

Indikatoren für den Behandlungsverlauf einer stationären Entwöhnungsbehandlung Alkoholkranker

Melinda Spiesshofer^a, Anne Keller^b, Jérôme Endrass^c, Thomas Meyer^b, Konstantin Moskvitin^c, Astrid Rossegger^c

^a Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich

^b Forel Klinik

^c Psychiatrisch-Psychologischer Dienst, Amt für Justizvollzug Kanton Zürich

Funding/potential conflict of interest: No funding. No conflict of interest.

Summary

Indicators for outcome of ambulatory alcohol rehabilitation

Background: Predictors for successful inpatient alcohol rehabilitation have been studied in the last few years mainly in the German-speaking geographical area. The objective of this study was to identify indicators for the outcome of ambulatory alcohol rehabilitation.

Method: The study included a sample of patients (N = 1065) treated between 2004 and 2007 at the Forel Hospital, an institution specialised in the treatment of alcohol dependence. The differences between three groups of patients were studied: patients who abandoned the treatment prematurely, and patients who terminated the treatment with and without improvement.

Results: Multinomial regression analyses showed that the group of premature abandoners differed with respect to age, level of education and employment status. Furthermore, the group terminating with improvement were more likely to be employed and less likely to have been diagnosed with a personality disorder.

Discussion: While the sample population in this study did not require 24-hour care due to the relatively low psychiatric and somatic comorbidity level, its degree of alcoholism nevertheless required ambulatory care. In spite of the sample specificity, a number of predictors for unsuccessful treatment could be identified.

It was possible to identify indicators for a positive treatment outcome. The course of treatment is influenced by social rather than psychiatric factors. The treatment outcome is, however, influenced by comorbid personality disorders.

Key words: predictor; alcohol rehabilitation; ambulatory; therapeutic outcome; abandoners

Hintergrund

Die Frage, welches die Indikatoren für einen günstigen Behandlungsverlauf in der stationären Entzugs- bzw. Entwöhnungsbehandlung sind, wurde in den letzten Jahren eingehend wissenschaftlich untersucht. Eine kombinierte Schlagwortsuche im Mai 2010 in der Literaturlatenbank «Pubmed» mit den Suchbegriffen «alcohol*», «treat*», «predict*» und «success*» ergab über 200 Suchresultate. Die

Korrespondenz:

Dr. rer. nat. Astrid Rossegger

Psychiatrisch-Psychologischer Dienst

Amt für Justizvollzug Kanton Zürich

Feldstrasse 42

CH-8090 Zürich

Switzerland

astrid.rossegger@me.com

grosse Mehrheit der identifizierten Studien, die Prädiktoren für den Behandlungsverlauf einer stationären Alkoholverwöhnung untersuchten, wurde in deutscher Sprache publiziert und basiert auf in Deutschland oder der Schweiz durchgeführten Studien.

Gesamthaft weisen die vorliegenden Untersuchungen einerseits auf robuste Indikatoren für einen günstigen bzw. ungünstigen Verlauf einer stationären Entwöhnungsbehandlung Alkoholkranker hin, andererseits sind die Ergebnisse auch durch eine erhebliche Heterogenität gekennzeichnet. Letztere ist angesichts der Unterschiedlichkeit in Bezug auf das methodische Design der Studien wenig überraschend. Dies sei am Beispiel des Umgangs mit dem Stichprobenschwund bei Katamneseuntersuchungen exemplarisch aufgezeigt: Gerade bei langen Katamnesezeiträumen ist die Gefahr eines substantiellen Stichprobenschwundes beträchtlich und hat in der Regel zur Folge, dass im verbleibenden Patientenkollektiv erfolgreiche Behandlungsverläufe über- und Rückfälle in den Alkoholkonsum unterrepräsentiert sind. Eine Möglichkeit, diesen Verzerrungseffekten entgegenzuwirken, besteht darin, bei den aus der Studie ausgeschiedenen Patienten einen schlechten Verlauf anzunehmen. Je nachdem, ob die Abstinenzrate nur für die verbleibende Stichprobe oder aber (im Sinne eines angenommenen Rückfalls) auch für die Antwortverweigerer ausgewiesen wird, fallen die Ergebnisse sehr unterschiedlich aus. So konnte eine aus 26 Primärstudien bestehende Metaanalyse aufzeigen, dass die grosse Variabilität der in diesen Studien berichteten Abstinenzraten von 9 bis 64% insbesondere vom Umgang mit den Antwortverweigerern abhing [1]. Demgegenüber weisen vorliegende Arbeiten eine im Hinblick auf die Definition des interessierenden Merkmals grössere Homogenität auf: In den meisten Studien wird Rückfallfreiheit von Alkoholkonsum als wichtigstes Erfolgskriterium für einen günstigen Therapieverlauf bewertet. Weitere gängige Erfolgskriterien waren darüber hinaus die Veränderung des Trinkverhaltens (Verringerung der Trinkmenge oder der Anzahl Trinktage), die Verbesserung der Belastbarkeit während der Behandlung, die Verbesserung der Qualität der Partnerschaft sowie eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. eine Reduktion von durch den Alkoholkonsum verursachten somatischen Komplikationen und psychischen Beschwerden.

