

Stationäre Behandlungsdauer und Therapieerfolg

Ergebnisse einer prospektiven Katamnesestudie an neun Behandlungsjahrgängen einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Uwe Zemlin

1. Fragestellung

Mit der Umsetzung des WFG haben sich die Ressourcen für die medizinische Rehabilitation verändert. Die stationären Behandlungsdauern sind deutlich zurückgegangen. Eine überproportionale Kürzung der Behandlungsdauern und damit der Behandlungsressourcen betrifft nach Beobachtung von in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker tätigen Fachleuten vor allem Patienten, die als prognostisch ungünstig angesehen werden bzw. deren Chronifizierung weit fortgeschritten ist. Behandlungsdauer ist aber ein Faktor von erheblicher Therapierelevanz.

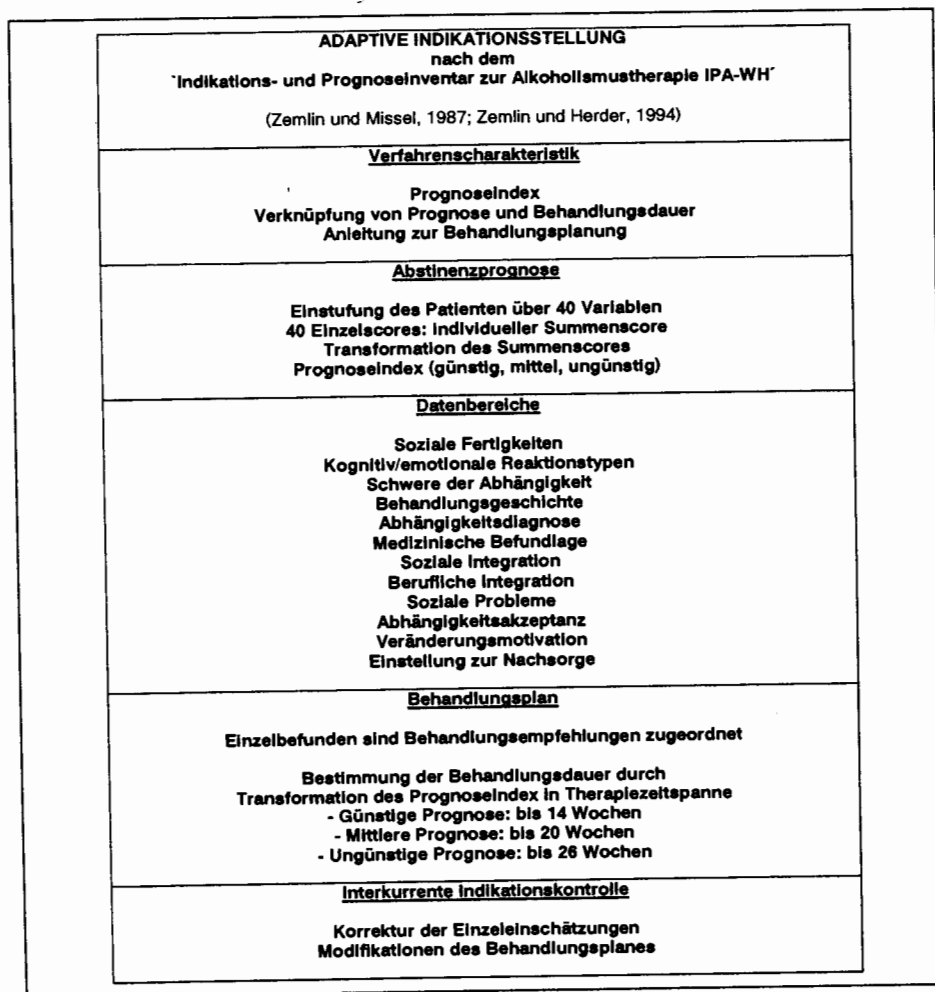
Es gibt sicher sehr unterschiedliche Standpunkte dazu, welche Behandlungsdauern in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker notwendig sind. Aus der Wissenschaft beziehen wir unterschiedliche Ergebnisse, die natürlich auch von den jeweiligen strukturellen Bedingungen in den Ländern, aus denen diese Untersuchungen stammen, beeinflusst sind. Bereits in der MEAT-Studie wurde diese Fragestellung für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker in der BRD untersucht (Feuerlein & Küfner, 1989).

Natürlich muß die Frage der geeigneten Behandlungsdauer in einem Zusammenhang mit weiteren Differenzierungen der Behandlungsbedingungen wie z.B. ambulant-teilstationär-stationär bzw. der sequentiellen Abfolge von Behandlungsschritten innerhalb einer Gesamtrehastrategie betrachtet werden. Wenn wir hier dennoch nur auf die Behandlungsdauer fokussieren, so deshalb, weil es bis heute im wissenschaftlichen Sinne nicht ausreichend geklärt ist, nach welchen Kriterien und Verfahrensweisen letztlich Entscheidungen über die im Einzelfall geeignete Behandlungsdauer zu fällen sind.

Vor dem Problem eines nicht ausreichenden Indikationswissens standen Ende 1996 auch die Kosten- und Leistungsträger, als sie nach Vorgabe des Gesetzes immense Einsparungen einplanen mußten. Die Fachleute in den Reha-Einrichtungen wiederum mußten die veränderten Vorgaben in ihren Behandlungsprogrammen umsetzen, eingespielte Abläufe zur Behandlungsplanung ändern und Programmschwerpunkte neu gewichten, ebenfalls ohne dabei auf gesichertes Indikationswissen zurückgreifen zu können. Heute, 2 1/2 Jahre nach der Umsetzung der Sparbeschlüsse, muß es uns daher gemeinsam interessieren, wie sich die gewählten Umsetzungslösungen auf den Therapieerfolg ausgewirkt haben, um gemeinsam daraus zu lernen.

Die Fachklinik Wilhelmsheim wendet seit 1987 ein individualisiertes verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm mit variablen Behandlungsdauern und individualisierten Behandlungsplänen an. Die Festlegung der individuellen Behandlungsdauer folgt der Annahme, daß eine ungünstigere Gesamtprognose durch eine entsprechend längere Behandlungsdauer mit entsprechenden Behandlungsmaßnahmen ausgeglichen werden kann. Dabei kommt ein klinikinternes Indikations- und Prognoseinventar (IPA-WH, Zemlin und Missel, 1987; Zemlin und Herder, 1994) zur Anwendung, das die Ermittlung der indizierten Behandlungsdauer anleitet.

