwickeln und sich Problembewusstsein aufgrund der veränderten Realität des klinischen Schonraums reduziert (Dlabal, 1996). Mit durchschnittlich 5,2 Merkmalen erfüllen die Patienten der Tagesklinik darüber hinaus mehr Kriterien des Alkoholabhängigkeitssyndroms als die der beiden stationären Behandlungsprogramme. Im Durchschnitt 1,7-mal hatten tagesklinische Patienten bereits stationäre Entgiftungsmaßnahmen absolviert und damit zwar ähnlich häufig wie die Patienten der stationären Behandlungsgruppen, allerdings hatten die tagesklinischen Patienten im Vergleich zu den Kurzzeitpatienten bereits häufiger mehr als zwei stationäre Entgiftungsmaßnahmen absolviert. Die Tagesklinikpatienten verfügen über eine ähnlich hohe Abhängigkeitsdauer wie die stationären Patienten: sie sind im Durchschnitt seit 11 bis 13 Jahren abhängig. Ihren letzten Alkohol konsumierten die Tagesklinikpatienten im Durchschnitt sechs Wochen vor dem Beginn der Entwöhnungsbehandlung, damit tranken sie im Mittel drei Wochen länger Alkohol als die Patienten im Langzeitbereich und einen Monat länger als im Kurzzeitbereich, die stationären Patienten hatten also bereits eine mehr als zweimonatige Abstinenzdauer hinter sich bei ihrem Therapieantritt. Dabei tranken die Tagesklinikpatienten unerwartet viel mit durchschnittlich 215 Gramm Alkohol täglich in den letzten 6 Monaten vor dem Beginn der Behandlung. Damit liegt der Alkoholkonsum der Tagesklinikpatienten nur geringfügig unter dem im individualisierten Langzeitbereich aber deutlich über dem im Kurzzeitbereich (KT: 165 Gramm). Bedenkt man die mittlere Entwicklungszeit von 10-12 Jahren einer Alkoholkrankung und die rund sechsjährige Latenz bis zur erstmaligen Inanspruchnahme einer professionellen Hilfe, so entsprechen die vorliegenden Befunde nicht den Überlegungen, demnach tagesklinische Patienten eine geringere Chronifizierung aufweisen sollen. Mit tagesklinischer Behandlung ist die Erwartung verknüpft, bislang mangelhaft versorgte Suchtkranke zu erreichen (Wagner, 1996). Für manche Betroffene könnte gerade der Vorteil tagesklinischer Behandlung in einer leichteren Akzeptanz v.a. auch in früheren Phasen der Abhängigkeit liegen, aus

Angst vor Stigmatisierung infolge einer längeren Hospitalisierung (McLachlan & Stein, 1982; Wagner, 1996). Dem entgegen steht die Beobachtung, dass die tagesklinische Entwöhnungsbehandlung in Deutschland einen noch immer geringen Bekanntheits- und Akzeptanzgrad sowohl unter den Vertretern des professionellen Suchthilfesystems (Suchtberatungsstellen, Hausärzte) als auch der Selbsthilfeorganisationen innehat, so dass diese potenzielle Patientenklientel evtl. nicht über die notwendigen Informationen verfügt.

Der hohe Wiederholeranteil in der Tagesklinik überraschte: mehr als ein Viertel der Patienten hatte bereits eine stationäre Entwöhnungsbehandlung absolviert, 11% befanden sich im Vorfeld der tagesklinischen Entwöhnung bereits 2-4-mal in stationärer Behandlung. Insgesamt lag der Wiederholeranteil demnach bei über einem Drittel. Aus der Bielefelder Tagesklinik, die als Teil der regulären psychiatrischen Krankenhausbehandlung ihre Patienten unausgelesen unmittelbar aus der stationären Behandlung rekrutiert, werden vergleichbar hohe Zahlen genannt: 27% der Patienten hatten eine Entwöhnungsbehandlung und 11% mehrere Behandlungsversuche absolviert (Westermann & Wessel, 1996). Möglicherweise wird die tagesklinische Behandlung nach vorhergehenden Behandlungsversuchen sowohl von den Betroffenen selbst als auch den Suchtberatern sowie den zuweisenden Kostenträgern als qualitative Alternative zu einer stationären Behandlung gesehen (Zemlin et al., 2002). Dies steht in Übereinstimmung mit den Überlegungen von Kruse (1996), wonach eine Indikation für tagesklinische Behandlung dann gegeben ist, wenn die Patienten bereits ein bis zwei vollstationäre Entwöhnungsbehandlungen durchlaufen haben und eine weitere stationäre Langzeitentwöhnung nicht sinnvoll erscheint. Bislang übersehene Problemfelder können nun mit einer tagesklinischen Behandlung realitätsnah bearbeitet werden. Gleichzeitig könnte mit der tagesklinischen Behandlung eine Versorgungslücke für die spezifische Gruppe der mehrfach Rückfälligen geschlossen werden (Wienberg, 2001). Während tagesklinischer Behandlung wird von diesen Patienten -im Gegensatz zu ihren Erfahrungen aus früheren stationären Behandlungen- der Vorzug der Alltagsnähe geäußert, d.h. sich bei bestehenden Problemen direkte Unterstützung holen und Lösungsversuche zeitnah umsetzen zu können. Ob dies im Sinne der vermehrten familiären oder auch beruflichen Schwierigkeiten zu verstehen ist, die hier bei der tagesklinischen Patientengruppe beobachtet wurden, kann anhand der vorliegenden Datenlage nicht gedeutet werden.

Insgesamt betrachtet handelt es sich bei der tagesklinischen Klientel um eine vergleichsweise chronifizierte Klientel, die starke Überschneidungen mit den Patienten des individualisierten Langzeitbereichs und weniger mit den Kurzzeitpatienten aufweist: tagesklinische Patienten haben bei Eintritt in die Tagesklinik bereits eine lange, zum Teil schwere Krankheitsgeschichte mit zahlreichen Behandlungsversuchen hinter sich. Die Annahme einer „gesünderen“ Patienten Klientel ähnlich den Patienten aus dem stationären Kurzzeitbereich erfüllte sich demnach nicht. Die Beobachtung von Kruse (1996), dass auch chronifizierte Suchtkranke von einer tagesklinischen Behandlungsform profitieren können, findet hier seine Fortführung. Entsprechende Überlegungen finden sich in den Reha-Richtlinien des Verbands deutscher Rentenversicherungsträger: die gemeinsamen Leitlinien der Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Entwöhnung bei Abhängigkeitskranken formulieren die Möglichkeit einer Indikation für eine ambulante Entwöhnung selbst bei einem langen und/oder intensiven Suchtverlauf sowie bestehender Arbeitslosigkeit (Reha-Richtlinien, DRV-Schriften, 1999).

5.2.3 Klinische Parameter

Über den Anteil psychiatrischer komorbider Störungen in tagesklinischen Suchtbehandlungen ist aus der Literatur wenig bekannt. Stuppe et al. (2005) berichten aus der an eine psychiatrische Krankenhausbehandlung angegliederte suchttagesklinische Behandlung in Bielefeld über eine hohe Komorbiditätsrate von 57% Patienten mit einer weiteren psychiatrischen Erkrankung. Dabei stellten die Frauen den weitaus größten Anteil mit mehr als zwei Dritteln mit mindestens einer weiteren psychiatrischen Störung, Männer wiesen eher eine weitere substanzbezogene Störung auf. In der Gesamtgruppe waren neben den substanzbezogenen Störungen, affektive und Angststörungen am häufigsten vertreten, 11% Persönlichkeitsstörungen wurden diagnostiziert. Die Autoren folgern hieraus, dass der Bedarf für eine zusätzliche Behandlung psychischer komorbider Störungen groß ist und spezifische therapeutische Behandlungsangebote nötig sind. In der vorliegenden Studie ist entgegen den Erwartungen der Anteil an psychopathologischer Komorbidität bei der tagesklinischen Klientel, insbesondere an Persönlichkeitsstörungen entsprechend den sonstigen ungünstigen Patientencharakteristika ähnlich hoch wie im stationären Langzeitbereich. Der stationäre Kurzzeitbereich hat demgegenüber die gesündere Klientel. Nach Einschätzungen

der Therapeuten befinden sich in der Tagesklinik weitaus mehr Patienten mit zwanghaften, negativistischen, Borderline- und antisozialen Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zum stationären Kurzzeitbereich. Die Annahme von psychopathologisch weniger auffälligen tagesklinischen Patienten ließ sich somit nicht bestätigen. Gründe hierfür könnten in den für Patienten mit einer Achse-II-Doppeldiagnose in der Regel typischen interaktionellen Schwierigkeiten liegen, insbesondere ihrer Probleme einer angemessenen Nähe-Distanz-Regulierung. In einer stationären Behandlung sind diese Patienten deutlicher mit ihrem gestörten Beziehungsverhalten konfrontiert. Die Wahl der tagesklinischen Behandlungsform könnte demnach als ein Ausdruck der Vermeidung dieser belastenden Beziehungserfahrungen verstanden werden. Gleichzeitig bietet die teilstationäre Behandlung einen stabilen Rahmen mit hoher therapeutischer Intensität, die es ermöglicht, die Betroffenen aus ihrer belastenden Umwelt zumindest partiell herauszunehmen. In der Regel werden Persönlichkeitsstörungen mit einer ungünstigen Prognose in Verbindung gebracht (Bottlender et al., 2003). Wenngleich die prognostische Bedeutsamkeit des Vorhandenseins von Persönlichkeitsstörungen nicht Gegenstand dieser Untersuchung war, weist die vergleichbar gute Erfolgsquote in der teilstationären wie auch der stationären Patientengruppe auf die Möglichkeit hin, auch psychopathologisch auffällige Patienten tagesklinisch behandeln zu können. Neuere Studien liefern hierzu (teilweise) bestätigende Ergebnisse. In der erwähnten Studie von Bottlender et al. (2003) wurde der Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf den Therapieverlauf einer intensiven ambulanten Entwöhnungsbehandlung untersucht. Die Autoren fanden keine eindeutigen Hinweise für einen ungünstigen Effekt und folgern daraus, dass die Bedeutung einer komorbiden Persönlichkeitsstörung auf den Therapieerfolg bislang eher überschätzt wurde. Demgegenüber zeigten Krampe et al. (2006) den ungünstigen Therapieverlauf bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung auf. Allerdings bestand das Behandlungsprogramm aus einer intensiven und langdauernden ambulanten Behandlung für ein besonders chronifiziertes Patientenkontingent mit einem hohen Schweregrad (ALITA).

In den weiteren klinischen Parametern wiesen tagesklinische Patienten im Vergleich zu den stationären Patienten entsprechend diesen Überlegungen denselben Grad an psychischer Beeinträchtigung auf. Bei Therapiebeginn zeigen sich keine Unterschiede in der psychischen Gesamtbelastung, dem Ausmaß an depressiver Symptomatik und der Beurteilung

ihrer Lebenszufriedenheit sowie dem als Screening erhobenen allgemeinen Komorbiditätsniveau. Etwas anders verhält es sich bei der Betrachtung der Stress- und Angstbelastung: Tagesklinikpatienten zeigen ähnliche Werte in ihrer situativen Zustandsangst als auch in der überdauernden Ängstlichkeitsneigung wie die Patienten aus dem individualisierten Langzeitbereich, aber weniger situationsbezogene Angst als die Kurzzeitpatienten. In der Einschätzung ihrer Furchtneigung unterscheiden sie sich jedoch nicht von den Kurzzeitpatienten. Insgesamt zeigten sich bei der tagesklinischen Klientel vergleichsweise auffällige psychopathologische Beeinträchtigungen. Die Ergebnisse lassen sich nicht im Sinne klinisch relevanter Depressions- oder Angsterkrankungen interpretieren. Sie sind jedoch Ausdruck subklinischer Symptome, die die Behandlung und letztendlich auch die Prognose beeinflussen.

5.2.4 Störungsspezifisches Alkoholverlangen

Tagesklinische Patienten äußern bei Therapiebeginn nicht mehr spezifisches Alkoholverlangen in Form von zwanghafter gedanklicher Beschäftigung oder starken Handlungsimpulsen, Alkohol zu konsumieren als dies bei den stationären Patienten der Fall ist. In der Einschätzung ihrer alkoholkritischen Versuchungssituationen bzw. ihrer Zuversicht, die Situationen ohne Alkohol bewältigen zu können, zeigten sich kaum Unterschiede. Erstaunlicherweise erlebten jedoch die Tagesklinikpatienten bei Therapiebeginn eine höhere Alkoholversuchung in Situationen mit negativen Affekten sowie plötzlich entstehendem Craving als die Patienten des Langzeitbereichs, aber nicht mehr als die Patienten des Kurzzeitbereichs. Ein Befund, der möglicherweise mit dem Ausmaß an wahrgenommener familiärer und beruflicher Belastung korrespondiert und die größere Nähe zum psychosozialen Konfliktfeld und den allgemeinen Alltagsbelastungen widerspiegelt. Warum diese Beobachtung jedoch nicht auch für die stationären Kurzzeitpatienten zutreffend ist, bleibt an dieser Stelle unklar. Eventuell spielt hierbei der Zeitpunkt der Eingangsdiagnostik im Kurzzeitbereich eine Rolle, da die Kurzzeitpatienten bereits einen Tag nach ihrer Aufnahme getestet werden, was möglicherweise ihr mit den Tagesklinikpatienten vergleichbares Alkoholverlangen erklärt. Interessanterweise geben die Patienten der Tagesklinik, wenn man sie nach dem Grad ihres durchschnittlichen Alkoholverlangens in den letzten Wochen vor Therapiebeginn befragte, also einem eher allgemeinen Verlangensmaß, ein deutlich

höheres Alkoholverlangen bei Therapiebeginn an als die stationären Behandlungsgruppen und fast die Hälfte aller Tagesklinikpatienten berichteten über häufiges Verlangen im vorangegangenen Monat gegenüber nur knapp einem Drittel der stationären Langzeit- und Kurzzeitpatienten. Dieser Befund lässt sich möglicherweise durch den bedeutend längeren Alkoholkonsum der Tagesklinikpatienten vor Therapiebeginn erklären und ihren noch geringer ausgeprägten Abstinenzfähigkeiten gegenüber den stationären Patienten, die in ihrer längeren Abstinenzzeit mit weniger alkoholbezogenen Stimuli konfrontiert waren. Die stationären Patienten konnten evtl. so häufiger ihre Wirkungserwartungen an das Suchtmittel überprüfen und hatten häufiger die Gelegenheit, hilfreiche Bewältigungskompetenzen im Umgang mit auftretendem Verlangen zu entwickeln bzw. umzusetzen allesamt Bedingungen, die im Zusammenhang mit dem Auftreten von Craving diskutiert werden (Anton, 2000). Insgesamt zeigt die tagesklinische Patientenklientel ein unerwartet hohes störungsspezifisches Alkoholverlangen in verschiedenen Merkmalen.

5.3 Behandlungsdaten

Mit 84,1% regulärer Entlassungen konnte eine hohe Haltequote in der Tagesklinik erreicht werden. Der Anteil regulärer Therapiebeendigungen liegt damit sogar noch etwas höher als im Langzeitbereich (78,5%), jedoch unter dem im Kurzzeitbereich (97,8%) erzielten, wobei in Kurzzeitbehandlungen naturgemäß weniger Gelegenheit zum Abbruch besteht als bei längerer Behandlungsdauer. Im direkten Vergleich zwischen tagesklinischer und stationärer Behandlung werden von Autoren amerikanischer Studien uneindeutige Ergebnisse berichtet: Alterman et al. (1994) fanden signifikant häufiger reguläre Therapiebeendigungen im stationären als im tagesklinischen Setting und eher bei Alkoholabhängigen im Vergleich zu Kokainabhängigen (Alterman, et al., 1992). Fink et al. (1985) hingegen berichtete von vergleichbaren Drop out Raten, Studien zur tagesklinischen Behandlung kommen mit 77% Haltequote zu ähnlichen Ergebnissen (Alfs & McClellan, 1992). Die Haltequote erscheint vielerorts als ein Indikator für die Effizienz einer Behandlungseinrichtung (Jülch et al., 2003). Mit ihr wird neben geeigneten Patientencharakteristika und motivationalen Zuständen auch die Fähigkeit einer Einrichtung abgebildet, ihre Patienten in der Therapie

zu „halten“. Dieses Ziel wurde mit der tagesklinischen Behandlung entsprechend den vorab getroffenen Annahmen erfolgreich erreicht. Demnach stößt die tagesklinische Behandlung bei einem Großteil der Patienten auf eine hohe Akzeptanz. Angesichts der zum Teil sehr ungünstigen soziodemografischen Charakteristika der tagesklinischen Patientstichprobe und angesichts der üblicherweise hohen Abbrüche auch bei einer positiv selektierten Klientel im ambulanten Setting (John, 1993) ist dieses Ergebnis sehr viel versprechend. Möglicherweise ist dieses Ergebnis auch Ausdruck der größeren Therapiemotivation dieser Patienten, die angesichts ihres Profils nicht den ursprünglichen Indikationsempfehlungen entsprochen haben und „härter“ für die Genehmigung einer tagesklinischen Behandlung kämpfen mussten. Kielstein (1997) konnte ebenfalls eine deutliche Reduzierung der Abbruchrate aufzeigen: nachdem anfängliche ambulante Behandlungsversuche noch Abbruchquoten von über 50% zur Folge hatten, ergab die Einführung einer tagesklinischen Behandlung einen Rückgang der Therapieabbrüche auf 24%.

Wie nicht anders zu erwarten war, ist die Rückfallgefahr im tagesklinischen Behandlungsetting mit seinen vielfachen Belastungen um einiges höher (28% gegenüber 13% Rückfälle im Langzeit- und 1% im Kurzzeitbereich) und liegt mit seinen Werten jedoch noch unter den in amerikanischen Studien berichteten Rückfallquoten (33% bei Alfs & McClellan, 1992).

5.4 Therapieverlauf

5.4.1 Klinische Parameter

Sowohl die tagesklinischen Patienten als auch die stationären Langzeit- und Kurzzeitpatienten erleben durch ihre Behandlungsform eine deutliche Reduktion ihrer psychischen Gesamtbelastung, ihrer depressiven Symptomatik, ihrer Angst- und Stressbelastung sowie eine Steigerung ihrer Lebenszufriedenheit. Dies steht in Übereinstimmung mit Befunden amerikanischer Studien, die ebenfalls von signifikanten Verbesserungen in den Variablen Depression, Angst, Medikamentencompliance bei tagesklinischen wie stationären Patienten berichteten (McLachlan & Stein, 1982). Die Veränderungen bezüglich psychischer Ge-

sambelastung, depressiver Symptomatik, Angst- und Stressbelastung sind entsprechend den Erwartungen in allen Settings und Behandlungsprogrammen gleich positiv. Tagesklinikpatienten erleben jedoch im Rahmen ihrer Behandlung eine etwas geringere Steigerung ihrer Lebenszufriedenheit was eventuell auf eine realistischere Einschätzung ihrer aktuellen Lebenssituation zurückzuführen ist als dies bei der stationären Langzeitklientel mit dem „Käseglockeneffekt“ aufgrund der Entfernung aus dem familiären wie beruflichen Alltag und deren Problematiken der Fall ist.

5.4.2 Störungsspezifisches Alkoholverlangen

Die Patienten in allen drei Behandlungsgruppen nehmen durch die Therapie entsprechend den Erwartungen ein deutlich geringeres (spezifisches) Alkoholverlangen bei Therapieende war, wobei die Reduktion bei den Tagesklinikpatienten über den Therapieverlauf weniger deutlich ausfiel als bei den Langzeitpatienten. Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen des allgemeineren Maßes des Alkoholverlangens, bei dem die Patienten aller Behandlungsgruppen im Therapieverlauf zwar ebenfalls eine deutliche Reduktion ihres Verlangens erlebten, die Tagesklinikpatienten jedoch im Vergleich zu den stationären Patienten bei Therapieende noch deutlich mehr Alkoholverlangen wahrnehmen, was eventuell als Ausdruck ihrer größeren Alltagsnähe zu sehen ist. Gleichzeitig aber auch entsprechend ihrem hohen Anfangsniveau erlebten die tagesklinischen Patienten größere Veränderungen über den Therapieverlauf als dies bei den stationären Patienten der Fall war. Diese günstige Entwicklung der tagesklinischen Patienten könnte Folge ihrer häufigen Gelegenheiten zu Expositionen mit ihren persönlichen Risikosituationen im Therapiealltag sein. Alle Behandlungsgruppen konnten in Übereinstimmung mit den anfangs postulierten Annahmen eine signifikante Reduktion ihrer Alkoholversuchung in den verschiedensten alkoholkritischen Situationstypen sowie eine gesteigerte Zuversicht, diese Situationen ohne Alkohol bewältigen zu können, von Behandlungsbeginn zum Ende der Therapie wahrnehmen. Die Tagesklinikpatienten beurteilten jedoch bei Therapieende ihre Versuchung in bestimmten alkoholkritischen Situationen noch größer und schätzten die Zuversicht, diese zu bewältigen als geringer ein als dies bei den stationären Patienten der Fall war: tagesklinische Patienten sahen im Vergleich zu Patienten des Langzeitbereichs weiterhin eine stärkere Versuchung bei negativen Affekten, bei körperlichen Beschwerden und gegenüber den Kurzzeit-

patienten eine größere Versuchung bei plötzlichem Craving sowie eine geringere Zuversicht, negative Emotionen und plötzliches Craving ohne Alkohol bewältigen zu können. Der geringere Unterschied hinsichtlich dieser Versuchungssituationen sowie deren Bewältigungszuversicht von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende könnte man als den Versuch der Tagesklinikpatienten einer vorsichtigeren und möglicherweise realistischeren Einschätzung ihrer Rückfallgefährdung sowie ihrer Selbstwirksamkeitserwartung in bestimmten Situationen interpretieren. Die spezifisch tagesklinischen Therapieinhalte, die eine häufige Thematisierung und Selbstbeobachtung des Alkoholverlangens im Alltag zum Schwerpunkt haben, führen möglicherweise zu einer sensibleren Wahrnehmung alkoholbezogener Stimuli und differenzierteren Betrachtung des Phänomens Alkoholverlangen bei gleichzeitiger Entwicklung und Umsetzung hilfreicher Bewältigungskompetenzen im täglichen Leben (Rohsenow & Monti, 1999). Gleichzeitig war der Anteil an (Mehrfach-) Therapiewiederholern in der Tagesklinik ohnehin relativ hoch, die entsprechend ihrer früheren Rückfall-Erfahrungen ihre Situation möglicherweise zurückhaltender einstufen. Schneider et al. (2002) fanden Hinweise, dass ein geringerer Anstieg der Abstinenzzuversicht bei Therapieende für diese Gruppe prognostisch günstig einzustufen ist.

5.5 Katamnese

Da bei einem Katamnesezeitraum von 12 Monaten kaum größere Veränderungen in den soziodemografischen Daten zu erwarten sind, soll die nachfolgende Darstellung stattdessen aufzeigen, inwieweit das Erfolgskriterium Abstinenz in den jeweiligen Behandlungsgruppen erreicht und die soziale bzw. berufliche Integration als gelungen betrachtet werden kann. Weiterhin werden das Rückfallgeschehen sowie Betreuungsmaßnahmen im Nachbefragungszeitraum dargestellt. Die Aussagen zum Vergleich beziehen sich in allen Settings bei Therapiebeginn auf die Gruppe der Stichprobenteilnehmer sowie zum Katamnesezeitpunkt auf die kleinere Gruppe der Katamneseantworter.

5.5.1 Soziale und berufliche Integration

Die soziodemografischen Befunde der katamnesticen Nachuntersuchung bestätigen die in der Eingangstestung beobachteten Parallelen der Tagesklinikpatienten mit den Patienten im stationären Langzeitbereich und sind in Übereinstimmung mit den postulierten Annahmen: rund ein Drittel der Tagesklinikpatienten und knapp ein Fünftel aller Langzeitpatienten ist zum Katamnesezeitpunkt verheiratet, gegenüber dem Aufnahmezeitpunkt blieb der Anteil in der Tagesklinik gleich, dafür verringerte er sich im Langzeitbereich leicht; die Hälfte aller tagesklinischen und Langzeit-Patienten war zudem ohne festen Partner (gegenüber 38% bzw. 54% zum Aufnahmezeitpunkt) und lebte alleine (TK: 34%/40% bzw. LT: 51%/46%). Der Anteil an Personen ohne feste Bezugspersonen bzw. der Alleinlebenden in der Tagesklinik stieg demnach leicht an und blieb in etwa unverändert im Langzeitbereich. Die Kurzzeitpatienten sind gemäß ihrer Ausgangssituation auch zum Katamnesezeitpunkt sozial bedeutend besser integriert: zwei Drittel waren zum Katamnesezeitpunkt verheiratet (52% Anfangszeitpunkt), knapp drei Viertel lebten wie bereits bei der Erstuntersuchung in einer festen Beziehung und nur ein gutes Viertel lebte alleine.

Entsprechend sind die Ergebnisse zur beruflichen Integration: noch immer knapp die Hälfte aller tagesklinischen und Langzeitpatienten (ähnlich den Ergebnissen zum Aufnahmezeitpunkt bzw. bei der Entlassung) sind ohne Arbeit, gegenüber nicht ganz einem Fünftel der Kurzzeitpatienten. Betrachtet man also die faktischen sozialen Gegebenheiten, so lassen sich die Befunde, wenn nicht für eine verbesserte, dann doch zumindest als ein Indiz für eine Stabilisierung der sozialen und beruflichen Integration deuten, was mit den vorab postulierten Annahmen in Einklang steht.

Weiteren Aufschluss liefern hier die Zufriedenheits- bzw. Problem-, Belastungs- und Beratungsbedarfseinschätzungen der Patienten. Deutet man die Patienteneinschätzungen als ein Maß für den Therapieerfolg, so äußerten die Patienten in allen drei Behandlungsbereichen im Vergleich zu ihrer Situation bei Beginn der Therapie, deutlich weniger Probleme mit ihrer Familie zu haben. Für die stationären Patientengruppen nahmen die familiären Belastungen im Vergleich zum Beginn der Therapie sogar leicht zu, ihr Bedarf nach Unterstützung bezüglich familiärer Konflikte blieb hingegen unverändert, wobei bereits ihre anfäng-

lichen Einschätzungen im Vergleich zu den tagesklinischen Patienten positiver ausfielen. Insgesamt beurteilten alle Patientengruppen ihre familiäre Situation zufriedener als zum Beginn ihrer Therapie ein Jahr vorher, was so auch erwartet wurde. Nachdem die Tagesklinikpatienten im Vergleich zu den stationären Langzeit- wie auch Kurzzeitpatienten bei Beginn ihrer Behandlung noch über vermehrte familiäre Schwierigkeiten und eine stärkere Belastung sowie größeren Beratungsbedarf in diesem Bereich berichtet haben, differenzierte sich diese Einschätzung im Katamnesezeitraum im Vergleich zu den stationären Patientengruppen. Befragt nach ihrer familiären Situation gaben die Tagesklinikpatienten zwar immer noch nennenswerte familiäre Schwierigkeiten an, im Gegensatz zu ihrer ursprünglichen Beurteilung fühlten sie sich nun dadurch eher weniger belastet und sahen auch keinen weiteren Beratungsbedarf für sich. Dieser Befund deckt sich weitgehend mit den Veränderungen im Schweregrad des familiären Bereichs von Therapiebeginn zum Nachbefragungszeitpunkt: das Ausmaß an berichteter familiärer Beeinträchtigung reduzierte sich tendenziell. Evtl. drückt sich in dieser Beobachtung ein veränderter Copingstil der Betroffenen aus, d.h. die tagesklinischen Patienten haben gelernt, für ihre familiären interaktiven Schwierigkeiten hilfreiche Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Möglicherweise lässt sich dieses Ergebnis als ein tagesklinischer Behandlungserfolg werten, der darauf zurückzuführen ist, dass die Patienten bereits während ihres alltagsnahen Behandlungsaufenthalts die familiären Problematiken thematisierten und Lösungsversuche unternahmen. Dies steht in Übereinstimmung mit den Aussagen von McKay et al. (1996), die angesichts der vergleichbar guten Therapieerfolge familiär stark belasteter Patienten in der tagesklinischen Behandlungsbedingung im Vergleich zu stationärer Behandlung eine größere Effektivität teilstationärer Therapie für diese Patientengruppe postulierten. Mit ihrem sozialen Umfeld äußerten sich sowohl die Tagesklinik- als auch die Langzeit- und Kurzzeitpatienten zufrieden, die Probleme reduzierten sich im Katamnesezeitraum erwartungsgemäß in allen Behandlungsgruppen deutlich gegenüber der Situation ein Jahr vorher. Interessanterweise sahen die Patienten der Tagesklinik bei Therapiebeginn noch wenig soziale Schwierigkeiten, konnten dafür aber im Katamnesezeitraum eher problematische Beziehungen wahrnehmen, gleichwohl sie diese Situation nicht negativ verändert beurteilten. Im Gegensatz zu den stationären Behandlungsgruppen äußerten sie sich ein Jahr später deutlich zufriedener mit ihrem sozialen Umfeld. Demnach könnte man dieses tagesklinische Ergebnis

als eine gelungene soziale Ressourcenaktivierung deuten. Möglicherweise ist für diese Einschätzung eine weitere soziale Ressource verantwortlich: im Unterschied zu den Patienten aus dem individualisierten Langzeitbereich können die Tagesklinikpatienten nach ihrer Einschätzung auf mehr soziale Unterstützung zurückgreifen. Der Anteil von Personen, auf die sie sich im Ernstfall verlassen können, wird von ihnen größer eingeschätzt. Die Einschätzungen der stationären Patienten blieben nahezu unverändert. Für die sozial gut integrierten Kurzzeitpatienten ist dies auch nicht verwunderlich, bei den Langzeitpatienten irritiert diese Einschätzung angesichts ihrer unverändert ungünstigen sozialen Situation, wobei diese Beurteilung auch als Ausdruck eines akzeptierenden Coping Stils gedeutet werden kann. In der Studie von Longabaugh et al. (1983) fand sich zunächst ebenfalls ein positiv verändertes interpersonelles Verhalten der tagesklinischen Patienten gegenüber den stationären Patienten sechs Monate nach der Therapie. Der Effekt konnte jedoch über einen längeren Zeitraum von 24 Monaten nicht aufrechterhalten werden (Fink, et al., 1985). Weitere Studien könnten über den Grad der familiären und sozialen Stabilisierung in der Tagesklinik Aufschluss geben.