Zu den am besten replizierten Indikatoren für einen günstigen Behandlungsverlauf stationärer Entwöhnungsbehandlungen Alkoholkranker gehören – unabhängig vom gewählten Erfolgskriterium – Merkmale der sozialen Stabilität, wie z.B. eine stabile Partnerschaft sowie feste Wohn- und

Anstellungsverhältnisse. Ausgehend von einem Patientenkollektiv mit 10 362 Alkoholkranken und einer Abstinenzrate von 48% nach einem einjährigen Katamnesezeitraum konnten die Autoren einer Studie des Deutschen Fachverbands Sucht zeigen, dass Patienten, die nicht in einer festen Partnerschaft lebten, mit 37% eine deutlich tiefere Abstinenzrate aufwiesen [6]. Der Zusammenhang zwischen einer höheren Schulbildung und einer erfolgreichen Alkoholentwöhnungsbehandlung wurde von Schmidt et al. bei einer Stichprobe von 242 Alkoholkranken nachgewiesen.

Neben der Bedeutung der erwähnten sozialen Merkmale für den Therapieerfolg zeigten Schmidt et al. auf, dass erfolgreich behandelte Patienten weniger somatische Komorbiditäten aufwiesen und zum Zeitpunkt der Erstdiagnose der Alkoholerkrankung älter waren [7]. Letztgenannter Befund konnte von Bauer et al. repliziert werden, die auf einen positiven Zusammenhang zwischen Behandlungsverlauf und Lebensalter hinwiesen [8]. Eine mögliche Ursache für diesen Zusammenhang könnte darin liegen, dass die Therapiecompliance mit dem Lebensalter zunimmt, wie dies in einer umfangreichen Britischen Studie an über 400 Alkoholkranken aufgezeigt wurde [9].

Wenig überraschend ist, dass eine nicht planmässige Beendigung der Entwöhnungsbehandlung [6], die Schwere der Alkoholerkrankung und Alkoholrückfälle während der Entwöhnung [10] negativ mit dem Behandlungsverlauf und -ergebnis korreliert sind. Als Risikofaktoren für Behandlungsabbrüche wiederum werden u.a. mehrere frühere Suchtbehandlungen, eine geringe soziale Unterstützung, das Vorliegen einer komorbiden psychiatrischen Erkrankung, eine Suchterkrankung des Partners sowie Arbeitslosigkeit diskutiert [5, 11].

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass soziale Faktoren Indikatoren für eine erfolgreiche stationäre Entwöhnungsbehandlung darstellen und dass die Schwere der Alkoholerkrankung mit Rückfällen in den Alkoholkonsum und Therapieabbrüchen korrelieren. Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand in der Prüfung der Robustheit der diskutierten Indikatoren an einer grösseren Patientenpopulation aus der Schweiz.

Methode

Stichprobenselektion

In der Schweiz bieten zwei Institutionen bei einer Behandlungskapazität von mehr als 20 Plätzen eine postakute Behandlung an. Die grössere der beiden Institutionen ist die Forel Klinik. Mit 93 Behandlungsplätzen und etwa 250 Behandlungen pro Jahr führt die Forel Klinik schweizweit etwa ¼ aller in einer Fachklinik durchgeführten stationären Behandlungen alkoholbedingter Störungen durch [12].

In der Forel Klinik werden neben alkoholabhängigen auch medikamenten- und tabakabhängige Patienten behandelt. Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, einer mangelnden Fähigkeit, einem Gespräch auf Deutsch zu folgen, einer schwerwiegenden kognitiven Beeinträchtigung, Pflegebedürftigkeit oder aku-

ter Selbst- bzw. Fremdgefährdung werden nicht aufgenommen [12].

Eingang in die Untersuchung fanden alle Patienten, bei denen zwischen dem 1. Januar 2004 und dem 31. Dezember 2007 eine stationäre Alkohol-Entwöhnungsbehandlung in der Forel Klinik begonnen wurde.

