

**Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie Tübingen
Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie
mit Poliklinik
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. G. Buchkremer**

**Der Langzeitverlauf nach einer
kombiniert stationär-ambulanten Psychotherapie
alkoholabhängiger Patienten –
eine 25-Jahreskatamnese**

**Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

**vorgelegt von
Isabelle Katrin Hartmann, geb. Zeller
aus
Künzelsau**

2005

Dekan: Professor Dr. C. D. Claussen

1. Berichterstatter: Privatdozent Dr. G. Mundle

2. Berichterstatter: Professor Dr. A. Batra

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Vorbemerkungen.....	1
1.2	Zielsetzung.....	2
1.3	Literaturübersicht	3
1.3.1	Bedeutung von Langzeitkatamnesen.....	3
1.3.2	Methodische Probleme bei Langzeitkatamnesen.....	4
1.3.3	Trinkverhalten in Langzeitkatamnesen	12
1.3.4	Nachsorge und medikamentöse Rückfallprophylaxe	14
1.3.5	Wechselwirkung zwischen Trinkverhalten und der sozialen, beruflichen und gesundheitlichen Situation.....	15
1.3.6	Alkoholabhängigkeit im Alter.....	16
2	Methodik.....	18
2.1	Therapiekonzept	18
2.2	Beschreibung der untersuchten Patientengruppe	22
2.3	Fragebogen und Life-Chart-Darstellungen.....	28
2.4	Datenerhebung	30
2.4.1	Anschreiben	30
2.4.2	Telefonische Kontaktaufnahme.....	30
2.4.3	Durchführung des Interviews	31
2.4.4	Auswertung der Daten	33
3	Ergebnisse	35
3.1	Häufigkeiten	35
3.1.1	Interviewprotokoll	35
3.1.2	Soziales Umfeld	40
3.1.3	Berufliche Situation	42
3.1.4	Körperliche und psychische Gesundheit.....	45
3.1.5	Nachsorge, spätere Behandlung und Anticraving.....	48
3.1.6	Trinkverhalten	51
3.2	Vergleich der Zwei-, Fünf-, Zehn-, 16- und 25-Jahres-Katamnesen ..	60

3.2.1	Interviewprotokoll	60
3.2.2	Stationäre Therapiemaßnahmen	61
3.2.3	Verstorbene	62
3.2.4	Trinkverhalten	62
3.3	Zusammenhänge des Trinkverhaltens und anderen Variablen	67
3.3.1	Variablen der jetzigen bzw. vorheriger Katamnesen und Trinkverhalten.....	67
3.3.2	Prognosevariablen der Aufnahme- bzw. Entlassungserhebung .	68
3.4	Falldarstellungen anhand der Life-Chart-Methode	69
4	Diskussion.....	73
4.1	Diskussion der Methode.....	73
4.1.1	Therapiekonzept	73
4.1.2	Stichprobe.....	74
4.1.3	Art und Durchführung der Studie	74
4.1.4	Methode der Life-Chart-Darstellung.....	75
4.1.5	Auswertung	76
4.2	Diskussion der Ergebnisse.....	77
4.2.1	Mortalität	77
4.2.2	Ausschöpfungsquote	78
4.2.3	Soziale Integration	79
4.2.4	Berufliche Situation	80
4.2.5	Gesundheitliche Situation	80
4.2.6	Stationäre Therapiemaßnahmen und ambulante Nachsorge	81
4.2.7	Trinkverhalten	84
4.2.8	Alter und Trinkverhalten.....	89
4.2.9	Prognosefaktoren.....	89
4.3	Schlussfolgerungen.....	90
5	Zusammenfassung.....	92
6	Abbildungs-, Tabellen- und Abkürzungsverzeichnis.....	94
7	Literaturverzeichnis	96
8	Anhang.....	104
8.1	Anschreiben	104

8.2	Fragebogen und Häufigkeiten der Einzelvariablen	105
8.3	Zusammenhänge im Chi-Quadrat-Test.....	123
8.4	Life-Chart-Darstellungen	128

1 Einleitung

1.1 Vorbemerkungen

Die Alkoholabhängigkeit und ihre Folgeschäden sowohl im gesundheitlichen als auch im psychosozialen Bereich sind nach wie vor von äußerst großer Bedeutung.

Nach einer neuen Untersuchung der „Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen“ (2003) werden mehr als 1,6 Mio. Deutsche auf der Basis der DSM-IV Kriterien als alkoholabhängig eingestuft, weitere 2,7 Mio. betreiben einen missbräuchlichen Alkoholkonsum. Jährlich sterben mehr als 40.000 Menschen an alkoholbedingten Todesursachen.

Betrachtet man darüber hinaus noch das Umfeld Alkoholabhängiger, also deren Partner und Kinder, so wird die Zahl der Betroffenen auf etwa sechs Millionen Deutsche geschätzt (Schmidt, 1997).

In Anbetracht des Ausmaßes dieser Erkrankung ist es nicht verwunderlich, dass der Therapie der Alkoholabhängigkeit großes Interesse entgegengebracht wird und in den letzten Jahrzehnten bemerkenswerte Fortschritte in der Behandlung gemacht wurden.

In den letzten Jahren kam es zu einer allmählichen Verkürzung der stationären Behandlungszeiten (Mann, 2000). Dabei wird heutzutage ein besonderer Schwerpunkt auf die Nachsorge und Rückfallprophylaxe gelegt.

Über den Erfolg der Therapie Alkoholabhängiger bestehen allerdings verschiedene Ansichten:

In der Allgemeinbevölkerung vertraten laut einer Umfrage im Jahr 1981 (Poser und Pudiel, 1981) nur 3% die Überzeugung, dass die meisten Alkoholkranken wirksam behandelt werden können und 44% hielten Dauerabstinenz für unmöglich.

Selbst in medizinischen Fachzeitschriften wurde vor einigen Jahrzehnten noch vom „unheilbaren Alkoholiker“ gesprochen (Schmidt, 1997).

Heute ist die Meinung in Fachkreisen allerdings eine andere: Schmidt (1997) spricht davon, dass die meisten Alkoholkranken erfolgreich behandelt werden können.

Auch Mann (2000) vertritt eine positive Einschätzung: „Zusammengefasst darf heute festgestellt werden, dass die Behandlung von Alkoholabhängigen wesentlich differenzierter und erfolgreicher ist als noch vor einigen Jahren.“

Die Effizienz der Behandlungen kann mit der Hilfe von Nachuntersuchungen und Langzeitverläufen verschiedener Therapieeinrichtungen beurteilt werden. Diese stellen auch eine entscheidende Grundlage für langfristige Therapieverbesserungen dar.

1.2 Zielsetzung

Die vorliegende retrospektiv angelegte Arbeit beschreibt den Langzeitverlauf alkoholabhängiger Frauen und Männer, die an einer kombiniert stationär-ambulanten Entwöhnungstherapie teilgenommen hatten.

Die Durchführung von Katamnesen dient zumeist dem Zweck, den Erfolg verschiedener Therapiemaßnahmen zu untersuchen. Hierbei sind in der Literatur Zeiträume von ein bis zwei Jahren üblich.

Diese Zielsetzung hatten auch die ersten Katamnesen, die mit der vorliegenden Patientengruppe durchgeführt wurden. Seit der Zehn-Jahres-Katamnese rückte die Beschreibung der momentanen Lebenssituation und des Zusammenhangs von Prognosemerkmalen und Verlauf in den Vordergrund.

Die hier vorgestellte Untersuchung stellt die Analyse langfristiger Verläufe ins Zentrum (vgl. 1.3.1). Das Vorhandensein mehrerer Voruntersuchungen ermöglicht es, die Entwicklung der Patienten durch mehrere „Zeitfenster“ nach jeweils zwei (Heide, 1985), fünf (Heck, 1987), zehn (Längle, 1990; Längle und Schied, 1990) sowie nach 16 Jahren (Schäfer, 1996) zu betrachten.

Erfasst wird zum einen das Trinkverhalten, zum anderen aber auch die soziale, berufliche und gesundheitliche Situation. Des Weiteren wird die Inanspruchnahme von Nachsorgemaßnahmen untersucht.

Die Fragen beziehen sich auf den Zeitraum seit der 16-Jahres-Katamnese, d.h. auf die vergangenen neun Jahre. Besonderes Augenmerk wird auf das Jahr vor der Katamneseerhebung gerichtet. Vor allem im Bereich des Trinkverhaltens werden diese zwölf Monate sehr detailliert erfasst.

Die gewonnenen Daten werden nach Häufigkeiten ausgewertet und mit den Ergebnissen anderer Katamnese Studien verglichen.

Einen weiteren Schwerpunkt der Arbeit stellt der Vergleich der Ergebnisse der 25-Jahres-Katamnese mit den Ergebnissen der Voruntersuchung dar. Dabei sollen Entwicklungen im Trinkverhalten und die Stabilität der Gruppen „Abstinente“, „Gebesserte“ und „Ungebesserte“ veranschaulicht werden.

Individuelle Verläufe von Patienten seit der Therapie vor 25 Jahren werden durch eine sogenannte „Life-Chart-Darstellung“ (vgl. 2.3, 3.4, 4.1.4 und 8.4) beschrieben.

1.3 Literaturübersicht

1.3.1 Bedeutung von Langzeitkatamnesen

Der Großteil der in der Literatur beschriebenen Katamnese Studien beschreibt Zeiträume bis zu zwei Jahren. Es existieren nur wenige Studien, die längere Zeiträume umfassen.

Langzeitstudien werden aber von immer mehr Autoren gefordert (Feuerlein, 1990; Nathan und Skinstad, 1987; Vaillant, 1996). Sie gehören laut Fahrenkrug (1987) in den USA zum Rüstzeug der Suchtforschung.

Eine direkte Erfolgskontrolle einer Therapie ist durch sie kaum mehr möglich, da zu viele andere Einflüsse beim langfristigen Verlauf eine Rolle spielen.

Ihre Stärke liegt in der Möglichkeit, neue Erkenntnisse über den noch recht unklaren Verlauf der Alkoholkrankheit zu vermitteln sowie die langfristigen Auswirkungen einer Therapie auf die Entwicklung des Trinkverhaltens zu erfassen (Längle und Schied, 1990).

Auch Feuerlein (1987 und 1990) geht davon aus, dass Katamnesezeiten von Jahrzehnten notwendig sind, um der noch nach Jahren auftretenden Rückfallneigung von Alkoholikern Rechnung zu tragen.

De Soto et al. (1989) betonen die Bedeutung der Zeit in dem Erholungsprozess von Alkoholikern. Die Auswirkung eines gebesserten Trinkverhaltens auf andere Bereiche benötige eine gewisse Zeit, daher könnten berufliche, soziale und gesundheitliche Verbesserungen oft erst nach Jahren oder Jahrzehnten erfasst werden.

Langzeitkatamnesen dienen auch dazu, Prognosefaktoren für die Entwicklung des Trinkverhaltens bzw. anderer Bereiche zu finden (Finney und Moos, 1992). Der Einfluss von wichtigen lebensgeschichtlichen Ereignissen auf den Verlauf der Patienten kann beobachtet werden.

Besteht die Untersuchung aus mehreren Katamnesezeitpunkten, so ermöglicht sie eine Beschreibung der Stabilität des Trinkverhaltens über einen längeren Zeitraum. Zusätzlich kann der spätere Verlauf von Patienten, die an einem ersten Katamnesezeitpunkt abstinent bzw. rückfällig waren, bezüglich Mortalität, Morbidität, sozialer Einbindung und Entwicklung des Trinkverhaltens analysiert werden (Finney und Moos, 1991).

1.3.2 Methodische Probleme bei Langzeitkatamnesen

Die in der Literatur existierende Vielzahl an methodenkritischen Übersichtsarbeiten macht deutlich, dass bei Katamnesen allgemein und insbesondere bei Langzeitstudien erhebliche methodische Probleme auftreten.

Um diese zu minimieren und die Vergleichbarkeit der Studien zu gewährleisten, werden von Feuerlein et al. (1998) folgende Problembereiche genannt: unterschiedliche Begriffsdefinitionen im Suchtbereich, Art der Studie (Hinzuziehung einer Kontrollgruppe, prospektives oder retrospektives Vorgehen, Repräsentativität der Stichprobe, Anzahl der Zeitfenster), Wahl der Erfolgskriterien, Validität und Reliabilität, Ausschöpfungsquote.

Fichter und Frick (1992) erwähnen zusätzlich zu den genannten Problemen noch die Katamnesezeitdauer und die Erfassung des außertherapeutischen Geschehens.

Um „die Vergleichbarkeit von Einzelstudien zu verbessern und Schlussfolgerungen auf eine breitere Basis stellen zu können“, entwickelte die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung im Jahr 1985 die „Katamnese-standards“, die mittlerweile in einer überarbeiteten Form als „Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen“ (2001) vorliegen.

1.3.2.1 Studienart und Katamnesezeitraum

Bei der Planung von Studien sollte, wenn möglich, prospektiv vorgegangen werden (Feuerlein, 1987). Dieses Vorgehen ermöglicht zuvor festgelegte Fragestellungen und eine standardisierte Datenerhebung zu Therapiebeginn.

Bei Retrospektivstudien fehlen teilweise standardisierte Aufnahme- und Entlassdaten. Fragebögen von verschiedenen Katamnesezeitpunkten sind nicht immer direkt vergleichbar.

Das Hinzuziehen einer Kontrollgruppe wäre zur Bewertung der Ergebnisse wichtig, lässt sich aber aus ethischen und praktischen Gründen nur schwer umsetzen (Fichter und Frick, 1992).

Die Wahl des Katamnesezeitraums hängt stark von der zugrunde liegenden Fragestellung ab (vgl. 1.2 und 1.3.1). Die Zeiträume von Langzeitkatamnesen variieren in der Literatur von vier Jahren (Polich et al., 1981) bis hin zu 20 (Lewis et al., 1995) und 25 Jahren (Ciompi und Eisert, 1971).

Je länger aber der Katamnesezeitraum, desto größer ist der Einfluss therapieexterner Faktoren, wie z.B. lebensgeschichtlicher Ereignisse mit therapeutischer Wirksamkeit für den Patienten (Feuerlein et al., 1998), Selbsthilfegruppen und weiterer Behandlungen.

Eine weitere Schwierigkeit langer Zeiträume ist, dass sie das Erinnerungsvermögen des Patienten, sein Trinkverhalten über mehrere Jahre hinweg zu rekonstruieren, eventuell überfordern (Kunkel, 1987).

Bei Langzeitkatamnesen ist daher eine Wiederholung der Erhebungen in bestimmten Abständen sinnvoll. Je mehr „Zeitfenster“ gewählt werden, umso realistischer ist die Information über den tatsächlichen Verlauf (Feuerlein, 1987), da eine einmalige Befragung immer nur eine Momentaufnahme des Krankheitsverlaufes darstellt.

1.3.2.2 Stichprobe

Katamnestische Untersuchungen zeigen in ihrer Stichprobengröße bedeutende Unterschiede. Bei der Metaanalyse von Süß (1995) von insgesamt 44 Studien betrug die durchschnittliche Gruppengröße $n=111$ mit einer Variationsbreite von elf bis 1410 Patienten. Zwei Langzeitkatamnesen (vierjähriger Katamnesezeitraum) mit großer Stichprobe stellen der RAND-Report von Armor et al. (1976) und Polich et al. (1981) mit Ergebnissen über eine Gruppe von 758 behandelten Patienten sowie die Münchner Evaluation der Alkoholismustherapie (MEAT) dar, die den Verlauf von 1410 stationär behandelten Alkoholikern beschreibt (Küfner et al., 1986 und 1988). Eine prospektive multizentrische Studie aus Spanien (Gual et al., 1998) berichtet über 850 behandelte Patienten.

Der Unterschied in der Stichprobengröße kann beachtliche Auswirkungen haben auf die Ergebnisse, die zumeist in Prozentangaben vorgelegt werden.

Eine Selektion der Patienten findet sowohl bei der Aufnahme zur Therapie als auch bei der Auswahl der Katamnesegruppe statt.

Die Voraussetzungen zur Aufnahme in bestimmte Therapieeinrichtungen (u. a. Motivationsgrad des Patienten, Geschlechtsspezifität, Rauchverbot, Therapiedauer) bedingen eine Auswahl der Patienten (Watzl, 1979).

Auch für die Katamnesestichprobe gelten je nach Studienziel unterschiedliche Kriterien. Ciompi und Eisert (1971) untersuchten nur Patienten mit einem Alter von mindestens 65 Jahren, Powell et al. (1998) nur männliche Alkoholiker. Manche Studien (McCabe, 1986; Edwards et al., 1988) bezogen nur verheiratete Patienten in die Untersuchung ein oder nur Patienten aus einer

bestimmten sozialen Schicht. In die Studie von Lloyd (2002) wurden zum Beispiel nur alkoholabhängige Ärzte eingeschlossen.

Moyer et al. (2001) fordern daher, den Prozentsatz der in die Studie aufgenommenen Patienten an den insgesamt behandelten Patienten in jeder Studie mit anzugeben.

Des Weiteren werden Behandlungsabbrecher nicht immer in die untersuchte Gruppe miteinbezogen, was häufig zu einer Verbesserung der Erfolgsbilanz führt (Watzl, 1979).

1.3.2.3 Follow-up

Ein weiteres methodisches Problem kann die Vergleichbarkeit verschiedener Studien stark erschweren: die Bewertung der so genannten „Schwundgruppe“, d.h. der Personen, die bei der Befragung nicht auffindbar waren oder ihre Teilnahme verweigert hatten. Gerade bei langen Katamnesezeiträumen kann diese Gruppe so groß werden, dass keine verwertbaren Ergebnisse mehr zu erhalten sind (Feuerlein, 1987).

Moyer et al. (2001) beschreiben in ihrer Übersichtsstudie „follow-up“-Raten zwischen 5% und 95%.

Viele Untersuchungen zeigen, dass die Schwundgruppe eine deutlich schlechtere Prognose hat als die Gesamtgruppe (Watzl, 1979, John, 1979).

Patienten, die schwieriger aufzufinden waren, hatten in der Studie von Moos et al. (1990) schlechtere Ergebnisse als solche, die mühelos auffindbar waren.

Spinatsch (1992) ermittelte bei einer Diskriminanzanalyse der Schwundgruppe keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Überlebensrate zwischen den interviewten und nicht-interviewten Patienten.

Die Dokumentationsstandards III (2001) fordern eine doppelte Berechnung der Erfolgsquote, bei der in einer Berechnung die Schwundgruppe nicht beachtet wird, in der anderen aber die nicht interviewten Patienten mit einer negativen Bewertung in das Ergebnis mit eingehen.

Der „wahre“ Wert liegt zwischen den beiden Auswertungsmöglichkeiten.

1.3.2.4 Reliabilität und Validität eigenanamnestischer Angaben

Da die Ergebnisse von Katamnesestudien zumeist auf Angaben der Patienten beruhen, ist die Frage nach deren Validität und Reliabilität ein Thema, das häufig Gegenstand von Untersuchungen ist. Von großer Bedeutung ist dieses Thema gerade auch bei einer Befragung über längere Zeiträume, wie in der vorliegenden Studie.

Sobell et al. (1986 und 1988) beobachteten eine gute Zuverlässigkeit bezüglich der Angaben zum Trinkverhalten auch für schon länger zurückliegende Zeiträume. Positive Ergebnisse berichtet er vor allem mit Hilfe der „timeline follow-back“-Methode, bei der ein „persönlicher Kalender“ und dabei auch wichtige politische oder sportliche Ereignisse als Erinnerungshilfsmittel dienen können.

Eine hohe Reliabilität ermittelten Czarnecki et al. (1990) bei der Überprüfung trinkanamnestischer Angaben bei 73 gynäkologischen Patientinnen nach fünf Jahren. Angaben zur Trinkfrequenz waren in dieser Studie zuverlässiger als solche zur Trinkmenge.

Abel (1992) stellte sowohl für qualitative als auch für quantitative Angaben zum Trinkverhalten von Alkoholikern eine hohe Zuverlässigkeit fest.

Bei den Patienten der MEAT-Studie (Küfner et al., 1988) wurde eine spezielle Reliabilitätsstudie mit Kontrollinterviews durchgeführt. Zusätzlich überprüften Küfner et al. (1988) auch Patientenangaben anhand der Aussagen von Kollateralinformanten, Interviewern, Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern. Sie kamen zu folgenden Schlussfolgerungen: Globale Patientenangaben sind sehr zuverlässig, je differenzierter allerdings die Antwortmöglichkeiten und je größer der Erfassungszeitraum, desto geringer werden die Übereinstimmungsraten.

Die Befragung von Kollateralinformanten wird häufig in Studien benutzt, um die Zuverlässigkeit der Angaben zu verbessern.

Im so genannten RAND Report (Polich et al., 1981) ergab sich eine sehr gute Übereinstimmung von Patienten und Kollateralinformanten in Bezug auf das Trinkverhalten.

Watson (1984) hingegen beschreibt eine nur mäßige Reliabilität der Angaben von Patienten im Vergleich zu den Aussagen von Kollateralinformanten.

In einer Übersichtsstudie warnt Midanik (1982) davor, Aussagen von Kollateralinformanten grundsätzlich als objektiver zu bewerten, da bei ihnen sowohl Über- als auch Unterbewertungen auftreten.

Auch in einer Studie von Babor et al. (2000) erbrachte die Hinzuziehung von Kollateralinformanten bzw. biochemischen Blutuntersuchungen keine wesentlichen Zusatzinformationen.

Die Überprüfung eigenanamnestischer Angaben lässt sich auch anhand biologischer Marker aus Blutuntersuchungen durchführen. Mundle et al. (1995) überprüften auf diese Weise Aussagen von 125 behandelten Alkoholabhängigen. Die Diskrepanzen zwischen Selbstaussage und biologischen Markern waren jedoch deutlich geringer als erwartet. Allen und Litten (2003) geben mehrere Empfehlungen zum Einsatz von biologischen Markern in Studien. Der alleinige Einsatz von biologischen Markern ist nach ihren Aussagen zur Zeit noch nicht so sensitiv wie gut durchgeführte Patientenbefragungen. Biomarker sollten daher als zusätzlicher Erfolgsindikator eingesetzt werden, um unter anderem die statistische Aussagekraft von Daten zu erhöhen.

Zur Art der Informationsgewinnung liegt eine Studie von Bongers und van Oers (1998) vor. 7500 Niederländer erhielten einen schriftlichen Fragebogen zum Alkoholkonsum, 500 wurden persönlich interviewt. Die Autoren fanden bei einer Rücklaufquote von 44% keine bemerkenswerten Unterschiede bezüglich trinkanamnestischer Angaben.

1.3.2.5 Erfolgskriterien

Im Verlauf ihrer Krankheit erfahren Alkoholiker Einbußen in mehreren Lebensbereichen. Es können Probleme in sozialer, gesundheitlicher und beruflicher Hinsicht entstehen (Moos et al., 1990). Daher ist im Therapieziel „in zufriedener Nüchternheit Gewinner seines Lebens zu werden“ (Schmidt, 1997) mehr als nur bloße Abstinenz angesprochen. Vielmehr soll Abstinenz eine

Grundlage bilden, auf der Verbesserungen und Rehabilitation in anderen Lebensbereichen erreicht werden kann (Wieser, 1966).

Aus diesen Gründen ist das Trinkverhalten nicht der einzig relevante Aspekt, um eine erfolgreiche Rehabilitation zu beurteilen (Miller et al., 2001). Um den Erfolg einer Therapie nachweisen zu können, sollte ein Erfolgskriterium möglichst direkt und genau die Ziele widerspiegeln, die in der Therapie angestrebt werden, d.h. zum einen eine Veränderung des Trinkverhaltens aber auch Veränderungen in weiteren Lebensbereichen (Sobell et al., 2003).

John (1984) fordert daher, Erfolgskriterien, wie zum Beispiel die soziale und berufliche Integration, zusätzlich zum Trinkverhalten zu beurteilen, um das Bild über die Lebenssituation zu vergrößern.

Auch Babor et al. (1994) schlagen vor, sich einen generellen Überblick über die Lebenssituation zu verschaffen, indem man die gesundheitliche, die psychologische und die soziale Situation der Patienten in die Befragung mit einbezieht.

Die vorrangige Stellung des Trinkverhaltens als Erfolgskriterium ist dennoch offensichtlich. In vielen Studien konnte nachgewiesen werden, dass Erfolge beim Trinkverhalten mit günstigen Entwicklungen in anderen Bereichen korrelieren (vgl. Emrick, 1974; Kufner et al., 1986; Shaw et al., 1997).

1.3.2.6 Beurteilung des Trinkverhaltens

Bei der Festlegung verschiedener Kategorien des Trinkverhaltens weisen die Studien erhebliche Unterschiede auf.

In neueren wissenschaftlichen Untersuchungen werden Zwischenstufen zwischen Totalabstinenz und schwerer Rückfälligkeit beschrieben (Körkel und Lauer, 1988). Während im deutschsprachigen Raum zumeist die drei Kategorien „abstinent“, „gebessert“ und „ungebessert“ unterschieden werden, wird im angloamerikanischen Raum das Trinkverhalten häufig in mehr Subgruppen unterteilt. Verschiedene Variablen, wie zum Beispiel Anzahl der Tage ohne Alkoholkonsum, durchschnittliche Alkoholmenge pro Tag, Anzahl der Tage, in denen es zu einem Rausch kam, Abhängigkeitssymptome, Folgen

des Alkoholkonsums in anderen Lebensbereichen, dienen dazu, das Trinkverhalten zu beschreiben. Um die Beschreibung des Trinkverhaltens zu vereinheitlichen und damit Vergleiche verschiedener Studien zu vereinfachen, wurde von einem Expertengremium der „Prozentsatz von Tagen mit schwerem Alkoholkonsum“ als Kriterium für eine optimale Messung des Therapieerfolgs festgelegt (Sobell et al., 2003). Ein einheitliches Erfolgskriterium sei sehr wichtig, da bereits relativ kleine Unterschiede der angewandten Erfolgskriterien zu deutlich unterschiedlichen Besserungsraten führen können.

Dennoch spielen Kategorien des Trinkverhaltens nach wie vor eine wichtige Rolle zur Erfolgsbeschreibung, wobei auch in diesem Punkt keine einheitliche Unterteilung vorliegt.

Unter der Kategorie „abstinent“ wird zumeist eine Totalabstinenz im Katamnesezeitraum verstanden bzw. über einen bestimmten Zeitraum vor der Katamneseerhebung (Küfner et al., 1986; Süß, 1995; Project MATCH Research Group, 1997). Vaillant (1996) bezeichnet diejenigen als „abstinent“, die weniger als eine Menge von zwölf Gramm reinen Alkohol pro Monat über einen Zeitraum von über einem Jahr konsumierten.

Vor allem bei Langzeitkatamnesen stellt sich die Frage, ob nicht die Verwendung eines weniger strengen Erfolgskriteriums angebracht wäre. Ein Behandlungserfolg könnte auch dann beschrieben werden, wenn ein Patient direkt nach der Therapie rückfällig wurde, zum Befragungszeitpunkt aber seit mehreren Jahren abstinent lebt (Scheller et al., 1995).

Einige Studien beinhalten zusätzlich eine Erfolgskategorie „kontrolliertes Trinken“. Diese Gruppe sowie die Gruppe der „Gebesserten“ ist in der Literatur nicht einheitlich beschrieben.

Küfner et al. (1986) definieren das „gebesserte“ Trinkverhalten über die täglich konsumierte Alkoholmenge. Liegt diese unter 60 g Alkohol bei Männern, bzw. 30 g Alkohol bei Frauen, gilt der jeweilige Patient als „gebessert“. Zusätzlich wird in manchen Studien noch gefordert, dass kein pathologisches Trinkverhalten und keine weitere stationäre Alkoholtherapien vorliegen dürfen (Küfner et al., 1988) bzw. keine Alkoholfolgeschäden oder alkoholbedingte Probleme (Project MATCH Research Group, 1997).

Bei der Beurteilung der Ergebnisse verschiedener Studien muss daher genau auf die jeweiligen Definitionen von Abstinenz und gebessertem Trinkverhalten geachtet werden.

1.3.3 Trinkverhalten in Langzeitkatamnesen

Über einen ähnlich langen Verlauf wie in der vorliegenden Arbeit existieren nur wenige Untersuchungen. Im Folgenden sollen Studien vorgestellt werden, die über einen Verlauf behandelter Patienten von mindestens sechs Jahren berichten.

Eine ältere Untersuchung mit einem sehr langen Katamnesezeitraum von durchschnittlich 25 Jahren stellt die Studie von Ciompi und Eisert (1971) an 197 stationär behandelten Patienten dar. Sie waren zum Erhebungszeitpunkt mindestens 65 Jahre alt. Bei einer follow-up-Rate von 96 Prozent ergab sich, dass 23 Prozent abstinent lebten, 55 Prozent ein gebessertes Trinkverhalten zeigten und 18 Prozent der Patienten ungebessert weiter Alkohol konsumierten. Hyman (1976) berichtet über 26 von 54 behandelten Männern 15 Jahre nach einer ambulanten Therapie. Sieben dieser Männer zeigten „ungebessertes“ Trinkverhalten, acht tranken mäßig und waren auch sehr gut sozial integriert und weitere fünf Personen waren seit mindestens drei Jahren abstinent. 18 Personen waren verstorben.

Pendery et al. (1982) führten nach zehn Jahren eine Nachuntersuchung von 20 Patienten durch, die mit dem Therapieziel „kontrolliertes Trinken“ behandelt worden waren. Vier dieser Personen waren verstorben, ein Patient wurde nicht aufgefunden. Sechs Patienten lebten abstinent, acht tranken weiterhin exzessiv und nur einer trank „kontrolliert“.

20 Jahre nach einer stationären Therapie befragten O'Connor und Daly (1985) 40 Personen aus der ursprünglichen Gruppe von 133 Patienten. 53 Patienten waren verstorben. Von den interviewten Personen waren neun seit mehr als 15 Jahren abstinent, zwei seit mehr als zehn Jahren, sieben seit über fünf Jahren und weitere neun Personen hatten mindestens zwölf Monate vor Erhebung abstinent gelebt. Dreizehn Personen wurden als trinkend eingestuft.

McCabe (1986) führte 16 Jahre nach einer stationären Behandlung bei 26 aus einer Stichprobe von 56 Patienten ein Interview durch. 44% der ursprünglichen Patienten waren verstorben. Als zum Katamnesezeitpunkt „abhängig trinkend“ wurden 15 Prozent eingestuft, sieben Prozent waren „Problemtrinker“, 20 Prozent tranken „kontrolliert“ und 15 Prozent lebten abstinent.

Aus einer Zahl von 1312 in Schweden behandelten Patienten wurden 70 Patienten mit guter sozialer Integration für eine Nachuntersuchung ausgewählt. Nordström und Berglund (1987) berichten über die nach 15 bis 20 Jahren 60 persönlich befragten Patienten. Sie fanden doppelt so viele „soziale Trinker“ wie Abstinente, weitere 23 Personen wurden als „trinkend“ eingestuft. Der Großteil der „sozialen Trinker“ entwickelte dieses Trinkverhalten erst nach mehreren Jahren, etwa die Hälfte aus einer Phase der Abstinenz heraus.

Edwards et al. (1988) berichten über eine Zehn-Jahres-Verlaufsuntersuchung von 99 männlichen Alkoholikern. Jeweils zur Hälfte hatten die Patienten entweder eine Behandlung oder ein Beratungsgespräch erhalten. Von den 68 persönlich interviewten Patienten zeigten 40 Prozent einen guten Zustand hinsichtlich des Trinkverhaltens in den vorausgegangenen zwölf Monaten, 13 Prozent einen gemischten und 47 Prozent einen schlechten Zustand.

Cross et al. (1990) erhielten in einer Zehn-Jahres-Katamnese Informationen von 158 der 200 stationär behandelten Männern und Frauen, darunter auch Informationen über 44 Verstorbene. Fast zwei Drittel der lebenden Personen (63%) waren seit mindestens drei Jahren abstinent, neun Prozent tranken regelmäßig Alkohol.