Hinsichtlich der beruflichen Integration zeigten sich weitere interessante Ergebnisse: zwar verbesserte sich die ökonomische Situation der tagesklinischen und Langzeit-Patienten nicht wie erwartet, die Zufriedenheit mit ihrer Arbeitssituation veränderte sich im Gegensatz zu den stationären Patienten jedoch deutlich zum Positiven im Katamnesezeitraum. Dieser Befund deckt sich auch mit weiteren Ergebnissen zu den formulierten Erfolgsparametern: direkt nach der Einschätzung der Veränderungen ihrer beruflichen Situation befragt, beurteilten interessanterweise mehr Tagesklinikpatienten, trotz der unverändert hohen Arbeitslosigkeit und den damit im Zusammenhang stehenden Problematiken, ihre derzeitige berufliche Situation als verbessert mit deutlich weniger beruflichen Problemen und äußerten keinen weiteren Beratungsbedarf durch unterstützende Institutionen, während die Langzeitpatienten zwar einerseits ihre beruflichen Probleme im Katamnesezeitraum ebenfalls geringer einschätzten, gleichzeitig ihre berufliche Situation jedoch als unverändert belastend wahrnahmen und sich zusätzliche Beratung wünschten. Über die Gründe dieser unterschiedlichen Beurteilung kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. Möglicherweise entwickelten die Tagesklinikpatienten im Rahmen ihrer Therapie eine realistischere und

gleichzeitig zuversichtlichere Grundhaltung gegenüber ihrer Berufssituation angesichts ihrer aktiven (Bewerbungs-) Bemühungen und Suche nach alternativen, strukturgebenden Beschäftigungsmöglichkeiten -gerade auch bei fortwährender Arbeitslosigkeit- sowie deren gelungenem Transfer in den Lebensalltag durch den Verbleib in ihrem Umfeld. Analog zu dieser Annahme verfügten die tagesklinischen Patienten über weiteres Ressourcenverhalten und äußerten weniger Langeweile in Bezug auf ihre Freizeitsituation als die Langzeitpatienten. Auch dies kann im Sinne der gelungenen Ressourcenaktivierung im direkten Lebensumfeld der tagesklinischen Patienten gedeutet werden. Für die ohnehin beruflich integrierten Kurzzeitpatienten spielten berufliche Veränderungen oder Belastungen keine Rolle, insofern ihr Unterstützungsbedarf gleich bleibend war.

5.5.2 Erfolgskriterium Suchtmittelverhalten

Zusammengefasst ergibt sich gemäß den anfänglichen Überlegungen eine ähnlich gute Abstinenzquote für die tagesklinische Behandlung wie für die stationären Langzeitpatienten. Nach dem konservativsten Kriterium 4 der DGSS, das alle Stichprobenteilnehmer in die Untersuchung miteinbezieht und sämtliche fehlende oder widersprüchliche Angaben der Rückfall-Kategorie zuordnet, sind 34% der tagesklinischen Patienten im 12-Monats-Zeitraum durchgehend abstinent geblieben. Berechnet man die Abstinenzquote ohne die Gruppe der prognostisch ungünstigen (und ausschließlich in der Tagesklinik behandelten) Mehrfachwiederholer, so kommt man sogar auf 37% durchgängige Abstinenz. Der Anteil an Therapieerfolgreichen in der Tagesklinik liegt damit noch etwas höher als im stationären Langzeitbereich (34%) und deckt sich mit den in der Literatur berichteten (stationären) Ergebnissen: in einer meta-analytischen Untersuchung von Süß (1995) über 23 experimentelle und 21 nicht experimentelle Studien ergibt sich nach der strengsten Berechnungsform, bei der alle fehlenden Daten in der Katamnese als Misserfolge eingestuft werden, eine durchschnittliche Abstinenzquote von 37% bei einer Katamnesedauer von sechs bis 48 Monaten. In klinikübergreifenden Erhebungen des Fachverbands Sucht, der die Effektivität stationärer Suchtrehabilitation von 11 verschiedenen Fachkliniken regelmäßig untersucht, wies der Entlassjahrgang 2003 eine Abstinenzquote von 38% auf (Weissinger, 2006). In der Tagesklinik erhöht sich die Erfolgsquote zusammen mit den 13 Abstinentelebenden nach Rückfall (d.h. drei Monate Abstinenz zum Katamnesezeitpunkt) weiter auf 50,0%

bzw. 56% ohne die Gruppe der Mehrfachwiederholer, was noch über der stationären katamnesticen Erfolgsquote von 43% im stationären Gesamtvergleich liegt. Bei der prognostisch günstigeren Klientel im Kurzzeitbereich lebten 60% der Patienten im Katamnesezeitraum durchgehend abstinent. Weitere Studien bestätigen diese Befunde: so fanden Soyka et al. (1999) bei einer durchschnittlich achtwöchigen tagesklinischen Behandlungszeit 36,5% durchgehend Abstinente im Zweijahreszeitraum. McLachlan & Stein (1982) kamen in ihrer Studie zu vergleichbaren Ergebnissen der tagesklinischen und stationären Patienten: 33% der Patienten blieben durchgängig abstinent, 25% konnten einen bis zu 14tägigen, kürzeren Rückfall wieder beenden und 28% waren gebessert mit einer reduzierten täglichen Trinkmenge. In der Zwei-Jahreskatamnese von Fink et al. (1985) wiesen die tagesklinischen Patienten auch nach 24 Monaten eine leicht höhere Abstinenzrate auf, wengleich sich der Abstand zur Einjahresnachbefragung etwas verringerte. In einer neueren Studie, die sich insgesamt kritisch mit der Wirksamkeit tagesklinischer Entwöhnung Alkohol- und Medikamentenabhängiger auseinandersetzt, konnten gerade in den primären Erfolgskriterien wie „Anzahl abstinenter Tage“ und „Anzahl alkoholischer täglicher Getränke“ keine bedeutsamen Unterschiede zwischen tagesklinischer und stationärer Behandlung gefunden werden (Rychtarik, et al., 2000). Aktuelle Studien legen zudem den Fokus ihrer Untersuchung auf spezifische Subgruppen (McKay et al., 2002). Die Autoren zeigten zunächst die Überlegenheit stationärer Behandlung für die Patientengruppe mit höherem Schweregrad im Alkoholbereich drei Monate nach der Behandlung, wengleich sich dieser Unterschied nach neun Monaten als nicht mehr bedeutsam erwies. Nicht zuletzt seit der Studie von Finney et al. (1996) werden Einflussfaktoren wie die Einwilligung von Patienten in eine randomisierte Untersuchung im Zusammenhang mit dem Therapieergebnis diskutiert. Solchermaßen vorselektierte Patienten wiesen eher ungünstige soziodemografische und störungsspezifische Charakteristika auf, weswegen die Autoren folgern, dass Studien mit einem randomisierten Untersuchungsdesign eher die Effektivität stationärer Behandlung favorisieren. Studien unter naturalistischen Bedingungen wie die vorliegende wiesen diesen Effekt nicht auf. Dies steht in Übereinstimmung mit den Befunden von McKay et al. (1995), die randomisierte und nichtrandomisierte tagesklinische und stationäre Patientengruppen verglichen und keinen wesentlichen Unterschied zwischen den Versuchsbedingungen fanden, für die Autoren ein Hinweis, vermehrt Studien unter naturalistischen Be-

dingungen durchzuführen und damit die externe Validität der Befunde zu erhöhen. Dies gilt in besonderem Maße, wenn die Stichproben sich in den relevanten soziodemografischen und weiteren prognostischen Variablen ähneln. In ihrer Randomisierungs-Studie fanden Weisner et al. (2000) zunächst gleich gute Ergebnisse für tagesklinische und ambulante Entwöhnungsbehandlung: beide Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich der absoluten Abstinenz und der Länge der Abstinenzzeiten. In derselben Studie wurden alle Analysen auch für Patienten durchgeführt, die sich ihre Zugehörigkeit zu einer Behandlungsgruppe selbst aussuchen konnten. Für diese Klientel zeigte sich eine deutliche Überlegenheit der tagesklinischen Behandlung in sämtlichen suchtspezifischen Erfolgskriterien.

Neben der Abstinenzquote interessiert weiterhin die Einschätzungen der Betroffenen was ihren Umgang mit Alkohol betrifft, unabhängig davon, ob sie im Katamnesezeitraum Alkohol konsumiert hatten oder abstinent geblieben waren. Entsprechend den Erwartungen berichteten die tagesklinischen Patienten im Vergleich zum Beginn der Therapie über eine deutlich positive Veränderung in den letzten 12 Monaten seit der Therapie. Im Vergleich zu ihrer Einschätzung ein Jahr vorher äußerten sie deutlich weniger Probleme im Umgang mit Alkohol insgesamt zu haben. Gleichzeitig reduzierten sich ihre Belastung und der Unterstützungsbedarf hinsichtlich ihres Alkoholgebrauchs deutlich, was als ein Ausdruck einer gelungenen Stabilisierung gedeutet werden kann. Diese Einschätzung lässt sich noch etwas differenzieren: im Gegensatz zu den stationären Langzeit- wie auch den Kurzzeitpatienten sahen ein Drittel der tagesklinischen Patienten den Alkoholbereich noch immer als einen seltenen problematischen Lebensbereich und interessanterweise ein weiteres Drittel weiterhin als häufigen problematischen Lebensbereich an. Demgegenüber sahen 87,2% der Langzeit- und 93,9% der Kurzzeitpatienten diesen Lebensbereich im Vergleich zum Therapiebeginn völlig unproblematisch. Ihre angegebene Belastung hat sich in demselben Zeitraum ebenfalls grundlegend verbessert und ihr Unterstützungsbedarf zum Nachbefragungszeitpunkt deutlich verringert. Gemäß der hohen Abstinenzquote im Kurzzeitbereich erstaunt dieses Ergebnis nicht. Allerdings waren die Rückfallquoten im Langzeitbereich denen in der Tagesklinik vergleichbar, die positiven Einschätzungen sind insofern irritierend. Evtl. ist diese Haltung der Langzeitpatienten ein Effekt, der auf die selektive Gruppe

der Katamneseantworter zurückzuführen ist, die sich erfahrungsgemäß mehrheitlich aus den Abstinenter und Gebesserten zusammensetzt. Für die tagesklinischen Patienten könnten die modellhaft verarbeiteten Rückfälle von Mitpatienten bereits während des Therapieverlaufs und die permanente Rückfallthematisierung eine realistischere Wahrnehmung bewirkt haben, was sich möglicherweise in ihrer kritischen Haltung und vorhandenem Problembewusstsein ein Jahr später widerspiegelt. Eine weitere Erklärungsmöglichkeit bezieht sich auf den hohen Anteil an tagesklinischen Patienten, die über einen einmaligen, begrenzten Alkoholrückfall berichtet hatten. Evtl. sind sich tagesklinische Patienten trotz oder gerade wegen der erfolgreich bewältigten Ausrutscher ihrer permanenten Rückfallgefahr bewusster.

5.5.3 Rückfallverlauf der tagesklinischen Patienten

Speziell für die tagesklinischen Patienten ließen sich relevante Merkmale im Zusammenhang mit dem Rückfallverlauf erheben. Vergleichbare Ergebnisse für den stationären Bereich liegen für diese Studie nicht vor, jedoch kann für eine vergleichende Betrachtung auf Ergebnisse anderer stationärer Untersuchungen zurückgegriffen werden. Im ersten Monat nach der Behandlung wurden knapp 15% mit einem Suchtmittel rückfällig. Das ist erstaunlich wenig im Vergleich mit stationären Ergebnissen. Aus stationären Studien sind höhere Zahlen für den ersten Monat nach Behandlungsende bekannt. In der MEAT-Studie von Kufner (1986) werden 37,1% Rückfällige genannt (38,8% bei Süß, 1988; 30,2% bei Zobel et al., 2005). Allerdings nähern sich die Verhältnisse in der Tagesklinik in den folgenden Monaten wieder an: während der nächsten zwei Monate konsumierte ein weiteres Viertel der Tagesklinikpatienten Suchtmittel und zwischen dem dritten und sechsten Monat folgte ein weiteres Drittel. D.h., zwei Drittel der Rückfälle standen in engem zeitlichem Zusammenhang mit der Rückkehr in den Alltag. Maffli et al. (1995; nach Körkel, 1999) gehen für den stationären Bereich von der Hälfte aller Rückfälle in den ersten 6 Monaten aus. Wer innerhalb der ersten sechs Monate nach der Behandlung keinen Rückfall hat, hat gute Chancen auch in den nächsten zwei Jahren abstinent zu leben (Fink et al., 1985). Nachdem also der schwierigste (erste) Monat für die Tagesklinikpatienten zunächst Erfolg versprechend war, konnten sie diese Situation nicht aufrechterhalten. Über die Hintergründe hierfür lassen sich wiederum nur spekulative Überlegungen anstellen. Evtl. stellt sich für die

tagesklinische Behandlung hier ebenso wie für die stationären Behandlungsformen die Frage, wie der Übergang vom Behandlungssystem in den Alltag mithilfe von nachsorgenden Einrichtungen (Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen) verbessert werden kann (s. unten „Betreuungsmaßnahmen im Katamnesezeitraum“). Wichtig wäre in diesem Zusammenhang auch eine detaillierte Analyse des Rückfallgeschehens insbesondere die Analyse von „Ausrutschern“. Hierzu liefert die vorliegende Studie Daten mit begrenzter Aussagekraft. Immerhin waren von den insgesamt 34 Rückfälligen rund 35% (n=12) solche mit einem einmaligen Ausrutscher (bis zu 3 Tage), eine Patientin gab einen einmaligen 14tägigen Rückfall an und vier berichteten von 2-3 „Ausrutschern“. Über den genauen Zeitpunkt dieses begrenzten Alkoholkonsums im Katamnesezeitraum liegen allerdings keine Daten vor. D.h. die Hälfte aller Rückfälligen konnte ihren Rückfall begrenzen, was möglicherweise die Bedeutung der rückfallprohylaktischen Themen in der Tagesklinik und den Lernprozess der Tagesklinikpatienten angesichts der während tagesklinischer Behandlung häufigeren Rückfälle und deren Besprechung widerspiegelt. Das modellhafte Lernen derjenigen Patienten, die Rückfälle von Mitpatienten miterlebten, förderte womöglich die zur Bewältigung von Rückfallsituationen notwendigen Kompetenzen. Dazu gehört, Abstinenzunterbrechungen zu entpathologisieren und Ausrutscher als Entwicklungsschritte zu sehen (Körkel, 1999) sowie Selbstwirksamkeit zu steigern. Die Fähigkeit zur Reabstinenz als ein möglicherweise wichtiger Effekt tagesklinischer Behandlung trägt dementsprechend der Charakteristik der Alkoholabhängigkeitserkrankung mit ihren vielfältigen Verlaufsformen von alternierenden Abstinenz- und Trinkphasen Rechnung. Die Angaben der Patienten scheinen dies zu bestätigen: die Hälfte der Rückfälligen gibt an, aus eigenem Willen abstinent geworden zu sein. Der Anteil entspricht in etwa den Berichten aus stationären Behandlungen. In der MEAT-Studie hatten 53,5% aller Rückfälligen einen Ausrutscher von maximal drei Tagen Dauer (Küfner et al. 1988). Welcher Patientenklientel eine Rückkehr zu einer abstinenten Lebensweise nach einem Rückfall gelingt, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden. Zobel et al. (2005) fanden in diesem Zusammenhang einen Geschlechtseffekt: Frauen gelang eine durchgängige Abstinenz seltener, dafür waren sie eher in der Lage nach einem Rückfall zu einer abstinenten Lebensweise zurückzukehren. Ein knappes Drittel der Patienten sah keine negativen Folgen im Zusammenhang mit ihrem Rückfall. Nach Fink et al. (1985) gelingt es zwar einem bestimmten Patientenkreis trotz

fortgesetztem Trinken seinen Funktionsstatus aufrechtzuerhalten, jedoch ist die Gefahr eines vollständigen Rückfalls hoch. Über den Anteil an Gebesserten in der Tagesklinik im Sinne der Definition von Feuerlein und Kufner (1989) liegen keine aussagekräftigen Ergebnisse vor. Für ein Viertel waren mit dem Trinken negative soziale und für ein Fünftel negative berufliche und gesundheitliche Folgen verbunden. Das detaillierte Rückfallgeschehen bei einem Teil der tagesklinischen Patienten weist auf eine hohe Quote an einmaligen Ausrutschern hin und spricht für eine gelungene Enttabuisierung von Rückfällen sowie die anschließende Bewältigung des üblicherweise rückfallverlängernden Abstinenzverletzungseffektes. Eine Unterscheidung hinsichtlich fortdauernd Rückfälliger und Patienten mit begrenzten Ausrutschern wäre an dieser Stelle hilfreich, um diese Patienteneinschätzungen zu überprüfen.

5.5.4 Störungsspezifisches Alkoholverlangen

Gemäß den vorab postulierten Überlegungen konnten sich sowohl die tagesklinischen Patienten als auch die Patienten beider stationärer Behandlungsgruppen im Katamnesezeitraum hinsichtlich ihres Alkoholverlangens stabilisieren: nachdem die Tagesklinikpatienten noch bei Therapieende über ein deutlich höheres Alkoholverlangen berichteten als die stationären Patienten, verflüchtigte sich dieser Eindruck im Katamnesezeitraum, hier nahmen alle Behandlungsgruppen gleichermaßen ein deutlich reduziertes Alkoholverlangen wahr. Nachdem die tagesklinischen Patienten noch anders als die stationären Langzeitpatienten bei Therapieanfang eine stärker alkoholbezogene Versuchung in Situationen mit negativen Affekten und Craving wahrnahmen und eine entsprechend geringere Bewältigungszuversicht für diese Situationen äußerten sowie in diesem Bereich ebenfalls eine deutlich positive Veränderung im Therapieverlauf erlebten und dennoch bis Therapieende deutlich mehr Versuchung erlebten (im Gegensatz zu den Langzeitpatienten), stabilisierte sich ihre Einschätzung der alkoholbezogenen Versuchung längerfristig in den 12 Monaten nach der Therapie in fast allen Situationstypen (bis auf soziale Situationen und positive Gefühle). D.h., der Eindruck größerer Sensibilität tagesklinischer Patienten bezüglich ihrer alkoholbezogenen Stimuli als ein Ausdruck ihrer Wachsamkeit gegenüber Rückfällen, die sie noch bei Therapieende gezeigt hatten, konnte im Katamnesezeitraum nicht aufrechterhalten werden. Dies galt nicht für die Bewältigungszuversicht in den jeweiligen alkoholkritischen

Situationen. D.h., die tagesklinischen Patienten schätzten zwar ihre Rückfallgefährdung geringer ein, ihre Selbstwirksamkeitserwartung erhöhte sich in demselben Zeitraum jedoch nicht gleichermaßen. Diese bereits bei Therapieende zurückhaltende Einschätzung der Tagesklinikpatienten ist möglicherweise Ausdruck einer realistischen und rückfallprotektiven Selbsteinschätzung (Rohesenow & Monti, 1999) und damit ein positives Therapieergebnis. Nicht zuletzt war unter den tagesklinischen Rückfälligen eine nicht unbedeutende Anzahl von Patienten mit begrenzten Ausrutschern, deren Bewältigung bei dieser Bewertung evtl. ebenfalls eine Rolle gespielt haben mag. Die deutliche Reduktion des (durchschnittlichen) aktuellen Alkoholverlangens bei den Tagesklinik- wie auch den stationären Patienten im Verlauf der Entwöhnungsbehandlung konnte sich im Katamnesezeitraum hingegen nicht stabilisieren. Interessanterweise hatten alle Patienten im Vergleich zur Anfangserhebung unverändert (hohes) Alkoholverlangen, die Tagesklinikpatienten und die stationären Patienten gaben sogar eine Steigerung an, wobei der Anstieg bei den Tagesklinikpatienten im Vergleich zu den stationären Patienten noch deutlicher ausfiel. Möglicherweise wird mit diesem eindimensionalen Instrument eher punktuell Alkoholverlangen der Patienten im Moment ihrer Fragenbeantwortung erfasst und kann daher aufgrund des flüchtigen Charakters von Alkoholverlangen weniger gut Veränderungen abbilden, wohingegen spezifische Items die Patienten zu einer differenzierteren Auseinandersetzung mit ihrem Alkoholverlangen bewegen. Darüber hinaus ist in Anbetracht der hohen Drop out Rate bei den stationären Katamnesezeitproben, v.a. im stationären Langzeitbereich, die Wahrscheinlichkeit einer positiven Selektion von Erfolgreichen eher gegeben als in der Tagesklinik.

5.5.5 Betreuungsmaßnahmen im Katamnesezeitraum

Rund ein Drittel der Patienten aller Behandlungsgruppen berichtete von Arztbesuchen im Katamnesezeitraum, wobei die stationären Patienten bedeutend regelmäßiger ihren Arzt aufsuchten als die tagesklinischen Patienten. Insgesamt spricht dies für ein positives Therapieergebnis in Form einer Sensibilisierung der Patienten für ihren gesundheitlichen Zustand. Die tagesklinischen Patienten fühlten sich zwar weiterhin noch körperlich belastet, dennoch äußerten sie sich ein Jahr später im Vergleich zu den stationären Patienten, die keine Stabilisierung ihres Gesundheitszustands erfuhren, deutlich zufriedener. Insofern

formulierten sie keinen Wunsch nach einer zusätzlichen professionellen Hilfe, was für eine gelungene Anbindung an ihre behandelnden Ärzte spricht. Die Langzeitpatienten sahen sich im Vergleich zu ihrer Situation bei Therapiebeginn jedoch körperlich noch stark belastet und äußerten weiteren Beratungsbedarf, d.h. die bestehenden Hilfen wurden von Ihnen als nicht ausreichend gewertet. Im Vergleich zu ihrer Situation bei Therapiebeginn fühlten sich die Kurzzeitpatienten im Katamnesezeitraum bezüglich ihres Gesundheitszustands stärker belastet und sahen noch über die vorhandene Hilfe hinaus einen weiteren Unterstützungsbedarf für sich. Über die Hintergründe der Zunahme an Somatisierungen bei den Kurzzeitpatienten können hier keine Erklärungen geliefert werden.

Mit über der Hälfte nahm eine deutlich größere Anzahl an Tagesklinikpatienten als an stationären Langzeitpatienten (29%) eine ambulante Sucht-Nachsorgebehandlung in Anspruch und besuchte im Katamnesezeitraum die Suchtberatungsstelle, d.h., die üblichen Schnittstellenproblematiken beim Übergang von einer (stationären) Entwöhnungsbehandlung zu den Nachsorgeangeboten der Beratungsstellen war hier bedeutend weniger gegeben. Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit den Befunden aus amerikanischen Studien, die auf eine bessere Anbindung an ambulante suchtspezifische Nachsorgeeinrichtungen nach tagesklinischer Behandlung hinweisen (Alterman et al. 1994; McLachlan & Stein, 1982, nicht signifikant: McKay et al., 1995), wenngleich sich die Bedeutung von günstigen soziodemografischen Patientenmerkmalen für eine stärkere Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten (Alterman, et al., 1998) hier nicht bestätigen ließen. Nach Kielstein (1997) ist die Dauer der Nachsorgebehandlung ein wichtiger Prädiktor für ein gutes Therapieergebnis. Demnach lebt, wer seine Gruppe über mindestens zwei Monate besucht, mit größerer Wahrscheinlichkeit ein Jahr nach der tagesklinischen Therapie abstinent. Ähnlich viele Kurzzeitpatienten befanden sich in der Suchtberatungsstelle zur Nachsorgebehandlung, wobei ihre Behandlung länger andauerte: zum Zeitpunkt der Katamnesebefragung befanden sich noch zwei Drittel zu regelmäßigen Gesprächen in der Suchtberatungsstelle. Die zeitnahe Anbindung an die Suchtberatungsstelle sowie die Häufigkeit ihrer Besuche gelang bei allen Behandlungsgruppen gleichermaßen gut: eine deutliche Mehrheit besuchte die Beratungsstelle innerhalb des ersten Monats nach Abschluss ihrer Entwöh-

nungsbehandlung und in der Folge regelmäßig bis zur regulären Beendigung der Nachsorgebehandlung.

Ein wesentliches Therapieziel in der Behandlung von alkoholabhängigen Patienten sowohl im tagesklinischen wie auch stationären Setting sieht vor, Patienten ohne bisherige Selbsthilfegruppenerfahrung bereits während der Behandlung für den Besuch einer Selbsthilfegruppe zu motivieren bzw. die vorhandene Anbindung zu stärken (McKay et al., 1994). Zwei Drittel aller tagesklinischen Patienten besuchten im Katamnesezeitraum eine Suchtselbsthilfegruppe. Damit nahmen weitaus mehr Tagesklinikpatienten als Patienten aus den stationären Bereichen die Unterstützung durch andere Betroffene wahr. In ihrer Vergleichsstudie fanden Lotz-Rambaldi et al. (2002) einen Unterschied zugunsten der stationären Patienten hinsichtlich der Häufigkeit der Kontaktaufnahme zu weiterbehandelnden Einrichtungen und Selbsthilfegruppen während der Behandlung. Dieser Unterschied relativierte sich jedoch bei der Betrachtung der tatsächlichen Inanspruchnahme, hier besuchten tagesklinische wie auch stationäre Patienten gleichermaßen die Gruppen. Der regelmäßige Kontakt zu einer Gruppe wird als guter Prädiktor für den Therapieerfolg gesehen (Westermann & Wessel, 1996), wobei der prädikative Charakter des Selbsthilfgruppenbesuchs nicht auf motivationale oder günstigere soziodemographische Patientencharakteristika zurückzuführen ist, sondern, wie McKay et al. (1994) unter kontrollierenden Versuchsbedingungen herausfanden, auf die kontinuierliche Unterstützung eines Gruppenbesuchs, mit dessen Hilfe rückfallkritische Situationen erkannt und bewältigt werden können. Die Mehrheit aller Patienten nahm den Kontakt zur Gruppe innerhalb des ersten Monats nach der Therapie auf und besuchte fortan regelmäßig ihre Gruppe. Die Motivation für den weiterführenden Besuch einer Suchtselbsthilfegruppe im Katamnesezeitraum war damit bei den Patienten aus der Tagesklinik größer als bei den stationären Patienten. Aus internationalen Studien sind vergleichbare Ergebnisse bekannt: Fink et al. (1985) erwähnen ebenfalls eine tendenziell größere Bereitschaft zum Besuch von Selbsthilfgruppen bei den tagesklinischen Patienten. Das Ergebnis zeigt, dass sich dieses Therapieziel mithilfe tagesklinischer Entwöhnungsbehandlung erfolgreich erreichen lässt. Stationäre Patienten, die verschiedene Selbsthilfgruppen im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes zwar kennen lernen können, jedoch lediglich bei Wochenendurlaube eine Möglichkeit zu einem Besuch

in ihrem häusliche Umfeld finden, müssen einen sehr viel schwierigeren Transfer hin zu einer wohnortnahen Gruppe bewältigen. Insgesamt betrachtet ist es entsprechend den Erwartungen gelungen, die tagesklinischen Patienten noch mehr als die stationären Langzeitpatienten für eine Vielzahl ambulanter Nachsorgebetreuungsangebote zu motivieren. Der chronische Charakter von Abhängigkeitserkrankungen verdeutlicht die Notwendigkeit des Therapieziels jedweder Behandlungsform, Patienten für eine weiterführende ambulante Unterstützung zu mobilisieren (McKay et al., 1996).

Aufgrund der kleinen Zellenbesetzungen lassen sich hinsichtlich der anschließenden stationären suchtbezogenen Entgiftungs- und Entwöhnungsmaßnahmen leider keine Angaben machen. McLachlan & Stein (1982) fanden in ihrer Studie einen signifikanten Haupteffekt für die tagesklinische Behandlung bezüglich der stationären Behandlungen im Anschluss an ihre Therapie: die Anzahl der Entgiftungen und psychiatrischen Behandlungen sank bei tagesklinischen wie auch stationären Patienten gleichermaßen, bei den stationären Patienten hingegen war ein drastischer Anstieg an medizinischen und Behandlungen alkoholbedingter Folgeerkrankungen zu beobachten: bei tagesklinischen Patienten sank die Behandlungsdauer im Krankenhaus von 423 auf 90 Tage, während bei stationären Patienten ein Anstieg von 215 auf 296 Tage verzeichnet wurde.

Immerhin ein Viertel der Tagesklinikpatienten nahm ambulante psychologische bzw. psychiatrische Hilfen im Katamnesezeitraum in Anspruch. Demgegenüber suchten nur 17% der Langzeit- bzw. 13% der Kurzzeitpatienten professionelle psychologische Hilfe. Der Anteil an psychologischer Hilfesuche lag demnach in der Tagesklinik unerwartet hoch. Tagesklinische bzw. Langzeitpatienten befanden sich ähnlich häufig (5- bzw. 4-mal) in einer stationären psychiatrischen Behandlung. Die Patienten aller Behandlungsgruppen gaben deutlich weniger psychische Probleme im Vergleich zu ihrer Situation bei Therapiebeginn an. Von den Tagesklinik- und Langzeitpatienten, die im Katamnesezeitraum noch über psychische Probleme berichteten, waren beide nach wie vor gleichermaßen belastet, die tagesklinischen Patienten äußerten jedoch keinen weiteren Beratungsbedarf über den vorhandenen hinaus. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum bei Therapiebeginn veränderten sich ihre Einschätzungen deutlich zum positiven hin. Demgegenüber sahen deutlich mehr

Langzeitpatienten nach wie vor einen Beratungsbedarf für sich. Angesichts dieses Ergebnisses kann man schlussfolgern, dass es bei einem Großteil der tagesklinischen Patienten mit psychologischen Problemen und entsprechend ihren eingangs festgestellten psychopathologischen Beeinträchtigungen erfolgreich gelungen ist, sie an eine weiterführende psychologische Betreuung anzubinden. Für die Langzeitpatienten gilt dies nicht in demselben Maß. Hier besteht weiterhin noch Leidensdruck und Behandlungsbedarf. Die Kurzzeitpatienten suchten dagegen eher Unterstützung bei allgemeinen psychologischen Beratungsstellen, von deren Behandlung sie in der gewünschten Weise noch zum Zeitpunkt der Nachbefragung profitierten.