Datengrundlage

Grundlage der Datenauswertung bildeten die im Rahmen der standardisierten Patientendokumentationsbögen *PSYREC* [13] und *act-info* [14] erfassten Informationen, welche sowohl bei Eintritt in als auch bei Austritt aus der Forel Klinik erhoben werden. Beim *PSYREC* handelt es sich um ein im Kanton Zürich verbindlich zu verwendendes Dokumentationssystem psychiatrischer Behandlungen und beim *act-info* um ein schweizweit verbindlich geltendes Dokumentationssystem substanzbezogener Behandlungen. Die im genannten Zeitraum begonnenen 1140 Behandlungen bezogen sich auf 1074 Patienten. Patienten, bei denen Alkoholkonsum keinen Grund für die Aufnahme in die Forel Klinik darstellte, wurden genauso aus der Stichprobe ausgeschlossen ($n = 6$) wie drei Patienten, bei denen mehr als die Hälfte der im *PSYREC* und *act-info* aufgeführten Fragen mit «missing» kodiert waren. Daraus resultierte eine Stichprobengrösse von $N = 1065$.

Behandlungsansätze in der Forel Klinik

Während der stationären Postakutbehandlung in der Forel Klinik nehmen die Patienten an einem aus bis zu 25 Wochenstunden umfassenden Therapieprogramm mit verschiedenen Therapieeinheiten teil. Ein Teil der Therapieeinheiten besteht aus standardisierten Modulen wie z.B. dem «strukturierten Trainingsprogramm zur (Alkohol-) Rückfall-Prävention (S.T.A.R.)» [15], während ein anderer Teil nach individueller Indikation durchgeführt wird. Darüber hinaus finden dreimal wöchentlich eine Gruppentherapie und einmal wöchentlich eine Einzelpsychotherapie statt. Die Gruppentherapie folgt je nach Therapieorientierung der psychotherapeutischen Mitarbeiter mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen, systemischen und tiefenpsychologischen Ansätzen, wobei auch achtsamkeitsbasierte Therapieelemente immer mehr Anwendung finden. Die Psychotherapie wird bei entsprechender Indikation durch eine Psychopharmakotherapie ergänzt. Dabei werden komorbide psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, ADS des Erwachsenenalters ebenso behandelt wie Folgestörungen durch den Alkoholkonsum (z.B. Schlafstörungen). In seltenen Fällen wird Disulfiram eingesetzt, häufiger – jedoch nicht regelhaft – Anticraving-substanzen (Acamprosat und Naltrexon). Ausserdem wird ein breites Spektrum sport- und bewegungstherapeutischer Behandlungen angeboten sowie Mal- und Gestaltungstherapie.

Die Aufenthaltsdauer wird vor Eintritt auf ca. 4, 8, 12 oder 16 Wochen vereinbart und im Therapieverlauf mit den Patientinnen und Patienten gemeinsam festgelegt. Von einem Therapieabbruch wird gesprochen, wenn der Patient

austritt vor Ablauf der festgelegten Dauer und bevor es aus ärztlicher Sicht empfohlen werden kann, zum Beispiel indem die Rückkehr aus dem Wochenendurlaub ausbleibt oder es aufgrund grober Regelverletzungen durch das Behandlungsteam zu einem Ausschluss des Patienten kommt. Ein Alkoholkonsumereignis führt nicht automatisch zu einem Behandlungsabbruch, sofern das Rückfallgeschehen einer therapeutischen Auseinandersetzung zugänglich ist.

Statistische Auswertung

Für die statistische Auswertung wurden folgende drei Gruppen – zusammengefasst in einer Variable – gebildet:

1. Patientengruppe 1 (N = 267): Patienten, bei denen die Therapie irregulär beendet wurde (Therapieabbruch).
2. Patientengruppe 2 (N = 225): Patienten, bei denen die Therapie regulär beendet wurde, aber der Gesundheitszustand bei Austritt – im Vergleich zum Zustand bei Eintritt – nicht oder nur wenig verbessert war.
3. Patientengruppe 3 (N = 573): Patienten, bei denen die Therapie regulär beendet wurde und bei denen der Gesundheitszustand bei Austritt – im Vergleich zum dokumentierten Zustand bei Eintritt – deutlich verbessert war.

Die für die Gruppeneinteilung notwendigen Informationen – die Art der Beendigung der Therapie (regulär oder Abbruch) und auch der Gesundheitszustand bei Ein- und Austritt – wurden der durch das Behandlungsteam im *act-info* und *PSYREC* vorgenommenen Dokumentation entnommen.

Bei einem Viertel der Patienten (25,1%, n = 267) wurde die Therapie irregulär beendet (Patientengruppe 1), bei 21,1% (n = 225) regulär, aber ohne dass eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht wurde (Patientengruppe 2), und bei 53,8% (n = 573) regulär, bei einer erreichten deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes (Patientengruppe 3).