In der Untersuchung von Finney und Moos (1991 und 1992) wurden 124 Patienten zehn Jahre nach einer Behandlung interviewt und ihre Lebenssituation wurde mit einer Kontrollgruppe aus der Normalbevölkerung verglichen (vgl. 1.3.5). In den sechs Jahren vor der Befragung lebten 37 Prozent dauerhaft abstinent.

Lewis et al. (1995) verglichen männliche und weibliche Alkoholiker nach einem Katamnesezeitraum von 20 Jahren im Hinblick auf die Mortalität und deren Prognosefaktoren.

Neun Jahre nach einer einmonatigen stationären Therapie wurden 60 der 112 behandelten Patienten von Shaw et al. (1997) nachuntersucht. 53 Prozent dieser Personen waren abstinent, 16 Prozent tranken „kontrolliert“, weitere 16 Prozent zeigten ein gebessertes Trinkverhalten und 15 Prozent tranken unverändert.

Die Studie von Powell et al. (1998) berichtet über 255 männliche Patienten, die zehn bis 14 Jahre zuvor eine stationäre Therapie gemacht hatten. Etwa 37 Prozent der Männer hatten ihr Trinkverhalten gebessert oder lebten völlig abstinent, eine vergleichbare Anzahl (37%) hatte weiterhin einen ungebesserten Alkoholkonsum.

Unter den Studien über den Verlauf von unbehandelten Alkoholikern, dem so genannten „natürlichen Verlauf des Alkoholismus“, ist die Langzeituntersuchung von Vaillant (1983, 1996 und 2003) besonders erwähnenswert.

Zwei Gruppen von Personen, bei denen in der Jugend ein Alkoholismus diagnostiziert worden war, wurden über mehrere Jahrzehnte nachuntersucht und ab dem 47. Lebensjahr in einer prospektiven Studie alle zwei Jahre schriftlich befragt. Im Alter von 60 Jahren waren elf Prozent der Gruppe der College-Studenten abstinent, weitere elf Prozent tranken „kontrolliert“ und 59 Prozent betrieben immer noch einen missbräuchlichen Alkoholkonsum. Verstorben waren 18 Prozent der Stichprobe. In der Gruppe der ehemals innerstädtischen Großstadtjugendlichen waren im Alter von 60 Jahren 30 Prozent abstinent, 11 Prozent tranken „kontrolliert“ und 28 Prozent betrieben einen Alkoholmissbrauch. 28 Prozent der Stichprobe waren verstorben.

In einer weiteren Arbeit berichtet Vaillant (2003) von 21% Abstinenter und 10,5% kontrolliert Trinkenden von den aus der Gruppe der College-Studenten noch lebenden Männern weitere 10 Jahre später. Im Alter von 70 Jahren lebten 32 % der ehemals innerstädtischen Großstadtjugendlichen abstinent und 1% zeigten ein kontrolliertes Trinkverhalten.

1.3.4 Nachsorge und medikamentöse Rückfallprophylaxe

Rückfälle sind ein zentraler Bestandteil der Abhängigkeiten (Körkel und Lauer, 1988). Ein hohes Risiko für einen Rückfall besteht in der Zeit, die sich der

stationären Therapie anschließt; eine besonders kritische Zeit sind die ersten drei bis sechs Monate (Küfner et al., 1988; Wetterling und Veltrup, 1997). Daher ist die so genannte „Nachsorge“ gerade in dieser Zeit von besonderer Bedeutung. Ziele der Nachsorge sind, die Abstinenz einzuüben und zu stabilisieren sowie eventuelle Rückfälle aufzufangen (vgl. Feuerlein et al., 1998). Ein beträchtlicher Teil der Nachsorge wird durch Selbsthilfegruppen vorgenommen (McCrary und Delaney, 1995). Eine weitere Rolle spielen professionelle Gruppen- und Einzeltherapien, Gespräche mit dem Hausarzt oder weitere stationäre Behandlungen.

Anticravingsubstanzen stellen eine neue Möglichkeit der Behandlung dar. Ziel ist es, durch die Verringerung des Verlangens nach Alkohol (Craving), Rückfälle zu vermeiden (Wetterling und Veltrup, 1997). In einer Metaanalyse konnte vor allem für die Substanzen Acamprosat (Glutamatantagonist) und Naltrexon (Opiatantagonist) eine gute Wirkung nachgewiesen werden (Engel und Schöchlin, 1995). Die beiden Studien von Chick et al. (2000a/b) konnten allerdings für beide Substanzen keinen signifikanten Nachweis der Überlegenheit im Vergleich zu Placebo erbringen. Acamprosat führt zu einer Unterdrückung des Alkoholentzugssyndroms und mindert das so genannte Pseudoentzugscraving. Naltrexon zeigt eine Wirkung im Bereich des reward craving, indem es durch Minderung der dopaminergen Transmission die positiv verstärkende Wirkung von Alkohol senkt.

Der Einsatz von Anticravingsubstanzen sollte möglichst nur unter psychotherapeutischen Rahmenbedingungen geschehen, damit eine gleichzeitige Bearbeitung der Suchtproblematik möglich ist (Mann und Mundle, 1996).

1.3.5 Wechselwirkung zwischen Trinkverhalten und der sozialen, beruflichen und gesundheitlichen Situation

In einer Übersichtsarbeit von Emrick (1974) über 113 Studien ergaben sich in hohem Maße Zusammenhänge zwischen Besserungen im Trinkverhalten

und Besserungen in Bereichen wie beispielsweise der Arbeitssituation, den sozialen Beziehungen und dem Besuch von Selbsthilfegruppen.

Küfner et al. (1988) beschreiben eine deutliche Verbesserung der Arbeitssituation (geringere Arbeitslosigkeit) und der gesundheitlichen Situation (weniger Arbeitsunfähigkeitstage) der nach vier Jahren abstinenten Patienten.

Finney und Moos (1991) verglichen ihre Patienten mit einer Kontrollgruppe aus der Normalbevölkerung hinsichtlich „Stimmung“, „Gesundheit“ und „Arbeitssituation“. Dabei fanden sie keine signifikanten Unterschiede zwischen den abstinenten Patienten und der Kontrollgruppe. Die rückfälligen Patienten schnitten in allen drei Bereichen schlechter ab als die abstinenten.

Hinsichtlich der psychosozialen Situation der abstinenten Patienten fanden Cross et al. (1990) einen positiv signifikanten Zusammenhang zum Trinkverhalten.

Die Alkoholkrankheit verdoppelt laut Schwab (1994) das Risiko für eine psychiatrische Erkrankung.

Hesselbrock et al. (1985) untersuchten 321 alkoholabhängige Patienten auf Komorbidität hinsichtlich psychiatrischer Erkrankungen. 32% der Männer und 52% der Frauen waren depressiv, 49% der Männer und 20% der Frauen hatten eine antisoziale Persönlichkeitsstörung. Die Prävalenzrate für Phobien lag bei 27%, für Zwangsstörungen bei 12% und für Schizophrenien bei 2%.

Kapp et al. (1994) fanden bei 34% der 529 alkoholabhängigen Patienten ihrer Studie eine depressive Beeinträchtigung.

De Soto et al. (1989) beobachteten in ihrer Langzeitstudie, dass etwa die Hälfte der abstinenten Patienten im Verlauf das Rauchen aufgegeben hatten, bei wesentlich niedrigeren Ergebnissen für Rückfällige (0% der Männer und 33% der Frauen).

1.3.6 Alkoholabhängigkeit im Alter

Die Bedeutung von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit im Alter wurde lange Zeit unterschätzt, da die Meinung vorherrschte, dass Alkoholismus eine „self-limiting disease“ sei, d.h. eine Erkrankung, die im Alter selten oder nicht

mehr auftritt, da viele Betroffene vorher an den negativen Folgen der Krankheit versterben. (Soyka, 2000). Zwar geht aus verschiedenen Untersuchungen hervor, dass der Alkoholkonsum älterer Menschen im Mittel niedriger ist als der Konsum von Personen im mittleren Lebensalter. Jedoch ist insgesamt in der letzten Zeit eine leichte Zunahme der Alkoholabhängigkeit im Alter festzustellen (Beresford et al., 1990).

Bei einer bayrischen Felduntersuchung (Übersicht bei Fichter, 1997) wiesen 1,4% der Männer mit einem Alter von über 64 Jahren einen „behandlungsbedürftigen“ Alkoholismus auf, bei höheren Werten für jüngere Männer. Vergleichbare Befunde finden sich auch in US-Studien.

Es wird zwischen Patienten mit einem frühen Krankheitsbeginn vor dem 60. Lebensjahr („early onset“) und einem späten Krankheitsbeginn nach dem 60. Lebensjahr („late onset“) unterschieden (Mundle, 1996).

Die Erfolgsraten nach einer stationären Therapie sind bei älteren Menschen ähnlich günstig wie bei Jüngeren (Fitzgerald und Mulford, 1992), Patienten mit einem späten Erkrankungsbeginn haben eine günstigere Prognose.

2 Methodik

2.1 Therapiekonzept

Seit 1975 besteht an der Universitätsklinik Tübingen ein neues Therapiekonzept für alkoholranke Männer und Frauen (vgl. Gruner und Esser, 1979).

Ursprünglich wurde eine Spezialstation gegründet, welche die allgmeinpsychiatrischen Stationen entlasten sollte und als Entgiftungs- und Motivationsstation vorgesehen war. Sie hatte das Ziel, die Patienten anschließend an eine andere Einrichtung zu einer längerfristigen Entwöhnung zu vermitteln.

Bereits im ersten Jahr veränderte sich die Konzeption hin zu einer eigenständigen stationären Kurzzeittherapie mit anschließender ambulanter Therapie. Die Dauer des stationären Aufenthaltes betrug in der Anfangszeit vier Wochen. Anschließend sollte jeder Patient mindestens noch ein halbes Jahr lang die wöchentlichen Gruppensitzungen besuchen. Ab Juli 1976 wurde die ambulante Therapie auf ein ganzes Jahr ausgeweitet. Seit Ende 1977 besteht die gesamte Therapie aus einem sechswöchigen stationären Teil und einer einjährigen ambulanten Phase.

Die Spezialstation verfügt über 14 Betten. Bis vor zwei Jahren waren jeweils ein bis zwei Betten für einwöchige Kriseninterventionen reserviert. Mittlerweile werden Patienten, die zur Krisenintervention kommen, auf einer anderen Station der Klinik untergebracht. Zwei Ärzte, sieben Pflegekräfte und eine Pflegekraft in der Weiterbildung bilden das Team der Station. Sowohl der stationäre als auch der ambulante Teil der Behandlung wird von diesem Team gemeinsam übernommen.

Vorgespräch und Aufnahmebedingungen

Die Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten erfolgt in einem Vorgespräch mit zwei Therapeuten.

Dabei spielen vor allem motivationale Aspekte, die der Patient im Vorgespräch vermittelt, eine wesentliche Rolle. Er sollte sich freiwillig für die Therapie entscheiden und die Bereitschaft zu lebenslanger Abstinenz zeigen.

Vorraussetzung für die Aufnahme ist zudem das Vorhandensein mindestens einer familiären oder verwandten Bezugsperson. Eine gesicherte Wohnsituation sowie eine vorhandene Arbeitsstelle wirken sich günstig auf die Aufnahme aus.

Es sollte die Fähigkeit zur Teilnahme an Gruppengesprächen gegeben sein und die Bereitschaft, an den ambulanten Gruppensitzungen teilzunehmen. Die Entfernung zwischen Wohnort und Klinik sollte möglichst nicht mehr als 50 km betragen, damit ambulante Gruppensitzungen in zumutbarer Zeit erreicht werden können.

Die Therapie ist ausgerichtet auf Patienten mit reiner Alkoholabhängigkeit. Patienten mit einer Alkohol- und Medikamenten-Doppelabhängigkeit können im Einzelfall aufgenommen werden, wenn dabei die Alkoholproblematik im Vordergrund steht.

Patienten mit hirnorganischen Erkrankungen, Psychosen oder anderen schweren psychiatrischen Krankheitsbildern werden nicht aufgenommen.

Die oben genannten Aufnahmebedingungen sind außer der Freiwilligkeit und der Bereitschaft zur Abstinenz Rahmenbedingungen, die im Einzelnen flexibel gehandhabt werden können.

Jährlich werden von etwa 300 Personen, die am Vorgespräch teilnehmen, ungefähr 100 Personen zur Behandlung aufgenommen.

Therapie

Eine Therapiegruppe besteht aus 14 Personen, die zum selben Zeitpunkt aufgenommen werden und sowohl während der stationären als auch (seit 1977) während der ambulanten Phase als geschlossene Gruppe zusammenbleiben.

Durch die relativ kurze stationäre Phase werden vorhandene soziale Strukturen möglichst wenig beeinträchtigt.

Ziel der Therapie ist es, Einsicht in den Krankheitscharakter zu erzeugen, die Patienten über Ursachen und Folgen des Alkoholismus aufzuklären und sie zur

lebenslangen Abstinenz zu befähigen. Bei dem Bearbeiten der dem Alkoholismus zugrunde liegenden Problematik wird ihnen Hilfestellung gegeben.

Die tiefenpsychologisch orientierte Therapie wird ergänzt durch verhaltenstherapeutische und gruppendynamische Elemente. Je nach den individuellen Bedürfnissen der Patienten verändern sich auch die Schwerpunkte der Therapie.

Stationäre Phase

In der Stationsordnung sind die Regeln während der sechswöchigen Therapie festgelegt. Dazu gehört die Pflicht zur Teilnahme an den Veranstaltungen, sowie ein Verbot von Alkohol, Medikamenten und Drogen auf der Station. Zimmerkontrollen, Alkoholtests und Harnuntersuchungen gewährleisten die Einhaltung dieser Regeln. Jedem Patienten wird ein Bezugstherapeut für Einzelgespräche zugeordnet, wobei der Schwerpunkt der Behandlung jedoch auf der Gruppentherapie liegt.

Das Wochenprogramm beinhaltet folgende Elemente:

- Interaktionelle Gruppentherapie (3x 1 Stunde)
- Informationsgruppe über das Krankheitsbild des Alkoholismus (2x 1 Stunde)
- Pädagogisches Rollenspiel (2x 1,5 Stunden)
- Beschäftigungstherapie (2x 1,5 Stunden)
- Bewegungstherapie (3x 1 Stunde)
- Autogenes Training (2x eine halbe Stunde)
- Stationsgruppe zur Besprechung organisatorischer Fragen (2x 1 Stunde)
- Außenaktivität (Spaziergang o. ä. 1,5 Stunden)
- Abendveranstaltungen außerhalb (Kegeln, Kinobesuch o.ä. 2x / Woche)

Außenaktivitäten und Abendveranstaltungen werden von den Patienten selbstständig geplant.

Ambulante Phase

Die einjährige ambulante Phase wird als ein sehr wichtiger Bestandteil der Therapie gesehen. Einmal wöchentlich finden ambulante Gruppensitzungen mit denselben Therapeuten statt, die die Gruppe auch während des stationären Aufenthaltes betreuen, wodurch eine personelle Kontinuität gewährleistet ist. Methodisch entsprechen die Sitzungen einer interaktionellen Gruppentherapie. Regelmäßige Atemluftanalysen sowie Laborwertbestimmungen dienen der Abstinenzkontrolle.

Die Teilnahme an der ambulanten Gruppe ist verpflichtend. Ist ein Teilnehmer an einem Abend verhindert, muss er sich vorher persönlich und mit entsprechender Begründung abmelden. Bei unentschuldigtem Fehlen versuchen die Therapeuten, mit ihm Kontakt aufzunehmen.

Angehörige

Für Angehörige findet während der stationären Phase einmal wöchentlich eine Gesprächsgruppe statt. Zusätzlich wird an einem Samstag ein ausführliches Angehörigenseminar angeboten. Dabei werden Informationen über die Alkoholabhängigkeit vermittelt sowie Themen wie z.B. Co-Alkoholismus besprochen. Die wöchentlichen Gesprächsgruppen sollen den Austausch untereinander fördern und so zur Entlastung der Angehörigen beitragen.

Verhalten bei Rückfall

Wird ein Patient während der stationären Therapie rückfällig, entscheiden die Therapeuten über die weitere Teilnahme dieses Patienten an der Therapie. Der Rückfall wird in der Gruppe thematisiert und bearbeitet. Nach mehreren Rückfällen erfolgt die Entlassung als disziplinarische Maßnahme.

Bei einem Rückfall während der ambulanten Phase wird zunächst in einem ambulanten Gespräch mit dem Patienten persönlich der Rückfall bearbeitet.

Bei weiterem Handlungsbedarf kann der Patient kurzfristig zu einer maximal einwöchigen stationären Krisenintervention aufgenommen werden.

2.2 Beschreibung der untersuchten Patientengruppe

Befragt wurde eine Gruppe von Patienten, die dem Patientenkollektiv der Erhebungen von Heide (1985), Heck (1987), Längle (1990) und Schäfer (1996) entspricht. Die Daten der Aufnahme- und Entlassungsuntersuchungen wurden größtenteils von Heide (1985) aus den Akten der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie zusammengestellt und für die vorliegende Untersuchung übernommen.

Die 96 Patienten waren im Zeitraum von Januar bis März 1976 und Juni bis September 1976 auf der oben beschriebenen Station aufgenommen und behandelt worden. Patienten aus der Zeit von April bis Mai 1976 wurden nicht mit aufgenommen, da in dieser Zeit zwei neue Assistenzärzte eingearbeitet wurden.

Aus dem Kollektiv ausgenommen wurden Drogenabhängige, Medikamentenabhängige und Mehrfachabhängige, bei denen die Alkoholabhängigkeit nicht im Vordergrund stand. Ebenfalls unberücksichtigt blieb ein fälschlicherweise aufgenommener Patient, der am zweiten Tag wieder entlassen wurde, sowie ein Patient mit Hypopharynxkarzinom, der, ohne rückfällig geworden zu sein, acht Monate nach der Therapie verstarb.

Therapieabbrecher, disziplinarisch Entlassene und Patienten, die die Therapie im Einverständnis mit den Therapeuten abgebrochen hatten, sind jedoch in der Gruppe mit eingeschlossen, wie auch Patienten, die im Katamnesezeitraum verstorben sind, oder nicht mehr aufzufinden waren bzw. die Nachuntersuchung ablehnten (entsprechend den „Dokumentationsstandards III“, 2001).

Im Folgenden soll die Gruppe der 96 Patienten anhand soziodemographischer Daten näher charakterisiert werden. Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt des Therapiebeginns.

Alter und Geschlecht

Das Durchschnittsalter lag bei 38 Jahren, bei einer Variationsbreite von 20 bis 63 Jahren. 30 Jahre alt oder jünger waren 16 Personen. 42 Patienten waren zwischen 31 und 41 Jahre, 29 waren zwischen 41 und 50 Jahre alt. Neun Personen waren älter als 50 Jahre (Abb. 1).

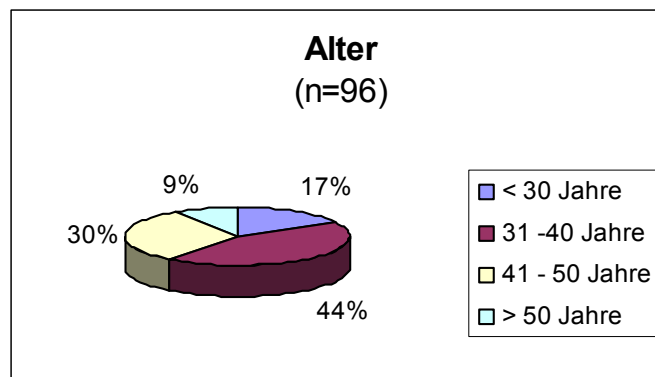


Abbildung 1: Alter

Die Stichprobe bestand aus 26 Frauen und 70 Männern (Abb. 2).

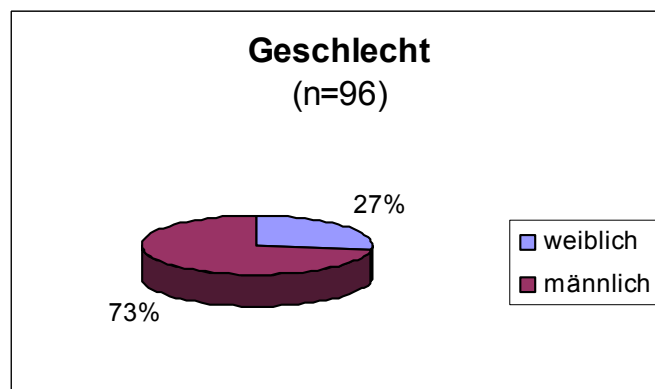


Abbildung 2: Geschlecht

Familienstand

69 Patienten waren verheiratet, 15 ledig, vier verwitwet und acht geschieden. 68 der Patienten lebten mit ihrem Ehepartner zusammen, 14 lebten bei den Eltern, fünf mit sonstigen Bezugspersonen und neun Personen wohnten alleine (Abb. 3).

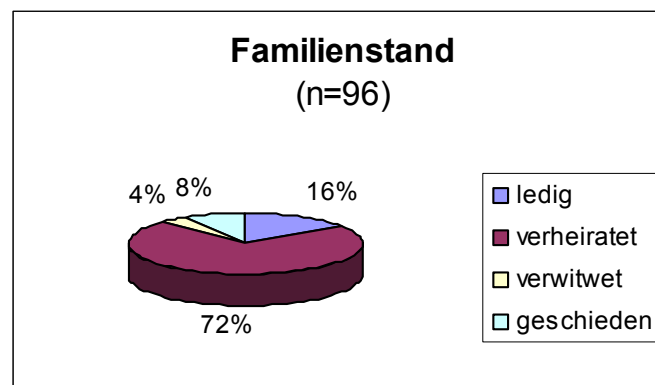


Abbildung 3: Familienstand

Schulbildung

Fünf Patienten hatten einen Hochschulabschluss, sieben hatten das Abitur, neun die Mittlere Reife, und 65 hatten einen Hauptschulabschluss. Zehn Patienten besaßen keinen Schulabschluss, sieben von ihnen hatten jedoch eine höhere Schule besucht.

Berufliche Situation

20 Patienten waren in einem speziellen Alkoholrisikoberuf beschäftigt (d.h. in Berufen im Bereich von Land- und Forstwirtschaft, Alkoholproduktion und –vertrieb, Bau und Transport, sowie in sogenannten Durst- und Kontaktberufen (nach Heide, 1985, vgl. hierzu Feuerlein et al., 1998). Eine ungelernete Tätigkeit übten 19 Patienten aus.

Ein beruflicher Abstieg in den letzten Jahren lag bei 20 Patienten vor.

Arbeitslos waren 21 Patienten, 17 weitere waren direkt von der Arbeitslosigkeit bedroht (Abb. 4).

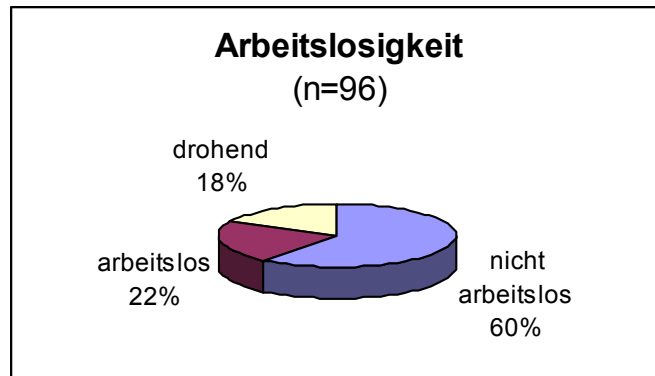


Abbildung 4: Arbeitslosigkeit

Vorstrafen

Zwölf Patienten waren vorbestraft.

Dauer bzw. Alter bei Beginn der Alkoholabhängigkeit

Im Durchschnitt waren die Patienten seit elf Jahren alkoholabhängig, wobei die Variationsbreite von einem bis zu 35 Jahren reichte (Abb. 5).

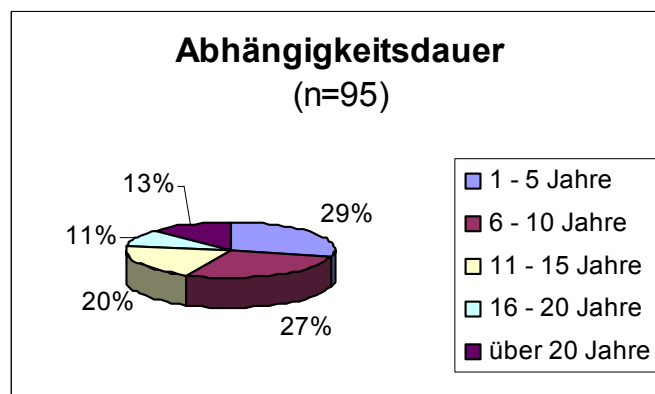


Abbildung 5: Abhängigkeitsdauer

Davon waren 28 Patienten seit ein bis fünf Jahren, 26 zwischen sechs und zehn Jahren, 19 zwischen elf und 15 Jahren, zehn zwischen 16 und 20 Jahren und zwölf Patienten seit über 20 Jahren abhängig. Bei einem Patienten lagen keine genauen Daten vor, er konnte daher nicht eingeordnet werden.

Eine Mehrfachabhängigkeit war bei acht Patienten bekannt.

Das Alter bei Beginn des Alkoholismus lag bei 21 Patienten zwischen 15 und 20 Jahren, bei 42 Patienten zwischen 21 und 30 Jahren, bei 27 zwischen 31 und 40 Jahren und bei fünf Patienten hatte die Alkoholabhängigkeit im Alter von über 40 Jahren begonnen.

Im Durchschnitt ergibt sich ein Alter bei Beginn der Alkoholabhängigkeit von 27,5 Jahren, mit einer Variationsbreite von 15 bis 51 Jahren.

Alkoholismustypen

Gemäß der Einteilung nach Jellinek (1960) ließen sich 46 Patienten dem Gamma-Typ zuordnen, 13 dem Delta-Typ, 21 einem Gamma-Delta-Mischtyp. 16 wurden unter Sonstiges eingeordnet oder nicht klassifiziert (Abb. 6).

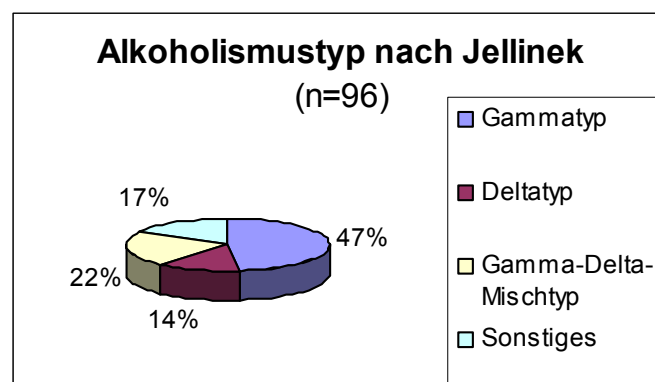


Abbildung 6: Alkoholismustyp

Vorbehandlungen

Eine Vorbehandlung bestand bei 33 Patienten, somit war diese Therapie für 63 Patienten die erste stationäre Behandlung im Zusammenhang mit ihrer

Alkoholkrankheit. Drei Patienten hatten bereits mehrere abgeschlossene Entwöhnungstherapien durchlaufen. Fünf Patienten hatten eine Entwöhnungstherapie abgeschlossen, fünf weitere hatten eine Entwöhnungstherapie begonnen aber vorzeitig beendet. Zwanzig Patienten waren in Allgemeinkrankenhäusern im Zusammenhang mit ihrer Alkoholkrankheit stationär behandelt worden (Abb. 7).

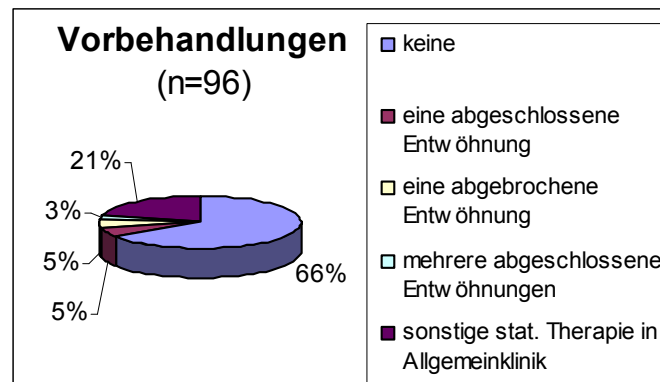


Abbildung 7: Vorbehandlungen

Rückfälle und Abbrüche

Einen Rückfall während der stationären Phase erlitten sieben Patienten.

Sechs Patienten beendeten den Aufenthalt im Einvernehmen mit den Therapeuten vorzeitig, sechs brachen die Therapie eigenmächtig ab. Drei Patienten wurden aus disziplinarischen Gründen entlassen.

Während der ambulanten Phase wurden zwölf Patienten ein- bzw. mehrmals zur stationären Krisenintervention aufgenommen.

Teilnahme an ambulanten Sitzungen

Trotz der eingegangenen Verpflichtung zur Teilnahme an den ambulanten Sitzungen nahmen nur 21 Patienten an mehr als 75 Prozent der Sitzungen teil, zehn Patienten besuchten 50 – 75 Prozent, 14 Patienten 25 – 50 Prozent und 51 Patienten weniger als 25 Prozent der Sitzungen. Die Teilnahme an den

Gruppenstunden ist in Prozent angegeben, um die Werte vergleichbar zu machen, da für die unterschiedlichen Gruppen die Gesamtanzahl der Sitzungen leicht variierte.

Teilnahme von Angehörigen

Während der stationären Therapiephase wurden insgesamt vier Treffen für Angehörige angeboten. Zu drei bis vier Treffen kamen Angehörige von 42 Patienten. Bei 20 Patienten nahmen Angehörige das Angebot ein- oder zweimal in Anspruch, bei 34 Patienten kam kein Angehöriger zu den Treffen.

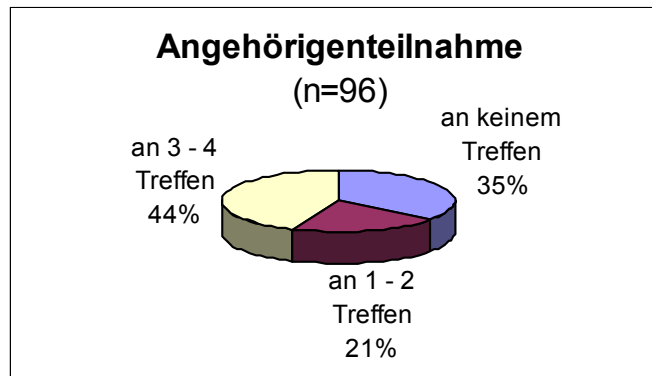


Abbildung 8: Angehörigenteilnahme

2.3 Fragebogen und Life-Chart-Darstellungen

Für die vorliegende Untersuchung wurde ein spezieller Fragebogen erstellt. Er ist abgestimmt auf die Fragebögen der vorhergehenden Katamnesen, um Veränderungen im Querschnitt erfassen zu können. Berücksichtigt wurden außerdem die „Dokumentationsstandards III“ (2001) für Katamnesen.

Der Fragebogen ist aufgeteilt in die Variablen der Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung, einer Zusammenfassung der vorigen Katamnesen,

und in ein Interviewprotokoll sowie den Katamnesevariablen der aktuellen Untersuchung.

Die Daten der Aufnahme- und Entlassungserhebungen wurden von Schäfer (1996) und Längle (1990) übernommen: Diese Daten stammen aus den Akten der Psychiatrischen Universitätsklinik und wurden bereits bei den Zwei-Jahres-Katamnesen von Heide (1985) zusammengestellt.

