

Lohnt sich eine längere Behandlungsdauer bei Therapiewiederholern?

Ergebnisse einer vergleichenden katamnestischen Auswertung zweier Patientenstichproben mit unterschiedlichen Behandlungsressourcen¹

Uwe Zemlin

1. Fragestellung

Im Herbst 1996 wurde im Rahmen der Spargesetze der Bundesregierung mit Wirkung vom 1.1.1997 das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz verabschiedet. Mit der Umsetzung des WFG wurden erhebliche Einsparungen in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vorgenommen, die die Rahmenbedingungen der Entwöhnungsbehandlung Abhängigkeitskranker veränderten. Die Kranken- und Rentenversicherungsträger sahen sich vor die schwierige Aufgabe gestellt, gesetzlich festgeschriebene Einsparvorgaben durch geeignete Maßnahmen zu gewährleisten. In „Gemeinsamen Aussagen der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Umsetzung der Spargesetze im Bereich der Rehabilitation von Suchtkranken“ wurden verschiedene Vorhaben genannt (vgl. Maier-Riehle & Schliehe, 1998) wie z.B.

- die Überprüfung der Zugangskriterien für Suchtkranke,
- die Überprüfung und Modifikation der Leitlinien zur Entscheidung zwischen ambulanten und stationären Maßnahmen,
- die Weiterentwicklung der Rehakonzepte im Sinne von zeitlicher und struktureller Flexibilisierung und Vernetzung,
- stärkere Berücksichtigung des Preis-Leistungs-Verhältnisses,
- Verkürzung der stationären Entwöhnung und stärkere Nutzung von Kurzzeittherapien, sowie
- eine deutlich kürzere Behandlungsdauer bei erneuter Inanspruchnahme nach regulär abgeschlossener Rehabilitation.

Diese Vorschläge bedeuten nichts weniger als eine Modifikation der Regeln, die bei der Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen und bei der selektiven Indikationsstellung für die geeignete Rehamassnahme Anwendung finden sollen. Im Verbund mit anderen Maßnahmen, die letztlich auf eine stärkere Selektion hinauslaufen bzw. eine stärkere Nutzung ambulanter Rehabilitation oder kostengünstigerer Aufgabenteilungen innerhalb des Rehasystems gewährleisten sollen,

¹ Eine ausführliche und um einige Fragestellungen erweiterte Fassung der hier vorliegenden Untersuchung findet sich in Zemlin, Herder & Dornbusch, 1999.

ist es vor allem die Verkürzung der Therapiedauer, die die vom Gesetzgeber geforderte substantielle Einsparung sicher stellen soll.

Die Verkürzung der Behandlungsdauer trifft dabei Personen in besonderem Maße, die eine erneute Behandlung in Anspruch nehmen wollen. Für sogenannte Wiederholerbehandlungen steht seither im Durchschnitt deutlich weniger Therapiezeit zur Verfügung als vor den Sparmaßnahmen. Die Behandlungsdauern wurden von den Rentenversicherungsträgern auf 6, 8 oder 10 Wochen gekürzt, nur noch wenigen Wiederholern wurde eine Behandlung von 16 Wochen bzw. 4 Monaten genehmigt, Behandlungsdauern über 4 Monate wurden nicht mehr bewilligt. Nicht selten benötigen aber gerade Therapiewiederholer nach klinischer Einschätzung eine längerfristige Behandlung, besonders wenn es sich bei ihren Fällen um chronifizierte Verläufe, schwierige soziale Verhältnisse und krisenhafte Zuspitzungen handelt. Behandlungspläne mußten infolge der pauschalen Kürzung um wichtige Zielbereiche reduziert werden, bzw. die Bearbeitung von Zielbereichen mußte in die ambulante Nach- oder Weiterbehandlung delegiert werden, wobei dort allerdings auch nicht mehr Ressourcen zur Verfügung standen als vorher. Dies hatte Folgen auch für die Schwerpunktsetzung in den stationären Behandlungsprogrammen. Eine stärkere Fokussierung auf Rückfallbearbeitung und Rückfallprävention zulasten anderer Zielbereiche war die Folge. In einzelnen Kliniken entstanden 6-wöchige Behandlungsprogramme für kurzfristig rückfällige Personen. In der Fachklinik Wilhelmsheim wurde im Rahmen des bestehenden und bewährten Behandlungsprogrammes für Wiederholer (Zemlin U, Herder F, Kaya D, Nickl H, Riegraf U & Schell W, 1995) eine weitere Fokussierung auf die Rückfallbewältigungskompetenzen und die berufliche und soziale Reintegration vorgenommen.

Wenn indessen in manchen Behandlungsbereichen aufgrund substantieller Reduktion der Behandlungsdauer auf z.T. über 50% des früher in vergleichbaren Fällen gewährten Behandlungsumfanges nur noch anbehandelt werden kann bzw. in die Nachbehandlung delegiert werden muß, so kann dies nicht ohne Folgen für die Behandlungsqualität geschehen. Gerade für die Gruppe der Therapiewiederholer mußte deshalb ein stärkerer Rückgang der Therapieerfolgsquoten befürchtet werden.

1997 wurde die Begleitforschung der Fachklinik auf die in der Fachwelt antizipierten negativen Auswirkungen der veränderten Rehabbedingungen ausgerichtet und eine Studie durchgeführt, die klären sollte, ob die erwarteten negativen Effekte der Therapiezeitverkürzung auf den Therapieerfolg auch eintraten. Der vorliegende Beitrag konzentriert sich dabei auf die Untersuchung der Verkürzungseffekte bei stationären Therapiewiederholern.

In der vorliegenden Studie wird untersucht

- wie sich Erstbehandelte und Therapiewiederholer hinsichtlich prognostisch bedeutsamer Merkmalsbereiche unterscheiden,
- wie sich der Therapieerfolg von Erstbehandelten und Therapiewiederholern unterscheidet,
- wie sich die Festlegung der Behandlungsdauer bei Erstbehandelten und Wiederholern unterscheidet,

- ob innerhalb der Teilgruppe der Wiederholer und zwar
 - a) unter den bis 1996 vorhandenen Behandlungsressourcen und
 - b) unter den 1997 reduzierten Behandlungsressourcen die prognostischen Unterschiede durch individualisierte Behandlung noch ausgeglichen werden können, bzw.
- wie sich die seit 1997 erfolgte drastische Verkürzung der Behandlungsdauern bei Wiederholern auf den Behandlungserfolg auswirkt.

Die Untersuchung arbeitet mit den in der Rehaerfolgsforschung üblichen Mitteln, wie Eingangsmessung und Experteneinschätzung vorhandener Problembereiche, Verlaufs- und Abschlusserhebung und katamnestische Nachbefragung und ist deskriptiv angelegt, da ein experimentelles Design bei gleichzeitiger Gewährleistung einer optimalen Behandlung in jedem Einzelfall nicht realisierbar ist.

Die Studie soll dazu dienen, Kostenträgern und Behandlern Daten zur Verfügung zu stellen, um die durch die Spargesetze entstandene schwierige Situation in einem Teilbereich der medizinischen Rehabilitation bewerten zu können und durch geeignete prinzipielle Entscheidungen möglichst einige der zu erwartenden Nachteile für die Patienten aufzufangen.

2. Indikationsmodell und Behandlungsprogramm der Fachklinik

1987 wurde das bis dato verhaltenstherapeutisch orientierte 6-Monatsprogramm der Fachklinik in ein systemisch orientiertes Kurzzeitprogramm mit 8 Wochen und ein verhaltenstherapeutisch orientiertes individualisiertes Behandlungsprogramm mit variablen Behandlungsdauern von 14 bis 26 Wochen umgewandelt (Zemlin und Kolb, 1990).

Die Kurzzeitbehandlung ist nicht Gegenstand dieser Untersuchung, entsprechend geht auch die Kurzzeitklientel, die der Fachklinik durch selektive Indikationsstellung der Leistungsträger und Beratungsstellen zugewiesen wird, nicht in die Untersuchung ein². Die Untersuchung beschränkt sich damit auf das sogenannte Langzeitklientel.