Unter Verwendung einer univariaten Varianzanalyse wurde in einem ersten Schritt der Zusammenhang zwischen dem Behandlungserfolg (Zugehörigkeit zu Patientengruppe 1, 2 und 3) und den soziodemographischen Merkmalen, dem Konsumverhalten, dem Gesundheitszustand sowie Behandlungsmerkmalen untersucht. Dabei wurde der Behandlungserfolg als Dummy-kodierte Variable verwendet.

In einem zweiten Auswertungsschritt wurden zwei multivariable multinomiale logistische Regressionen gerechnet, wobei der natürliche Logarithmus der Behandlungszeit als Kontrollvariable in das Modell eingegeben wurde. Im ersten Modell war die Patientengruppe 1 (Abbruch der Therapie) die Referenzgruppe, im zweiten Modell wurde die Patientengruppe 2 (reguläre Beendigung der Therapie ohne deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes) als Referenzgruppe gewählt. Um die Ergebnisse inhaltlich besser interpretieren zu können wurden die Beta-Koeffizienten zu «Relativen Risiken» transformiert.

Die statistische Auswertung erfolgte mit STATA SE 11.1.

Ethikkommission

Die Studie wurde der kantonalen Ethikkommission (Ethikkommission Zürich) zur Prüfung vorgelegt und für ethisch unbedenklich befunden.

Ergebnisse

Soziodemographische Merkmale

Rund ein Drittel der behandelten Patienten war weiblich (31,9%; n = 340). Das durchschnittliche Alter der Patienten lag bei 46 Jahren (SD: 9,8 Jahre), wobei der jüngste Patient 22 und der älteste Patient 75 Jahre alt waren.

Der Anteil verheirateter Patienten lag bei 29,5% (n = 312). In den letzten vier Wochen vor Eintritt in die Klinik lebten 36,6% (n = 378) der Patienten allein in einer eigenen Wohnung, 37,4% (n = 387) zusammen mit einem Partner, 6,0% (n = 62) bei ihren Eltern oder anderen Verwandten und 20,0% (n = 207) in einer Institution oder einem anderen Wohnsetting.

Bei Entlassung aus der Forel Klinik befanden sich 39,1% (n = 404) in einem Anstellungsverhältnis. 24,9% (n = 265) der Patienten verfügten bei Eintritt über eine hohe Schulbildung (Matur, Lehrerseminar, höhere Fach- und Berufsausbildung, Fachhochschule, Universität, Hochschule).

Konsumverhalten, psychiatrische Diagnosen und Gesundheitszustand

Bei Eintritt in die Forel Klinik berichteten 48,4% (n = 485) der Patienten, seit weniger als 20 Jahren regelmässig Alkohol zu konsumieren, 47,9% (n = 480) seit 20–39 Jahren und 3,8% (n = 38) seit mindestens 40 Jahren. Jeder zweite Patient (51,6%, n = 550) war bereits vorgängig wegen seiner Alkoholerkrankung behandelt worden. Bei Eintritt in die Forel Klinik wurde die Schwere der Alkoholerkrankung bei 19,8% (n = 207) als mässig, bei 65,2% (n = 684) als erheblich und bei 14,9% (n = 156) als schwer oder sehr schwer eingestuft.

Mehr als jeder fünfte Patient (22,4%, n = 238) litt bei Eintritt unter einer chronischen, mit dem Alkoholkonsum in Zusammenhang stehenden und potentiell lebensbedrohlichen Krankheit (Ösophagusvarizen, Leberzirrhose, Kardiomyopathie oder Pankreatitis).

Etwa bei jedem zehnten Patienten (9,4%, n = 100) wurde die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt.

Behandlungsmerkmale

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Forel Klinik war 3,2 Monate (SD: 1,7 Monate, Spannweite: 0–11 Monate).

Indikatoren für den Behandlungsverlauf

Eine univariate stratifizierte Analyse der drei Patientengruppen (Therapieabbrecher, reguläre Beendigung ohne deutliche Verbesserung, reguläre Beendigung mit deutlicher Verbesserung des Gesundheitszustandes) ergab, dass sich die

drei Gruppen nicht signifikant in Bezug auf Geschlecht oder Alter unterscheiden. Auch die Prävalenz von früheren alkoholbezogenen Behandlungen war vergleichbar.

Patienten, bei denen nach regulärer Beendigung der Therapie eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustands im Vergleich zum Gesundheitszustand bei Eintritt dokumentiert wurde (Patientengruppe 3), zeichnen sich dadurch aus, dass sie über eine höhere Schulbildung verfügen und häufiger bei Entlassung ein Anstellungsverhältnis haben. Ferner sind sie häufiger verheiratet, wohnen seltener in einer instabilen Wohnsituation und leiden seltener an einer chronischen, potenziell lebensbedrohlichen somatischen Erkrankung. Die Schwere der Alkoholerkrankung ist seltener als schwer einzustufen und eine komorbide Persönlichkeitsstörung liegt seltener vor.