Abb. 1: Adaptive Indikationsstellung in der Fachklinik Wilhelmsheim



Das Verfahren leitet eine Einschätzung des jeweiligen Patienten zu den Bereichen Soziale Fertigkeiten, Kognitiv/emotionale Reaktionstypen, Schwere der Abhängigkeit, Behandlungsgeschichte, Abhängigkeitsdiagnose, Medizinische Befundlage, Soziale Integration, Berufliche Integration, Soziale Probleme, Abhängigkeitsakzeptanz, Veränderungsmotivation und Einstellung zur Nachsorge an. Die Ratings zu insgesamt 40 Variablen gehen in einen Summenscore ein. Aus dem Summenscore ergibt sich nach definierten Regeln eine Zuordnung zu einer von drei prognostischen Klassen (günstig, mittel, ungünstig). Die Bemessung der Behandlungsdauer folgt einer Kompensationshypothese, wonach eine mittlere oder ungünstige Prognose durch eine individualisierte Behandlung mit entsprechend längerer Behandlungsdauer ausgeglichen werden kann. Prognostisch als „günstig“ eingeschätzte Personen wurden bis zu 14 Wochen, als „prognostisch mittel“ bewertete Personen bis zu 20 Wochen und als „prognostisch ungünstig“ eingestufte Patienten bis zu 26 Wochen behandelt.

Die Therapiezeitfestlegung erfolgte also adaptiv im Behandlungsverlauf und schöpfte bis 1996 das Spektrum von Behandlungsdauern zwischen 14 und 26 Wochen aus. Mit den erheblichen Verkürzungen der bewilligten Behandlungsdauern ab 1997 wurde der Handlungsspielraum für diese adaptive Therapiezeitbestimmung stark eingeschränkt.

Wenn man davon ausgeht, daß eine ausreichende Behandlungsdauer eine notwendige Bedingung für einen Therapieerfolg darstellt, dann ist folgerichtig zu erwarten, daß mit der Kürzung der Behandlungsressourcen im Jahr 1997 auch die Therapieerfolgsquoten des Behandlungsjahrganges 1997 zurückgehen.

Das war 1997 die Ausgangssituation für unsere Studie.

In der vorliegenden Studie wird untersucht

- ob die Kompensation einer mittleren bzw. ungünstigen Prognose durch mehr spezifische Behandlung nach dem klinikinternen Indikationsverfahren gelingt,
- ob sich der Therapieerfolg, gemessen an den Parametern Abstinenz und Lebenszufriedenheit mit der Einschränkung der Ressource „Behandlungszeit“ negativ verändert hat,
- welche Hinweise es gibt, die für ein adaptives prozeßorientiertes Vorgehen der Therapiezeitfestlegung an Stelle einer vorwiegend a-priori-Festlegung der Behandlungsdauer sprechen.

2. Untersuchungsaufbau und Untersuchungsmethoden

Abb. 2: Untersuchungsdesign

Untersuchungsdesign	
<u>Art der Untersuchung:</u>	
prospektive Katamneseuntersuchung Anlehnung an die Standards der DGSS (1985, 1992)	
<u>Datenbasis:</u>	
Totalerhebung (9 Entlassjahrgänge), N = 5157 Stichprobe 1989-1996 N = 4413 vs. Stichprobe 1997 N = 744	
<u>Prognostische Einstufung:</u>	
nach Prognoseindex IPA-WH (vgl. Abb. 1)	
<u>Therapiezeitfestlegung:</u>	
Stichprobe 1989-1996: überwiegend nach Prognoseindex (adaptive Indikation) Stichprobe 1997: überwiegend per Kostenbewilligung (a-priori-Festlegung)	
<u>Datenerhebung:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> - IPA-WH 'Indikations- und Prognoseinventar' (4.-7. Woche) - BADO-Sucht 'Basisdokumentation Sucht' (Aufnahme, Entlassung) - KAT-Sucht 'Katamnese Sucht' (1-Jahr nach Entlassung) 	
<u>Auswertungen:</u>	
Vergleich der Stichproben 1989-1996 und 1997 nach soziodemografischen und klinischen Merkmalen Darstellung des Indikationsprocedere - Differenzierung der Prognosegruppen - Bestimmung der Behandlungsdauer Deskriptive Analyse von Prognose, Indikationsstellung und Abstinenzquote - Abstinenzquoten - Prognose und Abstinenz - Behandlungsdauer und Abstinenz - Prognose, Behandlungsdauer und Abstinenz Deskriptive Analyse der Zufriedenheit mit Lebensbereichen - Stichprobe 1989-1996 vs. Stichprobe 1997 - Abstinenz vs. rückfällig	

Es handelt sich um eine prospektive Katamneseuntersuchung mit zwei Vergleichsstichproben. Stichprobe A umfaßt die Behandlungsjahrgänge 1989 bis 1996 (N = 4413) der Fachklinik Wilhelmsheim, für die in diesem Zeitraum stabile Behandlungsbedingungen im Rahmen eines individualisierten Behandlungskonzeptes herrschten. Die Vergleichsstichprobe B umfaßt den Behandlungsjahrgang 1997 (N = 744), der unter den Bedingungen der Sparmaßnahmen im Bereich der medizinischen Rehabilitation behandelt wurde.

Alle Patienten beider Stichproben mit Ausnahme der Frühabbrecher und der Festigungsmaßnahmen wurden mittels des 'Indikations- und Prognoseinventars IPA-WH' in den ersten Behandlungswochen prospektiv nach ihrer prognostischen Situation bezogen auf das Erfolgskriterium 'Abstinenz' eingeschätzt und indizierte Therapiezeiten bestimmt. Bei beiden Stichproben wurden die jeweils gültigen Versionen der 'Basisdokumentation Sucht' (Klein et al., 1990) sowie der 'Katamnese Sucht' (Klein et al. 1990) eingesetzt. Für beide Stichproben wurden 1-Jahreskatamnesen in Anlehnung an die Standards der DGSS (1985, 1992) durchgeführt. Die Untersuchung der oben genannten Fragestellungen beinhaltet eine Beschreibung der Klientel sowie die Darstellung der Indikationsstellung. Die Auswertung nach den Therapieerfolgskriterien 'Abstinenz' und 'Lebenszufriedenheit' erfolgt nach den DGSS-Kriterien 1 bis 4 (vgl. DGSS, 1985, 1992) und berücksichtigt die Variablen 'prospektive prognostische Einschätzung', 'Behandlungsdauer' und 'Art der Behandlungsbeendigung'.

