

Integrierte stationär-ambulante Therapie (ISAT)

Ralf Schneider, Kurt Ulbrich, Barry Sheade,
Monika Costa, Heinrich Kluger

In der ersten Hälfte des Jahres 1994 wurde in der Salus-Klinik in Friedrichsdorf eine Therapieform erprobt und anschließend in einem Team als fester Bestandteil verankert, die die Vorteile von kurzer stationärer und anschließender ambulanter Therapie fest miteinander verbindet. Stationäre und ambulante Therapie werden darin also nicht einzeln oder als mögliche Kombination, sondern als integriertes Ganzes angeboten.

Der Hintergrund dieser Therapieform und ihre Struktur werden dargestellt. Danach werden erste statistische Daten und Ergebnisse aus den vergangenen drei Jahren beschrieben.

1. Fortschritt in der Suchttherapie

Wenn wir an unseren Therapien etwas ändern, wünschen wir uns, daß dies ein Fortschritt sein wird. Aber woran, außer am Neuigkeitswert, messen wir Fortschritt? In der Regel werden dies positive qualitative Veränderungen sein. In der Suchttherapie sollte das geänderte Vorgehen auf mindestens einer der folgenden Qualitätsebenen eine Verbesserung gegenüber den üblichen Verfahren bieten:

- Die Bedürfnisse sowohl der Patienten, Klienten oder Versicherten als auch die der Leistungsträger, Suchtberater und der Mitbetroffenen werden gezielter oder umfassender befriedigt.
- Der Aufwand in Form von Geld, Zeit und Mühe wird verringert, ohne daß die Wirksamkeit nachläßt.
- Die vorhandenen Ressourcen der Patienten und auch des Versorgungssystems werden bestmöglich genutzt.
- Die Wirksamkeit der Therapie wird erhöht, indem sich das Leiden der Betroffenen und ihrer Umgebung deutlicher als sonst üblich erniedrigt, indem ein größtmögliches Maß an Selbststeuerungsfähigkeit der Betroffenen erhalten bzw. wiedergewonnen und das individuell erreichbare Zielspektrum mit höherer Wahrscheinlichkeit und ohne schädliche Nebenwirkungen realisiert wird.

Das individuell zwar nicht immer erreichbare, aber in der Praxis der Suchttherapie insgesamt beibehaltene Therapieziel hinsichtlich des Drogenverhaltens ist die Abstinenz. Es wurde und wird immer wieder angezweifelt, ob Abstinenz als Therapieerfolgskriterium wirklich Gültigkeit besitzt. Feuerlein (1996) hat dazu zusammenfassend eindeutig Stellung genommen: "Nüchtern leben heißt besser leben" lautet sein Fazit aus Nachbefragungen von behandelten Suchtkranken. Abstinente Gebliedene leben länger und besser, d.h., sie sind deutlich seltener arbeitslos, ha-

ben eine bessere Gesundheit und Partnerschaft und sie fühlen sich insgesamt zufriedener.

Bei allem Fortschritt in der Suchttherapie bleibt deshalb die in Katamnesen erfaßte "Abstinenzquote" zwar nicht das einzige wesentliche Kriterium für Erfolg, aber doch ein nicht wegzudiskutierender Prüfstein, an dem sich Verbesserungen messen lassen müssen.

2. Konzeptuelle Überlegungen

Aus breit angelegten internationalen und deutschen Katamnesen (z.B. MEAT von Küfner und Feuerlein, 1989) und aus Studien zu Genesungsverläufen von Suchtkranken wissen wir, daß ein großer Teil der Patienten bereits während der ersten Monate nach Abschluß einer Behandlung rückfällig wird. Die Verlaufskurve der Häufigkeit von Rückfällen hat dabei stets die gleiche Form, weitgehend unabhängig von Inhalt oder Dauer der vorangegangenen stationären Therapie (s. dazu Schneider et al. 1997). Eine weitere Steigerung der Effektivität von Therapien ist deshalb wohl weniger von einer inhaltlichen Ausweitung der stationären Maßnahmen als von Änderungen im Ablauf des gesamten Änderungsprozesses zu erwarten.

Die Stabilisierung der geänderten Lebensführung dauert insgesamt 1-2 Jahre. Auch dies zeigen die Rückfallverlaufskurven. Die Nachdenklichkeits- und die Änderungsphase, die der Stabilisierung vorausgehen, können zeitlich jedoch recht variabel gestaltet werden. Je günstiger die persönlichen und sozialen Voraussetzungen sind, desto kürzer und geringer kann die Unterstützung von außen, z.B. durch eine stationäre Therapie, sein. Die Zuweisungskriterien für ambulante, teilstationäre oder stationäre Therapien spiegeln dies wider.