Die multinomialen logistischen Regressionen zeigten, dass sich die Therapieabbrecher (Patientengruppe 1) auch im multivariablen Modell hinsichtlich des Alters, der Schulbildung und des Anstellungsverhältnisses unterscheiden. Das Vorliegen einer lebensbedrohlichen Krankheit war in diesem Modell nicht mehr signifikant. Dabei gingen alle Unterschiede in die erwartete Richtung. Wurden nun die erfolglosen Therapieabsolventen (Patientengruppe 2) als Referenzgruppe gewählt, zeigte sich, dass sich die erfolgreich Behandelten von den erfolglosen Therapieabsolventen dahingehend unterschieden, dass erstere eher über ein Anstellungsverhältnis verfügten und weniger häufig eine komorbide Persönlichkeitsstörung aufwiesen.

Diskussion

In der vorliegenden Studie konnte ein grosses Patientenkollektiv der Forel Klinik untersucht werden. Da die Forel Klinik schweizweit etwa jede vierte stationäre Postakutbehandlung Alkoholkranker durchführt, kann angenommen werden, dass die Studienergebnisse eine häufige Behandlungsrealität in der stationären Postakuttherapie von Alkoholabhängigkeit in der Schweiz abbilden. Wenngleich es sich beim untersuchten Patientenkollektiv um eine regionale Vollerhebung handelt, ist an dieser Stelle zu berücksichtigen, dass

jede Suchtklinik ihre eigenen Aufnahmekriterien definiert und die hier dargestellten Ergebnisse nicht als repräsentativ angesehen werden können.

Für die Beantwortung der Fragestellung der Arbeit wurden die Patienten in drei Gruppen eingeteilt: Jene, die die Behandlung abgebrochen haben (25,1%, Patientengruppe 1), jene, die die Behandlung zwar regulär beendet, aber keine wesentliche Verbesserung erzielt haben (21,1%, Patientengruppe 2) und jene, bei denen bei regulärer Beendigung der Behandlung ein deutlicher Behandlungserfolg dokumentiert worden ist (53,8%, Patientengruppe 3).

Ein Vergleich der Patientengruppen zeigte, dass die Patienten, die eine Behandlung regulär absolvierten (Patientengruppe 2 und 3) eher über eine hohe Schulbildung verfügten, eine feste Anstellung hatten und eine stabile Wohnsituation nachweisen konnten. Zudem waren diese Patienten in der Regel älter. Keine Rolle spielten das Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung, die Schwere der Alkoholerkrankung und das Geschlecht. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass eher soziale als medizinische Kriterien einen Einfluss auf das reguläre Absolvieren einer Therapie in der Forel-Klinik haben, und stimmen somit nur bedingt mit den Ergebnissen anderer Studien überein. In diesen Arbeiten wird zwar auch eine geringe soziale Unterstützung als Risikofaktor für einen Rückfall in den Alkoholkonsum diskutiert, zusätzlich gehen diese Autoren aber davon aus, dass eine komorbide psychiatrische Erkrankung ebenso ein Risikofaktor darstellt. Dass Letztere in der vorliegenden Arbeit kein robuster Indikator für Behandlungsabbrüche darstellt, könnte auch das Resultat eines Selektionsbias sein, der zu einer hohen Patientenhomogenität bzw. zu einer artifiziell induzierten mangelnden Variabilität führt. So definiert die Forel Klinik das Vorliegen einer Reihe von Krankheitsbildern wie z.B. eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis als Ausschlusskriterium für eine Aufnahme in die Klinik.

Ob die Therapieabbrüche Ausdruck eines fehlenden sozialen Netzes sind, oder ob sie letztlich ebenso wie Letztere das Resultat einer – weiter zu explorierenden – Persönlichkeitsdisposition sind, die Ausdruck in einer geringen Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit findet, lässt sich

Tabelle 1

Indikatoren für den Behandlungsverlauf einer stationären Postakutbehandlung.