Für alle Patienten aller neun Entlassjahrgänge wurde eine Basisdokumentation angelegt. Zwischen 93% und 95% aller Patienten wurden durch das Indikations- und Prognoseinventar erfaßt. Die Datenausschöpfung bei der Katamnese ist mit ca. 73% zufriedenstellend und liegt im oberen Bereich der bei vergleichbaren Untersuchungen erreichten Erfassungsquoten. Ergebnisse werden je nach Fragestellung auf der Basis der Gesamtstichprobe (N = 5157) bzw. aller Patienten, für die Indikationsdaten vorliegen (N = 4814) oder der regulären Entlassungen mit vorliegenden Indikationsdaten (N = 4037) berichtet.

3. Ergebnisse

3.1 Vergleich der Untersuchungsstichproben nach ausgewählten Merkmalen der Basisdokumentation

Die beiden Untersuchungsstichproben unterscheiden sich in einigen Merkmalsausprägungen, die eine geringfügige Patientenselektion bzw. Änderung der Klientel vermuten lassen. Dies betrifft geringfügig höhere Anteile von Frauen und von BfA-Versicherten in der Stichprobe 1997, eine etwas geringere Ausprägung in wenigen Aspekten der sozialen Integration und einen etwas höheren Anteil von Arbeitslosen. Hinsichtlich aller weiteren untersuchten Eingangsmerkmale konnten keine Unterschiede festgestellt werden, so daß beide Stichproben vergleichbar sind und vergleichende statistische Überprüfungen erlauben.

Die Untersuchungsstichproben sind hinsichtlich soziodemografischer Daten weitgehend mit der in die Basisdokumentationsauswertung des Fachverbandes Sucht e.V. eingehenden Stichprobe aus stationären Entwöhnungseinrichtungen vergleichbar (vgl. Hadler et al. 1995, 1996, 1997, Bachmeier et al. 1998).

3.2 Ergebnisse zur Indikation: Differenzierung der Prognosegruppen

Tab. 1: Verteilung der Entlassjahrgänge 1989-1997 auf die Prognosegruppen, N = 4814

Jahrgang	Prognose			Gesamt
	günstig	mittel	ungünstig	
1989	21 4,4%	299 62,0%	162 33,6%	482 100%
1990	22 4,7%	280 59,8%	166 35,5%	468 100%
1991	44 8,6%	290 56,5%	179 34,9%	513 100%
1992	49 9,5%	336 65,1%	131 25,4%	516 100%
1993	48 9,1%	319 60,8%	158 30,1%	525 100%
1994	63 11,7%	352 65,6%	122 22,7%	537 100%
1995	54 10,4%	323 62,0%	144 27,6%	521 100%
1996	55 10,0%	360 65,7%	133 24,3%	548 100%
1989-1996	358 8,7%	2559 62,3%	1195 29,1%	4110 100%
1997	86 12,2%	466 66,2%	152 21,6%	704 100%
Gesamt	442 9,2%	3025 62,8%	1347 28,0%	4814 100%

Die Tabelle zeigt ähnliche Verteilungsmuster für alle 9 Jahrgänge. Ab 1991 hat sich der Anteil an günstigen Prognosen etwas verändert. 1989 und 1990 waren die für die Indikationsstellung zuständigen Gruppentherapeuten, die zuvor jahrelang ein 6-Monatskonzept angewendet hatten, offensichtlich noch sehr vorsichtig mit der Festlegung kurzer Behandlungsdauern. Entsprechend ist auch der Anteil der ungünstigen Prognosen kleiner, wobei das Verteilungsmuster insgesamt weitgehend erhalten bleibt. Insgesamt sprechen die Zahlen für eine hinreichend zuverlässige Anwendung des Prognoseinventars.

Wie lassen sich Personen, die nach dem Indikations- und Prognoseinventar als ‚prognostisch günstig‘, ‚prognostisch mittel‘ und ‚prognostisch ungünstig‘ klassifiziert wurden, kontrastierend beschreiben? Die folgenden Merkmale der Basisdokumentation verteilen sich überwiegend abgestuft über die drei Prognosegruppen.

Folgende Ergebnisse können festgehalten werden:

- Es gibt keine substantiellen Unterschiede in der Verteilung von Männern und Frauen über die Prognosegruppen.
- BfA-Versicherte werden gegenüber LVA-Versicherten häufiger prognostisch günstig und prognostisch mittel, aber seltener prognostisch ungünstig eingestuft.
- Ledige Personen und geschiedene Personen werden deutlich seltener als verheiratete und zusammen lebende Personen als prognostisch günstig bzw. prognostisch mittel eingeschätzt, dagegen deutlich häufiger als prognostisch ungünstig.
- Personen, die in fester Partnerschaft leben, haben häufiger als Personen, die kurzfristig oder dauerhaft ohne Partner sind oder aber wechselnde Partner hatten, eine günstige oder mittlere Prognose, aber deutlich seltener eine ungünstige.
- Wer einen eigenen Haushalt unterhält, wird häufiger prognostisch günstig oder prognostisch mittel und seltener prognostisch ungünstig eingestuft als Personen, bei denen dies nicht der Fall ist.
- Personen mit weiterführender Schulbildung oder Studium werden etwas häufiger als Hauptschüler prognostisch günstig und etwas seltener prognostisch ungünstig eingestuft.
- Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung haben häufiger als Ausbildungsabbrecher eine günstige oder mittlere Prognose und deutlich seltener eine ungünstige Prognose.
- Angestellte, insbesondere höhere Angestellte haben häufiger eine günstige oder mittlere Prognose als Arbeiter und erheblich seltener eine ungünstige Prognose, während die Facharbeiter in der Prognose eine Position zwischen den Arbeitern und den Angestellten einnehmen. Auch Hausfrauen haben mehr prognostisch günstige und mittlere Bewertungen und weniger prognostisch ungünstige Einstufungen als Arbeiter.
- Arbeitslose werden erheblich seltener als Beschäftigte prognostisch günstig und prognostisch mittel eingeschätzt, entsprechend erheblich häufiger prognostisch ungünstig.
- Wer seinen Lebensunterhalt aus der eigenen Erwerbstätigkeit bezieht, wird erheblich seltener prognostisch ungünstig, aber häufiger prognostisch günstig und prognostisch mittel eingestuft als Personen, die ihren Lebensunterhalt aus anderen Quellen beziehen.
- Personen mit suizidalen Handlungen in der Vorgeschichte werden deutlich häufiger prognostisch ungünstig eingeschätzt als Personen ohne suizidale Handlungen.

