

# Die Tagesklinik Stuttgart der Fachklinik Wilhelmsheim: Indikation und Programmgestaltung einer teilstationären Entwöhnungsbehandlung für Alkoholabhängige – erste Erfahrungswerte

Uwe Zemlin, Peer Dornbusch, Martina Hähnle, Volker Jorda, Werner Kolb

## Zur Indikation einer tagesklinischen Entwöhnungsbehandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger

Bereits seit den 70er Jahren existierten in der damaligen DDR teilstationäre Behandlungsansätze, die – eingebunden in ein spezifisches regionales Versorgungssystem mit längerfristiger wöchentlicher ambulanter Weiterbehandlung – zu guten Ergebnissen führten (Kielstein, 1991). In der BRD wurde in den 80er-Jahren mit dem Aufbau von teilstationären Behandlungseinrichtungen für Suchtkranke begonnen. In einigen psychiatrischen Landeskrankenhäusern wurden stationär behandelte PatientInnen teilstationär weiterbehandelt. 1992 existierten nach Angaben von Kruse (1994) 8 Tageskliniken für Suchtkranke, 1997 waren es nach Angaben von Engler et al. (1997) 15 Tageskliniken. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (2001) geht von 450 teilstationären Behandlungsplätzen aus, das bedeutet einen weiterhin sehr geringen Anteil am Behandlungssystem. Teilstationäre Behandlungsansätze werden in Deutschland bisher sowohl im Rahmen psychiatrischer Versorgungsstrukturen realisiert (vgl. Engler et al., 1997) als auch als ausgelagerte Abteilungen von Fachkliniken oder als eigenständige Behandlungs- bzw. Rehabilitationseinrichtungen. Gemeinsam ist allen Ansätzen, dass sie in spezifische regionale Versorgungsstrukturen integriert sind, daher nehmen sie z.T. auch sehr unterschiedliche Versorgungsaufträge wahr.

Es ist immer wieder versucht worden, Kriterien für eine teilstationäre Behandlung zu explizieren, diese bleiben aber auf einem eher allgemeinen Abstraktionsniveau. Häufig wird versucht über eine Abgrenzung zu stationären oder ambulanten Behandlungsansätzen die Nische für teilstationäre Behandlung zu erschließen, wie z.B. bei Westermann & Wessel (1996) für die teilstationäre Behandlung in der Psychiatrischen Klinik Gilead in Bielefeld-Bethel.: „Tagesklinische Behandlung ist immer dann indiziert, wenn eine vollstationäre Behand-

lung bei stationärer Behandlungsindikation nicht erforderlich ist, oder wenn die besonderen Vorzüge tagesklinischer Behandlung in das Behandlungskonzept einbezogen werden können. Tagesklinische Behandlung ist besonders dann indiziert, wenn ambulante Behandlung qualitativ und quantitativ nicht ausreicht, um die bestehende Abhängigkeit zu behandeln und begleitende oder verursachende neurotische, psychosomatische oder depressive Symptome gleichzeitig vorliegen, und wenn eine vollstationäre Behandlung durch Entfernung der PatientInnen aus dem suchtvorsachenden Milieu die erforderliche Bearbeitung der milieubedingten Probleme behindert....“ (S.62)

Diese eher defensive Herangehensweise, die implizit davon ausgeht, dass die Indikation einer ambulanten oder einer stationären Behandlung wissenschaftlich geklärt sei, kann, wie auch bei anderen teilstationären Therapiekonzepten, eine Folge des Umstandes sein, dass Tageskliniken ihren Platz in einem in der Regel bereits aus etablierten ambulanten und stationären Elementen bestehenden regionalen Versorgungssystem erst finden müssen. Hinzu kommt, dass bis zum Vorliegen katamnestischer Erfolgswerte viele Fachleute die stationäre Behandlung prinzipiell favorisieren: „Zusammenfassend ist für die Entscheidung für ein geeignetes Interventionssetting unter Wahrung des Prinzips der erfolgreichsten Behandlung die stationäre Behandlung vorzuziehen“ (Veltrup, 2001).

Zwar verfügt die Rentenversicherung als für die medizinische Rehabilitation zuständiger Leistungsträger über präzise formale Kriterien und Verfahren zur Zuweisung zu ambulanten und stationären Leistungen, nicht aber für teilstationäre Maßnahme bzw. für kombiniert ambulant-teilstationär-stationäre Maßnahmen (Kulick, 1999). „Der Mangel an empirisch belegten Indikationskriterien enthebt den Leistungsträger nicht der Verantwortung, sachgerecht und zweckdienlich zu entscheiden. ... Sachgerechte Entscheidungen, insbesondere bei adaptiver Indikation, sind auf eine enge Kooperation

und fachliche Abstimmung des Vorgehens im Einzelfall zwischen Leistungsträger und Behandlungseinrichtung angewiesen.“ (ebda., S. 13)

Prinzipiell erschwerend kommt hinzu, dass Befunde, die zum Zeitpunkt der Zuweisung einer Patientin für eine teilstationäre Behandlung sprechen, nur teilweise im Sinne von selektiven Indikationskriterien zur Verfügung stehen. Häufig werden erst im Behandlungsverlauf therapeutisch relevante Sachverhalte sichtbar, die eine Optimierung der Behandlungsstrategie, z.B. einen Wechsel in ein teilstationäres Setting nahe legen. Daher sollte ein Wechsel zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung zum geeigneten Zeitpunkt konzeptuell angelegt und praktisch möglich sein.

Damit wird bereits deutlich, dass die Suche nach verbindlichen selektiven Indikationskriterien für teilstationäre Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger ein theoretisches Unterfangen ist, das zu sehr von regionalen Versorgungsgesichtspunkten abstrahiert und Gesichtspunkte der adaptiven Indikation vernachlässigt. Es erscheint angesichts der bestehenden defizitären Forschungslage, die wenig gesichertes Wissen über differentielle Zusammenhänge bietet, ohnehin unangemessen, eine Strategie des optimalen Behandlungsansatzes für suchtkranke PatientInnen mit spezifischen Merkmalen zu verfolgen. Hilfreicher erscheint, unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Versorgungslage die Nische für teilstationäre Behandlung möglichst exakt zu beschreiben und handlungsanleitende und gut operationalisierte Kriterien zu entwickeln, die es den Entscheidungsträgern an unterschiedlichen Stationen des selektiven Indikationsprozesses ermöglichen, eine den regionalen Bedingungen angemessene pragmatische Entscheidung über den geeigneten Behandlungsansatz zu treffen, die adaptiv korrigiert werden kann. Da es sich angesichts der fehlenden wissenschaftlichen Legitimation bei Indikationsempfehlungen immer um einen heuristischen Lösungsansatz han-

deln muss, ist der ständige Erfahrungsaustausch der am Indikations- und Behandlungsprozess beteiligten Institutionen, insbesondere der Leistungsträger, der Beratungsstellen und der Kliniken, auf der Grundlage der Auswertung aktueller Erfahrungswerte besonders wichtig.

### 1. Die Tagesklinik als neues Angebot in einer regionalen Versorgungsstruktur

Die Rehabilitation Abhängigkeitskranker in Nordwürttemberg wird einerseits durch eine flächendeckende und gut ausgestattete ambulante Beratungs- und Behandlungsstruktur gewährleistet, andererseits durch stationäre Einrichtungen mit unterschiedlichen Indikationen und Programmschwerpunkten. Es existieren sowohl größere Beratungs- und Behandlungsstellen, die auch eine Reihe von zusätzlichen spezialisierten Angeboten machen, als auch kleinere Beratungsstellen im ländlichen Umfeld des Großraumes Stuttgart, die eher das klassische Beratungsstellenangebot vorhalten.

Die Fachklinik Wilhelmshelm deckt den größten Teil des Bedarfes nach stationären Entwöhnungsbehandlungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Das Gesamtangebot der Fachklinik hält sowohl die klassische Kurzzeitbehandlung in Form eines systemisch akzentuierten Behandlungsprogramms als auch die früher als Langzeitbehandlung übliche Palette längerer Behandlungsdauern im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen individualisierten Programms mit zahlreichen Behandlungsschwerpunkten vor. Es existieren spezialisierte Programme wie die Frühinterventionsbehandlung und die Wiederholerbehandlung. Daneben wird unter dem Konzeptlabel „Komplementärbehandlung“ der stationäre Teil einer ambulanz-stationären Kombinationsbehandlung angeboten, der überwiegend als „Initialbehandlung“ durchgeführt wird, aber auch bisher ambulant behandelten Suchtkranken die Möglichkeit einer vertiefenden stationären „fokalen Behandlung“ bzw. einer „Rückfallbehandlung“ bietet, falls sich die ambulante Reha im Behandlungsverlauf als nicht ausreichend erweist.

Pläne für eine teilstationäre Erweiterung der individualisierten Angebotspalette existierten bereits vor der sog. Rehakrise im Jahr 1997. Die Rehakrise verließ diesen Plänen zusätzliche Legitimation, ging es doch darum, weitere kostengünstige Behandlungsmöglichkeiten vorzubereiten. Während in der auf die Rehakrise folgenden Klärungs- und Konsolidierungsphase zunächst noch keine Möglichkeit für zusätzliche Behandlungsstruk-

turen in Nordwürttemberg gesehen wurden, konnten im Jahr 2000 die Weichen für eine teilstationäre Abteilung der Fachklinik gestellt werden. Die Fachklinik erhielt seitens der LVA Baden-Württemberg die Möglichkeit, sich mit einer Tagesklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige an einem Projekt der LVA zu beteiligen, das bereits andere tagesklinische Behandlungsangebote für verschiedene Indikationen in unmittelbarer Nähe des zentralen Kompetenzzentrums der LVA in Stuttgart vorsah.

kontinuierliche Weiterentwicklung versteht, wurden bereits mit Aufnahme der ersten PatientInnen weitgehend die strukturellen Voraussetzungen für eine umfassende Routineevaluation geschaffen. Dies beinhaltet die selben Standards, die auch in der Fachklinik üblich sind (Basisdokumentation, Erfassung therapeutischer Leistungen, Entlassfragebogen, Routinekatamnese). Insbesondere wurde Wert darauf gelegt, die selbe umfassende diagnostische Datenqualität zu erreichen wie in der Fachklinik, so dass auch



Abb. 1: Programmgestaltung und Patientenselektion der Tagesklinik

Vor die Aufgabe gestellt, in eine bereits gut versorgte Behandlungslandschaft ein zusätzliches teilstationäres Behandlungsprofil einzubringen, wurde zunächst eine Analyse vorhandener Versorgungsstrukturen vorgenommen. Anschließend wurden Strukturkriterien für ein teilstationäres Angebot im Kontrast zu den vorhandenen ambulanten und stationären Angeboten entwickelt und die mit diesem Angebot korrespondierenden PatientInnen- und Störungskriterien formuliert. Daraus leiteten sich Empfehlungen für Zuweisungskriterien geeigneter PatientInnen ab, die im Rahmen der differenzierten Konzeptabsprachen zunächst mit den Rentenversicherungsträgern (LVA Baden-Württemberg, BfA) besprochen wurden (vgl. Abb. 1). Die spezifischen Programmbestandteile und die Zuweisungsempfehlungen wurden anschließend noch vor der Umsetzung mit einigen zuweisenden Suchtberatungsstellen diskutiert, um eine Validierung der theoretischen Überlegungen anhand der Sichtweisen der vorbehandelnden Stellen zu gewährleisten.