5.6 Prädiktoren

Die diskriminanzanalytischen Ergebnisse lieferten weder für die Tagesklinik noch für den stationären Langzeitbereich Hinweise für Prädiktoren des Behandlungserfolgs. Es war nicht möglich Patienten mit den postulierten, prognostisch ungünstigen soziodemografischen und störungsspezifischen Merkmalen der Gruppe der Rückfälligen zuzuordnen. Es zeigten sich keinerlei Unterschiede zwischen den erfolgreichen und den nicht erfolgreichen Patienten in den relevanten soziodemografischen Parametern. D.h., entgegen den Erwartungen, wurden Patienten, die ohne feste Bezugsperson waren, arbeitslos waren oder alleine lebten, nicht häufiger rückfällig als Betroffene, die sozial und beruflich gut integriert waren. Dies gilt ebenfalls für Patienten, die eine vergleichsweise schwerwiegende Alkoholgeschichte mit entsprechendem Chronifizierungsstatus aufwiesen. Evtl. spricht dieses Ergebnis für die Aussagen neuerer Studien, wonach Patientenmerkmale einen eher geringen Anteil der Varianz der Behandlungsergebnisse erklären und dass vielmehr den Therapiemerkmalen eine stärkere Bedeutung für die Varianzaufklärung des Behandlungserfolges zukommt (Finney, Hahn & Moos, 1996). Die Zuordnung der stationären Kurzzeitklientel zu den Gruppen der Abstinenter und Rückfälligen gelang hingegen besser. Rückfällige Kurzzeitpatienten hatten, bis sie ihre Therapie begannen, noch länger Alkohol konsumiert, nahmen stärkeres Alkoholverlangen wahr und hatten häufigere stationäre Vorbehandlungen (Entgiftungen und Entwöhnungen). Soziodemografische Merkmale spielten hier eben-

falls keine Rolle. In der ohnehin sehr homogenen stationären Kurzzeitgruppe mit ihrer günstigen sozialen und beruflichen Situation sowie einem hohen sozioökonomischen Status erstaunt dieses Ergebnis nicht. Es könnte für die Forderung sprechen, spezifische Indikationsmodelle für homogenisierte Gruppen zu entwickeln (Zemlin, 1993). In einer Studie von Bottlender & Soyka (2005) wurden ähnliche Prädiktoren für eine sozial gut integrierte Patientengruppe gefunden, die eine hoch strukturierte, intensive ambulante Therapie absolviert hatte. Rückfällige Patienten hatten eine längere Abhängigkeitsdauer, einen höheren täglichen Alkoholkonsum im Vorfeld der Therapie und wiesen häufiger stationäre Vorbehandlungen sowie stärkeres Alkoholverlangen auf. Die prognostische Bedeutsamkeit soziodemografischer Merkmale konnte ebenfalls nicht gezeigt werden, wobei dafür auch in dieser Studie letztendlich ein positiver Selektionseffekt durch die Auswahl von sozial gut integrierten Patienten bestimmend war. Zur Frage der prognostischen Bedeutsamkeit soziodemografischer, störungsspezifischer und klinischer Merkmale der tagesklinischen Behandlung kann die vorliegende Studie somit keine abschließende Aussage treffen.

Dennoch ließen sich hilfreiche Hinweise finden, die bei der Frage nach einer adäquaten Zuweisung zu einer spezifischen Behandlung zumindest vorläufige Aussagen liefern können: in den soziodemografischen Merkmalen zeigten sich in der Tagesklinik entgegen den Erwartungen weiterhin keine Unterschiede zwischen den erfolgreichen und nicht erfolgreichen Patienten. Patienten, die ohne feste Bezugsperson waren, arbeitslos waren oder alleine lebten, wurden nicht häufiger rückfällig als Betroffene, die sozial und beruflich gut integriert waren. D.h. einem Teil der Tagesklinikpatienten gelingt es auch ohne unterstützende Bezugsperson und ohne strukturierendes Beschäftigungsverhältnis abstinent zu leben. Dies steht in Widerspruch zu den üblicherweise in der Literatur genannten Befunden. Soyka et al. (1999) versuchten mittels einer logistischen Regressionsrechnung, in einer Zweijahreskatamnese bei tagesklinischen Patienten soziodemografische und suchtspezifische Parameter wie Geschlecht, körperliche Vorerkrankungen, stationäre Entgiftungen bzw. Entwöhnungen etc. herauszufinden, die prädikativ für den Behandlungserfolg sind. Sie fanden hier ebenfalls keine Unterschiede. Im Gegensatz zu den Befunden der vorliegenden Studie ergaben die Häufigkeitsberechnungen Hinweise für mögliche soziodemografische Prädiktoren: das Rückfallrisiko für Unverheiratete bzw. Betroffene ohne feste Partner-

schaft war deutlich höher. Kielstein (1997) entwickelte einen Prognoseindex für Patienten, die in tagesklinischer Behandlung gefährdet sind: demnach sind Patienten mit größerer Wahrscheinlichkeit rückfallgefährdet, die einen schlechten Allgemeinzustand haben, mehr als einen Arbeitsplatzwechsel in den letzten fünf Jahren hatten, länger als zwei Jahre morgens Alkohol konsumierten, geschieden waren, bei denen die Arbeitskollegen während der Arbeitszeit tranken, im Benton unterdurchschnittlich abschnitten und einen Beruf unterhalb des Facharbeiterniveaus ausübten. Hinsichtlich dessen Aussagekraft fügt er jedoch einschränkend hinzu, dass der Index auf eine prospektive Studie von 1984 in der ehemaligen DDR zurückgeht und das Merkmal Arbeitslosigkeit keine Berücksichtigung fand. Von dem vom Arbeitgeber initiierten tagesklinischen Programm von Bensinger & Pilkington (1983) profitierten hingegen Patienten mit der sozialen Unterstützung einer Bezugsperson bzw. eines vorhandenen Arbeitsplatzes. Insofern folgern die Autoren, dass die tagesklinische Behandlungsform stationäre Behandlung nicht ersetzen kann, jedoch eine praktikable Alternative für einen bestimmten Personenkreis ist. Betrachtet man die Einstellung der tagesklinischen Patienten in der vorliegenden Studie hinsichtlich ihrer beruflichen Situation 12 Monate nach der Therapie, inklusive der arbeitslosen und erwerbstätigen Patienten, so schätzten sie diese nicht nur als weniger belastend, sondern im Gegensatz zu den Patienten aus dem stationären Langzeitbereich als positiv verändert ein und sahen demzufolge für sich in diesem Lebensbereich keinen weiteren Beratungsbedarf, obgleich der Arbeitslosigkeitsanteil in etwa gleich hoch war. Über die Hintergründe hierfür kann wiederum nur spekuliert werden. Zukünftige tagesklinische Studien könnten für die Patientengruppe der Arbeitslosen genauere Analysen liefern. Möglicherweise spielen in diesem Zusammenhang die häufigere Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten wie Selbsthilfeangeboten sowie Behandlungen in einer Suchtberatungsstelle durch die Patienten der Tagesklinik nach der Entwöhnungsbehandlung eine Rolle. In ihrem ARA-Projekt zeigten Henkel, Zemlin und Dornbusch (2004) den rückfallprotektiven Charakter eines regelmäßigen Selbsthilfegruppenbesuchs bei Erwerbslosen auf. Gleichzeitig könnten der zuversichtlicheren Haltung der tagesklinischen Patienten veränderte Verhaltens- und Einstellungsmuster zugrunde liegen, die es ihnen ermöglichen, ihre Arbeitslosigkeit angemessener zu bewältigen. Die Bewältigung des hoch strukturierten Behandlungsalltags einer tagesklinischen Einrichtung könnte sich demnach selbstwirksamkeits- und selbstwertsteigernd ausgewirkt haben. Die hohe

Akzeptanz der tagesklinischen Behandlung mit seiner geringen Abbruchquote indessen könnte bereits ein Ausdruck dieser erfolgreichen Veränderung sein. Behandlungsabbrüche weisen auf ein negatives Therapieergebnis hin (Weissinger, 2006; Henkel & Zemlin, 2006; McKay et al., 1994). Gleichzeitig liegt ein Schwerpunkt tagesklinischer Behandlung im Aufbau von Kompetenzen zu einer aktiveren und sinnerfüllten Freizeitgestaltung, gerade auch für Arbeitslose, deren strukturloser Alltag in der Regel depressionsfördernd ist. In der Studie von Henkel et al. (2004) konnte die Unzufriedenheit mit der Freizeitgestaltung für die arbeitslosen Patienten als Risikofaktor aufgezeigt werden. Wie sich in der vorliegenden Studie zeigte, waren die tagesklinischen Patienten mit ihrer Freizeit im Katamnesezeitraum wesentlich zufriedener als die stationären Langzeitpatienten und klagten weniger häufig über Langeweile, was eventuell auf eine gelungene Umsetzung dieses Therapieziels hinweist. Ungeachtet dessen ist diese spezifische Klientel (im stationären Setting) prognostisch als sehr ungünstig einzuschätzen. Forderungen nach der Organisation von sozialen Stützsystemen und beruflichen Perspektiven speziell für diese Patientengruppe in der kritischen Phase des Übergangs von der Behandlung in den Alltag tragen diesem Umstand Rechnung (Weissinger, 2006). Gleiches gilt für die tagesklinisch behandelten Arbeitslosen und sollte Gegenstand zukünftiger Untersuchungen sein.

Hinsichtlich des Schweregrads und weiterer suchtspezifischer Parameter zeigten sich erwartungsgemäß Unterschiede zwischen den Respondern und den Non-Respondern: rückfällige Tagesklinikpatienten hatten bis sie ihre Therapie begannen, länger Alkohol konsumiert, sie hatten häufiger Alkoholverlangen im Monat vor der Therapie und ein mild erhöhtes Gesamt- und gedankliches Alkoholverlangen wahrgenommen, erlebten häufiger Craving und hatten eine schwerwiegendere Beeinträchtigung im Alkoholbereich als die erfolgreichen Abstinente. Die prognostische Qualität des Schweregrads der Abhängigkeits-erkrankung steht in Übereinstimmung mit den aus der Literatur bekannten stationären bzw. ambulanten Prädiktoren des Therapieerfolgs (Süß, 1988; Bottlender & Soyka, 2005). Neuere Untersuchungen plädieren für die Überprüfung bestimmter Patientensubgruppen: so können z.B. Patienten nach ihren alkoholspezifischen und psychiatrischen Schweregrad-einschätzungen den verschiedenen Behandlungsgruppen zugeführt werden und dann hinsichtlich ihrer Veränderungen, der Abbruchraten oder ihres Trinkverhaltens nach Behand-

lungsende verglichen werden (Rychtarik, et al., 2000; Finney et al., 1996; Weisner et al., 2000; Mc Kay et al., 2002), auch wenn sich bislang durch die gezielte Zuweisung von bestimmten Patienten die Behandlungsergebnisse kaum verbessern ließen (Project MATCH, 1997).

Entsprechend den Ergebnissen von Drummond et al. (2000) könnte überdies gefolgert werden, dass Alkoholverlangen aufgrund seines zustandsabhängigen Charakters Rückfälle zwar nicht verlässlich voraussagen kann, dennoch gibt es Hinweise, dass Craving nicht zufällig mit Rückfällen verbunden sind. Dabei scheint der Messzeitpunkt eine Rolle zu spielen: wird Alkoholverlangen bei Therapiebeginn bzw. während der Behandlung (mehrfach) gemessen, können Rückfälle besser vorhergesagt werden als dies bei Alkoholverlangen am Ende der Therapie der Fall ist (Anton, 2000; Flannery, et al. 2001). Die Bedeutung von Behandlungsspezifika insbesondere Setting Effekte im Zusammenhang mit Alkoholverlangen konnte jedoch bislang nicht nachgewiesen werden. Anhand der gefundenen Daten in der vorliegenden Studie kann jedoch gefolgert werden: äußern Patienten bei Therapiebeginn ein erhöhtes Alkoholverlangen und wird dieses störungsspezifische Merkmal als ein Indikator für den Schweregrad der Abhängigkeitserkrankung gesehen (Flannery, 2001), kann eine tagesklinische Behandlung dennoch indiziert sein. Stationäre Untersuchungen belegen die günstigen Auswirkungen von erhöhter Abstinenzzuversicht in verschiedenen rückfallgefährdeten Situationen auf das Therapieergebnis (Greenfield, et al., 2000; Majer et al., 2004). In der vorliegenden Studie konnten keinerlei Hinweise für den prognostischen Charakter von Abstinenzzuversicht für die tagesklinischen Patienten und interessanterweise auch nicht für die stationäre Patientenklientel gefunden werden. Möglicherweise spielen dabei methodische Aspekte mit eine Rolle: im Unterschied zu unserer Studie verwenden amerikanische Untersuchungen ein „mildes“ Erfolgskriterium „Anzahl abstinenter Tage“ bzw. „Anzahl täglicher drinks“ und nicht das strenge dichotome Merkmal „rückfällig/abstinent“. Vor dem Hintergrund der nennenswerten Anzahl an einmaligen Ausrutschern in der Tagesklinik könnte eine detaillierte Analyse weiteren Aufschluss über diese Zusammenhänge für eine tagesklinische Behandlung liefern. Entsprechend ihrer geringen Abstinenzfähigkeit vor Therapiebeginn wiesen rückfällige Tagesklinikpatienten kürzere Abstinenzzeiten in der Vergangenheit auf, wenn man sie nach ihrer bisher längsten Absti-

nenzphase befragte. Ausreichende Abstinenzkompetenz wird v.a. als Indikationskriterium für eine ambulante Behandlung gesehen (Weissing, 2006). Nach Süß (1988) ist hingegen die Länge der Abstinenzperiode, die ein Patient überhaupt gelebt hat, nicht brauchbar als Prognosefaktor, da in vielen Fällen die Abstinenzperioden identisch sind mit den Abstinenzzeiten während vorausgegangener stationärer Behandlungen.

Aus therapeutischer Sicht kann eine tagesklinische Behandlung gerade dann indiziert sein, wenn Patienten bereits eine oder zwei stationäre Entwöhnungsbehandlungen jeweils mit einem begrenzten Abstinenzserfolg durchlaufen haben, und es nicht sinnvoll erscheint, ein weiteres Mal eine stationäre Langzeitentwöhnungsbehandlung durchzuführen (Kruse, 1996). Interessanterweise finden sich in der vorliegenden Studie dezente Hinweise für diese Annahme: in der Subgruppe der Wiederholerpatienten lassen sich keine Unterschiede zwischen abstinenten und rückfälligen Tagesklinikpatienten finden. Patienten, die in der Vorgeschichte bereits eine stationäre Entwöhnungsbehandlung absolviert hatten, waren im Katamnesezeitraum nicht signifikant häufiger rückfällig geworden als Tagesklinikpatienten, für die die Behandlung eine Erstbehandlung war. D.h., bestimmte Patienten mit einer stationären Vorerfahrung profitieren von einer erneuten in diesem Fall tagesklinischen Therapie. Für die tagesklinische Therapiepraxis könnte dieses unerwartete Ergebnis zur Folge haben, spezifische Wiederholungs-Behandlungs-Programme für diese Subgruppe anzubieten, wie es bereits aus dem stationären Setting bekannt ist. Wiederholer-Patienten haben in der Regel bereits Vorinformationen über ihre Abhängigkeit, Abstinenzserfahrungen und sind häufig motiviert, ihren Rückfall und die dazugehörigen Bedingungen zu verstehen. Die tagesklinische Behandlung bietet hierfür möglicherweise einen geeigneten realitätsnahen Rahmen. Gegebenenfalls lassen sich die für die Gruppe der Reha-Wiederholer negativen Auswirkungen von stationären Therapiezeitverkürzungen (Zemlin, Herder & Dornbusch, 1999) mit einem ganztägig ambulanten Setting ausgleichen. In der Hochrisikogruppe der tagesklinischen Mehrfachwiederholer ließ sich dieser Trend nicht finden. Um welche Wiederholerklientel es sich in der Tagesklinik handelt und unter welchen Umständen es diesem gelingt abstinent zu bleiben, sind Fragestellungen für zukünftige Untersuchungen.

Im stationären Langzeitbereich zeigten sich erwartungsgemäß soziodemografische und suchtspezifische Unterschiede zwischen den Gruppen der Rückfälligen und Abstinenter: rückfällige Patienten lebten häufig ohne Partner, hatten in der Vergangenheit mehr stationäre Entgiftungen bzw. Entwöhnungsbehandlungen absolviert und wiesen eine größere psychische Beeinträchtigung auf. Dies entspricht im Wesentlichen den Befunden stationärer Erhebungen, nach denen insbesondere Merkmale der sozialen und beruflichen Stabilität prognostisch bedeutsam sind (Küfner, Feuerlein und Huber, 1988; Übersicht in Süß & Waldow, 1986). Im Gegensatz zu den tagesklinischen Wiederholerpatienten zeigte sich speziell für diese Gruppe im stationären Langzeitbereich eine erhöhte Rückfallwahrscheinlichkeit. Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit der Literatur, demnach stationäre Wiederholerpatienten dann eine erhöhte Abstinenzwahrscheinlichkeit haben, wenn sie in einer festen Partnerschaft leben, bei der Aufnahme erwerbstätig sind und regulär ihre Behandlung beenden. Zudem spielt die Behandlungsdauer eine Rolle. Therapiewiederholer mit einem üblicherweise durch die Rentenversicherungsträger genehmigten verkürzten Behandlungszeitraum von 8 Wochen werden zudem häufiger rückfällig als nach einer 12-wöchigen Behandlungszeit (Zobel et al., 2005).

6. Resümee und Ausblick

Für welche Patienten eignet sich die Tagesklinische Behandlung? Welche Schlussfolgerungen lassen sich anhand der gefundenen Ergebnisse hinsichtlich der vorab definierten Indikationsempfehlungen ziehen? Lassen sich Hinweise für eine differentielle Zuweisung zu teil- und vollstationären Behandlungsformen ableiten? Und weiterhin, wie wirksam ist die tagesklinische im Vergleich zur vollstationären Entwöhnungsbehandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen?

In der Tagesklinik wurden ähnlich dem stationären individualisierten Langzeitbereich Patienten mit einer relativ schwerwiegenden Krankheitsgeschichte und zahlreichen Vorbehandlungen sowie psychopathologischen Beeinträchtigungen behandelt. Die Patienten beider Behandlungsprogramme waren in der Regel sozial und beruflich weniger gut integriert, lebten häufig ohne Partnerschaft oder alleine sowie ohne Arbeitsplatz. In der Tagesklinik wurden zudem vermehrt Patienten mit früheren stationären Suchtbehandlungen sowie familiären Schwierigkeiten behandelt. Die Patienten des stationären Kurzzeitbereichs waren im Vergleich dazu sozial und beruflich gut eingebunden. Von den „Indikationsleitlinien“ ließen sich demnach die Kriterien zu Chronifizierungsstatus, sozialem Stützsystem und beruflicher Integration nur zum Teil erfüllen. Dennoch konnten in der Tagesklinik ähnlich gute Ergebnisse in den Erfolgskriterien Abstinenz und soziale bzw. berufliche Integration wie im stationären Langzeitbereich sowie höhere Zufriedenheitseinschätzungen bzgl. des Alkoholbereichs und der beruflichen bzw. familiären und sozialen Situation als in der Langzeitgruppe erzielt werden. Die geringe Therapieabbruchsquote spricht für eine gute Therapiemotivation und hohe Akzeptanz der tagesklinischen Behandlung durch die Patienten und untermauert diese positive Entwicklung. Möglicherweise lässt sich mit einem dergestalt attraktiven und niedrighschwelligen tagesklinischen Angebot die für die Gruppe der Alkoholabhängigen typische lange Krankheitsdauer von 11-13 Jahren senken, die späte Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung und darüber hinaus die gleichfalls hohe Nichtantrittsquote von 17% reduzieren (Weissinger, 2006). Damit könnte sich für die nach Wienberg (2002) unterversorgte Gruppe der Betroffenen, die sich im Frühstadium ihrer Abhängigkeit befinden und vom Autor bereits 1990 einer „vergessenen Mehrheit“ zuge-

ordnet wurden, ein Angebotsprofil herausbilden. Voraussetzung dafür ist gezielte Beratung und Vorbereitung sowie eine konzeptionelle Inhaltsvermittlung durch die zuweisenden Stellen. Zusammengefasst spricht dies für die guten Möglichkeiten tagesklinischer Behandlung als einer gemeindenahen therapeutischen Behandlung unter Einbeziehung von alltags- und lebensnahen Konflikten sowohl im beruflichen wie auch familiären und sozialen System. Den Forderungen nach einem weiteren Ausbau (ganztägig) ambulanter Behandlungsangebote durch den zunehmenden Kostendruck im Gesundheitssystem kann mit diesem Beitrag Rechnung getragen werden. Mit der vorliegenden Studie wurde darüber hinaus versucht, einen Beitrag zu empirisch überprüften Indikationskriterien zu leisten, die eine selektive Indikationsentscheidung und differentielle Allokation von Patienten zu tagesklinischen wie stationären Behandlungen möglich machen. Wie bei dem Großteil der bislang zu diesem Thema publizierten Studien erfüllte sich diese Hoffnung nicht vollständig. Klinisch wird sich auch weiterhin die Frage stellen und welche Patienten besonders von einer tagesklinischen, welche von einer stationären Entwöhnungsbehandlung profitieren. Von besonderem Interesse für zukünftige Forschungsfragestellungen könnte die Bedeutung von spezifischen Patientensubgruppen im Hinblick auf eine tagesklinische Behandlung sein. So wäre eine detaillierte Analyse der Behandlungserfolge bei den Gruppen der Wiederholerpatienten sowie Patienten ohne Arbeitsplatz oder mit familiären Schwierigkeiten aufschlussreich. Aufgrund der vorliegenden tagesklinischen Erfolge kann jedoch gefolgert werden, auch weiterhin „mutige“ selektive Zuweisungen für eine tagesklinische Behandlung vorzunehmen, um dann bei Bedarf- solange noch ein Mangel an verbindlichen Indikationsmerkmalen zur einmaligen selektiven Behandlungsentscheidung besteht –die selektive Behandlungsentscheidung durch eine adaptive zu ergänzen, wie dies ja bereits gängige Praxis der Kostenträger ist, womit zugleich der Erwartung nach interkurrenten Indikationskorrekturen entsprochen werden kann. In diesem Sinne ließe sich die Forderung nach einer verantwortungsbewussten Risikoabwägung erfüllen, die mit jeder Indikationsentscheidung für eine tagesklinische oder stationäre Behandlung verbunden ist. Selbst sozial und beruflich beeinträchtigte Patienten könnten nach einer initialen stationären Stabilisierungsbehandlung tagesklinisch weiterbehandelt werden, um die Vorteile des Alltagsbezugs zu nutzen. Ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung stellen somit keine sich ausschließenden Behandlungsalternativen dar, sondern können sich wechselseitig er-

gänzen. Die Forderungen nach einer Pluralität von Behandlungsangeboten und Angebotsstrukturen in der Suchtkrankenversorgung beinhalten Modelle gestufter Versorgungsstrukturen mit vielfältigen Kombinationsmöglichkeiten und sind im Zuge der zunehmenden strukturellen Veränderungen des Versorgungssystems eine logische Fortführung der nicht zuletzt fiskalisch bedingten Entwicklungen des Suchthilfesystems in den letzten Jahren mit vermehrter Individualisierung und Flexibilisierung. Bei allen professionellen Überlegungen zu den selektiven Indikationsentscheidungen sollten die Behandlungsvorstellungen der Betroffenen selbst nicht übergangen werden und die Indikationsüberlegungen in einem Beratungsprozess gemeinsam mit dem Patienten diskutiert werden. Im Sinne der motivationalen Beratung nach Miller & Rollnick (1999) ist nicht zuletzt die Entscheidungsautonomie des Patienten Voraussetzung und notwendige Bedingung seiner Änderungs- und Behandlungsbereitschaft.

7. Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung besteht in einer Überprüfung der Indikationsempfehlungen für eine ganztägig ambulante Rehabilitation bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen und der Wirksamkeit dieses spezifischen Settings im Vergleich zu einer stationären Entwöhnungsbehandlung. Vor diesem Hintergrund werden verschiedene Hypothesen formuliert: zum einen soll die Patientenstruktur der tagesklinischen Patienten eine Vergleichbarkeit mit der sozial und beruflich gut integrierten Kurzzeitklientel aufweisen und sich in den relevanten Patientenmerkmalen deutlich von den stationären Langzeitpatienten unterscheiden, zum anderen soll ein vergleichbarer Therapieerfolg resultieren. Weiterhin sollen diskriminanzanalytisch Prädiktoren für einen späteren Behandlungserfolg in den jeweiligen Behandlungsgruppen ermittelt werden. Die seit 2001 bestehende Tagesklinik der Fachklinik Wilhelmsheim ist eine rehabilitative Einrichtung für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In einer naturalistischen Follow-up-Untersuchung mit einem Zwei-Gruppen-Prä-Post-Design konnten im Zeitraum 01.04.2003 bis 31.03.2004 82 tagesklinische Patienten, 107 Patienten im individualisierten Langzeitprogramm sowie 90 Patienten aus dem Kurzzeitprogramm bei Therapiebeginn und –ende und 12 Monate nach der Behandlung untersucht werden. Zur Überprüfung der Fragestellungen werden soziodemografische, störungsspezifische und psychopathologische Merkmale erfasst. Mithilfe eines Katamnesefragebogens werden Abstinenzquoten und andere Erfolgsparameter ermittelt sowie das Rückfallgeschehen und Nachsorgeverhalten detailliert abgebildet.

In relevanten soziodemografischen, störungsspezifischen und psychopathologischen Variablen ergeben sich wenig bedeutsame Unterschiede zwischen den tagesklinischen und den stationären Langzeitpatienten. Im Gegensatz zu den beiden stationären Bereichen werden in der Tagesklinik überproportional viele Wiederholerpatienten behandelt. Von den Tagesklinikpatienten werden häufiger familiäre Probleme und eine vergleichsweise hohe familiäre Belastung berichtet. Die stationäre Kurzzeitklientel erweist sich als die Patientengruppe mit den stabilsten sozialen und beruflichen Merkmalen. Eine hohe Haltequote weist auf die große Akzeptanz der tagesklinischen Behandlung wie auch der stationären Settings hin. Die tagesklinischen Patienten profitieren im Hinblick auf den Erfolgsparameter Abstinenz

trotz ihres hohen Wiederholeranteils langfristig in gleichem Maße wie die stationären Langzeitpatienten. Bezüglich des Rückfallgeschehens lässt sich in der Tagesklinik ein hoher Anteil einmaliger und zeitlich begrenzter Rückfälle ausmachen. Die Kurzzeitpatienten weisen die größten Erfolge auf. In den anderen relevanten Outcome Maßen zeigen die tagesklinischen Patienten höhere Zufriedenheitseinschätzungen und weniger Belastungen bzw. aktuellen Unterstützungsbedarf als die Langzeitpatienten. Hinsichtlich ihres Nachsorgeverhaltens halten mehr Tagesklinikpatienten den Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle und besuchen eine Selbsthilfegruppe. Für keines der spezifischen Behandlungssettings können Prädiktoren für einen späteren Behandlungserfolg formuliert werden. Wiederholerpatienten profitieren tendenziell stärker in der tagesklinischen Behandlung als in den stationären Settings. Die tagesklinische Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen stellt demnach eine effektive Behandlungsmaßnahme auch für Patienten mit weniger günstigen Ausgangsbedingungen dar.

8. Literaturverzeichnis

- Alfs, D.S., McClellan, T.A. (1992). A day hospital program for dual diagnosis patients in a VA Medical Center. *Hospital and Community Psychiatry*, 43 (3), 241 – 244.
- Alterman, A.I., Droba, M. & McLellan, T. (1992). Response to day hospital treatment by patients with cocaine and alcohol dependence. *Hospital and Community Psychiatry*, 43 (9), 930 – 934.
- Alterman, A.I. & McLellan, A.T. (1993). Inpatient and day hospital treatment services for cocaine and alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 269 – 275.
- Alterman, A.I., O'Brien, C.P., McLellan, A.T., August, D.S., Snider, E.C., Droba, M., Cornish, J.W., Hall, C.P., Raphaelson, A.H. & Schrade, F.X. (1994). Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 157 – 163.
- Annis, H.M. (1996). Inpatient versus outpatient setting effects in alcoholism treatment: revisiting the evidence. In: Comments on Finney et al's "The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects". *Addiction*, 91 (12), 1803 – 1820.
- Anton R.F. (2000). Obsessive-compulsive aspects of Craving: development of the Obsessive Compulsive Drinking Scale. *Addiction*, 95 (Supplement 2), 211 – 217.
- Anton, R.F., Moak, D.H. & Latham, P. (1995). The Obsessive Compulsive Drinking Scale. A self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behaviour. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19, 92 – 99.
- Arend, H. (1994). *Alkoholismus – Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., Weiber, R. (2005). *Multivariate Analysemethoden*. 11. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Becker, P., Jürgensen, R. & Rüdell, H. (2002). Eignen sich SCL-90-R sowie drei Persönlichkeitsfragebogen für die Differentialdiagnostik von Patienten aus unterschiedlichen diagnostischen Kategorien? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31 (4), 272 – 283.
- Bensinger, A. & Pilkington, C.F. (1983). An alternative method in the treatment of alcoholism: the United Technologies Corporation Day Treatment Program. *Journal of Occupational Medicine*, 25 (4), 300 – 303.

- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation* (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Bott, K.E., Rumpf, H.-J., Bischof, G. Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2003). Der Alkoholabstinenz-Selbstwirksamkeitsfragebogen: deutsche Version (AASE-G). In A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Kufner (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Bottlender, M., Bottlender, R., Scharfenberg, C.D. & Soyka, M. (2003). Die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für den Therapieverlauf einer ambulanten Entwöhnungstherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 384 – 389.
- Bottlender, M. & Soyka, M. (2005). Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: predictors of outcome 6 months after treatment. *European Addiction Research*, 11, 132 – 137.
- Demmel, R. & Schröder, M. (2003). Verlangen nach Alkohol, Depressivität und Ängstlichkeit während stationärer Entzugsbehandlung: Ein Beitrag zur Validität der OCDS-G. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (4), 303 – 306.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1974). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*. Bonn, Drucksache 7/4200.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängiger. *Sucht*, 47 (Sonderheft 2).
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängiger. Glossar. *Sucht*, 47 (Sonderheft 2).
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2007). *Jahrbuch Sucht 2007*. Geesthacht: Neuland.
- DiClemente, C., Carbonari, J. Montgomery, R. & Hughes, S. (1994). The alcohol abstinence self-efficacy scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 141 – 148.
- Dlbal, H. (1996). Marburger Modell: Integrierte tagesklinische Suchtkrankenbehandlung. In: Wagner, H.B., Krausz, M. & Schwoon, D.R. (Hrsg.). *Tagesklinik für Suchtkranke*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 76 – 89.
- Drobes, D.J. & Thomas, S.E. (1999). Assessing Craving for alcohol. *Alcohol Research and Health*, 23 (3), 179 – 186.

Drummond, D.C., Litten, R.Z., Lowman C. & Hunt, W.A. (2000). Craving Research: future directions. *Addiction*, 95 (Supplement 2), 247 – 255.

Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2002). *Basisdokumentation Sucht 2002 (BADO Sucht)*, Version 1.0, Hilden, 2001.

Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (1997). *Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Katamnese Sucht 1997)*, Version 1.0, Hilden.

Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2002). *Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Katamnese Sucht 2002)*, Version 1.0, Hilden.

Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (1997). *Skala Lebenszufriedenheit*, Version 1.0, Hilden, 1997.

Feuerlein, W. (1993). Ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung des Alkoholismus und anderer stoffgebundener Abhängigkeiten. In: Schriftenreihe des Fachverbands Sucht e.V. *Ambulante und stationäre Suchttherapie: Möglichkeiten und Grenzen*; Beiträge des 5. Heidelberger Suchtkongresses. Geesthacht: Neuland, 9 – 47.

Feuerlein, W. & Kufner, H. (1996). The amount of treatment and the outcome. In: Comments on Finney et al's "The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects". *Addiction*, 91 (12), 1803 – 1820.

Feuerlein, W., Kufner H. & Soyka, M. (1997). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie*. Stuttgart: Thieme.

Fink, E.B., Longabaugh, R., McCrady, B.M., Stout, R.L., Beattie, M., Ruggieri-Authelet, A. & McNeil, D. (1985). Effectiveness of alcoholism treatment in partial versus inpatient settings: twenty-four month outcomes. *Addictive Behaviours*, 10, 235 – 248.

Finney, J.W., Hahn, A.C. & Moos, R.H. (1996). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 91 (12), 1773 – 1796.

Flannery, B.A., Roberts, A.J., Cooney, N., Swift, R.M., Anton R.F. & Rohsenow D.J. (2001). The role of Craving in alcohol use, dependence and treatment. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 25 (2), 299 – 308.

Franke, G.H. (2002). SCL-90-R. *Die Symptom-Checkliste von Derogatis*. Deutsche Version. Manual (2., vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage). Göttingen: Beltz.

Greenfield, S.F., Hufford, M.R., Vagge, L.M., Muenz, L.R., Costello, M.E. & Weiss, R.D. (1998). The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women: a prospective study. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 345 – 351.

Gsellhofer, B. Kufner, H. Vogt, M. & Weiler, D. (1999). *European Addiction Severity Index. EuroASI* (5. Auflage der amerikanischen Version von McLellan und der Europäischen Version des ASI). Manual für Training und Durchführung. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.

Hall, W. (1996). Statistical questions. In: Comments on Finney et al's "The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects". *Addiction*, 91 (12), 1803 – 1820.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar von A.T. Beck*. Deutsche Bearbeitung (2., überarbeitete Version). Bern: Hans Huber.

Henkel, D., Dornbusch, P. & Zemlin, U. (2005). Prädiktoren der Alkoholrückfälligkeit bei Arbeitslosen 6 Monate nach Behandlung: Empirische Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Suchtrehabilitation. *Suchttherapie*, 6, 165 - 175.

Henkel, D. & Zemlin, U. (2006). Arbeitslosigkeit und Suchtbehandlung: Neue empirische Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Praxis der medizinischen Rehabilitation. *Sucht aktuell*, 1, 49 – 57.

Henkel, D., Zemlin, U. & Dornbusch, P. (2003). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt). Teil I: Einführung in die Thematik, Projektziele, Untersuchungsanlage und Ergebnisse zu Beginn der Suchttherapie. *Sucht aktuell*, 2, 5 - 14.

Henkel, D., Zemlin, U. & Dornbusch, P. (2004). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt). Teil II: Ergebnisse des Therapieverlaufs und der 6-Monatskatamnese. *Sucht aktuell*, 1, 21 – 32.

Henkel, D., Zemlin, U. & Dornbusch, P. (2004). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt). Teil III: Abstinenz und Veränderungen im Katamneseverlauf, Unterschiede zwischen Rückfälligen und Abstinenten in der Aufnahme-, Entlass- und Katamnese diagnostik sowie zwischen Erst- und Wiederbehandelten. *Sucht aktuell*, 2, 11 – 22.

Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59 (1), 12 – 19.

John, U. (1993). Indikation ambulanter Therapie bei Alkoholabhängigkeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 41 (4), 321 – 333.

Jülch, F., Süß, H.M., Langer, W. & Hippen, S. (2003). Vorhersage von Therapieabbrüchen alkoholabhängiger Patienten in stationärer Entwöhnungsbehandlung. *Sucht*, 49 (1), 19 – 27.

- Jung, M. (1998). Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität. In: Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg.). *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Ulm: Gustav Fischer, 157 – 167.
- Keller, F., Hoffmann, M. & Weithmann, G. (2002). Psychometrische Eigenschaften des Beck-Depressionsinventars (BDI) bei Alkoholabhängigen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31 (3), 169 – 177.
- Kielstein, V. (1991). Indikationskriterien und Prinzipien der ambulant/tagesklinischen Therapie von Alkoholkranken. *Sucht*, 37, 114 – 120.
- Kielstein, V. (1993). Tagesklinische Behandlung von Suchtkranken – eine längst überfällige Notwendigkeit. *Sucht*, 1, 45 – 48.
- Kielstein, V. (1997). Tagesklinische Behandlung Alkoholabhängiger. *Nervenheilkunde*, 16, 390 – 395.
- Kielstein, V., Kapelle, G. & Herbst, K. (1995). Prädiktoren des Therapieerfolgs bei ambulant/tagesklinisch behandelten Alkoholabhängigen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 18 (1/2), 49 – 54.
- Koch, U. (2000). Aktuelle Entwicklungen in der Suchtrehabilitation. *Suchttherapie*, 1, 107 – 109.
- Körkel, J. (1999). Neuere Ergebnisse der Katamneseforschung. Folgerungen für die Rückfallprävention. *Abhängigkeiten*, 39 – 60.
- Krampe, H., Wagner, T., Stawicki, S., Bartels, C., Aust, C., Kroener-Herwig, B., Kufner, H. & Ehrenreich, H. (2006). Personality disorder and chronicity of addiction as independent outcome predictors in alcoholism treatment. *Psychiatric Services*, 57 (5), 708 – 712.
- Kranzler, H.R., Kadden, R.M., Babor, T.F., Tennen, H. & Rouansaville, B.J. (1996). Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction*, 91 (6), 859 – 868.
- Kruse, G. (1996). Tagesklinische Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigen. In: Wagner, H.B., Krausz, M. & Schwoon, D.R. (Hrsg.). *Tagesklinik für Suchtkranke*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 48 – 57.
- Kruse, G. & Sievers, K. (1987). Tagesklinische Behandlung von Abhängigkeitskranken. *Psychiatrische Praxis*, 14 (5), 151 – 184.
- Kufner, H. (2001). Therapieevaluation. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.). *Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Göttingen: Hogrefe, 549 – 572.

Küfner, H. (2003). Therapieevaluation als Evidenzbasis der Suchttherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 4 (2), 170 – 177.

Küfner, H., Feuerlein, W. & Floherschütz, T. (Hrsg.) (1986). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestiche Ergebnisse. *Themenheft der Zeitschrift Suchtgefahren*, 32 (1), 1 – 86.

Küfner, H., Feuerlein, W. & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Themenheft der Zeitschrift Suchtgefahren*, 34 (1), 1 – 64.

Kulick, B. (1999). Warum bewilligen wir genau das? – Indikationskriterien in der Auswahl aus Sicht eines Leistungsträgers. *Sucht aktuell*, 1, 8 – 13.

Kunze H. (2001). Tagesklinische Behandlung für Alkoholranke. In: Olbrich, R. (Hrsg.). *Suchtbehandlung. Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen*. Regensburg: S. Roderer, 63 - 75 .

Laux, G., Ganzmann, P., Schaffner, P. & Spieleberger, C.D. (1981). *Das State-Trait-Angst-Inventar (STAI)*. Weinheim: Beltz.

Linster, H. W. & Rückert, D. (1998). Ambulante Behandlung von Abhängigkeitskranken. Ein Beitrag zur Untersuchung der Effektivität ambulanter Entwöhnungsbehandlung von Alkoholikern/innen. *Sucht aktuell*, 3 und 4, 25 - 30.

Longabaugh, R. (1996). Inpatient versus outpatient treatments: no one benefits. In: Comments on Finney et al's "The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects". *Addiction*, 91 (12), 1803 – 1820.

Longabaugh, R., McCrady, B., Fink, E., Stout, R., McAuley, T., Doyle, C. & McNeill, D. (1983). Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial versus inpatient settings. Six-months outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 44 (6), 1049 – 1071.

Lotz-Rambaldi, W., Buhk, H., Busche, W., Fischer, J., Bloemeke, U. & Koch, U. (2002). Ambulante Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten in einer Tagesklinik: Erste Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung von tagesklinischer und stationärer Behandlung. *Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation*, 41, 192 – 200.

Malla, A.K. & Cooper, G. (1985). Day treatment for alcoholism in a general hospital psychiatric service. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 409 – 413.

Majer, J.M., Jason, L.A., Olson, B.D. (2004). Optimism, abstinence self efficacy and self mastery. A comparative analysis of cognitive resources. *Assessment*, 11 (1), 57 – 63.

Mann, K. & Ackermann, K. (2000). Die OCDS-G. Psychometrische Kennwerte der deutschen Version der Obsessive Compulsive Drinking Scale. *Sucht*, 46 (2), 90 – 100.

Mattick, R.P. & Jarvis, T. (1994). In-patient setting and long duration for the treatment of alcohol dependence? Out-patient care is as good? *Drug & Alcohol Review*, 13, 127 – 135.

Mattson, M.E. (2003). The search for a rational basis for treatment selection. In: Galanter, M. (ed). *Recent developments in alcoholism: research in alcoholism treatment. Methodology, psychosocial treatment, selected treatment topics, research priorities*. New York: Plenum Publishers, 97 – 113.

McCrary, B., Longabaugh, R., Fink, E., Stout, R., Beattie, M. & Ruggieri-Authelet, A. (1986). Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: 12-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (5), 708 – 713.

McKay, J.R. (1996). Further progress in understanding the relative effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse. In: Comments on Finney et al's "The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects". *Addiction*, 91 (12), 1803 – 1820.

McKay, J.R., Alterman, A.I., McLellan, A. & Snider, E.C. (1994). Treatment goals, continuity of care and outcome in a day hospital substance abuse rehabilitation program. *American Journal of Psychiatry*, 151 (2), 254 – 259.

McKay, J.R., Alterman, A.I., McLellan, T., Snider, E.C. & O'Brien, C.P. (1995). Effect of random versus nonrandom assignment in comparison of inpatient and day hospital rehabilitation for male alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (1), 70 – 78.

McKay, J.R., Cacciola, J.S., McLellan, A.T., Alterman, A.I. & Wirtz, P.W. (1997). An initial evaluation of the psychosocial dimensions of the American Society of Addiction Medicine criteria for inpatient versus intensive outpatient substance abuse rehabilitation. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 239 – 252.

McKay, J.R., Donovan, D.M., McLellan, T., Krupski, A., Hansten, M., Stark, K.D., Geary, K. & Cecere J. (2002). Evaluation of full vs. partial continuum of care in the treatment of publicly funded substance abusers in Washington state. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28 (2), 307 – 338.

McKay, J.R., McLellan A.T., Alterman, A.I., Cacciola, J.S., Rutherford, M.J. & O'Brien, C.P. (1998). Predictors of participation in aftercare sessions and self-help groups following completion of intensive outpatient treatment of substance abuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 152 – 162.

- McLachlan, J.F.C. & Stein, R.L. (1982). Evaluation of a day clinic for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 43 (3), 261 – 272.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. Motivierende Gesprächsführung: ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus.
- Miller, W.R. & Hester, R.K. (1986a). The effectiveness of alcoholism treatment. What research reveals. In: Miller, W.R. & Heather, N. (Eds.). *Treating Addictive Behaviours. Process of Change*. New York: Plenum Press, 121 – 174.
- Miller, W.R. & Hester, R.K. (1986b). Matching problem drinkers with optimal treatments. In: Miller, W.R. & Heather, N. (Eds.). *Treating Addictive Behaviours. Process of Change*. New York: Plenum Press, 175 – 203.
- Miller, W.R. & Sanchez-Craig, M. (1996). How to have a high success rate in treatment advice for evaluators of alcoholism programs. *Addiction*, 91 (6), 779 – 785.
- Miller, W.R., Walters, S.T. & Bennett, M.E. (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol*, 62 (2), 211 – 220.
- Monahan, S.C. & Finney, J.W. (1996). Explaining abstinence rates following treatment for alcohol abuse: a quantitative synthesis of patient, research design and treatment effects. *Addiction*, 91 (6), 787 – 805.
- Moyer, A., Finney, J.W. & Swearingen, C.E. (2002). Methodological characteristics and quality of alcohol treatment outcome studies, 1970 – 98: an expanded evaluation. *Addiction*, 97, 253 – 263.
- Müller-Fahrnow, W., Spyra, K., Stoll, S., Ilchmann, U. & Kühner, S. (2001). Zentrale Impulse und Aufgaben für die Zukunft. *Sucht aktuell*, 2, 8 – 17.
- Munkes, J. (1999). Veränderungen von Erwartungen und Einstellungen während stationärer Entwöhnungstherapie alkoholabhängiger Patienten. *Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Eberhard-Karls-Universität Tübingen*. Tübingen.
- Olbrich, R. & Watzl, H. (1978). Behandlungsergebnisse in der Therapie des Alkoholismus. Eine Übersicht. *Suchtgefahren*, 1, 1 – 8.
- Penk, W.E., Charles, H.L. & Van Hoose, T.A. (1978). Comparative Effectiveness of Day Hospital Inpatient Psychiatric Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (1), 94 – 101.
- Percevic, R., Bauer, S. & Kordy, H. (2004). Was ist klinisch bedeutsam an klinisch bedeutsamer Veränderung? Demonstration einer Validierungsstrategie am Beispiel des SCL-90R GSI. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (3), 165 – 171.

Pettinati, H. & Belden, P. (1998). Ambulante versus stationäre Therapie bei Abhängigkeitserkrankungen: Neue Perspektiven. In: Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg.). *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Stuttgart: Gustav-Fischer, 265 – 273.

Project MATCH Research Group (1997a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project match posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58 (1), 7 – 29.

Project MATCH Research Group (1997b). Project MATCH secondary a priori hypothesis. *Addiction* 92, 1671 – 1698.

Project MATCH Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (6), 1300 – 1311.

Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Richtlinien) (1999). *DRV-Schriften*, 17, Frankfurt/Main: Verband deutscher Rentenversicherungsträger.

Rist, F. (1998). Therapiestudien mit Alkoholabhängigen. In: Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg.). *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Stuttgart: Gustav-Fischer, 241 – 253.

Rohsenow, D.J. & Monti, P. (1999). Does urge to drink predict relapse after treatment? *Alcohol Research & Health*, 23 (3), 225 – 231.

Rychtarik, R.G., Connors, G.J., Whitney, R.B., McGillicuddy, N.B., Fitterling, J.M. & Wirtz, P.W. (2000). Treatment settings for persons with alcoholism: evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (2), 277 – 289.

Sawitzki, B. & Kruse, G. (1981). Tagesklinische Behandlung von Alkoholikern. *Niedersächsisches Ärzteblatt*, 6, 203 – 204.

Scheurich, A., Müller, M.J., Wetzell, H., Angheliescu, I., Klawe, C., Ruppe, A., Lörch, B., Himmerich, H., Heidenreich, M., Schmid, G., Hautzinger, M. & Szegedi, A. (2000). Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). *Journal of Studies on Alcohol*, 61 (6), 916 – 919.

Schmidt, P., Kufner, H., Hasemann, S., Löhnert, B., Kolb, W., Zemlin, U. & Soyka, M. (2004). Ist der European Addiction Severity Index ein sinnvolles Diagnoseinstrument bei Alkoholabhängigkeit? *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*.

Schneider, S., Brenner, R., Funke, W. & Garbe, D. (2002). Abstinenzzuversicht und ihre Bedeutung für Therapieplanung und Prognose bei alkoholabhängigen Therapiewiederholern. *Suchttherapie*, 3 (1), 29 – 34.

- Schwoon, D.R. (1996). Suchttageskliniken zwischen Kooperation und Konkurrenz zu den etablierten Einrichtungen der Suchtkrankenversorgung. In: Wagner, H.B., Krausz, M. & Schwoon, D.R. (Hrsg.). *Tagesklinik für Suchtkranke*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 30 – 40.
- Schwoon, D.R. (2001). Koinzidenz psychischer Störungen und Sucht. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.). *Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Göttingen: Hogrefe, 503 – 518.
- Soyka, M., Baumgartner, G., Preuss, U., Wachter, G., Weingärtner, E. & Möller, H.J. (1999). Katamnestische Untersuchung zur Effizienz der tagesklinischen Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. *Krankenhauspsychiatrie*, 10, 50 – 55.
- Süß, H.M. (1988). *Evaluation von Alkoholismustherapie*. Freiburg: Universitätsverlag Freiburg, Schweiz.
- Süß, H.M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*, 46, 248 – 266.
- Süß, H.M. (2004). Zur differentiellen Wirksamkeit von psychosozialen Behandlungsmaßnahmen bei Alkoholabhängigen: Ein methodenkritischer Vergleich von systematischen Literaturübersichten und Metaanalysen. *Abhängigkeiten*, 1 – 22.
- Stout, R.L. & Papandonatos, G. (2003). Advances in research design and analysis for alcohol treatment. In: Galanter, M. (ed). *Recent Developments in Alcoholism: Research in Alcoholism Treatment. Methodology, Psychosocial Treatment, selected Treatment Topics, Research Priorities*. New York: Plenum Publishers, 39 – 52.
- Stuppe, M., Baune, B.T., Westermann, H., Scherbaum, N., Reker, M., Aljeesh, Y.I. & Driessen, M. (2005). Klinische und strukturelle Herausforderungen einer suchtspezifischen Therapie in einer Tagesklinik. *Krankenhauspsychiatrie*, 16, 174 – 177.
- Veltrup, C. (2001). Behandlung von Alkoholabhängigen: Hilfen für selektive Indikationsentscheidungen. *Sucht aktuell*, 1, 4 – 12.
- Veltrup, C., Einsle, F., Lindenmeyer, J., Wetterling, T. & Junghanns, K. (2001). Die Erfassung des Cravings bei Alkoholabhängigen. *Suchttherapie*, 2, 14 – 24.
- Wagner, H.B. (1996). Internationale Erfahrungen mit tagesklinischer Suchtbehandlung. In: Wagner, H.B., Krausz, M. & Schwoon, D.R. (Hrsg.). *Tagesklinik für Suchtkranke*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 9 – 11.
- Wagner, H.B. (1996). Zur Situation tagesklinischer Suchtkrankenbehandlung in Deutschland. In: Wagner, H.B., Krausz, M. & Schwoon, D.R. (Hrsg.). *Tagesklinik für Suchtkranke*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 13 – 18.

- Wahlstab, A. (1991). Ambulante Tagesklinik – ein Therapieangebot für alkoholranke Frauen? *Sucht*, 37, 121 – 126.
- Watzl, H. (2001). Project MATCH – ein Meilenstein der Psychotherapieforschung? In: Olbrich, R. (Hrsg.). *Suchtbehandlung. Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen*. Regensburg: S. Roderer Verlag, 125 – 147.
- Watzl, H. (2004). Differentielle Therapieindikation: mehr als eine Utopie? *Abhängigkeiten*, 3, 5 – 9.
- Wefelmeyer, T. (1999). Tagesklinik für Suchtkranke. In: Eikelmann, B., Reker, T. & Albers, M. (Hrsg.). *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart: Thieme, 135 – 145.
- Weisner, C., Mertens, J., Parthasarathy, S., Moore, C., Hunkeler, E.M., Hu, T. & Selby, J.V. (2000). The outcome and cost of alcohol and drug treatment in an HMO: day hospital versus traditional outpatient regimes. *Health Services Research*. 35 (4), 791 – 812.
- Weissing, V. (2004). Entwicklungen in der Suchtbehandlung – Ein aktueller Überblick. *Sucht aktuell*, 1, 33 – 36.
- Weissing, V. (2006). Zukunftsperspektiven und Entwicklungsaufgaben der Suchtbehandlung. *Sucht aktuell*, 1, 58 – 72.
- Weithmann, G. & Hoffmann, M. (2005). A randomised clinical trial of in-patient versus combined day hospital treatment of alcoholism: primary and secondary outcome measures. *European Addiction Research*, 11, 197 – 203.
- Westerberg, V.S. (1998). What predicts success? In: Miller, W.R. & Heather, N. (Eds.). *Treating addictive behaviours. Applied Clinical Psychology* (2nd Ed). New York: Plenum Press, 301 – 316.
- Westermann, H. & Wessel, T. (1996). Die Rolle einer Tagesklinik für Suchtkranke im Rahmen eines regionalen Versorgungsauftrages. In: Wagner, H.B., Krausz, M. & Schwoon, D.R. (Hrsg.). *Tagesklinik für Suchtkranke*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 58 – 68.
- Westermann, H. & Zechert, C. (2000). Tagesklinische Suchtkrankenbehandlung im Rahmen gemeindepsychiatrischer Versorgung. *Krankenhauspsychiatrie*, 11(1), 46 – 52.
- Wienberg, G. (2001a). Die vergessene Mehrheit heute – Teil I: Ein Blick zurück nach vorn. In: Wienberg, G., Driessen, M. (Hrsg.). *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit – innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 12 – 23.
- Wienberg, G. (2001b). Die vergessene Mehrheit heute – Teil II: Zu Situation der traditionellen Suchtkrankenhilfe. In: Wienberg, G., Driessen, M. (Hrsg.). *Auf dem Weg zur ver-*

gessenen Mehrheit – innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 42 - 52.

Wienberg, G. (2002). Versorgungsstrukturen von Menschen mit Alkoholproblemen in Deutschland – eine Analyse aus Public Health-Perspektive. In: Mann, K. (Hrsg.). *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen.* Lengerich: Pabst Science Publishers, 17 – 45.

Wittchen, H.U., Fydrich, T., Renneberg, B. & Schmitz, B. (1997). *SKID-II: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV, Achse 2: Persönlichkeitsstörungen.* Göttingen: Hogrefe Verlag.

Wittchen, H.U., Müller, N. & Storz, S. (1998). Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. *Gesundheitswesen*, 60, (Sonderheft 2), 95 - 100.

Wittchen, H.U. & Perkonig, A. (1996). *Stamm-Screening Questionnaire (DIA-X SSQ).* Frankfurt: Swets & Zeitlinger.

Zemlin, U. (1993). Indikationskriterien für ambulante und /oder stationäre Therapie. In: Schriftenreihe des Fachverbands Sucht e.V. *Ambulante und stationäre Suchttherapie: Möglichkeiten und Grenzen; Beiträge des 5. Heidelberger Suchtkongresses.* Geesthacht: Neuland, 48 – 73.

Zemlin, U., Dornbusch, P., Hähnle, M., Jorda, V. & Kolb, W. (2002). Die Tagesklinik Stuttgart der Fachklinik Wilhelmsheim: Indikation und Programmgestaltung einer teilstationären Entwöhnungsbehandlung für Alkoholabhängige – erste Erfahrungswerte. *Sucht aktuell*, 2, 31 - 42.

Zemlin, U. Herder, F. & Dornbusch, P. (1999). Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation ...? *Sucht aktuell*, 2, 16 -32.

Zemlin, U. & Kolb, W. (2001). *Therapiekonzept der Fachklinik Wilhelmsheim,* Oppenweiler.

Zemlin, U. & Kolb, W. (2001). *Therapiekonzept der Tagesklinik Stuttgart – Konzeptmodul Teilstationäre Behandlung,* Oppenweiler.

Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kluger, H., Medenwaldt, J., Weissinger, V. & Wüst, G. (2005). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2003 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 1, 5 – 15.

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1:	Indikationskriterien der Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger	9
Tabelle 2:	Indikationsempfehlungen Tagesklinik der Fachklinik Wilhelmsheim Stuttgart	39
Tabelle 3:	Erhebungsinstrumente der Evaluation zu den unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkten	54
Tabelle 4:	Geschlechtsverteilung TK – LT – KT	55
Tabelle 5:	Altersverteilung TK – LT – KT	56
Tabelle 6:	Familienstand TK – LT – KT	56
Tabelle 7:	Partnerschaftsstatus TK – LT – KT	57
Tabelle 8:	Aktuelle Lebenssituation TK – LT – KT	57
Tabelle 9:	Schulbildung TK – LT – KT	58
Tabelle 10:	Letzter Berufsstatus TK – LT – KT	58
Tabelle 11:	Erwerbstätigkeit vor Therapiebeginn	59
Tabelle 12:	Erwerbstätigkeit in den letzten 3 Jahren vor Therapiebeginn	59
Tabelle 13:	Diagnose Alkoholabhängigkeitssyndrom	60
Tabelle 14:	Abhängigkeitsdauer	60
Tabelle 15:	Abstinenzdauer	61
Tabelle 16:	Stationäre Entwöhnungsbehandlungen	62
Tabelle 17:	Stationäre Entgiftungen	63
Tabelle 18:	Labor-Parameter	64
Tabelle 19:	Erfüllte Indikationsempfehlungen für die tagesklinische Behandlung in der TK Stuttgart	65
Tabelle 20:	Schweregrad der Alkoholabhängigkeit	67
Tabelle 21:	Gesamt-Psychische Belastung	67
Tabelle 22:	Depressiver Status	68
Tabelle 23:	Ängstlichkeit	68
Tabelle 24:	Lebenszufriedenheit	68
Tabelle 25:	Screening Komorbidität	69
Tabelle 26:	Persönlichkeitsstörungen	70
Tabelle 27:	Gedankliches und Handlungsbezogenes Alkoholverlangen	71
Tabelle 28:	Situationsabhängige Alkoholversuchung und Abstinenzzuversicht	71
Tabelle 29:	Subjektive Einschätzung Alkoholverlangen	72
Tabelle 30:	Alkoholverlangen im letzten Monat	72
Tabelle 31:	Therapiebeendigung	73
Tabelle 32:	Behandlungsdauer	73
Tabelle 33:	Alkoholkonsum während der Behandlung	74
Tabelle 34:	Berufliche Situation bei Therapieende	74
Tabelle 35:	Gesamt-Psychische Belastung prä – post	75
Tabelle 36:	Gesamt-Psychische Belastung post	75
Tabelle 37:	Depressions Status prä – post	76
Tabelle 38:	Depressions Status post	77
Tabelle 39:	Angst – Ängstlichkeit prä – post	77
Tabelle 40:	Angst – Ängstlichkeit post	78
Tabelle 41:	Lebenszufriedenheit prä – post	78
Tabelle 42:	Lebenszufriedenheit post	79
Tabelle 43:	Gesamt-, Gedankliches und Handlungsbezogenes Alkoholverlangen prä – post	80

