

„Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnese)“

Teil I: Einführung in die Thematik, Untersuchungsdesign und Behandlungseffekte

Martina Fischer (1), Peter Missel (2), Manfred Nowak (3), Walter Roeb-Rienas (2), Anne Schiller (1), Helmut Schwelm (3)¹

In zwei Teilen werden die Ergebnisse des Forschungsprojekts Drogenkatamnese vorgestellt, das in zwei Einrichtungen der abstinenzorientierten Drogenrehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz durchgeführt wurde. Die Studie wurde als prospektive Studie mit vier Messzeitpunkten (Behandlungsbeginn, Behandlungsende, 6- und 12-Monatskatamnese) angelegt. Teil I wird zunächst das Projekt vorstellen und die Veränderungen von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende im Sinne von Effekten der abstinenzorientierten stationären Rehabilitation beschreiben. In Teil II sollen dann die katamnestischen Ergebnisse vorgestellt werden.

1. Einführung in die Thematik

Für den Bereich der Drogen- und Mehrfachabhängigkeit liegen nur wenige überalterte Evaluationsstudien vor, die häufig mit erheblichem personellen, zeit- und kostenintensiven Aufwand betrieben und nicht als Routinekatamnesen regelmäßig durchgeführt wurden.

In Zeiten knapper werdender Ressourcen bei Kosten- und Leistungsträgern wird zu Recht die Forderung nach Qualitätsnachweisen der Behandlung von drogenabhängigen Patienten gestellt. Nicht zuletzt aufgrund der oftmals lang andauernden Drogenkarrieren, der häufig damit verbundenen Desozialisierung und Delinquenz, der häufig komorbid vorliegenden Störungen, der nur unzureichend stattgefundenen eigenen Reifung und der nur mangelhaft vorliegenden beruflichen Ausbildung sind polytoxikomane Patienten besonders stark beeinträchtigt und benötigen daher in vielen Fällen eine länger dauernde stationäre Rehabilitation. Diese ist oftmals mit hohen Kosten verbunden. Es stellt sich die Frage, inwieweit die Maßnahmen einer stationären Rehabilitation zur Abstinenz und sozialen und beruflichen Integration von Drogenabhängigen beitragen. Aus diesem Grund wurde in zwei rheinland-pfälzischen Fachkliniken für drogen- und mehrfachabhängige Patienten – Kliniken Daun-

Altburg (Eifel) und Therapiezentrum Ludwigsmühle (Südpfalz) – ein auf die Implementierung einer Routinekatamnese ausgelegtes Forschungsprojekt zur Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen durchgeführt.

Mit der Veröffentlichung der klinikübergreifenden Ergebnisse soll mehr Transparenz über Ergebnisse und Prozesse in der abstinenzorientierten stationären Rehabilitation Drogenabhängiger geschaffen sowie ein aktuelles Bild von Drogenabhängigen vermittelt werden. Zudem ermöglichen die katamnestischen Ergebnisse eine praxisnahe Verarbeitung innerhalb der beteiligten Kliniken zur weiteren Qualitätssicherung und der Optimierung entsprechender stationärer Entwöhnungsprogramme für Drogenabhängige.

Um die kurz- und mittelfristige Wirksamkeit stationärer Rehabilitation Drogenabhängiger nachzuweisen, wurden in der vorliegenden Studie Halbjahreskatamnesen und 1-Jahreskatamnesen durchgeführt. Datenbasis sind 429 Patienten, die im Zeitraum vom 01.07.2003 bis 31.12.2004 in die beteiligten Kliniken aufgenommen wurden und die ihr Einverständnis zur Teilnahme an dem Forschungsvorhaben erklärt haben.

2. Untersuchungsdesign

Bei der hier durchgeführten Untersuchung handelt es sich um eine „prospektive Katamnesestudie“ mit polytoxikomanen Patienten, bei der aufgrund der Implementierung als „Routinekatamnese“ auf eine ökonomische Durchführung geachtet wurde. Daten wurden zu vier Messzeitpunkten erhoben: Behandlungsbeginn (t1), Behandlungsende (t2), 6-Monatskatamnese (t3) und 12-Monatskatamnese (t4). Neben der regulären Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung wurden klinische Verfahren eingesetzt, die ein breites Spektrum an Persönlichkeitsmerkmalen, psychische und physische Beschwerden, arbeitsbezogene Verhaltensweisen und Einstellungen, abstinenzbezogene Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen sowie Veränderungsbereitschaften erkennen lassen. Dabei erfolgte die Erhebung und Auswertung der Daten in der Regel computergestützt.

In Tabelle 1 sind die entsprechenden Instrumente der Untersuchung unter Berücksichtigung der Zuordnung der Messinstrumente zu den Erhebungszeitpunkten dargestellt.

Vom 01.07.2003 bis 31.12.2004 wurden alle Patienten, die in den beteiligten Kliniken stationär aufgenommen werden und die ihr Einverständnis für die projektbezogene Untersuchung gegeben haben, in den ersten beiden Aufnahmewochen untersucht.

Als Erhebungsinstrument für die Katamnese diente eine mit der „Katamnese Sucht 2002, Version 1.0“ (AHG-Wissenschaftsrat 2001) kompatible Forschungskatamnese, die um drogenspezifische Items ergänzt wurde. Die Katamnesen zu t3 und t4 wurden postalisch mit gleitendem Versandschema durchgeführt sowie durch Telefon-

erhebung durchgeführt.

Tabelle 1: Überblick über die eingesetzten Erhebungsinstrumente und deren Zuordnung zu den Messzeitpunkten

Messinstrument	Messzeitpunkt			
	Aufnahme (t ₁)	Entlassung (t ₂)	Halbjahreskatamnese (t ₃)	Jahreskatamnese (t ₄)
SCL-90-R	X	X		
AVEM	X	X		
FPI-R	X	X		
HEISA-16	X	X	X	X
URICA	X	X		
BADO-Sucht (erweitert)	X	X		
Katamnesefragebogen			X	X
Therapieverlaufsbogen	X	X	X	X

¹ (1) Kliniken Daun-Altburg, (2) Kliniken Daun, (3) Therapiezentrum Ludwigsmühle

Tabelle 2: Überblick über die geplanten und erreichten Patientenzahlen und Ausschöpfungsquoten

Zeitpunkt	Geplante Patientenzahl	Geplante Ausschöpfungsquote	Patientenzahl zum 30.11.05	Ausschöpfungsquote, absolut zum 30.11.05
Aufnahme (t ₁)	350	100 %	429	100,0 %
Entlassung (t ₂)	210	60 %	274	63,9 %
Halbjahreskatamnese (t ₃)	140	40 %	233	54,3 %
Jahreskatamnese (t ₄)	105	30 %	127	29,6 %
Validierung	11	10 % der Katamneseantworter (Jahreskatamnese)	14	10,8 %

interviews ergänzt, um eine hohe Ausschöpfungsquote zu sichern.