Da die Fachklinik die empirische Überprüfung ihres Behandlungskonzeptes als notwendige Voraussetzung für dessen

in der Tagesklinik eine PC-gestützte Routinediagnostik eingerichtet wurde.

### 2. Spezifika des teilstationären Settings im Kontrast zu ambulanten und stationären Behandlungsangeboten für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Tabelle 1 stellt die wesentlichen Unterschiede und Gemeinsamkeiten der drei Behandlungsansätze gegenüber (vgl. Zemlin & Kolb, 2001) und schließt an die Logik kontrastierender Behandlungsprofile an (vgl. Zemlin, 1993), aus denen Indikationskriterien abgeleitet werden können. Die Vergleichskriterien umfassen sowohl strukturelle Merkmale von Behandlungssettings (Therapiedauer, Therapiefrequenz, Behandlungsressourcen, Integration und Binnenkommunikation) als auch prinzipielle therapeutische Unterscheidungsmerkmale (Lernen, Tagesstrukturierung, Umfeldbezug, primäre Wirkfaktoren, Rückfallrisiko und Rückfallbewältigung). Die Gegenüberstellung zeigt, dass die teilstationäre Behandlung

UNTERSCHIEDUNGS-DIMENSIONEN	AMBULANTE REHA	TAGESKLINIK	FACHKLINIK
<b>Tagesstrukturierung</b>	in der Regel nicht gegeben	hochstrukturiertes Tagesprogramm, Übernachtung zuhause	hochstrukturiertes Tagesprogramm, Übernachtung in der Klinik
<b>Therapiefrequenz</b>	niedrigfrequent (1-2 Therapiesitzungen pro Woche + SHG)	hochfrequent (6 Therapietage pro Woche)	hochfrequent (5 Therapietage pro Woche)
<b>Therapiedauer</b>	lange Behandlung möglich	in der Regel 12 Wochen Tagesklinikbehandlung, oder 4 Wochen Initialbehandlung	4-20 Wochen stationäre Behandlung in verschiedenen Behandlungsprogrammen
<b>Behandlungsressourcen</b>	in der Regel: Gruppe, Einzelgespräche, SHG-Anbindung, einzelne indikative und unterstützende Angebote	Spektrum an medizinischen, psycho-, sozio-, und adjuvans-therapeutischen Behandlungsmethoden, begleitende SHG-Anbindung	breites Spektrum an medizinischen, psycho-, sozio-, und adjuvans-therapeutischen Behandlungsmethoden und Spezialisierungen
<b>Integration und Binnenkommunikation</b>	Teamsitzung, Gruppentherapie und Einzelgespräche finden in Personalunion statt	hohe personale Integration im Behandlungsteam	zweckdienlicher therapeutischer Austausch innerhalb einer arbeitsteilig organisierten vielfältigen Behandlungslandschaft
<b>Behandlungscharakteristik</b>	ambulante Gruppe + Einzelgespräche + unterstützende Angebote	komprimiertes Behandlungsprogramm in einer „therapeutischen Gemeinschaft“	individualisiertes, vielseitig spezialisiertes, arbeitsteilig organisiertes Behandlungsprogramm
<b>Lernen</b>	ambulante Therapie als Impulsgeber für die Alltagsbewältigung	Anzahl therapeutischer Modelle auf kleines Team begrenzt, Lernen in der therapeutischen Gemeinschaft und Üben im Realfeld in täglicher Rückkoppelung	größere Anzahl therapeutischer Modelle, vielfältige interaktionelle Lernerfahrungen, vielfältige und spezifische Lernbedingungen, Lernen im Schutzraum und partielle Exposition
<b>Umfeldbezug der Therapie</b>	Einbeziehen der Umfeldbedingungen u. Bezugspersonen ist prinzipiell möglich (z.B. Angehörigenarbeit)	tägliche Rückkehr in das soziale Milieu wird therapeutisch genutzt (z.B. Rückfallprävention, Angehörigenarbeit, Arbeitssuche, Hausaufgaben etc.)	Prinzip der Separation vom psychosozialen Milieu wird genutzt, Behandlung im „Schutzraum“, Heimfahrten, partielles Einbeziehen von Bezugspersonen
<b>Primäre Wirkfaktoren</b>	therapeutische Beziehung(skonstanz)	konzentrierte Peergruppenerfahrung, Lernen, therapeutische Beziehung	vielfältige Lernprozesse, vielfältige Peergruppenerfahrungen, therapeutische Beziehung
<b>Rückfallrisiko während der Behandlung</b>	höheres Risiko, da weniger Schutzraum, zeitlich begrenzte Rückfallbearbeitungs-	mittleres Risiko, Rückfall kann unter Berücksichtigung von konkreten Auslösebedingungen	geringes Risiko, Rückfallbewältigung im Schutzraum bietet größere Chancen für die Unterbrechung der

Tab. 1: Unterscheidungsprofile zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Rehabilitation (vgl. Zemlin & Kolb, 2001)

handlungsaufträge ermöglichen (vgl. Tab. 2).

Sie sollte in erster Linie ihre **Optionen** nutzen, das sind die Vernetzung mit dem psychosozialen Milieu der PatientIn, die Rückkoppelung von Erlerntem und dessen Anwendung im Alltag sowie die therapeutische Dichte einer kleinen Einrichtung mit hoher Personal- und Programmintegration. Die **Grenzen** tagesklinischer Behandlung liegen in erster Linie in den personellen Ressourcen einer kleinen Behandlungseinrichtung mit 20 PatientInnen begründet. Ein kleines interdisziplinär zusammengesetztes Team, bestehend aus einem Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zwei DiplompsychologInnen als GruppentherapeutInnen, einer Ärztin (0,75), einer Sozialpädagogin mit multifunktionalen Aufgaben, einer Honorarkraft für Kunsttherapie und einer Arzthelferin (0,5), die auch in mehrfache Vertretungsaufgaben eingebunden sind, erlaubt nur ein begrenztes Spektrum an therapeutischen Angeboten. Daraus ergibt sich der Charakter einer therapeutischen Gemeinschaft mit hohem Alltags- und Realitätsbezug und einer stringenten praktischen Lernorientierung mit der Konzentration auf das Wesentliche.

Welche Angebote sind vorrangig, auf welche kann verzichtet werden? In die Entscheidung für die Behandlungsbau- steine floss die Erfahrung aus unserem stationären Programm ein, die sich in bestimmten Prioritätensetzungen ausdrückte. Auch Strukturqualitätskriterien der Rentenversicherung und die im Verzeichnis therapeutischer Leistungen der Rentenversicherung festgehaltenen Voraussetzungen und Applikationskriterien boten wichtige Orientierung.

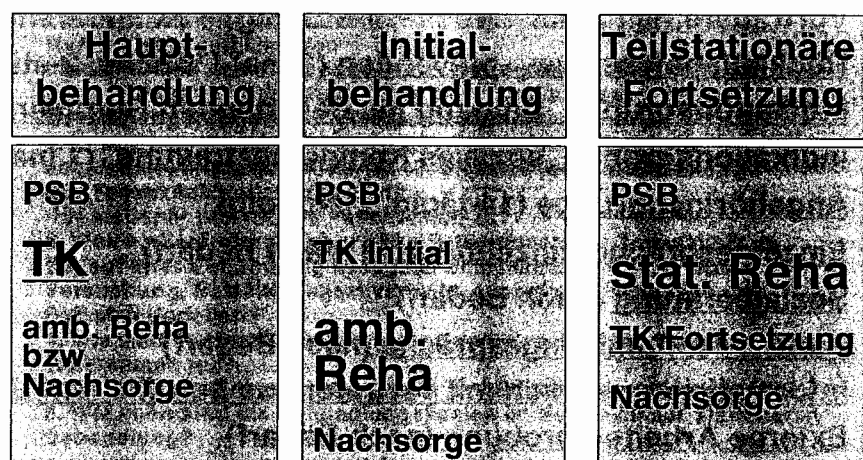
Tab. 2: Teilstationäre Behandlungsformen in der Behandlungskette

neben Gemeinsamkeiten mit der ambulanten oder stationären Behandlung überwiegend ein eigenständiges Profil, eine eigene Behandlungscharakteristik hat. Die Kombination von verschiedenen Ausprägungen von Merkmalen therapeutischer Einrichtungen scheint in der ganzheitlichen Betrachtung eine eigene Behandlungsqualität zu schaffen, die sich durch eine hohe strukturelle Dichte, hohe Integration bei gleichzeitiger Alltagsnähe und hohem Realitätsbezug und stringenter Lernorientierung auszeichnet.

### 3. Schlussfolgerungen für die Programmgestaltung und die Patientenselektion

Die Tagesklinik sollte sowohl eine teilstationäre Hauptbehandlung als auch eine Initialbehandlung oder eine Fortsetzung einer stationären Hauptbehandlung ge-

währleisten, das heißt genügend Ansatzpunkte für PatientInnen in unterschiedlichen Stadien ihrer Veränderungs- motivation bieten und unterschiedliche Be-



**Gruppenbedingungen: Kohäsion und Austausch stärken**

**Umfeldbezug: soziales Milieu berücksichtigen, Umfeld einbeziehen, Stützsysteme aktivieren, an regionale Ressourcen anknüpfen**

**Konzentration: (Alltags- u. Krisen-)Bewältigung schulen**

**Realitätstests: systematische Exposition u. zeitnahe Auswertung gewährleisten**

**Berufliche (Re-)Integration: Vernetzung mit Arbeitswelt**

**Flexibilität: therapeutische (Kooperations-)Programme ermöglichen**

Tab. 3: Leitsätze der Tagesklinikprogrammgestaltung

Besonders aus dem spezifischen Tagesklinikprofil aber auch aus den unterschiedlichen Behandlungsaufträgen lassen sich unter dem Motto „Chancen akzentuieren, Begrenzungen berücksichtigen“ Leitsätze für die Programmgestaltung formulieren, die bei der Auswahl, Akzentuierung und Ausgestaltung der Behandlungsmaßnahmen ausschlaggebend sind.