Die Ergebnisse der Zwei-, Fünf-, Zehn- und 16-Jahres-Katamnesen konnten ebenfalls von Schäfer (1996) übernommen werden.

Die Katamnesevariablen gehen auf verschiedene Lebensbereiche der Patienten ein, wie z.B. Wohnen, Partnerschaft, berufliche und gesundheitliche Situation sowie das Trinkverhalten. Es wurde die Entwicklung über die letzten neun Jahre erfragt, wobei der Zeitraum der letzten zwölf Monate besonders detailliert erfasst wurde.

Gefragt wurde einerseits nach einfach objektivierbaren Fakten, jedoch auch nach subjektiven Bewertungen seitens der Patienten.

Zum besseren Verständnis der Ergebnisse wurde im Anhang der komplette Inhalt des Fragebogens abgedruckt (vgl. 8.2).

Einen weiteren Teil des Interviewbogens stellt der Life-Chart-Bogen dar. Schäfer (1996) hatte in der 16-Jahres-Katamnese Life-Chart-Bögen zur Veranschaulichung eingeführt. In der jetzigen Katamnese wurde diese Darstellung fortgeführt. Durch sie kann der Verlauf der Alkoholkrankheit bei den Patienten im Einzelnen verfolgt werden.

Persönliche und berufliche Ereignisse, gesundheitliche Veränderungen, das Trinkverhalten und therapeutische Maßnahmen in den 25 Jahren seit der Therapie können erfasst werden. Die Angaben werden für jeden einzelnen Patienten auf einer Zeitachse nach Jahren aufgeschlüsselt und eingetragen.

Während des Interviews kann das Nebeneinander von Ereignissen aus verschiedenen Lebensbereichen den Befragten helfen, bestimmte Phasen oder evtl. auch Rückfälle zeitlich einzuordnen.

2.4 Datenerhebung

2.4.1 Anschreiben

Nachdem 1992 die Patienten das letzte Mal interviewt worden waren, wurden sie im Februar 2001, also neun Jahre nach der letzten Befragung, erneut angeschrieben.

In diesem Brief wurde den Patienten zunächst für alle bisherige Mitarbeit gedankt, es wurde ihnen die Bedeutung der geplanten Studie erklärt, und man bat sie erneut um Mithilfe. Es wurde angekündigt, dass die Interviewerin mit ihnen telefonisch einen Gesprächstermin vereinbaren würde.

Da einige Patienten mittlerweile teils mehrmals umgezogen waren, wurden soweit möglich die aktuellen Adressen über die Einwohnermeldeämter ermittelt.

Patienten, die mehr als 100 km von Tübingen entfernt wohnten, wurden auch angeschrieben. Mit ihnen wurde entweder ein telefonisches Interview geführt oder sie konnten den Bogen selbstständig ausfüllen. Dazu wurde ihnen ein Fragebogen mit entsprechender Anleitung zugesandt. In den Fällen, in denen der Bogen nicht zurückgeschickt wurde, nahm die Interviewerin nochmals telefonisch Kontakt auf.

2.4.2 Telefonische Kontaktaufnahme

Die erste telefonische Kontaktaufnahme erfolgte in der Zeit von Februar bis November 2001. Größtenteils konnte innerhalb einer Woche ein Termin für das persönliche Gespräch vereinbart werden.

Einige Patienten lehnten trotz ausführlicher Erklärungen das persönliche Interview ab. Sieben Patienten willigten nach einer Bedenkzeit von einigen Tagen bis zu mehreren Wochen nach einem zweiten Telefongespräch ein, doch ein persönliches Interview mitzumachen. Weitere fünf erteilten ausschließlich

telefonische Auskünfte. Ein Patient willigte ein, den Bogen selbstständig schriftlich zu beantworten.

Bei einigen Patienten, die im Ausland lebten, die ein Gespräch kategorisch ablehnten oder bei denen aus gesundheitlichen Gründen ein Gespräch nicht möglich war, wurden Auskünfte von Kollateralinformanten eingeholt.

Ebenso gaben bei neun der 14 zwischen 1992 und 2001 verstorbenen Patienten Angehörige wichtige Informationen weiter.

2.4.3 Durchführung des Interviews

Alle durchgeführten Gespräche fanden in der Wohnung der Interviewten statt. Es herrschte bis auf wenige Ausnahmen eine sehr offene und kooperative Atmosphäre. Die Dauer der Gespräche lag zwischen 40 und 90 Minuten.

Zu Beginn des Gesprächs wurde kurz der Zweck und der Ablauf des Interviews erklärt bzw. an vorige Befragungen erinnert. Häufig begannen die Patienten selbst das Gespräch, in einigen Fällen eröffnete die Interviewerin mit einer offenen Frage über das Ergehen in den letzten Jahren.

Das Gespräch verlief in Form eines halbstandardisierten Interviews. Dabei wurden im Verlauf alle Themenbereiche angesprochen, wobei die Reihenfolge je nach Gesprächsverlauf unterschiedlich war.

Zunächst nicht angesprochene Variablen wurden während des Gesprächs konkret erfragt. Wichtige Bereiche, wie z.B. das Trinkverhalten, wurden sehr ausführlich besprochen und oft mehrmals angesprochen, um dem Patienten die Erinnerung an weiter zurückliegende Ereignisse zu erleichtern. Fragen, die eine subjektive Einschätzung des Patienten erfassten, wurden wörtlich gestellt. Dabei wurden die vorhergesehenen Antwortmöglichkeiten angegeben.

Bereits während des Gesprächs wurde der Fragebogen von der Interviewerin ausgefüllt.

Gemeinsam mit dem Patienten wurden Angaben zu Trinkverhalten, stationären und ambulanten Therapiemaßnahmen, beruflichen und familiären Veränderungen anschließend möglichst genau den Jahren zugeordnet, um so den Verlauf über die letzten Jahre in dem Life-Chart-Bogen zu dokumentieren.

Nach Beendigung des Gesprächs wurde das Interviewprotokoll ausgefüllt und der Fragebogen vervollständigt.

In vielen Fällen konnten zusätzlich Angehörige für die Teilnahme am Interview gewonnen werden. Dabei wurde es ihnen und den Patienten überlassen, ob sie am Gespräch teilnahmen oder ob ein Gespräch mit dem Kollateralinformanten außerhalb des Interviews stattfand. Bei nicht übereinstimmenden Angaben zwischen Patient und Kollateralinformant, wurden im Allgemeinen die Aussagen übernommen, die ein ausgeprägteres Trinkverhalten beschrieben. Allerdings unter der Voraussetzung, dass sie in sich schlüssig und plausibel erschienen.

Es wurden keine Kontrolluntersuchungen, wie die Bestimmung von Blutalkoholkonzentrationen oder Blutwerten zur Beurteilung von Alkoholfolgeschäden durchgeführt.

Alle Interviews wurden von derselben Interviewerin durchgeführt. Sie war zum Zeitpunkt der Untersuchung Studentin der Medizin im 8./9. Semester und Doktorandin der Universitätsklinik Tübingen. Zur Vorbereitung auf die katamnestische Untersuchung absolvierte sie eine fünfwöchige Famulatur auf der Entziehungs- und Motivationsstation sowie ein zweiwöchiges Praktikum auf der Entwöhnungsstation der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Außerdem dienten ihr verschiedene Kurse der Psychiatrie, Besuche in Langzeiteinrichtungen und ein intensives Literaturstudium zur Vorbereitung. Während der gesamten Befragung stand sie in Kontakt mit erfahrenen Therapeuten.

Der Zeitraum, in dem die Interviews durchgeführt wurden, erstreckte sich vom 5. März 2001 bis zum 25. November 2001.

Der Katamnesezeitraum betrug durchschnittlich 25 Jahre, mit einer Standardabweichung von 99 Tagen. Im kürzesten Fall betrug der Katamnesezeitraum 24 Jahre und sechs Monate, im längsten 25 Jahre und sieben Monate.

2.4.4 Auswertung der Daten

Die Auswertung der Daten erfolgte im Wesentlichen deskriptiv, d.h. durch Auszählung von Häufigkeiten der Antworten zu den einzelnen Variablen, die Berechnung von Mittelwerten und Standardabweichungen und beschreibende Darstellungen des Verlaufes über die verschiedenen Katamnesezeitpunkte.

Für die Aufnahme- und Entlassungsuntersuchungen beziehen sich die Häufigkeiten der Antworten zu den einzelnen Variablen auf alle 96 Patienten der Stichprobe. Bei den Ergebnissen der vorangehenden Katamnesen beziehen sie sich auf die jeweils zugeordneten Patienten und bei der aktuellen Untersuchung auf die Patienten, bei denen entweder ein Interview durchgeführt werden konnte oder Angaben von Kollateralinformanten vorliegen. Teilweise werden auch Prozentangaben auf alle zum Zeitpunkt „Lebenden“ bezogen (d.h. auch auf „nicht auffindbare“ Patienten oder solche, die das Interview ablehnten). Dies wird dann im Einzelnen genauer erläutert.

Angaben, die zu den zwischen 1992 und 2001 Verstorbenen vorlagen, wurden zum Teil bei den Ergebnissen mitberücksichtigt. Hinsichtlich des Trinkverhaltens wurden sie als getrennte Gruppe beschrieben und mit der Gruppe der Lebenden verglichen.

Das Trinkverhalten wurde in der Gesamtbeurteilung konservativ ausgewertet, d.h. die Ergebnisse beziehen sich auf die gesamte ursprüngliche Stichprobe.

Die Anwendung statistischer Testverfahren war wegen der geringen Anzahl an teilnehmenden Patienten nicht uneingeschränkt möglich. In den „Dokumentationsstandards III“ (2001) wird eine Mindestgröße von 50 Probanden gefordert. Für einzelne Variablen war es nicht möglich, diese Anzahl von Patienten zu erbringen.

Zusammenhänge zwischen dem Trinkverhalten im Jahr vor der jetzigen Befragung und weiteren Variablen wurden unter anderem mittels des Chi-Quadrat-Tests auf Zufälligkeit überprüft. Die Annahme, dass verschiedene Prognosefaktoren der Aufnahme-, Entlassungs- oder vorangehender Katamneseuntersuchungen das jetzige Trinkverhalten signifikant beeinflussen bzw. dass für Abstinente auch in anderen Lebensbereichen Verbesserungen

zeigen, wurde als Hypothese zugrunde gelegt. Dabei wurden bei einigen Variablen verschiedene Merkmalsausprägungen zusammengefasst. Das Signifikanzniveau wurde bei $p = 0,05$ festgesetzt. Die Testergebnisse der einzelnen Variablen sowie die zugrundeliegende Personenzahl sind in einer Tabelle im Anhang aufgelistet (8.3).

3 Ergebnisse

3.1 Häufigkeiten

3.1.1 Interviewprotokoll

Lebende

Die Stichprobe bestand aus 96 Patienten. Zum Katamnesezeitpunkt waren noch 56 Patienten am Leben. Von 51 Patienten konnten Informationen erhalten werden. Das Alter der Patienten lag zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 47 und 79 Jahren, mit einem Mittelwert von 62 Jahren. Zu den Lebenden wurden auch sechs Patienten gezählt, die nicht aufzufinden waren.

Vier Patienten waren mit unbekannter Adresse ins Ausland verzogen und zwei Patienten waren unter der beim Einwohnermeldeamt registrierten Adresse nicht auffindbar. Nur in zwei dieser sechs Fälle war es möglich, Informationen über einen Angehörigen zu erhalten.

Vollständige Angaben liegen von 39 Patienten vor. Ein komplettes Interview wurde von zwölf Patienten abgelehnt, von ihnen liegen aber zu den wichtigsten Variablen Angaben vor und die wesentlichen Informationen bezüglich des Trinkverhaltens.

Von den 56 lebenden Patienten gaben 46 Patienten selbst die Auskünfte, mit 36 konnte ein persönliches ausführliches Interview geführt werden. Zwei beantworteten die Fragen schriftlich. Mit weiteren acht Patienten wurde ein telefonisches Gespräch geführt, wobei zwei alle Fragen beantworteten, und für sechs der Fragebogen nur unvollständig ausgefüllt werden konnte.

Bei fünf Patienten konnten durch ein telefonisches Gespräch mit einem Ersatzinformanten die wichtigsten Informationen eruiert werden.

Von den fünf Patienten, von denen keine Angaben vorliegen, waren vier nicht aufzufinden und ein Patient lehnte das Interview ab.

Kollateralinformanten konnten zusätzlich zum Interview mit dem Patienten noch in 20 Fällen befragt werden. Bei 17 Patienten war es der Partner, zweimal die

Mutter und zweimal die Tochter. Alle wurden bis auf zwei Ausnahmen in Anwesenheit des Patienten interviewt.

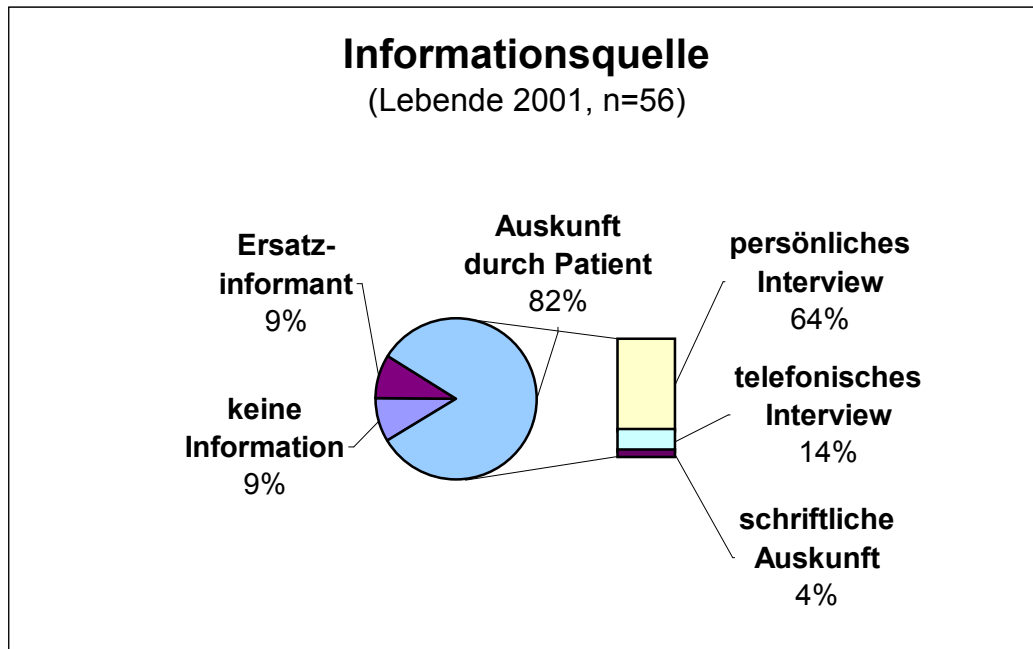


Abbildung 9: Informationsquelle

Die Durchführung der Interviews verlief im Allgemeinen recht unproblematisch. Ein Patient war leicht alkoholisiert, ein weiterer beim ersten Gespräch am Telefon stark alkoholisiert. Leichte Entzugssymptome traten bei einem Patienten auf.

Bei einem Patienten war das Interview nur sehr eingeschränkt möglich, da er an Demenz litt.

Die Zuverlässigkeit der Angaben beurteilte die Interviewerin in 40 Fällen mit „gut“, viermal mit „zufriedenstellend“ und zweimal mit „schlecht“. Orientierungshilfen waren dabei die Stimmigkeit der Antworten im Verlauf des Gesprächs, eventuelle Widersprüche zwischen Kollateralinformant und Patient sowie bestimmte Fragen, die Hinweise auf durch Alkohol verursachte Probleme geben können, wie beispielsweise Führerscheinentzug oder ähnliches. Außerdem gaben auch Daten über das Trinkverhalten aus vorherigen Katamnesen eine zusätzliche Vergleichsmöglichkeit.

Eine gute Übereinstimmung wurde meist auch bei den Aussagen von Kollateralinformanten und Patienten erzielt. Während es bei der Frage nach Abstinenzzeiten kaum Abweichungen gab, wurde in wenigen Fällen allerdings der maximale Alkoholkonsum vom Kollateralinformanten etwas höher eingeschätzt als vom Patienten selbst.

Verstorbene

Zum Katamnesezeitpunkt waren 40 der 96 Patienten verstorben. Seit der letzten Katamnese 1992 gab es 14 neue Todesfälle. Über die bereits vor 1992 verstorbenen 26 Patienten konnten Informationen von Schäfer (1996) übernommen werden.

Von diesen vor 1992 verstorbenen Patienten waren nur vier im Jahr vor ihrem Tod abstinent gewesen und 19 Patienten hatten dauerhaft getrunken. Bei drei Patienten ist das Trinkverhalten im Jahr vor ihrem Tod unbekannt.

Für neun der 14 zwischen 1992 und 2001 Verstorbenen konnten Informationen von Angehörigen eingeholt werden. Sechs Patienten hatten im Jahr vor ihrem Tod abstinent gelebt, fünf davon seit der Therapie 1976. Das Trinkverhalten zweier Patienten kann in Bezug auf das Jahr vor ihrem Tod als gebessert gewertet werden, eine Patientin hatte dauerhaft getrunken.

Das Alter zum Todeszeitpunkt lag zwischen 25 und 75 Lebensjahren, der Mittelwert beträgt 53 Jahre.

Die abstinent Verstorbenen waren in einem durchschnittlichen Alter von 60 Jahren verstorben, die Rückfälligen durchschnittlich in einem Alter von 48 Jahren (Gebesserte durchschnittlich im Alter von 56 Jahren, nicht gebessert Trinkende durchschnittlich im Alter von 47 Jahren).

Bezüglich der Lebenserwartung und Mortalität wurde die Patientengruppe mit geschlechts- und altersentsprechenden Daten aus der Normalbevölkerung verglichen (Statistisches Bundesamt, 2004). Der Mittelwert der auf diese Weise errechneten Lebenserwartung einer vergleichbaren Gruppe aus der Normalbevölkerung liegt bei 73 Jahren für die gesamte Gruppe, für die

abstinenten Personen bei 72 Jahren, für die rückfälligen Personen bei 74 Jahren. Für die Gesamtgruppe ist die Mortalität 1,65-fach höher als für eine vergleichbare Gruppe von Personen aus der Normalbevölkerung. Bei den rückfälligen Personen liegt die Mortalität sogar bei einem 2,5-fach erhöhten Wert, während die Mortalität der abstinenten Personen mit einem 1,02-fach erhöhten Wert in etwa der Mortalität der Vergleichsgruppe aus der Normalbevölkerung entspricht.

Unter den Verstorbenen waren sechs Frauen und 34 Männer. Die verstorbenen Frauen waren alle vor ihrem Tod rückfällig gewesen.

Die Todesursache ist bei zwölf der Verstorbenen unbekannt, bei den anderen gibt Tabelle 1 einen Überblick über die jeweiligen Todesursachen an.

Todesursachen 1976 - 1992	Todesursachen 1992 - 2001
Herzinfarkt (dreimal)	Herzinfarkt (zweimal)
Herzversagen (zweimal)	Herzversagen (zweimal)
Lungenkrebs (zweimal)	Medikamentenintoxikation
Suizid (zweimal)	Leberversagen bei Operation
Kehlkopfkrebs (zweimal)	Bronchialkarzinom
Ösophagusvarizenblutung	Darmperforation
Nierenversagen	Leberzirrhose
Gefäßoperation	bei 5 Patienten: unbekannt
Erfroren in alkoholisiertem Zustand	
„Folgen der Alkoholkrankheit“	
Verkehrsunfall (alkoholisiert)	
Gallenoperation	
„Krampfanfall“	
bei sieben Patienten: unbekannt	

Tabelle 1: Ursache von Todesfällen

Nach Angaben von Angehörigen und Hausärzten standen fast ein Drittel dieser Todesfälle in direkter oder indirekter Verbindung mit Alkohol (Abb. 10).

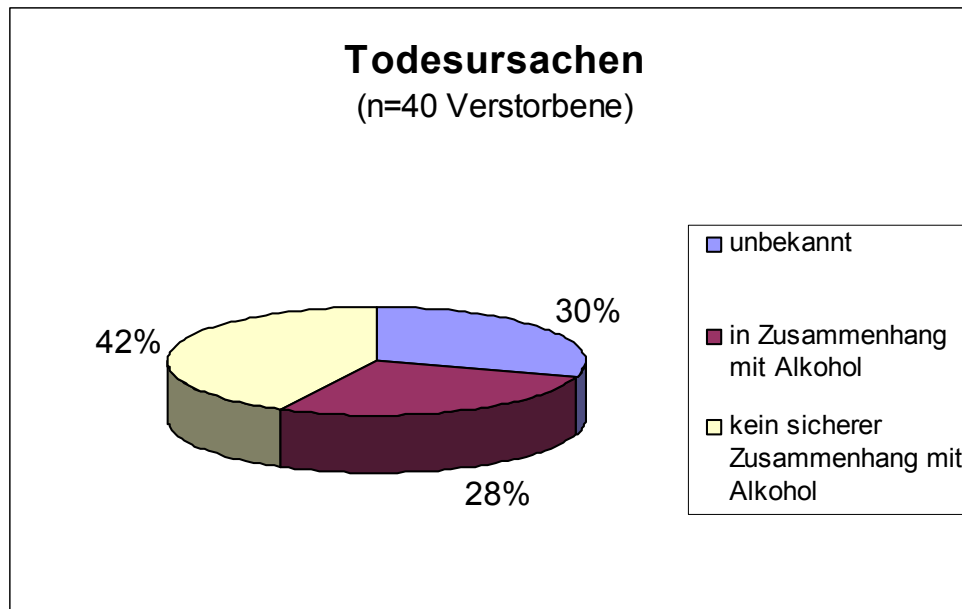


Abbildung 10: Todesursachen

3.1.2 Soziales Umfeld

Wohnsituation

In einer gemeinsamen Wohnung oder Haus mit dem Ehepartner lebten 39 Patienten, zwei wohnten zusammen mit Verwandten, einmal mit der Tochter, einmal mit der Enkeltochter. Zwei Patienten lebten in einem Altenheim, ein Patient in einer Nachsorgeeinrichtung und sieben Patienten wohnten alleine. Eine Eigentumswohnung oder ein eigenes Haus besaßen 30 Patienten, 18 Patienten lebten in einer Mietwohnung, und drei wohnten in einem Heim.

Die Wohnsituation der Abstinente unterschied sich nicht wesentlich von der der Rückfälligen.

Ehe, Familie

Zum Zeitpunkt der Katamnese waren 39 Patienten verheiratet, sechs waren ledig, eine Patientin war geschieden, fünf Patienten verwitwet.

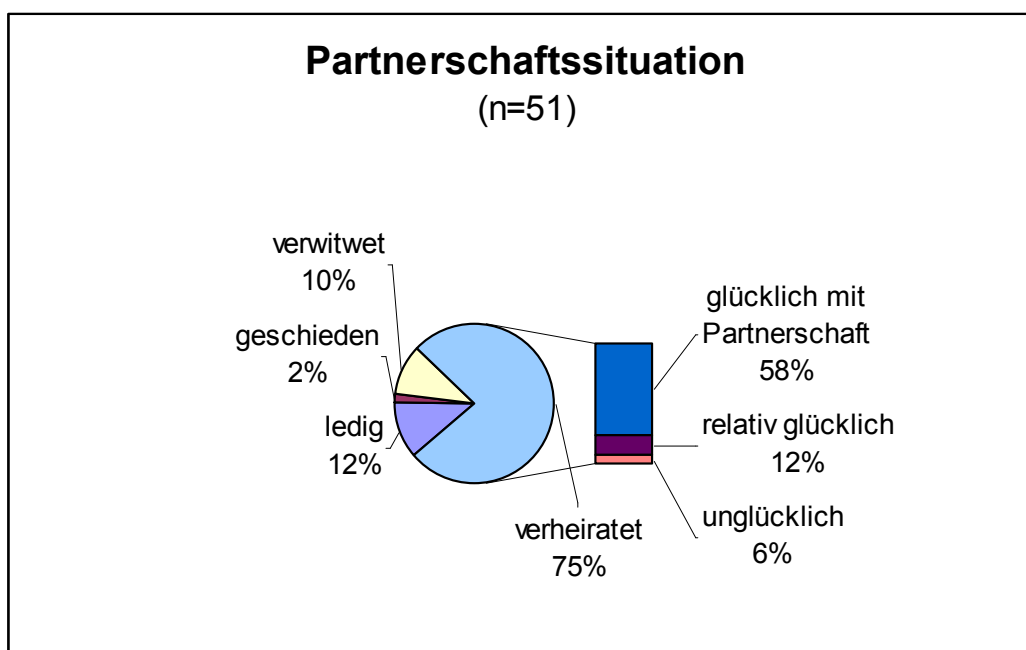


Abbildung 11: Partnerschaftssituation

Keine Veränderungen im Familienstand gab es bei 42 Patienten. Bei drei Patienten war im Zeitraum seit 1992 der Ehepartner verstorben, ein Patient hatte sich von seiner Frau getrennt und fünf Patienten hatten geheiratet.

Betrachtet man den Familienstand von Abstinente(n) und Rückfälligen in getrennten Diagrammen, so zeigen sich nur geringfügige Unterschiede. In beiden Gruppen sind mehr als drei Viertel der Patienten verheiratet.

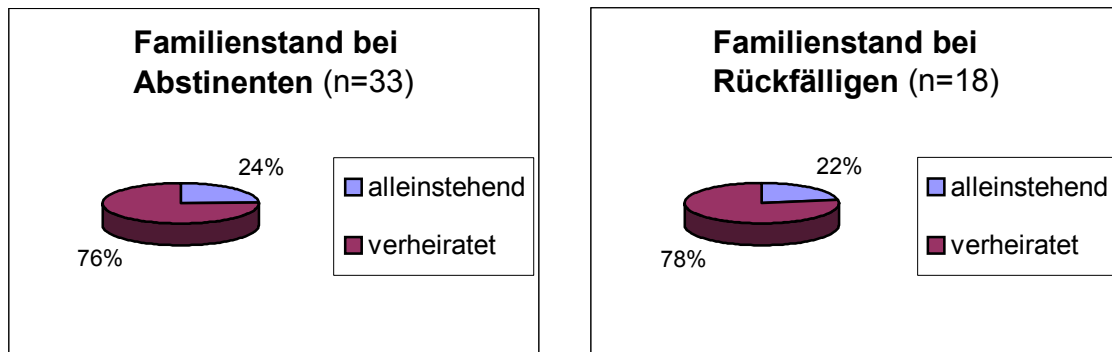


Abbildung 12: Familienstand Vergleich Abstinente - Rückfällige

41 Patienten lebten in einer festen Partnerschaft, 39 davon in einer gemeinsamen Wohnung und zwei in getrennten Wohnungen. Ein Patient hatte kurzfristige, zeitweilige Beziehungen, neun keine Partnerschaft.

Mit ihrer Partnersituation waren von den in einer Partnerschaft lebenden Personen nach eigenen Angaben 30 Personen „glücklich“, sechs „relativ glücklich“ und drei Patienten „unglücklich“.

In drei Partnerschaften hatte der Partner früher ebenfalls Alkoholprobleme, war aber jetzt abstinent. Zwei Patienten gaben an, dass ihr jetziger Partner nach wie vor Probleme mit Alkohol habe.

29 Patienten gaben an, dass ihnen ihre Familie sehr wichtig sei, für acht hatte die Familie eine wichtige Bedeutung, ein Patient bezeichnete sie als unwichtig.

Die Bedeutung, die die Familie bzw. Partnerschaft für die Patienten hatte, wird noch unterstrichen durch die Ergebnisse der Frage nach den drei größten Hilfen bei der Bemühung um eine Besserung des Trinkverhaltens. Dabei gaben 22 Patienten an, dass für sie die Zweierbeziehung eine große Hilfe darstellte, zehn Patienten nannten die Familie als wichtige Unterstützung.

Außerfamiliäre Kontakte

Bei der Frage nach außerfamiliären Kontakten gaben 15 Patienten an „viele und gute Kontakte“ zu haben, 16 Patienten hatten „wenige aber gute Kontakte“. Zwölf weitere beschrieben ihre Kontakte als „oberflächlich“, fünf Patienten hatten praktisch keine Kontakte außerhalb der Familie. Unter den abstinenten Patienten hatten etwa 71% viele und gute Kontakte, unter den Rückfälligen empfand fast die Hälfte der Befragten ihre Kontakte als unbefriedigend.

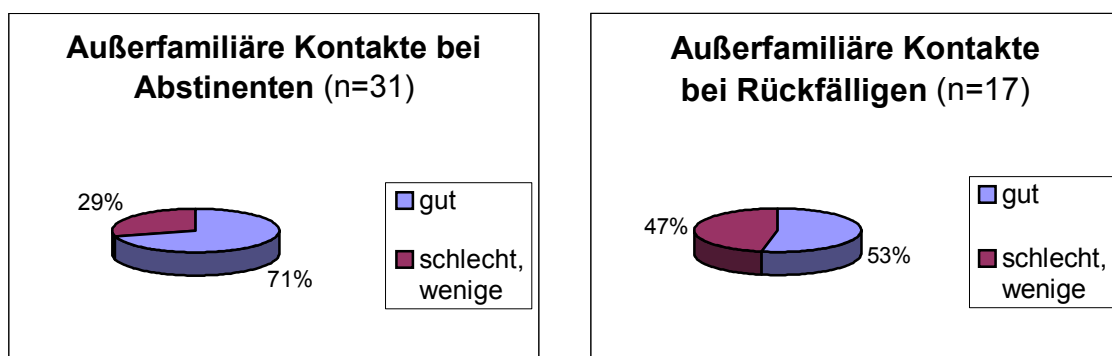


Abbildung 13: Außerfamiliäre Kontakte Vergleich Abstinente - Rückfällige

3.1.3 Berufliche Situation

Bei der Betrachtung der beruflichen Situation der Befragten stellte sich in dieser Katamnese im Vergleich zu den vorherigen Befragungen das Gesamtbild stark verändert dar, da die Mehrheit der Personen aufgrund des erhöhten Alters mittlerweile nicht mehr berufstätig war.

Zum Katamnesezeitpunkt waren 16 Patienten voll erwerbstätig, zwei hatten eine Teilzeitstelle (10-19 h/ Woche). Eine Patientin war Hausfrau ohne Nebenerwerbstätigkeit.

Sieben Patienten waren Frührentner, 23 Rentner, ein Patient war das Jahr vor der Befragung arbeitslos und eine weitere Patientin hatte keine Arbeit und lebte von Sozialhilfe. Von den Personen, die von der Rente lebten, waren 18 altershalber berentet worden, zwei wegen einer Alkoholfolgekrankheit und zehn aus anderen, meist gesundheitlichen Gründen.