Im individualisierten Programm der Klinik, das mit 4 Therapiebereichen á 48 Patienten die Langzeitbehandlung fortführte, wurden 1987/88 grundlegende Veränderungen durchgeführt, die, von der Weiterentwicklung einzelner Programmbestandteile abgesehen, bis 1996 Bestand hatten:

1. Die Behandlungsdauer wurde nach der Schwere der Gesamtsituation bzw. der prognostischen Ausgangssituation abgestuft. Zur diagnostischen Differen-

zierung wurde ein Verfahren (Zemlin & Missel, 1987; Zemlin & Herder, 1994b) eingeführt, das die Befunderhebung standardisierte und ermöglichte, für jeden Patienten eine nach klinikübergreifend definierten Indikationsregeln ermittelte individuelle Prognose in der Abstufung ‚günstig – mittel – ungünstig‘ zu erstellen. Je nach Prognose wurde eine bestimmte Therapiezeit zugeordnet (günstig: bis 14 Wochen; mittel: bis 20 Wochen; ungünstig: bis 26 Wochen). Auf diese Weise ergab sich eine über die Jahre weitgehend gleich verteilte Differenzierung der Behandlungsdauern.

2. Die Behandlungsmaßnahmen wurden aufgeteilt in Maßnahmen, die jedem Patienten zugute kamen (z.B. Gruppentherapie, Vorträge und Nachbereitung in der Basisgruppe, Ergo-/Kunsttherapie, medizinische Basisversorgung usw.) und Maßnahmen, die nach Indikation in den individuellen Therapieplan aufgenommen wurden (z.B. indikative Gruppentherapien, Einzeltherapie, spezifische medizinische und diätetische Maßnahmen, Sporttherapie, Arbeitstherapie, Sozialberatung usw.).
3. Die Grundannahme des individualisierten Therapiekonzeptes wurde in der Kompensationshypothese formuliert: eine weniger günstige prognostische Ausgangssituation kann durch mehr spezifische Behandlung ausgeglichen werden.

1995 wurde unter Beibehaltung der Indikationsprinzipien der individualisierten Behandlung eine Programmspezialisierung für Therapiewiederholer eingeführt, die sich stärker an den Prinzipien der sozial-kognitiven Lerntheorie bzw. der Rückfallforschung orientierte und eine stärkere Prioritätensetzung auf Rückfallprävention und berufliche und soziale Reintegration gewährleistete, dabei aber auf dieselbe Angebotsbreite therapeutischer Maßnahmen und dieselben Prinzipien zur Bestimmung der Behandlungsdauer zurückgreifen konnte, die auch den Erstbehandelten zur Verfügung standen.

Ab 1997 wurden die Behandlungsdauern im Therapiezeitspektrum jenseits von 4 Monaten praktisch gekappt. Therapiewiederholer wurden mehrheitlich zwischen 6 und 10 Wochen behandelt, was in vielen Fällen einer Halbierung der vormals aufgewendeten Behandlungsdauer entsprach. Die adaptive Festlegung der Therapie-dauer in der Fachklinik nach dem skizzierten Indikationsmodell war damit nicht mehr möglich, da große Teile der mittleren Prognosegruppe sowie die ungünstige Prognosegruppe nun nicht mehr in der nach dem hausinternen Indikationsverfahren angezeigten Behandlungsdauer behandelt werden konnten. Damit wurde die adaptive Festlegung der Therapiedauer praktisch durch eine a-priori-Festlegung des Kostenträgers ersetzt.

² Aktuelle Ergebnisse zur Evaluation der Kurzzeitbehandlung finden sich in Zemlin, Thau, Herder, Bürgel, Pinocy, Schopf und Schreiber, 1999.

3. Untersuchungsaufbau und Untersuchungsmethoden

Abb. 1: Untersuchungsdesign

Untersuchungsdesign	
Art der Untersuchung:	<ul style="list-style-type: none"> - prospektive Katamneseuntersuchung - Anlehnung an die Standards der DGSS (1985, 1992)
Datenbasis:	<ul style="list-style-type: none"> - Totalerhebung (9 Entlassjahrgänge) - alle Patienten N = 5157 bzw. reguläre Entlassungen N = 4025 - Erstbehandelte N = 3591 bzw. Wiederholer N = 1566 - Stichprobe 1989-1996 N = 4413 versus Stichprobe 1997 N = 744
Prognostische Einstufung:	<ul style="list-style-type: none"> - nach Prognoseindex IPA-WH
Therapiezeitfestlegung:	<ul style="list-style-type: none"> - Stichprobe 1989-1996: überwiegend nach Prognoseindex (adaptive Indikation) - Stichprobe 1997: überwiegend per Kostenbewilligung (a priori Festlegung)
Datenerhebung:	<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)
Auswertungen:	<p>Vergleich von Erstbehandelten und Wiederholern nach soziodemografischen und klinischen Merkmalen</p> <p>Vergleich des Indikationsprocedere bei Erstbehandelten und Wiederholern</p> <p>Deskriptive Analyse von Prognose, Indikationsstellung und Therapieerfolg bei Wiederholern:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prognose und Therapieerfolg - Behandlungsdauer und Therapieerfolg - Prognose, Behandlungsdauer und Therapieerfolg <p>Deskriptive Analyse zum Therapieerfolgsmerkmal Zufriedenheit mit Lebensbereichen</p>

Es handelt sich um eine prospektive Katamneseuntersuchung für alle Patienten, die in den Jahrgängen 1989 bis 1997 im individualisierten Behandlungsprogramm der Fachklinik Wilhelmsheim behandelt wurden. Dabei werden folgende Stichproben ausgewertet:

Therapiewiederholer, das sind Personen, die früher bereits an einer stationären Entwöhnungsbehandlung teilgenommen hatten, im Vergleich mit Erstbehandelten, sowie innerhalb dieser Teilgruppen:

- Personen, die mittels des klinikinternen Indikations- und Prognoseinventares als ‚prognostisch ungünstig‘ eingeschätzt wurden versus Personen, die als ‚prognostisch mittel‘ bzw. als ‚prognostisch günstig‘ eingestuft wurden
- Personen, die bis 1996 unter weitgehend konstanten Behandlungsbedingungen in der Fachklinik behandelt wurden versus Personen, die 1997 mit reduzierten Ressourcen, d.h. insbesondere im Rahmen einer a priori festgelegten, stark verkürzten Verweildauer behandelt wurden.

Die Studie orientiert sich an den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1985,1992).

Folgende Hypothesen werden überprüft:

1. Wiederholer sind gegenüber Erstbehandelten stärker chronifiziert und weniger gut beruflich und sozial integriert.
2. Prognostisch ungünstig eingeschätzte Wiederholer sind stärker von der Therapiezeitverkürzung betroffen als prognostisch günstig und als prognostisch mittel eingeschätzte Personen.
3. Wiederholer sind von der Therapiezeitverkürzung stärker betroffen als Erstbehandelte.
4. Wiederholer weisen in der 1-Jahreskatamnese schlechtere Ergebnisse auf als Erstbehandelte.
5. Die Therapieerfolgsquote geht besonders bei Personen zurück, die nicht mehr ausreichend lange in der indizierten Behandlungsdauer behandelt werden können.

Die Strukturqualität der individualisierten Behandlung in der Fachklinik Wilhelmsheim auf der Grundlage eines definierten Therapiekonzeptes ist, wie in verschiedenen Publikationen und Jahresberichten ausgewiesen wurde, konstant geblieben. Die Klientel hat im Zeitraum 1989 bis 1996 ebenfalls keine substantiellen Veränderungen erfahren. Auch dieser Sachverhalt ist durch regelmäßige jährliche Untersuchungen belegt. Entsprechend sind auch die Behandlungsergebnisse in der Zeitreihe der Jahrgänge 1989 bis 1996 stabil geblieben (Zemlin und Herder, 1994a, 1996, 1997, 1998). Dies rechtfertigt die Zusammenfassung der Jahrgänge 1989 bis 1996 zu einer Stichprobe, der wiederum der komplette Entlassjahrgang 1997 gegenübergestellt wird, um die Auswirkungen der veränderten Behandlungsressourcen zu untersuchen. Die Untersuchung erhält damit den Charakter eines quasi-experimentellen Designs.

Da angenommen werden kann, daß sich im Zuge der Umsetzung der Sparmaßnahmen das gesundheitspolitische Klima verändert hat und damit auch das Antragsverhalten der Versicherten und die Bewilligungspraxis der Leistungsträger und, entsprechend der eingangs zitierten ‚Gemeinsamen Aussagen der Spitzenverbände‘, Auswirkungen einer veränderten Bewilligungspraxis auf die Patientenselektion nicht ausgeschlossen werden können, wurden Stichprobenvergleiche nach soziodemografischen und klinischen Merkmalen vorgenommen.

Zur Datenerhebung wurden neben dem klinikinternen ‚Indikations- und Prognoseinventar‘ (IPA-WH, Zemlin & Missel, 1987) die jeweils gültigen Versionen der ‚Basisdokumentation Sucht‘ (Klein et al., 1990) sowie der ‚Katamnese Sucht‘ (Klein et al., 1990) eingesetzt.