Aus der stationären Behandlung wurden bewährte Behandlungsmaßnahmen, wie z.B. die Gruppentherapie, die Vortragsrei-

he, die Visiten und Sprechstunden, die Kunsttherapie übernommen. Bei der Auswahl der wenigen indikativen Gruppen orientierten wir uns neben den Erfahrungen aus unserer stationären Arbeit an den in der Literatur genannten Schwerpunkten, das sind in erster Linie das Training sozialer Kompetenzen, insbesondere auch im Bereich der Selbstsicherheit und des Kontaktverhaltens und weiterhin die Bewältigung solcher unangenehmer Gefühlslagen, die als Auslöser für Rückfallprozesse gesehen werden.

Ein zentraler Baustein ist die Rückfallprävention mit den Schwerpunkten Entste-

hung und Verlauf von Alkoholverlangen, Entwicklung eines spezifischen Rückfallmodells, Vermittlung von kurz- und langfristigen Bewältigungsstrategien im Umgang mit Trinkwünschen, Abwägung der Abstinenzentscheidung sowie Vorbereitungen von Expositionen in vivo. Die Rückfallgruppe findet samstags statt, also unmittelbar vor dem therapiefreien Teil des Wochenendes. Inhaltlich fungiert dieses Angebot als Impulsgeber für weitere Behandlungsmaßnahmen wie z.B. der Gruppentherapie. Hier findet täglich eine ausführliche Besprechung der Alltagserfahrungen statt speziell unter den Aspekten Selbstbeobachtung von Alkoholverlangen und Auswertung der Erfahrungen mit den individuellen Bewältigungsstrategien. Ziel dabei ist es, aufkommendes Alkoholverlangen zu entdramatisieren und PatientInnen für ihre persönlichen Risikosituationen zu sensibilisieren. Die systematische Konfrontation mit individuellen Auslösern bewirkt, dass bislang automatisierte Verhaltensketten unterbrochen werden und durch die Erfahrung der Bewältigung alkoholkritischer Situationen die Selbstwirksamkeitsüberzeugung gestärkt wird. Auch die indikativen Gruppen und die Angehörigengruppe lassen sich mit der Rückfallprävention vernetzen. So bieten die Gruppen Umgang mit belastenden Gefühlen sowie Selbstsicherheit und Kontakt Raum für eine vertiefende Exploration emotionaler Auslöser und die Möglichkeit spe-

**Gruppentherapie (4 mal / Woche, 2-stündig)**

**Kunsttherapie (2 mal / Woche, 1,5-stündig)**

**Freizeitpädagogik (14-tägig, 2-stündig)**

**Sport und Fitnessstraining (2 mal / Woche, 2,5-stündig)**

**Forum (1 mal / Woche, 1-stündig)**

**Chef- bzw. Oberarztvisite (1 mal / Woche)**

**Sprechstunde des Bezugsarztes (1 mal / Woche)**

**Entspannung / Körperwahrnehmung (2 mal / Woche 1-stündig)**

**Vortragsreihe (1 mal / Woche, 1-stündig) + Nachbereitung**

**Rückfallanalyse bzw. -prävention (1 mal / Woche, 2-stündig)**

**Indikationsgruppe `Umgang mit belastenden Gefühlen´ (1 mal / Woche, 2-stündig)**

**Indikationsgruppe `soziales Kompetenztraining´ (1 mal / Woche, 2-stündig)**

**Angehörigengruppe (14-tägig, 2-stündig)**

**Einzelgespräche/ Einzeltherapie (nach Bedarf)**

**Sozialberatung (nach Bedarf)**

**Partner- u. Familiengespräche (nach Bedarf)**

**Informationsgespräch mit Vertreter aus beruflichem Umfeld (nach Bedarf)**

**Externe Arbeitserprobung (nach Bedarf)**

Tab. 4: Behandlungsmaßnahmen

**ABSTINENZ- und SELBSTKONTROLLFÄHIGKEIT, BEWÄLTIGUNGS-KOMPETENZEN:** ausreichend um Alltagsbelastungen mit Unterstützung teilstationärer Behandlung ohne Suchtmittel zu bewältigen

**KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN:** ambulant/teilstationär behandelbar

**SOZIALES UMFELD:** Distanz zu Alkoholumlieu realisierbar, unterstützende Bezugsperson vorhanden

**BERUFLICHE SITUATION:** keine Langzeitarbeitslosigkeit

**WOHNSITUATION:** weitgehend stabil, lebt nicht in Wohnheim

**SOZIALE PROBLEME:** mit teilstationären Ressourcen behandelbar

**KOMORBIDITÄT:** mit TK-Ressourcen behandelbar, keine spezifischen Behandlungsangebote notwendig

**ÄNDERUNGSBEREITSCHAFT:** Patient hat erste Änderungsziele

**BEHANDLUNGSMOTIVATION:** Patient ist zuversichtlich, seine Ziele im teilstationären Setting erreichen zu können

zifische Bewältigungsstrategien zu entwickeln. In der Angehörigengruppe können rückfallkritische Situationsbedingungen aus der Sicht von Partnern sowie anderen nahen Angehörigen ergänzt werden. Die Gruppen Sport und Fitness sowie Freizeitpädagogik ermöglichen das Kennenlernen regionaler Freizeitangebote und leisten einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Gruppenkohäsion. Einen exemplarischen Wochenplan zeigt Abb. 2.

Welche Patientencharakteristika entsprechen diesem Behandlungsprofil? PatientInnen sollten die Optionen dieses Settings nützen und die Grenzen desselben verkraften können. Dies bezieht sich insbesondere auf das Ausmaß der zu behandelnden Problemstellungen, die Abstinenzfähigkeit im teilstationären Behandlungssetting, die Ausprägung von psychosozialen Kompetenzen zur Alltags(-krisen-)bewältigung, die soziale Unterstützung zuhause, die Ausprägung von (günstigen oder ungünstigen) Umfeldbedingungen sowie die Änderungsmotivation. Tabelle 5 nennt die Patientenkriterien, die wir für die tagesklinische Behandlung für angemessen halten. Sie sind als Orientierungshilfen gedacht, nicht als harte Einschluss- oder Ausschlusskriterien.

#### 4. Anspruch und Wirklichkeit – Fragestellungen für die Evaluation

Eine neue Einrichtung lebt in dem Widerspruch, ihren Kundenkreis finden zu wollen, den sie langfristig erfolgreich bedienen kann, sich aber andererseits auch zügig einen Platz im Marktgeschehen erobern zu müssen. In einem Feld, in dem klar operationalisierte und wissenschaftlich legitimierte Indikationskriterien noch nicht existieren und ein Konsens über Indikationskriterien erst erarbeitet

werden muss, erscheint eine strikte Orientierung an a priori formulierten Zuweisungskriterien daher eher unrealistisch. Trotz des in der Konzeptentwicklungsphase betriebenen Austausches über Indikation und teilstationäres Behandlungsangebot sind die Ansichten darüber bei allen am Zuweisungsprozess Beteiligten zu unterschiedlich, als dass eine sofortige Umsetzung der Indikationsempfehlungen zu erwarten wäre.

Deshalb interessiert, ob und in welchem Umfang unsere Empfehlungen sich in der konkreten Patientenselektion widerspiegeln. Da wir (noch) keinen Zugang zu entsprechenden Daten ambulanter Behandlungseinrichtungen haben, konzentriert sich die Untersuchung auf den Vergleich von Tagesklinikpatienten und stationärem Klientel.

Übliche Verlaufsparemeter wie die durchschnittliche Behandlungsdauer und die Quote regulärer Entlassungen sollen ebenfalls berichtet werden, um vergleichende Einschätzungen mit den anderen

Tab. 5: Indikationsempfehlungen

etablierten Therapieansätzen zu ermöglichen.

Vor dem Hintergrund der sozial-kognitiven Theorie, die die Konzeptgestaltung maßgeblich beeinflusst hat, Interessieren Veränderungsprozesse entlang zentraler Konzepte wie „Selbstwirksamkeitsüberzeugung“, „erlebte Versuchung“, „Bewältigungszuversicht“ und „assertives Verhalten“. Erleben PatientInnen der Tagesklinik diesbezüglich positive Veränderungen?

Ein weiterer Aspekt der Routineevaluation betrifft die Häufigkeit applizierter Behandlungsmaßnahmen. Unterscheiden sich teilstationäre Behandlungspläne von stationären, insbesondere was die Breite und Spezifität der in Anspruch genommenen Maßnahmen angeht? Welche Behandlungsdauern werden wie häufig in Anspruch genommen und wie ist die durchschnittliche Anzahl der Behandlungstage?

Schließlich gehören auch Entlassmodus und durchschnittliche Behandlungskosten zur Routineevaluation, beides verglichen mit den entsprechenden Werten der beiden stationären Programme.

Weiterhin interessiert in der ersten Evaluationsphase vorrangig die Akzeptanz der Tagesklinikbehandlung bei den PatientInnen. Sie wird in der Regel über den Entlassfragebogen erhoben (Wissenschaftsrat der AHG AG, 1998) und verlangt Bewertungen von zahlreichen Aspekten der Strukturqualität, der Servicequalität und der therapeutischen Maßnahmen. Aufgrund der Vielzahl der zu beantwortenden Qualitätsaspekte kann die Auswertung erst erfolgen, wenn eine angemessen große Stichprobe vorliegt. Dies wird Anfang 2003 der Fall sein.