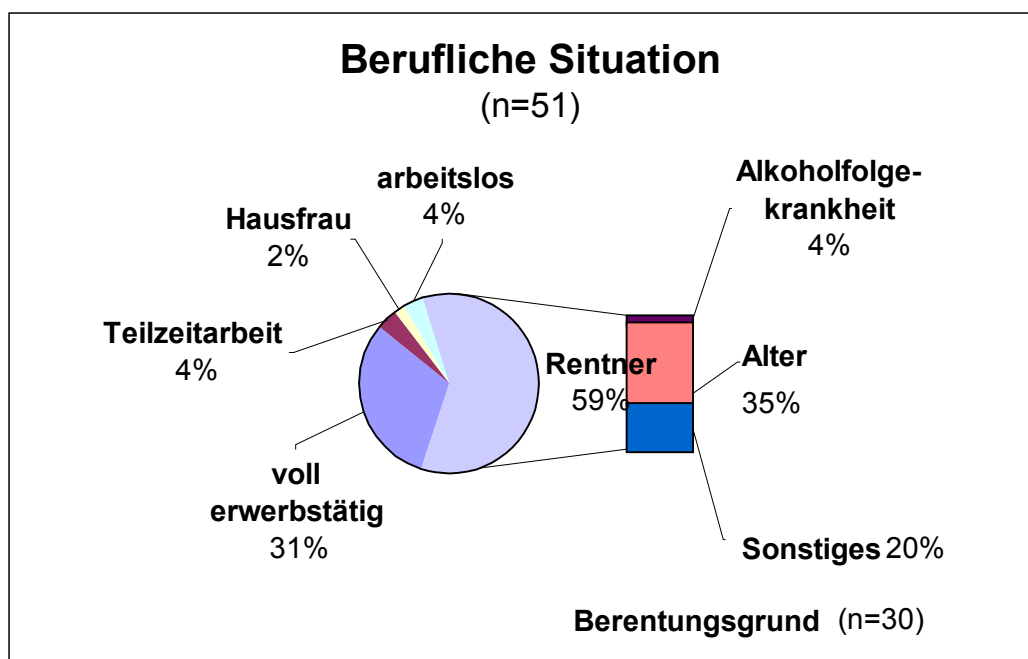


Abbildung 14: Berufliche Situation

Differenziert man die berufliche Situation nach abstinenten und rückfälligen Patienten, so zeigt sich ein fast identisches Bild (Abb. 15). Der Anteil der berenteten Personen liegt in beiden Gruppen bei über 50%. Nur etwa ein Drittel der befragten Personen beider Gruppen ist noch voll berufstätig.

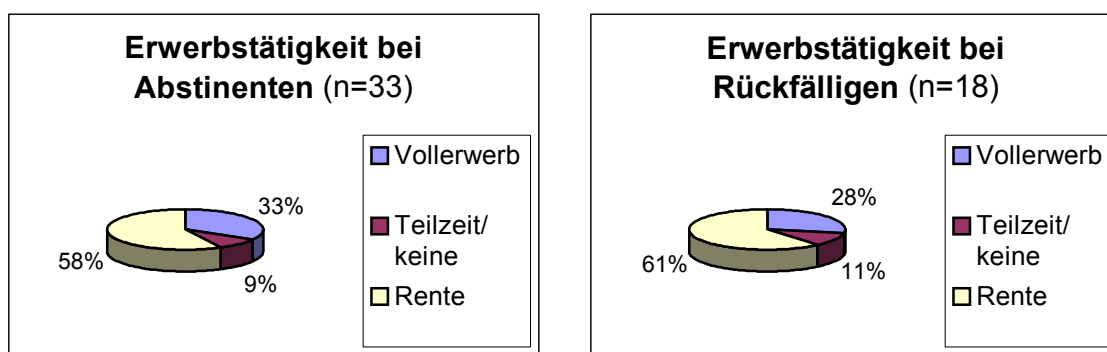


Abbildung 15: Erwerbstätigkeit Vergleich Abstinente - Rückfällige

Bei der Frage nach ihrer Zufriedenheit mit der Arbeit und am Arbeitsplatz, gaben acht Patienten an, mit ihrer Arbeit und dem Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten „zufrieden“ zu sein. Zehn Patienten bezeichneten ihre Situation

als „einigermaßen zufrieden stellend“. Ein häufig genannter Grund für diese Einschränkungen war ein schwieriges Verhältnis zu Kollegen.

Die berenteten Patienten waren größtenteils mit ihrer Situation zufrieden.

Einzelne gaben aber auch an, dass ihnen die Umstellung nicht leicht fiel.

Hinsichtlich des Arbeitsplatzes wird eine große Kontinuität sichtbar, denn 26 Patienten waren seit 1992 durchgehend an der gleichen Arbeitsstelle tätig, vier wechselten einmal ihre Arbeitsstelle, zwei mehrmals.

Auch die Arbeitslosenzeiten sprechen für eine stabile Arbeitssituation. Keine Arbeitslosenzeiten in dem ganzen Zeitraum von neun Jahren hatten 28 Patienten, ein Patient war mehr als fünf Jahre arbeitslos, zwei Patienten zwei bis vier Jahre und ein Patient 18 Monate.

Die Zeiten der Arbeitslosigkeit lagen bei der Gruppe der rückfälligen Patienten prozentual höher. Allerdings ist der Vergleich erschwert durch die geringe Anzahl der zu diesem Thema befragbaren Personen.

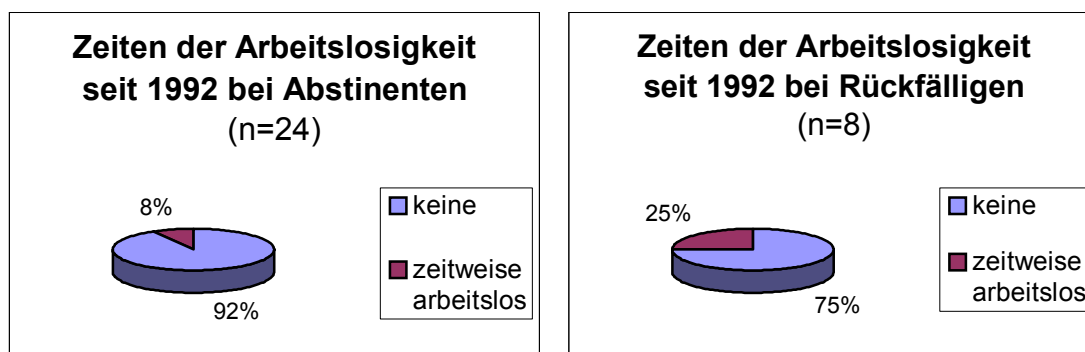


Abbildung 16: Arbeitslosigkeit Vergleich Abstinente – Rückfällige

Bei den Arbeitslosenzeiten sowie den Arbeitsplatzwechseln sind auch Patienten mitgewertet, die erst nach 1992 in Rente gingen und vorher noch in Voll- oder Teilzeit beschäftigt waren.

Fasst man die berufliche Situation anhand mehrerer Variablen zusammen, so kann sie bei fünf Patienten als „gut“ und bei zwölf Patienten als „eher mäßig“ bis „schlecht“ beurteilt werden (zur Operationalisierung s. 8.2.7).

Im Jahr vor der Untersuchung waren sieben Patienten nie arbeitsunfähig, vier Patienten weniger als vier Wochen, vier Patienten zwischen fünf und 20

Wochen und ein Patient 42 Wochen. Durchschnittlich betrug die Zeit der Arbeitsunfähigkeit 6,5 Wochen. Im Gegensatz zur Voruntersuchung im Jahr 1992 ließen sich bei der jetzigen Befragung bezüglich der Arbeitsunfähigkeitszeiten keine signifikanten Unterschiede zwischen Abstinente und Rückfälligen feststellen. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass im Jahr vor der Katamnese nur 20 Patienten erwerbstätig waren. Daher konnte nur eine kleine Gruppe von Patienten zum Thema Arbeitsunfähigkeit Auskunft geben, was die Repräsentativität des Ergebnisses einschränkt.

3.1.4 Körperliche und psychische Gesundheit

Einen stationären Klinikaufenthalt wegen einer körperlichen Erkrankung hatten von 1992 bis 2001 27 Patienten, drei weitere mussten nach einem Unfall stationär versorgt werden.

Sieben Patienten waren aufgrund psychischer Probleme (häufig Depression) stationär in Behandlung, elf Patienten waren in ambulanter psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Therapie. Die Häufigkeit eines stationären Krankenhausaufenthaltes lag bei den rückfälligen Patienten höher als bei den abstinenten. Unter den rückfälligen Patienten hatten 79% im Zeitraum seit 1992 einen Krankenhausaufenthalt, von den abstinenten nur 62% (Abb. 17).

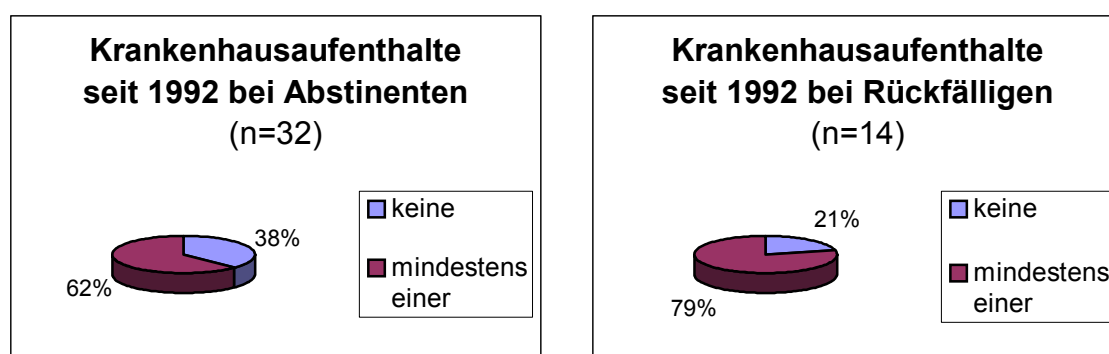


Abbildung 17: Krankenhausaufenthalte Vergleich Abstinente - Rückfällige

Die Frage nach Alkoholfolgekrankheiten beinhaltete eine subjektive Einschätzung und vielen Patienten fiel es schwer, eine eindeutige Zuordnung ihrer Krankheit zu treffen. Vier Patienten gaben an, relativ sicher an einer Alkoholfolgekrankheit zu leiden, einem weiteren war es ausdrücklich vom Hausarzt mitgeteilt worden. Zwei Patienten waren sich unklar, ob ihre Krankheit durch Alkoholschäden bedingt war.

Über ihre körperliche Gesundheit äußerten sich 31 Patienten mit „zufrieden“ bzw. „sehr zufrieden“, 14 waren mit ihrem Gesundheitszustand „relativ zufrieden“ und drei „unzufrieden“. Von den rückfälligen Patienten waren 20% mit ihrer Gesundheit „unzufrieden“, von den abstinenten Patienten 12%.

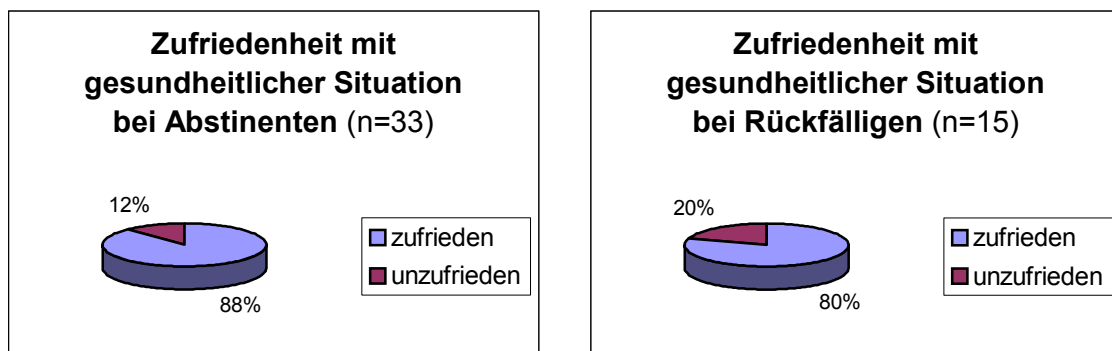


Abbildung 18: Zufriedenheit mit gesundheitlicher Situation Vergleich Abstinente - Rückfällige

Ähnlich der Einschätzung der beruflichen Situation wurde auch bei der gesundheitlichen Situation eine Zusammenfassung anhand einzelner Variablen durchgeführt (zur Operationalisierung s 8.2.8). Dabei wurde bei 13 Patienten eine „gute“ und bei 33 Patienten eine „mäßige bis schlechte“ gesundheitliche Situation festgestellt.

Bei der Einschätzung ihrer psychischen Befindlichkeit bewerteten 32 Patienten diese mit „relativ gut“, elf mit „eingeschränkt“ und fünf Patienten mit „schlecht“. Der Anteil der Personen, die ihre psychische Situation als „relativ gut“ empfanden, lag sowohl bei den abstinenten als auch bei den rückfälligen Patienten bei 67%. Unter den rückfälligen Patienten schätzte allerdings eine signifikant höhere Anzahl ihre psychische Situation als „schlecht“ ein.

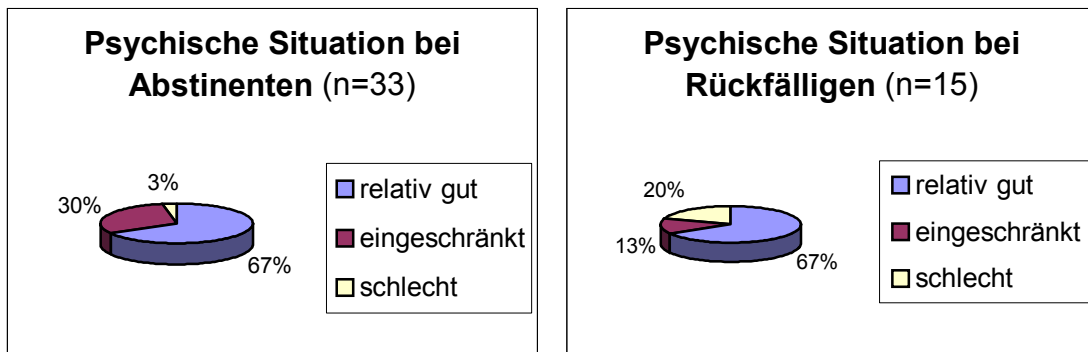


Abbildung 19: Psychische Situation Vergleich Abstinente - Rückfällige

Unter den Patienten, die mit ihrer psychischen Verfassung nicht zufrieden waren, litten mehrere unter depressiven Verstimmungen.

Zwei der Patienten hatten in den neun Jahren einen bzw. zwei Suizidversuche unternommen. Einige weitere Patienten gaben an, zum Teil wiederholt an einen Suizid gedacht zu haben.

Zigarettenkonsum

Die Anzahl der Nichtraucher betrug 23 zum Katamnesezeitpunkt, seit 1992 hatten fünf Patienten das Rauchen aufgegeben, die alle fünf auch abstinent lebten.

Elf Patienten gaben an, nicht mehr als 20 Zigaretten täglich zu rauchen, sechs rauchten mehr als 20 Zigaretten pro Tag. Der prozentuale Anteil an Rauchern unterschied sich in den Gruppen der Abstinente und Rückfälligen nicht. Von 16 Patienten gibt es keine Angaben zum Zigarettenkonsum.

Ein deutlicher Unterschied hinsichtlich der Aufgabe des Rauchens wird beim Vergleich der beiden Gruppen Abstinente und Rückfällige deutlich: Von den Abstinente hatten im Zeitraum seit der Therapie elf Patienten mit Rauchen aufgehört, von den Rückfälligen zwei Patienten.

Medikamente mit Abhängigkeitspotential

13 Patienten gaben an, Schmerzmittel einzunehmen, allerdings war es bei fast allen nur eine gelegentliche Einnahme.

Schlaf- und Beruhigungsmittel (meist Benzodiazepine) wurden von drei Patienten verwendet, sechs Patienten nahmen Antidepressiva ein.

Regelmäßige Einnahme der oben genannten Medikamente, d.h. täglich oder mehr als dreimal pro Woche, lag bei acht Patienten vor, drei Patienten nahmen sie häufig und neun Patienten nur gelegentlich ein. Hinsichtlich der Medikamenteneinnahme gab es keine wesentlichen Unterschiede zwischen abstinenten und rückfälligen Patienten.

Bei einer Patientin waren Anzeichen für eine Medikamentenabhängigkeit vorhanden.

3.1.5 Nachsorge, spätere Behandlung und Anticraving

Stationäre Therapiemaßnahmen

Hier wurde gezielt nach stationären Entgiftungen in Allgemeinkrankenhäusern, nach kurz- bzw. mittelfristigen Entwöhnungstherapien (< sechs Monate) sowie nach Langzeittherapien in Facheinrichtungen gefragt.

Ähnlich wie in der vorhergehenden Befragung ist in diesem Katamnesezeitraum die Inanspruchnahme stationärer Entwöhnungstherapien weiter zurück gegangen, während die Teilnahme an Entgiftungen ein wenig anstieg.

Sieben Patienten führten eine oder auch mehrere (ein Patient sogar 25) Entgiftungen durch. Kurzfristige Entwöhnungstherapien, deren Länge sechs Wochen betrug, wurden von zwei Patienten in Anspruch genommen. Nur ein Patient führte eine mittelfristige Entwöhnung von fünf Monaten durch. Längere Entwöhnungsmaßnahmen nahm kein Patient in Anspruch.

Von den sieben Patienten, die im Katamnesezeitraum an einer stationären Therapie teilgenommen hatten, waren 2001 vier abstinent, einer hatte ein gebessertes Trinkverhalten und zwei tranken ungebessert.

In Abbildung 20 ist die Inanspruchnahme von Therapiemaßnahmen in Bezug auf die im Katamnesezeitraum rückfälligen Patienten angegeben. Fast zwei Drittel der rückfälligen Patienten hatten im gesamten Katamnesezeitraum keine einzige Therapie gemacht. Etwa ein Viertel hatte eine Entgiftung durchgeführt.

In der Darstellung wird auch der Trend zu kürzeren Therapiezeiten deutlich. Eine Entwöhnung über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten wurde von keinem Patienten in Anspruch genommen.

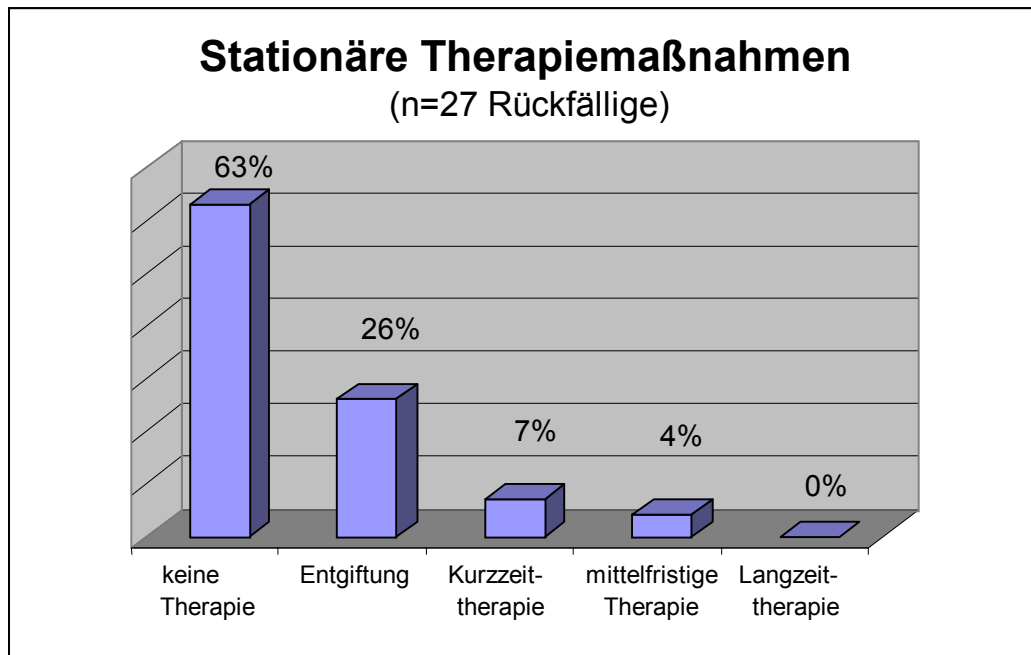


Abbildung 20: Stationäre Therapiemaßnahmen

Selbsthilfegruppen

Der Besuch der Selbsthilfegruppen (SHG) im Jahr vor der Befragung ist im Vergleich zu der vorigen Katamnese wieder etwas angestiegen. 1992 hatten fünf Patienten regelmäßig an einer SHG teilgenommen, vier Patienten unregelmäßig. Bei der jetzigen Befragung besuchten zehn Patienten im Jahr vor der Befragung regelmäßig eine Selbsthilfegruppe, ein Patient kam unregelmäßig zu den Treffen. 37 Patienten hatten im Jahr vor dem Interview nie eine Selbsthilfegruppe besucht.

Die von einer kleinen Patientengruppe nach Beendigung ihrer ambulanten Therapie gegründete Selbsthilfegruppe bestand immer noch und zwei der Patienten nahmen noch regelmäßig teil. Eine weitere Person beteiligte sich schon seit über 15 Jahren mehrmals die Woche an Selbsthilfegruppentreffen,

war auch oft im Ausland, um dort Selbsthilfegruppen zu besuchen und wertvolle Impulse für sich selbst und für die Gruppen in Deutschland zu erhalten.

Für viele stellte die Gruppe einen wichtigen Bestandteil ihrer sozialen Kontakte dar, und sie nahmen auch die Möglichkeit wahr, ihre Erfahrungen weiterzugeben. Alle betonten auch, dass die Gruppe sie in ihrer Abstinenz entscheidend unterstützte und ihnen half, das Problembewusstsein zu erhalten.

Elf Patienten bezeichneten die Selbsthilfegruppe als eine „sehr große dauerhafte Hilfe“, für einen Patienten bedeutete sie eine „Hilfe, besonders nach erneuter Kur“, vier empfanden die SHG „prinzipiell als positiv“.

Von den Patienten, die im Jahr vor der Befragung eine SHG besucht hatten, waren neun abstinent und jeweils ein Patient gebessert bzw. ungebessert trinkend. Somit hatten in diesem Zeitraum 27% der abstinenten Patienten und 13% der rückfälligen Patienten an einer SHG teilgenommen.

Der Anteil der abstinenten Patienten unter den Personen, die im vor der Katamnese eine SHG besucht hatten, lag mit 82% deutlich höher als der Anteil von 65% Abstinenten bei den Patienten, die keine SHG besucht hatten.

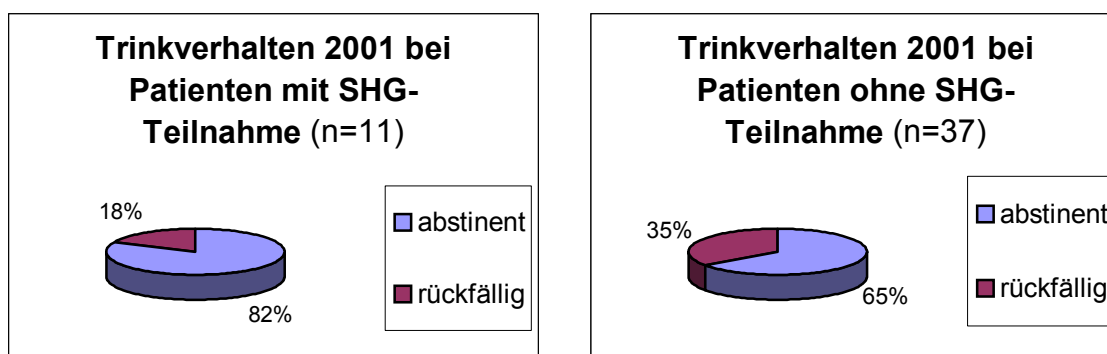


Abbildung 21: Vergleich Trinkverhalten bei Patienten mit oder ohne SHG-Teilnahme

Sonstige ambulante Hilfsangebote

Wie schon in den vorhergehenden Katamnesen, nutzten relativ wenige Patienten das Angebot von ambulanten Einrichtungen. Im Jahr vor der Befragung hatten drei Patienten wegen ihren Abhängigkeitsproblemen

ambulante Kontakte mit einer psychosozialen Beratungsstelle, drei Patienten suchten einen niedergelassenen Psychotherapeuten auf und zwei einen niedergelassenen Arzt.

Wegen sonstigen, nicht suchtbefugten, psychischen Problemen suchten zwei Patienten Hilfe bei einer psychosozialen Beratungsstelle, ein Patient bei einem niedergelassenen Arzt und sieben Patienten gingen zu einem niedergelassenen Psychotherapeuten.

Die Hilfe durch ambulante Beratungsstellen beurteilten zwei Patienten als „sehr groß“, und je einer als „Hilfe in Krisenzeiten“ bzw. „prinzipiell positiv“.

Der Hausarzt stellte für die meisten Patienten den wichtigsten Ansprechpartner dar, und fast alle empfanden den Kontakt als gute Unterstützung in ihrer Abstinenz. Sechs Patienten gaben sogar an, die Gespräche mit dem Hausarzt als „sehr große dauerhafte Hilfe“ einzuschätzen.

Anticravingsubstanzen

Von den rückfälligen Patienten nahmen drei Patienten über einen Zeitraum von einigen Monaten Anticravingsubstanzen ein (vgl. 1.3.4).

Zwei der Patienten waren mit der Wirkung sehr zufrieden, es hatte sie in ihrer Abstinenz unterstützt, wobei einer der beiden auch in dieser Zeit rückfällig wurde. Eine Patientin war mit der Wirkung unzufrieden. Nach ihrer Aussage ging es ihr in dieser Zeit eher schlechter.

3.1.6 Trinkverhalten

Um das Trinkverhalten zu beurteilen wurde nach der Rückfälligkeit und dem Trinkverhalten im Zeitraum seit der letzten Katamnese gefragt. Diese Angaben ermöglichten unter anderem die Beschreibung von individuellen Langzeitverläufen (vgl. 3.3). Für die Zuordnung der Patienten zu den Trinkkategorien „abstinente“, „gebessert“ und „nicht gebessert“ war das Trinkverhalten in den zwölf Monaten vor der Befragung bzw. in den zwölf Monaten vor dem Tod entscheidend.

Trinkverhalten im Jahr vor der Befragung

Die Trinkkategorien wurden angelehnt an die Definition von Kufner et al. (1986) und übereinstimmend mit der letzten Katamnese folgendermaßen eingeteilt:

Als „**abstinent**“ gilt eine Person, wenn sie in den zwölf Monaten vor der Befragung keinen Alkohol zu sich genommen oder höchstens einen Rückfall von weniger als einer Woche Dauer gehabt hat. Zeichen der Abhängigkeitsverschiebung (z.B. auf Medikamente) dürfen nicht vorliegen.

Als „**gebessert**“ gilt eine Person, wenn sie in zwölf Monaten nie mehr als 60g reinen Alkohol (Männer) oder 30g (Frauen) pro Tag zu sich genommen hat oder mindestens sechs von zwölf Monaten abstinent war.

Als „**nicht gebessert**“ werden alle gewertet, die in mindestens einem Punkt die oben genannten Bedingungen nicht erfüllen.

Bei Anwendung der oben genannten Definitionen konnten von der befragten Gruppe 33 Patienten als „abstinent“ gewertet werden (Abb.22). Darunter waren auch drei Patienten, die im Jahr vor der Befragung einen einmaligen eintägigen leichten Rückfall hatten (sie hatten zum Beispiel an einem Fest ein halbes Glas Sekt getrunken), aber sonst abstinent lebten. Alle anderen hatten keinen Rückfall, waren also „total“ abstinent.

Zur Kategorie „gebessert“ konnten acht Patienten zugeordnet werden (Abb.22). Da in der Literatur diese Kategorie verschieden definiert wird, wird das Trinkverhalten dieser Patienten genauer beschrieben.

Drei Patienten tranken ausschließlich alkoholfreies Bier mit einer Häufigkeit, die von viermal im Jahr über jeden zweiten Tag bis zu einmal am Tag ein alkoholfreies Bier (vier Gramm Alkohol) reichte.

Ein Patient trank abends ein Glas Most, aber diese Menge hatte sich seit drei Jahren nicht gesteigert. Zwei Patienten waren seit mehr als sechs Monaten abstinent. Einer der beiden hatte acht Monate zuvor einen Schlaganfall erlitten,

war nun gelähmt und wurde von seiner Frau versorgt, die ihm keinen Alkohol mehr gab.

Eine Patientin hatte im Jahr vor der Befragung dreimal einige Tage einen schweren Rückfall mit Rausch gehabt, lebte aber sonst abstinent. Ein weiterer Patient war zweimal etwa einen Monat rückfällig geworden.

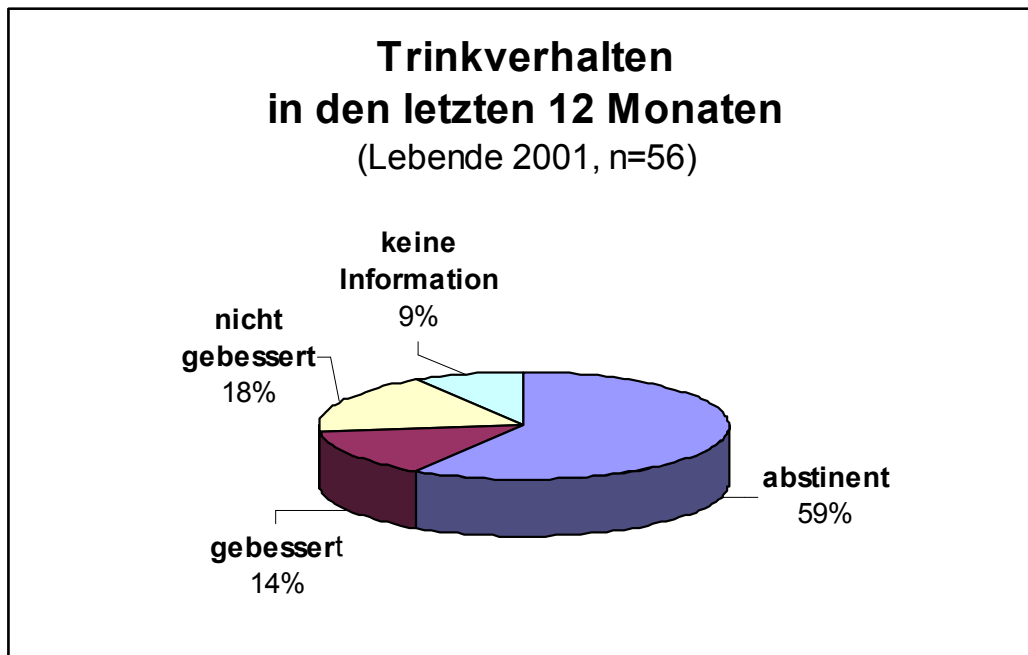


Abbildung 22: Trinkverhalten in den letzten 12 Monaten

Auch bei den als „nicht gebessert“ zugeordneten zehn Patienten zeigten sich deutliche Unterschiede im Trinkverhalten. Eine Patientin war in Bezug auf ihren Alkoholkonsum „abstinent“ mit nur einem eintägigen Rückfall, aber musste aufgrund ihrer Medikamentenabhängigkeit als „nicht gebessert“ gewertet werden.

Eine andere Patientin war seit der Therapie 24 Jahre lang abstinent und war erst im Jahr vor der Befragung mehr als sechs Monate lang rückfällig geworden. Zwei Patienten hatten einige Wochen vor der Befragung eine Therapie gemacht und waren seither abstinent, hatten aber zuvor dauerhaft getrunken. Die übrigen Patienten hatten entweder keine oder höchstens wochenweise Abstinenzzeiten.

Ein Patient trank häufig, sieben Patienten gelegentlich bis zum Rausch. Eine Steigerung ihrer Trinkmenge im Verlauf des letzten Jahres hatten zwei Patienten festgestellt, fünf Patienten hatten in dieser Zeit einen Kontrollverlust erlebt. Von leichten Entzugserscheinungen sprachen drei Patienten, von schweren berichteten zwei Patienten. Keiner der Patienten hatte einen Krampfanfall oder ein Delir gehabt.