Die Studie erfolgte als Totalerhebung aller in den 9 Behandlungsjahrgängen behandelten Patienten (N = 5157) und konzentriert sich auf den Vergleich von Erstbehandelten (N = 4491) und Wiederholern (N = 1566) bzw. auf die Teilstichproben der Erstbehandelten und Wiederholer ‚1989-1996‘ versus ‚1997‘.

Die Untersuchung umfaßt alle Patienten der Behandlungsjahrgänge 1989 bis 1997. Für alle Patienten liegen Basisdokumentationsdaten vor. Für 93,1% der Stichprobe 1989-1996 und für 94,8% der Stichprobe 1997 liegen Indikationsdaten vor. Bezogen auf die regulär entlassenen Patienten liegt die Erfassungsquote für Indikationsdaten bei 98,1% bzw. 96,3%. Erstbehandelte und Wiederholer unterscheiden sich hinsichtlich der Basisdokumentations- und Indikationsdaten-Erfassungsquoten nur unwesentlich. Katamnese-daten liegen für 73,8% der Stichprobe 1989-1996 und für 72,8% der Stichprobe 1997 vor. Die Katamneseausschöpfungsquoten für reguläre Entlassungen liegen bei 79,2% bzw. 76,3%. Die Erfassungsquote für Katamnese-daten liegt bei den Wiederholern zwischen 8 und 11% niedriger als bei den Erstbehandelten.

4. Ergebnisse

4.1 Ergebnisse zur Beschreibung von Erstbehandelten und Wiederholern⁴

Der Vergleich von Erstbehandelten und Wiederholern wird für beide Stichproben (‚1989-1996‘ und ‚1997‘) getrennt vorgenommen, um überprüfen zu können, ob die Teilgruppen sich hinsichtlich wesentlicher Merkmale verändert haben.

Die beiden Untersuchungsstichproben enthalten ähnlich große Anteile von Wiederholern an der Gesamtklientel. Der Anteil der Wiederholer an der Stichprobe 1989-1996 beträgt 30,3%, in der Stichprobe 1997 28,3%. Der Unterschied von 2% liegt im Bereich der jährlichen Schwankungsbreite, ein systematischer Rückgang an Wiederholerbehandlungen in 1997 kann daher ausgeschlossen werden.

Die Teilstichproben der Erstbehandelten und der Wiederholer wurden anhand einiger soziodemografischer Merkmale, Merkmalen der sozialen Stabilität, Chronifizierungsmerkmalen und Behandlungsmerkmalen verglichen³. Die Unterschiede werden für beide Zeitstichproben ausgewiesen und kommentiert.

³ Ausführliche Angaben bei Zemlin, Herder & Dornbusch, 1999.

Die wichtigsten Unterschiede:

Geschlecht: in Stichprobe 1997 steigt der Anteil der Frauen bei den Erstbehandelten gegenüber der Vorjahrestichprobe an, während der Anteil der Frauen bei den Wiederholern weitgehend gleich bleibt.

Alter: keine substantiellen Unterschiede

Kostenträger: keine substantiellen Unterschiede

Familienstand: Wiederholer sind seltener ‚verheiratet und zusammenlebend‘ (1989-1996: 32,0% zu 40,9%; 1997: 22,5% zu 40,1%), aber häufiger ‚geschieden‘ (1989-1996: 33,2% zu 23,6%; 1997: 37,1% zu 23,0%). Der Unterschied ist 1997 etwas ausgeprägter.

Partnerbeziehung: Wiederholer sind geringfügig häufiger ‚dauerhaft partnerlos‘ und geringfügig seltener ‚in fester Partnerschaft‘. Der Unterschied zeigt sich in beiden Stichproben.

Haushalt: etwas weniger Wiederholer als Erstbehandelte leben im eigenen Haushalt (A: 73,6% zu 79,2%; B: 77,9% zu 86,8%), entsprechend häufiger in anderen Unterbringungsformen bzw. sind häufiger wohnungslos. Die Unterschiede sind 1997 etwas ausgeprägter.

Schulbildung: Unterschiede zeigen sich hier nur in der Stichprobe 1997. Relativ mehr Wiederholer als Erstbehandelte haben die Sonderschule bzw. die Hauptschule ohne Abschluß besucht, relativ weniger Wiederholer als Erstbehandelte haben einen Hauptschulabschluß, aber mehr Wiederholer als Erstbehandelte Mittlere Reife oder Abitur ohne Studium bzw. Studium ohne Abschluß. Die Unterschiede sind schwer interpretierbar und lassen vermuten, daß bei den Landesversicherungsanstalten und der BfA auch an der Schulbildung orientierte Kriterien bei der Zuweisung eine Rolle spielen.

Abgeschlossene Berufsausbildung: Erstbehandelte haben in der Stichprobe 1997 häufiger eine abgeschlossene Berufsausbildung (1989-1996: kein Unterschied; 1997: 80,6% zu 72,8%).

Letzter beruflicher Status: der Arbeiteranteil bei Wiederholern ist in der Stichprobe 1997 etwas höher als bei den Erstbehandelten, ansonsten keine substantiellen Unterschiede.

Berufsausübung vor Antritt der Behandlung: Wiederholer sind seltener im Beschäftigungsverhältnis (1989-1996: 40,1% zu 53,4%; 1997: 38,0% zu 50,8%), aber häufiger arbeitslos (1989-1996: 43,5% zu 33,3%; 1997: 52,6% zu 40,5%).

Überwiegender Lebensunterhalt im letzten halben Jahr: Wiederholer beziehen ihren Lebensunterhalt seltener aus der eigenen Erwerbstätigkeit (1989-1996: 41,2% zu 55,2%; 1997: 27,7% zu 41,8%), beziehen aber häufiger Arbeitslosenhilfe (1989-1996: 10,9% zu 6,6%; 1997: 19,2% zu 8,1%).

Hauptabhängigkeitsdiagnose: keine substantiellen Unterschiede

Suizidale Handlungen: Bei Wiederholern finden sich häufiger suizidale Handlungen in der Vorgeschichte (1989-1996: 23,0% zu 13,2%; 1997: 15,5% zu 6,8%).

Stationäre Entgiftungsbehandlungen: Erstbehandelte haben häufiger keine oder nur eine stationäre Entgiftung in der Vorgeschichte, Wiederholer dagegen häufiger 2 oder mehr.

Erstbehandelte und Wiederholer unterscheiden sich hinsichtlich einiger prognostisch bedeutsamer Merkmale. Erstbehandelte sind in einigen Aspekten etwas häufiger sozial und beruflich integriert und erscheinen in einigen Aspekten etwas weniger chronifiziert (suizidale Handlungen, Entgiftungen in der Vorgeschichte). Die Ergebnisse bestätigen Hypothese 1.

Die Daten geben keine Hinweise darauf, daß sich die Wiederholerklientel von 1997 in wichtigen Merkmalen gegenüber früheren Jahrgängen verändert hat. Es gibt damit keine Hinweise auf systematische Selektionseffekte, die mögliche Unterschiede in den Behandlungsergebnissen erklären könnten.

4.2 Ergebnisse zu Indikationsstellung und Behandlungsdauer

Die folgenden Angaben beziehen sich überwiegend auf alle regulär entlassenen Personen, für die Angaben zur Indikation vorliegen (N = 4037), da der Zusammenhang zwischen indizierter und tatsächlicher Behandlungsdauer unter den jeweiligen Bedingungen dargestellt werden soll. Irreguläre Behandlungsbeendigungen unterliegen nicht der adaptiven Behandlungsplanung und würden die Zusammenhänge verwischen. Ergänzend werden Angaben auf der Grundlage der Gesamtstichprobe (N = 5157) gemacht.

Zunächst soll die Auswirkung der kürzeren Kostenbewilligungsbescheide auf die durchschnittliche Behandlungsdauer untersucht werden.

Tab. 1: Durchschnittliche Behandlungsdauern bei Erstbehandelten und Wiederholern, N=5157

Stichprobe	Durchschnittliche Behandlungsdauer	Standardabweichung	Anzahl behandelter Patienten
Erstbehandelte 1989-96	126,14	44,43	3060
Wiederholer 1989-96	123,18	48,17	1353
Erstbehandelte 1997	100,97	35,58	531
Wiederholer 1997	84,40	38,02	213

Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei Erstbehandelten der Stichprobe 1989-1996 liegt ca. 3 Tage über der Behandlungsdauer der Wiederholer (126,1 Tage versus 123,2 Tage). Von dieser geringen Abweichung abgesehen, werden also Erstbehandelte und Wiederholer im wesentlichen gleich lange behandelt. 1997 liegt der Unterschied bei 15,7 Tagen. Wiederholer werden 1997 also im Durchschnitt kürzer behandelt als Erstbehandelte. 1997 sinkt die durchschnittliche Behandlungsdauer der Erstbehandelten um 25 Tage auf 101 Tage, die der Wiederholer aber um 39,2 Tage auf insgesamt nur 84,4 Tage. Die Wiederholer sind also von den kürzeren Bewilligungsdauern in 1997 erheblich stärker betroffen (vgl. Tabelle 1).