Weiterhin interessiert im Rahmen der Routineevaluation die Ergebnisqualität,

Tab. 6: Fragestellungen

1. Unterscheiden sich PatientInnen der Tagesklinik nach ausgewählten (mit den Indikationsempfehlungen korrespondierenden) klinischen und soziodemographischen Merkmalen signifikant von
  - PatientInnen des stationären Kurzzeitprogramms bzw.
  - von PatientInnen des stationären individualisierten Behandlungsprogramms („Langzeitbehandlung“)?
2. In welchem Ausmaß treffen a priori formulierte (theoretisch abgeleitete) Indikationskriterien für tagesklinische Behandlung
  - für TagesklinikpatientInnen und
  - für stationär behandelte PatientInnen zu?
3. Welche Veränderungen erleben PatientInnen der Tagesklinik im Verlauf ihrer Behandlung bezüglich Selbstwirksamkeit, erlebter Versuchung, Bewältigungszuversicht, assertiven Verhaltens und Selbstwahrnehmung?
4. Wie viele PatientInnen nehmen an den einzelnen therapeutischen Maßnahmen teil?
5. Wie sind die Behandlungsdauern und Entlasskategorien verteilt?
6. Wie hoch sind die Behandlungskosten im Vergleich zur stationären Behandlung?



erhoben durch die 1-Jahres-Katamnese (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 1997). Sie wird für eine ausreichend große Stichprobe (den ersten Jahrgang von Mitte 2001 bis Mitte 2002) erst Ende 2003 vorliegen. Tab. 6 fasst die in diesem Artikel untersuchten Fragestellungen zusammen.

### 5. Untersuchungsmethodik

Die hier vorzustellenden Evaluationsergebnisse sind Teil eines Untersuchungsplanes der Routineevaluation, die aber aufgrund der spezifischen Fragestellungen, die bei der Implementierung eines neuen Behandlungsansatzes auftauchen, um weitere Aspekte ergänzt wird.

Entsprechend der oben ausgeführten Fragestellungen werden in der ersten Untersuchungsphase zwei Vergleiche vorgenommen:

Für den Vergleich der diagnostischen Befunde wird auf zwei Zeitstichproben der teilstationär und der stationär behandelten Klientel zurückgegriffen. Bei beiden Stichproben handelt es sich um Totalerhebungen innerhalb festgelegter zeitlicher Grenzen, eine Selektion findet nicht statt:

1. Die Tagesklinikstichprobe umfasst alle zwischen dem 18.6.01 aufgenommenen und dem 15.6.02 entlassenen PatientInnen der Tagesklinik Stuttgart, insgesamt 70 Personen.
2. Die Fachklinikstichprobe besteht aus einem halben Patientenentlassjahrgang, das sind alle PatientInnen, die zwischen dem 1.12.01 und dem 31.5.02 aus der stationären Behandlung der Fachklinik entlassen wurden, das sind 382 PatientInnen des individualisierten (Langzeit-)programms und 75 KurzzeitpatientInnen.

Beide Stichproben wurden in der zweiten Behandlungswoche mittels PC-gestützter Diagnostik befragt. Die Ergebnisse der Eingangsmessung der Tagesklinikstichprobe (BADO-Sucht, Diagnostik) werden gemäß Fragestellung 1 mit denen der stationär behandelten Kurzzeit- und LangzeitpatientInnen verglichen (Skalenmittelwerte, Häufigkeit von Extremwerten).

In einem weiteren Schritt wird retrospektiv eingeschätzt, ob die Indikationsempfehlungen auf die TagesklinikpatientInnen zutreffen und – kontrastierend – für wie viele PatientInnen des Kurzzeit- bzw. des Langzeitprogramms sie ebenfalls zutreffen. Die Einschätzung erfolgt durch die Bezugstherapeuten am Ende der Behandlung. Als stationäre Vergleichsstichprobe dienen fortlaufende Aufnahmen aus dem Kurzzeitprogramm (N=31) und dem individualisierten Programm (N=46) der Fachklinik. Diese Erhebung hat aufgrund der retrospektiven Beurteilung und der klei-

Erhebungsinstrumente	t1	t2	t3
BADO Sucht (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrats, 1997, 2002)	+	+	
SCL-90-R	+		
AASE Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (DiClemente et al., 1994; deutsche Übersetzung von Ackermann & Munkes, 1999)	+	+	+
ABER Abstinenzenerwartungs-Fragebogen (Ackermann Munkes, 1998)	+	+	
SWS Selbstwirksamkeitsskala (Schwarzer & Jerusalem, 1989)	+	+	+
COPING-Skala (Jerusalem, 1990)	+	+	
UFB (Ulrich & Ulrich, 1979)	+	+	
SWG Selbstwertgefühl (nach Rosenberg, deutsche Version von Badura et al., 1987)	+	+	+
E Entlassfragebogen (AHG-Wissenschaftsrat, 1999)		+	
KAT AHG-Katamnesefragebogen (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrats, 1997)			+

Tab. 7: Erhebungsinstrumente und Messzeitpunkte der Routineevaluation (t1= Eingangsmessung; t2= Ausgangsmessung; t3= Jahreskatamnese)

nen Stichproben lediglich hypothesengenerierenden Charakter.

Weiterhin werden Veränderungen von der Eingangs- zur Ausgangsmessung auf den Skalen des U-Fragebogens, den Skalen der Alcohol Abstinence Self Efficacy Scale und der Selbstwirksamkeitsskala erhoben. Sie sollen Aufschluss darüber geben, welche Veränderungen PatientInnen nach Abschluss der teilstationären Behandlung in Zielbereichen erleben, die durch die Tagesklinikbehandlung fokussiert bearbeitet werden, das sind Rückfallgefährdung und (assertive) Bewältigungskompetenzen. Untersucht wird weiterhin, ob sich das Selbstwörterleben der PatientInnen von der Eingangs- zur Ausgangsmessung verändert hat (SWG-Skala nach Rosenberg).

Schließlich werden die Häufigkeiten der Anwendung therapeutischer Leistungen nach einem in der AHG entwickelten und mit dem KTL der Rentenversicherung kompatiblen Verzeichnis (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 1999) ausgewertet und die Verteilung der Behandlungsdauern und der Entlassmodalitäten berechnet.

### 6. Ergebnisse

Tabelle 8 (s. S. 37) gibt einen Überblick über soziodemografische Merkmale von TagesklinikpatientInnen (TK), KurzzeitpatientInnen (KP) und PatientInnen des individualisierten (Langzeit-)Programms (IP) auf Basisdokumentationsniveau.

Nur 30% der TK-PatientInnen sind weiblich, 70% männlich. Dies entspricht einer Geschlechtsverteilung, wie sie in Fachkliniken üblich ist. Das Durchschnittsalter ist mit 46 Jahren wie auch in der Fachklinik relativ hoch. 54,3% der TK-PatientInnen sind verheiratet, eine Quote die zwischen den Werten des Kurzzeit- und des individualisierten Programms liegt. Nur 12,9% der TK-Stichprobe sind geschieden, deutlich weniger als in den Vergleichsstichpro-

ben. Nach dem Kriterium Schulbildung ist das TK-Klientel eher mit dem Klientel des individualisierten Programms vergleichbar, allerdings mit etwas höheren Werten im Bereich der höheren Schulabschlüsse. Hinsichtlich des letzten beruflichen Status liegt das TK-Klientel in den Hauptkategorien zwischen dem Klientel des Kurzzeit und des individualisierten Programms, weist aber mehr freiberuflich Tätige und mehr Hausfrauen auf. Möglicherweise kommt der Tagesklinikansatz den Lebensbedingungen dieser beiden Gruppen mehr entgegen. Die Arbeitslosenquote liegt mit 22,9% in der Nähe der Werte des Kurzzeitprogramms. Nur 4,3% sind bei Therapiebeginn länger als ein Jahr arbeitslos, womit eine der Indikationsempfehlungen weitgehend eingehalten wurde. 38,6% der TK-PatientInnen haben bereits eine oder mehr Entwöhnungsbehandlungen regulär abgeschlossen, das sind prozentual mehr als in den anderen beiden Programmen. Dieser hohe Prozentsatz wurde nicht erwartet und spricht dafür, dass die Tagesklinik im Sinne des Grundsatzes „nicht mehr von dem selben“ als qualitative Alternative zu einer stationären Behandlung gesehen wird.

Tabelle 9 (s. S. 37) gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Eingangstestung mit der SCL-90-R. Die TagesklinikpatientInnen unterscheiden sich weder in den Mittelwerten der globalen Indizes noch in den Skalenmittelwerten signifikant von den KurzzeitpatientInnen. Gegenüber den PatientInnen des individualisierten Programms zeigen sich signifikant höhere Mittelwerte bei den Skalen „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“ und „Phobische Angst“.

Auch der Vergleich der Mittelwerte der Skalen des U-Fragebogens zeigt im T-Test keine signifikanten Unterschiede zwischen Tagesklinik- und KurzzeitpatientInnen (vgl. Tabelle 10, s. S. 38). Im Vergleich zu den PatientInnen des Individualisier-

Kriterium	KP (N=75)	TK (N=70)	IP (N=382)
<b>Geschlecht</b>			
- männlich	55%	70%	75%
- weiblich	45%	30%	25%
<b>Alter (Jahre)</b>	47	46	45
<b>Familienstand</b>			
- Ledig	14,7%	27,1%	23,6%
- Verheiratet	61,4%	54,3%	41,1%
- Verwitwet	2,7%	4,3%	1,8%
- Geschieden	21,3%	12,9%	33,0%
<b>Schulbildung</b>			
-Sonderschule	1,3%	1,4%	3,9%
-Hauptschule ohne Abschluss	-	2,9%	2,1%
-Hauptschule mit Abschluss	36,0%	55,7%	60,5%
-Mittlere Reife	34,7%	17,1%	22,8%
-Fachschule	6,7%	8,6%	3,7%
-Abitur	12,0%	10,0%	3,9%
-Studium ohne Abschluss	2,7%	-	0,5%
-Studium mit Abschluss	6,7%	2,9%	1,8%
-sonstiges	-	1,4%	0,8%
<b>Letzter berufl. Status</b>			
-Arbeiter	9,3%	21,4%	31,9%
-Facharbeiter, Lehrberuf	10,7%	18,6%	24,9%
-einf./mittl. Angest./Beamte	48,0%	30,0%	32,5%
-höherer Angest./Beamter	20,0%	8,6%	4,2%
-Selbständig, freiberuflich	1,3%	10,0%	3,7%
-Schüler, Student	1,3%	1,4%	-
-Hausfrau/Hausmann	5,3%	8,6%	2,1%
-sonstiges/unbekannt	4,0%	1,4%	0,8%
<b>Berufsausbildung</b>			
-Berufsausbild. abgeschlossen	77,3%	82,9%	79,8%
-Berufsausbild. abgebrochen	5,3%	12,9%	9,2%
-Keine Ausbildung	10,7%	1,4%	9,7%
-sonstiges	6,6%	2,8%	1,3%
<b>Arbeitslosenquote, davon</b>	20,0%	22,9%	48,4%
-bis 1 Jahr arbeitslos	12,0%	18,6%	23,3%
-über ein Jahr arbeitslos	8,0%	4,3%	25,1%
<b>Abhängigkeitsdauer (Jahre)</b>	11,3	13	11,9
<b>reg. beendete Entwöhn.beh.</b>			
-0	80,0%	61,4%	63,6%
-1	12,0%	24,3%	24,3%
-2 und mehr	8,0%	14,3%	12,1%

Tab. 8: PatientInnen der Tagesklinik, des Kurzzeitprogramms und des individualisierten Programms im Vergleich; soziodemografische und Behandlungsdaten, N=527

sowie bei „körperlichen und anderen Beschwerden“ auf, ebenso eine höhere Zuversicht, „soziale Versuchungssituationen“ abstinert bewältigen zu können. Ersteres könnte eine Folge der größeren Nähe zum psychosozialen Konfliktfeld und zu den Alltagsbelastungen sein, die TagesklinikpatientInnen gegenüber den relativ abgeschirmten stationären PatientInnen erleben. Letzteres weist auf eine etwas höhere Kommunikationskompetenz hin und wird auch durch den oben berichteten Befund auf der Skala „Kontaktangst“ gestützt.