Aus ähnlichen Überlegungen heraus wurde schon verschiedentlich versucht, die Zeit der stationären Therapie zu verkürzen und mit einer sich allmählich verringernden ambulanten Weiterbetreuung zu verzahnen. Für den Bereich der gemeindenahen Psychiatrie sei hier auf das "Tübinger Modell" verwiesen, in dem die Patienten bei Therapeutenkonstanz 6 Wochen stationär und ein weiteres Jahr ambulant behandelt wurden. Langzeitkatamnesen belegen, daß die Ergebnisse dieser Therapieform mit denen von stationären 6-Monats-Therapien mindestens vergleichbar sind (Mann und Batra, 1993).

In knappster Formulierung läßt sich als Handlungsanweisung für Suchttherapeuten daraus folgendes Konzept ableiten:

Nutze die Selbstheilungskräfte und Fähigkeiten des Patienten. Hilf dem Patienten dabei, zu einer realitätsangemessenen Wahrnehmung und Bewertung seines Trinkverhaltens zu kommen. Wenn die Selbstdiagnose Alkoholabhängigkeit lautet, leite ihn an, wie er auf den für ihn relevanten Problemebenen zu passenden Lösungen findet und wie er langfristig die Erinnerung daran wachhält, daß der Konsum von psychotropen Substanzen zwangsläufig zu Schäden führen wird. Unterstütze ihn mit Minimalinterventionen beim Aufbau eines gesunden Lebensstiles in einem sozialen Umfeld, das abstinenzkompatible Lebensziele stützt. Mache Dich nicht abrupt, aber zunehmend mehr entbehrlieh, indem der Patient stets soviel Verantwortung wie möglich übernimmt. Erleichtere ihm den Wiedereinstieg nach einem anfänglichen Scheitern.

Das Selbstmanagementmodell innerhalb der Verhaltenstherapie (Kanfer, Reineker und Schmelzer, 1996) und die lösungsorientierten Ansätze der Kurzzeittherapie (z.B. Berg und Miller, 1993) bieten ein dementsprechendes theoretisches und methodisches Fundament.

Die Realisierungsprobleme für derartige Konzepte, die von vielen Suchttherapeuten ja schon seit etlichen Jahren diskutiert werden, waren in der Praxis von Fachkliniken ganz erheblich. Erst Änderungen im Sozialgesetzbuch Anfang der 90er Jahre machten es möglich, daß im Rahmen der Rehabilitation, zu der die Entwöhnungsbehandlung gehört, ambulante Therapieformen erprobt werden konnten. Und auch jetzt noch ist das "Prokrustes-Bett", in dem die Suchttherapie liegt, oft sehr eng. Die vier Seiten dieses Bettes werden gebildet von Rehabilitation, Versorgungsstruktur, Krankheits- und Änderungskonzept. Neue Behandlungsarten, die mehr Flexibilisierung erfordern, stoßen sich in der Praxis auf allen vier Seiten an traditionellen Definitionen, an Besitzstandswahrungsbemühungen und der normalen Beharrungstendenz aller Organisationen.

Auch die Grundidee von ISAT mußte bei ihrer Realisierung als Reha-Verfahren einige Federn der Flexibilität lassen. So wurden beispielsweise die Indikationskriterien enger gefaßt, als es geplant war. Sie ähneln jetzt mehr als nötig denen für ambulante Rehabilitation, obwohl doch ISAT als echte Alternative zu mittelfristigen stationären Therapien gedacht war. Außerdem mußte ISAT programmatischer gefaßt werden, als es vom Grundsatz her eigentlich richtig wäre, um so mehr Verfahrenssicherheit in der Rehabilitationsverwaltung zu gewährleisten.

Was bei ISAT konzeptionell von Anfang an festlag, war lediglich die Verknüpfung von stationärer Therapie, die Sicherheit und Erfolgserlebnisse bei der Verhaltensänderung bietet, mit ambulanter Therapie, die den Transfer in den Alltag begleitet und frühzeitige Interventionen bei Rückfälligkeit ermöglicht. Die dafür nötige motivationale Rahmenbedingung sollte die Konstanz des Therapeuten sein, der den Patienten durchgehend von der Aufnahme bis zur Ambulanz betreut.