Einen Überblick über die geplanten und bisher erreichten Patientenzahlen und Ausschöpfungsquoten gibt Tabelle 2. Bis zum 30.12.2004 wurden 429 Patienten stationär in die beteiligten Kliniken aufgenommen (t₁) und nahmen am Forschungsprojekt teil. Bei 274 Patienten konnte zum Entlassungszeitpunkt (t₂) eine psychodiagnostische Abschlussuntersuchung durchgeführt werden. Die absolute Ausschöpfungsquote lag hier bei 63,9 Prozent. Für die Halbjahreskatamnese lagen Informationen von 233 Patienten vor (t₃), was eine absolute Ausschöpfungsquote von 54,3 Prozent ergibt. Zum 30.11.2005 lagen für die Jahreskatamnese die Daten von 127 Patienten (t₄) zum vor; was einer absoluten Ausschöpfungsquote von 29,6 Prozent entspricht. Die Jahreskatamnese wurde noch bis 30.06.2006 fortgeführt.

Bei mindestens 10 Prozent der Antworten der Jahreskatamnese wurde zusätzlich ein persönliches Interview und ein Drogenscreening durchgeführt. Zur Gewinnung der Validierungsstichprobe wurden diejenigen Patienten angeschrieben, die zum Zeitpunkt der Durchführung der Validierungsinterviews von September bis November 2005 bereits an der Jahreskatamnese teilgenommen hatten. Die Patienten wurden in einem Brief in die beteiligten Projektkliniken eingeladen mit dem Hinweis auf das Forschungsprojekt und dessen Ziel, die Wirksamkeit der stationären Rehabilitation von drogenabhängigen und polytoxikomanen Patienten zu belegen. Neben einem persönlichen Interview, das von den Projektmitarbeitern durchgeführt wurde und sich an den Fragen des Nachbefragungsbogens orientierte, wurden mit Einwilligung der Patienten zusätzlich Drogenscreenings durchgeführt. Die Reisekosten wurden den Patienten am Tag ihres Interviews in den beteiligten Kliniken erstattet.

3. Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 3 zeigt in der Übersicht ausgewählte Patienten- und Behandlungsmerkmale der Gesamtstichprobe.

Geschlecht, Alter, Nationalität: Der Frauenanteil betrug 29,1 Prozent. Die Männer

waren im Mittel 28,9 Jahre, die Frauen 28,5 Jahre alt. 32,8 Prozent waren älter als 30 Jahre, 37,9 Prozent waren 25 Jahre und jünger. 76,9 Prozent kamen aus Deutschland,

12,1 Prozent aus der ehemaligen Sowjetunion.

Drogenabhängigkeit: Die Abhängigkeitsdauer (Abb. 1) betrug im Durchschnitt 10 Jahre. 50,6 Prozent waren 9 Jahre und länger abhängig, 23,5 Prozent waren bis zu 5 Jahren abhängig. 26,1 Prozent konsumierten im letzten halben Jahr vor der Aufnahme täglich Cannabis, 24,2 Prozent Heroin. Insgesamt konsumierten im letzten halben Jahr vor der Aufnahme 23,1 Prozent MDMA (Ecstasy), 30,5 Prozent Benzodiazepine, 31,1 Prozent Methadon, 31,2 Prozent Amphetamine, 44,3 Prozent Kokain, 52,2 Prozent Heroin, 63,9 Prozent Cannabis und 64,6 Prozent Alkohol. 82,4 Prozent der Patienten erhielten die Erstdiagnose Polytoxikomanie (ICD 10: F 19.2 Polytoxikomanie). Die Verteilung der Primärdiagnosen ist Abbildung 2 zu entnehmen.

Tabelle 3: Patientenmerkmale und Behandlungsmerkmale der Gesamtstichprobe

Merkmal	Kategorien	Gesamtstichprobe	
		N = 429	
		Anzahl	Prozent
Geschlecht	Männlich	304	70,9
	Weiblich	125	29,1
Durchschnittsalter bei Aufnahme	In Jahren, Mittelwert (Standardabweichung)	28,8 (6,4)	
Partnerbeziehung bei Aufnahme	Feste Beziehung	152	35,4
	Keine feste Beziehung	277	64,6
Gesetzliche Grundlage der Behandlung	Freiwillige Behandlung	203	47,3
	„Therapie als Auflage“	226	52,7
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Erwerbstätig	89	20,7
	arbeitslos	197	45,9
	Sonstige	143	33,4
Haupt-Suchtmitteldiagnose	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (ICD-10: F 19.2)	353	82,4
Mittlere Abhängigkeitsdauer	In Jahren, Mittelwert (Standardabweichung)	10,0 (6,2)	
Anzahl Entgiftungen	Keine Entgiftungen	112	26,7
	Eine und mehr Entgiftungen	317	73,3
Anzahl stationärer Entwöhnungen	Keine stationäre Entwöhnung	260	60,9
	Eine und mehr stationäre Entwöhnung	169	39,1
Art der Beendigung	Regulär	98	22,8
	Vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	76	17,7
	Vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	3	0,7
	Vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	83	19,4
	Disziplinarisch	34	7,9
	Verlegt	3	0,7
Mittlere Behandlungsdauer	Gesamt, in Tagen, Mittelwert (Standardabweichung)	111,1 (58,2)	
	Planmäßige Entlassung, in Tagen, Mittelwert (Standardabweichung)	127,9 (54,5)	

Anmerkung: Aufgrund von „missing data“ und ausgewählten Kategorien addieren sich die Werte nicht immer auf 100 Prozent.