Alle Mittelwertsunterschiede zwischen Tagesklinik, Kurzzeitprogramm und Individualisiertem Programm, erhoben auf den weiteren Skalen, fallen nicht signifikant aus (vgl. Tabelle 12, s. S. 38). Auf eine Darstellung der Mittelwerte im Einzelnen wird an dieser Stelle verzichtet.

Im Folgenden werden die Veränderungen dargestellt, die sich von der Eingangsmessung zur Ausgangsmessung ergeben. Veränderungen von t1 zu t2 können als Bewertung der Therapiefortschritte entlang der in den Untersuchungsinstrumenten repräsentierten Parameter durch die PatientInnen gewertet werden.

Von den 66 TagesklinikpatientInnen, die an der Eingangsmessung teilgenommen haben, liegen für 51 Personen auch die Abschlussmessungen vor. Bei 15 Personen fehlen die Abschlussmessungen wegen irregulärer Therapiebeendigung oder wegen des Verzichts auf eine Abschlussmessung wegen zu geringen zeitlichen Abständen zwischen t1 und t2, z.B. bei sehr kurzen Behandlungen, wie z.B. 4-wöchigen Initialbehandlungen.

Tabelle 13 (s. S. 39) gibt die Mittelwerte der Skalen zu t1 und zu t2 wieder. Die Signifikanzprüfung erfolgte mit dem T-Test für gepaarte Vergleiche. Auf allen Skalen des U-Fragebogens lassen sich signifikante bis hoch signifikante Mittelwertsunterschiede im Sinne einer verbesserten Selbstsicherheit zu t2 feststellen. Damit korrespondierend schreiben sich die TK-PatientInnen in der Ausgangsmessung auch eine verbesserte Selbstwirksamkeit (p=.005) zu.

In der AASE berichten die TK-PatientInnen ein Nachlassen der Versuchung in Situationen des negativen Affekts (p=.000) sowie bei körperlichen und anderen Beschwerden (p=.011) und in Craving-Situationen (p=.017). Allerdings zeichnen sich gegenüber der Eingangsmessung keine

ten Programms ergeben sich im Bereich „Kontaktangst“ signifikant niedrigere Werte (p=.05), alle anderen Mittelwertsvergleiche (Fehlenschlag- und Kritikangst, Fordern Können, nicht Nein sagen können, Schuldgefühle, Anständigkeit) sind nicht signifikant. Der Vergleich der Mittelwerte des AASE (vgl. Tabelle 11, s. S. 38) ergibt ebenfalls

keinerlei signifikante Unterschiede zum Kurzzeitprogramm, weder bei den Skalen zur erlebten Versuchung noch bei den Skalen zur Abstinenz-Zuversicht. Dagegen weisen die TagesklinikpatientInnen im Vergleich mit der Stichprobe aus dem Individualisierten Programm eine im Durchschnitt höhere erlebte Versuchung in „Situationen des negativen Affekts“

SKALA	KP N=73	TK N=66	IP N=351
GSI	n.s.	0.60	n.s.
PST	n.s.	33.1	n.s.
PSDI	n.s.	1.42	n.s.
Somatisierung	n.s.	6.54	n.s.
Zwanghaftigkeit	n.s.	6.98	n.s.
Depressivität	n.s.	6.64	n.s.
Unsicherheit im Sozialkontakt	n.s.	9.50	n.s.
Ängstlichkeit	n.s.	7.47	5.36**
Aggressivität	n.s.	2.82	1.94*
Phobische Angst	n.s.	2.55	1.47*
Paranoides Denken	n.s.	3.45	n.s.
Psychotizismus	n.s.	4.05	n.s.

\* p=.05, \*\* p=.01, \*\*\*p=.001

Tab. 9: Ergebnisse der T-Tests zu Skalenmittelwerten der SCL-90-R; Tagesklinikstichprobe (TK) im Vergleich mit Stichprobe des Kurzzeitprogramms (KP) und des individualisierten Programms (IP); t1; N= 490

Skala	KP N=73	TK N=66	IP N=351
Fehlschlag-/Kritikangst	n.s.	26.6	n.s.
Kontaktangst	n.s.	23.3	28.1*
Fordern können	n.s.	43.2	n.s.
Nicht-Nein-Sagen können	n.s.	32.3	n.s.
Schuldgefühle	n.s.	15.7	n.s.
Anständigkeit	n.s.	35.2	n.s.

Tab. 10: Vergleich TK und KP bzw. TK und IP über die Skalenmittelwerte des U-Fragebogens; T-Tests.

Skala	KP N=73	TK N=66	IP N=351
<b>Versuchung</b>			
-in Sit. des neg. Affekts	n.s.	2.61	2.31*
-in soz. Situationen	n.s.	1.85	n.s.
-bei körperl. u.a. Beschw.	n.s.	1.76	1.59*
-in Sit. des Cravings	n.s.	2.28	n.s.
<b>Zuversicht</b>			
-in Sit. des neg. Affekts	n.s.	3.79	n.s.
-in soz. Situationen	n.s.	4.32	4.09*
-bei körperl. u.a. Beschw.	n.s.	4.17	n.s.
-in Sit. des Cravings	n.s.	3.92	n.s.

Tab. 11: Vergleich TK und KP bzw. TK und IP über die Skalenmittelwerte des AASE; Ergebnisse der T-Tests.

<b>Keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen TK und IP bzw. zwischen TK und KP:</b>	
<b>1. SWG Selbstwertgefühl:</b>	
-	SWG als positive Einstellung zu sich selbst
-	Wertlosigkeit als negative Einstellung zu sich selbst
<b>2. SWS Selbstwirksamkeitsskala</b>	
<b>3. COPING-Skala:</b>	
-	aktives Coping
-	soziales Coping
-	emotionales Coping
<b>4. ABER Abstinenzenerwartungs-Fragebogen:</b>	
-	psychisches Gleichgewicht
-	psychosoziales Funktionsniveau
-	negative Abstinenzenerwartungen

Tab. 12: Vergleich TK und KP bzw. TK und IP über die Skalenmittelwerte von SWG, SWS, Coping-Skala, ABER; Ergebnisse der T-Tests

signifikanten Verbesserungen in der mittleren Abstinenzzuversicht ab.

In der Skala 'Selbstwertgefühl nach Rosenberg' (SWG), die mit zwei Subskalen erstens ein positives Selbstwertgefühl und zweitens das 'Gefühl der Wertlosigkeit als negative Einstellung zu sich selbst' misst, zeigen sich ebenfalls therapeutisch erwünschte Veränderungen bei beiden Subskalen ab (p=.000). Der Mittelwert des positiven Selbstwertgefühls verbessert sich gegenüber der Eingangsmessung von 2,1 auf 1,75 (auf einer Skala von 1 = 'trifft voll und ganz zu' bis 4 = 'trifft überhaupt nicht zu') und die erlebte Wertlosigkeit geht entsprechend von einem Wert von 2,73 auf 3,04 zurück.

Neben den Mittelwerten, die die gesamte Stichprobe repräsentieren, sind klinisch die Veränderungen bei Skalen-Extremwerten bedeutsam. Während für den U-Fragebogen auf die vom Wiener Testsystem verwendeten Werte auf der Basis der Normstichprobe zurückgegriffen wurde, mussten für die übrigen Verfahren Normierungskriterien erarbeitet werden, die Cut-off-Werte für Extremausprägungen liefern. Dies erfolgte anhand einer für die Wilhelmsheimer Klientel repräsentativen großen Eichstichprobe fortlaufender Patientenaufnahmen. Als erste Tendenzen zeigen sich Rückgänge von Extremwerten beim U-Fragebogen und bei der SWG-Skala nach Rosenberg, während bei allen anderen Skalen keine signifikanten Werte vorliegen. Auf eine Darstellung der Ergebnisse wird aufgrund der geringen Zellenhäufigkeiten verzichtet.

Tabelle 14 (s. S. 39) zeigt die retrospektiv bei Therapieende abgegebene Einschätzung der Bezugstherapeuten, ob die in den Indikationsempfehlungen genannten Kriterien bei Ihren PatientInnen zutreffen. Retrospektive Einschätzungen dieser Art sind methodisch bedenklich. Wir haben diese Einschätzung dennoch vorgenommen, um erste Hinweise aus TherapeutInnensicht über die Validität unserer Zuweisungsempfehlungen zu bekommen. Als Vergleichsgruppen zur Tagesklinik dient eine kleine Stichprobe fortlaufender Aufnahmen aus dem Kurzzeitprogramm und dem Indikativen Programm der Klinik. Alle Therapeuten der Fachklinik und der Tagesklinik nahmen an einer Einweisung in das Rating teil und wirkten an der Einschätzung mit.

Hervorstechender Befund des Vergleiches ist, dass die TherapeutInnen der Tagesklinik von einem weitgehenden Zutreffen der Indikatorkriterien bei ihrer Klientel ausgehen. Bis auf das Vorhandensein einer unterstützenden Bezugsperson ohne Suchtmittelprobleme, die nur in 69% bescheinigt wird, treffen alle weiteren Kriterien auf über 85% der PatientInnen zu. Gegenüber der Bewertung



der PatientInnen der stationären Programme zeigen sich mit Ausnahme des Kriteriums „Wohnsituation“ bei allen weiteren Kriterien signifikante Häufigkeitsunterschiede.

Im Folgenden wird die Häufigkeit der **Applikation therapeutischer Leistungen**, erhoben nach dem AHG-Leistungsverzeichnis VTL zusammengefasst.