- Wer mehr als zwei stationäre Entgiftungen hat, der erhält seltener eine mittlere Prognose und häufiger eine ungünstige Prognose als Personen mit bis zu zwei stationären Entgiftungen.
- Wer schon eine oder mehr irregulär abgeschlossene stationäre Entwöhnungen absolviert hat, hat eine erheblich höhere Wahrscheinlichkeit, als prognostisch ungünstig beurteilt zu werden als Personen ohne frühere irreguläre Behandlungsbeendigung.
- Wer früher bereits regulär beendete Behandlungen absolvierte, wird seltener prognostisch mittel und häufiger prognostisch ungünstig eingestuft als Personen, bei denen dies nicht zutrifft.

Die genannten Kriterien der sozialen und beruflichen Integration, der Ausbildung und der Vor- und Behandlungsgeschichte spiegeln überwiegend die erwartete prognostische Differenzierung wieder. Sozial und beruflich integrierte Personen, Personen mit höherer Schulausbildung und abgeschlossener Berufsausbildung und Personen mit wenig Befunden in der Vor- und Behandlungsgeschichte werden im Prognoseindex günstiger eingestuft. Bei fast allen Merkmalen erfolgt die Abstufung der Merkmalsausprägung in der erwarteten Reihenfolge von ‚prognostisch günstig‘ über ‚prognostisch mittel‘ zu ‚prognostisch ungünstig‘, wobei sich die beiden erstgenannten Prognosegruppen hinsichtlich der Merkmalsausprägung näher sind und die Gruppe der ‚prognostisch ungünstigen‘ stärker abfällt.

3.3 Ergebnisse zur Indikation: Bestimmung der Behandlungsdauer

Über einen Zeitraum von 8 Jahren konnte eine hohe Stringenz in der Therapiezeitsteuerung erreicht und eine weitgehende Kompensation der prognostischen Situation geleistet werden. Die Datenausschöpfung betrug bezogen auf die Gesamtstichprobe 93,1%, nur knapp 7% der Klientel wurden nicht durch das Indikations- und Prognoseinventar erfaßt. Bezogen auf die Stichprobe 1989-1996 (reguläre Entlassungen, N=3432) stimmen bei 87,3% der prognostisch günstigen, bei 76,8% der prognostisch mittleren und bei 83,7% der prognostisch ungünstigen Patienten die indizierte und die tatsächliche Behandlungsdauer überein. Bei den restlichen Personen liegen zum Teil weitere verfahrenskonforme Therapiezeitkürzungen oder -verlängerungen vor, die zum Zeitpunkt der adaptiven Indikationsstellung noch nicht erfaßbar waren.

Tab. 2: Prognose und Behandlungsdauer, reguläre Entlassungen, N = 4037

Stichprobe	Behandlungsdauer	Prognose			Gesamt
		günstig	mittel	ungünstig	
1989-96	bis 14 W.	282 87,3%	231 10,4%	48 5,4%	561 16,3%
	bis 20 W.	41 12,7%	1701 76,8%	98 10,9%	1840 53,6%
	bis 26 W.	-	282 12,7%	749 83,7%	1031 30,1%
	Gesamt	323 100,0%	2214 99,9%	895 100,0%	3432 100,0%
1997	bis 14 W.	65 77,4%	183 44,4%	42 38,5%	290 47,9%
	bis 20 W.	19 22,6%	211 51,2%	43 39,4%	273 45,1%
	bis 26 W.	-	18 4,4%	24 22,0%	42 6,9%
	Gesamt	84 100,0%	412 100,0%	109 100,0%	605 99,9%

Abb. 3: Indizierte und tatsächliche Behandlungsdauer nach Prognosegruppen, Stichprobe 1989-1996, reguläre Entlassungen, N = 3432

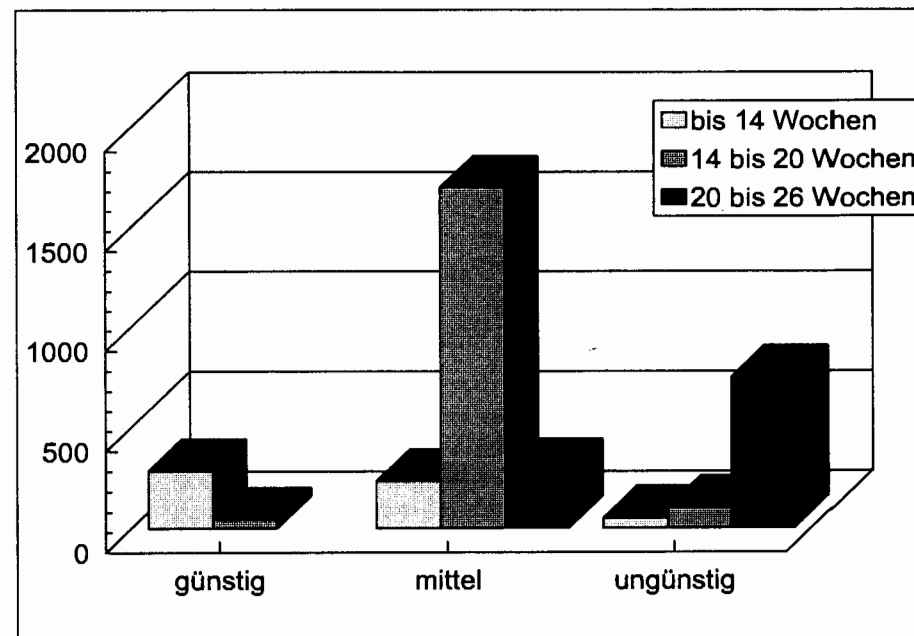
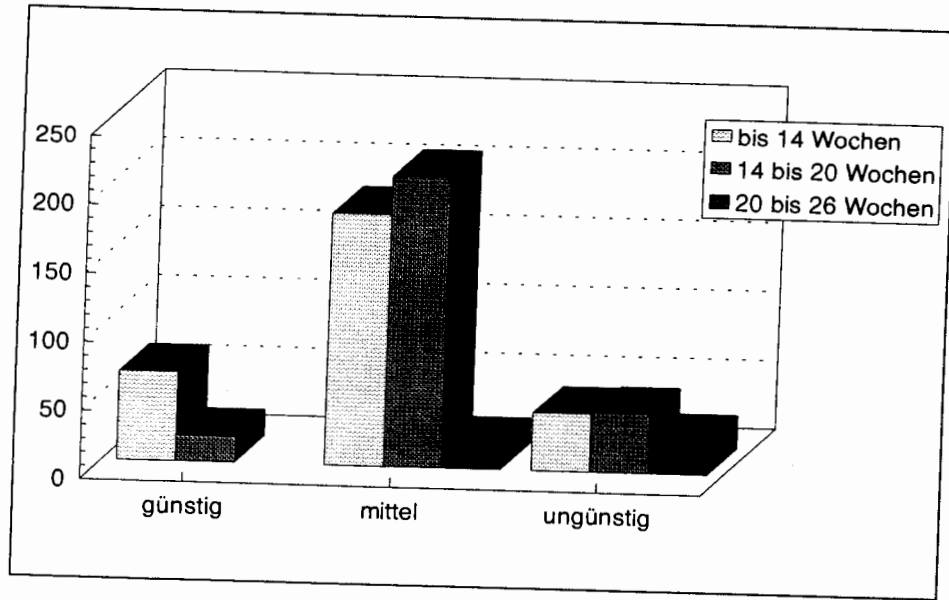