Die konkrete Ausgestaltung dieser Idee wird im folgenden beschrieben.

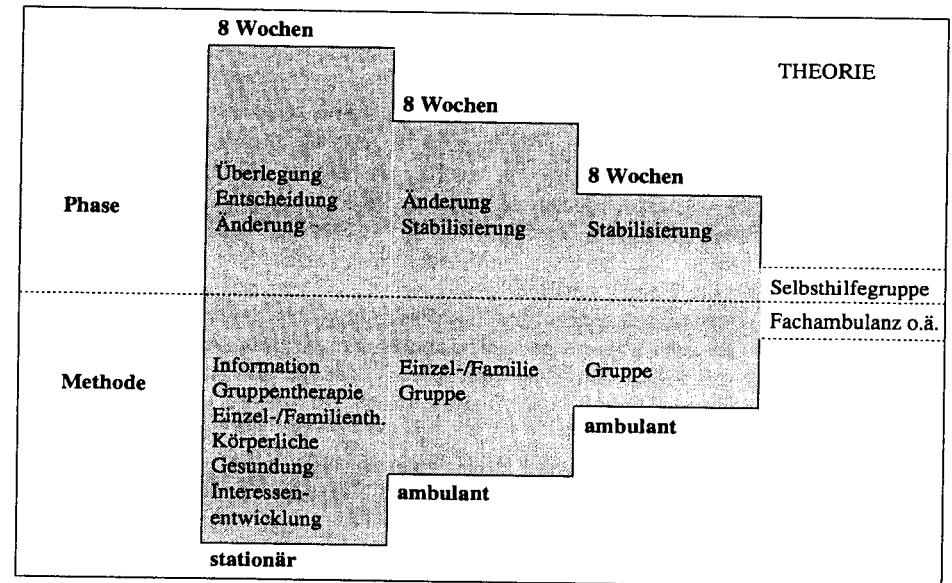
3. Aufbau und Struktur von ISAT

Infolge des S-Bahn-Anschlusses an das Rhein-Main-Gebiet kann die Salus-Klinik eine Regionalversorgung dieses Großraumes bis Gießen im Norden gewährleisten. Ein ähnlich bevölkerungsreiches Einzugsgebiet ist eine Voraussetzung für die Realisierung eines derartigen Konzeptes.

In den Grundzügen ist das Modell so logisch und klar, daß es sogenannten Laien meistens ganz normal und einfach erscheint. Nur alle diejenigen Fachleute innerhalb und außerhalb der Klinik, die sich über viele Jahre mit dem vorgegebenen Versorgungssystem arrangieren mußten, hatten anfänglich Anpassungsprobleme.

Die Gesamttherapie erstreckt sich mindestens über ein halbes Jahr. Ihre Intensität nimmt dabei im Idealfall kontinuierlich ab (s. Abb. 1), läßt sich im Einzelfall aber auch den Bedürfnissen des Patienten anpassen.

Abb. 1: ISAT-Verlaufsstruktur



Diese Anordnung hat auch ganz pragmatische Gründe, die in der Behandlungskapazität der Therapeuten liegen: Würden die Regelverweildauern im ambulanten Bereich erheblich ausgeweitet, kämen die Therapeuten auf Patientenzahlen, die von ihnen nicht mehr angemessen betreut werden könnten. Nur im Einzelfall sind hier größere Ausweitungen möglich.

Die stationäre Therapiephase dauert in der Regel 8 Wochen. Danach wird weitere 8 Wochen lang einmal in der Woche die Gruppentherapie fortgesetzt und zusätzlich eine einzel- oder familientherapeutische Sitzung angeboten.

Anschließend nimmt der Patient für weitere 8 Wochen nur noch an der Gruppentherapie teil, sofern keine anderen Indikationen vorliegen. In dieser Zeit soll auch die Entscheidung fallen, in welcher Weise die Patienten ihre zukünftige Stabilisierung planen, zum Beispiel durch den Besuch von Selbsthilfegruppen. Unsere Erfahrungen zeigen, daß es von diesem Normverlauf gelegentlich Abweichungen geben kann und muß, zum Beispiel wenn am Anfang der ambulanten Phase weniger Bedarf für Einzelgespräche besteht, aber statt dessen vermehrt Partnerprobleme in der letzten Phase auftreten. Dies ist nach Fichter & Frick (1992) häufig zu erwarten, da sich nach ihren Ergebnissen die partnerschaftliche Situation ein halbes Jahr nach Therapieende verschlechtert, auch bei den abstinenten Patienten.