**Medizinische Leistungen:** Bei allen PatientInnen wurde eine ärztliche Aufnahmeuntersuchung, medizinische Anamnese, Aufnahme durch Pflegedienst, Routinelabor, Abschlussuntersuchung und sozialmedizinische Beurteilung durchgeführt. Bei 26,8% war eine medikamentöse Behandlung von Suchtfolgeerkrankungen nötig, bei 18,3% eine medikamentöse Behandlung psychiatrischer Erkrankungen und bei 60,6% eine sonstige medikamentöse Behandlung. Eine diätetische Behandlung fiel in 57,7% der Fälle an. Externe ärztliche Konsile waren nur in wenigen Fällen notwendig. Umfassende in der Tagesklinik durchgeführte ärztliche Untersuchungen wurden bei 80,3% angegeben, ergänzende Laborleistungen bei 81,1%. Bei 22,5% fanden ein oder mehrere psychiatrische Konsile in der Tagesklinik statt. Bei 95,8% wurde ein Routine-EKG durchgeführt. Kleine Chirurgie im Hause (Wundversorgung, Verbände etc.) erwies sich bei 16,5% als notwendig.

Die ärztliche Visite fand bei allen PatientInnen statt, eine Facharztvisite (psychiatrisch / neurologisch) durch den Bereichsleiter bei 94,4% und die Chefarztvisite bei 91,5%. Ärztliche Beratung, überwiegend im Rahmen der Sprechstunde wurde bei 93% durchgeführt, ärztliche Krisenintervention bei 21,1% und psychiatrische Kurzintervention bei 2,8%. Sonstige ärztliche Behandlung wurde bei 59,2% angegeben. Blutzuckertagesprofile wurden bei 16,9% erstellt.

Bei 32,4% wurde Vollkost, bei 49,3% leichte Vollkost, bei 2,8% Reduktionskost und bei 8,5% Diabeteskost verordnet. Bei 63,4% wurden Ernährungsberatungen (einzeln) durchgeführt, im Durchschnitt 1,9 mal. Ernährungsberatung in der Gruppe erfolgte bei 77,5%. An Vorträgen zur Gesundheitsinformation nahmen 84,5% teil.

**Sport- und Entspannungstherapie:** 85,9% der PatientInnen erhielten regelmäßig Sport- und Bewegungstherapie in der Gruppe. An der Körper- und Atemerfahrung nahmen 85,9% teil und 87,3% am Entspannungstraining nach Jacobson.

**Kunsttherapie, Freizeitkompetenztraining:** 77,5% nahmen an der Kunsttherapie in der Bezugsgruppe teil, durchschnittlich 17,5 mal und 85,9% am Freizeitkompetenztraining, durchschnittlich 12,5 mal.

Instrument, Skala	N	Mean t1	Mean t2	Sig (2-seitig)
U-Fragebogen	53			
- Fehlschlags- u. Kritikangst		26,4	20,2	.000
- Kontaktangst		24,2	19,1	.001
- Fordern Können		42,9	50,3	.000
- Nicht-Nein-Sagen-Können		32,0	21,9	.000
- Schuldgefühle		16,2	11,8	.011
- Anständigkeit		35,7	28,2	.000
AASE				
Versuchung	51			
- Sit. des neg. Affekts		2,49	1,98	.000
- Soz. Sit. u. Sit. des Pos. Affekts		1,86	1,76	n.s.
- bei körperl. u.a. Beschwerden		1,75	1,55	.011
- Sit. des Cravings		2,22	1,91	.017
Abstinenzzuversicht	51			
- Sit. des neg. Affekts		3,85	4,07	n.s.
- Soz. Sit. u. Sit. des Pos. Affekts		4,35	4,32	n.s.
- bei körperl. U.a. Beschwerden		4,23	4,35	n.s.
- Sit. des Cravings		4,03	4,17	n.s.
SWS	50	2,91	3,12	.005
SWG-Skala nach Rosenberg	49			
- SWG als pos. Einstellung		2,10	1,75	.000
- Gefühl der Wertlosigkeit		2,73	3,04	.000

Tab. 13: Mittelwertvergleiche der Eingangs- und der Ausgangsmessung; U-Fragebogen, SWS-Skala, AASE, SWG-Skala nach Rosenberg; ergebnisse der T-Tests für gepaarte Vergleiche; N = 49 bis 53

Tab. 14: Vergleichende Einschätzung zu Indikationskriterien einer TK-Behandlung; N=149	TK N=72	KP N=31	IP N=46	Sign. $\chi^2$
Abstinenzfähigkeit incl. Problemlöse- u. Konfliktbewältigungskompetenz reicht aus	89%	61%	33%	***
Distanz zu Alkoholumfeld ist kurzfristig realisierbar	94%	39%	50%	***
Körperliche Erkrankungen auch in TK-Setting behandelbar	99%	97%	65%	***
Umfeldbedingungen sind nicht im engeren Sinne Sucht-aufrechterhaltend	92%	23%	39%	***
Unterstützende Bezugsperson ohne SM-Probleme ist erreichbar	69%	68%	44%	*
Regionale Arbeitssuche während der Behandlung prinzipiell möglich	96%	23%	28%	***
Wohnsituation ist vorläufig weitgehend stabil	99%	97%	89%	n.s.
Soziale Probleme sind teilstationär behandelbar	94%	68%	65%	***
Einsicht in funktionale Zusammenhänge ist ansatzweise gegeben	86%	71%	67%	*
Patient hat erste konkrete Änderungsziele	89%	52%	44%	***
Patient ist (wäre) mit der teilstationären Behandlung einverstanden	98%	7%	15%	***
Patient ist (wäre) zuversichtlich, Ziele im teilstationären Setting zu erreichen	93%	16%	19%	***

**Psychodiagnostik:** Eine Verhaltensanalyse wurde bei 91,5% durchgeführt, eine biografische Anamnese bei 93%, eine spezielle Krankheitsanamnese bei 94,4%, eine berufliche Anamnese bei 93%. Weitere suchtspezifische Diagnostik wurde bei 59,2% angegeben, Persönlichkeitsdiagnostik bei 85,9%, klinische Diagnostik bei 95,8%.

**Psychotherapie, Einzel:** Neben den Anamnese und Diagnostikgesprächen (s.o.) wurde bei allen PatientInnen ein Aufnahme und ein Abschlussgespräch durchgeführt. Weiterhin fanden bei 26,8% kurze einzeltherapeutische Sitzungen statt und bei 63,4% lange verhaltenstherapeutische Einzelsitzungen und bei 11,3% psy-

chotherapeutische Paargespräche statt.

**Psychotherapie, Gruppe und psychoedukative Maßnahmen:** 95,8% nahmen an der regelmäßigen Gruppentherapie teil, durchschnittlich an 36 100-minütigen Einheiten. Bei 91,5% fanden Auswertungen von Tages- und Wochenberichten in der Gruppe statt. 74,6% nahmen an einem Einführungsseminar in der Kleingruppe teil. 93% nahmen an Vorträgen zur Suchtinformation teil, durchschnittlich 8,8 mal. An der wöchentlichen Bereichsversammlung nahmen 88,7% teil. 91,5% nahmen an der Rückfallprävention teil, durchschnittlich 9 mal. Für 29,6% fand an mindestens 3 Samstagen die Partner- und Angehörigengruppe statt.

## Fachbeiträge

**Indikative Gruppen:** Am sozialen Kompetenztraining nahmen 52,1% der PatientInnen teil (29,6% an 5 und mehr Sitzungen), an der Gruppe Umgang mit belastenden Gefühlen nahmen 76,1% teil (49,3% an 5 und mehr Sitzungen).

**Sozialberatung:** Sozialberatung war nur in einzelnen Fällen notwendig. 2,9% absolvierten halbtags 3-wöchige externe Arbeitsbelastungserprobungen.

Tabelle 15 gibt einen Überblick über den **Entlassmodus**. 75,7% der TK-PatientInnen wurden regulär entlassen. Bei 2,9% wurde die Behandlung gegenüber der Kostenzusage mit ärztlichem Einverständnis verkürzt, z.B. weil Behandlungsziele schon früher erreicht wurden. 12,9% brachen die Behandlung ab, 7,1% wurden auf ärztliche Veranlassung entlassen, das sind überwiegend Personen, bei denen die Behandlungsgrundlage als nicht ausreichend angesehen wurde. 1,4% wurden in die Fachklinik verlegt.

und damit ca. 15 Tage über dem Wert des Kurzzeitprogramms, aber 20 Tage unter dem Wert des individualisierten Programms der Fachklinik.

Die 70 Behandlungen enthalten 6 teilstationäre Fortsetzungsbehandlungen mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 44,7 Tagen nach vorheriger stationärer Behandlung in der Fachklinik. Eine Person wurde von der Tagesklinik in die Fachklinik verlegt. 2 weitere Personen absolvierten 4-wöchige teilstationäre Initialbehandlungen, die in eine ambulante Rehabilitation übergeleitet werden. Bereinigt man die Stichprobe um diese 9 Fälle, so kommt man auf eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 73,5 Tagen für teilstationäre Hauptbehandlungen.

Legt man allerdings die **Berechnungstage** zugrunde, so ergibt sich ein deutlich anderes Bild. Hier beträgt die durchschnittliche Anzahl 55 Tage, das ist ca. 1

Legt man die aktuell geltenden Tagessätze zugrunde, so kostet eine tagesklinische Behandlung deutlich weniger als die Behandlungen in den beiden stationären Programmen (vgl. Tab. 17). Die **durchschnittlichen Behandlungskosten** belaufen sich demnach auf 4779 Euro, verglichen mit 5380 Euro für eine Kurzzeitbehandlung und 8844 Euro für eine Behandlung im individualisierten Programm der Fachklinik.

Die **Behandlungskosten für teilstationäre Hauptbehandlungen**, d.h. ausschließlich der Fortsetzungsbehandlungen und der Initialbehandlungen betragen 5100 Euro.

## 7. Fazit und Ausblick

Die hier vorgelegte Untersuchung hat aufgrund der kleinen teilstationären Stichprobe eher den Charakter einer Voruntersuchung und soll für eine umfassende Konzeptevaluationsstudie Hinweise geben bzw. Hypothesen generieren. Die Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse zu diesem frühen Zeitpunkt geschieht dennoch wohl überlegt. Wir folgen damit der eingangs formulierten Verpflichtung. In enger Rückkopplung mit Evaluationsergebnissen unseren differenziellen Ansatz zu überprüfen, um Rückschlüsse auf die Patientenselektion und die Programmgestaltung zu gewinnen. Weitere Schritte werden nach der Auswertung der Entlassfragebögen und der Katamnesen folgen.