		Patientengruppe 1: Abbrecher N = 267	Patientengruppe 2: Regulär, keine Verbesserung N = 225	Patientengruppe 3: Regulär, Verbesserung N = 573	p
Alter in Jahren (Mittelwert)		44,7 (SD = 9,4)	47,9 (SD = 10,7)	46,5 (SD = 9,5)	ns
Frauen		34,1% (n = 91)	36,0% (n = 81)	29,3% (n = 168)	ns
Hohe Schulbildung		15,4% (n = 41)	28,9% (n = 65)	27,8% (n = 159)	0,001
Verheiratet		22,9% (n = 61)	31,2% (n = 69)	31,9% (n = 182)	0,024
Anstellungsverhältnis		21,9% (n = 52)	37,4% (n = 83)	47,0% (n = 269)	0,001
Keine stabile Wohnsituation		25,1% (n = 67)	11,1% (n = 25)	12,0% (n = 69)	0,001
Lebensbedrohliche somat. Erkrankung		32,6% (n = 87)	18,7% (n = 42)	19,0% (n = 109)	0,001
Schwere der Alkohol- erkrankung	Mässig	13,0% (n = 34)	27,9% (n = 62)	19,7% (n = 111)	0,001
	Erheblich	64,4% (n = 168)	60,8% (n = 135)	67,6% (n = 381)	
	Schwer	22,6% (n = 59)	11,3% (n = 25)	12,8% (n = 72)	
Persönlichkeitsstörung		10,9% (n = 29)	12,9% (n = 29)	7,3% (n = 42)	0,034
Frühere Behandlung		57,3% (n = 153)	49,8% (n = 112)	49,7% (n = 285)	ns

auf der Grundlage der vorliegenden Resultate nicht beantworten. Sollte Ersteres zutreffen, müsste geprüft werden, ob das sehr psychotherapeutisch geprägte Behandlungsprogramm der Forel Klinik von einer Ergänzung mit sozialtherapeutischen Modulen profitieren würde. Weiter wäre prüfenswert, ob das offene Behandlungssetting Patienten mit einer sozial instabilen Situation überfordert, und ob diese Patienten von einem geschlossenen Setting eher profitieren würden.

Indikatoren für einen regulären Therapieverlauf zu identifizieren, um gegebenenfalls möglichst wenige Patienten mit einem hohen Abbruchrisiko aufzunehmen, ist unter der Perspektive einer optimalen Ressourcenallokation bestimmt wertvoll. Klinisch noch wichtiger dürfte hingegen das Vorliegen von Indikatoren sein, die mit einem Therapieerfolg korrelieren. Die multivariablen Analysen haben dabei zwei Kriterien identifiziert, die – innerhalb derjenigen, die regulär die Behandlung absolviert haben (Patientengruppe 2 und 3) – die «erfolgreichen» von den «nicht erfolgreichen» Patienten trennscharf identifizieren können.

Ein erfolgreicher Therapieverlauf geht demnach mit einem Anstellungsverhältnis und mit dem Nicht-Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung einher. Dass eine komorbide Persönlichkeitsstörung die Chance für einen günstigen Behandlungsverlauf mindert, wurde verschiedentlich dargestellt, und es wurden mögliche spezifische Interventionsmöglichkeiten, wie z.B. die dialektisch-behaviorale Therapie, diskutiert (vgl. dazu Mayer-Burns, 2005). Da die Diagnose einer komorbiden Persönlichkeitsstörung in der vorliegenden Untersuchung nicht mit einem Therapieabbruch korrelierte, liegt die Vermutung nahe, dass es sich hierbei nicht um eine Complianceproblematik handelt, sondern, dass Patienten mit diesem komorbiden Störungsbild weniger deutlich auf das Behandlungsangebot einer Postakutbehandlung ansprechen. Vor dem Hintergrund der grundsätzlich schlechteren Ansprechbarkeit dieses Patientenkollektivs auf therapeutische Interventionen kann hingegen nicht automatisch geschlossen werden, dass sich persönlichkeitsgestörte Patienten weniger für eine Postakutbehandlung eignen. Zur Überprüfung dieser Fragestellung sind weiterführende

Tabelle 2

Multivariable multinomiale Regressionsmodelle mit verschiedenen Referenzgruppen.