Die Daten für die regulär entlassenen Patienten unterstreichen dies. In der Stichprobe von 1989-1996 unterscheiden sich Erstbehandelte (140,8 Tage) und Wiederholer (138,1) nur um 2,7 Tage zugunsten der Erstbehandelten ($T = 2,195$; $df = 1504,8$; $p = n.s.$)⁴, in der Stichprobe 1997 aber um 16,4 Tage (Erstbehandelte: 107,4 Tage, Wiederholer: 91,0 Tage; $T = 5,256$; $df = 268,4$; $p = .000$)⁵. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der regulär entlassenen Wiederholer geht von 138,1 Behandlungstagen in der Stichprobe 1989-1996 (N = 1012) um insgesamt 47,1 Tage auf 91,0 Tage in der Wiederholerstichprobe 1997 (N = 170) zurück ($T = 14,89$; $df = 1180$; $p = .000$), was einem Rückgang von 34,1% entspricht. Demgegenüber reduziert sich die Behandlungsdauer der Erstbehandelten von 140,8 Tagen in der Stichprobe 1989-1996 (N = 2420) um 33,4 Tage auf 107,4 Tage in der Stichprobe 1997 (N = 435) ($T = 21,18$; $df = 582,1$; $p = .000$)⁶. Dies entspricht einer durchschnittlichen Verkürzung von 23,7%. Die Reduktion der Verweildauer zeigt sich wiederum bei den Wiederholern deutlich stärker (vgl. Tabelle 2).

Tab. 2: Durchschnittliche Behandlungsdauern bei Erstbehandelten und Wiederholern, reguläre Entlassungen, N=4037

Stichproben: alle regulär entlassenen Patienten, für die eine adaptive Indikationsstellung vorliegt (N = 4037)

Stichprobe	Durchschnittliche Behandlungsdauer	Standardabweichung	Anzahl behandelter Patienten
Erstbehandelte 1989-96	140,76	28,81	2420
Wiederholer 1989-96	138,14	38,52	1012
Erstbehandelte 1997	107,43	30,46	435
Wiederholer 1997	91,01	36,04	170

Es ist anzunehmen, daß sich Verkürzungen in prognostisch günstig gelagerten Fällen weniger stark auf den Behandlungserfolg auswirken als in prognostisch ungünstig zu beurteilenden Fällen, da bei letzteren die längere Behandlungsdauer zur Stabilisierung nötiger ist. Deshalb soll untersucht werden, wie stark die durchschnittlichen Therapiezeitverkürzungen in den drei Prognosegruppen zu Buche schlagen (vgl. Tabelle 3).

4 Der Levene-Test ergab eine deutliche Ungleichheit der Varianzen, deshalb wurde auf die entsprechende alternative Prüfgröße des T-Tests zurückgegriffen.

5 s.o.

6 s.o.

Tab. 3: Durchschnittliche Behandlungsdauer nach prognostischer Einstufung, Erstbehandelte vs. Wiederholer, reguläre Entlassungen, N = 4037

Stichprobe	Prognose		
	günstig	mittel	ungünstig
Erstbehandelte 1989-1996	99,6 Tage N=248 10,2%	136,3 Tage N=1621 67,0%	172,5 Tage N=551 22,8%
Erstbehandelte 1997	86,4 Tage N=71 16,3%	108,1 Tage N=301 69,2%	128,2 Tage N=63 14,5%
Verkürzung	13,3%	17,8%	25,7%
Wiederholer 1989-1996	81,7 Tage N=75 7,4%	128,7 Tage N=593 58,6%	166,7 Tage N=344 34,0%
Wiederholer 1997	81,2 Tage N=13 7,6%	89,4 Tage N=111 65,3%	97,7 Tage N=46 27,1%
Verkürzung	0,6%	30,5%	41,4%

Wie ist die prognostische Einschätzung von regulär entlassenen Erstbehandelten und Wiederholern verteilt?

In den Stichproben 1989-1996 und 1997 (Angaben in Klammern) ergeben sich folgende Relationen:

- 10,2 % (16,3%) der Erstbehandelten werden prognostisch günstig, 67% (69,2%) prognostisch mittel und 22,8% (14,5%) prognostisch ungünstig eingeschätzt.
- 7,4 % (7,6%) der Wiederholer werden prognostisch günstig, 58,6% (65,3%) prognostisch mittel und 34% (27,1%) prognostisch ungünstig eingeschätzt.

Wiederholer werden also etwas weniger prognostisch günstig und prognostisch mittel, aber häufiger prognostisch ungünstig geratet als Erstbehandelte. 1997 ist die Rate der prognostisch ungünstigen Einschätzungen in beiden Gruppen etwas zurück gegangen.

In der günstigen Prognosegruppe der Stichprobe 1989-1996 unterscheiden sich die durchschnittlichen Behandlungsdauern relativ deutlich. Erstbehandelte werden im Durchschnitt 99,6 Tage behandelt, was ziemlich genau der im Indikationsverfahren vorgesehenen Behandlungsdauer von 14 Wochen entspricht, Wiederholer im Durchschnitt 81,7 Tage. In der mittleren Prognosegruppe liegen Erstbehandelte und Wiederholer fast 6 Tage auseinander (136,3 zu 128,7 Tage) und in der ungünstigen Prognosegruppe beträgt der Unterschied knapp 8 Tage (172,5 zu 166,7 Tage).

1997 bleibt die durchschnittliche Behandlungsdauer für Wiederholer der günstigen Prognosegruppe (81,2 Tage) gegenüber 1989-1996 konstant. Die Verkürzungseffekte zeigen sich hier nur bei den Erstbehandelten, deren durchschnittliche Behandlungsdauer um 13,2 Tage auf 86,4 Tage zurückgeht. Insgesamt bleibt die Situation in dieser Prognosegruppe aber weitgehend stabil, die bewilligten Kostenzusagen liegen im Bereich der nach dem klinikinternen Indikationsverfahren angezeigten Therapiedauern.

Sowohl bei den Erstbehandelten als auch bei den Wiederholern zeigen sich 1997 gegenüber 1989-1996 die stärksten Verkürzungseffekte erwartungsgemäß bei den ‚prognostisch ungünstig‘ eingestuften Personen, deren Behandlungsdauer laut Indikationsverfahren zwischen 21 und 26 Wochen liegen müßte. Die Behandlungsdauer der Erstbehandelten geht dabei von 172,5 auf 128,2 Tage zurück, was einem Rückgang von 44,3 Tagen bzw. 25,7% entspricht. Die Behandlungsdauer der Wiederholer geht deutlich stärker zurück und zwar von 166,7 auf 97,7 Tage. Diese Reduktion um 69 Tage entspricht einem Verkürzungseffekt von 41,4%. Deutliche Verkürzungseffekte ergeben sich auch bei den ‚prognostisch mittel‘ eingeschätzten, deren Behandlungsdauer in der Spanne zwischen 15 und 20 Wochen liegen sollte. Bei den Erstbehandelten reduziert sich die durchschnittliche Verweildauer von 136,3 auf 108,1 Tage, dies entspricht einer Verkürzung um 24,2 Tage (=17,8%). Bei den Wiederholern der mittleren Prognosegruppe ist eine Verkürzung von 128,7 Tagen um 39,3 Tage (=30,5%) auf 89,4 Tage zu verzeichnen.

Eine substantielle Reduktion der durchschnittlichen Behandlungsdauer bedeutet für die Behandlungsplanung, daß in einem erheblichen Teil der Fälle die indizierten Maßnahmen in der verbleibenden Behandlungsdauer nicht mehr unterzubringen sind. Die folgende Auswertung für die Stichprobe der Wiederholer soll klären, wie gut die adaptive Indikationsstellung bezogen auf die Behandlungsdauer unter den veränderten Bedingungen noch umgesetzt werden konnte, d.h. in wie vielen Fällen indizierte und tatsächliche Behandlungsdauer übereinstimmen bzw. nicht übereinstimmen.