### 1. Patientenselektion

Die deskriptiven Auswertungen geben Hinweise darauf, dass die Patientenzuweisung zu einem teilstationären Behandlungsprogramm, das auf eine bestimmte Klientel zielt, bereits im ersten Jahr gut gelungen ist. Lediglich der hohe Anteil von Wiederholerbehandlungen war nicht erwartet worden. Prinzipiell ist aber die Zuweisung von Therapiewiederholern durchaus nachvollziehbar. In der Regel ist damit seitens der zuweisenden Beratungsstelle die Vorstellung verbunden, dass PatientInnen sich in der Tagesklinik stärker ihren Problemen stellen müssen, ein Gesichtspunkt der gerade bei Wiederholern häufig im Vordergrund steht. Das Konzept einer unterstützenden Bezugsperson ohne Suchtmittelprobleme spiegelt sich ebenfalls nicht im er-

Entlasskategorien	KP	TK	IP
-regulär	94,7%	75,7%	81,9%
-vorzeitig auf ärztl. Veranlass.	-	7,1%	5,0%
-vorzeitig mit ärztl. Einverst.	1,3%	2,9%	4,2%
-vorzeitig ohne ärztl. Einverständnis	4,0%	12,9%	6,3%
-disziplinarisch	-	-	0,8%
-verlegt	-	1,4%	1,3%
-sonstiges	-	-	1,9%

Tab. 15: Entlassmodus im Vergleich; Tagesklinik (TK) vs. Kurzzeitprogramm (KP) und individualisiertes Programm (IP)

Behandlungsprogramm	Mittelwert	N	Standardabweichung
Behandlungsdauer in Tagen			
- Tagesklinik: insgesamt	68,6	70	25,42
- Tagesklinik: nur Hauptbehandlungen***	73,5	61	23,00
- Kurzzeitprogramm	53,9	75	9,94
- Individualisiertes Programm	88,6	382	31,23
Anzahl der Berechnungstage*			
- Tagesklinik**: insgesamt	55,0	70	20,70
- Tagesklinik**: nur Hauptbehandlungen***	58,7	61	19,70
- Kurzzeitprogramm	53,9	75	9,94
- Individualisiertes Programm	88,6	382	31,23

\* von Aufnahme- und Entlasstag geht nur einer der beiden Tage in die Berechnung ein  
 \*\* Berechnungstage der Tagesklinik = Anzahl der Werkstage minus Anzahl der interkurrenten Erkrankungstage u. der sonstigen Abwesenheitstage  
 \*\*\* ausschließlich stationär/teilstationären Kombinationsbehandlungen und ausschließlich Initialbehandlungen

Tab. 16: Behandlungsdauer in Tagen und Anzahl der Berechnungstage; Vergleich von Tagesklinik, Kurzzeitprogramm und individualisiertem Programm, N = 527

Beim Vergleich der Behandlungsdauern der drei Programme wird differenziert nach **Behandlungsdauer**, gerechnet vom Aufnahmetag bis zum Entlasstag und **Anzahl der Berechnungstage**, die sich bei der Tagesklinik aus der Anzahl der Werkstage (incl. Samstag) im Behandlungszeitraum abzüglich der Fehltag (Krankheit, sonstige Fehltag) errechnet (vgl. Tabelle 16). Bei beiden Berechnungen wird nur entweder der Aufnahme- oder der Entlasstag berechnet. Die mittlere **Behandlungsdauer, ermittelt aus Aufnahmedatum und Entlassdatum** liegt für die Gesamtstichprobe von 70 TK-PatientInnen bei 68,6 Tagen (Minimum 5 Tage, Maximum 96 Tage)

Vergütungstag mehr als in der Kurzzeitbehandlung, aber fast 34 Vergütungstage weniger als im individualisierten Programm der Fachklinik. Die durchschnittliche Anzahl von Berechnungstagen nur für Hauptbehandlungen beträgt 58,7.

Tagesklinik	Kurzzeitprogramm	Individualisiertes Programm
Insgesamt: 4779 Euro für Hauptbehandlungen**: 5100 Euro	5380 Euro	8844 Euro

\* berechnet auf der Grundlage der Gesamtstichproben anhand der durchschnittlichen Berechnungstage und der aktuellen Vergütungssätze  
 \*\* \* ausschließlich stationär/teilstationären Kombinationsbehandlungen und ausschließlich Initialbehandlungen

Tab. 17: Durchschnittliche Behandlungskosten im Vergleich\*; PatientInnen der Tagesklinik, des Kurzzeitprogramms und des individualisierten Programms, N = 527

hofften Ausmaß wieder; einige PatientInnen ohne diese soziale Unterstützung sind aber gut zu integrieren. Einige Langzeitarbeitslose sind entgegen der Indikationsempfehlung vermittelt worden. Nach dem ersten Behandlungsjahr sieht sich das Team der Tagesklinik aber durchaus in der Lage, auch einige sozial schwerer geschädigte PatientInnen aufnehmen zu können, besonders dann, wenn seitens der PatientInnen die Bereitschaft besteht, die Möglichkeiten einer aktiven Problembewältigung im sozialen Milieu zu nutzen. Insgesamt ist die erste vorsichtige Grundhaltung einer experimentierfreudigeren Haltung gewichen. Einzelne Fälle belegen, dass auch PatientInnen, die weniger mit den genannten Indikationsempfehlungen übereinstimmen, positive Therapieverläufe hatten. Dennoch ist es für eine Revision der Indikationsempfehlungen zu früh. Hier sollten erst mittelfristige Verlaufsdaten aus den Katamnesen abgewartet werden.

TagesklinikpatientInnen unterscheiden sich nur in wenigen der untersuchten diagnostischen Parameter von der stationären Klientel, wobei sich keinerlei substantielle Unterschiede zur Kurzzeitklientel, sondern nur wenige Unterschiede zur Klientel des individualisierten Programms andeuten: TK-PatientInnen weisen in den SCL-90-R-Skalen Ängstlichkeit, Aggressivität und phobische Angst höhere Werte auf. Dies korrespondiert mit den Einschätzungen unseres TK-Teams, dass die Tagesklinik stärker PatientInnen anzieht, die sich scheuen, ihr vertrautes heimisches Terrain zu verlassen. Unterschiede in Bezug auf eine psychiatrisch relevante klinische Symptomatik und entsprechende komorbide Störungen ließen sich nicht feststellen.

Der retrospektive Vergleich, ob die Klientel in den drei Programmen den tagesklinischen Indikationsempfehlungen entspricht, ergibt, dass für einen Teil der Klientel der stationären Programme die Indikationskriterien ebenfalls zutreffen, so dass davon auszugehen ist, dass ein Teil der stationär behandelten PatientInnen unter Indikationsgesichtspunkten auch teilstationär zu behandeln wäre. Wie groß die gemeinsame Schnittmenge der zutreffenden Kriterien ist, muss an anderer Stelle detaillierter untersucht werden. Bedeutsam erscheint, dass nur ein kleiner Teil der stationär behandelten Klientel – retrospektiv durch die Bezugstherapeutin befragt – auch mit einer alternativen teilstationären Behandlung einverstanden gewesen wäre, bzw. einer teilstationären Behandlung eine ausreichende Erfolgswahrscheinlichkeit beigemessen hätte. Auch wenn diese letztgenannten Einschätzungen am Ende der Behandlung eher als Ausdruck der Identifikation der stationär behandelten PatientInnen

mit ihrer Behandlung gewertet werden sollten als Bewertung verschiedener Behandlungsalternativen, so schätzen wir das Potential für teilstationär behandelbare Klienten in unserer stationären Klientel dennoch auf deutlich unter 10%, da neben den hier erfassten Indikationskriterien auch das Regionalitätskriterium (45 Minuten Anfahrtsweg vom Wohnort zur Behandlungseinrichtung) zu berücksichtigen ist.

## 2. Prä-Post-Veränderungen entlang diagnostischer Parameter

TK-PatientInnen schreiben sich am Ende der Behandlung in zentralen klinischen Parametern signifikante positive Veränderungen zu. Dies trifft für soziale Kompetenzen, Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl zu. In allen Selbstsicherheitsbereichen des U-Fragebogens ergeben sich in der prä-post-Messung positive Veränderungen, ebenso auf der Selbstwirksamkeitsskala und der Skala Selbstwertgefühl nach Rosenberg. Die Stärke der erlebten Versuchung, in typischen Situationen Alkohol zu trinken, nimmt im Therapieverlauf in zwei von 4 erfassten Bereichen signifikant ab, dagegen bleiben alle Veränderungen der Bewältigungszuversicht unterhalb der Signifikanzgrenzen. Ob letzteres bedeutet, dass PatientInnen keine Veränderung der Bewältigungszuversicht erleben, kann an dieser Stelle noch nicht entschieden werden. Denkbar wäre auch, dass eingangs zu positive Selbsteinschätzungen im Therapieverlauf bzw. der damit verbundenen Exposition in Alltagssituationen einer realistischeren Einschätzung Platz machen und sich Veränderungen statistisch kompensieren.

Die PC-gestützte Erhebung diagnostischer Daten ermöglicht weitere Auswertungen, die auch weitere Erfolgsparameter einschließen, wie z.B. das Ausmaß der **Lebenszufriedenheit** oder das **Ausmaß sozialer Partizipation** zu Beginn und am Ende der Behandlung. Diese sollten in die nächsten Untersuchungsschritte einbezogen werden.

Weitere diagnostische Daten zu berufsbezogenem Erleben und Verhalten sind in Kürze abrufbar.