Bewertet man die Ergebnisse konservativ, d.h. unter Einbeziehung aller 96 Patienten der Stichprobe (einschließlich der nicht aufgefundenen Personen und der Verstorbenen), so ergibt sich folgende Verteilung:

Abstinenz:	33 Patienten	(34%)
Gebessert:	8 Patienten	(8%)
Nicht gebessert:	15 Patienten	(16%)
Verstorben:	40 Patienten	(41%)

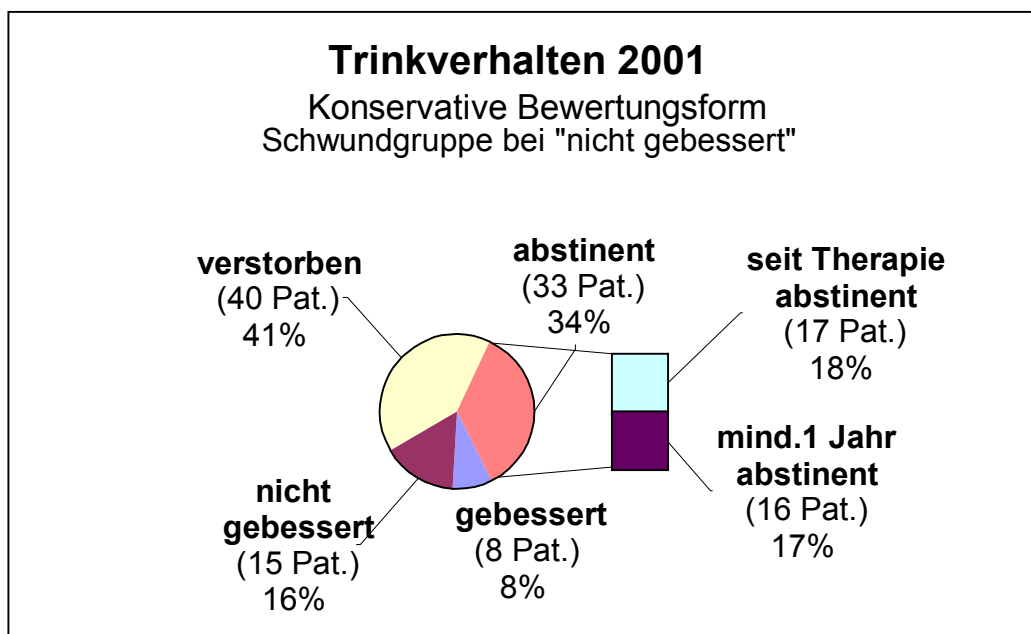


Abbildung 23: Trinkverhalten 2001

Interessant ist auch eine Betrachtung der 13 Personen, die bei der letzten Befragung nicht auffindbar waren, bzw. ein Interview abgelehnt hatten. Drei von

ihnen konnten auch bei der jetzigen Katamnese nicht aufgefunden werden. Drei Personen waren verstorben (eine Person abstinent, eine trinkend, einmal konnte keine Information ermittelt werden). Bei der jetzigen Befragung hatten zwei Patienten ein nicht gebessertes, ein Patient ein gebessertes Trinkverhalten, und vier Patienten waren abstinent. Zwei dieser Abstinenten lebten schon seit der Therapie abstinent.

Trinkverhalten der Therapieabbrecher

Sechs Patienten hatten die Therapie im Einverständnis mit den Therapeuten gekürzt. Von ihnen waren drei verstorben (zwei waren vor ihrem Tod abstinent), einer trank ungebessert und zwei lebten abstinent.

Weitere sechs Patienten hatten die Therapie abgebrochen. Drei von ihnen waren verstorben, und jeweils einer trank gebessert bzw. ungebessert, und ein Patient lebte abstinent.

Alle drei Patienten, die aus disziplinarischen Gründen entlassen worden waren, waren mittlerweile verstorben.

Rückfälligkeit seit der letzten Befragung 1992

Im Zeitraum seit der letzten Katamneseerhebung 1992 lebten 24 Patienten abstinent, und 27 Patienten waren rückfällig. Vier Patienten hatten allerdings höchstens einen Rückfall im Jahr von weniger als einer Woche und lebten sonst abstinent. Vier Patienten tranken gelegentlich sehr geringe Mengen Alkohol, ein Patient hatte Rückfälle, die weniger als einen Monat dauerten. Acht Patienten hatten immer wieder längere Rückfälle, waren aber in der Zwischenzeit monatelang abstinent. Zwei Patienten hatten nur kürzere wochenweise Abstinenzzeiten und acht Patienten tranken dauerhaft.

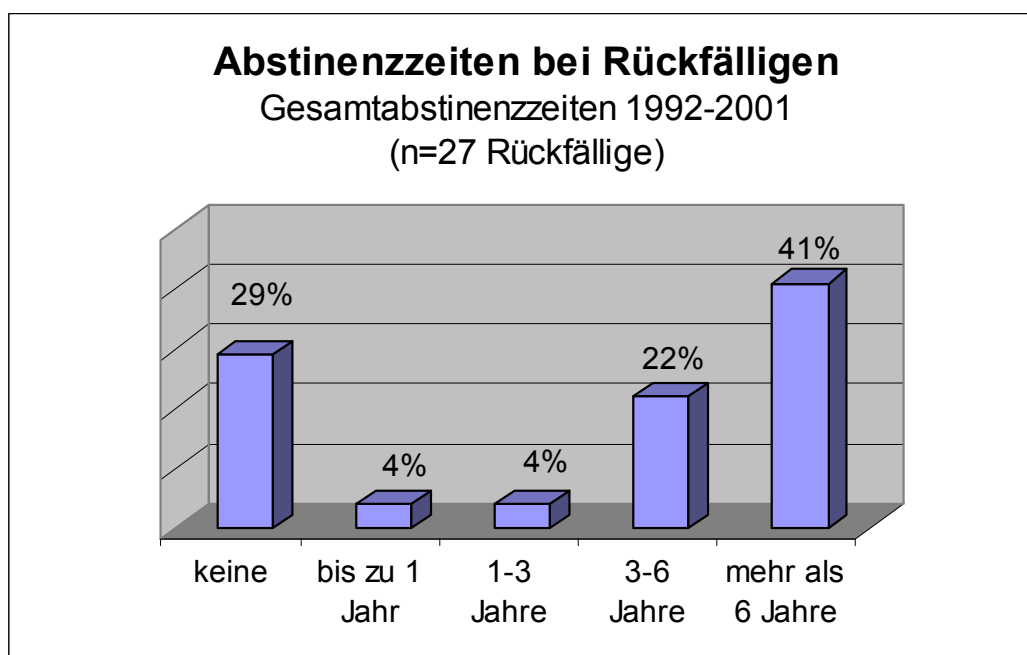


Abbildung 24: Abstinenzzeiten bei Rückfälligen

Mehr als ein Drittel der Rückfälligen hatte Abstinenzzeiten von insgesamt mehr als sechs Jahren innerhalb des Katamnesezeitraums von neun Jahren (Abb. 24). Ungefähr ein Viertel aller Rückfälligen trank dauerhaft, hatte also überhaupt keine Abstinenzzeiten.

Als Auslöser für Rückfälle nannten neun Patienten den Wunsch, kontrolliert zu trinken, sechs gaben psychisches Missbefinden und drei gaben Partnerschaftsprobleme als mit auslösenden Faktor für Rückfälle an. Drei weitere hatten eine Einladung nicht abschlagen können. Nach einem Rückfall hatten sechs Patienten eine stationäre Therapie gemacht, drei eine ambulante Behandlung und sechzehn Patienten gaben an, den Rückfall von sich aus beendet zu haben.

Viele Patienten machten Angaben zu Faktoren, die ihnen geholfen hatten, abstinent zu leben bzw. das Trinkverhalten zu bessern. Hierbei waren Mehrfachnennungen möglich. Die eigene Person bzw. der eigene Wille sowie die Partnerbeziehung wurden je 22 Mal genannt. 18 Nennungen fielen auf stationäre Therapien, zehn auf die Familie und acht gaben Selbsthilfegruppen als eine der größten Hilfen an.

Abstinenzzeiten und Rückfälligkeit seit der Therapie 1976

Seit der Therapie dauerhaft abstinent waren 17 Patienten. Auch fünf der verstorbenen Patienten waren von der Therapie bis zu ihrem Todeszeitpunkt abstinent gewesen (darunter drei über 20 Jahre lang).

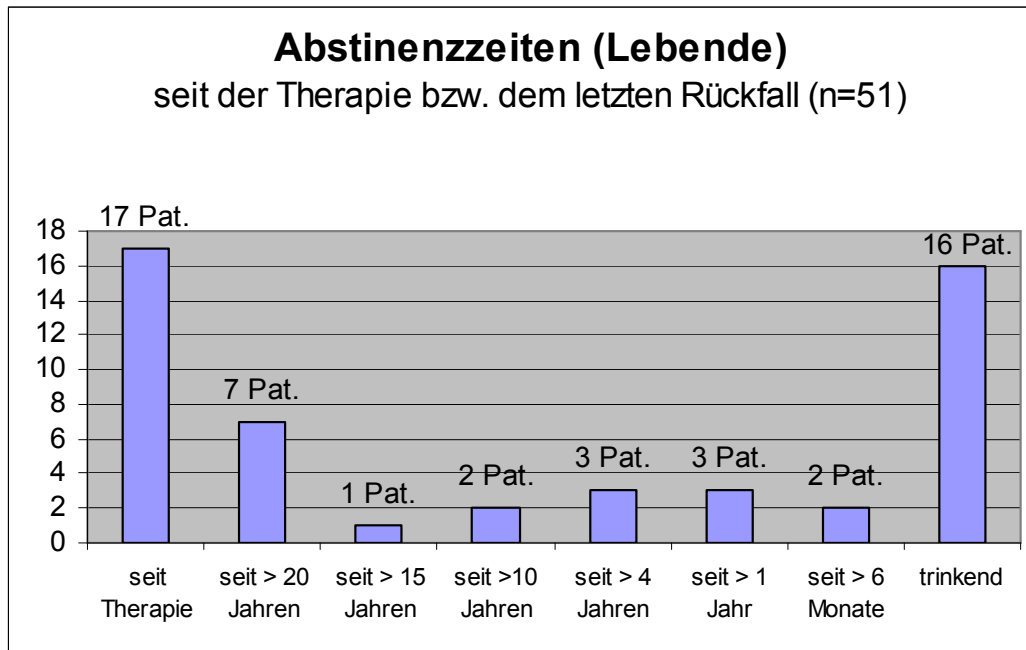


Abbildung 25: Abstinenzzeiten (Lebende)

Von den 16 als abstinent gewerteten Patienten, die zwischenzeitlich einen Rückfall hatten, lebten sieben seit mindestens 20 Jahren und drei seit mindestens zehn Jahren abstinent.

Erster Rückfall

Die Anzahl der ersten Rückfälle nahm in den letzten beiden Katamnesezeiträumen im Vergleich zu den ersten Jahren ab (Tabelle 2).

Die meisten rückfälligen Patienten hatten ihren ersten Rückfall innerhalb der ersten zwei Jahre nach Therapie. Doch selbst nach Jahren der Abstinenz treten noch Rückfälle auf. In dieser Katamnese hatte eine Patientin nach 24 Jahren Abstinenz einen Rückfall von mehr als zehn Monaten.

Jahr	ANZAHL PATIENTEN MIT ERSTEM RÜCKFALL
1976	43
1977	13
1978	6
1979 - 1980	3
1981 - 1984	2
1985 - 1988	2
1989 - 1992	1
1993 - 1996	0
1997 - 2001	1

Tabelle 2: Erster Rückfall

Die Gruppe der seit der Therapie abstinenten Personen wird mit jedem weiteren ersten Rückfall eines Patienten kleiner.

Aus diesem Grund zeigt die folgende Abbildung 26 den prozentualen Anteil der erstmals rückfällig gewordenen Patienten an der Gruppe von Patienten, die seit der Therapie bis zum jeweiligen Zeitpunkt noch keinen Rückfall hatten.

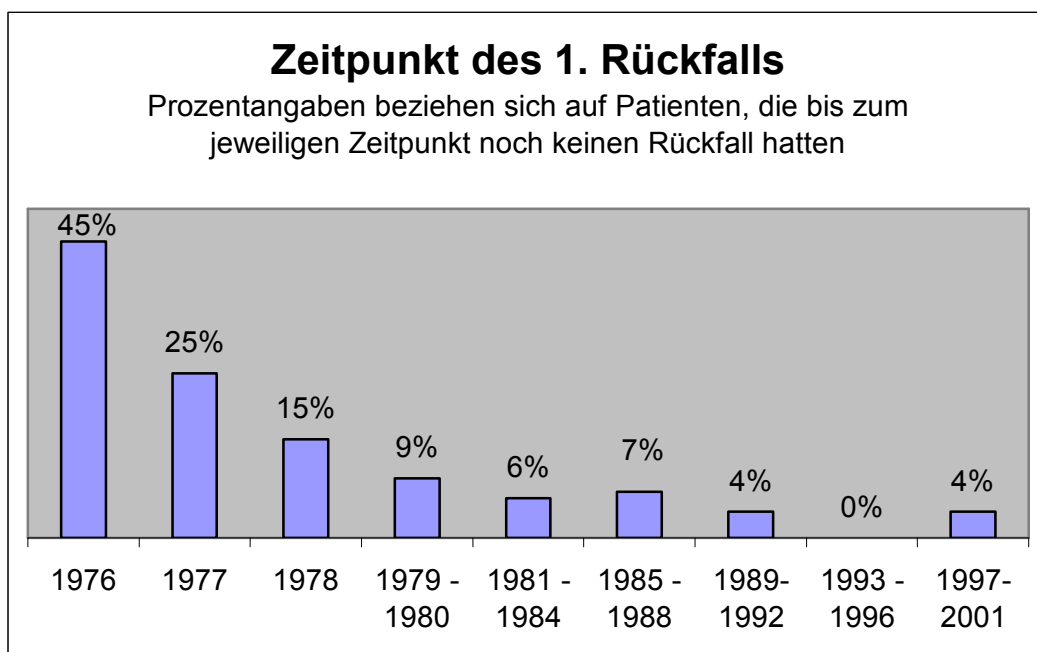


Abbildung 26: Zeitpunkt des 1. Rückfalls

Trinkverhalten bei Verstorbenen und Lebenden

Bei einem Vergleich des Trinkverhaltens aller bisher Verstorbenen mit den zum Katamnesezeitpunkt Lebenden, beträgt der Anteil der im Jahr vor ihrem Tod Abstinente 27,5%, und der Anteil an Abstinente bei den Lebenden 59%. Über die Hälfte der Verstorbenen war im Jahr vor ihrem Tod rückfällig (Abb.27).

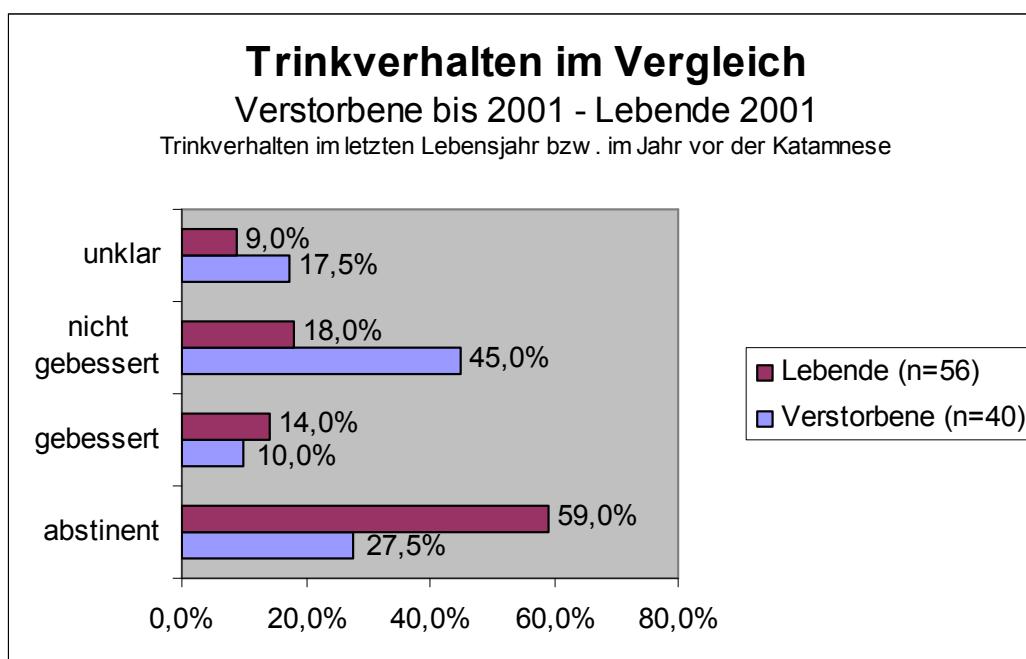


Abbildung 27: Trinkverhalten Verstorbene und Lebende im Vergleich

Bei einer statistischen Auswertung mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests zeigt sich ein nicht gebessertes Trinkverhalten als signifikanter Prädiktor für eine höhere Sterblichkeit (Tabelle 3).

		Abstinente	Rückfällige	N	X ²	p	F
Mortalität und Trinkverhalten bis zum Jahr 2001	Verstorbene	11	22	84	16,8	0,00004	1
	Lebende	33	18				

Tabelle 3: Mortalität und jetziges Trinkverhalten bzw. Trinkverhalten vor dem Tod

3.2 Vergleich der Zwei-, Fünf-, Zehn-, 16- und 25-Jahres-Katamnesen

Im Folgenden soll der Verlauf der Patientengruppe über fünf Katamnesezeitpunkte dargestellt werden. Ein direkter Vergleich ist aufgrund der teils unterschiedlichen Fragestellungen und der unterschiedlichen Stichprobengröße (Verstorbene, abgelehnte Gespräche, nicht aufgefundene oder nicht einzuordnende Patienten) nicht für alle Punkte problemlos möglich. Dennoch können die wesentlichen Bereiche in einem Vergleich beschrieben und dargestellt werden.

3.2.1 Interviewprotokoll

Im Vergleich zur Voruntersuchung (Schäfer, 1996) nahm der Anteil an persönlich oder telefonisch interviewten Patienten etwas zu, lag aber noch unter dem von Längle (1990).

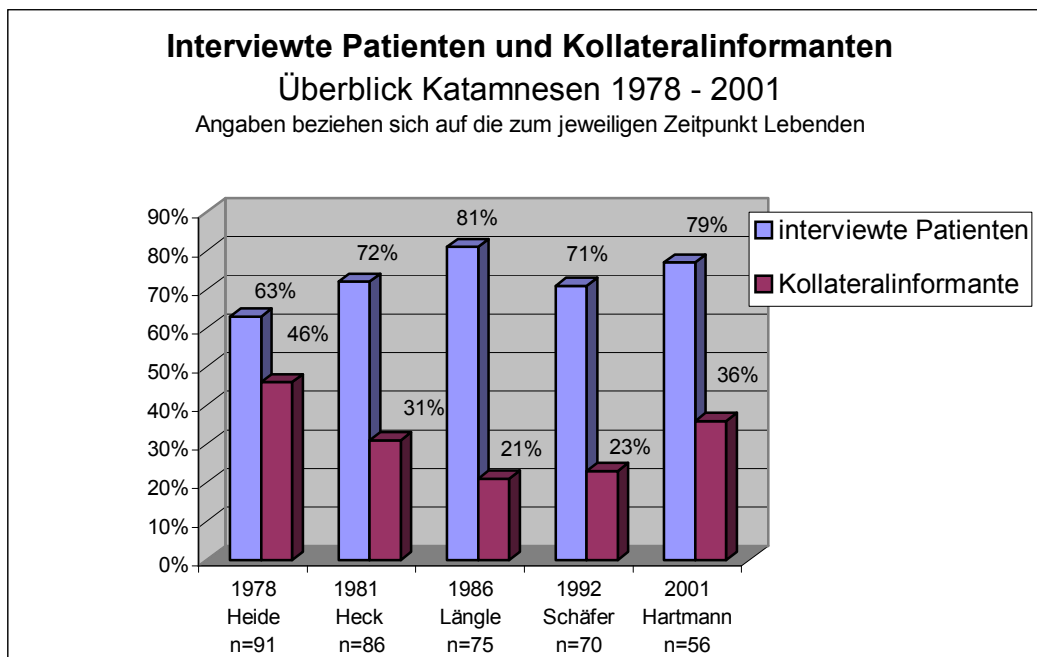


Abbildung 28: Interviewte Patienten bzw. Kollateralinformanten

Von Heide (1985) wurden 58 Patienten interviewt, von Heck (1987) 62 und von Längle (1990) 61 Patienten. Schäfer (1996) befragte bei ihrer Untersuchung 50 Patienten. Bei der jetzigen Katamnese wurden 44 Patienten interviewt. Zusätzlich gaben bei Längle (1990), Schäfer (1996) und auch bei der aktuellen Befragung jeweils zwei Patienten schriftliche Auskunft.

Der Anteil an zusätzlich zum Gespräch mit dem Patienten befragten Kollateralinformanten stieg ebenfalls ein wenig an.

3.2.2 Stationäre Therapiemaßnahmen

In Abbildung 29 wird die Inanspruchnahme stationärer Therapien über den Verlauf der letzten 25 Jahre aufgezeigt. Dabei wurden drei Therapieformen unterschieden: die Entgiftung, die kurzzeitige Entwöhnungstherapie (kürzer als sechs Monate) und die Langzeittherapie (mindestens sechs Monate).

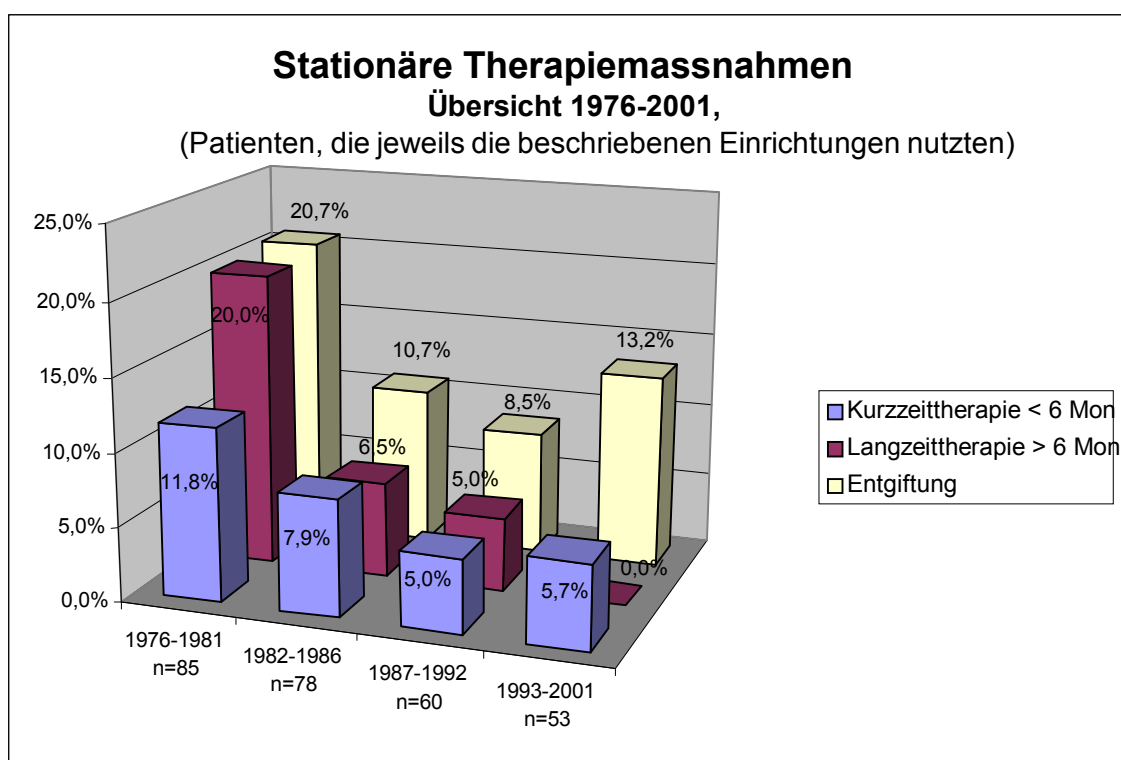


Abbildung 29: Stationäre Therapiemaßnahmen

Die Prozentzahlen geben den Anteil der Patienten an, die eine derartige Therapie in Anspruch nahmen, bezogen auf die Zahl der Patienten, über die zum jeweiligen Katamnesezeitpunkt Information zu diesem Bereich vorlagen.

Auch Personen, die im Zeitraum vor der jeweiligen Katamnese verstarben, sind in die Berechnung einbezogen.

Während im Verlauf der früheren Katamnesen die Patientenzahlen, die eine Kurzzeittherapie oder eine Entgiftung gemacht hatten, eher rückläufig waren, zeigte sich 2001 ein erneuter Anstieg.

3.2.3 Verstorbene

In den Katamnesezeiträumen bis 1992 lebte die Mehrheit der verstorbenen Patienten im Jahr vor ihrem Tod nicht abstinent (Tabelle 4).

Zwischen 1992 und 2001 ist ein verändertes Verhältnis zu erkennen, denn die Hälfte der Verstorbenen war im Jahr vor ihrem Tod abstinent. Vier verstorbene Patienten waren sogar seit der Therapie bis zu ihrem Tod abstinent geblieben.

	1978	1981	1986	1992	2001
abstinent	0	1	2	1	7
gebessert	2	0	0	0	2
nicht gebessert	3	4	8	2	1
unklar	0	0	1	2	4
Verstorbene insgesamt	5	5	11	5	14

Tabelle 4: Trinkverhalten der Verstorbenen im Jahr vor ihrem Tod

3.2.4 Trinkverhalten

Der entscheidende Bereich zur Bewertung des Verlaufes der Patientengruppe ist die Beschreibung des Trinkverhaltens über fünf Katamnesezeitpunkte. Dabei wurden die oben beschriebenen Kategorien „abstinent“, „gebessert“ und „nicht

gebessert (trinkend)“ eingesetzt, um die Zuordnung möglichst kongruent zu den vorherigen Untersuchungen zu gestalten.

Die 1992 abstinent gewerteten Patienten waren bis auf drei weiterhin abstinent geblieben. Aus dieser Gruppe waren allerdings im Katamnesezeitraum zehn Patienten verstorben. Auch die Gruppe der seit der Therapie abstinenten Patienten hatte sich kaum verändert. Eine Patientin war rückfällig geworden, vier Patienten waren abstinent verstorben, daher hatte sich die Anzahl der seit der Therapie Abstinente von 22 Patienten 1992 auf 17 im Jahr 2001 verringert. Zwei dieser Patienten hatten 1992 nicht am Interview teilgenommen, aber bei der jetzigen Katamnese zeigte sich, dass sie keinen Rückfall seit der Therapie gehabt hatten.

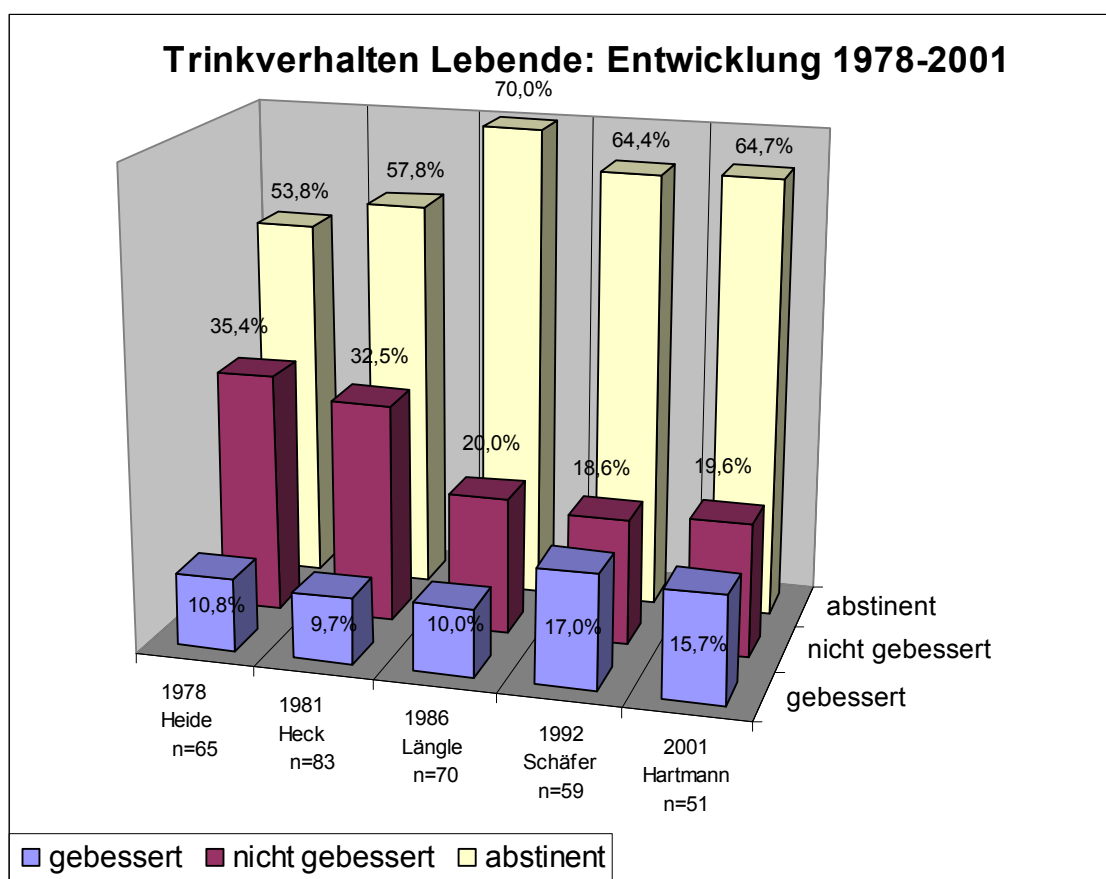


Abbildung 30: Trinkverhalten Lebende: Entwicklung 1978 - 2001

Unverändert gegenüber 1992 war der Anteil der Abstinenten an den befragten Personen. Er war etwas geringer als 1986, lag aber über den Werten der Zwei- bzw. Fünf-Jahres-Katamnesen (Abb. 30).

Fasst man die Gruppe der „gebesserten“ und der „nicht gebesserten“ Patienten zusammen zu einer Gruppe „Rückfällige“, so ist der Anteil dieser Gruppe an den Befragten mit 35% unverändert zu der Katamnese 1992, aber im Vergleich zu 46% Rückfälligen 1978 bzw. 42% im Jahr 1981 deutlich zurückgegangen.

Auch bei den gebesserten Patienten können die Ergebnisse von 1992 bestätigt werden, es kam nur zu einer leichten Abnahme. Bei den Katamnesen vor 1992 lagen die Werte deutlich niedriger. Dabei ist zu beachten, dass seit der Katamnese von Schäfer (1996) Patienten mit Konsum von alkoholarmem Bier als „gebessert“ eingeordnet wurden. Zuvor war der Konsum von alkoholarmem Bier nicht berücksichtigt worden.

Der Anteil an „nicht gebesserten“ Patienten ist seit 1986 mit etwa 20% relativ konstant, war in den Katamnesen 1978 mit 35% und 1981 mit 32% höher gewesen (Abb. 30).

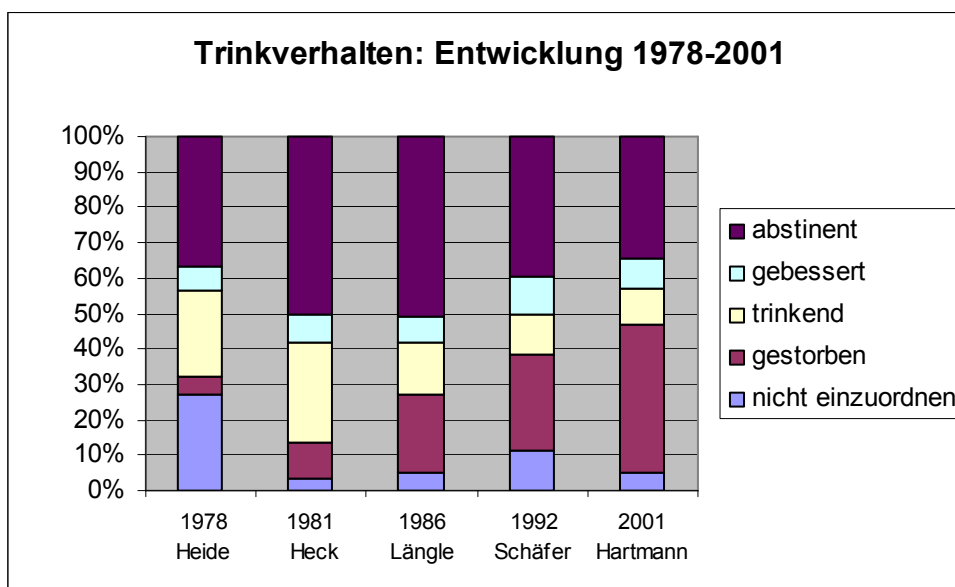


Abbildung 31: Trinkverhalten: Entwicklung 1978 -2002

Betrachtet man in Abbildung 31 die Entwicklung der gesamten Gruppe der 96 Patienten, so nahm 2001 der Anteil der verstorbenen Patienten deutlich zu.