Während der gesamten Zeit bleibt der Patient in der Betreuung durch ein- und dieselbe Bezugstherapeutin bzw. Bezugstherapeuten. Selbst in Vertretungszeiten bleiben die Patienten in Kontakt mit einem ihnen vertrauten Behandler, weil zwei Therapeuten im Co-Therapeuten-System die stationäre Gruppe gemeinsam gestalten.

Die ambulanten Gruppen sind halboffene Gruppen, die sich aus den Patienten des jeweiligen Bezugstherapeuten zusammensetzen (s. Abb. 2).

Von entscheidender Bedeutung für die erfolgreiche Umsetzung dieses Konzeptes ist eine gute Vorbereitung des Patienten auf die Therapie. Dabei muß dem Patienten verdeutlicht werden, daß es sich nicht um eine Kurzzeittherapie handelt, sondern um ein auf längere Dauer angelegtes Konzept. Es ist sehr wichtig, daß das Einverständnis zu dieser Therapieform bereits vor der stationären Phase verbindlich geäußert wird, wenn die Patienten noch echte Wahlmöglichkeiten haben, in andere Therapien zu gehen.

Deshalb wird mit jedem Patienten, möglichst zusammen mit dessen Partnern, ein Vorgespräch in der Klinik geführt.

Das ISAT-Konzept ist aus regionalen Gründen nur für Patienten aus der Umgebung zugänglich. Es wendet sich an weibliche und männliche Alkohol-/Medikamentenabhängige mit folgenden Merkmalen:

- Wohnort im S-Bahn-Bereich Frankfurt oder im Umland mit max. 1 Std. Pkw-Fahrzeit zur Klinik
- Dauerhafter Arbeitsplatz oder erst kurzfristige Arbeitslosigkeit beziehungsweise stabiler, unterstützender familiärer Rahmen bei Nichterwerbspersonen
- Beginn des Mißbrauchs nach dem 18. Lebensjahr
- Gute soziale Einbindung
- Keine schweren Folge- und Begleitkrankheiten

Die Schwere der körperlichen Erkrankungen bemißt sich daran, ob eine aktive Teilnahme am Therapieprogramm von Anfang an möglich ist und ob die Erwerbsfähigkeit innerhalb von 8 Wochen wieder voll herstellbar sein wird.

Im Gegensatz zu Patienten, die für eine rein ambulante Therapie geeignet wären, braucht bei ISAT-Patienten vor Beginn der stationären Phase keine Abstinenzfähigkeit vorzuliegen. Eine unmittelbare Aufnahme aus einer Entzugsbehandlung ist möglich, nicht jedoch sogenannte "Vereinbarungs-Fälle".

Nach der Aufnahme sollen die PatientInnen umgehend in die Therapie integriert werden. Dafür ist es notwendig, daß sie sicher entgiftet sind.

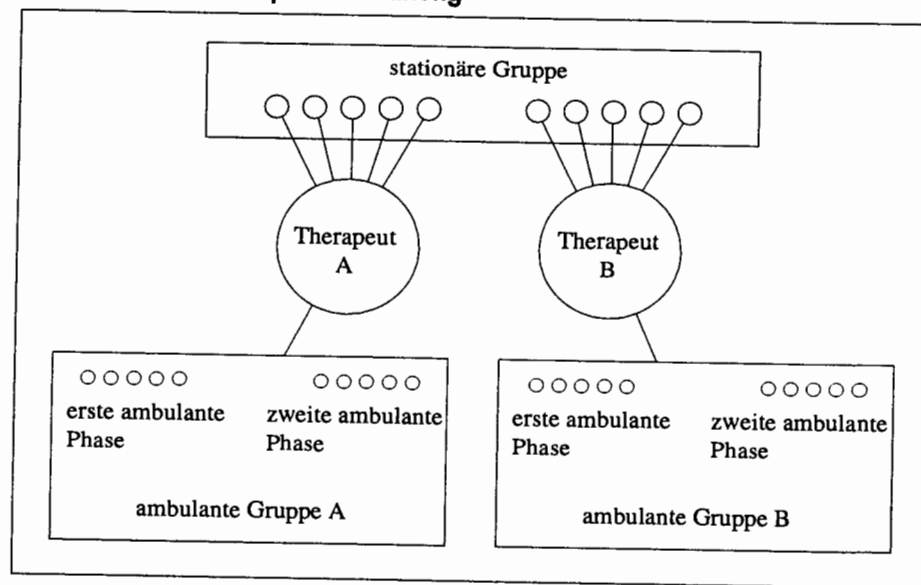
In der stationären Phase befanden sich jeweils 10 Patienten, ungefähr 20 werden ambulant betreut. Sie werden von zwei Therapeuten versorgt, denen je fünf Patienten stationär zur Einzeltherapie und zehn ambulant in Einzel- und Gruppentherapie zugeordnet sind.