Abb. 4: Indizierte und tatsächliche Behandlungsdauer nach Prognosegruppen, Stichprobe 1997, reguläre Entlassungen, N = 605



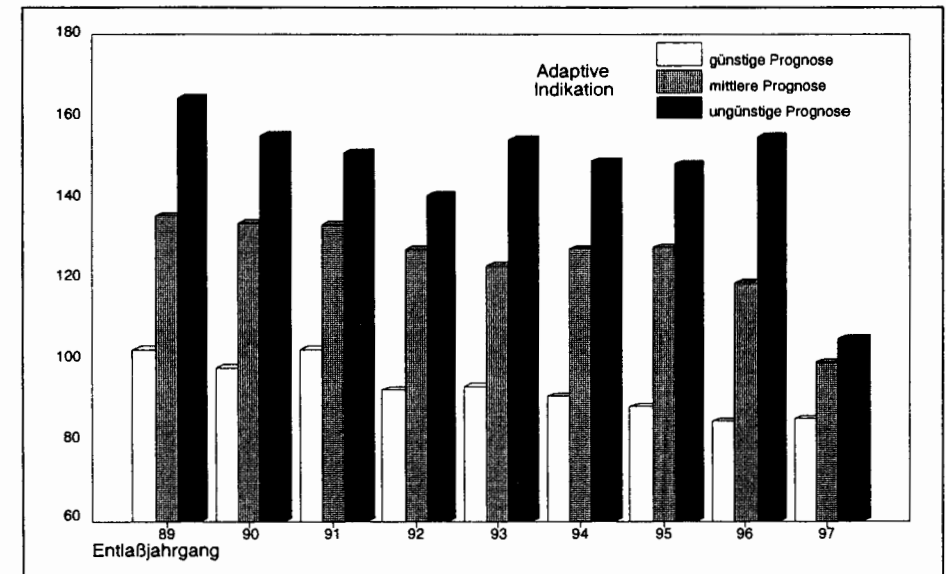
1997 wurde mit 94,8% ebenfalls eine hohe Quote der Datenerfassung erreicht, die Prognose- und Indikationsdaten haben aber nur noch beschränkten Einfluß auf die Therapiezeitplanung. Die Verteilung der Behandlungsdauern verändert sich gravierend. Lag der Anteil der bis 26 Wochen behandelten in der Stichprobe 1989-1996 noch bei 30,1%, so sinkt er in der Stichprobe 1997 auf 6,9%. Wurden 1989-1996 lediglich 16,3% in der kürzesten Behandlungsdauer von bis zu 14 Wochen behandelt, so sind es 1997 mit 47,9% fast die Hälfte aller Patienten. Zwar stimmen noch bei 77,4% der Patienten mit günstiger Prognose die indizierte und tatsächliche Behandlungsdauer überein, aber nur noch bei 51,2% der Patienten mit mittlerer Prognose und bei 22,0% der Patienten mit ungünstiger Prognose. 44,3% der Patienten werden kürzer behandelt als es das Indikations- und Prognoseinventar vorschlägt. Wenn die tatsächlichen Behandlungsdauern vom Vorschlag des Indikations- und Prognoseinventars abweichen, so ist dies überwiegend Folge der a priori Festlegung der Therapiezeit durch die Kostenbewilligung des Leistungsträgers, die im Jahr 1997 keinen weiteren Spielraum für die Behandlung gemäß der adaptiven Indikationstellung ließ.

Die Verkürzung der Behandlungsdauern spiegelt sich deutlich in den mittleren Behandlungsdauern wieder. Die mittlere Behandlungsdauer sinkt von 125,2 Tagen für die Gesamtstichprobe 1989-1996 auf 96,2 Tage für den Entlassjahrgang 1997, bzw. bei den regulär entlassenen Patienten von 139 Tagen auf 101,9 Tage.

Tab. 3: Mittlere Behandlungsdauern nach Prognosegruppen, 1989-1996 vs. 1997, N = 4814

Stichprobe	Prognose		
	günstig	mittel	ungünstig
1989-1996	92,6 Tage N=356 8,7%	127,9 Tage N=2559 62,3%	152,7 Tage N=1195 29,1%
1997	85,2 Tage N=86 12,2%	99,4 Tage N=466 66,2%	105,0 Tage N=152 21,6%

Abb. 5: Mittlere Behandlungsdauern (in Tagen) nach Diagnosegruppen, Entlassjahrgänge 1989-1997, N = 4814



Die Differenzierung der mittleren Behandlungsdauern für die Prognosegruppen zeigt, wo die Einsparungseffekte am meisten zu Buche schlagen. Während sich die Behandlungsdauer der prognostisch günstigen Gruppe nur um eine Woche reduziert, ergibt sich bei der prognostisch mittleren Gruppe ein mittlerer Einsparungseffekt von ca. 4 Wochen (28,5 Tage) und bei den prognostisch ungünstig eingestuft Patienten sogar von fast 7 Wochen (47,7 Tage).

3.4. Ergebnisse zum Behandlungserfolg: Abstinenzkriterium

Tab. 4: Mittlere Behandlungsdauer in Tagen und Erfolgsquoten nach DGSS 4

Stichprobe	Durchschnittliche Behandlungsdauer (Tage)	Abstinenzquote (A + AnR) (%)
Gesamtstichproben		
1989-1996, N = 4413	125,2	55,4
1997, N = 744	96,2	50,0
Reguläre Entlassungen		
1989-1996, N = 3497	139,0	63,2
1997, N = 628	101,9	55,4

Mit der Verkürzung der mittleren Behandlungsdauer von 125,2 Tagen für die Gesamtstichprobe 1989-1996 auf 96,2 Tage für den Entlaßjahrgang 1997 sinken auch die Therapieerfolgsquoten. Die Erfolgsquote nach DGSS 4, die alle Patienten der gesamten Untersuchungsstichprobe als Bezugsgröße zugrunde legt, sinkt von 55,4% auf 50,0%.