Tabelle 44:	Gesamt-, Gedankliches und Handlungsbezogenes Alkoholverlangen post	80
Tabelle 45:	Situationsbezogene Alkoholversuchung und Abstinenzzuversicht prä – post	82
Tabelle 46:	Situationsbezogene Alkoholversuchung und Abstinenzzuversicht post	83
Tabelle 47:	Subjektives Alkoholverlangen prä – post	84
Tabelle 48:	Subjektives Alkoholverlangen post	84
Tabelle 49:	Rücklaufquote 12-Monats-Follow-up Tagesklinik	86
Tabelle 50:	Entlassmodus der dropouts Tagesklinik	87
Tabelle 51:	Ausschöpfung der stationären Stichproben nach 6 und 12 Monaten	88
Tabelle 52:	Familienstand Follow-up	89
Tabelle 53:	Berufliche Integration Follow-up	89
Tabelle 54:	Abstinenzquoten Alkohol/Suchtmitel Follow-up	91
Tabelle 55:	Erfolgskategorie Abstinenz länger als 3 Monate Tagesklinik	91
Tabelle 56:	Erfolgskategorie Abstinenz ohne Mehrfachwiederholer Tagesklinik	92
Tabelle 57:	Konsumsituationen	93
Tabelle 58:	Konsum von illegalen Substanzen und Medikamenten	93
Tabelle 59:	Zeitlich begrenzter Alkoholkonsum Tagesklinik	94
Tabelle 60:	Merkmale des Rückfallgeschehens Tagesklinik	95
Tabelle 61:	Rückfallverlauf und Umgang mit Rückfall Tagesklinik	95
Tabelle 62:	Schweregradeinschätzung EuropASI Gesundheitszustand	97
Tabelle 63:	Schweregradeinschätzung EuropASI Berufliche Situation	98
Tabelle 64:	Schweregradeinschätzung EuropASI Alkohol	99
Tabelle 65:	Schweregradeinschätzung EuropASI Familiensituation	100
Tabelle 66:	Schweregradeinschätzung EuropASI Situation im sozialen Umfeld	100
Tabelle 67:	Schweregradeinschätzung EuropASI Psychischer Zustand	101
Tabelle 68:	Verlauf Schweregradeinschätzung EuropASI prä und Follow-up Tagesklinik	102
Tabelle 69:	Alkoholverlangen und körperliche Beschwerden Follow up	103
Tabelle 70:	Situationsbezogene Alkoholversuchung und Abstinenzzuversicht prä – Follow-up	104
Tabelle 71:	Situationsbezogene Alkoholversuchung und Abstinenzzuversicht Follow-up	105
Tabelle 72:	Gesamt, Gedankliches- und Handlungsbezogenes Alkoholverlangen prä – Follow-up	106
Tabelle 73:	Gesamt, Gedankliches- und Handlungsbezogenes Alkoholverlangen Follow-up	107
Tabelle 74:	Subjektives Alkoholverlangen prä – Follow-up	108
Tabelle 75:	Subjektives Alkoholverlangen Follow-up	108
Tabelle 76:	Arztbesuche im Katamnesezeitraum	111
Tabelle 77:	Kontakt zu Suchtberatungsstelle im Katamnesezeitraum	112
Tabelle 78:	Kontakt zu Suchtselbsthilfegruppe im Katamnesezeitraum	113
Tabelle 79:	Ambulante Psychotherapie im Katamnesezeitraum	113
Tabelle 80:	Psychiatrische Betreuung im Katamnesezeitraum	114
Tabelle 81:	Besuch Allgemeine Psychosoziale Beratungsstelle im Katamnesezeitraum	115
Tabelle 82:	Auswahl möglicher Prädiktorvariablen	117
Tabelle 83:	Zusammenfassung der kanonischen Diskriminanzfunktionen Tagesklinik	118

Tabelle 84:	Zusammenfassung der kanonischen Diskriminanzfunktionen stationärer individualisierter Langzeitbereich	118
Tabelle 85:	Zusammenfassung der kanonischen Diskriminanzfunktionen stationärer Kurzzeitbereich	118
Tabelle 86:	Standardisierte kanonische Diskriminanzkoeffizienten	119
Tabelle 87:	Klassifizierungsergebnisse	120
Tabelle 88:	soziodemografische und suchtspezifische Unterschiede zwischen Therapierespondern und Non-Respondern Tagesklinik	122
Tabelle 89:	Soziodemografische und suchtspezifische Unterschiede zwischen Therapierespondern und Non-Respondern stationärer individualisierter Langzeitbereich	123
Tabelle 90:	Soziodemografische und suchtspezifische Unterschiede zwischen Therapierespondern und Non-Respondern stationärer Kurzzeitbereich	124
Tabelle 91:	Schweregrad Unterschiede zwischen Therapierespondern und Non-Respondern Tagesklinik	125
Tabelle 92:	Schweregrad Unterschiede zwischen Therapierespondern und Non-Respondern stationärer individualisierter Langzeitbereich	125
Tabelle 93:	Schweregrad Unterschiede zwischen Therapierespondern und Non-Respondern stationärer Kurzzeitbereich	126

Abbildungsverzeichnis:

Abb. 1:	Durchschnittlicher täglicher Alkoholkonsum vor Therapiebeginn	61
Abb. 2:	Stationäre Vorbehandlungen – Entwöhnungsbehandlungen	62
Abb. 3:	Suchtspezifische Vorbehandlungen – Stationäre Entgiftungsmaßnahmen	63

Abkürzungsverzeichnis

TK	Tagesklinik Stuttgart
FKWH	Fachklinik Wilhelmsheim
LT	stationärer individualisierter Langzeitbereich
KT	stationärer Kurzzeitbereich
DGSS	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie
BADO	Basisdokumentation
Doku III	Dokumentationsstandards III
EuropASI	European Addiction Severity Index
CS	Composite Scores

OCDS-G	Obsessive Compulsive Drinking Scale
AASE-G	Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale
NAV	Alkoholversuchung negativer Affekt
SPAV	Alkoholversuchung soziale Situationen und positive Affekte
KBV	Alkoholversuchung körperliche und andere Beschwerden
CVV	Alkoholversuchung Craving und Verlangen
NAZ	Abstinenzzuversicht negativer Affekt
SPAZ	Abstinenzzuversicht soziale Situationen und positive Affekte
KBV	Abstinenzzuversicht körperliche und andere Beschwerden
CVV	Abstinenzzuversicht Craving und Verlangen
VAS	Visuelle Analogskala Craving
BDI	Beck-Depressions-Inventar
STAI	State-Trait-Angst-Inventar
SCL-90-R	Symptom-Checkliste-90-Revised
GSI	Global Severity Index
DIA-X	DIA-X-Stammfragebogen des Diagnostischen Expertensystems für psychische Störungen
SKID-II	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV-R, Achse II Persönlichkeitsstörungen
LZ	Lebenszufriedenheit
ICD-10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
MCV	Mittleres korpuskuläres Volumen
Gamma-GT	Gamma-Glutamyl-Transferase
M	Mittelwert
SD	Standardabweichung
t1	Therapiebeginn
t2	Therapieende
t3	Follow-up
Prä	Therapiebeginn
Post	Therapieende
Follow-up	Katamnesezeitraum
R	Rückfällig
A	Abstinent

1-B-1: Patientencharakteristika bei Therapiebeginn - Schweregrad der Alkoholabhängigkeitserkrankung

t1		TK(n=82)	LT(n=107)	KT(n=90)		
Verfahren	Merkmal	%	%	p/ χ^2	p/ χ^2	
EuropASI-Gesundheit	Häufigkeit körperliche Probleme ¹					
	Gar nicht	63,8	69,2	ns	70,0	ns
	Selten ²	3,7	0,9		4,4	
	Häufig ³	28,0	29,9		25,6	
	Belastung körperliche Probleme					
	Gar nicht	69,5	70,1	ns	73,3	ns
	Wenig/mittel	17,1	14,0		8,9	
	Erheblich/extrem	13,4	15,9		17,8	
	Beratungs-Bedarf körperliche Probleme					
	Gar nicht	72,0	72,0	ns	78,7	ns
	Wenig/mittel	11,0	13,1		5,6	
	Erheblich/extrem	17,1	15,0		15,7	
EuropASI-Beuf	Häufigkeit berufliche Probleme/Arbeitslosigkeit ¹					
	Gar nicht	51,2	65,4	,023	80,0	,001
	selten ²	9,8	1,9		42,2	
	Häufig ³	39,0	32,7		17,8	
	Belastung berufliche Probleme					
	Gar nicht	48,8	64,5	,009	77,5	,001
	Wenig/mittel	25,6	9,3		4,5	
	Erheblich/extrem	25,6	26,2		18,0	
	Beratungs-Bedarf berufliche Probleme					
	Gar nicht	47,6	63,6	,024	84,4	,001
	Wenig/mittel	20,7	8,4		5,6	
	Erheblich/extrem	31,7	28,0		10,0	
EuropASI-Alkohol	Häufigkeit Alkohol-Probleme ¹					
	Gar nicht ²	23,2	57,9	,001	62,2	,001
	Selten ³	23,2	9,3		7,8	
	Häufig	53,7	32,7		30,0	
	Belastung Alkohol-Probleme					
	Gar nicht	29,3	35,5	ns	31,1	,050
	Wenig/mittel	47,6	32,7		31,1	
	Erheblich/extrem	23,2	31,8		37,8	
	Beratungs-Bedarf Alkohol-Probleme					
	Gar nicht	6,1	6,6	ns	2,2	ns
	Wenig/mittel	14,6	4,7		11,2	
	Erheblich/extrem	79,3	88,7		86,5	
EuropASI-Drogen	Häufigkeit Drogen-Probleme ¹					
	Gar nicht	75,0	98,1	,001	100	,001
	Selten ²	0	0		0,0	
	Häufig ³	25,0	1,9		0,0	
	Belastung Drogen-Probleme					
	Gar nicht	87,5	98,0	ns	100	,002
	Wenig/mittel	12,5	2,0		0,0	
	Erheblich/extrem	0,0	0,0		0,0	
	Beratungs-Bedarf Drogen-Probleme					
	Gar nicht	87,5	100	,001	100	,002
	Wenig/mittel	12,5	0,0		0,0	
	Erheblich/extrem	0,0	0,0		0,0	

¹ Anzahl Tage letzte 30 Tage; ² < 1mal pro Woche; ³ ≥ 1mal pro Woche

1-B-2: Patientencharakteristika bei Therapiebeginn - Schweregrad der Alkoholabhängigkeitserkrankung

t 1		TK(n=82)	LT(n=107)	KT(n=90)		
Verfahren	Merkmal	%	%	p/ χ^2	p/ χ^2	
EuropASI-Familie	Häufigkeit familiäre Probleme ¹					
	Gar nicht	65,9	89,7	,001	84,4	,004
	selten ²	7,3	2,8		7,8	
	Häufig ³	26,8	7,5		7,8	
	Belastung familiäre Probleme ¹					
	Gar nicht	62,2	83,2	,014	83,3	,001
	Wenig/mittel	17,1	8,4		2,2	
	Erheblich/extrem	20,7	8,4		14,4	
	Beratungs-Bedarf familiäre Probleme					
	Gar nicht	62,2	85,0	,001	83,3	,002
	Wenig/mittel	6,1	6,5		6,7	
	Erheblich/extrem	31,7	8,4		10,0	
EuropASI-Soziales Umfeld	Häufigkeit soziale Probleme ¹					
	Gar nicht	86,6	90,7	ns	94,4	ns
	Selten ²	7,3	2,8		2,2	
	Häufig ³	6,1	6,5		3,3	
	Belastung soziale Probleme					
	Gar nicht	84,1	88,8	ns	94,4	,052
	Wenig/mittel	11,0	3,7		2,2	
	Erheblich/extrem	4,9	7,5		3,3	
	Beratungs-Bedarf soziale Probleme					
	Gar nicht	85,4	89,7	ns	93,3	ns
	Wenig/mittel	7,3	4,7		5,6	
	Erheblich/extrem	7,3	5,6		1,1	
EuropASI-Psych	Häufigkeit psychische Probleme ¹					
	Gar nicht	73,2	72,9	ns	82,2	ns
	Selten ²	2,4	1,9		0	
	Häufig ³	24,4	25,2		17,8	
	Belastung psychische Probleme					
	Gar nicht	73,2	72,0	ns	80,0	ns
	Wenig/mittel	9,8	8,4		4,4	
	Erheblich/extrem	17,1	19,6		15,6	
	Beratungs-Bedarf psych. Probleme					
	Gar nicht	70,7	72,0	,042	80,7	ns
	Wenig/mittel	9,8	1,9		5,7	
	Erheblich/extrem	19,5	26,2		13,6	
EuropASI-Recht	Häufigkeit rechtliche Probleme ¹					
	Gar nicht					
	Selten ²					
	Häufig ³					
	Belastung rechtliche Probleme					
	Gar nicht	98,8	100,0	ns	96,7	ns
	Wenig/mittel	0,0	0,0		3,3	
	Erheblich/extrem	1,2	0,0		0,0	
	Beratungs-Bedarf rechtliche Probleme					
	Gar nicht	98,8	100,0	ns	96,7	ns
	Wenig/mittel	1,2	0,0		2,2	
	Erheblich/extrem	0,0	0,0		1,1	

¹ Anzahl Tage letzte 30 Tage; ² < 1mal pro Woche; ³ ≥ 1mal pro Woche

1-B-3: Patientencharakteristika bei Therapieende - Persönlichkeitsstörungen

t2		TK(n=79)	LT(n=82)		KT(n=86)			
Verfahren	Merkmal	M	M	p/levone	p/t	M	p/levone	p/t
SKID-II	Dependente ¹	1,59	1,46	ns	ns	1,41	ns	ns
	Dependente ²	0,85	0,30	,012	,001	0,19	,001	,001
	Paranoide ¹	2,66	2,41	ns	ns	1,99	ns	,022
	Paranoide ²	1,16	0,70	,004	,014	0,59	,002	,002
	Narzisstische ¹	3,43	2,26	,006	,002	1,86	,001	,001
	Narzisstische ²	0,65	0,48	ns	ns	0,42	ns	ns
	Borderline ¹	3,73	3,52	ns	ns	2,83	ns	,019
	Borderline ²	0,82	1,33	,009	ns	0,57	,025	ns
	Antisoziale ¹	2,00	1,89	ns	ns	0,73	,001	,001
	Antisoziale ²	0,77	0,83	ns	ns	0,26	,001	,007
	Schizotypische ¹	2,41	1,95	,002	ns	1,57	,001	,006
	Schizotypische ²	0,33	0,33	ns	ns	0,34	ns	ns
	Schizoide ¹	1,53	1,78	ns	ns	1,06	,014	,018
	Schizoide ²	0,34	0,45	ns	ns	0,12	,001	,040

¹Patienten-Einschätzung; ²Interviewer-Einschätzung

1-B-4: Patientencharakteristika bei Therapieende - Persönlichkeitsstörungen

t2		TK(n=79)	LT(n=82)		KT(n=86)			
Verfahren	Merkmal	M	M	p/levone	p/t	M	p/levone	p/t
SKID-II	Patienten-Einschätzung Selbstunsicherheit	1,67	1,59	ns	ns	1,70	ns	ns
	Interviewer-Einschätzung: Selbstunsicherheit zum. Unterschwellig erfüllt	0,990	1,10	ns	ns	0,950	ns	ns
	Interviewer-Einschätzung: Selbstunsicherheit teilweise erfüllt	0,220	0,350	ns	ns	0,370	,023	ns
	Patienten-Einschätzung Dependente	1,59	1,46	ns	ns	1,41	ns	ns
	Interviewer-Einschätzung: Dependente zum. Unterschwellig erfüllt	1,11	0,680	ns	,016	0,410	,001	,001
	Interviewer-Einschätzung: Dependente teilweise erfüllt	0,270	0,380	ns	ns	0,220	ns	ns
	Interviewer-Einschätzung: Dependente erfüllt	0,850	0,300	,012	,001	0,190	,001	,001
	Patienten-Einschätzung Zwanghafte	3,56	3,82	ns	ns	3,59	ns	ns
	Interviewer-Einschätzung: Zwanghafte zum. Unterschwellig erfüllt	2,15	2,15	ns	ns	2,00	,020	ns
	Interviewer-Einschätzung: Zwanghafte teilweise erfüllt	0,730	0,760	ns	ns	0,850	ns	ns
	Patienten-Einschätzung Negativistische	1,77	1,34	ns	ns	1,50	ns	ns
	Interviewer-Einschätzung: Negativistische zum. Unterschwellig erfüllt	1,08	0,94	ns	ns	0,910	ns	ns
	Interviewer-Einschätzung: Negativistische teilweise erfüllt	0,460	0,300	ns	ns	0,480	ns	ns
	Patienten-Einschätzung Depressive	1,75	1,74	ns	ns	1,76	ns	ns
	Interviewer-Einschätzung: Depressive zum. Unterschwellig erfüllt	1,33	1,50	ns	ns	1,49	ns	ns
	Interviewer-Einschätzung: Depressive teilweise erfüllt	0,370	0,180	,001	ns	0,450	ns	ns
	Patienten-Einschätzung Paranoide	2,66	2,41	ns	ns	1,99	ns	,022
	Interviewer-Einschätzung: Paranoide zum. Unterschwellig erfüllt	1,56	1,35	,018	ns	1,16	,019	ns
	Interviewer-Einschätzung: Paranoide teilweise erfüllt	0,390	0,660	ns	,045	0,570	ns	ns

1-B-5: Patientencharakteristika bei Therapieende - Persönlichkeitsstörungen

t2		TK(n=79)	LT(n=82)		KT(n=86)			
Verfahren	Merkmal	M	M	p/levens	p/t	M	p/levens	p/t
SKID-II	Patienten-Einschätzung Histriionische	1,38	1,33	ns	ns	1,22	ns	ns
	Interviewer-Einschätzung: Histriionische zum. Unterschwellig erfüllt	0,470	0,450	ns	ns	0,420	ns	ns
	Interviewer-Einschätzung: Histriionische teilweise erfüllt	0,250	0,280	ns	ns	0,230	ns	ns
	Patienten-Einschätzung Narzisstische	3,43	2,26	,006	,002	1,86	,001	,001
	Interviewer-Einschätzung: Narzißtische zum. Unterschwellig erfüllt	1,28	0,950	,010	ns	0,830	,007	ns
	Interviewer-Einschätzung: Narzisstische teilweise erfüllt	0,630	0,480	,029	ns	0,410	,006	ns
	Patienten-Einschätzung Borderline	3,73	3,52	ns	ns	2,83	ns	,019
	Interviewer-Einschätzung: Borderline zum. Unterschwellig erfüllt	1,56	2,02	ns	ns	1,27	ns	ns
	Interviewer-Einschätzung: Borderline teilweise erfüllt	0,730	0,700	ns	ns	0,700	ns	ns
	Patienten-Einschätzung Antisoziale	2,00	1,89	ns	ns	0,730	,001	,001
	Interviewer-Einschätzung: Antisoziale zum. Unterschwellig erfüllt	1,01	1,09	ns	ns	0,360	,001	,005
	Interviewer-Einschätzung: Antisoziale teilweise erfüllt	0,240	0,260	ns	ns	0,100	,002	ns
	Patienten-Einschätzung Schizotypische	2,41	1,95	,002	ns	1,57	,001	,006
	Interviewer-Einschätzung: Schizotypische zum. Unterschwellig erfüllt	0,820	0,880	ns	ns	0,740	ns	ns
	Interviewer-Einschätzung: Schizotypische teilweise erfüllt	0,490	0,550	ns	ns	0,410	ns	ns
	Patienten-Einschätzung Schizoide	1,53	1,78	ns	ns	1,06	,014	,018
	Interviewer-Einschätzung: Schizoide zum. Unterschwellig erfüllt	0,560	0,73	ns	ns	0,240	,001	,023
	Interviewer-Einschätzung: Schizoide teilweise erfüllt	0,220	0,280	ns	ns	0,130	,010	ns

*p <0.05, ** p <0.01, *** p <0.001, ns nicht signifikant

1-B-6: Rückfallsituationen im Katamnesezeitraum

t3		TK		LT			KT		
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Merkmal	Referenzgruppe								
Konsumsituationen*	Ärger ¹	18(n=36)	50,0	5(n=23)	21,7	,030	5(n=13)	38,5	ns
	Frustrationen/Enttäuschung ¹	18	50,0	7	31,8	ns	7	53,8	ns
	Langeweile ¹	7	19,4	7	31,8	ns	1	7,7	ns
	Depression ¹	10	27,8	8	36,4	ns	4	30,8	ns
	Innere Spannung/Unruhe ³	12	33,3	10	43,4	ns	3	23,1	ns
	Angst ¹	8	22,2	5	22,7	ns	2	15,4	ns
	Einsamkeit ¹	6	16,7	6	27,3	ns	2	15,4	ns
	Gute Stimmung/Glücksgefühl ²	9	25,0	6	26,0	ns	3	23,1	ns
	Stressgefühle ¹	6	16,7	4	18,1	ns	4	28,6	ns
	Hemmungen ¹	0	0	2	9,1	ns	1	7,7	ns
	Schwierige Lebenssituationen ¹	10	27,8	1	4,5	,029	4	28,6	ns
	Konflikte mit anderen Personen ¹	7	19,4	1	4,5	ns	4	28,6	ns
	Körperliche Schmerzen ³	3	8,3	1	4,5	ns	1	7,7	ns
	Entzugsähnliche Beschwerden ⁴	3	8,3	3	13,6	ns	2	14,3	ns
	Schlafschwierigkeiten ³	5	13,9	6	27,2	ns	2	15,4	ns
	Unwiderstehliches Verlangen/Suchtdruck ⁴	6	16,7	8	34,7	ns	4	28,6	ns
	Überzeugung kontrolliert trinken zu können ²	6	16,7	5	22,7	ns	1	7,7	ns
	Nicht nein sagen können ²	2	5,6	6	27,2	,057	1	7,7	ns
	In Gesellschaft Versuchung nicht widerstehen können ⁴	4	11,1	1	4,5	ns	2	15,4	ns
	Sonstiges		2	5,6	13	56,5	***	5	35,7

*Suchtmittelkonsum; ¹negative Emotionen; ²positive Emotionen/soziale Situationen; ³körperliche Beschwerden;

⁴craving/Alkoholverlangen

Tabelle 1-B-7: Schweregradeinschätzung EuropASI Drogen – Recht

t1		TK		LT			KT		
Verfahren	Merkmal	Anzahl	%	Anzahl	%	p/ χ^2	Anzahl	%	p/ χ^2
EuropASI-Drogen	Probleme ¹								
	Gar nicht	3(n=5)	60,0	45(n=46)	97,8		39(n=39)	100	
	Selten ²	0	0	0	0		0	0	
	Häufig ³	2	40,0	1	2,2		0	0	
	Belastung ¹								
	Gar nicht	3(n=3)	100	34(n=35)	97,1		30(n=31)	96,8	
	Selten ²	0	0	1	2,9		1	3,2	
	Häufig ³	0	0	0	0		0	0	
	Beratungs-Bedarf ¹								
	Gar nicht	0	0	0	0		0	0	
	Selten ²	0	0	0	0		0	0	
	Häufig ³	0	0	0	0		0	0	
EuropASI-Recht	Probleme ¹								
	Gar nicht	6(n=61)	100	11(n=11)	100		20(n=20)	100	
	selten ²	0	0	0	0		0	0	
	Häufig ³	0	0	0	0		0	0	
	Belastung ¹								
	Gar nicht	63(n=63)	100	43(n=47)	91,5	ns	47(n=51)	92,2	ns
	Selten ²	0	0	3	6,4		3	5,9	
	Häufig ³	0	0	1	2,1		1	2,0	
	Beratungs-Bedarf ¹								
	Gar nicht	63(n=63)	100,0	43(n=47)	91,5	ns	47(n=51)	92,2	ns
	Wenig/mittel	0	0	3	6,4		3	5,9	
	Häufig ³	0	0	1	2,1		1	2,0	

¹ Letzte 30 Tage; ² < 1-mal pro Woche; ³ ≥ 1-mal pro Woche

1-B-8: Verlauf Schweregradeinschätzung Problem - Belastung - Beratung EuropASI prä / Follow-up TK

t1-t3		TK			
Verfahren	Merkmal	t1(n=82)	t3(n=63)		
		M/SD	M/SD	z	P
Gesundheit	Häufigkeit körperliche Probleme ¹	1,60/0,90	0,43/0,82	-6,12	,001
	Belastung körperliche Probleme ²	1,44/0,77	1,27/0,77	-,853	ns
	Beratungs-Bedarf körperliche Probleme ³	1,45/0,77	1,16/0,52	-2,32	,020
Beruf	Häufigkeit berufl. Probleme/Arbeitslosigkeit ¹	1,88/0,95	0,79/0,99	-5,73	,001
	Belastung berufliche Probleme ²	1,77/0,84	1,51/0,76	-1,96	,050
	Beratungs-Bedarf berufliche Probleme ³	1,84/0,88	1,29/0,63	-4,32	,001
Alkohol	Häufigkeit Alkohol-Probleme ¹	2,30/0,83	1,06/0,84	-5,92	,001
	Belastung Alkohol-Probleme ²	1,94/0,73	1,54/0,71	-2,49	,013
	Beratungs-Bedarf Alkohol-Probleme ³	2,73/0,57	1,25/0,59	-6,68	,001
Familie	Häufigkeit familiäre Probleme ¹	1,61/0,89	0,62/0,87	-6,13	,001
	Belastung Familie ²	1,59/0,82	1,52/0,82	-,042	ns
	Beratungs-Bedarf Familie ³	1,70/0,93	1,24/0,64	-2,97	,003
Soziales Umfeld	Häufigkeit soziale Probleme ¹	1,20/0,53	0,30/0,64	-5,92	,001
	Belastung soziales Umfeld ²	1,21/0,52	1,29/0,68	-1,02	ns
	Beratungs-Bedarf soziales Umfeld ³	1,22/0,57	1,11/0,41	-1,19	ns
Psyche	Häufigkeit psychische Probleme ¹	1,51/0,86	0,35/0,77	-6,07	,001
	Belastung Psyche ²	1,44/0,77	1,29/0,68	-1,51	ns
	Beratungs-Bedarf Psyche ³	1,49/0,805	1,17/0,56	-2,75	,006

¹ Anzahl Tage letzte 30 Tage; ² gar nicht=0; wenig=1; mittel=2; erheblich=3; extrem=4; ³ kein echtes Problem, keine Behandlung erforderlich=0-1; leichtes Problem, Behandlung möglicherweise nicht notwendig=2-3; mittleres Problem, Behandlung empfohlen=4-5; beträchtliches Problem, Behandlung notwendig=6-7; extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich=8-9

1-B-9: Verlauf Schweregradeinschätzung Problem - Belastung - Beratung EuropASI prä / Follow-up LT

t1-t3		LT			
EuropASI		t1(n=107)	t3 (n=47)		
Verfahren	Merkmal	M/SD	M/SD	Z	P
Gesundheit	Häufigkeit körperliche Probleme ¹	1,61/0,92	0,60/0,92	-5,55	,001
	Belastung körperliche Probleme ²	1,46/0,76	1,81/0,87	-0,48	ns
	Beratungs-Bedarf körperliche Probleme ³	1,43/0,74	2,04/0,96	-1,17	ns
Beruf	Häufigkeit berufl. Probleme/Arbeitslosigkeit ¹	1,67/0,94	0,48/0,85	-5,56	,001
	Belastung berufliche Probleme ²	1,62/0,88	1,69/0,86	-1,27	ns
	Beratungs-Bedarf berufliche Probleme ³	1,64/0,89	1,72/0,89	-,756	ns
Alkohol	Häufigkeit Alkohol-Probleme ¹	1,75/0,92	0,26/0,68	-5,33	,001
	Belastung Alkohol-Probleme ²	1,96/0,82	1,26/0,62	-4,53	,001
	Beratungs-Bedarf Alkohol-Probleme ³	2,82/0,53	1,29/0,63	-5,07	,001
Familie	Häufigkeit familiäre Probleme ¹	1,18/0,55	0,04/0,20	-6,36	,001
	Belastung Familie ²	1,25/0,60	1,59/0,79	-1,42	ns
	Beratungs-Bedarf Familie ³	1,23/0,59	1,17/0,48	-1,89	,058
Soziales Umfeld	Häufigkeit soziale Probleme ¹	1,16/0,52	0,04/0,20	-6,52	,001
	Belastung soziales Umfeld ²	1,19/0,55	1,52/0,75	-0,79	ns
	Beratungs-Bedarf soziales Umfeld ³	1,16/0,49	1,29/0,62	-,541	ns
Psyche	Häufigkeit psychische Probleme ¹	1,52/0,87	0,40/0,79	-5,81	,001
	Belastung Psyche ²	1,48/0,81	1,70/0,91	-0,39	ns
	Beratungs-Bedarf Psyche ³	1,54/0,88	1,58/0,83	-1,17	ns

¹Anzahl Tage letzte 30 Tage; ² gar nicht=0; wenig=1; mittel=2; erheblich=3; extrem=4; ³kein echtes Problem, keine Behandlung erforderlich=0-1; leichtes Problem, Behandlung möglicherweise nicht notwendig=2-3; mittleres Problem, Behandlung empfohlen=4-5; beträchtliches Problem, Behandlung notwendig= 6-7; extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich= 8-9

1-B-10: Verlauf Schweregradeinschätzung Problem - Belastung - Beratung EuropASI prä / Follow-up KT

t 1 -t3		KT			
EuropASI		t1(n=90)	t3(n=50)		
Verfahren	Merkmal	M/SD	M/SD	z	P
Gesundheit	Häufigkeit körperliche Probleme ¹	1,56/0,88	0,37/0,76	-5,14	,001
	Belastung körperliche Probleme ²	1,44/0,78	1,69/0,76	-2,28	,022
	Beratungs-Bedarf körperliche Probleme ³	1,37/0,71	1,88/0,86	-2,66	,008
Beruf	Häufigkeit berufl. Probleme/Arbeitslosigkeit ¹	1,38/0,77	0,15/0,54	-6,33	,001
	Belastung berufliche Probleme ²	1,40/0,78	1,62/0,81	-1,41	ns
	Beratungs-Bedarf berufliche Probleme ³	1,26/0,63	1,52/0,75	-1,08	ns
Alkohol	Häufigkeit Alkohol-Probleme ¹	1,68/0,91	0,12/0,48	-6,40	,001
	Belastung Alkohol-Probleme ²	2,07/0,83	1,14/0,42	-4,33	,001
	Beratungs-Bedarf Alkohol-Probleme ³	2,84/0,42	1,25/0,52	-4,63	,001
Familie	Häufigkeit familiäre Probleme ¹	1,23/0,58	0,06/0,24	-6,52	,001
	Belastung Familie ²	1,31/0,71	1,45/0,69	-,229	ns
	Beratungs-Bedarf Familie ³	1,27/0,63	1,17/0,48	-1,82	ns
Soziales Umfeld	Häufigkeit soziale Probleme ¹	1,09/0,39	0,10/0,30	-6,59	,001
	Belastung soziales Umfeld ²	1,09/0,39	1,38/0,68	-1,26	ns
	Beratungs-Bedarf soziales Umfeld ³	1,08/0,31	1,21/0,51	-,557	ns
Psyche	Häufigkeit psychische Probleme ¹	1,36/0,77	0,16/0,51	-6,43	,001
	Belastung Psyche ²	1,36/0,74	1,34/0,67	-,322	ns
	Beratungs-Bedarf Psyche ³	1,33/0,71	1,26/0,66	-1,30	ns