Die stationäre Gruppentherapie findet an allen Werktagen statt. Jeder Patient erhält im Mittel einmal in der Woche ein einstündiges Einzelgespräch, anfangs oft sogar zwei bis drei. Da Informiertheit und Selbstdiagnose wichtige Elemente im Therapieprozeß sind, halten die Therapeuten zweimal pro Woche einen kurzen Vortrag, der die Grundlage für ein themenzentriertes Arbeiten in der Patientengruppe bildet.

Alle anderen stationären Angebote werden nach einem individuellen Therapieplan angeboten oder indiziert: Sport-, Körper- und Bewegungstherapie, Musiktherapie, Werktherapie, Entspannung und Meditation, Indikative Gruppen (Selbstsicherheitstraining, Genußfähigkeit, Streßbewältigung usw.). Es ist für diese Therapieangebote sehr günstig, daß die Möglichkeiten der gesamten Psychosomatischen und Sucht-Klinik auch für die PatientInnen des ISAT-Programmes zur

Verfügung stehen. Einige wenige Mitarbeiter könnten diese vielen Möglichkeiten nicht bereitstellen.

Abb. 2: Patient-Therapeut-Zuordnung



Das Reglement während der stationären Phase ist auf die Einhaltung der Nachtruhe, der vereinbarten Therapiepläne und -zeiten und des Therapievertrages begrenzt. Der Aufenthalt in der Aufnahmestation beschränkt sich im Regelfall auf einen Tag zur medizinischen Untersuchung. Während der ersten Woche bleiben die Patienten auf dem Klinikgelände. Danach werden die Ausgangsbedingungen individuell vereinbart. Auch Besuche der Familie sind bereits nach der ersten Woche möglich, sofern es vom Patienten gewünscht wird und therapeutisch sinnvoll erscheint.

Da die meisten PatientInnen in festen Beziehungen leben und im Verständnis der Selbstmanagement-Therapie solche zentralen Ressourcen genutzt und ausgebaut werden sollen, sind Wochenendheimfahrten schon in der stationären Phase therapeutisch empfehlenswert und erwünscht. Voraussetzung für Heimfahrten ist, daß die häusliche Situation nicht stark abstinenzgefährdend ist.

Ein Rückfall, der im Sinne eines Vor-Falles therapeutisch nutzbar ist, führt in der stationären wie ambulanten Phase nicht zur Entlassung aus der Therapie. Bei wiederholter Rückfälligkeit in der stationären Phase entscheidet die sozialmedizinische und therapeutische Beurteilung, ob die Behandlung beendet oder eine längerfristige stationäre Therapie beantragt wird. Ein Rückfall während der ambulanten Phase wird mit der Intensivierung der Einzeltherapie beantwortet, in der entschieden wird, ob ein Verbleiben in der Gruppe oder eine kurzzeitige stationäre

Unterbringung bzw. längerfristige Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist. Eine Kontrolle der Abstinenz erfolgt in der ambulanten Phase nur bei Verdacht durch Atemalkoholproben und regelmäßig über die Erhebung der relevanten Leberwerte an mindestens zwei zufallsverteilten Zeitpunkten.

Die erste ambulante Phase bietet sowohl einmal in der Woche eine zweistündige Gruppentherapie als auch eine Einzel- bzw. Familientherapiestunde. Die Einzeltherapie kann dabei im Sinne einer gezielten Rückfallprävention als Expositionstraining "in vivo" mehrstündig konzentriert werden. Die von Marlatt und seiner Gruppe in den USA entwickelten und in Deutschland inzwischen erprobten Therapiemaßnahmen zur Rückfallprävention sind ein wesentlicher Bestandteil der Gruppen- und Einzeltherapie. Die ärztliche Betreuung erfolgt in der ambulanten Phase durch den Hausarzt.