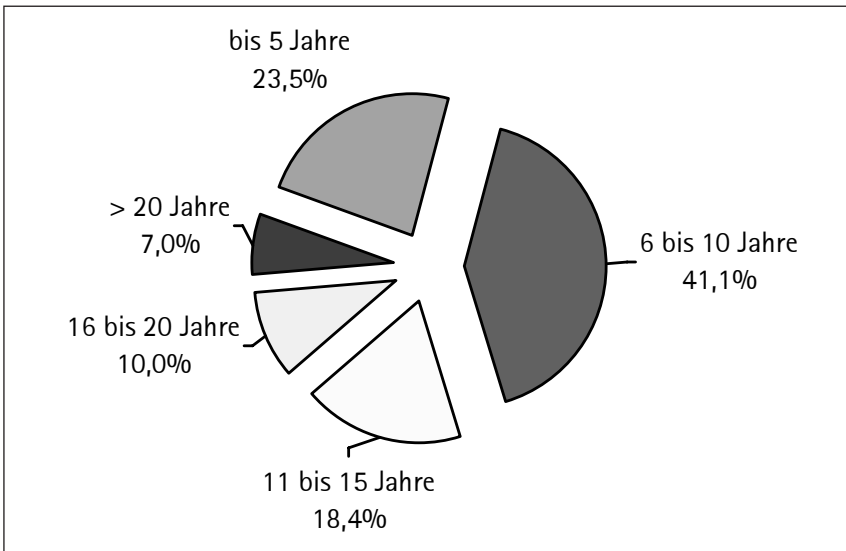


Abbildung 1: Abhängigkeitsdauer gruppiert

Schul- und Berufsausbildung, Arbeitserfahrung: 58,8 Prozent der Patienten hatten maximal einen Hauptschulabschluss, 8,4 Prozent keinen Schulabschluss. Über die mittlere Reife verfügten 24,9 Prozent, 5,6 Prozent hatten zumindest (Fach-)Abitur. Keine Berufsausbildung wiesen 16,7 Prozent auf, 38,5 Prozent hatten die Berufsausbildung abgebrochen. Über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügten 40,1 Prozent. Vor Behandlungsbeginn gingen 20,2 Prozent einer Erwerbstätigkeit nach, 45,9 Prozent waren arbeitslos, 10,5 Prozent sonstige Erwerbslose. Die Dauer der ununterbrochenen Arbeitslosigkeit unmittelbar vor Behandlungsbeginn belief sich auf durchschnittlich 21,4 Monate. Zum Behandlungsbeginn waren 62,2 Prozent der Beurteilten arbeitsunfähig.

Justizielle Belastung: 52,7 Prozent der Patienten befanden sich aufgrund gesetzlicher Auflagen in Behandlung (vor allem gemäß § 35 BtMG). 31,4 Prozent der Patienten befanden sich vor Behandlungsbeginn in Haft, U-Haft oder Unterbringung gemäß § 64 StGB. 56,7 Prozent der Patienten hatten Haftaufenthalte in der Vergangenheit hinter sich, im Mittel 22,9 Monate lang. 66,2 Prozent wurden schon einmal

wegen BtMG-Delikten verurteilt, 45,5 Prozent wegen Beschaffungsdelikten, 25,6 Prozent wegen Verkehrsdelikten, 22,1 Prozent hatten Delikte gegen Personen begangen, 19,8 Prozent Diebstähle ohne Beschaffungscharakter und 9,3 Prozent der Patienten waren wegen Sachbeschädigungen verurteilt worden.

Vorbehandlungen, Behandlungserfahrung: 73,3 Prozent gaben im Mittel 3,2 stationäre Entzugsbehandlungen an. Eine stationäre Entwöhnungsmaßnahme vor der Indexbehandlung hatten 26,5 Prozent der Patienten angegeben, 8 Prozent zwei und 4,6 Prozent mehr als zwei Entwöhnungsbehandlungen.

Gesundheitliche Belastung durch die Sucht, psychische Komorbidität: Bei 31,2 Prozent der Patienten wurde eine chronische Virushepatitis C diagnostiziert. 30,5 Prozent wiesen komorbid affektive Störungen, 13,1 Prozent neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen auf. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wurden bei 11,7 Prozent diagnostiziert, hyperkinetische Störungen bei 9,8 Prozent und Essstörungen bei 4,4 Prozent der Patienten.

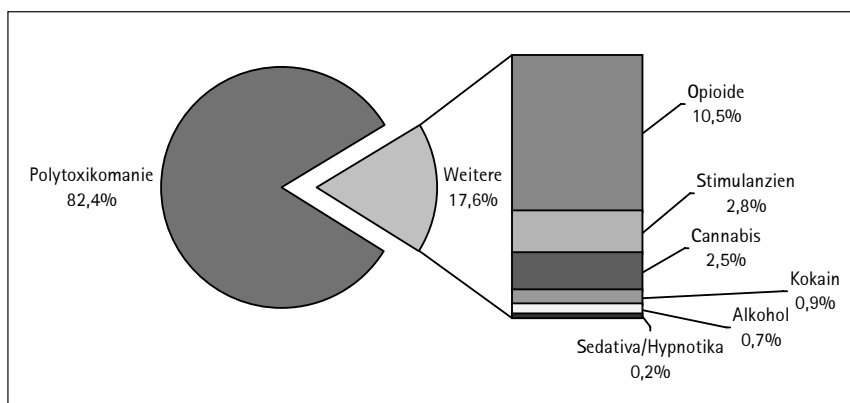


Abbildung 2: Die häufigsten Primärdiagnosen nach ICD-10

Wohnsituation: Zu Behandlungsbeginn wohnten 35,6 Prozent selbständig und 23,3 Prozent bei Angehörigen/Eltern. Ohne Wohnung waren 5,8 Prozent, in der JVA untergebracht waren 29,4 Prozent. 4 Prozent lebten in betreuten Wohnformen, Heimen oder Kliniken.

Soziale Beziehungen: Zum Behandlungsbeginn waren 81,3 Prozent ledig und 59,5 Prozent alleinstehend. Eine feste Beziehung hatten 35,4 Prozent, zeitweilige Beziehungen 5,1 Prozent. Verheiratet und zusammenlebend waren 5,1 Prozent. 41,4 Prozent lebten in den letzten sechs Monaten vor Behandlungsbeginn alleine, 20,9 Prozent mit Eltern, 12,6 Prozent mit Partner und weitere 11,7 Prozent mit Partner und Kind/ern.

Finanzielle Situation: 31 Prozent der Patienten lebten im letzten halben Jahr vor Behandlungsbeginn von Sozialhilfe, 28,7 Prozent von Arbeitslosengeld bzw. -hilfe. Ein regelmäßiges Gehalt bekamen 11,2 Prozent. 34,4 Prozent hatten 5.000 Euro und mehr Schulden.

4. Behandlungsverläufe und -ergebnisse

Behandlungsdauer und Behandlungsbeendigung: Insgesamt 72 Prozent der Patienten wurden planmäßig entlassen (Abb. 3). Davon beendeten 22,8 Prozent die Behandlung regulär, 18,4 Prozent wurden auf ärztliche Veranlassung bzw. mit ärztlichem Einverständnis entlassen und bei 30,8 Prozent fand ein Wechsel zur ambulanten, teilstationären oder stationären Rehabilitation statt. Vorzeitig ihre Behandlung abgebrochen hatten 19,4 Prozent. 7,9 Prozent wurden aus disziplinarischen Gründen aus der Behandlung entlassen. Eine Verlegung fand bei 0,7 Prozent der Patienten statt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag bei 111,1 Tagen, für die planmäßig entlassenen bei 127,9 Tagen und für die nicht planmäßig entlassenen Patienten bei 67,7 Tagen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer nach Entlassart ist in Tabelle 4 ausgewiesen. Während 75 Prozent der nicht planmäßig entlassenen Patienten maximal 3 Monate in Behandlung waren, wiesen 72,5 Prozent der planmäßig entlassenen Patienten eine Behandlungsdauer von über 3 Monaten auf.