Im Vergleich zur vorhergehenden Untersuchung ging der Anteil an nicht einzuordnenden Patienten zurück und stimmte mit dem Wert von 1986 überein.

Im Flussdiagramm (Abb. 32) lassen sich sehr gut Veränderungen innerhalb der einzelnen Kategorien zwischen jeweils zwei Katamnesezeitpunkten beobachten.

Bei der Gruppe der Abstinente zeigen sich relative wenige Veränderungen über den gesamten Zeitraum hinweg, was für die Stabilität dieser Gruppe spricht. Eine Patientin war rückfällig geworden, ein Patient war nicht auffindbar ins Ausland verzogen. Ein bei der jetzigen Katamnese gebessert gewerteter Patient war nach Rückfälligkeit seit einigen Monaten abstinent.

Auffallend ist die hohe Zahl der abstinent Verstorbenen in diesem Katamnesezeitraum.

Die Zusammensetzung der Gruppe der „Gebesserten“ hatte in den früheren Katamnesezeiträumen stark gewechselt und war zwischen 1992 und 2001 erstmals etwas konstanter geblieben. Ein Patient dieser Gruppe von 1992 hatte zwischenzeitlich eine stationäre Therapie gemacht und war 2001 abstinent. Drei Patienten wurden 2001 als „nicht gebessert“ gewertet, da sie ihren Alkoholkonsum wieder gesteigert hatten.

Zwei Patienten, die 2001 zur Gruppe der „Gebesserten“ neu hinzukamen, waren 1992 „ungebessert trinkend“. Einer von ihnen konnte aufgrund einer neu aufgetretenen Pflegebedürftigkeit seinen Alkoholkonsum nicht mehr selbst bestimmen.

In der Gruppe der „nicht gebesserten“/ nicht einzuordnenden Patienten gab es die größte Verschiebung zwischen den ersten beiden Katamnesen. Hierbei wechselten 19 Personen von „nicht gebessert“ zu „abstinent“. Davon abgesehen war auch diese Gruppe relativ konstant, mindestens zehn Personen waren jeweils unverändert im Vergleich zur vorherigen Untersuchung. Im letzten Katamnesezeitraum wechselten sieben Personen zur Gruppe der „Abstinenten“. Vier dieser Patienten waren 1992 nicht einzuordnen, da sie das Gespräch abgelehnt hatten. Zwei Patienten hatten im Katamnesezeitraum eine stationäre Therapie absolviert und lebten seither abstinent.

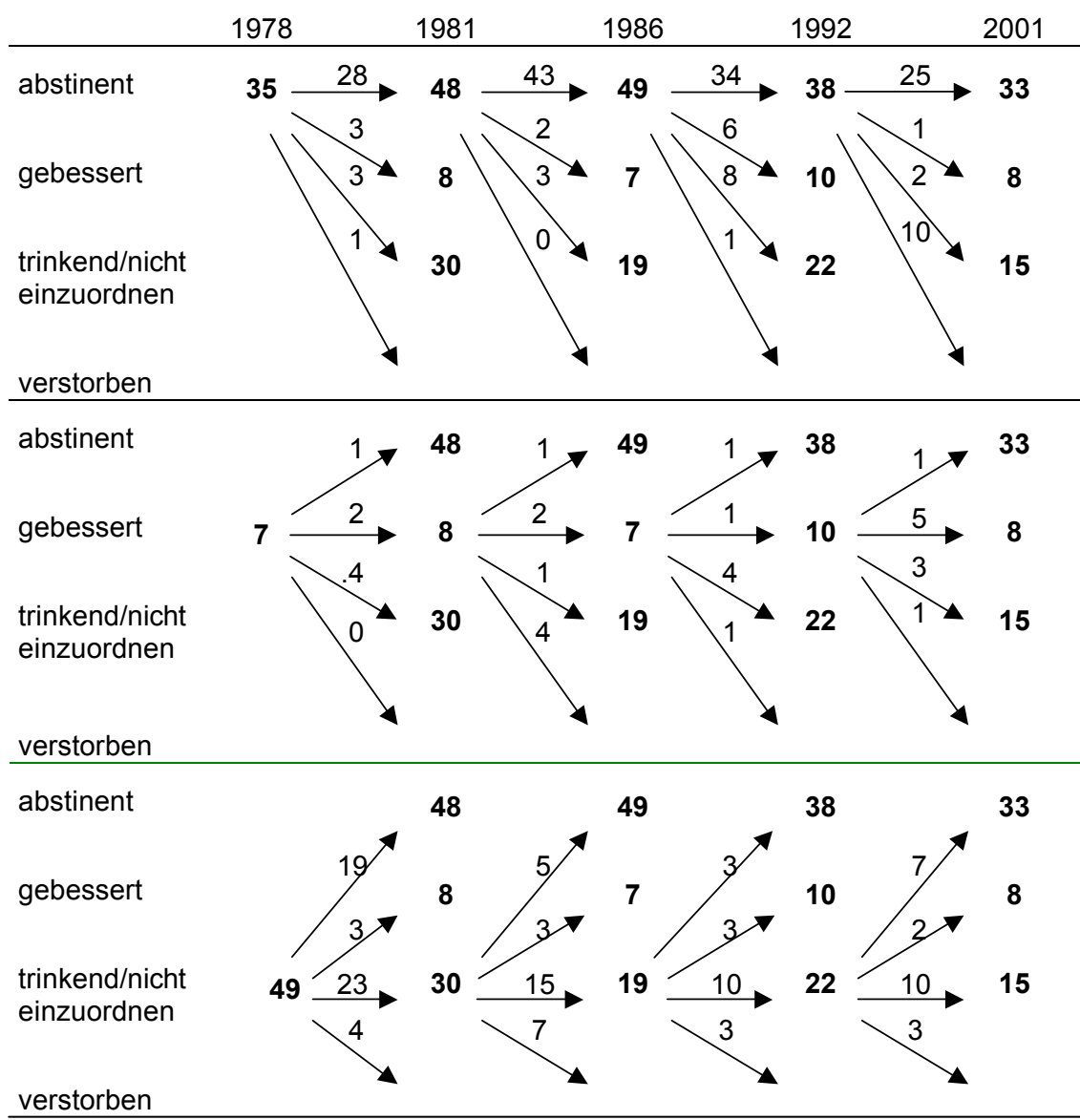


Abbildung 32: Flussdiagramm Trinkverhalten 1978 - 2001

Ein weiterer interessanter Punkt ist der Verlauf von Patienten, die in den ersten beiden Jahren nach Therapie rückfällig wurden. Von diesen 26 Patienten, die 2001 noch lebten, konnten 14 als „abstinent“ gewertet werden, sieben waren seit über 20 Jahren abstinent, drei seit über zehn Jahren. Zwölf Patienten waren trinkend, sieben von ihnen „gebessert“ und fünf „nicht gebessert“. Bei einer statistischen Auswertung mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests lässt sich kein signifikant negativer Einfluss auf das Trinkverhalten bei der jetzigen Katamnese nachweisen (Tabelle 5).

		Abstinente	Rückfällige	N	X ²	p	F
Jahr des 1. Rückfalls	1976-1978	14	12	33	1,41	0,24	1
	1979-2001	2	5				

Tabelle 5: Zeitpunkt des ersten Rückfalls und jetziges Trinkverhalten

Beobachtet man diese Entwicklung, kann man sehen, dass Rückfälle in der ersten Zeit nicht unbedingt einen negativen Einfluss auf die längerfristige Prognose haben.

3.3 Zusammenhänge des Trinkverhaltens und anderen Variablen

Mit dem Chi-Quadrat-Test wurden Zusammenhänge zwischen dem Trinkverhalten zum Zeitpunkt der Katamnese und weiteren Variablen auf ihre Zufälligkeit hin untersucht. Das Signifikanzniveau wurde bei $p = 0,05$ festgelegt. Es erfolgte ein Vergleich der in den zwölf Monaten vor der Befragung abstinenten und rückfälligen Personen bezüglich Prognosefaktoren zum Zeitpunkt der Therapie sowie Variablen zum Katamnesezeitpunkt (s. 8.3).

3.3.1 Variablen der jetzigen bzw. vorheriger Katamnesen und Trinkverhalten

Für die subjektive Einschätzung der psychischen Situation konnte ein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. Rückfällige beschrieben ihre psychische Situation häufiger als Abstinente als schlecht ($p = 0,02$). In den neun Jahren vor der Katamnese wurden ambulante Angebote aufgrund der Alkoholabhängigkeit von zum Katamnesezeitpunkt Rückfälligen signifikant häufiger in Anspruch genommen ($p = 0,04$). Während in allen vorherigen Katamnesen ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Gesamteinschätzung der beruflichen Situation und dem Trinkverhalten nachgewiesen werden konnte, war dies zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Dabei muss

allerdings die wesentlich geringere Anzahl der noch berufstätigen Personen berücksichtigt werden.

Für die weiteren Variablen zum jetzigen Katamnesezeitpunkt konnten keine statistischen Zusammenhänge ermittelt werden.

Das in den Katamnesen seit 1981 ermittelte Trinkverhalten korrelierte signifikant mit dem Trinkverhalten der Patienten im Jahr vor der jetzigen Katamnese (vgl. 8.3.3). Zwischen dem Trinkverhalten im Jahr 1978 und dem jetzigen Trinkverhalten ließ sich kein signifikanter Zusammenhang ermitteln. Viele der zum damaligen Zeitpunkt Rückfälligen wurden im Verlauf abstinent, einige damals Abstinente erlitten zu einem späteren Zeitpunkt ihren Rückfall.

3.3.2 Prognosevariablen der Aufnahme- bzw. Entlassungserhebung

Als Prognosevariablen gelten bestimmte Merkmale, die zu Beginn und im Verlauf der Therapie erhoben wurden, und denen man eine prognostische Bedeutung für einen erfolgreichen Verlauf zuschreibt. Während Heide (1985) für sieben dieser Variablen einen signifikanten, positiven Zusammenhang nachweisen konnte (beispielweise Alter bei Aufnahme zwischen 30 und 40 Jahre, Teilnahme von Angehörigen an der Therapie, reguläre Therapiebeendigung, regelmäßiger Besuch der ambulanten Sitzungen), ergab sich bei Heck (1987) für drei Variablen (Alter, Wohngemeinschaft mit Ehepartner, Besuch von mehr als 75% der ambulanten Sitzungen) und bei Längle (1990) für eine Variable (Alter zwischen 30 und 40 Jahre) ein signifikanter Zusammenhang. In der vorliegenden Katamnese und auch bereits in der vorherigen Untersuchung durch Schäfer (1996) konnte kein signifikanter Zusammenhang für folgende Prognosefaktoren mit den Erfolgskriterien nachgewiesen werden (vgl. 8.3.2):

Geschlecht, Familienstand, Schulbildung, Ausübung eines Alkoholrisikoberufs, beruflicher Abstieg, Arbeitslosigkeit, Vorstrafen, Alter bei Beginn des Alkoholismus, Alter bei Therapieaufnahme, Alkoholismustyp (nach Jellinek, 1960), Dauer der Alkoholabhängigkeit, Vorbehandlungen, Mehrfachabhängigkeiten, Rückfälle während der Kur, reguläre Therapiebeendigung,

Teilnahme von Angehörigen an den Treffen, Teilnahme an ambulanten Sitzungen.

Bei der Berechnung wurden nur die zum Katamnesezeitpunkt Lebenden miteinbezogen.

Ein zu berücksichtigender Faktor ist die geringere Anzahl der zum Zeitpunkt der Katamnese lebenden und somit zu befragenden Patienten.

3.4 Falldarstellungen anhand der Life-Chart-Methode

Obwohl sich die Gruppen von Patienten mit vergleichbarem Trinkverhalten anteilmäßig im Vergleich zu den Voruntersuchungen kaum verändert hatten, hatte es jedoch bei den einzelnen Patienten deutliche Veränderungen des Trinkverhaltens gegeben. Um den Verlauf einzelner Patienten bzw. Patientengruppen über den gesamten Zeitraum zu betrachten, wurde ihre Entwicklung anhand der Life-Chart-Methode beschrieben.

Durch die Darstellung von Beispielen werden sowohl typische Fälle der unten genannten Gruppen beschrieben als auch Patienten mit außergewöhnlichen Verläufen.

Durch die zusätzliche Betrachtung von beruflichen, sozialen und gesundheitlichen Aspekten kann das Trinkverhalten sowohl der abstinenten als auch der rückfälligen Patienten ergänzt und auch verdeutlicht werden.

1. Als besondere Gruppe sollen die 17 seit der Therapie abstinenten Patienten herausgestellt werden (vgl. 7.3 Patient A bis B). Nach eigenen Aussagen hatte die Therapie eine entscheidende Wende in ihrem Leben gebracht, ein Patient sprach von einem „zweiten Leben“, das ihm durch die Therapie ermöglicht wurde.

In den Jahren der Abstinenz hatte sich bei allen eine Zufriedenheit in ihrem Leben eingestellt, die sich auch auf andere Lebensbereiche positiv auswirkte. Bis auf eine verwitwete Patientin waren alle Personen seit sehr langer Zeit (meist über 30 Jahre) glücklich verheiratet. Ein inzwischen verstorbener Patient

hatte nach der Therapie seine geschiedene Frau wieder geheiratet, und beide waren sehr zufrieden mit der Partnerschaft. Patient A. gehört zu einer Gruppe von Patienten, die durch den Erfolg der Therapie dazu ermutigt worden waren, auch das Rauchen aufzuhören.

Sie hatten gelernt, Situationen, in denen Rückfallgefahr bestand, aktiv anzugehen, zum Beispiel durch Gespräche mit dem Hausarzt (Patient A.) oder mit Hilfe von autogenem Training. Selbst schwierige Lebensereignisse wie schwere Krankheiten, Tod eines nahen Angehörigen (Patient B.) oder Schwierigkeiten am Arbeitsplatz hatten keine negativen Auswirkungen auf die Abstinenz. Dabei bezogen einige Patienten ihre Unterstützung aus dem Besuch einer Selbsthilfegruppe, in die sie sich selbst mit ihren Erfahrungen sehr positiv einbringen konnten (Patient A.). Auch die sozialen Beziehungen bezeichneten viele Patienten als sehr wichtigen stabilisierenden Faktor in ihrem Leben und ihrer Abstinenz. Ein positives Engagement am Arbeitsplatz zeigte ein Patient, der jahrelang als Betriebsrat tätig war.

2. Eine weitere interessante Gruppe bilden die zehn Patienten, die seit über 20 bzw. seit über zehn Jahren abstinent lebten (vgl. 7.3 Patienten C bis E). Bei ihnen wird deutlich, dass erneute Rückfälligkeit nach der Therapie nicht unbedingt eine negative Prognose nach sich zieht. Diese Patienten hatten ihre Rückfälligkeit zum Teil mit Hilfe einer weiteren Therapie, zum Teil aber auch ohne Therapie beendet.

Einzelne Patienten hatten seither ihren Bekanntenkreis eingeschränkt, was ihnen nach eigenen Aussagen half, ihre Abstinenz aufrecht zu erhalten. Patient E. hatte fast ausschließlich Kontakte zu abstinenten Alkoholikern, besuchte jeden Abend in der Woche eine Selbsthilfegruppe, wo er auch viel eigenes Engagement einbrachte, und suchte sogar im Urlaub Kontakt zu Selbsthilfegruppen. Auch Patient C. war aktiv in einem Hilfsverein für Alkohol Kranke tätig und besuchte eine Selbsthilfegruppe.

Diese Patienten hatten Strategien entwickelt, um mit schwierigen Lebenssituationen wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit oder Tod des Partners bzw. naher Angehöriger (Patientin D.) umzugehen, ohne rückfällig zu werden.

3. Eine dritte Gruppe von acht Patienten ist durch einen Wechsel von Abstinenz und Rückfällen gekennzeichnet, wobei bei Betrachtung des gesamten Katamnesezeitraums die Phasen der Abstinenz überwiegen (vgl. 7.3 Patienten F. bis I.). In den jeweiligen Zeiträumen, die von früheren Katamneseerhebungen erfasst wurden, wechselten sie häufig die Kategorien des Trinkverhaltens. Patient G. wechselte über den Katamnesezeitraum sehr häufig sein Trinkverhalten und war mehrmals in Therapie.

Einzelne Patienten behielten ein ganz persönliches „Trinkmuster“ über den gesamten Verlauf bei. Dazu zählt Patientin H., bei der es immer wieder zu heftigen mehrtägigen Rückfällen ein- bis zweimal pro Jahr kam, die aber sonst abstinent lebte. Zwischenzeitlich nahm diese Patientin Anticraving-medikamente ein (Campral). Gründe für Rückfälle konnten von den Patienten selten genannt werden. Bei Patient G. lag eine Unzufriedenheit mit der Partnerschaftssituation vor. Er und Patientin I. litten zusätzlich unter Depressionen.

Patientin I. war nach 24 Jahren Abstinenz im Jahr vor der Befragung erstmals rückfällig geworden.

4. Eine Gruppe, die auch schon 1992 aufgeführt wurde, bestand bei der jetzigen Katamnese aus drei Patienten, die seit langer Zeit regelmäßig alkoholfreies Bier konsumierten (vgl. 7.3 Patient J.). Dieses Trinkverhalten war seit über zehn Jahren unverändert, es hatte auch keine Steigerung erfahren. Ihre sozialen Verhältnisse und auch ihr gesundheitlicher Zustand vermittelten einen positiven Eindruck. Patient J. betrachtete sich als „nicht rückfällig“.

5. Die letzte Gruppe bilden zwölf Patienten mit überwiegenden Trinkphasen und meist nur sehr kurzen Abstinenzzeiten (vgl. 7.3 Patient K. bis M.). Sieben dieser Patienten zeigten keine Motivation, ihr Trinkverhalten zu ändern; der Alkoholkonsum und seine Folgen wurde teilweise bagatellisiert. Häufig war auch keine Krankheitseinsicht vorhanden (Zitat eines Patienten: „nur Penner sind richtige Alkoholiker“). Patient L. hatte nach einer längeren Abstinenzzeit wieder begonnen, regelmäßig Alkohol zu konsumieren. Patient M. hatte einige

Jahre „kontrolliert“ getrunken, doch die Trinkmenge hatte sich im Verlauf wieder gesteigert.

Aber auch in dieser Gruppe gab es zwei Patienten, die seit einigen Jahren abstinent leben. Patientin K. hatte durch eine ambulante Therapie und den Umzug in eine eigene Wohnung eine Wende geschafft, und arbeitete zum Katamnesezeitpunkt in leitender Funktion in Therapiegruppen mit.

Ein weiterer Patient ließ sich nicht sicher in eine der Gruppen einordnen. Zu ihm lagen keine vollständigen Daten seines Trinkverhalten über den gesamten Katamnesezeitraum vor, da er bei vorherigen Befragungen nicht auffindbar war oder das Interview abgelehnt hatte.

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Methode

Eine kritische Betrachtung der Ausgangsbedingungen einer Studie ist notwendig für den Vergleich von Katamneseergebnissen, da verschiedene Faktoren bei Nichtbeachtung die Ergebnisse beeinflussen können. Daher müssen das Therapiekonzept, die Zusammensetzung der Patientengruppe, die Durchführung und Auswertung der Studie diskutiert werden.

4.1.1 Therapiekonzept

Das Therapiekonzept der Station B6 der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie wurde bereits ausführlich in Kapitel 2.1 dargestellt. Die Gruppe der 96 Patienten nahm im Jahr 1976 an der Therapie teil. Ausgeschlossen wurden Patienten, die während der Einarbeitungszeit zweier neuer Assistenzärzte die Therapie durchführten, um eine bessere Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Eine Veränderung der Therapiestruktur, die berücksichtigt werden muss, war die Verlängerung der ambulanten Gruppenphase von einem halben auf ein ganzes Jahr ab Juli 1976. Wertet man das Trinkverhalten der Patientengruppe vor und nach der Verlängerung der ambulanten Phase getrennt, so zeigt sich ein höherer Anteil von Abstinente in der Gruppe vor Juli 1976. Dies entspricht nicht den erwarteten Werten, da angenommen werden könnte, dass Patienten nach einer längeren ambulanten Phase bessere Erfolgsaussichten haben. Es könnte als Hinweis darauf gedeutet werden, dass diese Veränderung im Vergleich zu anderen Faktoren einen nur geringen Einfluss hatte. Die stationäre Phase betrug für alle Patienten im Jahr 1976 vier Wochen. Die Therapieinhalte blieben über den Zeitraum unverändert, es kam höchstens zu verschiedenen Schwerpunkten bei unterschiedlichen therapeutischen Teams. Die Unterschiede der Effektivität verschiedener

Therapeuten wird auch als ein beeinflussender Faktor in der Project Match Studie (1997) genannt.

4.1.2 Stichprobe

Durch bestimmte Voraussetzungen bei der Aufnahme zur Therapie kann es zu einer Selektion der Stichprobe kommen. Die Aufnahmekriterien der vorliegenden Studie wie beispielsweise freiwillige Entscheidung zur Therapie, Bereitschaft zur lebenslangen Abstinenz, Vorhandensein mindestens eines Angehörigen etc. wurden bereits in Kap. 2.1 erläutert. Etwa drei Viertel der Gruppe waren berufstätig. Ein Großteil der Patienten war sozial relativ gut integriert, über zwei Drittel der Patienten waren verheiratet.

Die Partnerschaft hat nach den Ergebnissen von John (1984) einen positiven Einfluss auf die posttherapeutische Abstinenz.

Beobachtet man die Variablen der Alkoholerkrankung wird aber deutlich, dass bei den meisten Patienten eine fortgeschrittene Alkoholabhängigkeit vorlag, die Auswirkungen auf mehrere Lebensbereiche hatte. Durchschnittlich lag das Alter zu Beginn der Alkoholabhängigkeit bei 27,5 Jahren, die mittlere Abhängigkeitsdauer betrug elf Jahre. Ein Großteil der Patienten berichtete über berufliche Probleme vor der Therapie, 22% waren arbeitslos und 19% von Arbeitslosigkeit bedroht. Von 27 befragten verheirateten Patienten sprachen 85% von einem gestörten Zustand ihrer Ehe.

Es lag somit eine bezüglich sozialer Variablen gut integrierte Stichprobe vor, bei der sich aber hinsichtlich Beginn und Dauer der Abhängigkeit typische Verläufe darstellten.

4.1.3 Art und Durchführung der Studie

Bei der vorliegenden Studie war nur ein retrospektives Vorgehen möglich, unter anderem bedingt durch die Untersuchung eines sehr langen Zeitraums. Für entsprechende Katamnesezeiträume gibt es in der Literatur nur sehr wenige

Studien mit prospektivem Ansatz (Vaillant, 1996; Nordström und Berglund, 1987; Gual et al., 1998). Durch ein prospektives Vorgehen wäre sowohl eine exaktere Fragestellung wie auch eine standardisierte Datenerhebung vor Therapiebeginn gewährleistet. Indem die Aufnahmedaten der untersuchten Patienten äußerst sorgfältig aufbereitet wurden, ergab sich dennoch eine gut vergleichbare Ausgangsdatenlage.

Der Vergleich mit einer Kontrollgruppe ist nur sinnvoll bei prospektivem Vorgehen (vgl. Finney und Moos, 1991). In der vorliegenden Studie gibt es daher keine Kontrollgruppe.

Die katamnesticen Fenster dieser Studie, d.h. die Daten der Interviews von mehreren Zeitpunkten (bei Therapie, nach zwei, fünf, zehn, 16 und 25 Jahren), ermöglichen exakte Informationen über den tatsächlichen Verlauf der einzelnen Patienten.

Die Befragung wurde nach Möglichkeit in einem persönlichen Gespräch in Form eines halbstandardisierten Interviews durchgeführt. Dadurch wurde sichergestellt, dass Antworten zu allen Variablen gegeben wurden, und die Patienten dabei Zeit hatten, sich zu erinnern und ihre Situation ausführlich zu beschreiben. Die Validität und Reliabilität trinkanamnestischer Angaben in dieser Form des Interviews wurde mehrfach in Studien untersucht (vgl. Kap 1.3.2.4) und als gut bewertet. Zusätzlich konnten die Angaben noch mit denen von Kollateralinformanten sowie Ergebnissen von Voruntersuchungen verglichen werden. Miller und Wilbourne (2002) berichten, dass in weniger als der Hälfte der von ihnen untersuchten 361 Studien Informationen von Kollateralinformanten oder andere Vergleichsmöglichkeiten angeboten wurden.

4.1.4 Methode der Life-Chart-Darstellung

Wie auch in der Voruntersuchung konnten die Patienten anhand eines „persönlichen Kalenders“ trinkanamnestische Daten in einen zeitlichen Zusammenhang mit persönlichen Daten, wie beispielsweise Wohnungswechsel, Arbeitsplatzverlust, Geburt von Enkelkindern etc. bringen und exakt

zuordnen. Sobell et al. (1986) hatten eine ähnliche Vorgehensweise erstmals eingesetzt.

Diese ergänzende Methode bereicherte die Studie in zweierlei Hinsicht. Zum einen trug sie während der Befragung dazu bei, dem Patienten die Zuordnung und die genaue Beschreibung des Verlaufs seines Trinkverhaltens zu erleichtern. Viele Patienten stellten auf diese Weise auch subjektiv empfundene Zusammenhänge zwischen lebensgeschichtlichen Ereignissen (Erkrankungen, Tod von Angehörigen etc.) und Veränderungen des Trinkverhaltens dar.

Zum anderen ermöglichten die Life Charts im Rahmen der Auswertung eine genaue Darstellung des Verlaufs des Trinkverhaltens über den gesamten Katamnesezeitraum sowie eine direkte Gegenüberstellung des Trinkverhaltens und sozialen, gesundheitlichen oder beruflichen Veränderungen. Dies beinhaltet einen entscheidenden Vorteil gegenüber der alleinigen Beschreibung des Trinkverhaltens im Jahr vor der Katamnese. Besonders hilfreich waren die Life Charts bezüglich der Differenzierung der Rückfälle von Patienten nach Dauer und Schwere.

4.1.5 Auswertung

Bezüglich des Trinkverhaltens der untersuchten Patientengruppe wurden folgende drei Kategorien unterschieden: „abstinent“, „gebessert“, „ungebessert“ (vgl. Küfner et al., 1986). Beim Vergleich der sozialen, beruflichen und gesundheitlichen Situation sowie bei der statistischen Auswertung wurden die beiden Kategorien „gebessert“ und „ungebessert“ als „rückfällig“ zusammengefasst.

Die Auswertung der Daten erfolgte in erster Linie deskriptiv, da eine statistische Auswertung bei der vorliegenden untersuchten Stichprobe aufgrund der geringen Größe nicht uneingeschränkt durchgeführt werden konnte. Für die statistische Auswertung und Testung wurde unter anderem der Chi-Quadrat-Test eingesetzt.

In den „Dokumentationsstandards III“ (2001) wird eine Mindestgröße von 50 Probanden für die statistische Testung gefordert. Für einzelne Variablen konnte

diese Anzahl erreicht werden, bei bestimmten Variablen war dies aufgrund verschiedener Einschränkungen nicht möglich. In diesem Fall kann es zu einer Verzerrung der Ergebnisse kommen, wenn Extremverläufe bei einzelnen Patienten uneingeschränkt mit in die Auswertung übernommen werden.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 Mortalität

Innerhalb der 25 Jahre des Katamnesezeitraums waren 40 Personen (42%) verstorben. Untersuchungen mit vergleichbaren Zeiträumen berichten über ähnliche Mortalitätsraten. O'Connor und Daly (1985) ermittelten 20 Jahre nach Therapie eine Mortalität von 39,8%, Nordström und Berglund (1987) 18 Jahre nach Therapie eine Mortalität von 41% und bei Marshall et al. (1994) waren 20 Jahre nach Erstbehandlung 44% der Alkoholabhängigen verstorben. Lewis et al. (1995) berichten von einer Sterberate von 60% 20 Jahre nach Therapie, in der Untersuchung von Lloyd (2002) waren nach 21 Jahren 42 der hundert alkoholabhängigen Ärzte verstorben. In der Studie von Kufner et al. (1986) konnte eine durchschnittliche jährliche Mortalitätsrate von 1,9% ermittelt werden, in einer tabellarischen Übersicht mehrerer Langzeitstudien bei Finney und Moos (1991) lag sie zwischen 1,6 und 3,7%, bei Miller et al. (2001) durchschnittlich bei unter 2%. In der vorliegenden Studie ergibt sich eine durchschnittliche Sterberate pro Jahr von 1,7%.

Im Vergleich zur Normalbevölkerung war die Mortalität bei Marshall et al. (1994) um das 3,6-fache gesteigert. Finney und Moos (1991) berichten von einer 9,5-fach höheren Mortalität unter den Personen ihrer Zehn-Jahres-Katamnese verglichen mit der Normalbevölkerung. In der Studie von Powell et al. (1998) lag die Sterblichkeit der untersuchten Patientengruppe nach 10 bis 14 Jahren 2,5-fach höher als bei nichtalkoholabhängigen Männern. Bei der vorliegenden Untersuchung lag die Mortalität 1,7-fach höher als bei einer vergleichbaren Gruppe der Normalbevölkerung, unter den nach der Therapie rückfälligen Personen zeigte sich eine 2,5-fach erhöhte Sterblichkeit.

Die Mortalitätsrate der Frauen lag in der vorliegenden Untersuchung über den gesamten Zeitraum bei 23%, die der Männer bei 49%. In der Langzeituntersuchung von Lewis et al. (1995) waren 20 Jahre nach Therapie 60% der Männer und 48% der Frauen verstorben. Die Mortalitätsrate der Frauen war auch bei Lewis et al. (1995) etwas niedriger als die der Männer.

Unter den seit der Therapie verstorbenen Patienten waren 55% der Verstorbenen vor ihrem Tod definitiv rückfällig. Im Vergleich dazu waren unter den Lebenden nur 32% rückfällig (vgl. Abb. 27).

Die häufigste Todesursache stellten Herz-Kreislaufkrankungen dar (Herzinfarkt, Herzversagen). Dies entspricht auch den Ergebnissen mehrerer anderer Studien (Finney und Moos, 1992; Vaillant, 1983, Shaw et al., 1997). Etwa ein Drittel der Todesfälle standen in direktem oder indirektem Zusammenhang mit Alkohol.

4.2.2 Ausschöpfungsquote

Bei der vorliegenden Studie konnten vier Patienten nicht aufgefunden werden, ein Patient lehnte das Interview ab, bei acht der seit der Therapie verstorbenen Patienten liegen außer dem Todeszeitpunkt keine Angaben vor. Nach dem Intention-to-treat-Modell bilden diese Patienten die so genannte Schwundgruppe mit einem Anteil von 14% aller an der Therapie teilgenommenen Patienten.

Der Wert liegt im Vergleich mit anderen Langzeituntersuchungen in einem sehr guten Bereich. Die Größe der Schwundgruppe lag bei Bauer et al. (1995) zehn Jahre nach Therapie bei 19,5%, bei Polich et al. (1981) nach vier Jahren bei 15% und bei Bratfos (1974, zitiert nach Vaillant, 1983) bei einer Ausgangsstichprobe von über 1000 Patienten nach zehn Jahren sogar bei 59%. Miller et al. (2001) berichten in ihrer Übersichtsstudie von einer durchschnittlichen Schwundgruppe von bis zu 30%.