Indikatoren	Gruppe 1 (Therapieabbrecher) als Referenzgruppe					Gruppe 2 (regulär absolviert, keine Verbesserung) als Referenzgruppe				
	Gruppe	RRR	P > z	95% CI		Gruppe	RRR	P > z	95% CI	
Alter in Jahren	2	1,03	0,007	1,01	1,06	1	0,97	0,007	0,95	0,99
Frauen		1,40	0,159	0,88	2,23		0,71	0,159	0,45	1,14
Hohe Schulbildung		1,71	0,042	1,02	2,86		0,59	0,042	0,35	0,98
Verheiratet		1,42	0,163	0,87	2,33		0,70	0,163	0,43	1,15
Anstellungsverhältnis		2,27	0,001	1,39	3,69		0,44	0,001	0,27	0,72
Keine stabile Wohnsituation		0,48	0,021	0,26	0,90		2,09	0,021	1,12	3,92
Lebensbedrohliche somat. Erkrankung		0,53	0,117	0,24	1,17		1,89	0,117	0,85	4,19
Schwere der Alkoholerkrankung										
Erheblich		0,63	0,108	0,36	1,11		1,58	0,108	0,90	2,75
Schwer		0,89	0,821	0,31	2,54		1,13	0,821	0,39	3,24
Persönlichkeitsstörung		1,73	0,116	0,87	3,45		0,58	0,116	0,29	1,15
Frühere Behandlung		0,68	0,095	0,44	1,07		1,46	0,095	0,94	2,28
Dauer der Hospitalisation		2,46	0,001	1,83	3,31		0,41	0,001	0,30	0,55
Alter in Jahren	3	1,03	0,003	1,01	1,06	3	1,0	0,943	1,0	1,0
Frauen		1,31	0,242	0,83	2,05		0,9	0,725	0,6	1,4
Hohe Schulbildung		1,85	0,013	1,14	3,00		1,1	0,687	0,7	1,6
Verheiratet		1,52	0,078	0,95	2,44		1,1	0,719	0,7	1,6
Anstellungsverhältnis		3,77	0,001	2,38	5,97		1,7	0,007	1,2	2,4
Keine stabile Wohnsituation		0,55	0,034	0,32	0,96		1,2	0,634	0,6	2,1
Lebensbedrohliche somat. Erkrankung		0,64	0,224	0,31	1,32		1,2	0,606	0,6	2,4
Schwere der Alkoholerkrankung										
Erheblich		0,92	0,771	0,54	1,58		1,5	0,079	1,0	2,2
Schwer		1,01	0,991	0,38	2,67		1,1	0,788	0,4	2,9
Persönlichkeitsstörung		0,83	0,598	0,41	1,66		0,5	0,014	0,3	0,9
Frühere Behandlung		0,73	0,138	0,48	1,11		1,1	0,725	0,7	1,5
Dauer der Hospitalisation		11,84	0,001	8,14	17,24		4,8	0,001	3,4	6,9

Längsschnittstudien erforderlich. Dass das Anstellungsverhältnis ein Indikator für einen günstigen Behandlungsverlauf darstellt, steht im Einklang mit den Befunden früherer Arbeiten. Patienten mit einer Festanstellung verfügen in der Regel über ein grösseres soziales, kulturelles sowie finanzielles Kapital, deren Nutzung wiederum massgeblich zum Erfolg einer Therapie beitragen kann. Neben vielen weiteren potentiellen Erklärungsmodellen für diesen Befund könnte das Ergebnis auch schlicht damit zusammenhängen, dass diejenigen Patienten, die wissen, dass sie nach Klinikaustritt zurück zur Arbeit dürfen, ihre Situation und somit ihren Gesundheitszustand besser beurteilen als die Patienten, die nach dem Klinikaufenthalt ohne Arbeit sind, schlechtere Perspektiven haben und sich eher wieder in einem pathogenen Umfeld wiederfinden, und deshalb sich und ihre Situation pessimistischer beurteilen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass einige Indikatoren für einen regulären Behandlungsverlauf sowie gewisse Indikatoren für ein günstiges Behandlungsergebnis identifiziert werden konnten. Beim Behandlungsverlauf spielen psychiatrische Kriterien eine eher geringe Rolle, und er scheint eher von sozialen Faktoren geprägt zu sein. Das günstige Behandlungsergebnis ist hingegen von psychiatrischen Faktoren beeinflusst, da Patienten mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung zwar keine spezifischen Schwierigkeiten mit der oberflächlichen Therapiecompliance aufweisen, insgesamt aber weniger vom Klinikaufenthalt profitieren. Zudem wird deren Behandlungsergebnis im Schnitt weniger günstig beurteilt, und zwar unabhängig von der Schwere der somatischen bzw. der Dependenzstörung.

Limitationen

Die Forel Klinik nimmt keine alkoholkranken Patienten auf, die unter Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis leiden. Ferner können nur Patienten aufgenommen werden, die keine kontinuierliche pflegerische oder ärztliche Betreuung benötigen. Diese Aufnahmekriterien könnten zu einem Selektionsprozess der Stichprobenzusammensetzung geführt haben.