Integration in Arbeit und Ausbildung: Die deutliche Mehrheit der Patienten war zum Behandlungsende arbeitslos (33,8 Prozent) bzw. nicht erwerbstätig (34 Prozent). Bei 7,5 Prozent war ein Arbeits- oder Ausbildungsplatz vorhanden, bei 7,2 Prozent war eine Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation geplant. Bei 17,5 Prozent der Patienten war die Situation der beruflichen (Re-) Integration zum Behandlungsende noch unbekannt.

Rückfälle während der Behandlung: Einen einmaligen Suchtmittelkonsum wiesen 13,1 Prozent der Patienten auf. Zwei oder mehr Rückfälle während der Behandlung

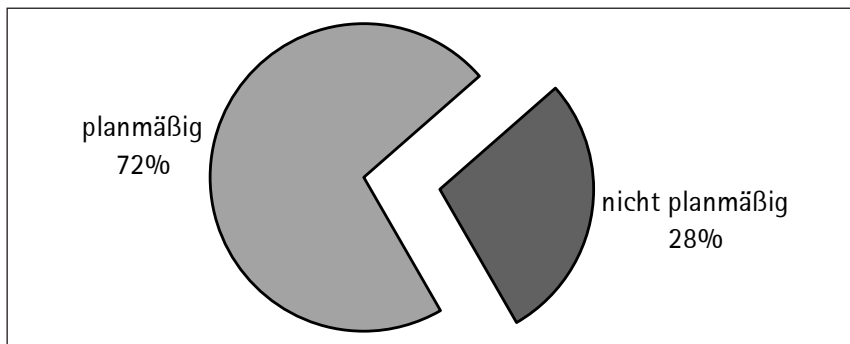


Abbildung 3: Art der Behandlungsbeendigung (planmäßig versus nicht planmäßig)

Tabelle 4: Art der Behandlungsbeendigung und Behandlungsdauer (statistische Kennwerte)

Art der Behandlungsbeendigung	n	Behandlungsdauer in Tagen				
		M	SD	Modus	Min	Max
Planmäßige Behandlungsbeendigung	309	127,9	54,5	182	12	280
Regulär	98	152,1	38,6	147	49	280
Vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	76	64,0	37,1	22	12	189
Vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	3	129,3	34,1	90	90	150
Wechsel zu ambulanter/ teilstationärer/ stationärer Reha	132	146,7	43,7	182	38	216
Nicht planmäßige Behandlungsbeendigung	120	67,7	42,9	38	7	181
Vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	83	63,9	44,9	21	7	170
Disziplinarisch	34	72,8	33,5	38	17	155
Verlegt	3	115,0	63,6	54	54	181

gaben 4,2 Prozent an. 82,5 Prozent haben während der Behandlung hingegen keine Suchtmittel konsumiert.

Wohnsituation: 35,1 Prozent der Patienten waren nach Behandlungsende in betreuten Wohnformen untergebracht, 19,1 Prozent wohnten selbständig, 17,9 Prozent bei den Eltern. Bei 19,9 Prozent war die Wohnsituation zum Behandlungsende noch unbekannt.

Veränderungen gemäß Selbsteinschätzungen durch die Patienten und Fremdeinschätzungen durch die Bezugstherapeuten: Die Patienten schätzten sich zum Behandlungsbeginn in elf Bereichen (z.B. Reduktion von Suchtverhaltensweisen, Integration in die Gruppe, Distanz zur Szene, Behandlungsmotivation) deutlich positiver ein als dies die Bezugstherapeuten taten. Im Verlauf der Behandlung konnte neben einer Zunahme der Höhe der Mittelwerte eine tendenzielle Annäherung der Mittelwerte der Selbst- und Fremdeinschätzungen festgestellt werden.

5. Psychodiagnostische Ausgangssituation und Behandlungseffekte

Psychische Beschwerden (SCL-90-R): Zeigte sich zu Beginn der Behandlung (t1) noch

ein überdurchschnittlich hohes Belastungsempfinden, so konnte zu Behandlungsende (t2) eine deutliche Reduktion des Ausmaßes an subjektiver Belastung bzw. eine Steigerung des Wohlbefindens auf den Skalen Depressivität, Zwanghaftig-

keit, Psychotizismus, Somatisierung, Ängstlichkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt und paranoides Denken festgestellt werden. Die Unterschiede fielen dabei häufig substantiell aus (Effektstärken von über .50). Neben der Gesamtbelastung sank zudem die Anzahl der als belastend erlebten Symptome sowie die Intensität der Belastung zum Behandlungsende. Keine wesentlichen Unterschiede im Ausmaß der Belastung zwischen t1 und t2 lagen für die Skalen Aggressivität und phobische Angst vor. Weibliche Patienten gaben zu t1 eine deutlich höhere Mehrbelastung als männliche Patienten an, die sich allerdings bei den Frauen im Behandlungsverlauf deutlich stärker reduzierte, so dass zu t2 eine annähernde Angleichung der Belastungswerte zwischen den Geschlechtern festzustellen war. Des Weiteren wiesen vor allem zum Behandlungsbeginn weibliche Patienten bedeutsam mehr behandlungsrelevante Symptome auf als männliche Patienten, deren Werte häufiger im eher unauffälligen Bereich lagen. Patienten mit freiwilliger Behandlung wiesen sowohl zu t1 als auch zu t2 deutlich höhere Werte in Bezug auf das subjektive Belastungsempfinden auf als Patienten mit gesetzlich auferlegter Behandlung. Allerdings reduzierte sich bei Patienten mit freiwilliger Behandlung das Belastungsempfinden in einem deutlich höheren Ausmaß im Behandlungsverlauf als dies bei den Patienten mit Therapie als Auflage stattfindet. Tabelle 5 ist zu entnehmen, dass die Veränderungen von t1 nach t2 überwiegend höchstsignifikant positiv und häufig auch substantiell ausfielen, d.h. Effektstärken von über .50 erreichten, was bereits für mittlere Effekte spricht (vgl. Bortz, 2005; Bortz und Döring, 1995).