Entscheidenden Einfluss auf die gute Ausschöpfungsquote der vorliegenden Studie hatten zum einen die positiven Erfahrungen der Patienten, die bereits mehrmals an Katamneseinterviews teilgenommen hatten, zum anderen auch

die intensiven Nachforschungen bei zunächst nicht auffindbaren Patienten sowie ausführliche Erklärungen bei der Anfrage für das Interview und auch im Katamnesegespräch.

4.2.3 Soziale Integration

Bei der Untersuchung zeigten die Patienten auch im sozialen Bereich ein sehr stabiles Bild, wobei keine signifikanten Unterschiede zwischen Abstinenten und Rückfälligen erkennbar waren. In ihrer Untersuchung über den Verlauf von Patienten zehn bis 14 Jahre nach stationärer Alkoholentwöhnung beschreiben Bauer et al. (1995) eine sehr gute soziale Integration in erster Linie bei Langzeitabstinenz.

Wie bereits in den Voruntersuchungen lebte die Mehrheit der Befragten in Eigentumswohnungen bzw. im eigenen Haus, was die gute sozioökonomische Situation unterstreicht. Etwa 25% der Patienten waren in den letzten neun Jahren umgezogen, wobei mehrmalige Wohnortwechsel häufiger bei Rückfälligen vorkamen.

In einer festen Partnerschaft lebten 80% der Patienten, fünf Patienten hatten im Katamnesezeitraum geheiratet. Für einen Großteil der Patienten war der Partner bzw. die Familie eine sehr große Hilfe bei der Bemühung um eine Besserung des Trinkverhaltens. Etwa 85% der Patienten waren mit ihrer Partnerschaft zufrieden; hierbei zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen abstinenten und rückfälligen Personen.

Ähnliche Ergebnisse bezüglich der psychosozialen Situation berichten auch Küfner et al. (1988). Im Vergleich zur Aufnahmeerhebung hatte sich 4 Jahre nach Therapie die Wohnsituation der ehemaligen Patienten verbessert und der Anteil der Personen mit einer festen Partnerschaft hatte zugenommen. Auch Shaw et al. (1997) berichten von einer Verbesserung der sozialen Situation der von ihnen durchschnittlich neun Jahre nach stationärer Therapie nachuntersuchten Personen.

Weniger als ein Drittel der ehemaligen Patienten pflegte viele und gute außerfamiliäre Kontakte. Ein Drittel gab keine oder höchstens oberflächliche

Kontakte an, was auf einen gewissen sozialen Rückzug schließen lässt. Unter den rückfälligen Patienten war der Anteil derer, die ihre Kontakte als schlecht empfanden, deutlich höher als unter den abstinenten Patienten (vgl. Abb. 13). Allerdings war dieser Unterschied nicht statistisch signifikant.

4.2.4 Berufliche Situation

Anhand der Einzelvariablen im Arbeitsbereich konnten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der beruflichen Situation bei Abstinenter und Rückfälligen nachgewiesen werden.

In der Studie von de Soto et al. (1989) zeigte sich eine deutliche Verbesserung der Arbeitssituation, zum Beispiel eine abnehmende Arbeitslosigkeit, nach langjähriger Abstinenz. Auch bei Kufner et al. (1988) war die Zahl der arbeitslosen Personen vier Jahre nach der Therapie deutlich zurückgegangen, gleichzeitig hatte die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation zugenommen. Arbeitsplatzwechsel waren seltener geworden.

Die Gesamtgruppe der ehemaligen Patienten zeigte eine zufrieden stellende berufliche Integration mit nur zwei arbeitslosen Patienten. Allerdings muss hierbei das Alter der Patienten zum Katamnesezeitpunkt (im Mittel 63 Jahre) berücksichtigt werden. Mehr als die Hälfte der Patienten war in der Zwischenzeit berentet. Zwei Drittel dieser berenteten Personen waren altershalber in den Ruhestand gegangen, zwei Patienten aufgrund von Alkoholfolgekrankheiten.

4.2.5 Gesundheitliche Situation

Im Gegensatz zur 16-Jahres-Katamnese unterschieden sich die Arbeitsunfähigkeitszeiten von Abstinenter und Rückfälligen bei der vorliegenden Untersuchung nicht, die durchschnittliche Fehlzeit lag bei beiden Gruppen bei etwa sieben Wochen pro Jahr. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass es bedingt durch die geringe Anzahl Vollerwerbstätiger im Falle

von Extremverläufen einzelner Patienten zu einer Verzerrung des Ergebnisses kommen kann.

Rückfällige Personen hatten im Vergleich zu Abstinenten häufiger stationäre Krankenhausaufenthalte (vgl. Abb. 17) und zeigten auch eine geringfügig niedrigere Zufriedenheit mit ihrer gesundheitlichen Situation (vgl. Abb. 18).

Gual et al. (1998) beschreiben ebenfalls unter den rückfälligen Patienten ihrer Untersuchung einen höheren Anteil von Patienten mit einem Krankenhausaufenthalt im Katamnesezeitraum als unter den abstinenten Patienten.

Die psychische Situation wurde von rückfälligen Patienten signifikant häufiger als schlecht angegeben als von abstinenten Patienten (vgl. Abb. 19). In der Studie von Shaw et al. (1997) zeigten abstinente und kontrolliert trinkende Personen eine Verbesserung ihrer psychischen Situation, wohingegen sich das psychische Befinden unge bessert trinkender Personen verschlechtert hatte.

Zwischen Rückfälligen und Abstinenten unterschied sich der prozentuale Anteil an Rauchern nicht. Aber hinsichtlich der Beendigung des Nikotinkonsums zeigte sich ein Unterschied: Die fünf Patienten, die seit der letzten Katamnese das Rauchen aufgegeben hatten, waren alle abstinent. Seit der Therapie hatten unter den Abstinenten elf Personen ihren Nikotinkonsum beendet, unter den Rückfälligen nur zwei Personen. Ein entsprechendes Ergebnis zeigte eine Studie von de Soto et al. (1989), in der Abstinente das Rauchen eher aufgegeben hatten als Rückfällige. Auch bei den von Vaillant (1996) über einen langen Zeitraum beobachteten Personen hatten Patienten mit anhaltendem missbräuchlichen Alkoholkonsum seltener das Rauchen aufgegeben als abstinente Patienten.

4.2.6 Stationäre Therapiemaßnahmen und ambulante Nachsorge

Stationäre Alkoholentgiftungsbehandlungen wurden im Vergleich zur Voruntersuchung etwas häufiger durchgeführt (vgl. Abb.29). Dabei hatten zum Katamnesezeitpunkt Rückfällige dieses Angebot prozentual stärker in Anspruch

genommen (25% im Vergleich zu 14% der zum Katamnesezeitpunkt Abstinenten).

Unter den drei Patienten, die eine kurz- oder mittelfristige Entwöhnung durchgeführt hatten, waren zum Katamnesezeitpunkt zwei Personen abstinent und eine Person rückfällig.

Eine langfristige Entwöhnungstherapie wurde von keinem Patienten in Anspruch genommen.

Diesen Trend zur kürzeren stationären Behandlungsdauer beschreibt auch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2003). Während 1995 der Anteil der Behandlungen mit mehr als viermonatiger Dauer noch bei 36% lag, hatte er sich 1999 auf 10% verringert. Hierbei spielt vermutlich auch die erschwerte Kostenübernahme für Langzeitentwöhnungen durch die Versicherungsträger in den letzten Jahren eine Rolle.

Die bereits in den vorangegangenen Katamnesen hervorgehobene Bedeutung des Hausarztes in der Nachsorge, wurde auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigt. Mehr als die Hälfte der Patienten beschrieb den Kontakt zum Hausarzt als hilfreich, teilweise sogar als sehr große, dauerhafte Hilfe. Auch in der MEAT-Studie stellten Kufner et al. (1988) dar, dass von allen ambulanten Kontaktstellen der Hausarzt die größte Bedeutung als Ansprechpartner bezüglich Alkoholproblemen besitzt.

Viele Studien beschreiben die entscheidende Rolle von Selbsthilfegruppen in der Nachsorge (Kufner et al., 1988; McCrady und Delaney, 1995).

Der Besuch der Selbsthilfegruppen ist im Vergleich zu vorhergehenden Untersuchungen angestiegen. Während fünf Jahre nach der Therapie 11% und 1992 etwa 7% der befragten Patienten regelmäßig an einer Selbsthilfegruppe teilnahmen, waren es im Jahr 2001 20%. Darunter waren sowohl Personen, die seit der Therapie an einer Selbsthilfegruppe teilnahmen, wie auch Patienten, die neu mit dem Besuch begonnen hatten.

In der vorliegenden Studie konnte eine Inanspruchnahme der Selbsthilfegruppen ermittelt werden, die den Ergebnissen von Kufner et al. (1988) mit 21% regelmäßiger Teilnahme über vier Jahre entspricht. Pfrang et al. (1988) ermittelten eine regelmäßige Teilnahme von 28,1% etwa neun Monate

nach Entlassung. Gossop et al. (2003) berichten über einen Besuch der Selbsthilfegruppen von 40% der Personen, die an einer stationären Therapie teilgenommen hatten, weniger als die Hälfte dieser Personen besuchte die Selbsthilfegruppe mindestens wöchentlich.

Unter den Patienten, die regelmäßig eine Selbsthilfegruppe besuchten, lebten zum Katamnesezeitpunkt 82% abstinent. Eine ähnlich hohe Abstinenzrate von 76% ermittelten auch Pfrang et al. (1988). Dabei spielt außer der Wirkung der SHG auf die Stabilisierung der Abstinenz im Alltag noch ein gewisser Selektionsprozess eine Rolle, denn es schließen sich vor allem Personen mit hoher Motivation zur lebenslangen Abstinenz der Selbsthilfegruppe an (Pfrang et al., 1988). Auch Cross et al. (1990) konnten nachweisen, dass Selbsthilfegruppenteilnehmer signifikant bessere Ergebnisse bezüglich Abstinenz und psychosozialen Status aufwiesen als Nichtteilnehmer. In der Studie von Lloyd (2002) zeigte sich ebenfalls ein positiver Einfluss des Selbsthilfegruppenbesuchs auf die Abstinenz.

Beim Vergleich von Personen, die sechs Monate nach einer Entwöhnungstherapie regelmäßig, unregelmäßig oder überhaupt nicht an einer Selbsthilfegruppe teilnahmen, konnte für die Gruppe der regelmäßig teilnehmenden Personen die größte Reduktion bezüglich der Häufigkeit des Alkoholkonsums nachgewiesen werden (Gossop et al., 2003). Allerdings nahmen nur 15% der ursprünglichen Therapiegruppe regelmäßig an Selbsthilfegruppen teil.

Die Tatsache, dass die von ehemaligen Patienten gegründete Selbsthilfegruppe immer noch bestand, unterstreicht die Vorteile des Therapiekonzepts einer geschlossenen Gruppe mit engem Kontakt der Patienten untereinander.

Andere ambulante Hilfsangebote spielten in der vorliegenden Studie eine untergeordnete Rolle

Die Zahl der Patienten, die im Katamnesezeitraum Anticravingmedikamente einnahmen war sehr niedrig. Zwei Patienten waren zufrieden mit der Wirkung, einer Patientin ging es unter der Einnahme schlechter. Für die Substanzen Acamprosat und Naltrexon konnte in mehreren Studien eine gute Wirkung im Vergleich zu Placebo nachgewiesen werden (vgl. 1.3.4). Die beiden Studien von

Chick et al. (2000a/b) erbrachten allerdings für beide Substanzen keinen signifikanten Nachweis der Überlegenheit im Vergleich zu Placebo.

4.2.7 Trinkverhalten

Der Vergleich der Ergebnisse verschiedener Studien bezüglich des Trinkverhaltens wird durch diverse Faktoren erschwert, die bereits in Kap. 1.3.2 ausführlich diskutiert wurden. Auf diese soll hier nicht weiter eingegangen werden.

Im Folgenden soll zunächst ein Überblick über die Ergebnisse von Studien und Metaanalysen gegeben werden, um im Anschluss die Ergebnisse der vorliegenden Studie gegenüberzustellen.

In den letzten Jahren wurden mehrere Studien vorgestellt, die einen sehr guten Überblick über aktuelle Therapieergebnisse geben und somit als Rahmen für die Einschätzung der eigenen Ergebnisse dienen können. Erste so genannte Übersichtsstudien veröffentlichten Emrick (1974) und Feuerlein (1987).

Neuere Metaanalysen sollen zum einen die Wirksamkeit der Alkoholismustherapie darlegen (Süß, 1995; Miller et al., 2001) oder auch eine methodischer Analyse verschiedener Studien erbringen (Miller und Wilbourne, 2002; Moyer et al., 2001). Durch die große Anzahl darin eingeschlossener Studien ergeben sich repräsentative Ergebnisse. Von Nachteil für den Vergleich mit der vorliegenden Untersuchung erweisen sich allerdings die meist deutlich kürzeren Katamnesezeiträume.

Emrick (1974) ermittelte Abstinenzraten von etwa einem Drittel, ein weiteres Drittel hatte sein Trinkverhalten gebessert, ein Drittel der befragten Personen trank weiterhin ungebessert.

In der Übersichtsarbeit von Süß (1995) wurden in der konservativen Auswertungsform, bei der auch irregulär entlassene Patienten miteinbezogen und Nichterreichte als rückfällig eingestuft wurden, durchschnittliche Abstinenzraten von 34% und Besserungsraten von 40% beschrieben.

Eine durchschnittliche Abstinenzrate von 24% und 10% Patienten mit gebessertem Trinkverhalten nach 12 Monaten beschreiben Miller et al. (2001).

Bisher liegen keine Übersichtsarbeiten vor, die ausschließlich Studien mit einem Katamnesezeitraum von mehr als zehn Jahren mit einbeziehen. Katamnesen über vergleichbare Zeiträume wurden bisher nur in wenigen Einzelstudien erfasst (vgl. Kap. 1.3.3). Die Abstinenzraten in diesen Arbeiten beziehen sich teilweise auf die Gesamtgruppe, die an der Therapie teilgenommen hatte, teilweise auf die erreichten lebenden Patienten.

In einer norwegischen Studie über den Verlauf von stationär behandelten Alkoholikern zehn Jahre nach der Therapie (Bratfos, 1974, zit. nach Vaillant, 1983) lebten von den erreichten Patienten nur 13% abstinent.

Ebenfalls zehn Jahre nach einer stationären Therapie lebten in der Studie von Cross et al. (1990) 51% der befragten Patienten seit mehr als drei Jahren abstinent, 10% wiesen ein gebessertes Trinkverhalten auf.

Bauer et al. (1995) untersuchten nach zehn bis 14 Jahren 99 der ursprünglich 123 Patienten. Bezogen auf die therapierten Patienten waren 31% zum Katamnesezeitpunkt, mehr als die Hälfte derer bereits seit der Therapie abstinent.

Über den gesamten Katamnesezeitraum von zehn bis 14 Jahren lebten 37% der von Powell et al. (1998) nachuntersuchten 255 Männer abstinent oder hatten ein gebessertes Trinkverhalten.

Nordström und Berglund (1987) hatten aus einer ursprünglichen Gruppe von 1312 Patienten nach 20 Jahren 70 Personen für eine Nachuntersuchung ausgewählt. Aus dieser Stichprobe lebten 16% abstinent und 30% hatten ein gebessertes Trinkverhalten.

Eine aktuelle Studie von Lloyd (2002) berichtet über den Verlauf von hundert alkoholabhängigen Ärzten, die an einer Selbsthilfegruppe für Ärzte teilnahmen. Nach 21 Jahren waren 42% der Ausgangsgruppe verstorben, 51 Ärzte lebten abstinent und weitere drei zeigten ein kontrolliertes Trinkverhalten.

Vaillant (1996) beschreibt den Langzeitverlauf über mehrere Jahrzehnte von unbehandelten Alkoholabhängigen (vgl. Kap 1.3.3). Im Alter von 60 Jahren lebten in der Gruppe der College-Studenten 11% abstinent und weitere 11% tranken kontrolliert. In einer weiteren Arbeit (2003) berichtet Vaillant von 21%

Abstinenten und 10,5% kontrolliert Trinkenden von den aus dieser Gruppe noch lebenden Männern weitere zehn Jahre später. Aus der zweiten Gruppe der ehemals innerstädtischen Großstadtjugendlichen lebten im Alter von 60 Jahren 30% der Männer abstinent, 11% tranken kontrolliert. Im Alter von 70 Jahren lebten 32 % abstinent und 1% zeigte ein kontrolliertes Trinkverhalten.

Die Auswertung der Ergebnisse der vorliegenden Studie erfolgte nach dem „intention-to-treat“ Ansatz. Daher beziehen sich die Abstinenzquoten auf alle Patienten zum Therapiezeitpunkt, d.h. auch auf Therapieabbrecher, verstorbene oder nicht aufzufindende Patienten.

Die Abstinenzrate bezogen auf das Jahr vor der Katamnese beträgt 34%. Dauerhaft abstinent über 25 Jahre waren 18% der Ausgangsstichprobe.

Im Vergleich zu den in der Literatur veröffentlichten Ergebnissen in Langzeitkatamnesen und auch verglichen mit den Übersichtsarbeiten der letzten Jahre liegen diese Werte in einem sehr guten Bereich. Betrachtet man ausschließlich Arbeiten mit einem Verlauf über mindestens 20 Jahre, so finden sich in der vorliegenden Studie vergleichsweise höhere Abstinenzraten.

Diese guten Resultate können nicht allein auf einen direkten Erfolg bzw. die Überlegenheit der hier evaluierten Therapie zurückgeführt werden. Zum einen ist der direkte Vergleich der Ergebnisse verschiedener Studien durch methodische Unterschiede (vgl. 1.3.2) erschwert. Andererseits spielen gerade bei einem langen Katamnesezeitraum außertherapeutische Faktoren, die nicht alle bei der Auswertung miterfasst werden können, eine wichtige Rolle für den Verlauf des Trinkverhaltens. Das Langzeitergebnis nach einer Therapie spiegelt sowohl den Erfolg der Therapie als auch einen natürlichen Heilungsprozess wider (Vaillant, 1988).

Die relativ große Gruppe von 17 Patienten (18% der Ausgangsgruppe, 33% der befragten Patienten), die seit der Therapie dauerhaft abstinent leben, unterstreicht die positive Bedeutung der Therapie. Über ähnliche Ergebnisse berichten auch Bauer et al. (1995) bei ihrer Zehn-bis-14-Jahreskatamnese.

Bezogen auf die therapierten Patienten ermittelten sie eine dauerhafte Abstinenz für 18% der Patienten (37% der befragten Personen).

Weitere sieben Patienten der vorliegenden Studie vermitteln ebenfalls den günstigen Einfluss der Behandlung auf den Langzeitverlauf. Sie waren nach der Therapie kurzzeitig rückfällig geworden, lebten nun aber seit mehr als 20 Jahren abstinent. Manche hatte eine weitere Therapie in Anspruch genommen, andere hatten den Rückfall mit Unterstützung von einer Selbsthilfegruppe oder durch in der Therapie erlernte Strategien beenden können. Vier Personen waren im Katamnesezeitraum verstorben, hatten aber seit der Therapie keinen Rückfall erlitten.

Alle diese Patienten zeigten über einen langen Zeitraum ein sehr stabiles Trinkverhalten. In den ersten Jahren im Anschluss an die Therapie hatte ein Großteil der nicht dauerhaft abstinenten Patienten ihren ersten Rückfall, wobei einige nach Überwindung dieser Phase keinen weiteren Rückfall erlitten. Zahlreiche Autoren beschreiben dieses erhöhte Rückfallrisiko in den Jahren im Anschluss an die Therapie (Küfner et al.,1988; Körkel und Lauer, 1988; Wetterling und Veltrup, 1997). Vaillant (2003) hält einen Katamnesezeitraum von mindestens fünf Jahren für notwendig, um bei Patienten ohne Rückfälle in diesem Zeitraum von stabiler dauerhafter Abstinenz zu sprechen. Ein Zeitraum von nur zwei Jahren sei noch nicht ausreichend für eine Langzeitprognose. Dennoch zeigt sich in der vorliegenden Katamnese, dass auch nach langjähriger Abstinenz ein erneuter Rückfall auftreten kann. Rückfälle traten nach zehn, nach 16 und sogar nach 24 Jahren dauerhafter Abstinenz auf.

Ein Thema, das in der Literatur sehr kontrovers diskutiert wird, ist die Stabilität der Patienten mit einem „kontrollierten“ bzw. gebesserten Trinkverhalten. Ein Problem ist dabei die unterschiedliche Klassifizierung dieser Gruppe (vgl. Kapitel 1.3.2.6). Verschiedene Autoren beschreiben die Gruppe der gebessert trinkenden Patienten als instabil (Vaillant, 1996; Polich et al.,1981).

In der vorliegenden Studie lag der Anteil von Patienten mit einem gebesserten Trinkverhalten bei 8%. In anderen Langzeitkatamnesen finden sich häufig deutlich höhere Werte für diese Gruppe.

Die Zusammensetzung der Gruppe der Gebesserten schwankte an den verschiedenen Katamnesezeitpunkten sehr stark. Kein Patient konnte seit der Therapie durchgehend der Gruppe der Gebesserten zugeordnet werden. Innerhalb der letzten Jahre erwies sich die Gruppe allerdings als etwas stabiler im Vergleich zu den vorigen Katamnesen. Vier Patienten, die 1992 als gebessert eingestuft worden waren, behielten bis zum vorliegenden Katamnesezeitpunkt ihr Trinkverhalten (entweder nur geringe Mengen oder sehr seltene und kurz anhaltende Rückfälle) bei.

Als äußerst hilfreich bei der Beschreibung des Trinkverhaltens über längere Zeiträume erwiesen sich die Life-Chart-Tabellen. Dabei konnten innerhalb der Gruppe der rückfälligen Patienten unterschiedliche Verläufe herausgearbeitet werden. Ein Teil dieser Patienten erlitt zwischenzeitlich Rückfälle, aber insgesamt überwogen die Phasen der Abstinenz. Eine Patientin hatte über 24 Jahre abstinent gelebt, war aber im Jahr vor der Katamnese rückfällig geworden. Andere Patienten hatten über die letzten 25 Jahre dauerhaft Alkohol konsumiert oder nur kurze intermittierende Abstinenzzeiten gehabt.

Drei Patienten tranken seit mehr als zehn Jahren kontrolliert. Ihr Trinkverhalten hatte über diesen Zeitraum keine Steigerung erfahren.

Aus diesen Beobachtungen wird deutlich, dass bei einem Teil der Patienten, die nicht das Therapieziel der dauerhaften Abstinenz erreicht hatten, die Therapie dennoch dazu beigetragen hat, ihr Trinkverhalten günstig zu verändern. Einzelne Patienten hatten Bewältigungsstrategien entwickelt, um Rückfälle in Ausmaß und Dauer einzugrenzen, und erfuhren daher nur eine geringe Beeinträchtigung ihrer sozialen und beruflichen Situation.

Gerade auch in den Life-Chart-Darstellungen zeigt sich, dass Patienten ein gebessertes Trinkverhalten im Sinne einer Trinkmengenreduktion nur selten dauerhaft beibehalten. Im Verlauf kommt es häufig zu einer Trinkmengensteigerung oder im günstigeren Fall zu einer anhaltenden Abstinenz.

4.2.8 Alter und Trinkverhalten

Bezüglich der Abstinenz unterscheiden sich die Patienten höheren Alters der vorliegenden Studie nur geringfügig von den jüngeren Patienten. Der Anteil der abstinenten Personen lag bei den über 55-Jährigen bei 61%. Von den Patienten, die zum Zeitpunkt der Befragung jünger als 55 Jahre alt waren, lebten 56% abstinent. Betrachtet man nur die über 65-jährigen Personen, so zeigt sich hier eine Abstinenz von 57%.

Ciampi und Eisert (1971) führten bei 197 Alkoholikern im Alter von über 65 Jahren durchschnittlich 25,6 Jahre nach Ersthospitalisation eine Katamnese durch. Zwei Drittel der Befragten hatten im Verlauf ihren Alkoholkonsum deutlich vermindert. Diese häufigen Spätbesserungen wurden in der Arbeit vor allem auf das fortgeschrittene Alter der Patienten zurückgeführt.

4.2.9 Prognosefaktoren

In einer Vielzahl von Studien finden sich Untersuchungen zum Einfluss sogenannter Prognosefaktoren auf den weiteren Verlauf des Trinkverhaltens von Alkoholikern nach einer Therapie.

Die Betrachtung einzelner Variablen ergibt häufig widersprüchliche Ergebnisse. Einzelne Autoren nennen eine stabile Arbeitssituation als relevanten Prognosefaktor (Vaillant, 1988; Spinatsch, 1992). Mc Cabe (1986) fand einen Zusammenhang zwischen einem höheren sozioökonomischen Status und einer geringeren Anzahl alkoholbezogener Probleme im Verlauf. Weder Edwards et al. (1988) noch Finney und Moos (1992) konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen Prognosefaktoren bei der Aufnahme und dem Trinkverhalten im Langzeitverlauf nachweisen.

Während in der vorliegenden Studie zu den ersten Katamnesezeitpunkten für einzelne Prognosevariablen der Aufnahme bzw. des Therapieverlaufs ein Zusammenhang zum Trinkverhalten nachgewiesen werden konnte, war ein derartiger Nachweis zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr möglich. Dies

verdeutlicht, dass mit längerem Katamnesezeitraum Einzelmerkmale zum Therapiebeginn in den Hintergrund treten und die Bedeutung therapieexterner Einflüsse zunimmt. In die statistische Auswertung der Prognosevariablen wurden nur zum Katamnesezeitpunkt lebende Patienten miteinbezogen. Da die Mehrheit der Verstorbenen vor ihrem Tod rückfällig war, hätte eine Mitberechnung ihrer Variablen möglicherweise andere Ergebnisse erbracht.

Eine weiterreichende Beurteilung von Prognosevariablen gelang Kufner et al. (1988) in der MEAT-Studie, in der sie den Einfluss sowohl einzelner Faktoren als auch zusammengefasster Prognoseindizes auf das Trinkverhalten vier Jahre nach der Therapie untersuchten. Sie entwarfen einen für Männer und Frauen unterschiedlichen Prognoseindex, der mehrere Parameter aus der psychosozialen Situation sowie des Trinkverhaltens bzw. früherer Therapien berücksichtigte, und konnten einen signifikanten Zusammenhang bezüglich des späteren Trinkverhaltens nachweisen.

4.3 Schlussfolgerungen

In der 25-Jahres-Katamnese nach einer kombiniert stationär-ambulanten Entwöhnungstherapie zeigten sich bezüglich der Langzeitverläufe ehemaliger Patienten ermutigende Ergebnisse. Die Studie unterstreicht die Bedeutung von stationären Kurzzeittherapien für sozial noch relativ gut integrierte Patienten. Während vor 25 Jahren in Deutschland in erster Linie Langzeittherapien durchgeführt wurden, werden heute zunehmend gemeindenahere stationäre Kurzzeittherapien und ambulante Therapien angeboten. Sie haben, wie auch in der vorliegenden Studie beschrieben, den Vorteil, dass die Patienten ihre psychosoziale und berufliche Integration nicht aufgeben müssen. Die vorliegenden Ergebnisse stützen die Forderung von Mann und Batra (1993) nach kürzeren Therapieangeboten, sowie den in den Berliner Eckpunkten (2002) erwünschten Ausbau teilstationärer wohnortnaher Hilfsangebote.

Bezüglich der Rückfallprävention muss beachtet werden, dass während der ersten zwei Jahre nach der Therapie ein erhöhtes Rückfallrisiko besteht, aber

auch nach lang andauernder Abstinenz keine absolute Sicherheit vor einem Rückfall besteht.

Bei der Betrachtung des weiteren Verlaufes von rückfälligen Patienten wird deutlich, dass ein Rückfall keineswegs mit einem Misserfolg der Therapie gleichgesetzt werden kann, da ein Teil der rückfälligen Patienten im Verlauf zur dauerhaften Abstinenz zurückfinden oder die Phasen der Abstinenz bei einzelnen rückfälligen Patienten überwiegen.

Es konnte gezeigt werden, dass bei einzelnen Patienten nach anfänglicher Rückfälligkeit durch eine weitere stationäre Behandlung langfristige Abstinenz erreicht werden konnte. Daher sollten auch erneute stationäre Therapien gefördert werden.

Die hohe Zahl an Patienten, die bereits 25 Jahre oder mindestens 20 Jahre abstinent leben, zeigt, dass lebenslange Abstinenz ein erreichbares und erstrebenswertes Therapieziel darstellt.

Da die Patienten ihre Unterstützung hauptsächlich bei Hausärzten oder Selbsthilfegruppen in Anspruch nehmen, ist eine weiterhin enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten und psychosozialen Beratungsstellen sowie eine Einbeziehung von Selbsthilfegruppen sowohl während der stationären als auch während der ambulanten Phase der Therapie erstrebenswert. Gerade Selbsthilfegruppen stellen für einige Patienten nach einem Rückfall eine niedrigschwellige Anlaufstelle dar, für andere bieten sie über lange Zeit eine Hilfestellung in der Aufrechterhaltung der Abstinenz. Nach Aussagen der Patienten spielen Ehepartner und Familienmitglieder eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz. Demzufolge stellen die Angebote der Angehörigenseminare und Gesprächsgruppen einen wichtigen Baustein der Therapie dar.

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs der Prognosefaktoren mit dem Trinkverhalten im Verlauf zeigte sich, dass auch Personen, für die zum Therapiezeitpunkt scheinbar ungünstige Voraussetzungen vorlagen, bei der jetzigen Katamnese kein signifikant schlechteres Ergebnis erzielten. In Anbetracht dieser Tatsache erscheint eine großzügigere Auslegung der Aufnahmekriterien möglich.

5 Zusammenfassung

Die vorliegende Studie beschreibt eine 25-Jahres-Katamnese von 96 Patienten, die 1976 an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen eine kombiniert stationär-ambulante Alkoholentwöhnungstherapie absolvierten.

Dieselbe Gruppe wurde bereits nach zwei, fünf, zehn und 16 Jahren nachuntersucht.

Die Erhebung des Trinkverhaltens stellte einen Schwerpunkt der Befragung dar. Um die Lebenssituation der Patienten bestmöglich zu erfassen, wurden außerdem Bereiche der sozialen, beruflichen und gesundheitlichen Situation sowie die Inanspruchnahme weiterer Therapiemaßnahmen erfragt.

Bei der Untersuchung waren von den damaligen Patienten noch 56 am Leben. Informationen liegen von über 90% dieser Patienten vor; mit 46 Personen (82%) erfolgte ein persönliches Interview, bei fünf Patienten (9%) wurde ein Ersatzinformant befragt.

In den zwölf Monaten vor der Befragung waren 33 Patienten (59% der im Jahr 2001 lebenden Patienten) abstinent, acht (14%) zeigten ein gebessertes Trinkverhalten und 15 Patienten (27%) wurden als nicht gebessert eingestuft.

Bezogen auf die ursprüngliche Patientengruppe bedeutet dies, dass in den zwölf Monaten vor der Befragung 34% der Gesamtgruppe abstinent lebten und 24% der Patienten rückfällig waren. Verstorben waren 40 Personen (42% der Gesamtgruppe), von denen 28 Patienten (70%) rückfällig geworden waren.

Unter den Abstinenter lebten 17 Personen (18%) seit der Therapie abstinent, sieben weitere (7%) seit mindestens zwanzig Jahren. Die Gruppe der Rückfälligen lässt sich unterteilen in acht Patienten mit gebessertem Trinkverhalten und 10 Patienten mit ungebessertem Trinkverhalten sowie fünf nicht auffindbare Patienten.