Dem Indikationsprocedere der Klinik folgend, müßte eine günstige prognostische Einschätzung einer Behandlungsdauer von bis zu 14 Wochen, eine mittlere Einstufung einer Behandlungsdauer von bis zu 20 Wochen und eine ungünstige Einstufung einer Behandlungszeit von bis zu 26 Wochen entsprechen. Die vorhandenen deskriptiven Daten zur Charakterisierung der Stichproben 1989-1996 und 1997 legen nahe, daß sich die Klientel hinsichtlich wichtiger prognostischer Merkmale nicht unterscheidet, sich daher bei Anwendung derselben Indikationsprinzipien auch dieselbe indikationsgeleitete Verteilung der Behandlungsdauern abzeichnen müßte. Die Verteilung der Wiederholer auf die Behandlungsdauern ist aber in beiden Stichproben hochsignifikant unterschiedlich, was den Einfluß der durch die Kostenträger vorgegebenen Therapiezeitverkürzung auf die klinikinterne adaptive Indikationsstellung nachdrücklich dokumentiert (vgl. Tabelle 4).

Tab. 4: Übereinstimmung von prognostischer Einstufung (günstig, mittel, ungünstig) und Behandlungsdauer (bis 14, bis 20, bis 26 Wochen), Wiederholer, reguläre Entlassungen, 1989-1996 vs. 1997, N = 1182

Stichprobe	Behandlungsdauer	Prognose			Gesamt
		günstig	mittel	ungünstig	
1989-96	bis 14 W.	71 94,7%	106 17,9%	25 7,3%	202 20,0%
	bis 20 W.	4 5,3%	419 70,7%	42 12,2%	465 45,9%
	bis 26 W.	-	68 11,5%	277 80,5%	345 34,1%
	Gesamt	75 100,0%	593 100,1%	344 100,0%	1012 100,0%
1997	bis 14 W.	10 76,9%	71 64,0%	29 63,0%	110 64,7%
	bis 20 W.	3 23,1%	37 33,3%	11 23,9%	51 30,0%
	bis 26 W.	-	3 2,7%	6 13,0%	9 5,3%
	Gesamt	13 100,0%	111 100,0%	46 99,9%	170 100,0%

Abb. 2: Indizierte und tatsächliche Behandlungsdauer für Wiederholer; reguläre Entlassungen; 1989-1996; N = 1012

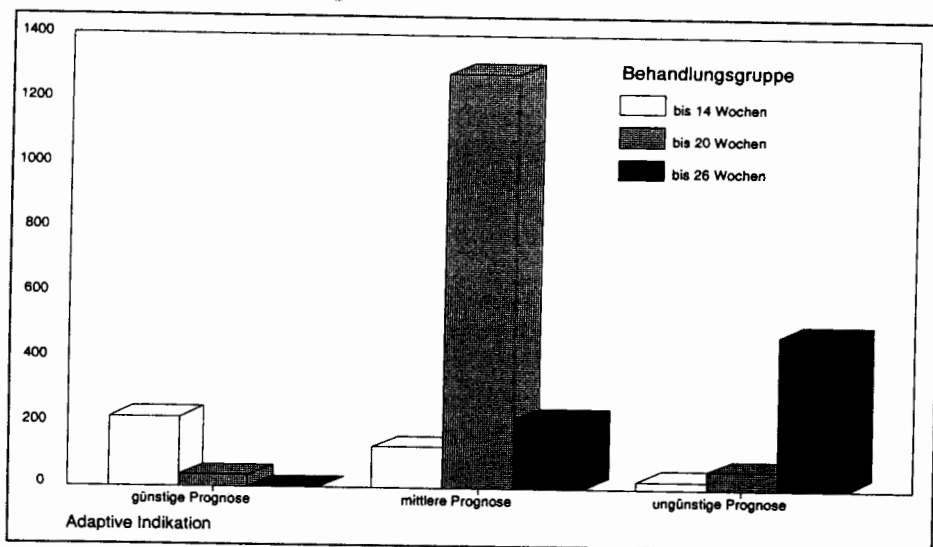
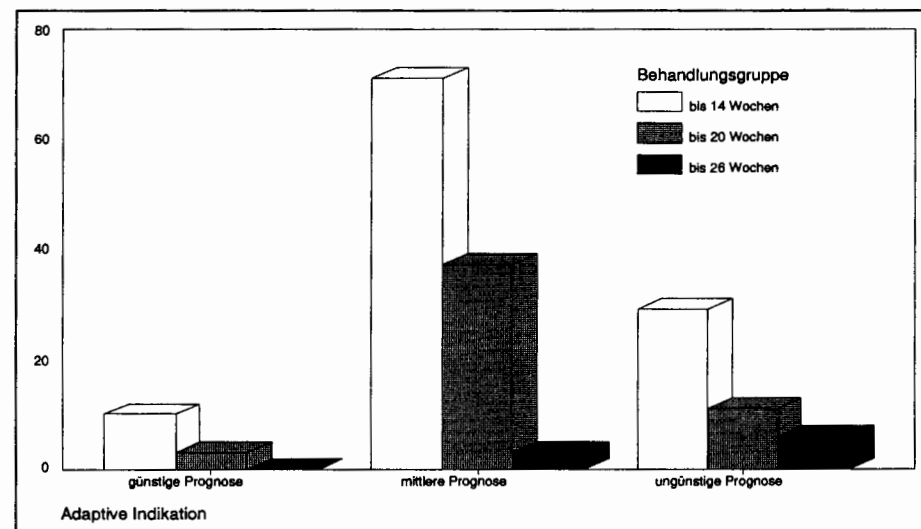


Abb. 3: Indizierte und tatsächliche Behandlungsdauer für Wiederholer; reguläre Entlassungen; 1997; N = 170



Bei den Wiederholern ergibt sich bezüglich der Umsetzung der Prognose in die indizierte Behandlungsdauer folgendes Bild: bei 94,7% der prognostisch günstigen, bei 70,7% der prognostisch mittleren und bei 80,5% der prognostisch ungünstigen Wiederholer aus der Stichprobe 1989-1996 stimmen die in der adaptiven Indikationsstellung ermittelten Behandlungsdauern mit den tatsächlichen überein (vgl. Tabelle 4 und Abbildung 2). 1997 stimmen zwar noch bei 76,9% der prognostisch günstigen, aber nur noch bei einem Drittel der prognostisch mittleren und bei 13% der prognostisch ungünstigen Patienten die indizierten mit den tatsächlichen Behandlungsdauern überein (vgl. Tabelle 4 und Abbildung 3). Die Indikationsstellung bei den Wiederholern ist innerhalb der mittleren und der ungünstigen Prognosegruppe drastisch beeinträchtigt.

Zusammenfassend wird deutlich:

1. Die durchschnittlichen Verweildauern gehen für Erstbehandelte und Wiederholer zurück. Im Vergleich der Prognosegruppen ergeben sich 1997 Verkürzungseffekte zwischen 17,8% und 41,4%.
2. Die indizierten Behandlungsdauern können aufgrund der Therapiezeitverkürzung 1997 weder für die mittlere noch - in deutlich stärkerem Ausmaß - für die ungünstige Prognosegruppe eingehalten werden. Die durchschnittlichen Verweildauern gehen bei der prognostisch mittleren und besonders bei der prognostisch ungünstigen Gruppe deutlich zurück, entsprechend steigt die Quote der indikationsabweichenden Therapiezeitfestlegungen. Hypothese 2 konnte damit bestätigt werden.

3. Die massiven Verkürzungseffekte treffen die Wiederholer in deutlich stärkerem Ausmaß als Erstbehandelte, wie sich am Rückgang der mittleren Verweildauer ablesen läßt. Hypothese 3 kann damit ebenfalls als bestätigt angesehen werden. Darüberhinaus verweisen auch die Quoten indikationsabweichender Therapiezeitfestlegungen in den Prognosegruppen 'mittel' und 'ungünstig', daß hier die Therapiezeitverkürzung die adaptive Indikationsstellung in besonders starkem Ausmaß behindert.

4.3 Ergebnisse zum Erfolgskriterium Abstinenz

Tab. 5: Erfolgsquote nach DGSS 4, alle Patienten, 1989-1996 vs. 1997, N = 5157

Stichprobe	Durchschnittliche Behandlungsdauer	Erfolgsquote Abstinenz A + AnR
Erstbehandelte		
Entlaßjahrgänge 1989-1996 N = 3060	126,1	59,9%
Entlaßjahrgang 1997 N = 531	100,9	55,6%
Wiederholer		
Entlaßjahrgänge 1989-1996 N = 1353	123,2	45,2%
Entlaßjahrgang 1997 N = 213	84,4	36,2%

Erstbehandelte sind in der 1-Jahreskatamnese sowohl unter den alten als auch unter den neuen Rahmenbedingungen deutlich erfolgreicher als Wiederholer (vgl. Tabelle 5). Die Erstbehandelten der Untersuchungsstichprobe 1989-1996 weisen eine katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 4 von 59,9% auf, die Wiederholer von 45,2% (χ^2 nach Pearson 81,34; df 1; $p = .000$). Die Erstbehandelten der Untersuchungsstichprobe 1997 sind zu 55,6% erfolgreich, die Wiederholer nur zu 36,2% (χ^2 nach Pearson 22,90; df 1; $p = .000$). Hypothese 4 kann damit als bestätigt gelten.