Arbeitsbezogene Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten (AVEM): Unterschiede zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende ließen sich für

Tabelle 5: Prä-Post-Vergleich für das Ausmaß an subjektiver Belastung (SCL-90-R) mittels Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben (n = 270)

Abhängige Variablen	Behandlungsbeginn		Behandlungsende		z ^a	p	d
	M	SD	M	SD			
GSI	0.86	0.54	0.64	0.50	-6.38	***	.53
PST	42.29	18.03	35.46	19.84	-5.72	***	.49
PSDI	1.73	0.52	1.49	0.48	-6.43	***	.58
Somatisierung	0.76	0.66	0.50	0.52	-6.17	***	.53
Zwanghaftigkeit	1.11	0.71	0.80	0.63	-6.64	***	.58
Unsicherheit im Sozialkontakt	0.96	0.71	0.76	0.65	-4.11	***	.36
Depressivität	1.10	0.65	0.77	0.58	-6.92	***	.66
Ängstlichkeit	0.84	0.72	0.63	0.62	-4.68	***	.41
Aggressivität/Feindseligkeit	0.73	0.76	0.72	0.72	-0.23	n.s.	.02
Phobische Angst	0.35	0.51	0.34	0.51	-0.59	n.s.	.02
Paranoides Denken	0.88	0.67	0.72	0.66	-3.46	***	.29
Psychotizismus	0.69	0.56	0.43	0.53	-7.35	***	.56

Anmerkung: M Skalenmittelwert; SD Standardabweichung; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001; n.s. = nicht signifikant; d = Effektstärke; a Wilcoxon-Test

Tabelle 6: Veränderungsmessung für arbeitsbezogene Verhaltensweisen und Erlebensmuster (AVEM) mittels Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben (n = 263)

Abhängige Variablen	Behandlungsbeginn		Behandlungsende		z ^a	p	d
	M	SD	M	SD			
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	17.06	5.39	17.49	4.90	-1.03	n.s.	.13
Beruflicher Ehrgeiz	19.98	5.42	20.57	4.66	-1.62	n.s.	.18
Verausgabungsbereitschaft	18.38	4.91	18.19	4.60	-0.88	n.s.	.06
Perfektionsstreben	22.15	4.86	21.53	4.56	-2.63	**	.20
Distanzierungsfähigkeit	20.32	5.22	20.10	4.83	-0.53	n.s.	.07
Resignationstendenz (bei Misserfolg)	18.86	5.52	17.93	4.64	-2.84	**	.28
Offensive Problembewältigung	20.69	4.69	21.15	4.19	-2.12	*	.15
Erfolgs erleben im Beruf	15.61	6.20	16.25	5.34	-2.23	*	.22
Lebenszufriedenheit	13.98	4.44	15.83	4.17	-6.35	***	.61
Erleben sozialer Unterstützung	19.40	4.69	20.02	4.18	-2.23	*	.21
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit	18.38	4.97	18.72	4.56	-1.64	n.s.	.12

Anmerkung: M Skalenmittelwert; SD Standardabweichung; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001; n.s. = nicht signifikant; d = Effektstärke; a Wilcoxon-Test

die Skalen Lebenszufriedenheit, Perfektionsstreben, Resignationstendenz (bei Misserfolg), offensive Problembewältigung, Erfolgserleben im Beruf und Erleben sozialer Unterstützung feststellen. Allerdings verblieben die Effektstärken auf eher niedrigem Niveau zwischen .06 und .28 (Tab. 6). Während weibliche Patienten bei Misserfolg stärker zur Resignation tendierten als männliche Patienten, schrieben Männer der Arbeit subjektiv mehr Bedeutung zu, waren beruflich ehrgeiziger, gingen Probleme offensiver an, zeigten ein ausgeprägteres Streben nach Perfektion, hatten in ihrer bisherigen beruflichen Laufbahn mehr Erfolge erlebt, waren mit ihrer Lebenssituation zufriedener, hatten eine größere innere Ruhe und waren ausgeglichener und erlebten mehr soziale Unterstützung als weibliche Patienten. Während sich bei den männlichen Patienten im Behandlungsverlauf der hohe Perfektionsanspruch bezüglich Qualität und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitsleistung reduzierte, sie bedeutsam zufriedener mit ihrer Lebenssituation waren und Probleme offensiver angingen, hatte sich bei den weiblichen Patienten die Neigung vermindert, sich mit Misserfolgen abzufinden und zu resignieren, und die Lebenszufriedenheit deutlich gesteigert. Patienten mit freiwilliger Behandlung neigten zu Behandlungsbeginn bei Misserfolgen deutlich stärker zur Resignation, zeigten eher defensive als offensive Problembewältigungsstrategien, waren psychisch labiler, konnten sich weniger von arbeitsbezogenen Problemen distanzieren und waren mit ihrer gesamten Lebenssituation deutlich unzufriedener als Patienten, die sich aufgrund gesetzlicher Auflagen in Behandlung befanden. Im Behandlungsverlauf wiesen Patienten mit freiwilliger Behandlung neben einer stärkeren Lebenszufriedenheit auch eine erhöhte Frustrationstoleranz gegenüber Misserfolgen auf, hat-

ten offensive Problembewältigungsstrategien sowie ein intensiveres Vertrauen in die Unterstützung durch nahestehende Menschen und eine ausgeprägtere psychische Stabilität entwickelt.

Persönlichkeitsmerkmale (FPI-R): Zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende waren auf den Persönlichkeitsdimensionen mit einer Ausnahme keine substantiellen Unterschiede feststellbar; die Effektstärken bewegten sich auf äußerst niedrigem Niveau zwischen .00 und .21 (Tab. 7). Lediglich eine Zunahme an gesundheitsbewusstem Verhalten konnte im Prä-Post-Vergleich festgestellt werden. Insgesamt auffällig war vor allem die sehr geringe Lebenszufriedenheit mit eher negativer Lebenseinstellung und unzufriedener, depressiver Stimmung. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten sich da-

hingehend, dass männliche Patienten sowohl zu t1 als auch zu t2 eine deutlich höhere Lebenszufriedenheit aufwiesen, sich deutlich weniger beansprucht und erregbar fühlten, sich deutlich weniger Gesundheits Sorgen machten und weniger körperliche Beschwerden angaben und emotional stabiler waren als Frauen. Männer zeigten zudem zu t1 eine deutlich höhere Leistungsorientierung, zu t2 allerdings eine deutlich höhere aggressive Haltung als weibliche Patienten. Während im Prä-Post-Vergleich bei den Männern eine bedeutsame Zunahme ihres gesundheitsbewussten Verhaltens festzustellen war, zeigten weibliche Patienten eine Zunahme ihrer sozialen Orientierung. Patienten mit gesetzlich auferlegter Behandlung waren zudem zu Behandlungsbeginn mit ihrem Leben zufriedener, zeigten eine größere Leistungsorientierung, waren weniger gehemmt und unsicher, zeigten eine größere Gelassenheit, hatten aber eine deutlich aggressiveres, sich durchsetzendes Verhalten, fühlten sich weniger beansprucht und überfordert, wiesen weniger körperliche Beschwerden auf, waren extravertierter und emotional stabiler als Patienten, die sich freiwillig in Behandlung befanden. Bei Behandlungsende beschrieben sich Patienten mit Therapie als Auflage lediglich noch weniger erregbar und hatten weniger körperliche Beschwerden.