4. Ergebnisse

Als wir mit der Integration von stationärer und ambulanter Therapie begannen, verknüpften wir damit eine ganze Reihe von Hoffnungen. Unsere wesentlichen Ziele waren:

- Es werden Patienten erreicht, die ansonsten kaum oder gar nicht zu einer angemessenen Therapie motivierbar gewesen wären.
- Die Verknüpfung von stationären und ambulanten Maßnahmen apriori durch das Konzept und im Verlauf durch den festen Bezugstherapeuten erhöht die Haltequote in der ambulanten Phase.
- Trinkepisoden in der ambulanten Phase führen seltener zu schwerer Rückfälligkeit (Rückfälle verlaufen anders).
- Die stationär-ambulante Therapiestruktur wie auch die inhaltlich stärkere Ressourcenorientierung hat Auswirkungen auf das Patientenverhalten: mehr und frühere Übernahme von Selbstverantwortung und Selbstmanagement.
- Günstige Kosten-Nutzen-Relation.

Diese Ziele sind nicht alle gleich gut quantifizierbar. Außerdem müßten für einige von ihnen noch präzisere Hypothesen formuliert werden, damit man sinnvolle Antworten darauf finden kann. Aber mehr als erste Hinweise geben die jetzt schon verfügbaren Daten doch.

Das erste Ziel ließ sich nur recht vage durch Befragungen im Vorgespräch und durch Stellungnahmen der Patienten im weiteren Therapieverlauf abklären. Ein gutes Drittel der Patienten äußerte dezidiert, daß sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt zumindestens keine andere Behandlung begonnen hätten, wenn sie nicht durch ihren Suchtberater auf ISAT aufmerksam gemacht worden wären. Auch eine ausschließlich ambulante Therapie sei für sie keine Alternative gewesen, die sie gewählt hätten. Die Stellungnahmen der übrigen Patienten waren nicht so eindeutig. Manche hätten wohl eine heimatferne Kurzzeitbehandlung als Alternative akzeptiert, andere hätten die Entscheidung noch eine ganze Weile hinausgezögert und dann eben das gemacht, was ihnen empfohlen worden wäre.

Unterstützung findet die These, daß wir eine ganze Reihe von Patienten erreichen, die sonst schwer motivierbar gewesen wären, durch die Erfahrungen der Sucht- und Sozialberater aus Behörden und Betrieben. Das Angebot von ISAT wird hier nicht nur deshalb begrüßt, weil die Patienten dafür besser motivierbar sind und der Betrieb weniger lange auf sie verzichten muß, sondern auch deshalb, weil die Einbeziehung der Arbeitswelt und der betrieblichen Berater sehr viel leichter möglich ist.

Zu Vorgesprächen kamen in den Jahren 1995 und 1996 insgesamt 209 Personen (100 %). Von diesen 209 Patienten wurden 183 (87,5 %) als für ISAT geeignet und 26 (12,5 %) Personen als nicht geeignet klassifiziert. Von den als geeignet eingestuften Patienten traten 71 % die Behandlung an, das sind 130 Personen. Die übrigen 53 konnten aus unterschiedlichen Gründen nicht aufgenommen werden (keine Kostenzusage, Abstinenzkriterium zu Behandlungsbeginn nicht erfüllt, kein weiterer Kontakt).

Von den in ISAT aufgenommenen Patienten beendeten 99,2 % die stationäre Phase regulär. In der ambulanten Phase beendeten 84,3 % die Therapie regulär, 13 % brachen die Behandlung ab und 2,6 % wurden vorzeitig, meist wegen Rückfall, aus der Behandlung entlassen. Aus Intervallkonzepten, die stationäre Maßnahmen mit ambulanten verknüpfen sollten, sind Dropout-Raten zwischen stationärer und ambulanter Phase von um die 50 % bekannt. Insofern ist unser Ergebnis, daß 99 % der Patienten in die ambulante Phase übernommen und nach einem insgesamt 6monatigen Therapieprozeß 84 % regulär entlassen werden konnten, als ausgesprochen positiv zu werten.