Tab. 5: Abstinenz und Antwortverhalten, Stichprobe 1989-1996 vs. Stichprobe 1997, N = 5157

Kategorien	1989-1996		1997	
	N	%	N	%
abstinent	2230	50,5%	338	45,4%
abstinent nach Rückfall	214	4,8%	34	4,6%
Erfolgsquote	2444	55,4%	372	50,0%
rückfällig	808	18,3%	137	18,4%
verstorben	33	0,7%	15	2,0%
keine Anschrift Weigerer etc.	234	5,3%	61	8,2%
Nichtantworter	894	20,3%	159	21,4%
Gesamt	4413	99,9%	744	100,0%

Das Antwortverhalten bei der Katamnese bietet keine hinreichende Interpretationsgrundlage für die Unterschiede in der Erfolgsquote. Der Anteil der Nichtantworter liegt in beiden Stichproben in der selben Größenordnung, lediglich der Anteil der Weigerer und Personen, deren veränderte Adresse nicht ausfindig gemacht werden konnte, liegt 1997 etwas höher.

Abb. 6: Abstinenz und Antwortverhalten nach DGSS 4, 1989-1996, N = 4413

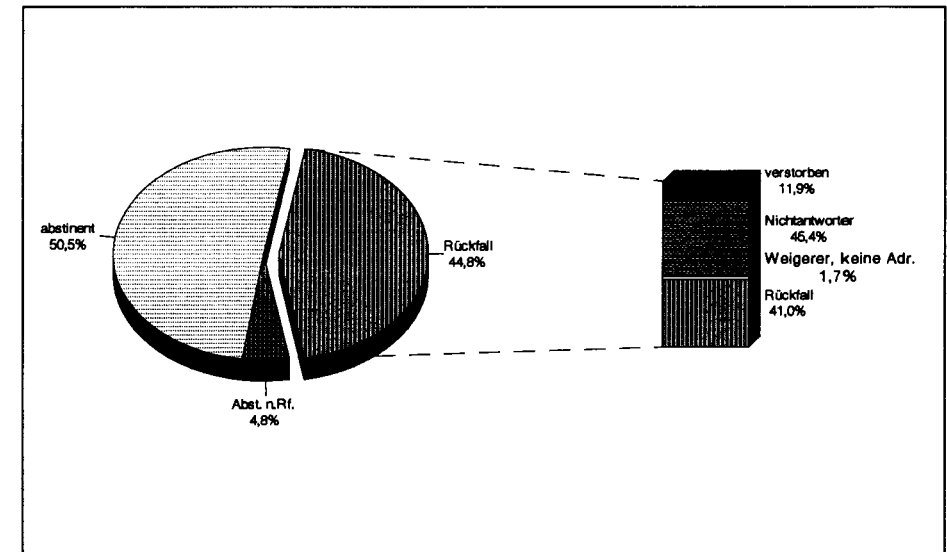
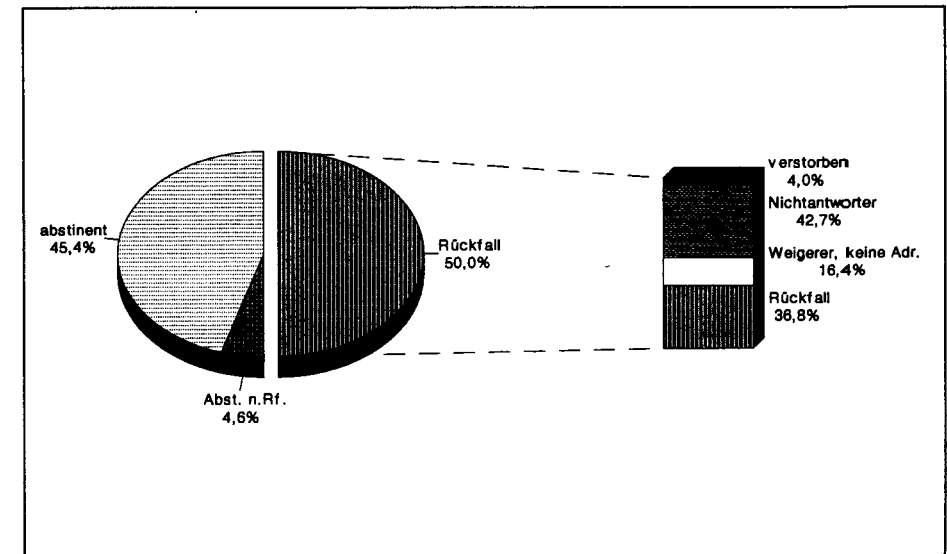


Abb. 7: Abstinenz und Antwortverhalten nach DGSS 4, 1997, N = 744



3.5 Ergebnisse zum Behandlungserfolg: Abstinenzkriterium nach prognostischer Einschätzung und Behandlungsdauer

Tab. 6: Prognose, Behandlungsdauer und Erfolgsquote; 1989-1996 vs. 1997, reguläre Entlassungen, N = 4037

Behandlungsdauer in Wochen	Erfolgsquote (%) und Zellengröße (ZN)	Prognose nach IPA-WH			GESAMT
		Günstig 1	Mittel 2	Ungünstig 3	
STICHPROBE 1989-1996					
Bis 14	% ZN	68,1 282	60,2 231	43,8 48	62,7 561
>14, bis 20	% ZN	75,6 41	67,6 1701	46,9 98	66,7 1840
>20, bis 26	% ZN	- -	65,2 282	54,6 749	57,5 1031
Gesamt	% ZN	69,0 323	66,5 2214	53,2 895	63,3 3432
STICHPROBE 1997					
Bis 14	% ZN	64,6 65	51,4 183	31,0 42	51,4 290
>14, bis 20	% ZN	78,9 19	64,0 211	37,2 43	60,8 273
>20, bis 26	% ZN	- -	50,0 18	54,2 24	52,4 42
Gesamt	% ZN	67,9 84	57,8 412	38,5 109	55,7 605

Die Tabelle gibt die katamnestischen Erfolgsquoten differenziert nach prognostischer Einschätzung in der adaptiven Indikation und nach den Behandlungsdauern für die regulären Entlassungen wieder. Sie erlaubt eine Unterscheidung von Personen, deren Behandlungsdauer in Übereinstimmung mit dem Indikationsverfahren bestimmt wurde von Personen, die kürzer oder länger, als in der adaptiven Indikationsstellung festgelegt, behandelt wurden. Sie ermöglicht damit auf deskriptiver Basis eine Beantwortung der Fragestellung, wie sich die indikationsabweichende Therapiezeitverkürzung auf den Behandlungserfolg auswirkt.