Abstinenzsicherheit (HEISA-16): War die Abstinenzsicherheit zu Behandlungsbeginn noch durch einen eher vorsichtig-zurückhaltenden Optimismus gekennzeichnet, so wurden die eigenen abstinenzbezogenen Kompetenzen zum Behandlungsende deutlich optimistischer eingeschätzt, d.h. im Behandlungsverlauf zeigte sich eine deutliche Zunahme der Abstinenzsicherheit. Die Effektgrößen bewegten sich dabei zwischen .31 und .75 auf eher hohem Niveau. (Tab.8). Männliche Patienten waren insgesamt sowohl zum Be-

Tabelle 7: Veränderungsmessung für die Ausprägung ausgewählter Persönlichkeitsdimensionen (FPI-R) mittels Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben (n = 262)

Abhängige Variablen	Behandlungsbeginn		Behandlungsende		z ^a	p	d
	M	SD	M	SD			
Lebenszufriedenheit	2.67	1.25	2.69	1.35	-0.26	n.s.	.02
Soziale Orientierung	5.48	1.70	5.60	1.73	-1.25	n.s.	.11
Leistungsorientierung	5.04	1.60	5.12	1.67	-0.81	n.s.	.07
Gehemtheit	5.90	1.89	5.83	1.80	0.61	n.s.	.06
Erregbarkeit	5.78	1.88	5.79	1.99	-0.04	n.s.	.01
Aggressivität	6.11	1.81	6.11	1.75	-0.04	n.s.	.00
Beanspruchung	5.24	1.70	5.24	1.60	0.00	n.s.	.00
Körperliche Beschwerden	5.45	1.80	5.33	1.85	1.01	n.s.	.09
Gesundheitssorgen	3.96	1.72	4.16	1.67	-2.42	*	.21
Offenheit	5.81	1.63	5.71	1.76	1.07	n.s.	.09
Extraversion	5.33	1.67	5.37	1.59	-0.42	n.s.	.04
Emotionalität	6.37	1.77	6.26	1.73	1.00	n.s.	.09

Anmerkung: M Skalenmittelwert; SD Standardabweichung; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001; n.s. = nicht signifikant; d = Effektstärke; a Wilcoxon-Test

Tabelle 8: Prä-Post-Vergleich für das Ausmaß an Abstinenzzuversicht (HEISA-16) mittels Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben (n = 274)

Abhängige Variablen	Behandlungsbeginn		Behandlungsende		z ^a	p	d
	M	SD	M	SD			
Unangenehme Gefühle	46.88	29.67	58.87	23.51	-6.48	***	.61
Versuchungen und Verlangen	50.49	30.89	65.91	22.74	-7.66	***	.75
Leichtsinnigkeit im Denken	45.58	33.61	60.18	31.01	-6.28	***	.60
Angenehme Gefühle	72.17	22.81	77.66	18.99	-3.76	***	.31

Anmerkung: M Skalenmittelwert; SD Standardabweichung; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001; n.s. = nicht signifikant; d = Effektstärke; a Wilcoxon-Test

handlungsbeginn als auch zum Behandlungsende zuversichtlicher, ihre Abstinenz in den verschiedensten Situationen (z.B. in negativen sowie positiven Affektsituationen, bei Craving/Substanzverlangen, in Versuchungssituationen sowie bei Gedanken an einen kontrollierten Drogenkonsum) aufrechterhalten zu können. Weibliche Patienten zeigten dagegen eine eher vorsichtigeren Einschätzung ihrer abstinenzbezogenen Kompetenzüberzeugung. Lediglich bei positiven Affektsituationen zeigten sich zu Behandlungsende keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Patienten mit gesetzlich auferlegter Behandlung zeigten im Vergleich zu Patienten mit freiwilliger Behandlung eine deutlich höhere abstinenzbezogene Kompetenzüberzeugung bei Behandlungsbeginn in Situationen des negativen Affekts, bei Craving/Substanzverlangen sowie in Versuchungssituationen und bei Behandlungsende zudem beim Gedanken an einen möglicherweise kontrollierten Drogenkonsum „clean“ bleiben zu können.

Veränderungsstadium (URICA): Sowohl männliche und weibliche Patienten als auch Patienten mit freiwilliger Behandlung und Patienten mit gesetzlich auferlegter Behandlung befanden sich zu Behandlungsbeginn überwiegend in den Stadien der Absichtsbildung und der Änderungsvorbereitung, zu Behandlungsende hingegen überwiegend in dem Stadium der Aufrechterhaltung, das durch die Stabilisierung der erreichten positiven Verhaltensänderung und durch die Vorbeugung von Rückfällen gekennzeichnet ist. Die Effektgrößen bewegten sich zwischen .14 und .93 (Tab. 9).

6. Erste Zwischenbilanz

Die Studie zur Ergebnisqualität stationärer medizinischer Rehabilitation von Drogenabhängigen hat gezeigt, dass sich eine abstinenzorientierte Behandlung lohnt und man bei vielen Patienten von „gelungenen Rehabilitationsverläufen“ sprechen kann. Dies ist vor dem Hintergrund ihrer äußerst schwierigen Ausgangssituation mit Mehrfachbenachteiligungen im medizinischen, psychischen, sozialen und beruflichen Bereich eine außerordentliche Leistung. Patienten, die durch lange Abhängigkeitsdauern, ungünstige soziale Herkunftsmilieus, mangelnde oder unzureichende soziale und berufliche Entwicklung und kriminell-

deviantes Verhalten sehr lange Zeit geprägt worden sind, bedürfen einer Vielzahl von Hilfestellungen und Unterstützungen, um das Potential für ein abstinentes Leben mit sozialer und beruflicher Integration und einer Legalbewährung entfalten zu können. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass sie solch ein Potential entwickeln können.