Man muß dabei sicherlich in Rechnung stellen, daß es sich bei der ISAT-Klientel um Personen handelt, die im Vergleich mit den übrigen Patienten unserer Klinik höhere Stabilitätsmerkmale aufweisen. Dies zeigt sich in den Bereichen Erwerbstätigkeit, Schulbildung, Familienstand, Partnerbeziehung, vorangegangene Entgiftungen und Entwöhnungen und auch im Merkmal "Vermittler". Die Stelle, die die Patienten in die Salus-Klinik vermittelt hat, war für die ISAT-Patienten sehr viel seltener ein Krankenhaus, dafür fast zehnmal häufiger eine betriebliche oder behördliche Beratungsstelle. Auch werden Persönlichkeitsstörungen bei ISAT-Patienten nur halb so oft diagnostiziert wie bei den übrigen, Suizidversuche in der Vorgeschichte sind seltener (5,4 % versus 24,2 %) und auch somatische Diagnosen der Verdauungsorgane und des Nervensystems werden deutlich seltener gestellt.

Die ISAT-Patienten zeigten außerdem eine höhere allgemeine Therapiemotivation, bei gleichzeitig niedrigerer Abstinenzmotivation. Dieses Fragebogenergebnis stimmt mit unserer sonstigen Erfahrung überein, daß die sogenannte "leichtere Klientel" zwar sehr an Änderungen und an Therapie interessiert ist, aber daß sich eine stabile Abstinenzmotivation trotzdem in vielen Fällen nicht entwickeln läßt.

Zahlen zum Verlauf und zur Anzahl von Rückfällen liegen inzwischen auch schon vor. In der stationären Phase werden 9 % der Patienten rückfällig, und zwar fast ausschließlich außerhalb der Klinik auf Heimfahrten. Bis auf eine Ausnahme waren alle stationär Rückfälligen auch ambulant wieder rückfällig und konnten bis zum Ende der ambulanten Phase auch nicht mehr ausreichend stabilisiert werden. Weitere 28 % der Patienten haben in der ambulanten Phase einen Rückfall, der

jedoch in fast zwei Dritteln aller Fälle so aufgefangen werden konnte, daß sie als sicher stabilisiert von den Therapeuten eingestuft wurden. Katamnestic wird es interessant sein, wie sich diese als stabilisiert eingestuften Patienten im Folgejahr nach Abschluß der ambulanten Therapie verhalten. Würde man das Ergebnis der stationär Rückfälligen auf diese Gruppe übertragen, dann wäre die Prognose eher pessimistisch. Die behandelnden Therapeuten sind aber davon überzeugt, daß die Prognose dieser rückfälligen Patienten zwar nicht so gut wie bei den übrigen ist, daß jedoch die ambulante Stabilisierung Bestand haben wird. Leider ist die Datenbasis der katamnestic erfaßten Patienten zur Zeit noch so klein, daß diese Frage nicht abschließend beantwortet werden kann.

Von den 52 Patienten des Jahres 1995 liegen von 44 Patienten Katamnesefragebögen vor. Die acht Nichtantworter wurden als "rückfällig" eingestuft. Ein Jahr nach Abschluß der gesamten Therapie, d.h. 1 1/2 Jahre nach Therapiebeginn sind 57,7 % der Patienten nach konservativster Berechnungsform abstinent. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit den von anderen Autoren publizierten Effektivitätsraten (siehe zum Beispiel Missel, P. et al. 1997: 53,7 %), wobei in diesen Studien allerdings auch sehr viel längere Therapiedauern in das Ergebnis eingingen. Eine qualitative Untersuchung der Patienten, die als rückfällig eingestuft wurden, steht noch aus. Die Zufriedenheitswerte (siehe Abb. 3) weisen allerdings deutlich darauf hin, daß die meisten Rückfälle negative Auswirkungen auf viele Lebensbereiche haben.

Abbildung 3: Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der Lebenssituation: Selbsteinschätzung "sehr zufrieden" und "zufrieden"

	Abstinent	Rückfall
Partnerschaft	75,9 %	26,6 %
Freundeskreis	69,0 %	40,0 %
Freizeit	69,0 %	26,7 %
Wohnung	82,7 %	60,0 %
Arbeit	65,5 %	33,3 %
Finanzen	44,8 %	26,7 %
Körper	82,8 %	40,0 %
Seele	86,2 %	33,3 %

Diese Werte entsprechen weitgehend denen, die bei den rückfälligen Patienten aus unseren mittelfristigen Therapien gefunden wurden. Zumindestens aus diesem Blickwinkel gibt es keine Hinweise darauf, daß sich die inhaltlich andere Ausgestaltung der Therapie in der Qualität und im Verlauf von Rückfällen niederschlägt. Während die Rückfälligkeit mit Unzufriedenheit korreliert, weist sie mit dem tatsächlichen Erwerbsstatus allerdings keinerlei Zusammenhang auf. Bis auf eine Ausnahme waren auch ein Jahr nach Ende der Therapie noch alle Erwerbspersonen unter den rückfälligen Patienten erwerbstätig. Rückfälligkeit ist für diese Patienten offensichtlich nicht gleichbedeutend mit sozialer Entgleisung. Auf den vorläufigen Charakter dieser Ergebnisse sei allerdings noch einmal hingewiesen.