¹Anzahl Tage letzte 30 Tage; ² gar nicht=0; wenig=1; mittel=2; erheblich=3; extrem=4; ³kein echtes Problem, keine Behandlung erforderlich=0-1; leichtes Problem, Behandlung möglicherweise nicht notwendig=2-3; mittleres Problem, Behandlung empfohlen=4-5; beträchtliches Problem, Behandlung notwendig= 6-7; extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich= 8-9

Tabelle 1-B-11: Lebenszufriedenheit Follow-up

t3			TK		LT			KT		
Verfahren	Merkmal		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Lebens- Zufrieden- heit	Arbeit	Ja	27 (n=62)	43,5	20 (n=48)	41,7	ns	22 (n=52)	42,3	ns
		Indifferent	19	30,6	11	22,9		21	40,4	
		nein	16	25,8	17	35,4		9	17,3	
	Wohnen	Ja	46 (n=63)	73,0	31 (n=48)	64,6	ns	47 (n=52)	90,4	,052
		Indifferent	13	20,6	13	27,1		3	5,8	
		nein	4	6,3	4	8,3		2	3,8	
	Partner	Ja	41 (n=62)	66,1	23 (n=47)	48,9	ns	31 (n=49)	63,3	ns
		Indifferent	15	24,2	14	29,8		17	34,7	
		nein	6	9,7	10	21,3		1	2,0	
	Familie	Ja	44 (n=63)	69,8	33 (n=47)	70,2	ns	46 (n=52)	88,5	,046
		Indifferent	13	20,6	6	12,8		5	9,6	
		nein	6	9,5	8	17,0		1	1,9	
	Freundes- /Bekanntes- kreis	Ja	42 (n=62)	67,7	30 (n=48)	62,5	ns	32 (n=52)	61,5	ns
		Indifferent	18	29,0	14	29,2		20	38,5	
		nein	2	3,2	4	8,3		0	0	
	Gesundheit	Ja	42 (n=62)	67,7	27 (n=48)	56,3	ns	34 (n=52)	65,4	ns
		Indifferent	15	24,2	12	25,0		16	30,8	
		nein	5	8,1	9	18,8		2	3,8	
	Freizeit	Ja	36 (n=63)	57,1	24 (n=47)	51,1	ns	34 (n=52)	65,4	ns
		Indifferent	18	28,6	15	31,9		16	30,8	
		nein	9	14,3	8	17,0		2	3,8	

Tabelle-1-B-12: Lebenszufriedenheit prä - Follow-up

t1-t3		TK(n=60)		LT(n=38)		KT(n=45)	
Verfahren	Merkmal	z	p	z	p	z	p
Lebenszufriedenheit	Arbeit	-2,82	,005	-1,36	ns	-1,33	ns
	Wohnen	-4,07	,001	-3,04	,002	-2,07	,038
	Partnerschaft	-,513	ns	-,759	ns	-1,63	ns
	Familie	-4,09	,001	-3,87	,001	-3,96	,001
	Freundes- und Bekannteskreis	-2,49	,012	-,619	ns	-,209	ns
	Gesundheit	-1,65	,098	-,677	ns	-,951	ns
	Freizeit	-5,42	,001	-2,15	,032	-2,88	,004

Tabelle-1-B-13: Veränderung der Lebenssituation Follow-up

t3		TK		LT		KT				
Variable	Merkmal	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	
Veränderung Lebenssituation	Arbeit	Verbessert	26 (n=62)	41,9	8 (n=48)	16,7	,015	11 (n=52)	21,2	,006
		Gleich	27	43,5	32	66,7		38	73,1	
		Verschlechtert	9	14,5	8	16,7		3	5,8	
	Partner	Verbessert	19 (n=62)	30,6	12 (n=47)	25,5	ns	17 (n=52)	32,7	ns
		Gleich	36	58,1	31	66,0		32	61,5	
		Verschlechtert	7	11,3	4	8,5		3	5,8	
	Freunde/ Bekannte	Verbessert	11 (n=62)	17,7	13 (n=48)	27,1	ns	15 (n=52)	28,8	,037
		Gleich	45	72,6	30	62,5		37	71,2	
		Verschlechtert	6	9,7	5	10,4		0	0	
	Gesundheit	Verbessert	22 (n=62)	35,5	10 (n=48)	20,8	ns	14 (n=52)	26,9	,019
		Gleich	29	46,8	32	66,7		36	69,2	
		Verschlechtert	11	17,7	6	12,5		2	3,8	
Freizeit	Verbessert	21 (n=62)	33,9	14 (n=48)	29,2	ns	20 (n=52)	38,5	ns	
	Gleich	34	54,8	29	60,4		29	55,8		
	Verschlechtert	7	11,3	5	10,4		3	5,8		

1-B-14: Soziale Unterstützung und Umgang mit Freizeit im Katamnesezeitraum

t3		TK		LT		KT				
Verfahren	Merkmal	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	
EuropASI	Anzahl Personen, auf die im Ernstfall Verlass ist	Keine	2 (n=63)	3,2	7 (n=57)	12,3	,017	4 (n=65)	6,2	,033
		Bis 3 Pers.	14	22,2	21	36,8		27	41,5	
		>3 Pers.	47	74,6	29	50,9		34	52,3	
	Personen aus Trink-/Drogeumfeld	Szene	0 (n=61)	0	3 (n=51)	5,9	,028	4 (n=62)	6,5	ns
		Keine Alkohol- oder Drogenabhängige	47	77,0	29	56,9		45	72,6	
		Sowohl als auch	14	23,0	19	37,3		13	21,0	
	Freizeitgestaltung	Familienangehörige ohne aktuelle Alkohol- oder Drogenprobleme	26 (n=63)	41,3	26 (n=58)	44,8	ns	45 (n=64)	70,3	,001
		Familienangehörige mit aktuellen Alkohol- oder Drogenproblemen	1	1,6	6	10,3		2	3,1	
		Freunde ohne aktuelle Alkohol- oder Drogenprobleme	8	12,7	8	13,8		10	15,6	
		Freunde mit aktuellen Alkohol- oder Drogenproblemen	0	0	1	1,7		0	0	
		Alleine	28	44,4	17	29,3		7	10,9	
	Oft Langeweile in Freizeit		6 (n=63)	9,5	14 (n=58)	24,1	,031	5 (n=65)	7,7	ns

1-B-15: Inanspruchnahme von Betreuungsmöglichkeiten im Katamnesezeitraum

t3			TK		LT			KT		
Variable ¹	Merkmal	Kategorie	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p/ χ^2	Anzahl	Prozent	p/ χ^2
Suchtfachklinik	Besuch		3(n=62)	4,8	2(n=59)	3,4	ns	0(n=67)	0	
	Nach wie vielen Wochen	Bis 4 Wo	0	0	0	0		0	0	
		5 bis 12 Wo	0	0	0	0		0	0	
		> 13 Wo	1	100	1	100		0	0	
	Häufigkeit Besuch	Regelmäßig	1(n=2) ²	50,0	1(n=1)	100,0	ns	0	0	
		Selten	1	50,0	0	0		0	0	
	Behandlung beendet	Regulär	3(n=3)	100,0	1(n=1)	100,0		0	0	
Aktuell in Behandlung		0	0	0	0		0	0		
Psychiatrie	Besuch		5(n=62)	8,1	4(n=59)	6,8	ns	1(n=67)	1,5	ns
	Nach wie vielen Wochen	Bis 4 Wo	2(n=4) ²	50,0	0		ns	1	0	ns
		5 bis 12 Wo	1	25,0	1	25,0		0	0	
		> 13 Wo	1	25,0	3	75,0		0	0	
	Häufigkeit Besuch	Regelmäßig	2(n=5)	40,0	2(n=4)	50,0	ns	1 (n=1)	100,0	ns
		Selten	3	60,0	2	50,0		0	0	
	Behandlung beendet	Regulär	5(n=5)	100	2(n=4)	50,0	ns	0 (n=1)	0	,014
Aktuell in Behandlung		0	0	1	25,0		1	100		
Ambulanz eines Krankenhauses	Besuch		3(n=62)	4,8	3(n=59)	5,1	ns	2(n=67)	3,0	ns
	Nach wie vielen Wochen	Bis 4 Wo								
		5 bis 12 Wo								
		> 13 Wo								
	Häufigkeit Besuch	Regelmäßig								
		Selten	3	100,0	3	100,0		2	100,0	
Behandlung beendet	Regulär									
	Aktuell in Behandlung									
Allgemein-krankenhaus	Besuch		5(n=62)	8,1	2(n=59)	3,4	ns	3(n=67)	4,5	ns
	Nach wie vielen Wochen	Bis 4 Wo	2 ²	66,7	1	50,0				
		5 bis 12 Wo						2	66,7	
		> 13 Wo	1	33,3	1	50,0		1	33,3	
	Häufigkeit Besuch	Regelmäßig								
		Selten	4	80,0	2	100,0		3	100,0	
Behandlung beendet	Regulär									
	Aktuell in Behandlung									
Andere ambulante Einrichtung	Besuch				2(n=59)	3,4	ns	1(n=67)	1,5	ns
	Nach wie vielen Wochen	Bis 4 Wo								
		5 bis 12 Wo								
		> 13 Wo								
	Häufigkeit Besuch	Regelmäßig			1	100,0		1	100,0	
		Selten								
Behandlung beendet	Regulär									
	Aktuell in Behandlung									

¹Katamnesefragebogen; ²Missings

1-B-16: Unterschiede Abstinente und Rückfällige klinische und störungsspezifische Merkmale – TK

		TK							
		Rückfällig			Abstinente				
Verfahren	Merkmal ¹	n	M	SD	n	M	SD	p/levone	p/t
BDI	Summe	55	10,60	8,350	27	9,63	7,072	ns	ns
STAI	State	55	36,45	10,431	27	36,59	10,721	ns	ns
	Trait	55	40,47	10,005	27	42,15	11,083	ns	ns
SCL-90	GSI	55	0,43	0,348	27	0,44	0,457	ns	ns
VAS	Visuelle Analogskala Verlangen	55	1,771	2,423	27	1,719	2,431	ns	ns
SCL-90-R	GSI	55	0,43	0,348	27	0,44	0,457	ns	ns
OCDS	Gesamtscore	55	14,29	5,442	27	11,78	5,556	ns	ns,054
	Gedanken	55	5,45	2,892	27	3,67	3,234	ns	,013
	Handlung	55	8,84	3,343	27	8,11	3,166	ns	ns
VAS	Visuelle Analogskala Verlangen	55	1,771	2,423	27	1,719	2,431	ns	ns
Aase-Versuchung	Negativer Affekt	55	2,57	0,911	27	2,19	1,073	ns	ns
	Soziale Situationen/Positiver Affekt	55	1,90	0,813	27	1,79	0,830	ns	ns
	Körperliche/andere Beschwerden	55	1,63	0,520	27	1,53	0,587	ns	ns
	Craving/Suchtverlangen	55	2,22	0,690	27	1,89	0,777	ns	ns,051
Aase-Zuversicht	Negativer Affekt	55	3,65	0,846	27	3,95	0,957	ns	ns
	Soziale Situationen/ Positiver Affekt	55	4,26	0,684	27	4,36	0,787	ns	ns
	Körperliche/andere Beschwerden	55	4,37	0,598	27	4,46	0,658	ns	ns
	Craving/Suchtverlangen	55	3,96	0,632	27	4,22	0,813	ns	ns

¹Merkmalsausprägung zu t1**1-B-17: Unterschiede zwischen Abstinente und Rückfälligen psychopathologische und störungsspezifische Merkmale stationärer individualisierter Langzeitbereich**

		LT							
		Rückfällig			Abstinente				
Verfahren	Merkmal ¹	n	M	SD	n	M	SD	p/levone	p/t
BDI	Summe	71	10,03	7,653	34	8,44	6,321	ns	ns
STAI	State	71	40,82	11,628	34	36,85	8,454	,023	ns,051
	Trait	71	44,52	11,714	34	41,44	11,815	ns	ns
SCL-90	GSI	71	0,55	0,448	34	0,38	0,376	ns	ns
VAS	Visuelle Analogskala Verlangen	56	1,114	1,885	31	0,629	1,100	,019	ns
SCL-90-R	GSI	71	0,55	0,448	34	0,38	0,376	ns	ns,067
OCDS	Gesamtscore	62	14,44	6,051	32	13,00	5,298	ns	ns
	Gedanken	62	4,92	3,074	32	4,41	3,416	ns	ns
	Handlung	62	9,52	3,719	32	8,59	2,928	ns	ns
VAS	Visuelle Analogskala Verlangen	56	1,114	1,885	31	0,629	1,100	,019	ns
Aase-Versuchung	Negativer Affekt	56	2,11	0,994	30	1,80	0,858	ns	ns
	Soziale Situationen/Positiver Affekt	56	1,81	0,786	30	1,49	0,610	ns	ns,053
	Körperliche/andere Beschwerden	56	1,49	0,569	30	1,35	0,472	ns	ns
	Craving/Suchtverlangen	56	1,92	0,856	30	1,71	0,676	ns	ns
Aase-Zuversicht	Negativer Affekt	56	3,88	0,896	30	3,96	1,144	ns	ns
	Soziale Situationen/ Positiver Affekt	56	4,22	0,806	30	4,21	1,150	ns	ns
	Körperliche/andere Beschwerden	56	4,28	0,668	30	4,12	1,082	ns	ns
	Craving/Suchtverlangen	56	3,96	0,907	30	3,99	1,114	ns	ns

¹Merkmalsausprägung zu t1

1-B-18: Unterschiede zwischen Abstinente und Rückfälligen psychopathologische und störungsspezifische Merkmale stationärer Kurzzeitbereich

		KT							
		Rückfällig			Abstinent			p/levne	p/t
Verfahren	Merkmal ¹	n	M	SD	n	M	SD		
BDI	Summe	37	10,00	8,966	52	11,77	8,712	ns	ns
STAI	State	37	39,81	9,868	52	44,31	12,997	ns	ns
	Trait	37	41,59	10,900	52	45,54	10,953	ns	ns
SCL-90	GSI	37	0,47	0,457	52	0,55	0,474	ns	ns
VAS	Visuelle Analogskala Verlangen	37	0,511	1,203	49	0,427	0,774	ns	ns
SCL-90-R	GSI	37	0,47	0,457	52	0,55	0,474	ns	ns
OCDS	Gesamtscore	32	12,63	4,930	42	12,43	5,429	ns	ns
	Gedanken	32	4,41	3,015	42	4,36	2,978	ns	ns
	Handlung	32	8,22	2,624	42	8,07	3,564	ns	ns
VAS	Visuelle Analogskala Verlangen	37	0,511	1,203	49	0,427	0,774	ns	ns
Aase-Versuchung	Negativer Affekt	34	2,19	0,842	49	2,24	0,814	ns	ns
	Soziale Situationen/Positiver Affekt	34	1,72	0,625	49	1,84	0,792	ns	ns
	Körperliche/andere Beschwerden	34	1,50	0,438	49	1,58	0,523	ns	ns
	Craving/Suchtverlangen	34	1,92	0,766	49	1,92	0,747	ns	ns
Aase-Zuversicht	Negativer Affekt	34	3,84	0,821	49	3,86	0,869	ns	ns
	Soziale Situationen/ Positiver Affekt	34	4,28	0,838	49	4,24	0,899	ns	ns
	Körperliche/andere Beschwerden	34	4,32	0,634	49	4,31	0,781	ns	ns
	Craving/Suchtverlangen	34	4,11	0,774	49	4,11	0,864	ns	ns

¹Merkmalsausprägung zu t1

2-B-19: Unterschiede zwischen Alkoholrückfälligen und Alkoholabstinenten: Psychopathologische Merkmale

		TK								LT								KT							
		Rückfällig			Abstinent					Rückfällig			Abstinent					Rückfällig			Abstinent				
Merkmal	Kategorie	n	M	SD	n	M	SD	p/levене	p/t	n	M	SD	n	M	SD	p/levене	p/t	n	M	SD	n	M	SD	p/levене	p/t
BDI t1	Summenscore	55	10,60	8,350	27	9,63	7,072	ns	ns	71	10,03	7,653	34	8,44	6,321	ns	ns	37	10,00	8,966	52	11,77	8,712	ns	ns
STAI t1	State	55	36,45	10,431	27	36,59	10,721	ns	ns	71	40,82	11,628	34	36,85	8,454	*	0,51	37	39,81	9,868	52	44,31	12,997	ns	ns
	Trait	55	40,47	10,005	27	42,15	11,083	ns	ns	71	44,52	11,714	34	41,44	11,815	ns	ns	37	41,59	10,900	52	45,54	10,953	ns	ns
SCL-90 t1	GSI	55	0,43	0,348	27	0,44	0,457	ns	ns	71	0,55	0,448	34	0,38	0,376	ns	ns	37	0,47	0,457	52	0,55	0,474	ns	ns

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

2-B-20: Unterschiede zwischen Alkoholrückfälligen und Alkoholabstinenten: Psychopathologische Merkmale

		TK						LT						KT					
		Rückfällig			Abstinent			Rückfällig			Abstinent			Rückfällig			Abstinent		
Merkmal	Kategorie	n	%	n	%	p/χ ²	n	%	n	%	p/χ ²	n	%	n	%	p/χ ²			
DIA-X	Rauchen	49	89,1	22	81,5	ns	62	95,4	29	90,6	ns	29	78,4	35	70,0	ns			
	Somatoforme Störungen	7	12,7	2	7,4	ns	5	7,7	2	6,1	ns	5	13,5	5	10,0	ns			
	Hypochondrie	9	16,4	12	44,4	**	25	38,5	13	39,4	ns	12	32,4	17	34,0	ns			
	Panikattacke/Panikstörung	24	43,6	7	25,9	ns	19	29,2	10	30,3	ns	12	32,4	9	18,0	ns			
	Generalisierte Angststörung	14	25,5	7	25,9	ns	20	30,8	13	39,4	ns	14	37,8	14	28,0	ns			
	Soziale Phobie	13	23,6	3	11,1	ns	21	32,3	10	30,3	ns	12	32,4	14	28,0	ns			
	Agoraphobie	7	12,7	2	7,4	ns	12	18,5	4	12,1	ns	2	5,4	6	12,0	ns			
	Posttraumatische Belastungsreaktionen	19	34,5	4	14,8	ns	21	32,3	6	18,2	ns	11	29,7	8	16,0	ns			
	Spezifische Phobien	11	20,0	6	22,2	ns	15	23,1	4	12,1	ns	10	27,0	9	18,0	ns			
	Depressive Episoden	24	43,6	8	29,6	ns	31	47,7	13	39,4	ns	12	32,4	17	34,0	ns			
	Dysthymie	23	41,8	8	29,6	ns	31	48,4	16	48,5	ns	17	45,9	20	40,0	ns			
	Manische/hypomanische Episoden	2	3,6	2	7,4	ns	13	20,3	6	18,2	ns	8	21,6	8	16,0	ns			
	Essstörungen	4	7,3	5	18,5	ns	12	18,8	4	12,5	ns	5	13,9	7	14,0	ns			
	Alkoholstörungen/ Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit	8	14,5	4	14,8	ns	6	9,4	5	15,2	ns	6	16,2	4	8,0	ns			
Drogenmissbrauch/-abhängigkeit	10	18,2	4	14,8	ns	12	18,8	5	15,2	ns	3	8,1	4	8,0	ns				

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

2-B-21: Unterschiede zwischen Alkoholrückfälligen und Alkoholabstinenten: Soziodemografische und suchtspezifische Merkmale

		TK								LT								KT							
		Rückfällig			Abstinenter					Rückfällig			Abstinenter					Rückfällig			Abstinenter				
Merkmal	Kategorie	n	M	SD	n	M	SD	p/ levене	p/t	n	M	SD	n	M	SD	p/ levене	p/t	n	M	SD	n	M	SD	p/ levене	p/t
Alter	Jahre	55	45,38	5,980	27	44,89	5,938	ns	ns	72	42,63	7,137	35	45,69	5,870	ns	*	38	46,08	8,069	52	47,42	8,226	ns	ns
Abhängigkeitsdauer	Jahre	55	11,95	7,492	27	14,11	6,216	ns	ns	72	12,56	13,159	35	10,89	7,745	ns	ns	38	13,05	10,280	52	10,75	7,690	*	ns
stationäre Entgiftungen	Anzahl	55	2,00	2,90	27	1,11	0,934	ns	ns	72	2,15	2,837	35	1,17	0,985	**	**	38	1,79	2,527	52	0,60	0,664	***	**
Durchschnittliche Trinkmenge pro Tag vor Therapie	Gramm	55	223,4	93,784	27	197,63	53,908	*	ns	36	309,1	223,38	17	258,5	164,5	ns	ns	33	181,8	82,995	33	187,7	145,8	ns	ns
Abstinenzdauer vor Therapie	Tage	55	37,65	52,470	27	67,11	50,026	ns	*	49	152,1	65,819	31	171,9	59,136	ns	ns	37	97,57	50,511	50	129,9	84,520	ns	*
Alkohol-/ Drogenverlangen EuropASI T1	Letzte 30 Tage	55	1,436	0,714	27	0,963	0,854	ns	**	72	6,03	9,337	35	3,89	8,851	ns	ns	38	8,97	11,343	52	2,73	7,349	***	**
Körperliche Beschwerden (an Entzug erinnernd)	Letzte 30 Tage	54	0,833	0,863	27	0,482	0,753	ns	ns	72	1,22	4,263	35	1,20	5,167	ns	ns	38	3,42	8,497	52	1,37	5,895	ns	ns

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

2-B-22: Unterschiede zwischen Alkoholrückfälligen und Alkoholabstinenten: Schweregrad der Alkoholabhängigkeitserkrankung

Merkmal	Kategorie	TK								LT								KT							
		Rückfällig			Abstinente					Rückfällig			Abstinente					Rückfällig			Abstinente				
		n	M	SD	n	M	SD	p/ levене	p/t	n	M	SD	n	M	SD	p/ levене	p/t	n	M	SD	n	M	SD	p/ levене	p/t
EuropASI	Composite Score																								
	Körperlicher Zustand	55	0,165	0,270	27	0,213	0,327	ns	ns	72	0,181	0,339	35	0,229	0,291	ns	ns	38	0,133	0,218	52	0,205	0,354	***	ns
	Arbeits- und Unterhalt: ökonomische Situation	55	0,438	0,465	27	0,346	0,442	ns	ns	72	0,566	0,467	35	0,542	0,478	ns	ns	38	0,236	0,384	52	0,263	0,424	ns	ns
	Arbeits- und Unterhalt: Zufriedenheit mit der Arbeitssituation	55	0,341	0,340	27	0,86	0,333	ns	ns	72	0,265	0,364	35	0,264	0,378	ns	ns	38	0,134	0,282	52	0,154	0,275	ns	ns
	Alkoholgebrauch	55	0,35	0,200	27	0,23	0,193	ns	*	56	0,29	0,152	30	0,25	0,109	ns	ns	34	0,31	0,184	47	0,25	0,134	**	ns
	Drogengebrauch	55	0,00	0,020	27	0,00	0,002	*	ns	72	0,01	0,025	35	0,00	0,11	ns	ns	38	0,01	0,061	52	0,00	0,000	*	ns
	Rechtliche Probleme	55	0,00	0,027	27	0,01	0,053	*	ns	72	0,01	0,033	35	0,01	0,034	ns	ns	38	0,03	0,091	52	0,00	0,000	***	ns
	Familienbeziehungen	55	0,23	0,301	27	0,19	0,247	ns	ns	72	0,07	0,138	35	0,09	0,177	ns	ns	38	0,08	0,151	52	0,10	0,216	ns	ns
	Sozialbeziehungen	55	0,06	0,146	27	0,06	0,157	ns	ns	72	0,06	0,172	35	0,04	0,107	ns	ns	38	0,03	0,066	52	0,03	0,088	ns	ns
	Psychischer Zustand	55	0,10	0,146	27	0,09	0,145	ns	ns	72	0,14	0,203	35	0,07	0,125	*	*	38	0,08	0,143	52	0,07	0,135	ns	ns

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

2-B-23: Unterschiede zwischen Alkoholrückfälligen und Alkoholabstinenten: Schweregrad der Alkoholabhängigkeitserkrankung

			TK					LT					KT				
			Rückfällig		Abstinent		p/ χ^2	Rückfällig		Abstinent		p/ χ^2	Rückfällig		Abstinent		p/ χ^2
Merkmal	Kategorie	n	%	n	%	n		%	n	%	n		%	n	%	n	
Gesundheit	Probleme Letzte 30 Tage	Gar nicht	38(n=55)	69,1	18(n=27)	66,7	ns	52(n=72)	72,2	22(n=35)	62,9	ns	26(n=38)	68,4	37(n=52)	71,2	ns
		Selten (<1xWoche)	3	5,5	0	0		1	1,4	0	0		3	7,9	1	1,9	
		Häufig ($\geq 1x$ Woche)	14	25,5	9	33,3		19	26,4	13	37,1		9	23,7	14	26,9	
Beruf	Probleme Letzte 30 Tage	Gar nicht	26(n=55)	47,3	16(n=27)	59,3	ns	47(n=72)	65,3	23(n=35)	65,7	ns	31(n=38)	81,6	41(n=52)	78,8	ns
		Selten (<1xWoche)	7	12,7	1	3,7		1	1,4	1	2,9		1	2,6	1	1,9	
		Häufig ($\geq 1x$ Woche)	22	40,0	10	37,0		24	33,3	11	31,4		6	15,8	10	19,2	
Alkohol	Probleme Letzte 30 Tage	Gar nicht	8(n=55)	14,5	11(n=27)	40,7	,030*	38(n=72)	52,8	24(n=35)	68,8	ns	17(n=38)	44,7	39(n=52)	75,0	,012*
		Selten (<1xWoche)	14	25,5	5	18,5		6	8,3	4	11,4		5	13,22	2	3,8	
		Häufig ($\geq 1x$ Woche)	33	60,0	11	40,7		28	38,9	7	20,0		16	42,111	11	21,2	
Drogen	Probleme Letzte 30 Tage	Gar nicht	3(n=5)	60,0	3(n=3)	100	ns	68(n=70)	97,1	33(n=33)	100	ns	32(n=32)	100	42(n=42)	100	
		Selten (<1xWoche)	0	0	0	0											
		Häufig ($\geq 1x$ Woche)	2	40,0	0	0		2	2,9	0	0						
Recht	Probleme Letzte 30 Tage	Gar nicht	55(n=55)	100	27(n=27)	100		72(n=72)	100	35(n=35)	100		38(n=38)	100	52(n=52)	100	
		Selten (<1xWoche)															
		Häufig ($\geq 1x$ Woche)															
Familie	Probleme Letzte 30 Tage	Gar nicht	37(n=55)	67,3	17(n=27)	63,0	ns	64(n=72)	88,9	32(n=35)	91,4	ns	33(n=38)	86,8	43(n=52)	82,7	ns
		Selten (<1xWoche)	2	3,6	4	14,8		2	2,8	1	2,9		2	5,3	5	9,6	
		Häufig ($\geq 1x$ Woche)	16	29,1	6	22,2		6	8,3	2	5,7		3	7,9	4	7,7	
Soziales Umfeld	Probleme Letzte 30 Tage	Gar nicht	49(n=55)	89,1	22(n=27)	81,5	ns	65(n=72)	90,3	32(n=35)	91,4	ns	37(n=38)	97,4	48(n=52)	92,3	ns
		Selten (<1xWoche)	2	3,6	4	14,8		1	1,4	2	5,7		1	2,6	1	1,9	
		Häufig ($\geq 1x$ Woche)	4	7,3	1	3,7		6	8,3	1	2,9		0	0	3	5,8	
Psyche	Probleme Letzte 30 Tage	Gar nicht	41(n=55)	74,5	19(n=27)	70,4	ns	49(n=72)	68,1	29(n=35)		ns	30(n=38)	78,9	44(n=52)	84,6	ns
		Selten (<1xWoche)	1	1,8	1	3,7		2	2,8	0	0		0	0	0	0	
		Häufig ($\geq 1x$ Woche)	13	23,6	7	25,9		21	29,2	6	17,1		8	21,1	8	15,4	

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

2-B-24: Unterschiede zwischen Alkoholrückfälligen und Alkoholabstinenten: Schweregrad der Alkoholabhängigkeitserkrankung

Merkmal		Belastung Letzte 30 Tage	Kategorie	TK				p/ χ^2	LT				p/ χ^2	KT				p/ χ^2
				Rückfällig	Abstinent		Rückfällig		Abstinent		Rückfällig	Abstinent						
			n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%		
Gesundheit	Belastung Letzte 30 Tage	Gar nicht	39(n=55)	70,9	18(n=27)	66,7	ns	54(n=72)	75,0	21(n=35)	60,0	,052	26(n=38)	68,4	40(n=52)	76,9	ns	
		Wenig/mittel	8	14,5	6	22,2		6	8,3	9	25,7		6	15,8	2	3,8		
		Erheblich/extrem	8	14,5	3	11,1		12	16,7	5	14,3		6	15,8	10	19,2		
Beruf	Belastung Letzte 30 Tage	Gar nicht	25(n=55)	45,5	15(n=27)	55,6	ns	46(n=72)	63,9	23(n=35)	65,7	ns	30(n=38)	78,9	39(n=51)	76,5	ns	
		Wenig/mittel	15	27,3	6	22,2		6	8,3	4	11,4		1	2,6	3	5,9		
		Erheblich/extrem	15	27,3	6	22,2		20	27,8	8	22,9		7	18,4	9	17,6		
Alkohol	Belastung Letzte 30 Tage	Gar nicht	12(n=55)	21,8	12(n=27)	44,4	,056	24(n=72)	33,3	14(n=35)	40,0	ns	10(n=38)	26,3	18(n=52)	34,6	ns	
		Wenig/mittel	27	49,1	12	44,4		27	37,5	8	22,9		11	28,9	17	32,7		
		Erheblich/extrem	16	29,1	3	11,1		21	29,2	13	37,1		17	44,7	17	32,7		
Drogen	Belastung Letzte 30 Tage	Gar nicht	4(n=5)	80,0	3(n=3)	100	ns	66(n=68)	97,1	30(n=30)	100	ns	33(n=33)	100	43(n=43)	100		
		Wenig/mittel	1	20,0	0	0		2	2,9	0	0							
		Erheblich/extrem	0	0	0	0			00	0	0							
Recht	Belastung Letzte 30 Tage	Gar nicht	55(n=55)	100	26(n=27)	96,3	ns	72(n=72)	100	35(n=35)	100		35(n=38)	92,1	52(n=52)	100	,039*	
		Wenig/mittel	0	0	0	0							3	7,9				
		Erheblich/extrem	0	0	1	3,7							0	0				
Familie	Belastung Letzte 30 Tage	Gar nicht	33(n=55)	60,0	18	66,7	ns	61(n=72)	84,7	28(n=35)	80,0	ns	31(n=38)	81,6	44(n=52)	84,6	ns	
		Wenig/mittel	9	16,4	5	18,5		6	8,3	3	8,6		2	5,3	0	0		
		Erheblich/extrem	13	23,6	4	14,8		5	6,9	4	11,4		5	13,2	8	15,4		
Soziales Umfeld	Belastung Letzte 30 Tage	Gar nicht	46(n=55)	83,6	23(n=27)	85,2	ns	64(n=72)	88,9	31(n=35)		ns	36(n=38)	94,7	49(n=52)	94,2	ns	
		Wenig/mittel	7	12,7	2	7,4		2	2,8	2	5,7		1	2,6	1	1,9		
		Erheblich/extrem	2	3,6	2	7,4		6	8,3	2	5,7		1	2,6	2	3,8		
Psyche	Belastung Letzte 30 Tage	Gar nicht	41(n=55)	74,5	19(n=27)	70,4	ns	49(n=72)	68,1	28(n=35)	80,0	ns	28(n=38)	73,7	44	84,6	ns	
		Wenig/mittel	5	9,1	3	11,1		8	11,1	1	2,9		3	7,9	1	1,9		
		Erheblich/extrem	9	16,4	5	18,5		15	20,8	6	17,1		7	18,4	7	13,5		