- Die Erfolgsquote der regulär entlassenen Patienten beträgt für die Stichprobe 1989-1996 63,3% und sinkt bezogen auf die Stichprobe 1997 auf 55,7%.
- Vergleicht man die Teilgruppen, deren tatsächliche Behandlungsdauer mit der adaptiven Therapiezeitfestlegung nach dem Indikations- und Prognoseinventar übereinstimmt, so ergeben sich sehr ähnliche Werte in beiden Stichproben. Die prognostisch mittlere Gruppe liegt jeweils auf dem Level der prognostisch günstigen Gruppe, so daß man davon ausgehen kann, daß die Kompensation einer ungünstigeren Prognose durch mehr individualisierte Behandlung gelang. Die prognostisch ungünstige Gruppe schneidet weniger gut ab, weist aber in beiden Stichproben dennoch zufriedenstellende Erfolgsquoten auf. Hier gelang die Kompensation der ungünstigen Prognose durch mehr individualisierte Behandlung nur teilweise.
- Die Teilgruppen, die jeweils kürzer behandelt wurden (grau unterlegt), als dies in der adaptiven Indikationsstellung ermittelt wurde, schneiden schlechter ab. Dies trifft besonders für den Jahrgang 1997 zu, bei dem ein überwiegender Teil der Behandlungsdauern ohne Einflußmöglichkeit des Indikationsverfahrens a priori durch den Leistungsträger festgelegt wurde. Besonders deutlich zeigt sich dieser Befund bei den in der adaptiven Indikation als prognostisch ungünstig eingeschätzten Personen.
- Zur Bewertung der Unterschiede zwischen den Stichproben sind auch die unterschiedlichen Proportionen von indizierten und abweichenden Behandlungsdauern wichtig (vgl. Tabelle 2).

Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, daß sich die massive Therapiezeitverkürzung auf den Behandlungserfolg, gemessen am Abstinenzkriterium auswirkt. Dies gilt besonders bei prognostisch ungünstig eingestuften Personen, deren Behandlungsressourcen im Vergleich zu den Jahren vor 1997 am meisten beschnitten wurden. Die Ergebnisse stützen weiterhin die Annahme, daß eine adaptive Indikationsstellung, die nach dem in der Klinik angewendeten Verfahren je nach individueller Gesamtprognose den Behandlungsrahmen von 14 bis 26 Wochen ausschöpfen kann, ein geeignetes Vorgehen ist, um eine mittlere Gesamtprognose durch mehr individualisierte Behandlung auszugleichen, während die Kompensation einer ungünstigen Prognose zumindest teilweise gelingt. Demgegenüber erscheint eine a-priori-Begrenzung der Behandlungsdauer vor allem für Personen von Nachteil, die aufgrund dessen kürzer, als durch das Indikationsverfahren ermittelt, behandelt werden müssen.

3.6 Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit

Im Folgenden sollen die Ergebnisse zum 2. Erfolgskriterium in der 1-Jahreskatamnese, der Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen betrachtet werden. Die Datenbasis ist hier allerdings eingeschränkt. Sie bezieht sich auf die Katamneseantworter, die den Katamnesebogen ausgefüllt haben, das sind 53,5% der Gesamtstichprobe. Die Antworten auf Ordinalskalenniveau wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit nachträglich dichotomisiert.

Tab. 7: Zufriedenheit mit Lebensbereichen, 1989-1996 vs. 1997

Zufriedenheit mit Lebensbereichen	N Antwort	1989-1996	1997
Zufriedenheit mit der Partnerschaft	2759	77,4%	74,5%
Zufriedenheit mit der Familie	2849	85,5%	85,1%
Zufriedenheit mit der Freizeit	2885	82,5%	84,4%
Zufriedenheit mit der Wohnsituation	2872	86,5%	88,1%
Zufriedenheit mit der Arbeitssituation	2793	71,5%	71,7%
Zufriedenheit mit den Finanzen	2886	73,4%	70,3%
Zufriedenheit mit der seelischen Verfassung	2893	85,2%	79,5%

Bei beiden Stichproben zeichnen sich ähnlich hohe Zufriedenheitswerte ab. Am niedrigsten sind die Werte für die Arbeitssituation und die finanzielle Situation.

Tab. 8: Zufriedenheit mit Lebensbereichen, Abstinente vs. Rückfällige

Zufriedenheit mit Lebensbereichen	N Antwort	A + AnR	R + R per Def.
Zufriedenheit mit der Partnerschaft	2759	82,8%	57,4%
Zufriedenheit mit der Familie	2849	91,4%	65,6%
Zufriedenheit mit der Freizeit	2885	89,5%	60,5%
Zufriedenheit mit der Wohnsituation	2872	89,9%	76,5%
Zufriedenheit mit der Arbeitssituation	2793	78,6%	48,0%
Zufriedenheit mit den Finanzen	2886	76,9%	48,6%
Zufriedenheit mit der seelischen Verfassung	2893	87,0%	54,8%

Ein deutlicher Unterschied zeichnet sich zwischen den nach DGSS 4 in der Katamnese als abstinent – dies beinhaltet die Kategorie abstinent nach Rückfall - und den als rückfällig eingestuften Personen ab. Rückfällige sind z.B. nur zu ca. 48% mit ihrer Arbeitssituation und ihren Finanzen zufrieden.