## 3. Programmgestaltung

Das Spektrum vorhandener Maßnahmen wurde weitgehend entsprechend der Konzeptschwerpunkte genutzt und die Häufigkeiten der einzelnen Leistungen stimmen mit den Konzeptintentionen überein. Dies gilt sowohl für den medizinischen als auch den psychotherapeutischen und den adjuvantherapeutischen Bereich. Optimierbar im Sinne des Konzeptanspruches ist die Angehörigenarbeit. Die ständige Angehörigengruppe erreichte in 29,6% Fälle die Partner- und Angehörigen. Trotz

der routinemäßig persönlichen Kontaktnahme jeder berufstätigen PatientIn beim Arbeitgeber können berufsbezogene Maßnahmen ausgebaut werden. Ein Ansteigen der Anteile Arbeitsloser würde erfordern, ein größeres Gewicht auf Arbeitsbelastungserprobungen und direkte Arbeitssuche zu legen. Für die hier untersuchte Patientenselektion erscheinen die getroffenen Maßnahmen ausreichend. Die beiden Indikativgruppenschwerpunkte haben sich bestätigt und wurden gut genutzt. Die am Samstag stattfindenden Rückfallpräventionseinheiten waren entsprechend ihrer zentralen Stellung im Therapiekonzept umfassend ausgelastet. Einzeltherapeutische Maßnahmen beschränken sich in der Regel auf die Durchführung der anamnestischen Gespräche, die Abschlussgespräche sowie interkurrente Gespräche in unterschiedlicher Dichte. Eine differenzierte Sozialberatung war nur in Einzelfällen notwendig. Hier würde sich im Falle der Zuweisung sozial schwerer geschädigter PatientInnen ein Änderungsbedarf ergeben. Eine weitere Bewertung der Behandlungsmaßnahmen sollte erfolgen, wenn die Auswertungen der Entlassfragebögen vorliegen, um auch die Akzeptanz der Maßnahmen bei den PatientInnen berücksichtigen zu können. Bis dahin ergibt sich kein Änderungsbedarf.

## 4. Behandlungsdauer und Entlassmodus

Die im Therapiekonzept genannte **Behandlungsdauer von 12 Wochen** erscheint angemessen. In der Praxis ergeben sich aber in einigen Fällen therapeutisch initiierte Verkürzungen der Behandlungszeit, z.B. wenn Therapieziele erreicht wurden oder wenn bei weitgehendem Therapiefortschritt eine Arbeitsstelle angetreten werden kann. Aus Sicht der Tagesklinik wäre eine Budgetregelung für teilstationäre Hauptbehandlungen hilfreich.

Die Verteilung der TagesklinikpatientInnen über die **Entlasskategorien** spricht einerseits dafür, dass ein teilstationäres Setting ausreichend Stützung bietet, um die Mehrheit der Behandlungen regulär abschließen zu können. Die Anzahl der vorzeitigen Entlassungen ohne ärztliches Einverständnis macht andererseits deutlich, dass teilstationäre Behandlungsbedingungen mehr Risikofaktoren enthalten, als abgeschirmte stationäre Behandlungsbedingungen. Ein starker Anstieg von Rückfall bedingten Therapiebeendigungen ist bei der vorliegenden Patientenselektion nicht eingetreten bzw. nicht zu befürchten.

## 5. Wechsel der Behandlungssettings

Die Möglichkeit der Kombination von stationärer und teilstationärer bzw. teilstationärer und ambulanter Reha wird zwar

bereits genutzt, kann aber noch ausgebaut werden. Im Untersuchungszeitraum wechselten 10% der PatientInnen das Behandlungssetting, überwiegend im Sinne einer teilstationären Fortsetzung einer fortgeschrittenen stationären Behandlung. Es zeichnet sich ab, dass bei einer stationären 4-Monatsbehandlung ein Wechsel in das teilstationäre Setting nach 8 bis 10 Wochen erfolgen sollte, um noch eine ausreichend lange Restbehandlungsdauer in der Tagesklinik zur Verfügung zu haben. Mit der Aufteilung von kürzeren Gesamtbehandlungsdauern als 16 Wochen/4 Monaten liegen noch keine Erfahrungen vor. Der umgekehrte Weg einer Verlegung von der Tagesklinik in die Fachklinik wurde nur einmal gewählt und wird nach unserer Einschätzung auch zukünftig eher selten sein. Es fanden bisher nur zwei Initialbehandlungen im teilstationären Setting als Vorbereitung auf eine weiterführende ambulante Reha statt. Auch hier sehen wir noch Möglichkeiten der Ausdehnung.

### 6. Zukünftige Evaluationsmaßnahmen

Die geplante Routineevaluation sollte wie beabsichtigt fortgesetzt werden. Erste Hinweise auf mittelfristige Effektivität und Effizienz der tagesklinischen Behandlung sind allerdings erst nach der Durchführung der ersten Katamneseuntersuchung zu erwarten.

In der geplanten Konzeptevaluationsstudie sollten insbesondere die in den Behandlungsprofilen (s.o.) genannten Spezifika, Stärken und Grenzen einer teilstationären Behandlung präzise erfasst werden. Dazu ist eine erweiterte Instrumentierung nötig, die insbesondere die in der Programmgestaltung implizit angelegten Hypothesen messbar macht. Ein Untersuchungsschwerpunkt sollte auch auf i.e.S.

medizinische Sachverhalte gelegt werden, beginnend mit der Auswertung einer medizinischen Diagnosenstatistik. Ein weiterer Schwerpunkt der Konzeptevaluation sollte bei der vertiefenden Untersuchung der Rückfallpräventionsmaßnahmen liegen. Die prinzipielle differentielle Indikationsfragestellung „welche Behandlungsstrategie für welche PatientInnen mit welchen Störungsmerkmalen?“ bleibt weiterhin ein wichtiges Anliegen und sollte auch weiterhin unter regionalen Versorgungsgesichtspunkten und erweitert um adaptive Indikationsfragestellungen untersucht werden. Daher gibt es auch zu dem hier bereits begonnenen Ansatz einer vergleichenden Evaluation von teilstationärer, stationärer und möglichst auch ambulanter Behandlung keine Alternative, besonders auch deshalb nicht, weil eine zufallsgesteuerte Zuweisung zu unterschiedlichen Settings aus sozialrechtlichen Gründen nicht möglich erscheint.

#### Literatur:

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hrsg.) (2000). Jahrbuch Sucht 2001. Geesthacht: Neuland.

Engler, U. & Schlanstedt, G. (1998). Modellprojekt Kassel „Tagesklinik für Suchtkranke des psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen“. In: Weiterentwicklung von Hilfen für Alkohol Kranke und Menschen mit Alkoholproblemen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 106, 53-95.+

Fachausschuß Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (1997). Basisdokumentation Sucht (Bado Sucht 1997), Version 1.0, Hilden.

Fachausschuß Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2001). Basisdokumentation Sucht (Bado Sucht 2002), Version 1.0, Hilden.

Fachausschuß Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (1997). Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Katamnese Sucht 1997), Version 1.0, Hilden.

Kielstein, V. (1991). Indikationskriterien und Prinzipien der ambulant/tagesklinischen Therapie von Alkoholkranken. Sucht, 37, 114-120.

Kulick, B. (1999). Warum bewilligen wir genau das? – Indikationskriterien in der Auswahl von Maßnahmen aus Sicht eines Leistungsträgers. Sucht aktuell, 1, 8-13.

Veltrup, C. (2001). Behandlung von Alkoholabhängigen: Hilfen für selektive Indikationsentscheidungen. Sucht aktuell 1, 4-12.

Wagner, H.-B., Krausz, M., Schwoon, D.R. (1996). Tagesklinik für Suchtkranke. Freiburg I. Brsg.: Lambertus.

Westermann, H. & Wessel, T. (1996). Die Rolle einer Tagesklinik für Suchtkranke im Rahmen eines regionalen Versorgungsauftrages. In H.-B. Wagner, M. Krausz, D. Schwoon (Hrsg.) Tagesklinik für Suchtkranke. Lambertus: Freiburg I. Brsg.

Wissenschaftsrat der AHG AG (1999). Entlassfragebogen der Fachklinik Wilhelmsheim, Version 1.0, Oppenweiler.

Zemlin, U. (1993). Indikationskriterien für ambulante und/oder stationäre Therapie. In Fachverband Sucht (Hrsg.), Ambulante und stationäre Suchttherapie. Möglichkeiten und Grenzen. Neuland: Geesthacht.

Zemlin, U. und Kolb, W. (2001). Therapiekonzept der Fachklinik Wilhelmsheim. Oppenweiler.

Zemlin, U. und Kolb, W. (2001). Therapiekonzept der Tagesklinik Stuttgart – Konzeptmodul Teilstationäre Behandlung. Oppenweiler.

#### Die Autoren:

*Dr. phil. Uwe Zemlin, Dipl. Psych.,  
Peer Dornbusch, Dipl.-Psych.,  
Dr. med. Werner Kolb,  
Fachklinik Wilhelmsheim  
71570 Oppenweiler*

*Martina Hähle, Dipl.-Psych.,  
Volker Jorda, Dipl.-Psych.,  
Tagesklinik Stuttgart der  
Fachklinik Wilhelmsheim  
Rötestraße 16a, 70197 Stuttgart*

## Literaturhinweise . . .

**Plassmann, R. Schütz, M., von Uexküll, Th. (Hrsg.): Integrierte Medizin: Neue Modelle für Psychosomatik und Psychiatrie, Gießen 2002, ISBN 3-89806-132-9, Euro 24,90**

Zentraler Bezugspunkt der Beiträge dieses Buches stellt das Modell von Thure von Uexküll der Integrierten Medizin dar.

In diesem Modell ist der Begriff eines „lebenden Ganzen“ als „Psychophysische Einheit“ von zentraler Bedeutung. Die Beiträge des Buches beschäftigen sich mit Modell von Krankheit, Gesundheit und Beziehung. Jeweils am Beispiel psychotischer Erkrankungen.

Die Herausgeber formulieren als Ziel des Buches „Die moderne Medizin krank

nicht an einem Mangel an Faktenwissen, sondern an einem Mangel an Modellwissen. Es fehlt eine Art ruhende Mitte, von der aus wir unseren Umgang mit Kranken und Krankheiten immer wieder neu organisieren können.“ Einen zweiten Bezugspunkt bildet die „Funktionelle Entspannung“ von Marianne Fuchs.

**Lown, B.: Die verlorene Kunst des Heilens, Stuttgart, ISBN-3-7945-2618-4, Euro 29,95**

Der Autor ist Kardiologe von Weltrang. Er entwickelte die geltende Klassifikation der Herzrhythmusstörungen und erfand die Elektrofibrillation bei Kammer- und Vorhofflimmern.

Lown schildert in diesem Buch sein ärztliches Wirken, seine Erfahrungen, seine Erfolge, aber auch seine Fehler auf unterhaltsame und verständliche Weise.

Der Autor propagiert als neues Paradigma eine Medizin mit menschlichem Gesicht, in dem das Verhältnis zwischen Patient und Arzt ebenso wichtig ist wie das Beherrschen medizinischer Technik. Eine wohlverstandene Kunst des Heilens kann nach seiner Einschätzung oft mehr erreichen als alle Wunder der modernen Medizintechnik.

Das Buch enthält eine Vielzahl anschaulicher, lebendiger Kasuistiken und wirkt darüber auf den Leser anregend und ermutigend.