Mehrfachbenachteiligung. Die Patienten unserer Untersuchungsstichprobe sind durch eine äußerst schlechte Ausgangssituation gekennzeichnet (vgl. FOS, 2001; Funke, 2003; Thiel et al., 2003; Ackermann et al., 2006) und weisen häufig Defizite in mehreren Lebensbereichen mit unterschiedlichem Schweregrad der Störungen auf. Schon der polyvalente Gebrauch legaler und illegaler psychotroper Substanzen stellt besondere Anforderungen an die Behandlung der Abhängigkeit und ist nicht zuletzt ein Risikofaktor für das (erneute) Auftreten von Rückfällen. Hinzu kommen neben der oft mangelnden Krankheitseinsicht und -akzeptanz der Patienten eine Vielzahl an gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Polytoxikomanie, wobei hier vor allem die akute und chronische Virushepatitis C, aber auch psychotische Episoden als besondere medizinisch-psychiatrische Problemfelder genannt werden müssen. Zudem liegen komorbid ein Vielzahl von weiteren psychischen Störungsbildern vor wie z.B. depressive Episoden, Persönlichkeitsstörungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen durch Traumata, Essstörungen (vgl. Schwoon, 2001; Trappe, 1999).

Konsum psychotroper Substanzen. Auffällig ist auch der oft lang dauernde ununterbrochene Substanzkonsum ohne zwischenzeitlich längere Phasen der Abstinenz. So

wird beispielsweise Cannabis seit über acht Jahren, Alkohol seit über sechs Jahren, Barbiturate und Heroin seit über fünf Jahren und Amphetamine und Kokain seit knapp vier Jahren durchschnittlich konsumiert; ein Viertel der Patienten konsumierte sogar täglich Heroin und/oder Cannabis im letzten halben Jahr vor Behandlungsbeginn. Durchschnittlich erfahren die Patienten zehn Jahre lang Prägung durch den Drogenkonsum und haben in dieser Zeit neben Kontakten mit sehr verschiedenen Institutionen der Drogenarbeit und anderen Helfersystemen oftmals auch gesellschaftliche Stigmatisierung und Ablehnung (vgl. Gözl, 2004) und justizielle Kontrolle erfahren.

Des Weiteren liegt der Beginn des Drogenkonsums für die „weichen“ Drogen wie etwa Cannabis oder Alkohol bei 13 bis 16 Jahren, der Umstieg auf „harte“ Drogen wie Kokain oder Heroin erfolgt etwa mit 16 bis 20 Jahren. Dies hat natürlich erhebliche Folgen auf die soziale und Persönlichkeitsentwicklung der Personen. Es kann zu Reifungs- und Entwicklungsverzögerungen kommen, die Planungs- und Entscheidungskompetenzen für eine eigenverantwortliche und selbständige Lebensführung sind nur defizitär ausgeprägt. Es liegen oftmals „abhängige“, symbiotische Familien- und Paarbeziehungsmuster sowie wenig verlässliche und instabile soziale Beziehungen vor bis hin zur sozialen Isolation und Verelendung. Ein frühes Einstiegsalter in die Drogenabhängigkeit sowohl von sogenannten „weichen“ als auch „harten“ Drogen beeinflusst zudem nachteilig die Leistungsmotivation in Schule und Ausbildung. Es kann vor allem beim Konsum von Cannabis zur Entwicklung eines „Amotivations-syndroms“ kommen (vgl. Koob, 1996; Möller et al., 1996; Simon et al., 2004). Nicht selten fehlen Schulabschlüsse oder die Berufsausbildung wird aufgrund des Drogenkonsums abgebrochen bzw. gar nicht erst in Angriff genommen. Das Fehlen schulischer und beruflicher Schlüsselqualifikationen erschwert allerdings den Einstieg ins Erwerbsleben und somit fehlen den Patienten wichtige Berufserfahrungen. In einem Alter, in dem schon mehrere Jahre Berufstätigkeit vorausgesetzt werden, weisen unsere Patienten dagegen lange Phasen von bis zu zwei Jahren ununterbrochener Arbeitslosigkeit auf. Drogengebrauch und Drogenabhängigkeit stellen damit einen so-

Tabelle 9: Veränderungsmessung für das Ausmaß der Veränderungen im URICA mittels t-Test für abhängige Stichproben (n = 256)

Abhängige Variablen	Behandlungsbeginn		Behandlungsende		z ^a	p	d
	M	SD	M	SD			
Precontemplation	1.64	0.57	1.72	0.67	-1.88	n.s.	.17
Contemplation	4.45	0.45	4.15	0.55	-7.78	***	.69
Preparation	3.56	0.62	3.07	0.59	-9.12	***	.93
Action	4.06	0.50	4.11	0.49	-1.87	n.s.	.14
Maintenance	3.19	0.85	3.59	0.52	-6.19	***	.61

Anmerkung: M Skalenmittelwert; SD Standardabweichung; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001; n.s. = nicht signifikant; d = Effektstärke; a Wilcoxon-Test

wohl sozial als auch individuell untauglichen Versuch dar, Probleme auf palliative Art zu verarbeiten und die adoleszenttypischen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen (vgl. Kindermann et al., 1989).

Legale und finanzielle Situation. Vor allem Patienten, die aus „restricted environments“ stammen, wie etwa Haftanstalten, haben schon längere cleane Phasen außerhalb der stationären medizinischen Rehabilitation erlebt. Jeder zweite Patient der Stichprobe hat aufgrund gesetzlicher Auflagen die Behandlung begonnen, etwa ein Drittel der Patienten kommt direkt aus der Haft, wobei die mittlere Gesamtdauer der bisherigen Inhaftierung bei etwa zwei Jahren liegt. Beschaffungsdelikte, Gewaltdelikte und Prostitution und Delikte gegen das Betäubungsmittelgesetz prägen nicht selten die kriminelle Vergangenheit der Patienten.

Hinzu kommen finanzielle Schwierigkeiten, da bedingt durch den Drogenkonsum häufig Schulden in Höhe von mehr als 5.000 Euro vorliegen und die Patienten zudem aufgrund ihrer Arbeitslosigkeit auf die sozialen Stützsysteme der Gesellschaft angewiesen sind. Bei einem Teil der Patienten kommt erschwerend der Wohnungsverlust hinzu mit den Problemen, die ein Leben auf der Straße mit sich bringt.

Psychodiagnostische Merkmale. Im Hinblick auf die psychodiagnostische Ausgangssituation der Patienten fällt vor allem das überdurchschnittlich hohe subjektive Belastungsempfinden mit einer Vielzahl von psychischen und somatoformen Symptomen auf. Daneben lässt sich für die Stichprobe ein ungünstiges arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster diagnostizieren mit hoher Resignationstendenz bei Misserfolgen, defensiver Problembewältigung, geringer Lebenszufriedenheit, kaum vorhandenen Erfolgserleben im Beruf und Fehlen von ausreichend sozialer Unterstützung. Auffällig ist zudem das nur gering ausgeprägte Gesundheitsbewusstsein mit wenig Gesundheitssorgen und unbekümmertem Verhalten gegenüber gesundheitlichen Risiken. Des Weiteren sind die abstinenzbezogenen Kompetenzüberzeugungen für die verschiedensten Situationen nur gering entwickelt und eher durch eine pessimistische Haltung geprägt. Auszeichnend für die Phase des Behandlungsbeginns ist zudem die hochbivalente Motivation der Patienten für die fachklinische Rehabilitation, in der mangelnde Krankheitsakzeptanz und das Abwägen von positiven und negativen Konsequenzen einer Verhaltensänderung dominieren.