Tab. 6: Behandlungsdauer und Therapieerfolg nach DGSS 2 in der 1-Jahreskatamnese, reguläre Entlassungen, Erstbehandelte vs. Wiederholer, N = 4037

Stichprobe	Durchschnittliche Behandlungsdauer	Erfolgsquote Abstinenz A + AnR
Erstbehandelte		
Entlaßjahrgänge 1989-1996 N = 2420	140,8	67,9%
Entlaßjahrgang 1997 N = 435	107,4	61,8%
Wiederholer		
Entlaßjahrgänge 1989-1996 N = 1012	138,1	52,3%
Entlaßjahrgang 1997 N = 170	91,0	40,0%

Die katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 2 (vgl. Tabelle 6), die sich auf die regulär entlassenen Patienten bezieht und die Erfolgskategorien der 1-Jahreskatamnese 'abstinent' und 'abstinent nach Rückfall' zusammenfaßt, sinkt von 67,9% für die Erstbehandelten 1989-1996 auf 61,8% für die Erstbehandelten 1997 und von 52,4% für die Wiederholerstichprobe 1989-1996 (N = 1012) auf 40,0% für die Wiederholerstichprobe 1997 (N = 170).

Der von der Therapiezeitverkürzung betroffene Jahrgang 1997 schneidet damit bei beiden Teilgruppen sowohl nach DGSS 4 als auch nach DGSS 2 schlechter ab, der Rückgang der Erfolgsquote ist aber bei den Wiederholern erheblich deutlicher. Dies läßt angesichts der Tatsache, daß eine Veränderung der Klientel nicht nachgewiesen werden konnte, darauf schließen, daß sich die 1997 erfolgte Therapiezeitverkürzung bei den Wiederholern negativer auswirkt.

4.4 Ergebnisse zum Zusammenhang von Prognose, Behandlungsdauer und Abstinenz

Die Tabelle 7 bringt die indikationskonforme bzw. indikationsabweichende Umsetzung der Behandlungsdauer von prognostisch günstig, prognostisch mittel und prognostisch ungünstig eingeschätzten Erstbehandelten und Wiederholern mit dem Therapieerfolg in Verbindung und untersucht damit den hypothetischen Ursachenfaktor 'Therapiedauer' für die gesunkene Erfolgsquote. Die Daten beziehen sich

auf die regulären Entlassungen mit vorliegenden Indikationsdaten (N = 4037). Die Erfolgsquoten wurden nach DGSS 2 berechnet.

Um den Einfluß der indikationsabweichenden Therapiezeitverkürzung auf deskriptiver Ebene zu untersuchen, wurden die Erfolgsquoten der Patienten mit indikationskonformen und mit indikationsabweichenden Behandlungsdauern verglichen, dies für die Behandlungsbedingungen bis 1996, d.h. mit der Möglichkeit der indikationsgeleiteten Variation der Behandlungsdauer sowie für die Behandlungsbedingungen 1997, d.h. mit a priori eingeschränkter Behandlungsdauer.

Eine ‚indizierte‘ Behandlungsdauer wurde definiert, wenn die Behandlungsdauer dem in der adaptiven Indikationsstellung ermittelten Prognoseindex entsprach (günstig: bis 14 Wochen, mittel: bis 20 Wochen, ungünstig: bis 26 Wochen) oder länger war, d.h. die indizierte Mindestdauer gewährleistet war.

Als ‚kürzer als indiziert‘ wurde die Behandlungsdauer definiert, wenn sie mindestens eine Therapiezeitklasse unter der in der adaptiven Indikationsstellung ermittelten Therapiezeitklasse lag.

Tab. 7: Katamnestische Erfolgsquoten differenziert nach prognostischer Einschätzung in der adaptiven Indikation (günstig, mittel, ungünstig) und nach Behandlungsdauern (‚indiziert‘ versus ‚kürzer als indiziert‘); reguläre Entlassungen; Wiederholer 1989-1996 (N=1012) und 1997 (N=170).

Behandlungsdauer	Erfolgsquote	Adaptive Indikation Prognoseeinschätzung nach IPA-WH			G E S A M T
		günstig 1	mittel 2	un- günstig 3	
WIEDERHOLER 1989 - 1996					
kürzer als indiziert	Erfolgsquote in %	-	51,9	38,8	46,8
	N (Abstinente)	-	55	26	81
indiziert	Erfolgsquote in %	65,3	56,1	45,5	53,4
	N (Zellengröße)	49	273	126	448
Gesamt	Erfolgsquote in %	65,3	55,3	44,2	52,3
	N (Zellengröße)	49	328	152	529
WIEDERHOLER 1997					
kürzer als indiziert	Erfolgsquote in %	-	38,0	17,5	30,6
	N (Abstinente)	-	27	7	34
indiziert	Erfolgsquote in %	61,5	55,0	66,7	57,6
	N (Zellengröße)	8	22	4	34
Gesamt	Erfolgsquote in %	61,5	44,1	23,9	40,0
	N (Zellengröße)	13	111	46	170

Zwar ergibt sich bereits unter den Behandlungsbedingungen von 1989-1996 eine Abstufung entlang der Prognosegruppen (65,3% zu 55,3% zu 44,2%), so daß davon ausgegangen werden muß, daß auch unter den Bedingungen bis 1996 eine Kompensation einer weniger günstigen Prognose durch mehr gezielte Behandlung nicht vollständig gelungen ist. Die Diskrepanzen werden aber 1997 ganz erheblich größer (61,5% zu 44,1% zu 23,9%). Betrag der Abstand in der Erfolgsquote 1989-1996 zwischen den Prognosegruppen jeweils ca. 10 bis 11% so sind es 1997 17 bis 20%. Dies unter Bedingungen, in denen, wie oben dokumentiert, die Kompensation durch mehr gezielte Behandlung aufgrund deutlich reduzierter Behandlungszeiten kaum mehr zu realisieren war.

Deutliche Aufschlüsse über den angenommenen Einfluß der Behandlungsdauer auf die Erfolgsquote liefert letztlich die Differenzierung der Klientel nach ‚indiziert‘, d.h. in der Mindestdauer oder länger Behandelten und ‚kürzer als indiziert‘ Behandelten. Unter allen Behandlungsbedingungen liegen Wiederholer, deren Verweildauer kürzer als indiziert war, unter den Erfolgsquoten der jeweils indikationskonform behandelten Personen.

Unter den Bedingungen von 1997, als die Verkürzung a priori vorgegeben war, fallen diese Unterschiede jedoch deutlicher aus. Hier unterscheiden sich indikationskonform und indikationsabweichend behandelte Wiederholer besonders deutlich (57,6% zu 30,6%). Die Erfolgsquote halbiert sich nahezu, die Unterschiede sind hochsignifikant (vgl. Tabelle 8). Hypothese 5 konnte damit für die Teilstichprobe der Wiederholer bestätigt werden.

Tab. 8: Indikationskonforme bzw. indikationsabweichende Therapiezeitfestlegung und Abstinenz, 1997, reguläre Entlassungen, Wiederholer, N = 170.

Therapiezeitfestlegung * Abstinenzkriterium Kreuztabelle					
			Abstinenzkriterium		Gesamt
			abstinent	rückfällig	
Therapiezeitfestlegung	kürzer als indiziert	Anzahl	34	77	111
		Erwartete Anzahl	44,4	66,6	111,0
		% von Therapiezeitfestlegung	30,6%	69,4%	100,0%
	indiziert	Anzahl	34	25	59
		Erwartete Anzahl	23,6	35,4	59,0
		% von Abstinenzkriterium	50,0%	75,5%	65,3%
Gesamt		Anzahl	68	102	170
		Erwartete Anzahl	68,0	102,0	170,0
		% von Therapiezeitfestlegung	40,0%	60,0%	100,0%
		% von Abstinenzkriterium	100,0%	100,0%	100,0%

Chi² nach Pearson 11,70 ; df = 1; p = .001

4.5 Ergebnisse zum Erfolgskriterium 'Zufriedenheit mit Lebensbereichen'

Die Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit wurden auf der Datengrundlage der vorliegenden und vollständig ausgefüllten Katamnesebögen berechnet und sind aufgrund dieser eingeschränkten Datenbasis nicht repräsentativ für das Gesamtklientel, sondern lassen nur Schlußfolgerungen über die Katamneseantworter zu. Die Fragen im Katamnesebogen sehen eine ordinalskalierte Erhebung vor, die aus Gründen der Übersichtlichkeit nachträglich dichotomisiert wurden. Die Tabellen enthalten jeweils die Anzahl der auswertbaren Fragebögen sowie die Zufriedenheitsquoten.