Tab. 9: Zufriedenheit mit Lebensbereichen, Personen mit indizierter vs. Personen mit abweichender Behandlungsdauer

Zufriedenheit mit Lebensbereichen	Übereinstimmung von indizierter und tatsächlicher Behandlungsdauer gegeben?	Stichproben			
		1989-1996		1997	
		Ant-wor-ter	Zufrie-denheit in %	Ant-wor-ter	Zufrie-denheit in %
Zufriedenheit mit der Partnerschaft	übereinstimmend	1672	79,3%	205	76,1%
	abweichend	580	73,4%	198	72,2%
Zufriedenheit mit der Familie	übereinstimmend	1718	86,8%	217	87,1%
	abweichend	592	83,4%	214	82,2%
Zufriedenheit mit der Freizeit	übereinstimmend	1740	84,4%	217	87,1%
	abweichend	605	78,5%	214	81,3%
Zufriedenheit mit der Wohnsituation	übereinstimmend	1731	87,6%	215	90,2%
	abweichend	601	84,0%	217	85,3%
Zufriedenheit mit Arbeitssituation	übereinstimmend	1697	73,5%	210	74,3%
	abweichend	585	67,9%	199	69,3%
Zufriedenheit mit den Finanzen	übereinstimmend	1740	72,2%	215	77,7%
	abweichend	606	65,2%	217	69,1%
Zufriedenheit mit seelischer Verf.	übereinstimmend	1741	80,6%	217	86,6%
	abweichend	608	73,5%	218	83,9%

Interessant ist auch die Differenzierung zwischen Personen, die in der indizierten versus solchen, die nicht in der indizierten Behandlungsdauer behandelt wurden. Die Werte unterscheiden sich zwischen 3% und 8,5% zugunsten der in der indizierten Behandlungsdauer behandelten Personen.

4. Schlußfolgerungen

Die Untersuchung hat rein deskriptiven Charakter und weist erste Ergebnisse aus. Spezifische weitere Auswertungen zur Indikationsstellung und zum Zusammenhang von Prognose, Behandlungsdauer und Therapieerfolg werden derzeit vorgenommen und zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht. Die bisher vorliegenden Teilergebnisse stützen die in dieser Studie getroffene Aussagen.

Ein randomisiertes Untersuchungsdesign, das die Patienten nach Zufall den drei Therapiezeitklassen zuweist, ist deshalb nicht möglich, weil alle Patienten Anspruch auf die von den Fachleuten der Klinik als am besten geeignet angesehene Behandlung haben. Die Studie hat aber dennoch aufgrund des Untersuchungsdesigns als prospektive Katamneseuntersuchung mit zwei Gruppen, die unterschiedlichen Therapiezeitbestimmungen unterliegen, einige Aussagekraft:

- Es handelt sich um eine Totalerhebung aller im Zeitraum von 9 Jahren behandelten Patienten.
- Die Datenerfassungsquoten von Basisdokumentation und Indikationsverfahren sind als sehr hoch, die Datenerfassungsquote der Katamnese als vergleichsweise hoch anzusehen.
- Das Behandlungskonzept, personelle Bedingungen und andere Faktoren der Strukturqualität sind über den Zeitraum 1989-1996 stabil geblieben. Die Veränderungen im Behandlungsprogramm setzen Anfang 1997 ein und sind überwiegend an die Bedingung ‚Behandlungsdauer‘ gebunden. Die Verkürzung der Behandlungsdauer durch a-priori-Festsetzung der Kostenträger setzt mit Beginn 1997 ein.
- Die Klientel bleibt nach ausgewählten Kriterien der Basisdokumentation über den gesamten Zeitraum mit geringen Abweichungen stabil, so daß Selektionseffekte auf den Therapieerfolg weitgehend ausgeschlossen werden können.
- Alle Patientenjahrgänge werden nach dem selben Verfahren im ersten Behandlungsabschnitt prospektiv im Sinne einer Prognose auf das Erreichen des Therapieerfolgskriteriums ‚Abstinenz‘ eingeschätzt woraus sich eine Prognose der notwendigen Behandlungsdauer ableitet.
Aufgrund dieser Untersuchungsbedingungen kann man von einem quasi-experimentellen Design ausgehen.

Die nachstehenden Schlußfolgerungen sind meines Erachtens daher unter der Einschränkung, daß eine gezielte Hypothesentestung noch nicht berichtet wurde und es sich um einen deskriptiven Untersuchungsansatz handelt, erlaubt. Es gibt deutliche Hinweise dafür, daß

- es sich lohnt, die Behandlungsdauer nach der prognostischen Ausgangslage zu differenzieren,
- adaptive, prozeßorientierte Indikationsentscheidungen a-priori-Festlegungen der Behandlungsdauer vorzuziehen sind,
- die Gruppe der prognostisch ungünstigen Personen unter den 1997 bestehenden Rahmenbedingungen unterversorgt ist.

Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.)(1985) Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.)(1992) Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Feuerlein W & Küfner H (1989) A prospective multicentre study of in-patient treatment for alcoholics: 18- and 48-month follow up. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 239(3), 144-157.
- Klein M, Missel P, Ott E, Schneider R, Siemon W, Stehr M & Zemlin U (1990) Basisdokumentation Sucht. Weinheim: Beltz.
- Klein M, Missel P, Ott E, Schneider R, Siemon W, Wernado R & Zemlin U (1990) Nachbefragungsbogen zur Stationären Entwöhnungsbehandlung. Saarbrücken: Allgemeine Hospital Gesellschaft.

Maier-Riehle B & Schliehe F (1998) Auswirkungen der Spargesetze auf die Suchtrehabilitation. *Sucht aktuell* 3+4, 9-15.

Süss HM (1988) Evaluation von Alkoholismustherapie. Freiburg, Schweiz: Lambertus.

Zemlin U (1997) Das Behandlungssystem für suchtkranke Menschen im Jahr 2000: Entwicklungslinien und Forderungen aus fachlicher Sicht. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) Das „Beste“ für den Suchtkranken. Geesthacht: Neuland.

Zemlin U & Missel P (1987) Indikations- und Prognoseinventar zur Alkoholismustherapie der Fachklinik Willhelmsheim (IPA-WH). Oppenweiler: Fachklinik Willhelmsheim, unveröffentlicht.

Zemlin U & Kolb W (1990) Therapiekonzept der Fachklinik Willhelmsheim. Oppenweiler: Fachklinik Willhelmsheim, unveröffentlicht.

Zemlin U & Herder F (1994) Ergebnisse der summativen und differentiellen Evaluation eines individualisierten stationären Behandlungsprogrammes für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *PRAXIS der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 27,128-192.

Zemlin U, Thau M, Herder F, Bürgel S, Pinocy L, Schopf W & Schreiber R (1999) Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker: Konzeptbeschreibung und Evaluation des Kurzzeitprogrammes der Fachklinik Willhelmsheim. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 45, 53-72.

Zemlin U, Schneider B, Braukmann W, Buschmann H, Dehmlow A, Herder F, Jahrreiss R, Missel P, Ott E, Quinten C & Roeb W (1999) Effektivität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker: Ergebnisse einer klinikübergreifenden Ein-Jahreskatamnese in fünf Fachkliniken. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 47.

Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen / Fachverband Sucht e.V. - Geesthacht : Neuland, 2000

(Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; 23)
ISBN 3-87581-201-8