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

2-B-25: Unterschiede zwischen Alkoholrückfälligen und Alkoholabstinenten: Schweregrad der Alkoholabhängigkeitserkrankung

Merkmal		Kategorie	TK					LT					KT				
			Rückfällig		Abstinent		p/ χ^2	Rückfällig		Abstinent		p/ χ^2	Rückfällig		Abstinent		p/ χ^2
		n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	
Gesundheit	Beratungsbedarf Letzte 30 Tage	Gar nicht	41(n=55)	74,5	18(n=27)	66,7	ns	57(n=72)	79,2	20(n=35)	57,1	,000	31(n=38)	81,6	39(n=52)	76,5	ns
		Wenig/mittel	6	10,9	3	11,1		3	4,2	11	31,4		4	10,5	1	2,0	
		Erheblich/extrem	8	14,5	6	22,2		12	16,7	4	11,4		3	7,9	11	21,6	
Beruf	Beratungsbedarf Letzte 30 Tage	Gar nicht	24(n=55)	43,6	15(n=27)	55,6	ns	46(n=72)	63,9	22(n=35)	62,9	ns	32(n=32)	84,2	44(n=52)	84,6	ns
		Wenig/mittel	13	23,6	4	14,8		7	9,7	2	5,7		3	7,9	2	3,8	
		Erheblich/extrem	18	32,7	8	29,6		19	26,4	11	31,4		3	7,9	6	11,5	
Alkohol	Beratungsbedarf Letzte 30 Tage	Gar nicht	2(n=55)	3,6	3(n=27)	11,1	ns	5(n=71)	7,0	2(n=35)	5,7	ns	0(n=38)	0	2(n=51)	3,9	ns
		Wenig/mittel	10	18,2	2	7,4		4	5,6	1	2,9		6	15,8	4	7,8	
		Erheblich/extrem	43	78,2	22	81,5		62	87,3	32	91,4		32	84,2	45	88,2	
Drogen	Beratungsbedarf Letzte 30 Tage	Gar nicht	4(n=5)	80,0	3(n=3)	100	ns	65(n=65)	100	29(n=29)	100		33(n=33)	100	43(n=43)	100	
		Wenig/mittel	1	20,0	0	0											
		Erheblich/extrem	0	0	0	0											
Recht	Beratungsbedarf Letzte 30 Tage	Gar nicht	55(n=55)	100	26(n=27)	96,3	ns	72(n=72)	100	35(n=35)	100		35(n=38)	92,1	52(n=52)	100	ns
		Wenig/mittel	0	0	1	3,7							2	5,3			
		Erheblich/extrem	0	0	0	0							1	2,6			
Familie	Beratungsbedarf Letzte 30 Tage	Gar nicht	34(n=55)	61,8	17(n=27)	63,0	ns	65(n=72)	90,3	26(n=35)	74,3	ns	32(n=38)	84,2	43(n=52)	82,7	ns
		Wenig/mittel	4	7,3	1	3,7		3	4,2	4	11,4		3	7,9	3	5,8	
		Erheblich/extrem	17	30,9	9	33,3		4	5,6	5	14,3		3	7,9	6	11,5	
Soziales Umfeld	Beratungsbedarf Letzte 30 Tage	Gar nicht	47(n=55)	85,5	23(n=27)	85,2	ns	65(n=72)	90,3	31(n=35)	88,6	ns	35(n=38)	92,1	49(n=52)	94,2	ns
		Wenig/mittel	5	9,1	1	3,7		3	4,2	2	5,7		3	7,9	2	3,8	
		Erheblich/extrem	3	5,5	3	11,1		4	5,6	2	5,7		0	0	1	1,9	
Psyche	Beratungsbedarf Letzte 30 Tage	Gar nicht	39(n=55)	70,9	19(n=27)	70,4	ns	50(n=72)	69,4	27(n=35)	77,1	ns	29(n=38)	78,4	42(n=52)	82,4	ns
		Wenig/mittel	5	9,1	3	11,1		1	1,4	1	2,9		3	8,1	2	3,9	
		Erheblich/extrem	11	20,0	5	18,5		21	29,2	7	20,0		5	13,5	7	13,7	

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

2-B-26: Unterschiede zwischen Alkoholrückfälligen und Alkoholabstinenten: Suchtspezifische Merkmale

		TK					LT					KT				
		Rückfällig		Abstinent		p/ χ^2	Rückfällig		Abstinent		p/ χ^2	Rückfällig		Abstinent		p/ χ^2
Merkmal	Kategorie	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
Geschlecht	Männer	43	78,2	19	70,4	ns	58	80,6	29	82,9	ns	28	73,7	38	73,1	ns
	Frauen	12	21,8	8	29,6		14	19,4	6	17,1		10	26,3	14	26,9	
Rückfall während der Therapie ¹	Kein Konsum	35	63,6	24	88,9	,055	59	81,9	34	97,1	ns	37	97,4	51	98,1	ns
	1	11	20,0	2	7,4		8	11,1	1	2,9		0	0	1	1,9	
	≥2	9	16,4	1	3,7		5	6,9	0	0		1	2,6	0	0	
Anzahl stationärer Entwöhnungen ²	0	33	60,0	19	70,4	ns	60(n=72)	83,3	35(n=35)	100	*	32(n=38)	84,2	52(n=52)	100	*
	1	14	25,5	7	25,9		8	11,1	0	0		5	13,2	0	0	
	2	5	9,1	1	3,7		4	5,6	0	0		1	2,6	0	0	
	3	2	3,6	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0	
	4	1	1,8	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0	
Anzahl stationärer Entwöhnungen ³	keine	33(n=52)	63,5	19	36,5	ns	60(n=95)	63,2	35	36,8	,037*	32(n=84)	38,1	52	61,9	,012*
	eine	14(n=21)	66,7	7	33,3		8(n=8)	100	0	0		5(n=5)	100	0	0	
	≥2	8(n=9)	88,9	1	11,1		4(n=4)	100	0	0		1(n=1)	100	0	0	
Anzahl stationärer Entwöhnungen ⁴	keine	25(n=44)	56,8	19	43,2	ns	19(n=54)	35,2	35	64,8	*,019	11(n=63)	17,5	52	82,5	,011*
	eine	7(n=14)	50,0	7	50,0		0(n=2)	0	2	100		3(n=3)	100	0	0	
	≥2	4(n=5)	80,0	1	20,0		3(n=3)	100	0	0		1(n=1)	100	0	0	

¹Rückfällig mit jeglichen Suchtmitteln; ² nur Katamneseantworter; ³ alle Stichprobenteilnehmer; ⁴ nur Katamneseantworter; *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

2-B-27: Unterschiede zwischen Alkoholrückfälligen und Alkoholabstinenten: Indikationsempfehlungen

Merkmal	Kategorie	TK				
		Rückfällig		Abstinent		p/ χ^2
		n	%	n	%	
Indikationsempfehlungen	Keine weit fortgeschrittene Chronifizierung	42	76,4	15	55,6	,054
	Abstinenzfähigkeiten und Kompetenzen	52	94,5	27	100,0	ns
	Körperliche Erkrankungen behandelbar	55	100	27	100	ns
	Umfeldbedingungen nicht i.E.S. aufrechterhaltend	51	92,7	26	96,3	ns
	Unterstützende Bezugsperson ist erreichbar	43	78,2	18	66,7	ns
	Distanz zu Alkoholmilieu ist kurzfristig realisierbar	52	94,5	27	100	ns
	Einbeziehung von Bezugspersonen notwendig	48	87,3	24	88,9	ns
	Keine Langzeitarbeitslosigkeit	48	87,3	22	81,5	ns
	Keine Adaptionsbehandlung notwendig	55	100	27	100	ns
	Regionale Arbeitsuche während der Behandlung möglich	55	100	27	100	ns
	Wohnsituation ist vorläufig weitgehend stabil	54	98,2	27	100	ns
	Patient lebt nicht in Wohnheim	54	98,2	26	96,3	ns
	Soziale Probleme sind mit teilstationären Ressourcen behandelbar	55	100	27	100	ns
	Einsicht in funktionale Zusammenhänge ansatzweise gegeben	48	87,3	26	96,3	ns
	Patient hat erste konkrete Änderungsziele	48	87,3	26	96,3	ns
	Patient ist mit TK-Behandlung einverstanden	50	90,9	27	100	ns
	Patient ist zuversichtlich Ziele mit tagesklinischem Setting zu erreichen	48	87,3	26	96,3	ns
	Erst- oder Zweitbehandlung (nach Erfolg)	48	87,3	27	100	,053
	Besuch des Infoabends vor Aufnahme	19	34,5	11	40,7	ns

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

2-B-28: Unterschiede zwischen Alkoholrückfälligen und Alkoholabstinenten: Suchtspezifisches Alkoholverlangen

		TK								LT								KT							
		Rückfällig			Abstinent					Rückfällig			Abstinent					Rückfällig			Abstinent				
Merkmal	Kategorie	n	M	SD	n	M	SD	p/ levене	p/t	n	M	SD	n	M	SD	p/ levене	p/t	n	M	SD	n	M	SD	p/ levене	p/t
OCDS	Gesamtscore t1	55	14,29	5,442	27	11,78	5,556	ns	,054	62	14,44	6,051	32	13,00	5,298	ns	ns	32	12,63	4,930	42	12,43	5,429	ns	ns
	Gedanken	55	5,45	2,892	27	3,67	3,234	ns	*	62	4,92	3,074	32	4,41	3,416	ns	ns	32	4,41	3,015	42	4,36	2,978	ns	ns
	Handlung	55	8,84	3,343	27	8,11	3,166	ns	ns	62	9,52	3,719	32	8,59	2,928	ns	ns	32	8,22	2,624	42	8,07	3,564	ns	ns
VAS	Visuelle Analogskala Verlangen t1	55	1,771	2,423	27	1,719	2,431	ns	ns	56	1,114	1,885	31	0,629	1,100	*	ns	37	0,511	1,203	49	0,427	0,774	ns	ns

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

2-B-29: Unterschiede zwischen Alkoholrückfälligen und Alkoholabstinenten: Suchtspezifisches Alkoholverlangen

		TK								LT								KT							
		Rückfällig			Abstinent					Rückfällig			Abstinent					Rückfällig			Abstinent				
Merkmal	Kategorie	n	M	SD	n	M	SD	p/ levене	p/t	n	M	SD	n	M	SD	p/ levене	p/t	n	M	SD	n	M	SD	p/ levене	p/t
Aase- Versuchung t1	In Situationen des negativen Affekts	55	2,57	0,911	27	2,19	1,073	ns	ns	56	2,11	0,994	30	1,80	0,858	ns	ns	34	2,19	0,842	49	2,24	0,814	ns	ns
	In sozialen Situationen und positiven Affekt	55	1,90	0,813	27	1,79	0,830	ns	ns	56	1,81	0,786	30	1,49	0,610	ns	0,053	34	1,72	0,625	49	1,84	0,792	ns	ns
	Bei körperlichen und anderen Beschwerden	55	1,63	0,520	27	1,53	0,587	ns	ns	56	1,49	0,569	30	1,35	0,472	ns	ns	34	1,50	0,438	49	1,58	0,523	ns	ns
	Bei craving/Suchtverlangen	55	2,22	0,690	27	1,89	0,777	ns	,051	56	1,92	0,856	30	1,71	0,676	ns	ns	34	1,92	0,766	49	1,92	0,747	ns	ns
Aase- Zuversicht t1	In Situationen des negativen Affekts	55	3,65	0,846	27	3,95	0,957	ns	ns	56	3,88	0,896	30	3,96	1,144	ns	ns	34	3,84	0,821	49	3,86	0,869	ns	ns
	In sozialen Situationen und positiven Affekt	55	4,26	0,684	27	4,36	0,787	ns	ns	56	4,22	0,806	30	4,21	1,150	ns	ns	34	4,28	0,838	49	4,24	0,899	ns	ns
	Bei körperlichen und anderen Beschwerden	55	4,37	0,598	27	4,46	0,658	ns	ns	56	4,28	0,668	30	4,12	1,082	ns	ns	34	4,32	0,634	49	4,31	0,781	ns	ns
	Bei craving/Suchtverlangen	55	3,96	0,632	27	4,22	0,813	ns	ns	56	3,96	0,907	30	3,99	1,114	ns	ns	34	4,11	0,774	49	4,11	0,864	ns	ns

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

2-B-30: Unterschiede zwischen Alkoholrückfälligen und Alkoholabstinenten: Persönlichkeitsstörungen

Merkmal	Kategorie	TK						LT						KT					
		Rückfällig		Abstinent		p/t	Eta ²	Rückfällig		Abstinent		p/t	Eta ²	Rückfällig		Abstinent		p/t	Eta ²
		n	M	n	M			n	M	n	M			n	M	n	M		
SKID	Patienten-Einschätzung Selbstunsicherheit	52	1,62	27	1,78	ns	,002	50	1,66	32	1,47	ns	,003	36	1,47	50	1,86	ns	,011
	Interviewer-Einschätzung: Selbstunsicherheit zum. unterschwell.	52	1,06	27	,85	ns	,004	50	1,20	32	,94	ns	,006	36	,86	50	1,02	ns	,002
	Interviewer-Einschätzung: Selbstunsicherheit teilweise erfüllt	52	,19	27	,26	ns	,02	50	,40	32	,28	ns	,008	36	,28	50	,44	ns	,013
	Interviewer-Einschätzung: Selbstunsicherheit erfüllt	52	,87	27	,59	ns	,010	50	,80	32	,66	ns	,002	36	,58	50	,58	ns	,000
	Patienten-Einschätzung Dependente	52	1,65	27	1,48	ns	,004	50	1,44	32	1,50	ns	,000	36	1,33	50	1,46	ns	,003
	Interviewer-Einschätzung: Dependente zum. unterschwell.	52	1,15	27	1,04	ns	,002	50	,70	32	,66	ns	,000	36	,33	50	,46	ns	,006
	Interviewer-Einschätzung: Dependente teilweise erfüllt	52	,37	27	,07	ns	,045	50	,46	32	,25	ns	,019	36	,17	50	,26	ns	,009
	Interviewer-Einschätzung: Dependente erfüllt	52	,79	27	,96	ns	,008	50	,24	32	,41	ns	,011	36	,17	50	,20	ns	,001
	Patienten-Einschätzung Zwanghafte	52	3,29	27	4,07	ns	,036	50	3,82	32	3,81	ns	,000	36	3,36	50	3,76	ns	,011
	Interviewer-Einschätzung: Zwanghafte zum. unterschwell.	52	2,00	27	2,44	ns	,012	50	2,18	32	2,09	ns	,001	36	1,94	50	2,04	ns	,001
	Interviewer-Einschätzung: Zwanghafte teilweise erfüllt	52	,79	27	,63	ns	,007	50	,72	32	,81	ns	,003	36	,81	50	,88	ns	,002
	Interviewer-Einschätzung: Zwanghafte erfüllt	52	1,21	27	1,81	ns	,035	50	1,46	32	1,28	ns	,005	36	1,14	50	1,16	ns	,000
	Patienten-Einschätzung Negativistische	52	1,60	27	2,11	ns	,021	50	1,52	32	1,06	ns	,021	36	1,14	50	1,76	ns	,035
	Interviewer-Einschätzung: Negativistische zum. unterschwell.	52	,98	27	1,26	ns	,009	50	1,00	32	,84	ns	,003	36	,67	50	1,08	ns	,030
	Interviewer-Einschätzung: Negativistische teilweise erfüllt	52	,35	27	,67	*	,051	50	,44	32	,41	ns	,000	36	,33	50	,58	ns	,025
	Interviewer-Einschätzung: Negativistische erfüllt	52	,63	27	,59	ns	,000	50	,56	32	,44	ns	,005	36	,33	50	,50	ns	,011
	Patienten-Einschätzung Depressive	52	1,60	27	2,04	ns	,009	50	2,00	32	1,34	ns	,025	36	1,69	50	1,80	ns	,001
	Interviewer-Einschätzung: Depressive zum. unterschwell.	52	1,31	27	1,37	ns	,000	50	1,76	32	1,09	ns	,029	36	1,33	50	1,60	ns	,005
	Interviewer-Einschätzung: Depressive teilweise erfüllt	52	,40	27	,30	ns	,004	50	,24	32	,09	ns	,023	36	,31	50	,56	ns	,024
	Interviewer-Einschätzung: Depressive erfüllt	52	,90	27	1,07	ns	,002	50	1,52	32	1,00	ns	,019	36	1,03	50	1,04	ns	,000
Patienten-Einschätzung Paranoide	52	2,48	27	3,00	ns	,016	50	2,76	32	1,88	*	,053	36	1,89	50	2,06	ns	,002	
Interviewer-Einschätzung: Paranoide zum. unterschwell.	52	1,52	27	1,63	ns	,001	50	1,50	32	1,13	ns	,018	36	1,19	50	1,14	ns	,000	
Interviewer-Einschätzung: Paranoide teilweise erfüllt	52	,40	27	,37	ns	,000	50	,76	32	,50	ns	,019	36	,47	50	,64	ns	,011	
Interviewer-Einschätzung: Paranoide erfüllt	52	1,12	27	1,26	ns	,002	50	,74	32	,63	ns	,004	36	,72	50	,50	ns	,015	
Patienten-Einschätzung Schizotypische	52	2,62	27	2,00	ns	,017	50	1,96	32	1,94	ns	,000	36	1,61	50	1,54	ns	,001	
Interviewer-Einschätzung: Schizotypische zum. unterschwell.	52	,88	27	,70	ns	,005	50	,88	32	,88	ns	,000	36	,92	50	,62	ns	,016	
Interviewer-Einschätzung: Schizotypische teilweise erfüllt	52	,56	27	,37	ns	,008	50	,50	32	,63	ns	,004	36	,56	50	,30	ns	,026	
Interviewer-Einschätzung: Schizotypische erfüllt	52	,33	27	,33	ns	,000	50	,38	32	,25	ns	,007	36	,36	50	,32	ns	,001	

2-B-31: Unterschiede zwischen Alkoholrückfälligen und Alkoholabstinenten: Persönlichkeitsstörungen

Merkmal	Kategorie	TK						LT						KT					
		Rückfällig		Abstinent				Rückfällig		Abstinent				Rückfällig		Abstinent			
		n	M	n	M	p/t	Eta ²	n	M	n	M	p/t	Eta ²	n	M	n	M	p/t	Eta ²
	Patienten-Einschätzung Schizoide	52	1,42	27	1,74	ns	,012	50	2,10	32	1,28	**	,090	36	,94	50	1,14	ns	,008
	Interviewer-Einschätzung: Schizoide zum. unterschwell.	52	,48	27	,70	ns	,010	50	,88	32	,50	ns	,031	36	,22	50	,26	ns	,001
	Interviewer-Einschätzung: Schizoide teilweise erfüllt	52	,17	27	,30	ns	,011	50	,36	32	,16	ns	,033	36	,08	50	,16	ns	,013
	Interviewer-Einschätzung: Schizoide erfüllt	52	,31	27	,41	ns	,003	50	,52	32	,34	ns	,013	36	,14	50	,10	ns	,002
	Patienten-Einschätzung Histriionische	52	1,58	27	1,00	ns	,032	50	1,34	32	1,31	ns	,000	36	1,64	50	,92	*	,068
	Interviewer-Einschätzung: Histriionische zum. unterschwell.	52	,52	27	,37	ns	,007	50	,52	32	,34	ns	,010	36	,61	50	,28	*	,047
	Interviewer-Einschätzung: Histriionische teilweise erfüllt	52	,31	27	,15	ns	,014	50	,34	32	,19	ns	,012	36	,36	50	,14	ns	,040
	Interviewer-Einschätzung: Histriionische erfüllt	52	,21	27	,22	ns	,000	50	,18	32	,16	ns	,001	36	,25	50	,14	ns	,017
	Patienten-Einschätzung Narzisstische	52	3,77	27	2,78	ns	,032	50	2,64	32	1,66	*	,055	36	2,39	50	1,48	*	,051
	Interviewer-Einschätzung: Narzißtische zum. Unterschwell.	52	1,42	27	1,00	ns	,011	50	1,12	32	,69	ns	,022	36	1,03	50	,68	ns	,014
	Interviewer-Einschätzung: Narzisstische teilweise erfüllt	52	,67	27	,56	ns	,002	50	,60	32	,28	ns	,032	36	,58	50	,28	ns	,037
	Interviewer-Einschätzung: Narzißtische erfüllt	52	,75	27	,44	ns	,018	50	,52	32	,41	ns	,003	36	,44	50	,40	ns	,000
	Patienten-Einschätzung Borderline	52	3,52	27	4,15	ns	,012	50	3,78	32	3,13	ns	,011	36	2,94	50	2,74	ns	,002
	Interviewer-Einschätzung: Borderline zum. unterschwell.	52	1,60	27	1,48	ns	,001	50	2,40	32	1,44	ns	,031	36	1,19	50	1,32	ns	,001
	Interviewer-Einschätzung: Borderline teilweise erfüllt	52	,73	27	,74	ns	,000	50	,82	32	,50	ns	,018	36	,72	50	,68	ns	,000
	Interviewer-Einschätzung: Borderline erfüllt	52	,87	27	,74	ns	,002	50	1,58	32	,94	ns	,023	36	,47	50	,64	ns	,007
	Patienten-Einschätzung Antisoziale	52	1,94	27	2,11	ns	,001	50	2,24	32	1,34	ns	,035	36	,89	50	,62	ns	,015
	Interviewer-Einschätzung: Antisoziale zum. unterschwell.	52	1,06	27	,93	ns	,001	50	1,48	32	,47	*	,059	36	,50	50	,26	ns	,020
	Interviewer-Einschätzung: Antisoziale teilweise erfüllt	52	,19	27	,33	ns	,010	50	,38	32	,06	*	,062	36	,22	50	,02	*	,061
	Interviewer-Einschätzung: Antisoziale erfüllt	52	,87	27	,59	ns	,007	50	1,10	32	,41	ns	,040	36	,28	50	,24	ns	,001

Nachbefragungsbogen für ehemalige Patienten und Patientinnen der Tagesklinik Wilhelmsheim

KlientInnen-Code:

Datum:

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Lebenssituation seit Ihrer Entlassung aus der Tagesklinik Wilhelmsheim.

1. Wie zufrieden waren Sie im letzten Jahr mit

	Sehr zufrieden	zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	unzufrieden	Sehr unzufrieden
der beruflichen Situation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
der/(den) Partnerbeziehung(en) bzw. dem Umstand, dass Sie keinen Partner haben?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
dem Freundes- oder Bekanntenkreis?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
der Freizeit?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
dem Gesundheitszustand?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

2. Gab es im letzten Jahr Veränderungen hinsichtlich Ihrer(s)

	Verbessert	Gleich geblieben	Verschlechtert
beruflichen/schulischen Situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnersituation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundes-/Bekanntenkreis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitsituation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitszustand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Was traf im letzten Jahr auf Sie zu?

	traf nicht zu	traf kaum zu	traf eher zu	traf genau zu
Meine nächsten Angehörigen oder Freunde sind mir oft auf die Nerven gegangen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ich hatte oft Schwierigkeiten und Konflikte mit anderen Menschen (z.B. mit dem Partner oder den Verwandten)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ich habe mich oft mit nahestehenden Personen gestritten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Im täglichen Zusammenleben mit anderen Menschen gab es Schwierigkeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

4. Kennen Sie genügend Personen,

	traf nicht zu	traf kaum zu	traf eher zu	traf genau zu
mit denen Sie Ihre ganz persönlichen Probleme und Sorgen besprechen können?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
die Sie bei der praktischen Lösung Ihrer Probleme durch Taten unterstützen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
auf deren Hilfe Sie sich auch in Notsituationen auf jeden Fall verlassen können?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

5. Mit welchen Problemen waren Sie im letzten Jahr konfrontiert? Sie können mehrere Kreuze machen.

<input type="checkbox"/>	1 Krankheit eines Familienangehörigen, des Lebenspartners
<input type="checkbox"/>	2 Eigene gesundheitliche Beschwerden oder Krankheiten
<input type="checkbox"/>	3 Anhängiges Gerichtsverfahren
<input type="checkbox"/>	4 Trennung oder Scheidung vom Lebenspartner
<input type="checkbox"/>	5 Arbeitslosigkeit eines anderen Familienangehörigen oder des Lebenspartners
<input type="checkbox"/>	6 Todesfall in der Familie oder im Freundeskreis
<input type="checkbox"/>	7 Ernste finanzielle Probleme
<input type="checkbox"/>	8 Häufiger Ärger mit dem Arbeitsamt
<input type="checkbox"/>	9 Häufiger Ärger im Betrieb

6. Womit haben Sie im letzten Jahr gewöhnlich Ihre Zeit verbracht?

	Nie	Selten	Oft
bin Hobbys nachgegangen (z.B. Musik hören, Basteln, Gartenarbeit oder anderes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bin Spazieren gegangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bin allein ausgegangen (z.B. Café, Kneipe, Kino, Disko)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bin mit Freunden, Bekannten zusammengewesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe Fernsehen oder Video geguckt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe mich mit dem PC oder Internet beschäftigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe Hausarbeiten gemacht (z.B. Kochen, Waschen, Putzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe Sport getrieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Beratung bzw. Behandlung, die Sie seit Ihrer Entlassung aus der Tagesklinik Wilhelmsheim in Anspruch genommen haben.

7. Befanden Sie sich nach Therapieende wegen Problemen mit Alkohol, Drogen und/oder Medikamenten (körperliche oder psychische Folgen) in ambulanter oder stationärer Behandlung oder Betreuung in einer der folgenden Einrichtungen?

7 a) In welcher der angegebenen Einrichtungen befanden Sie sich?

7 b) Wurde die Behandlung beendet?

	Einrichtung?		Behandlung beendet?		
	ja	nein	vorzeitig	regulär	nein
1. Niedergelassener Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Niedergelassener Psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ambulanz eines KH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Niedergelassener Psychologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Allg. Psychosoziale. Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Suchtberatungsstelle, Suchtambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Allgemeinkrankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Psychiatrische Klinik/Abt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Suchtfachklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Andere ambulante Einrichtung, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Maßregelvollzug im Gefängnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sonstige Beratung/Behandlung im Gefängnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Betreuung durch Streetwork	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Betreuung durch niedrigschwellige Maßnahmen (z.B. Kontaktcafe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 c) Wie viele Wochen nach Ihrer Entlassung haben Sie die Einrichtung zum ersten Mal besucht?

7 d) Wie oft waren Sie seit der Entlassung in dieser Einrichtung?

	Nach wie vielen Wochen?		Wie oft in Einrichtung?	
	Wochen		1=regelmäßig	2=selten
1. Niedergelassener Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2. Niedergelassener Psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. Ambulanz eines KH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4. Niedergelassener Psychologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5. Allg. Psychosoziale. Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
6. Suchtberatungsstelle Suchtambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
7. Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
8. Allgemeinkrankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
9. Psychiatrische Klinik/Abt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
10. Suchtfachklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
10. Andere ambulante Einrichtung, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
12. Maßregelvollzug im Gefängnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
13. Sonstige Beratung/Behandlung im Gefängnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
14. Betreuung durch Streetwork	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
15. Betreuung durch andere niedrig schwellige Maßnahmen (z.B. Kontaktcafe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
16. Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

8. Befanden Sie sich nach Therapieende wegen Problemen mit Alkohol, Drogen und/oder Medikamenten (körperliche oder psychische Folgen) in ambulanter oder stationärer Behandlung oder Betreuung in einer der folgenden Einrichtungen?

8 a) Wie oft waren Sie seit Ihrer Entlassung in dieser Einrichtung?

8 b) Wurde die Behandlung beendet?

	Einrichtung?	Wie oft?	Behandlung beendet?		
	ja	Anzahl	ja, vorzeitig	ja, regulär	nein
1. Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Facharztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ambulanz eines KH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Psychotherapeutische Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Suchtberatungsstelle/ Suchtambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Allgemeinkrankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Psychiatrische KH/Psychiatrische Abteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Andere ambulante Einrichtung, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis: Als Entzugsbehandlung gilt jede Behandlung mit dem erklärten Ziel eines Entzugs (Entgiftung), sofern diese unter ärztlicher Überwachung durchgeführt worden ist.

9. Waren Sie seit Therapieende zur Entwöhnungsbehandlung in einer der folgenden Einrichtungen?

9 a) Wie oft waren Sie seit der Entlassung bzw. der letzten Datenerhebung in dieser Einrichtung?