Tab. 9: Zufriedenheit mit Lebensbereichen, Erstbehandelte vs. Wiederholer, 1989-1996 vs. 1997, Katamneseantworter

Zufriedenheit mit Lebensbereichen	Teilstichproben: Erstbehandelte versus Wiederholer	Stichproben			
		1989-1996		1997	
		Antworte	Zufriedenheit in %	Antworte	Zufriedenheit in %
Zufriedenheit mit der Partnerschaft	Erstbehandelte	1730	78,6%	309	77,3%
	Wiederholer	614	73,9%	136	66,0%
Zufriedenheit mit der Familie	Erstbehandelte	1785	87,1%	332	88,9%
	Wiederholer	621	81,0%	111	73,9%
Zufriedenheit mit der Freizeit	Erstbehandelte	1809	84,2%	331	87,6%
	Wiederholer	633	77,4%	112	75,0%
Zufriedenheit mit der Wohnsituation	Erstbehandelte	1798	88,1%	333	88,9%
	Wiederholer	630	82,1%	111	85,6%
Zufriedenheit mit Arbeitssituation	Erstbehandelte	1754	74,6%	317	76,7%
	Wiederholer	618	62,6%	104	56,7%
Zufriedenheit mit den Finanzen	Erstbehandelte	1807	73,2%	334	76,0%
	Wiederholer	635	59,8%	110	65,5%
Zufriedenheit mit seelischer Verfassung	Erstbehandelte	1812	80,0%	334	85,6%
	Wiederholer	634	74,0%	113	84,1%

Tabelle 9 vergleicht die Zufriedenheit von Erstbehandelten und Wiederholern der beiden Stichproben 1989-1996 und 1997. Erstbehandelte äußern sich in allen Aspekten der Lebenszufriedenheit positiver als Wiederholer. Dies gilt sowohl unter den Bedingungen 1989-1996 als auch 1997. Besonders deutliche Unterschiede zwischen Erstbehandelten und Wiederholern zeigen sich hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Arbeitssituation sowie der Zufriedenheit mit den Finanzen. Diese Un-

terschiede korrespondieren mit den unter 'Ergebnisse zur Beschreibung von Erstbehandelten und Wiederholern' genannten Unterschieden hinsichtlich der Kriterien Berufsausübung und Lebensunterhalt.

Die Zufriedenheit der Erstbehandelten mit den verschiedenen Aspekten hat sich dabei 1989-1996 gegenüber 1997 nur geringfügig in wenigen Aspekten geändert. Es überwiegen übereinstimmende Zufriedenheitsquoten.

Die Zufriedenheit der Wiederholer der beiden Stichproben unterscheidet sich hingegen in einigen Aspekten durchaus substantiell. Während die Zufriedenheit mit der Partnerschaft und die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation 1997 negativer beurteilt werden als 1989-1996, haben sich die Zufriedenheit mit den Finanzen und mit der seelischen Verfassung 1997 gegenüber 1989-1996 verbessert. Die Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Arbeitssituation könnten mit einem höheren Anteil Arbeitsloser in 1997 zusammenhängen, die anderen Unterschiede sind mit dem vorhandenen Datenmaterial nicht aufklärbar.

5. Diskussion der Ergebnisse

Mit dieser Studie wurde der Versuch unternommen, die von Fachleuten antizipierten Auswirkungen der Spargesetze auf die stationäre Rehabilitation Abhängigkeitskranker in einer Fachklinik zu untersuchen. Die Untersuchung konzentriert sich auf die Qualität der Behandlung von Wiederholern und kontrastiert dies in einigen Aspekten mit der Behandlungsqualität von Erstbehandelten. Die Verkürzung der Verweildauer, die die Einrichtungen zu internen Veränderungen ihrer Programmabläufe zwingt, wurde als Hauptfaktor für die befürchtete Reduktion der Behandlungsqualität angenommen. Dies um so mehr, als man nicht erwarten konnte, daß das Rehasystem Suchtkranker in der kurzen Zeit von der Ankündigung der Sparmaßnahmen bis zu deren Realisierung in der Lage sein würde, die antizipierten negativen Auswirkungen auf die Behandlungsqualität durch geeignete Veränderungen, wie z.B. eine optimierte Vernetzung innerhalb des Behandlungsnetzes oder eine Optimierung der Maßnahmen innerhalb der Einrichtungen zu kompensieren.

Selektionseffekte

Der Vergleich der beiden Stichproben 1989-1996 (=vor den Sparmaßnahmen) und 1997 (=seit den Sparmaßnahmen) nach ausgewählten Parametern der Basisdokumentation wurde für die Teilstichproben der Erstbehandelten und der Wiederholer getrennt vorgenommen und erbrachte keine substantiellen Unterschiede zwischen den Stichproben. Zwar lag der Anteil der Wiederholer 1997 um 2% unter dem Wiederholeranteil 1989-1996, aber dieser Unterschied liegt im Bereich der üblichen Schwankungen, die auch schon in den Vorjahren beobachtet werden konnten. Die zwischen Erstbehandelten und Wiederholern feststellbaren Unterschiede zeigten sich durchweg in beiden Stichproben in derselben Aussagerichtung, wenngleich in etwas

unterschiedlicher Größenordnung. Die Unterschiede in der Größenordnung sind indessen nicht so deutlich ausgeprägt, daß sie die Annahme einer systematischen Veränderung der Zusammensetzung der Langzeitklientel rechtfertigen.

Eine mögliche Veränderung der Zusammensetzung der Langzeitklientel müßte mit Veränderungen in der Kurzzeitklientel korrespondieren. Nach den oben zitierten gemeinsamen Aussagen der Kostenträger wäre eine Verschiebung von Anteilen der Langzeitklientel in die Kurzzeitbehandlung zu erwarten gewesen. Unsere Daten stützen diese Annahme nicht. Die Klientel der Kurzzeitbehandlung hat sich nach ausgewählten Kriterien der Basisdokumentation nicht verändert (Zemlin, Kolb und Herder, 1997, 1998). Demnach ist für die Fachklinik Wilhelmsheim eine systematische Veränderung der Klientel bzw. eine gravierende Modifikation der selektiven Indikation und Zuweisung zu den Behandlungsprogrammen in substantiellem Umfang für 1997 auszuschließen.

Unterschiede zwischen Erstbehandelten und Wiederholern

Erstbehandelte und Wiederholer unterscheiden sich hinsichtlich einiger Merkmale. Dies betrifft Aspekte der sozialen und beruflichen Integration und der Chronifizierung des Suchtverhaltens.

Insgesamt stützen die Unterschiede in exemplarisch untersuchten Variablen die Hypothese 1, wobei erst die Untersuchung weiterer diagnostischer, motivationaler und zusätzlicher klinischer Daten eine Aussage über das Gewicht erwarteter Unterschiede für die Behandlung bzw. die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen erlauben würde⁷. Frühere Untersuchungen und Beobachtungen rechtfertigen die Entwicklung eines gesonderten Therapieprogrammes für Wiederholer, um auf die spezifischen, therapeutisch relevanten Unterschiede im Rahmen eines spezialisierten Programmes eingehen zu können.

Der Vergleich der Erfolgsquoten von Erstbehandelten und Wiederholern weist hochsignifikante Unterschiede zugunsten der Erstbehandelten aus. Dies gilt sowohl für die bis 1996 geltenden Bedingungen als auch für den Jahrgang 1997, bei dem Wiederholer allerdings schlechtere Behandlungsbedingungen haben als Erstbehandelte.

Künftige Untersuchungen sollten auf die Varianz innerhalb der Gruppe der Wiederholer fokussieren, differentielle Unterschiede herausarbeiten und dabei auch Faktoren der Behandlungsgeschichte und der Komorbidität stärker einbeziehen, um Möglichkeiten der Programmdifferenzierung für Teilgruppen der Wiederholerklientel besser auszuleuchten.