Die Kosten-Nutzen-Relation ist mit Sicherheit jetzt schon eindeutig: Für den Preis einer stationären Kurzzeitbehandlung werden die Patienten ein halbes Jahr

lang stabil betreut und – bezogen auf die Abstinenz – Therapieergebnisse nach einem Jahr erzielt, die denen von mittelfristigen stationären Therapien zumindestens standhalten.

5. Schlußfolgerungen

Die Integration von stationären und ambulanten Maßnahmen, die seit kurzem auch durch teilstationäre Maßnahmen ergänzt werden können, ist im Interesse der Patienten und ihrer Angehörigen, der Leistungsträger und der Betriebe ein sinnvoller und zukunftssträchtiger Ansatz.

Auch für viele Patienten, die jetzt noch in mittelfristige stationäre Therapien geschickt werden, wäre die Integration derartiger Maßnahmen das Mittel der Wahl.

Je früher Patienten im Suchtprozeß durch derartige Therapieformen erreicht werden, desto mehr muß das Behandlungssystem sich auf den Umgang mit Patienten einigen, die sich – wenn sie ehrlich sind – noch nicht auf das Therapieziel der lebenslangen Abstinenz einlassen wollen.

Änderungsmotivation ist nicht gleichzusetzen mit Abstinenzmotivation. Unsere Ergebnisse zeigen beispielsweise, daß die später rückfälligen Patienten bei Therapiebeginn sogar über eine deutlich höhere Änderungsmotivation als die später abstinenten verfügen. Diese Patienten sind besonders schwer zum Besuch von Selbsthilfegruppen zu bewegen. Die niedrigere Tendenz zum Besuch einer Selbsthilfegruppe ist bei allen ISAT-Patienten im Vergleich zu den anderen zu finden, was wir darauf zurückführen, daß das ambulante Angebot am Ende der stationären Phase das ansonsten stärker ausgeprägte Bedürfnis nach Anschluß bereits sättigt. Dies ist ein unerwünschter Effekt, der noch verringert werden sollte.

Die therapeutische Nutzung der ambulanten Phase könnte nach unserer Auffassung weiter differenziert werden. Während die Einzeltherapie beim bisherigen Bezugstherapeuten fortgeführt wird, könnten die Gruppen besser nach Schwerpunktthemen aufgeteilt werden, zum Beispiel in eine Partnergruppe und in getrennte Gruppen von Patienten mit gefestigter und nicht gefestigter Abstinenzmotivation.

Literatur

- Berg, I.K. & Miller, S.D. (1993). Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
 Feuerlein, W. (1996). Nüchtern leben zahlt sich aus! Suchtreport 1, 50–51.
 Fichter, M.M. & Frick, U. (1992). Therapie und Verlauf von Alkoholabhängigkeit. Auswirkungen auf Patient und Angehörige. Berlin: Springer-Verlag.
 Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer-Verlag.
 Kufner, H. & Feuerlein, W. (1989). In-Patient Treatment for Alcoholism. Berlin: Springer-Verlag.
 Mann, K. & Batra, A. (1993). Die gemeindenahere Versorgung von Alkoholabhängigen. Psychiatrische Praxis 20, 102–105.
 Missel, P. et al. (1997). Effektivität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker: Ergebnisse einer klinikübergreifenden Katamnese. Verhaltensmedizin Heute 7, 25–37.
 Schneider, B. et al. (1997). Analyse der Suchtmittelrückfälligkeit – gewonnen an den Ergebnissen einer klinikübergreifenden 1-Jahres-Katamnese. Verhaltensmedizin Heute 7, 38–45.

Suchttherapie unter Kostendruck : Entwicklungen und Perspektiven / Fachverband Sucht e. V. – Geesthacht : Neuland, 1998
 (Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. ; 21)
 ISBN 3-87581-189-5

NE: Fachverband Sucht: Schriftenreihe des Fachverbandes ...