Hinweise darauf ergeben sich aus dem Umstand, dass nur bei knapp einem Fünftel der Patienten eine schwerwiegende alkoholassoziierte somatische Erkrankung diagnostiziert wurde. Salize et al. berichteten in ihrer Untersuchung beispielsweise von einer Rate von Alkoholfolgeerkrankungen wie alkoholtoxische Leberschädigung, Hirnatrophie und Polyneuropathie von 61,7% [17]. Diese hohe Prävalenz von somatischen Alkoholfolgeerkrankungen lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass Salize et al. Obdachlose untersuchten [5]. Andererseits bestand die untersuchte Stichprobe zu über 80% aus Patienten, die an einer erheblichen bis sehr schweren Alkoholerkrankung litten. Über die Hälfte der von Salize et al. untersuchten Patienten konsumierte zum Zeitpunkt des Eintritts bereits seit mindestens 20 Jahren missbräuchlich Alkohol.

Ferner wird der Anteil an klinisch relevanten Persönlichkeitsstörungen unter Alkoholabhängigen zwischen 35 und 73% (Median 57%) geschätzt [18]. In der vorliegenden Untersuchung liegt der Anteil von Patienten mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörungen mit 10%

deutlich unter dem beschriebenen Wertebereich. Dieser geringe Anteil von dokumentierten Persönlichkeitsstörungen könnte das Resultat der Aufnahmekriterien der untersuchten Klinik oder das Resultat von zurückhaltender Diagnostik sein, da sich die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Schweiz nicht signifikant vom europäischen Ausland und den USA unterscheidet.

Fazit

Zusammengefasst weisen die Ergebnisse in erster Linie darauf hin, dass sich Patienten, die die Therapie abbrechen, stärker von denjenigen unterscheiden, die die Behandlung erfolgreich beenden. Patienten, die die Behandlung zwar regulär beenden, bei denen durch die Therapie aber keine Verbesserung erreicht werden konnte, unterscheiden sich von Patienten, die die Therapie regulär und erfolgreich beendet haben. Zweitens scheinen die Behandlungsvoraussetzungen insbesondere bei Patienten günstig zu sein, bei denen die Schwere der Erkrankung noch nicht sehr ausgeprägt und die soziale Leistungsfähigkeit noch weitgehend erhalten sind.

Literatur

- 1 Sonntag D, Künzel J. Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Sucht, Sonderheft 2 2000:92–167.
- 2 Soyka M, Küfner H. Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung und Abhängigkeit. 6th ed. Stuttgart: Thieme; 2008.
- 3 Weisner C, Ray G, Mertens J, Satre D, Moore C. Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. Drug Alcohol Depend. 2003;71:281–94.
- 4 Reker T, Richter D, Batz B, et al. Short-term effects of acute inpatient treatment of alcoholics. A prospective, multicenter evaluation study. Nervenarzt. 2004;75:234–41.
- 5 Krohn L. Vergleichende Evaluation der tagesklinischen und stationären Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger am SuchtTherapieZentrum Hamburg. In: Hamburg: Universität Hamburg; 2007.
- 6 Missel P, Schneider B, Bachmeier R, et al. Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell 2010;1:9–20.
- 7 Schmidt P, Küfner H, Lohnert B, et al. Efficiency of outpatient and inpatient alcohol treatment – predictors of outcome. Fortschr Neurol Psychiatr. 2009;77:451–6.
- 8 Bauer U, Wolfram H, Strzata A, Neise U, Kühne G. Langzeit-Katamnesen Alkoholabhängiger über 10 bis 14 Jahre nach stationärer viermonatiger Entwöhnungsbehandlung – Erfolgsmerkmale und Mortalität. Sucht. 1995; 41:384–94.
- 9 Jackson K, Booth P, McGuire J, Salmon P. Predictors of starting and remaining in treatment at a specialist alcohol clinic. Journal of Substance Use 2006;89–100.
- 10 Feuerlein W, Küfner H. A prospective multicentre study of in-patient treatment for alcoholics: 18- and 48-month follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). Eur Arch Psychiatry Neurol Sci. 1989; 239:144–57.
- 11 Kraus E. 10-Jahres-Katamnese bei Alkoholkranken unter besonderer Berücksichtigung der Frauen. In: Pfullendorf: Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen; 2009.
- 12 Forel. In: Forel Klinik.
- 13 Allgemeinpsychiatrie UZKfSPu. PSYREC Tools Erwachsene.
- 14 sfa/ispa. act-info Eintrittsfragebogen für den stationären Alkohol- und Medikamentenbereich (SAKRAM).
- 15 Körkel J, Schindler C. Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen – Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Berlin Heidelberg: Springer Verlag; 2003.
- 16 McKellar J, Ilgen M, Moos B, Moos R. Predictors of changes in alcohol-related self-efficacy over 16 years. J Subst Abuse Treat. 2008;35:148–55.
- 17 Salize H, Dillmann-Lange C, Stern G, et al. Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany. Addiction. 2002;97:1593–600.
- 18 Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. Eur Psychiatry. 2001;16:274–82.