Art der Behandlungsbeendigung. In den beteiligten Einrichtungen der stationären Drogenrehabilitation ist insgesamt eine sehr gute Haltequote der 429 Patienten mit 72 Prozent planmäßigen Entlassungen und einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 128 Tagen bei planmäßiger Entlassung und 68 Tagen bei nicht planmäßiger Entlassung zu verzeichnen.

Knapp ein Drittel der Patienten wechselt bei Behandlungsende in ambulante, teilstationäre oder stationäre Nachsorgeeinrichtungen. Die Bezugstherapeuten schätzen bei etwa zwei Drittel der Patienten die Veränderungen zu Behandlungsende als leicht bis wesentlich verbessert ein. Planmäßig entlassene Patienten haben zudem bei mehr als der Hälfte der Fälle eine günstige Prognose, nicht planmäßig entlassene Patienten dagegen bei etwa drei Viertel der Fälle ungünstige Prognosen.

Behandlungseffekte. In beruflicher Hinsicht ist die Entwicklung klarer Vorstellungen und die Planung angemessener Aktivitäten zum (Wieder-)Einstieg ins Erwerbsleben von zentraler Bedeutung. Vor dem besonderen beruflichen Hintergrund der Patienten mit wenig oder negativen Berufserfahrungen und der allgemeinen Arbeitsmarktlage spielt das Erlangen beruflicher Schlüsselqualifikationen sowie eine Erhöhung der Frustrationstoleranz eine zentrale Rolle. Patienten haben im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung gelernt, ihre Probleme offensiv anzugehen, haben eine ausgeprägtere psychische Stabilität entwickelt und ein intensiveres Vertrauen in die Unterstützung durch nahestehende Menschen gewonnen.

Etwa zwei Drittel der Patienten sind zum Behandlungsende arbeitslos oder nicht erwerbstätig. Nur knapp jedem zwölften Patienten gelingt schon zum Behandlungsende die berufliche Integration. Im Behandlungsverlauf gewinnen die Patienten eine deutlich realistischere Sichtweise ihrer Situation, es kommt zur Stabilisierung bzw. Verbesserung der Befindlichkeit und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Es werden adäquate Bewältigungsstrategien im Umgang mit Risikosituationen erworben, Einsicht in suchtspezifische Zusammenhänge gewonnen und ein Krankheitsverständnis und Veränderungsbereitschaft entwickelt.

Von zentraler Bedeutung ist zudem der Prozess der „Nachreifung“, indem nicht oder nur unzureichend bearbeitete Entwicklungsaufgaben angegangen und die Wahrnehmung der eigenen Verantwortlichkeit erkannt werden. Die Behandlungssituation kann hier als mögliches Lern- und Übungsfeld zur Lösung der Drogenbindung und nachträglichen produktiven Bearbeitung unbewältigter Sozialisationsaufgaben dienen und soziale Unterstützung bieten.

Neben einer bedeutsamen Zunahme des gesundheitsbewussten Verhaltens kommt es im Behandlungsverlauf auch zunehmend zu einer verstärkten sozialen Orientierung mit der Übernahme der Verantwortung für sich selbst und für andere Menschen. Die Patienten haben Selbstwirksamkeitserwartungen im Sinne eines abstinenzorientierten kompetenten Umgangs mit Risikosituationen entwickelt und eine zunehmend optimistischere Haltung im Hinblick auf ihr „Clean bleiben“ bei ihrer zukünftigen Lebensgestaltung gewonnen. Ihr Verhalten ist geprägt durch

weitere aktive Verhaltensmodifikation, Stabilisierung bereits erreichter positiver Veränderungen und Vorbeugung von Rückfällen durch den Aufbau rückfallprophylaktischer Kompetenzen.

Unterschiede bei planmäßiger versus nicht planmäßiger Behandlungsbeendigung. Bezogen auf die Art der Behandlungsbeendigung ist zu bemerken, dass die Behandlungsmerkmale und -effekte für die planmäßig entlassenen Patienten insgesamt prognostisch günstiger ausfallen als für die nicht planmäßig entlassenen Patienten. Zwar sind über die Hälfte der planmäßig entlassenen Patienten aufgrund einer gesetzlichen Auflage in Behandlung und haben eine bewegtere kriminelle Vergangenheit mit häufigeren und/oder längeren Inhaftierungen und häufigeren BTMG-Delikten, sie sind aber auch deutlich häufiger bei Aufnahme suchtmittelfrei und konsumieren deutlich weniger häufig bestimmte Substanzen wie Kokain oder Benzodiazepine. Ihnen fehlt eine angemessene soziale Unterstützung, sie sind aber auch innerlich ruhiger und ausgeglichener und haben eine leicht höhere optimistische abstinenzbezogene Selbstwirksamkeitserwartung.

Geschlechtsbezogene Unterschiede. Im Hinblick auf geschlechtsbezogene Unterschiede lässt sich feststellen, dass Frauen im Durchschnitt zwar eine höhere Schulbildung, aber geringfügig häufiger keine abgeschlossene Berufsausbildung haben. Zudem weisen Frauen zu Behandlungsbeginn eine deutlich erhöhte Beschwerdesymptomatik auf als männliche Patienten; zum Behandlungsende haben sich diese Unterschiede allerdings weitestgehend nivelliert.

Gesetzliche Grundlage der Behandlung. Nicht in seiner Bedeutung vernachlässigt werden darf der Faktor der gesetzlichen Grundlage der Behandlung. Patienten, die aufgrund gesetzlicher Auflagen in die Behandlung eintreten, haben eventuell vor dem Hintergrund ihrer Probleme mit dem Gesetz und des äußeren Drucks („Therapie statt Strafe“) eine stärkere Veränderungsbereitschaft und Behandlungsmotivation entwickelt, welche die scheinbar ungünstigeren Zugangsbedingungen und Voraussetzungen zur Behandlung ausgleichen. Patienten mit freiwilliger Behandlung schneiden nicht per se dadurch besser ab, dass sie sich ohne den juristischen Zwang zur Rehabilitation entschieden haben (vgl. Bühringer et al., 1989; Melchinger, 1989).

Korrespondenzanschrift:

Dipl.-Psych. Martina Fischer
Ltd. Psychologin
Kliniken Daun-Altburg
54552 Schalkenmehren

Das Literaturverzeichnis kann angefordert werden.