Therapiezeitverkürzung

Die Mechanismen der Therapiezeitverkürzung in Form von Bewilligungsbescheiden für kürzere Behandlungsdauern und prinzipieller Reduktion der Verlängerungs-

⁷ Weitere Auswertungen können erst durchgeführt werden, wenn die gesamten Indikationsdaten auf Variablenebene für die Auswertung per EDV aufbereitet sind.

möglichkeiten von Behandlungen führen bei Erstbehandelten und Wiederholern zu erheblichen durchschnittlichen Verkürzungen der Verweildauern im individualisierten Langzeitbehandlungsprogramm der Fachklinik. Diese gehen, bezogen auf die Gesamtstichproben aller in der Klinik behandelten Personen, bei Erstbehandelten von vormals 126,1 um 25 auf 101 Tage zurück, die der Wiederholer dagegen von 123,2 um 38,8 auf insgesamt nur noch 84,4 Tage. Die Verkürzung betrifft die Wiederholer also in erheblich stärkerem Ausmaß. Entsprechend liegt die mittlere Behandlungsdauer der Erstbehandelten 1997 um 15,7 Tage über der mittleren Behandlungsdauer der Wiederholer, obwohl, wie die prognostische Einschätzung der Klientel durch den klinikinternen Prognoseindex zeigt, die Wiederholer tendenziell prognostisch weniger günstig eingeschätzt werden und entsprechend der Kompensationshypothese der Fachklinik eher einer längeren durchschnittlichen Behandlungsdauer bedürfen. Die Werte für die regulären Entlassungen, für die der Anspruch einer indikationsgeleiteten Therapiezeitfestlegung besteht, sinken bei den Erstbehandelten von 140,8 auf 107,4 Tage und bei den Wiederholern von 138,1 auf 91,0 Tage.

Die weitere Analyse zeigt für die Stichprobe der regulär entlassenen Patienten, daß besonders die in der adaptiven Indikationsstellung als 'prognostisch ungünstig' eingeschätzten Personen von der Therapiezeitverkürzung betroffen sind, in zweiter Linie dann die als 'prognostisch mittel' eingeschätzten Personen, während die prognostisch günstigen Personen nur geringfügig von der Therapiezeitverkürzung betroffen sind. Auch hier verweisen die durchschnittlichen Verkürzungen darauf, daß Wiederholer stärker von den Einsparungen betroffen sind.

Prognose, Behandlungsdauer und Therapieerfolg

Die prognostische Einschätzung der Klientel hat in den Jahren 1989-1996 zu sehr gleichmäßigen Verteilungen der Jahrgänge über die Prognosegruppen 'günstig', 'mittel' und 'ungünstig' geführt. Diese Verteilung setzt sich auch 1997 fort.

Aufgrund des Rückganges der Verweildauer bei Erstbehandelten und bei Wiederholern waren in beiden Gruppen Rückgänge der Erfolgsquoten zu erwarten, wobei aufgrund des stärker ausgeprägten Rückganges der durchschnittlichen Behandlungsdauern bei den Wiederholern ein entsprechend deutlicherer Rückgang der Abstinenzquoten erwartet werden mußte. Besonders deutlich sollte der Rückgang bei den Personen ausfallen, die nicht indikationsgerecht behandelt werden konnten, d.h. deren Behandlungsdauer unter der indizierten Mindestbehandlungsdauer lag.

Alle Hypothesen der Untersuchung konnten, mit der Einschränkung der Aussagekraft einer deskriptiv angelegten Studie, bestätigt werden. Mit diesen Ergebnissen wird einerseits die Bedeutung von indikationsgeleitet applizierter Therapieerfolg belegt, andererseits die Auswirkungen der Kürzungen der Therapieerfolg dokumentiert.

Kausale Schlußfolgerungen sind deshalb durch das Datenmaterial nach wissenschaftlichen Kriterien nicht gerechtfertigt. Allerdings ist die Studie aufgrund ihres quasi-experimentellen Designs und der konsequenten Planung als prospektive

Katamnesestudie erheblich aussagekräftiger als eine einfache retrospektiv angelegte Katamnesestudie und geht daher auch über eine rein deskriptiv angelegte Studie hinaus. Schließlich spricht auch die Größe der Studie – 9 Entlastungsjahrgänge mit insgesamt 5157 Personen – für eine gewisse Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die in Suchtfachkliniken behandelte Langzeitklientel. Dafür spricht auch die große Ähnlichkeit der Stichprobe mit als repräsentativ anzusehenden Stichproben, die z.B. den jährlichen deskriptiven Untersuchungen des Fachverbandes Sucht zugrunde liegen.

6. Zusammenfassung

Die prospektive Katamnesestudie untersucht die Effekte der 1997 in Kraft getretenen Therapiezeitverkürzung auf den Therapieerfolg in der stationären medizinischen Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger und unterscheidet dabei zwischen stationär erstbehandelten Patienten und stationären Therapiewiederholern sowie zwischen ‚prognostisch günstig‘, ‚prognostisch mittel‘ und ‚prognostisch ungünstig‘ eingeschätzten Patienten. Die Stichprobe umfaßt 9 komplette Behandlungsjahrgänge der Fachklinik Wilhelmsheim mit 5157 Personen, davon wurden 8 Jahrgänge vor und der Jahrgang 1997 nach in Kraft treten der durch die Spargesetze bedingten Veränderungen im Rehasystem behandelt. Es wird gezeigt, daß die Therapiezeitverkürzungen besonders bei den prognostisch ungünstig eingeschätzten Patienten zu Buche schlagen und Therapiewiederholer stärker von den Kürzungen betroffen sind. Die Therapieerfolgsquote sinkt 1997 im Vergleich zu den Vorjahren signifikant ab. Wiederholer sind bezogen auf das Abstinenzkriterium weniger erfolgreich als Erstbehandelte. Unter Bedingungen der Therapiezeitverkürzung geht der Therapieerfolg bei Wiederholern stärker zurück als bei Erstbehandelten. Besonders deutlich geht die Therapieerfolgsquote bei Wiederholern zurück, die kürzer als durch das adaptive Indikationsverfahren der Klinik angezeigt behandelt wurden.

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.
- Klein M, Missel P, Ort E, Schneider R, Siemon W, Stehr M & Zemlin U (1990) Basisdokumentation Sucht. Weinheim: Beltz.
- Klein M, Missel P, Ort 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.
- Zemlin U & Missel P (1987) Indikations- und Prognoseinventar zur Alkoholismustherapie der Fachklinik Wilhelmsheim (IPA-WH). Oppenweiler: Fachklinik Wilhelmsheim, unveröffentlicht.

- Zemlin U & Kolb W (1990) Therapiekonzept der Fachklinik Wilhelmsheim. Oppenweiler: Fachklinik Wilhelmsheim, unveröffentlicht.
- Zemlin U & Herder F (1994) Qualitätssicherung durch Katamnestik: Ergebnisse der 1-Jahreskatamnese 1992 der Fachklinik Wilhelmsheim. Verhaltensmedizin Heute – Fortschritte in der Rehabilitation 1, 49-63.
- 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, Herder F & Dornbusch P (1999) Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? – Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. Sucht aktuell – Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V. 6 (2).
- Zemlin U, Herder F, Kaya D, Nickl H, Riegraf U & Schell W (1995) Ein spezifisches Behandlungsprogramm für Therapiewiederholer im Rahmen der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger in der Fachklinik Wilhelmsheim. Verhaltensmedizin Heute – Fortschritte in der Rehabilitation 4, 16-22.
- Zemlin U & Herder F (1996) Jahreskatamnese 1995 der Fachklinik Wilhelmsheim. In Scheidt W, Kolb W, Zemlin U & Lesser M (Hrsg.) Jahresbericht 1995. Oppenweiler: Fachklinik Wilhelmsheim.
- Zemlin U & Herder F (1997) Jahreskatamnese 1996 der Fachklinik Wilhelmsheim. In Scheidt W, Kolb W, Zemlin U & Lesser M (Hrsg.) Jahresbericht 1996. Oppenweiler: Fachklinik Wilhelmsheim.
- Zemlin U & Herder F (1998) Jahreskatamnese 1997 der Fachklinik Wilhelmsheim. In Scheidt W, Kolb W, Zemlin U & Lesser M (Hrsg.) Jahresbericht 1997. Oppenweiler: Fachklinik Wilhelmsheim.
- Zemlin U, Kolb W & Herder F (1997) Die Patienten und ihre Behandlung. In Scheidt W, Kolb W, Zemlin U & Lesser M (Hrsg.) Jahresbericht 1996. Oppenweiler: Fachklinik Wilhelmsheim.
- Zemlin U, Kolb W & Herder F (1998) Die Patienten und ihre Behandlung. In Scheidt W, Kolb W, Zemlin U & Lesser M (Hrsg.) Jahresbericht 1997. Oppenweiler: Fachklinik Wilhelmsheim.
- 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 Wilhelmsheim. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 45, 53-72.

Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen / Fachverband Sucht e.V. - Geesthacht :
Neuland, 2000
(Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; 23)
ISBN 3-87581-201-8