9 b) Vor wie vielen Wochen gab es den letzten Kontakt?

9 c) Ist die Behandlung beendet?

	Einrichtung?	Wie oft?	Letzter Kontakt?	Behandlung beendet?		
	ja	Anzahl	Anzahl Wochen	ja, vorzeitig	ja, regulär	nein
1. Ambulanz eines Krankenhauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Psychotherapeutische Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Suchtberatungsstelle/ Suchtambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Suchtfachklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Allgemeinkrankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Psychiatrisches Krankenhaus/ Psychiatrische Abteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Andere ambulante Einrichtung, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Einnahme von Suchtmitteln seit Ihrer Entlassung aus der Tagesklinik Wilhelmsheim.

10. Haben Sie Ihre Therapie in der TK mit dem Ziel „kontrolliertes Trinken“ abgeschlossen?

ja nein

11. Haben Sie dieses Ziel Ihrem Therapeuten gegenüber geäußert?

ja nein

12. Wenn Sie „kontrollierten Konsum“ als Ziel angestrebt haben, wie oft und mit welcher Dauer kam es dann seit der Entlassung aus der TK zu „unkontrollierten Konsumepisoden“? (Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> 1	immer abstinent
<input type="checkbox"/> 2	immer kontrolliert Substanzen genommen
<input type="checkbox"/> 3	„unkontrollierte Episoden“ mit maximal 3 Tagen Dauer, höchstens dreimal (z.B. Wochenende)
<input type="checkbox"/> 4	„Unkontrollierte Episoden“ mit maximal 3 Tagen Dauer, aber mehr als dreimal
<input type="checkbox"/> 5	nur eine „unkontrollierte Episode“ zwischen 4 und 7 Tagen Dauer
<input type="checkbox"/> 6	Mehr als eine „unkontrollierte Episode“ von mehr als 3 Tagen Dauer

13. Haben Sie seit Entlassung aus der TK jemals eine der folgenden Substanzen konsumiert? Ist dies nicht der Fall, fahren Sie bitte mit Frage 32 fort!

Sie können mehrere Kreuze machen.

<input type="checkbox"/>	1 Alkohol
<input type="checkbox"/>	2 Tabak
<input type="checkbox"/>	3 Opioide
<input type="checkbox"/>	4 Cannabinoide
<input type="checkbox"/>	5 Dämpfende Psychopharmaka (Sedativa/Hypnotika/ Anxiolytika)
<input type="checkbox"/>	6 Kokain
<input type="checkbox"/>	7 Designerdrogen (z.B. Ecstasy)
<input type="checkbox"/>	8 Amphetamine
<input type="checkbox"/>	9 Andere Aufputschmittel einschl. Koffein (nur Tabletten)
<input type="checkbox"/>	10 Halluzinogene (ohne Cannabis)
<input type="checkbox"/>	11 Schnüffelstoffe
<input type="checkbox"/>	12 Andere psychoaktive oder nicht einordenbare Substanzen, und zwar
<input type="checkbox"/>	13 Verordnete Substitutionsmittel, Erhaltungsdrogen, und zwar:_____

14. Werten Sie diesen Konsum als Rückfall? Sie können mehrere Kreuze machen.

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Alkohol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Tabak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Opioide
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Cannabinoide
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Dämpfende Psychopharmaka (Sedativa/Hypnotika/ Anxiolytika)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Kokain
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Designerdrogen (z.B. Ecstasy)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Amphetamine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Andere Aufputschmittel einschl. Koffein (nur Tabletten)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Halluzinogene (ohne Cannabis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Schnüffelstoffe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 Andere psychoaktive oder nicht einordenbare Substanzen, und zwar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 Verordnete Substitutionsmittel, Erhaltungsdrogen, und zwar: _____

15. Nach wie vielen Monaten (Tagen) seit der Entlassung haben Sie die Substanz zum ersten Mal genommen?

(Geben Sie die Dauer bis 1 Monat in Tagen an, ab 1 Monat in Monaten und Tagen an).

Monat	Tage	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Alkohol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Tabak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Opioide
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Cannabinoide
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Dämpfende Psychopharmaka (Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Kokain
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Designerdrogen (z.B. Ecstasy)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Amphetamine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Andere Aufputschmittel einschl. Koffein (nur Tabletten)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Halluzinogene (ohne Cannabis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Schnüffelstoffe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 Andere psychoaktive oder nicht einordenbare Substanzen, und zwar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 Verordnete Substitutionsmittel, Erhaltungsdrogen, und zwar: _____

16. Vor wie vielen Monaten (Tagen) haben Sie die Substanz zuletzt genommen?
(Geben Sie die Dauer bis 1 Monat in Tagen an, ab 1 Monat in Monaten und Tagen an).

Monat	Tage	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 Alkohol
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 Tabak
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 Opioide
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 Cannabinoide
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 Dämpfende Psychopharmaka (Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 Kokain
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 Designerdrogen (z.B. Ecstasy)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 Amphetamine
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 Andere Aufputschmittel einschl. Koffein (nur Tabletten)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10 Halluzinogene (ohne Cannabis)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11 Schnüffelstoffe
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12 Andere psychoaktive oder nicht einordenbare Substanzen, und zwar
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13 Verordnete Substitutionsmittel, Erhaltungsdrogen, und zwar: _____

17. In welcher Art und Weise haben Sie nach Ihrer Entlassung aus der Tagesklinik Alkohol zu sich genommen? (Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Eher regelmäßig und gleichbleibend
<input type="checkbox"/>	Periodisch, phasenhaft (z.B. nur an Wochenenden, wochenlang gar nichts, dann wieder tagelang sehr viel)

18. Wie häufig, d.h. an wie vielen Tagen pro Woche haben Sie die Substanz zur Zeit des stärksten Gebrauchs seit Entlassung aus der TK genommen?

Tage	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 Alkohol
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 Tabak
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 Opioide
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 Cannabinoide
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 Dämpfende Psychopharmaka (Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 Kokain
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 Designerdrogen (z.B. Ecstasy)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 Amphetamine
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 Andere Aufputschmittel einschl. Koffein (nur Tabletten)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10 Halluzinogene (ohne Cannabis)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11 Schnüffelstoffe
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12 Andere psychoaktive oder nicht einordenbare Substanzen, und zwar
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13 Verordnete Substitutionsmittel, Erhaltungsdrogen, und zwar: _____

19. Wurde die Substanz ärztlich verordnet?

	ärztlich verordnet	nicht ärztlich verordnet	ärztlich verordnet	verordnet, aber deutlich längerer Konsum
1. Opioide	0 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2. Cannabinoide	0 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. Dämpfende Psychopharmaka (Sedativa/Hypnotika/ Anxiolytika)	0 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4. Amphetamine	0 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5. Andere Aufputschmittel (z.B. Koffeinhaltige Tabletten)	0 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
6. Andere psychoaktive oder nicht einordenbare Substanzen, und zwar:	0 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
7. Verordnete Substitutionsmittel, Erhaltungsdrogen, und zwar:	0 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

20. Wie lange dauerte Ihre längste zusammenhängende Abstinenzphase seit der Entlassung aus der TK?

Wochen	Tage	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 Alkohol
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 Tabak
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 Opioide
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 Cannabinoide
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 Dämpfende Psychopharmaka (Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 Kokain
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 Designerdrogen (z.B. Ecstasy)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 Amphetamine
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 Andere Aufputschmittel einschl. Koffein (nur Tabletten)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10 Halluzinogene (ohne Cannabis)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11 Schnüffelstoffe
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12 Andere psychoaktive oder nicht einordenbare Substanzen, und zwar: _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13 Verordnete Substitutionsmittel, Erhaltungsdrogen, und zwar: _____

21. Wenn Sie seit der Entlassung aus der TK Alkohol getrunken haben, wie viel haben Sie dann durchschnittlich (d.h. an einem für Sie typischen Trinktag) an einem Tag getrunken? Sie können dies in „Gläsern“ oder in „Flaschen“ angeben.

Durchschnittliche Trinkmenge pro Tag (bitte Anzahl in Kästchen eintragen)

BIER

Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 - 0,3 l)

Gläser/Dosen/Flaschen (0,4 - 0,5 l)

WEIN, SEKT, SÜDWEIN (z.B. Portwein, Sherry)

Gläser (0,2 - 0,25l)

Flaschen (0,7 - 1,0 l)

LIKÖR

Gläser (einfacher) (0,02 l)

Gläser (doppelter) (0,04 l)

Flaschen (0,7 - 1,0 l)

SCHNAPS

Gläser (einfacher) (0,02 l)

Gläser (doppelter) (0,04 l)

Flaschen (0,7 - 1,0l)

SONSTIGES

(Liter)

22. In welchen Situationen haben Sie wieder Suchtmittel konsumiert?

(Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/>	Ärger
<input type="checkbox"/>	Frustration, Enttäuschung
<input type="checkbox"/>	Langeweile
<input type="checkbox"/>	Depression
<input type="checkbox"/>	Innere Spannung, Unruhe
<input type="checkbox"/>	Angst
<input type="checkbox"/>	Einsamkeit
<input type="checkbox"/>	Gute Stimmung, Glücksgefühl
<input type="checkbox"/>	Stressgefühle
<input type="checkbox"/>	Hemmungen
<input type="checkbox"/>	In schwieriger Lebenssituation
<input type="checkbox"/>	Konflikte mit anderen Personen
<input type="checkbox"/>	Körperliche Schmerzen
<input type="checkbox"/>	Entzugsähnliche Beschwerden
<input type="checkbox"/>	Schlafschwierigkeiten
<input type="checkbox"/>	Unwiderstehliches Verlangen/Suchtdruck
<input type="checkbox"/>	Überzeugung, kontrolliert trinken zu können
<input type="checkbox"/>	Nicht nein sagen zu können
<input type="checkbox"/>	In Gesellschaft der Versuchung nicht widerstehen können
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____

23. Wie oft haben Sie seit der Entlassung aus der TK bis zum Rausch getrunken?

- kein Konsum
 Anzahl der Rauschzustände

Durchschnittliche Trinkmenge pro „Rausch“-Tag (bitte Anzahl in Kästchen eintragen)**BIER**

- Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 - 0,3 l)
 Gläser/Dosen/Flaschen (0,4 - 0,5 l)

WEIN, SEKT, SÜDWEIN (z.B. Portwein, Sherry)

- Gläser (0,2 - 0,25l)
 Flaschen (0,7 - 1,0 l)

LIKÖR

- Gläser (einfacher) (0,02 l)
 Gläser (doppelter) (0,04 l)
 Flaschen (0,7 - 1,0 l)

SCHNAPS

- Gläser (einfacher) (0,02 l)
 Gläser (doppelter) (0,04 l)
 Flaschen (0,7 - 1,0l)

SONSTIGES

- (Liter)

24. Wie viele Rückfälle hatten Sie seit der Entlassung aus der TK?

- Kein Rückfall
 Anzahl der Rückfälle

Hinweis: Zwei Rückfälle sind durch mindestens 1 Woche Drogenfreiheit getrennt. Als Rückfall wird bzgl. Alkohol mindestens 1 für die jeweilige Getränkeart übliches Glas angesehen.

25. Wie lange dauerte die längste Rückfallperiode seit Entlassung aus der TK? (in Tagen)

- Kein Rückfall
 Tage

26. Wie haben Sie diesen Rückfall beendet?

<input type="checkbox"/>	aus eigener Kraft selbst beendet
<input type="checkbox"/>	aus eigenem Antrieb Hilfe gesucht
<input type="checkbox"/>	auf andere Art beendet, und zwar
<input type="checkbox"/>	ich bin zur Zeit noch rückfällig

27. Hatten Sie durch diesen Rückfall seit der Entlassung aus der TK irgendwelche negativen Folgen?

<input type="checkbox"/>	ich hatte keine negativen Folgen
<input type="checkbox"/>	ich hatte berufliche negative Folgen
<input type="checkbox"/>	ich hatte soziale negative Folgen (Familie/Freunde)
<input type="checkbox"/>	ich hatte gesundheitliche negative Folgen
<input type="checkbox"/>	ich hatte sonstige Folgen, und zwar: _____

28. Welche der folgenden Symptome haben Sie seit der Entlassung aus der TK bei sich beobachten/feststellen können? (Mehrfachantworten möglich)

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie den starken Wunsch oder eine Art Zwang psychoaktive Substanzen zu nehmen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist es Ihnen passiert, dass Sie nicht mehr wussten, wann und wie viel psychoaktive Substanzen Sie gebraucht haben?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie körperliche Entzugsserscheinungen (z.B. Schweißausbrüche, Muskelzittern)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie im Laufe der Zeit immer mehr Substanzen genommen, um die gleiche Wirkung zu erleben?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie andere Lebensbereiche und Interessen zugunsten des Suchtmittelkonsums vernachlässigt?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie, obwohl Sie die schädlichen Folgen (z.B. Verlust des Arbeitsplatzes, psychische Probleme, körperliche Schäden) gespürt haben, Ihren Substanzkonsum fortgesetzt?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie in größeren zeitlichen Abständen (mindestens 1 Monat) exzessiv die Substanz eingenommen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hat sich der Umgang mit psychoaktiven Substanzen geändert (heimliches Trinken, morgendliche Medikamenteneinnahme, spritzen statt sniefen)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie psychoaktive Substanzen genommen, um damit Entzugssymptome zu mildern?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist es Ihnen passiert, dass Sie nach einem Rückfall ganz schnell wieder „voll drauf“ waren?

29. Ergaben sich aus dem erneuten Gebrauch des Hauptsuchtmittels für Sie weitere negative Folgen? (Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/>	Entfällt, da kein weiterer Konsum
<input type="checkbox"/>	Ende einer persönlichen Beziehung
<input type="checkbox"/>	Probleme mit Angehörigen
<input type="checkbox"/>	Verlust von Arbeit/Job
<input type="checkbox"/>	Verlust der Wohnung
<input type="checkbox"/>	Allgemeine psychiatrische Behandlung
<input type="checkbox"/>	Stationäre psychiatrische Behandlung
<input type="checkbox"/>	Widerruf einer Bewährung
<input type="checkbox"/>	Verlust des Führerscheins
<input type="checkbox"/>	Verstrickung in ein Strafverfahren
<input type="checkbox"/>	Verstrickung in ein zivilgerichtliches Verfahren
<input type="checkbox"/>	Anderes und zwar: _____

30. Seit wann sind Sie wieder abstinent?

- Wochen
 Kein Konsum

31. Worauf führen Sie es zurück, dass es Ihnen gelang wieder abstinent zu werden?

<input type="checkbox"/>	Entfällt, da kein Rückfall
<input type="checkbox"/>	Entfällt, da noch immer rückfällig
<input type="checkbox"/>	Eigener Wille
<input type="checkbox"/>	Einfluss von Partner/Familie
<input type="checkbox"/>	Hilfe von außen (Arzt, Beratungsstelle, etc.)
<input type="checkbox"/>	Einfluss von Selbsthilfegruppe
<input type="checkbox"/>	Der Grund ist mir selbst nicht erklärlich
<input type="checkbox"/>	Anderes und zwar

Die folgenden Fragen beziehen sich auf möglichen Alkoholkonsum und auf Gedanken, Vorstellungen, Impulse oder Bilder, die mit dem Trinken von Alkohol zusammenhängen. Bitte kreuzen Sie jeweils die Aussage an, die am ehesten für Sie zutrifft. Falls nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf den Zeitraum der vergangenen sieben Tage.

32. Wenn Sie keinen Alkohol trinken, wie viel Ihrer Zeit wird dann von Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern beansprucht, die etwas mit dem Trinken zu tun haben?

<input type="checkbox"/>	Keine
<input type="checkbox"/>	weniger als 1 Stunde am Tag
<input type="checkbox"/>	1 - 3 Stunden am Tag
<input type="checkbox"/>	4 - 8 Stunden am Tag
<input type="checkbox"/>	Mehr als 8 Stunden am Tag

33. Wie häufig treten diese Gedanken oder Vorstellungen auf?

<input type="checkbox"/>	Niemals
<input type="checkbox"/>	Nicht häufiger als achtmal
<input type="checkbox"/>	Häufiger als achtmal am Tag, aber die meisten Stunden des Tages sind frei davon
<input type="checkbox"/>	Mehr als achtmal am Tag und während der meisten Stunden des Tages
<input type="checkbox"/>	Die Gedanken treten so häufig auf, dass man sie nicht mehr zählen kann, und es vergeht kaum eine Stunde, in der sie nicht auftreten

34. Wie stark werden Ihre berufliche Tätigkeit oder Ihr soziales Verhalten von diesen Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern beeinflusst? Gibt es etwas, was Sie deswegen nicht tun oder nicht können? (Falls Sie gerade nicht berufstätig sind: Wie sehr wäre Ihre berufliche Tätigkeit dadurch beeinflusst, falls Sie arbeiten würden?)

<input type="checkbox"/>	Die Gedanken an Alkohol beeinflussen mich überhaupt nicht - ich arbeite oder verhalte mich völlig normal
<input type="checkbox"/>	Die Gedanken an Alkohol beeinflussen mein soziales Verhalten oder meine beruflichen Tätigkeiten in geringem Maße, mein Auftreten oder meine Leistung insgesamt sind jedoch nicht beeinträchtigt.
<input type="checkbox"/>	Die Gedanken an Alkohol beeinflussen mein soziales Verhalten oder meine berufliche Leistung eindeutig, ich komme aber noch damit zurecht
<input type="checkbox"/>	Die Gedanken an Alkohol beeinträchtigen mein soziales Verhalten oder meine berufliche Leistung ganz erheblich
<input type="checkbox"/>	Die Gedanken an Alkohol beeinträchtigen mein soziales Verhalten oder meine Arbeitsleistung vollständig

35. Wenn Sie keinen Alkohol trinken, wie sehr leiden Sie dann unter den Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern, die mit dem Trinken zu tun haben bzw. wie sehr werden Sie dadurch gestört?

<input type="checkbox"/>	Keine Belastung oder Störung
<input type="checkbox"/>	Geringfügig, selten und nicht besonders störend
<input type="checkbox"/>	Mäßig, häufig und störend; ich kann aber noch damit zurechtkommen
<input type="checkbox"/>	Stark, sehr häufig und sehr störend
<input type="checkbox"/>	Extrem stark, fast durchgängig, alles andere wird beeinträchtigt

36. Wenn Sie keinen Alkohol trinken, wie sehr bemühen Sie sich dann, diesen Gedanken zu widerstehen, sie nicht zu beachten oder die Aufmerksamkeit auf etwas anderes zu lenken? (Geben Sie das Ausmaß Ihrer Bemühungen um Widerstand gegen diese Gedanken an, nicht den Erfolg oder Misserfolg, den Sie dabei haben.)

<input type="checkbox"/>	Ich habe so selten derartige Gedanken, dass es nicht notwendig ist, dagegen anzugehen. Wenn sie aber auftauchen, bemühe ich mich immer, diesen Gedanken zu widerstehen
<input type="checkbox"/>	Ich versuche meistens, diesen Gedanken zu widerstehen
<input type="checkbox"/>	Ich unternahme einige Anstrengungen, um diesen Gedanken zu widerstehen
<input type="checkbox"/>	Ich lasse allen derartigen Gedanken freien Lauf, ohne zu versuchen, sie zu kontrollieren. Dabei habe ich allerdings ein ungutes Gefühl
<input type="checkbox"/>	Ich lasse diesen Gedanken völlig freien Lauf

37. Wenn Sie keinen Alkohol trinken, wie erfolgreich können Sie dann diese Gedanken beenden oder sie zerstreuen?

<input type="checkbox"/>	Es gelingt mir stets vollkommen, diese Gedanken zu beenden oder sie zu zerstreuen
<input type="checkbox"/>	Gewöhnlich kann ich diese Gedanken mit einiger Anstrengung und Konzentration beenden oder zerstreuen
<input type="checkbox"/>	Manchmal kann ich diese Gedanken beenden oder sie zerstreuen
<input type="checkbox"/>	Ich kann diese Gedanken nur ganz selten beenden und sie nur schwerlich zerstreuen
<input type="checkbox"/>	Selbst für kurze Momente kann ich solche Gedanken nur selten zerstreuen

38. Wie viele »drinks« nehmen Sie täglich zu sich? (Denken Sie an die letzten Wochen, in denen Sie Alkohol getrunken haben.)

<input type="checkbox"/>	Keinen
<input type="checkbox"/>	Weniger als einen »drink« täglich (entspricht weniger als 0,33 Liter Bier oder 1/8 Liter Wein oder 30 ml Schnaps)
<input type="checkbox"/>	1-2 »drinks« täglich (entspricht maximal 0,66 Liter Bier oder 1/4 Liter Wein oder 60 ml Schnaps)
<input type="checkbox"/>	3-7 »drinks« täglich (entspricht bis 2,5 Liter Bier oder bis 1 Liter Wein oder bis 200 ml Schnaps)
<input type="checkbox"/>	8 oder mehr »drinks« täglich (entspricht mehr als 2,5 Liter Bier oder mehr als 1 Liter Wein oder mehr als 200 ml Schnaps)

39. An wie vielen Tagen in der Woche trinken Sie Alkohol? (Denken Sie an die letzten Wochen, in denen Sie Alkohol getrunken haben.)

<input type="checkbox"/>	an keinem
<input type="checkbox"/>	an nicht mehr als einem Tag
<input type="checkbox"/>	an 2-3 Tagen der Woche
<input type="checkbox"/>	an 4-5 Tagen der Woche
<input type="checkbox"/>	an 6-7 Tagen der Woche

40. Wie stark wird Ihre berufliche Tätigkeit durch das Trinken von Alkohol beeinflusst? Gibt es etwas, was Sie wegen Ihres Trinkens nicht tun oder nicht können? (Falls Sie gerade nicht berufstätig sind: Wie sehr wäre Ihre berufliche Tätigkeit beeinflusst, falls Sie arbeiten würden?)

<input type="checkbox"/>	Das Trinken beeinflusst mich beruflich überhaupt nicht - ich arbeite völlig normal
<input type="checkbox"/>	Das Trinken beeinflusst meine beruflichen Tätigkeiten in geringem Maße, meine Arbeitskraft insgesamt ist jedoch nicht beeinträchtigt
<input type="checkbox"/>	Das Trinken beeinflusst meine berufliche Leistung eindeutig, ich komme aber noch damit zurecht
<input type="checkbox"/>	Das Trinken beeinträchtigt meine berufliche Leistung ganz erheblich
<input type="checkbox"/>	Das Trinken beeinträchtigt meine Arbeitsleistung völlig

41. Wie stark wird Ihr soziales Verhalten durch das Trinken von Alkohol beeinflusst? Gibt es etwas, was Sie wegen Ihres Trinkens nicht tun oder nicht können?

<input type="checkbox"/>	Das Trinken beeinflusst mein soziales Verhalten überhaupt nicht - ich verhalte mich völlig normal
<input type="checkbox"/>	Das Trinken beeinflusst mein soziales Verhalten in geringem Maße, mein Auftreten insgesamt ist jedoch nicht beeinträchtigt
<input type="checkbox"/>	Das Trinken beeinflusst mein soziales Verhalten eindeutig, ich komme aber noch damit zurecht
<input type="checkbox"/>	Das Trinken beeinträchtigt mein soziales Verhalten ganz erheblich
<input type="checkbox"/>	Das Trinken beeinträchtigt mein soziales Verhalten völlig

42. Wenn Sie ein alkoholisches Getränk trinken möchten, aber daran gehindert wären, wie ängstlich oder ungehalten würden Sie dann werden?

<input type="checkbox"/>	Ich würde überhaupt nicht ängstlich oder gereizt
<input type="checkbox"/>	Ich würde nur in geringem Maße ängstlich oder gereizt
<input type="checkbox"/>	Angst oder Reizbarkeit würden ansteigen, aber noch zu beherrschen sein
<input type="checkbox"/>	Angst oder Reizbarkeit würden für mich sehr stark und stören
<input type="checkbox"/>	Angst oder Reizbarkeit würden mich völlig überwältigen

43. Wie sehr bemühen Sie sich, dem Trinken von Alkohol zu widerstehen? (Geben Sie das Ausmaß Ihrer Bemühungen um Widerstand gegen das Trinken an, nicht den Erfolg oder Misserfolg, den Sie dabei haben)

<input type="checkbox"/>	Ich trinke so minimal, dass es nicht notwendig ist, dagegen anzugehen. Wenn ich doch trinke, bemühe ich mich immer, dem Trinken zu widerstehen
<input type="checkbox"/>	Ich versuche meistens, dem Trinken zu widerstehen
<input type="checkbox"/>	Ich unternahme einige Anstrengungen, um dem Trinken zu widerstehen
<input type="checkbox"/>	Ich lasse dem Trinken meistens freien Lauf, ohne zu versuchen, es zu kontrollieren. Dabei habe ich ein ungutes Gefühl
<input type="checkbox"/>	Ich lasse dem Trinken völlig freien Lauf

44. Wie stark ist Ihr Drang, Alkohol zu trinken?

<input type="checkbox"/>	Ich verspüre keinen Drang
<input type="checkbox"/>	Ich verspüre etwas Drang, Alkohol zu trinken
<input type="checkbox"/>	Ich verspüre starken Drang, Alkohol zu trinken
<input type="checkbox"/>	Ich verspüre sehr starken Drang, Alkohol zu trinken
<input type="checkbox"/>	Der Drang zum Trinken ist völlig überwältigend und nicht zu beeinflussen

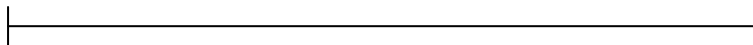
45. Wie viel Kontrolle haben Sie über Ihr Trinkverhalten?

<input type="checkbox"/>	Ich habe mein Trinkverhalten völlig unter Kontrolle.
<input type="checkbox"/>	Gewöhnlich kann ich mein Trinkverhalten unter willentlicher Kontrolle halten
<input type="checkbox"/>	Ich kann mein Trinkverhalten nur unter Schwierigkeiten kontrollieren
<input type="checkbox"/>	Ich muss trinken und kann es nur unter Schwierigkeiten hinausschieben
<input type="checkbox"/>	Ich bin kaum in der Lage, das Trinken auch nur für kurze Zeit aufzuschieben

46. Markieren Sie bitte auf folgender Skala die Stärke Ihres aktuellen Alkoholverlangens (von „kein Alkoholverlangen“ bis „unkontrollierbares Alkoholverlangen“) mit einem Strich (|):

Kein
Alkoholverlangen

unkontrollierbares
Alkoholverlangen



47. Wie stark ist in jeder dieser Situationen für Sie die Versuchung, Alkohol zu trinken?

Markieren Sie die Zahl, die am besten die Stärke Ihrer Versuchung beschreibt, die Sie erleben würden, wenn Sie sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt in dieser Situationen befänden.

Beispiel: Wenn die Sonne scheint 1 2X 3 4 5

Die Antwort zwei bedeutet, dass Sie **eher keine** Versuchung verspüren würden, Alkohol zu trinken, wenn die Sonne scheint.

	gar keine Versuchung	eher keine Versuchung	etwas Versuchung	große Versuchung	sehr große Versuchung
Wenn ich leide, weil ich keinen Alkohol mehr trinke, oder weil ich Entzugerscheinungen habe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich Kopfschmerzen habe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich mich niedergeschlagen fühle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich Urlaub habe und mich entspannen will	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich mir über jemanden Sorgen mache	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich sehr beunruhigt bin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich das Verlangen spüre, nur etwas Alkohol zu trinken, um zu schauen was passiert	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn mir jemand bei einem geselligen Anlass Alkohol anbietet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich mir vorstelle oder phantasie, Alkohol zu trinken	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich meine willentliche Kontrolle über das Trinken testen möchte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich ein körperliches Bedürfnis oder Verlangen nach Alkohol habe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich körperlich erschöpft bin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich körperliche Schmerzen oder eine Verletzung habe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich vor Wut explodieren könnte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich andere beim Trinken in einer Kneipe oder in Gesellschaft beobachte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn es mir so vorkommt, als lief mir alles schief	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn Leute, mit denen ich früher getrunken habe, mich wieder zum Trinken ermuntern	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich innerlich verärgert bin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich vom Verlangen nach Alkohol überrascht werde	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn es mir gut geht oder ich mit anderen feiere	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

48. Wie groß ist Ihre Zuversicht, in der entsprechenden Situationen nicht zu trinken?

Markieren Sie die Zahl, die am besten die Größe der Zuversicht beschreibt, die Sie haben würden, wenn Sie sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt in diesen Situationen befänden.

Beispiel: Wenn die Sonne scheint 1 2 3 **4X** 5

Die Antwort vier bedeutet, dass Sie **große Zuversicht** hätten, keinen Alkohol zu trinken (also abstinent zu bleiben, wenn die Sonne scheint).

	gar keine Zuversicht	eher keine Zuversicht	etwas Zuversicht	große Zuversicht	sehr große Zuversicht
Wenn ich leide, weil ich keinen Alkohol mehr trinke, oder weil ich Entzugserscheinungen habe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich Kopfschmerzen habe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich mich niedergeschlagen fühle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich Urlaub habe und mich entspannen will	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich mir über jemanden Sorgen mache	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich sehr beunruhigt bin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich das Verlangen spüre, nur etwas Alkohol zu trinken, um zu schauen was passiert	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn mir jemand bei einem geselligen Anlass Alkohol anbietet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich mir vorstelle oder phantasiere, Alkohol zu trinken	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich meine willentliche Kontrolle über das Trinken testen möchte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich ein körperliches Bedürfnis oder Verlangen nach Alkohol habe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich körperlich erschöpft bin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich körperliche Schmerzen oder eine Verletzung habe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich vor Wut explodieren könnte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich andere beim Trinken in einer Kneipe oder in Gesellschaft beobachte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn es mir so vorkommt, als lief mir alles schief	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn Leute, mit denen ich früher getrunken habe, mich wieder zum Trinken ermuntern	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich innerlich verärgert bin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn ich vom Verlangen nach Alkohol überrascht werde	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn es mir gut geht oder ich mit anderen feiere	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>