In der vorliegenden Katamnese konnten im Unterschied zu den ersten Voruntersuchungen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Prognosekriterien zum Therapiezeitpunkt und dem jetzigen Trinkverhalten nachgewiesen werden.

In den ersten zwei Jahren nach der Therapie war die Wahrscheinlichkeit für einen ersten Rückfall am höchsten. Es zeigte sich jedoch auch, dass selbst nach 24 Jahren Abstinenz ein Rückfall auftreten kann.

Unter den Patienten, die nach der Therapie wieder rückfällig wurden, zeigte sich eine im Vergleich zur Normalbevölkerung 2,5-fach erhöhte Mortalität, während die Sterblichkeit der nach der Therapie abstinenten Personen dem Wert der Normalbevölkerung entspricht.

Die Inanspruchnahme von ambulanten oder stationären Nachsorgeeinrichtungen ging im Vergleich zu den vorhergehenden Katamnesen weiter zurück. Für viele Patienten spielte der Hausarzt eine wichtige Rolle in der ambulanten Nachsorge, zehn Personen besuchten regelmäßig eine Selbsthilfegruppe.

Der genaue Verlauf einzelner Patienten bezüglich des Trinkverhaltens und weiterer Lebensbereiche über den gesamten Zeitraum seit der Therapie wird durch detaillierte Life-Chart-Tabellen grafisch dargestellt.

6 Abbildungs-, Tabellen- und Abkürzungsverzeichnis

Abbildung 1: Alter	23
Abbildung 2: Geschlecht	23
Abbildung 3: Familienstand	24
Abbildung 4: Arbeitslosigkeit	25
Abbildung 5: Abhängigkeitsdauer.....	25
Abbildung 6: Alkoholismustyp.....	26
Abbildung 7: Vorbehandlungen	27
Abbildung 8: Angehörigenteilnahme.....	28
Abbildung 9: Informationsquelle	36
Abbildung 10: Todesursachen.....	39
Abbildung 11: Partnerschaftssituation	40
Abbildung 12: Familienstand Vergleich Abstinente - Rückfällige.....	41
Abbildung 13: Außerfamiliäre Kontakte Vergleich Abstinente - Rückfällige.....	42
Abbildung 14: Berufliche Situation.....	43
Abbildung 15: Erwerbstätigkeit Vergleich Abstinente - Rückfällige.....	43
Abbildung 16: Arbeitslosigkeit Vergleich Abstinente – Rückfällige	44
Abbildung 17: Krankenhausaufenthalte Vergleich Abstinente - Rückfällige	45
Abbildung 18: Zufriedenheit mit gesundheitlicher Situation Vergleich Abstinente - Rückfällige	46
Abbildung 19: Psychische Situation Vergleich Abstinente - Rückfällige	47
Abbildung 20: Stationäre Therapiemaßnahmen	49
Abbildung 21: Vergleich Trinkverhalten bei Patienten mit oder ohne SHG- Teilnahme	50
Abbildung 22: Trinkverhalten in den letzten 12 Monaten.....	53
Abbildung 23: Trinkverhalten 2001	54
Abbildung 24: Abstinenzzeiten bei Rückfälligen	56
Abbildung 25: Abstinenzzeiten (Lebende).....	57
Abbildung 26: Zeitpunkt des 1. Rückfalls	58
Abbildung 27: Trinkverhalten Verstorbene und Lebende im Vergleich.....	59

Abbildung 28: Interviewte Patienten bzw. Kollateralinformanten 60
 Abbildung 29: Stationäre Therapiemaßnahmen 61
 Abbildung 30: Trinkverhalten Lebende: Entwicklung 1978 - 2001 63
 Abbildung 31: Trinkverhalten: Entwicklung 1978 -2002..... 64
 Abbildung 32: Flussdiagramm Trinkverhalten 1978 - 2001 66

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ursache von Todesfällen 38
 Tabelle 2: Erster Rückfall 58
 Tabelle 3: Mortalität und jetziges Trinkverhalten bzw. Trinkverhalten vor dem Tod..... 59
 Tabelle 4: Trinkverhalten der Verstorbenen im Jahr vor ihrem Tod..... 62
 Tabelle 5: Zeitpunkt des ersten Rückfalls und jetziges Trinkverhalten 67

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
AA	Anonyme Alkoholiker
abst.	abstinent
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik Tübingen (neuer Name: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen)
RF	Rückfall
SHG	Selbsthilfegruppe

7 Literaturverzeichnis

- Abel, M. (1992): Eine prospektive Untersuchung zur Reliabilität trinkanamnestischer Angaben von Alkoholpatienten. Dissertation. Eberhard-Karls-Universität Tübingen
- Allen, J.P.; Litten, R.L. (2003): Recommendations of use of biomarkers in alcoholism treatment trials. *Alcohol Clin Exp Res* 27, 1667-1670
- Armor, D.J.; Polich, J.M.; Stabul, H.B. (1976): Alcoholism and treatment (Rand Report 1). Rand Corporation, Santa Monica
- Babor, T.F.; Longabaugh, R.; Zweben, A., Fuller, R.K.; Stout, R.L.; Anton, R.F.; Randall, C.L. (1994): Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research. *J Stud Alcohol* 12, 101-111
- Babor, T.F.; Steinberg, K.; Anton, R.; Del Boca, F. (2000): Talk is cheap: Measuring drinking outcomes in clinical trials. *J Stud Alcohol* 61, 55-63
- Bauer, U.; Wolfram, H.; Strzata, A.; Neise, U.; Kühne, G.-E. (1995): Langzeit-Katamnesen Alkoholabhängiger über 10 bis 14 Jahre nach stationärer viermonatiger Entwöhnungsbehandlung – Erfolgsmerkmale und Mortalität. *Sucht* 41, 384-394
- Beresford, T.P. (1993): Alcoholism in the elderly. *Int Rev Psychiatry* 5, 477-483
- Bongers, I.M.B.; van Oers, J.A.M. (1998): Mode effects on self-reported alcohol use and problem drinking: mail questionnaires and personal interviewing compared. *J Stud Alcohol* 59, 280-285
- Chick, J.; Howlett, H.; Morgan, M.Y.; Ritson, B. (2000a): United Kingdom Multicentre Acamprosate Study (UKMAS): a 6-month prospective study acamprosate versus placebo in preventing relapse after withdrawal from alcohol. *Alcohol Alcohol* 35, 176-187
- Chick, J.; Anton, R.; Checinski, K.; Croop, R.; Drummond, D.C.; Farmer, R.; Labriola; Marshall, J.; Moncrieff, J.; Morgan, M.Y.; Peters, T.; Ritson, B. (2000b): A multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial of naltrexone in the treatment of alcohol dependence or abuse. *Alcohol Alcohol* 35, 587-593
- Ciampi, L.; Eisert, M. (1971): Etudes catamnestiques de longue durée sur le vieillissement des alcooliques. *Soc Psychiatry* 6, 129-151

- Cross, G.M.; Morgan, Ch.W.; Mooney, A.; Martin, C.C.; Rafter, J.A. (1990): Alcoholism treatment: A ten-year follow up study. *Alcohol Clin Exp Res* 14, 169-173
- Czarnecki, D.M.; Russell, M.; Cooper, M.L.; Salter, D. (1990): Five-year reliability of self-reported alcohol consumption. *J Stud Alcohol* 51, 68-76
- De Soto, C.B.; O'Donnell, W.E.; De Soto, J.L. (1989): Long-term recovery in alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 13, 693-697
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (2001): Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. Sonderheft 2 der Zeitschrift „Sucht“. Neuland Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2003): Jahrbuch Sucht 2004. Neuland Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht
- Edwards, G.; Brown, D.; Oppenheimer, E.; Sheehan, M.; Taylor, C.; Duckit, A. (1988): Long-term outcome for patients with drinking problems: the search for predictors. *Br J Addict* 83, 917-927
- Emrick, C.D. (1974): A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behaviour following treatment. *Quart J Stud Alcohol* 35, 523-549
- Engel, R.; Schöchlin, C. (1995): Therapeutische Strategien zur Überwindung der Alkoholsucht: Metaanalyse klinischer Prüfungen. In: Mann, K.; Buchkremer, G. (Hrsg): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. Neuland, Geesthacht, S. 102-105
- Fahrenkrug, W.H. (1987): Amerikanische Langzeituntersuchungen zu Alkoholproblemen. In: D. Kleiner: Langzeitverläufe bei Suchtkranken. Springer, Berlin, S. 24-39
- Feuerlein, W. (1987): Langzeitverläufe des Alkoholismus. In: Kleiner, D (Hrsg.): Langzeitverläufe bei Suchtkranken. Springer, Berlin, S. 40-54
- Feuerlein, W. (1990): Langzeitverläufe des Alkoholismus. In: Schwoon, D.R.; Krausz, M. (Hrsg): Suchtkranke: Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Enke, Stuttgart, S. 69-80
- Feuerlein, W.; Küfner, H.; Soyka, M. (1998): Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. 5. Aufl. Thieme, Stuttgart

- Fichter, M.M. (1997): Epidemiologie von Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit. In: Soyka, M.; Möller, H.-J. (Hrsg.) Alkoholismus als psychische Störung. Springer, Berlin Heidelberg New York. S. 1-11
- Fichter, M.M.; Frick, U. (1992): Therapie und Verlauf von Alkoholabhängigkeit. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York
- Finney, J.W.; Moos, R.H. (1991): The long term course of treated alcoholism: 1. Mortality, remission and relapse rates and comparisons with community controls J Stud Alcohol 52, 44-54
- Finney, J.W.; Moos, R.H. (1992): The long term course of treated alcoholism: 2. Predictors and correlates of 10-year functioning and mortality. J Stud Alcohol 53, 142-153
- Fitzgerald, J.L.; Mulford, H.A.(1992): Elderly versus younger problem drinker treatment and recovery experiences. Brit J Addiction 87, 1281-91
- Gruner, W.; Esser, R. (1979): Die regionale Suchtkrankenversorgung an der Tübinger Universitätsnervenlinik. Suchtgefahren 25, 29-36
- Gossop, M.; Harris, J.; Best, D.; Man, L.-H.; Manning, V.; Marshall, J.; Strang, J. (2003): Is attendance at alcoholic anonymous meetings after inpatient treatment related to improved outcomes? A 6-month follow-up study. Alcohol Alcohol 38, 421-426
- Gual, A.; Lligona, A.; Colom, J. (1998): Five-year outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. Alcohol Alcohol 34, 183-192
- Heck, R.F. (1987): Fünf-Jahres-Katamnesen an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen im Jahre 1976 behandelte alkoholkranker Männer und Frauen. Dissertation. Eberhard-Karls-Universität Tübingen
- Heide, K. (1985): Katamnesen nach Alkoholismustherapie an der Suchtstation der Universitäts-Nervenlinik Tübingen (1976) Dissertation. Eberhard-Karls-Universität Tübingen
- Hesselbrock, M.N.; Meyer, R.E.; Keener, J.J. (1985): Psychopathology in hospitalized alcoholics. Arch Gen Psychiatry 42, 1050-1055
- Hyman, M.M. (1976): Alcoholics 15 years later. Ann NY Acad Sci 273, 613-623
- Jellinek, E.M. (1960): The disease concept of alcoholism. College and University Press, New Haven

- John, U. (1979): Zum Stellenwert der Arbeit im Therapieerfolg bei Alkoholkranken. Suchtgefahren 25, 145-156
- John, U. (1984): Erfolgskriterien bei Alkoholabhängigen nach einer Therapie: Aspekte sozialer Integration und Abstinenz. Suchtgefahren 30, 168-177
- Kapp, B.; Stetter, F.; Heyden, C.v.; Zähres, S.; Mann, K. (1994): Alkoholranke im Entzug: passager verstimmt oder depressiv? In: Dt. Gesell. für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg): Kongreß 1994. Abstractband. Darmstadt, S. 18-26
- Körkel, J.; Lauer, G. (1988): Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik und Überblick über den Forschungsstand. In: Körkel, J. (Hrsg): Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht. Springer, Berlin, S. 3-122
- Küfner, H.; Feuerlein, W.; Flohschütz, T. (1986): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestische Ergebnisse. Suchtgefahren 32, 1-86
- Küfner, H.; Feuerlein, W.; Huber, M. (1988): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahres-Katamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. Suchtgefahren 34, 157-271
- Kunkel, E. (1987): Kontrolliertes Trinken und Abstinenz – Therapieziele bei Alkoholikern. Suchtgefahren 33, 389-404
- Längle, G. (1990): Zehn-Jahres-Katamnesen nach einer Alkohol-entwöhnungsbehandlung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen. Dissertation. Eberhard-Karls-Universität Tübingen
- Längle, G.; Schied, H.W. (1990): Zehn-Jahres-Katamnesen eines integrierten stationären und ambulanten Behandlungsprogrammes für Alkoholranke. Suchtgefahren 36,97-105
- Lewis, C.E.; Smith, E.; Kercher, C.; Spitznagel, E. (1995): Assessing Gender Interactions in the Prediction of Mortality in Alcoholic Men and Women: A 20-Year Follow-Up Study. Alcohol Clin Exp Res 19, 1162-1172
- Lloyd, G. (2002): One hundred alcoholic doctors: A 21-year follow-up. Alcohol Alcohol 37, 370-374

- Mann, K. (2000): Therapie der Alkoholabhängigkeit. In: Seitz, H.K.; Lieber, C.S.; Simanowski, U.A. (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus und alkoholbedingte Organschäden. Barth Verlag Heidelberg. S.146-155
- Mann, K. (2002): Berliner Eckpunkte. In: Mann, K. (Hrsg): Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Lengerich, Berlin, Wien, Pabst., S. 16
- Mann, K.; Batra, A. (1993): Die gemeindenahe Versorgung von Alkoholabhängigen. Evaluation eines kombinierten stationären und ambulanten Behandlungskonzeptes. Psychiat Prax 20, 102-105
- Mann, K.; Mundle, G. (1996): Die pharmakologische Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigen – Bedarf und Möglichkeiten. In: Mann, K.; Buchkremer, G. (Hrsg.): Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie. 317-321
- Marshall, E.J.; Edwards, G.; Taylor, C. (1994): Mortality in men with drinking problems: a 20 year follow-up. Addiction 89, 1293-1298
- McCabe, R.J.R. (1986): Alcohol-dependent individuals sixteen years on. Alcohol Alcohol 21, 85-91
- McCrary, B.S.; Delaney, S.I. (1995): Self-help groups. In: Hester, R.K.; Miller, W.R. (Hrsg.): Alcoholism Treatment Approaches, 2nd ed. Simon& Schuster, Needham Heights/Maas. S.160-175
- Midanik, L.T. (1982): The validity of self-reported alcohol consumption and alcohol problems: A literature review. Brit J Addict 77, 357-382
- Miller, W.R.; Walters, S.T.; Bennett, M.E. (2001): How effective is alcoholism treatment in the United States? J Stud Alcohol 62, 211-220
- Miller, W.R.; Wilbourne, P.L. (2002): Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. Addiction 97, 265-277
- Moyer, A; Finney, J.W.; Swearingen, C.E. (2001): Methodological characteristics and quality of alcohol treatment outcome studies: 1970-98: an expanded evaluation. Addiction 97, 253-263
- Moos, R.H.; Finney, J.W.; Cronkite, R.C.(1990): Alcoholism treatment: context, process, outcome. Oxford University Press
- Mundle, G. (1996): Die Alkoholabhängigkeit im Alter. In: Mann, K.; Buchkremer, G. (Hrsg.): Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie. G.Fischer, Stuttgart, Jena, New York. S. 203-210

- Mundle, G.; Ackermann, K.; Günthner, A.; Munkes, J; Mann, K. (1995): Der Behandlungserfolg bei Alkoholabhängigen. Ein Vergleich von Selbstaussagen und biologischen Markern. In: Mann, K.; Buchkremer, G. (Hrsg.): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. Neuland, Geesthacht. S. 90-92
- Nathan, P.E.; Skinstad, A.H. (1987): Outcomes of treatment for alcohol problems: Current methods, problems and results. *J Cons Clin Psychol* 55, 332-340
- Nordström, G.; Berglund, M. (1987): A prospective study of successful long-term adjustment in alcohol dependence: social drinking versus abstinence. *J Stud Alcohol* 48, 95-103
- O'Connor, A.; Daly, J. (1985): Alcoholics: A twenty year follow-up study. *Br J Psychiatry* 146, 645-647
- Pendery, M.L.; Maltzman, J.M.; West, L.J. (1982): Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. *Science* 217, 169-175
- Pfrang, H.; Schenk, J.; Reimer, F. (1988): Alkoholismus: Vorhersagbarkeit des Therapieergebnisses und der Teilnahme an Selbsthilfegruppen in der Nachsorge. *Suchtgefahren* 34, 379-388
- Polich, J.M.; Armor, D.J.; Braike, H. (1981): The course of alcoholism: Four years after treatment. (Rand Report 2) Wiley, New York
- Poser, W.; Pudel, V. (1981): Sucht und Süchtige in der Vorstellung der Bundesbürger. *Ifak-Spectrum*, 4; Ifak-Institut, Taunusstein
- Powell, B.J.; Landon, J.F.; Cantrell, P.J.; Penick, E.C.; Nickel, E.J.; Liskow, B.I., Coddington, T.M.; Campbell, J.L.; Dale, T.M.; Vance, M.D.; Rice, A.S. (1998): Prediction of drinking outcome for male alcoholics after 10 to 14 years. *Alcohol Clin Exp Res* 22, 559-566
- Project MATCH Research Group (1997): Matching alcoholism to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 58, 7-29
- Schäfer, D.R. (1996): Der Langzeitverlauf bei Alkoholabhängigen – sechzehn Jahre nach einer stationär-/ ambulanten Psychotherapie. Dissertation, Eberhard-Karls-Universität Tübingen
- Scheller, R; Klein, M.; Zimm, S. (1995): Verläufe von Suchtkarrieren: Langzeitkatamnesen aus kritischer Perspektive. In: Körkel, J; Lauer, G; Scheller, R. (Hrsg.): Sucht und Rückfall. Enke, Stuttgart. S. 2-13

- Schmidt, L. (1997): Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch; 4. Auflage
Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln
- Schwab, J.J. (1994): Psychodynamische Aspekte der Comorbidität von Süchten
und psychiatrischen Erkrankungen. In: Nissen, G. (Hrsg):
Abhängigkeit und Sucht: Prävention und Therapie. Huber, Bern,
Göttingen, Toronto, Seattle. S. 44-53
- Shaw, G.K.; Waller, S.; Latham, C.J.; Dunn, G.; Thomson, A.D. (1997):
Alcoholism: A long-term follow-up study of participants in an
alcohol treatment programme. *Alcohol Alcohol* 32, 527-535
- Sobell, M.B.; Sobell, L.C.; Klajner, F. (1986): The reliability of a timeline method
for assessing normal drinker college students' recent drinking
history: utility for alcohol research. *Addict Behav* 11, 149-161
- Sobell, L.C.; Sobell, M.B.; Schuller, R.; Pavan, D.S.; Cancilla, A.; Klajner, F.,
Leo, G.I. (1988): The reliability of alcohol abusers' self-reports of
drinking and life events that occurred in the distant past.
J Stud Alcohol 49, 225-232
- Sobell, L.C.; Sobell, M.B.; Connors, G.J.; Agrawal, S. (2003): Assessing
drinking outcomes in alcohol treatment efficacy studies: Selecting
a yardstick of success. *Alcohol Clin Exp Res* 27, 1661-1666
- Soyka, M. (2000): Praxisratgeber Alkoholabhängigkeit. UNI-MED Verlag,
Bremen
- Spinatsch, M. (1992): The predictors of long-term outcome of male alcoholics
after inpatient treatment: The case of a clinical population in
German-speaking Switzerland. *Int J Addict* 27, 1087-1103
- Süß, H.M. (1995): Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen:
Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychol. Rundschau* 46, 248-266
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2004): Periodensterbetafeln für Deutschland,
Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Vaillant, G.E. (1983): The natural history of alcoholism.
Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts
- Vaillant, G.E. (1988): What can long-term follow-up teach us about relapse and
prevention of relapse in addiction). *Brit J Addict* 83,1147-1157
- Vaillant, G.E. (1996): A Long-term Follow-up of Male Alcohol Abuse. *Arch Gen
Psychiatry* 53, 243-249

Vaillant, G.E. (2003): A 60-year follow-up of alcoholic men.
Addiction 98, 1043-1051

Watzl, H. (1979): Überlegungen zur Bewertung von Abstinenzraten.
Suchtgefahren 25 (1), 37-38

Watson, C.G.; Tilleskjoer, C; Hoodecheck-Schow, E.A.; Pucel, J; Jacobs, L.
(1984): Do alcoholics give valid self-reports? J Stud Alcohol 45,
344-348

Wetterling, T.; Veltrup, C. (1997): Diagnostik und Therapie von Alkohol-
problemen. Ein Leitfaden. Springer, Berlin

Wieser, S. (1966): Alkoholismus III: Katamnesen und Prognose. Fortschritte der
Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 34, 565-588

8 Anhang

8.1 Anschreiben

Sehr geehrter Herr/ geehrte Frau,

Vermutlich wundern Sie sich jetzt, dass sich die Universitätsklinik Tübingen nach so langer Zeit wieder bei Ihnen meldet. Vielleicht erinnern Sie sich ja noch an das letzte Gespräch vor neun Jahren.

Zunächst einmal möchten wir uns ganz herzlich bei Ihnen für alle bisherige Mitarbeit und Ihre Teilnahme an Befragungen bedanken. Bestimmt war es nicht immer einfach für Sie, gerade auch persönliche Informationen weiterzugeben. Aber durch ihre Mitarbeit kann zukünftigen Betroffenen geholfen werden.

Vielleicht interessieren Sie die insgesamt ermutigenden Ergebnisse: Zum Zeitpunkt der Befragung war knapp die Hälfte aller Teilnehmer/innen der Therapie seit mindestens einem Jahr abstinent. Erfreulich war weiterhin, dass einige, die in den ersten Jahren mit Rückfällen zu kämpfen hatten, inzwischen abstinent waren.

Mit Ihrer Hilfe wollen wir den Verlauf Ihrer Erkrankung über insgesamt 25 Jahre nach der Behandlung in unserer Klinik beobachten. Dieser lange Beobachtungszeitraum ist für Deutschland einmalig. Auch international gibt es nur wenige Untersuchungen.

Die letzte Untersuchung liegt nun schon wieder Jahre zurück. Daher möchten wir Sie mit diesem Brief noch ein weiteres Mal bitten, uns Ihre Erfahrungen der letzten Jahre mitzuteilen.

Frau I. Zeller, eine wissenschaftliche Mitarbeiterin unserer Klinik, möchte sich aus diesen Gründen gerne persönlich mit Ihnen unterhalten.

Bitte geben Sie ihr dazu Gelegenheit. Das Gespräch wird Sie nicht länger als maximal eine Stunde in Anspruch nehmen. Selbstverständlich werden Ihre Auskünfte streng vertraulich behandelt.

Frau Zeller wird Sie in den nächsten Wochen anrufen, um mit Ihnen einen geeigneten Termin zu vereinbaren.

Wir hoffen auf Ihr Verständnis und Ihre Mitarbeit
Mit freundlichen Grüßen

PD Dr. G. Mundle
Oberarzt der Klinik

I. Zeller

8.2 Fragebogen und Häufigkeiten der Einzelvariablen

(Prozentangaben jeweils gerundet)

8.2.1 Aufnahmeerhebung

Daten erhoben durch Heide (1985) aus den Akten der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen.

A1) Alter:		
unter 20 Jahre	1%	
21 – 30 Jahre	16%	
31 – 40 Jahre	43%	
41 – 50 Jahre	31%	
älter als 50 Jahre	9%	n = 96

A2) Geschlecht:		
männlich	73%	
weiblich	27%	n = 96

A3) Familienstand:		
ledig	18%	
verheiratet	70%	
verwitwet	4%	
geschieden	8%	n = 96

A4) Wohngemeinschaft:		
mit Ehepartner/ in	71%	
mit Eltern	15%	
mit Sonstigen	5%	
alleine wohnend	9%	n = 96

A5) Schulbildung:		
Hochschulabschluss	5%	
Abitur	7%	
mittlere Reife	9%	
höhere Schule ohne Abschluss	7%	
Hauptschulabschluss	68%	
keine der oben genannten	3%	n = 96

A6) Alkoholrisikoberuf:		
nein	60%	
ungelernt	20%	
ja	21%	n = 96

A7) Beruflicher Abstieg:			
nein	79%		
ja	21%	n = 95	
A8) Arbeitslosigkeit:			
nein	59%		
drohende Arbeitslosigkeit	19%		
arbeitslos	22%	n = 94	
A9) Berufliche Probleme vor der Kur:			
keine	19%		
kaum	3%		
teils	28%		
etwas	22%		
erheblich	28%	n = 32	
A10) Vorbestrafungen:			
nein	87%		
ja	13%	n = 95	
A11) Alter bei Beginn der Alkoholkrankheit:			
unter 20 Jahre	22%		
21 – 30 Jahre	44%		
31 – 40 Jahre	28%		
41 – 50 Jahre	4%		
über 50 Jahre	1%	n = 95	
A12) Dauer der Alkoholabhängigkeit:			
bis zu 5 Jahren	30%		
6 – 10 Jahre	26%		
11-15 Jahre	20%		
16-20 Jahre	12%		
mehr als 20 Jahre	13%	n = 95	
A13) Alkoholismustyp:			
Gamma	48%		
Delta	14%		
Mischtyp	22%		
Sonstige	16%	n = 95	
A14) Vorbehandlungen wegen Alkoholkrankheit:			
keine	66%		
abgeschlossene Entziehungskur	5%		
abgebrochene Entziehungskur	5%		
mehrere Entziehungskuren	3%		
sonstige stationäre Therapie	21%	n = 96	

A15) Mehrfachabhängigkeit:		
nein	92%	n = 95
ja	8%	

A16) Zustand der Ehe vor der Kur:		
nicht gestört	15%	n = 27
etwas gestört	44%	
sehr gestört	41%	

A17) Haben Sie vor der Kur schon illegale Drogen zu sich genommen? :		
nein	100%	n = 45
selten	0%	
häufiger	0%	

8.2.2 Entlassungserhebung

Daten erhoben durch Heide (1985) aus den Akten der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen.

E1) Rückfall während der Kur:		
unbekannt	93%	n = 96
ja	7%	

E2) Stationäre Therapie komplett?:		
ja	84%	n = 96
im Einverständnis gekürzt	6%	
abgebrochen	6%	
disziplinarisch entlassen	3%	

E3) Teilnahme von Angehörigen an Angehörigengruppe:		
nie	31%	n = 91
ein- bis zweimal	22%	
drei- bis viermal	47%	

E4) Teilnahme an ambulanten Sitzungen:		
nie	14%	n = 94
bis zu 20% der Sitzungen	12%	
20 – 50%	19%	
50 – 75%	3%	
über 75%	52%	

E5) Wiederaufnahme bei Rückfall:		
nein	55%	n = 94
einmal	9%	
häufiger	4%	
entfällt, kein Rückfall	32%	

8.2.3 Zusammenfassungen der Zwei-, Fünf-, Zehn- und 16-Jahres-Katamnesen

Daten von Heide (1985), Heck (1987), Längle (1990), Schäfer (1996).

Z1) Anzahl stationärer Aufenthalte im Zusammenhang mit Alkoholkonsum oder zum körperlichen Entzug:

1976 – 1981:			
kein Aufenthalt	79%		
einmaliger Aufenthalt	13%		
2 Aufenthalte	1%		
3 Aufenthalte	1%		
4 Aufenthalte	1%		
5 Aufenthalte	1%		
9 Aufenthalte	2%		n = 82
1981 – 1986:			
kein Aufenthalt	89%		
einmaliger Aufenthalt	5%		
2 Aufenthalte	3%		
3 Aufenthalte	1%		
8 Aufenthalte	1%		n = 75
1986 – 1992:			
kein Aufenthalt	92%		
einmaliger Aufenthalt	7%		
4 Aufenthalte	2%		n = 59

Z2) Anzahl kurz- und mittelfristiger Entwöhnungskuren (weniger als sechs Monate):

1976 – 1981:			
keine	88%		
eine	11%		
zwei	1%		n = 85
1981 – 1986:			
keine	91%		
eine	9%		n = 78
1986 – 1992:			
keine	95%		
eine	2%		
zwei	3%		n = 60

Z3) Anzahl längerfristiger Kuren (von mindestens sechs Monaten Dauer):

1976 – 1981:			
keine	80%		
eine	18%		
zwei	2%		n = 85
1981 – 1986:			
keine	94%		
eine	5%		
zwei	1%		n = 77
1986 – 1992:			
keine	95%		
eine	5%		n = 60

Z4) Gesamtbeurteilung Trinken 1978:

abstinent	46%		
abstinent nach leichtem Rückfall	6%		
abstinent nach schwerem Rückfall	3%		
trinkend, aber gebessert	10%		
nicht gebessert	21%		
verschlechtert	13%		n = 67

Z5) Gesamtbeurteilung Trinken 1981:

abstinent, ohne Kur	31%		
abstinent nach leichter Rückfälligkeit, ohne Kur	0%		
abstinent nach schwerer Rückfälligkeit, ohne Kur	9%		
gebessert, ohne Kur	9%		
nicht gebessert, ohne Kur	18%		
nach weiterer Kur abstinent	18%		
nach weiterer Kur gebessert	7%		
nach weiterer Kur trinkend	8%		n = 85

Z6) Gesamtbeurteilung Trinken 1986:

abstinent, ohne Kur	57%		
abstinent nach leichter Rückfälligkeit, ohne Kur	1%		
abstinent nach schwerer Rückfälligkeit, ohne Kur	0%		
gebessert, ohne Kur	11%		
nicht gebessert, ohne Kur	22%		
nach weiterer Kur abstinent	5%		
nach weiterer Kur gebessert	0%		
nach weiterer Kur trinkend	4%		n = 76

Z7) Gesamtbeurteilung 1986:		
abstinent und gute sonstige Verhältnisse	47%	
abstinent und keine guten sonstigen Verhältnisse	8%	
trinkend und gute sonstige Verhältnisse	4%	
trinkend und keine guten sonstigen Verhältnisse	11%	
gestorben	20%	
kein Ergebnis zu ermitteln	10%	n = 93

Z8) Gesamtbeurteilung Trinken 1992:		
abstinent	64%	
gebessert	17%	
nicht gebessert	19%	n = 59

8.2.4 Interviewerprotokoll

1) Probleme, Patient/ in aufzufinden:		
keine Probleme	77%	
ja, aber aufgefunden	12%	
nicht aufgefunden	11%	n = 56

2) Probleme beim Interview:		
keine Probleme	67%	
Mitwirkung abgelehnt	6%	
Mitwirkung ursprünglich abgelehnt	27%	n = 49

3) Befragung von Kollateralinformant/ in:		
nicht befragt, da Info von Patient/ in ausreichend	40%	
kein/e Kollateralinformant/ in vorhanden	8%	
von Patient/ in abgelehnt	2%	
von Kollateralinformant abgelehnt	0%	
ja	50%	n = 52

4) Interviewsituation mit Patient/ in:		
kein Interview	10%	
Patient/ in alleine	49%	
Patient/ in mit Partner/ in	21%	
Patient/ in mit Sonstigen	0%	
schriftlich	4%	
telefonisch	16%	n = 51

5) Beurteilung der Verlässlichkeit der Angaben zum Suchtmittelkonsum:		
1 = sehr groß	63%	
2	30%	
3	5%	
4	2%	
5	0%	
6 = sehr gering	0%	n = 46

6) Beurteilung der Verlässlichkeit der sonstigen Angaben:		
1 = sehr groß	63%	
2	26%	
3	9%	
4	2%	
5	0%	
6 = sehr gering	0%	n = 46

7) Drogenfreiheit während der Befragung:		
keine Suchtmittel- bzw. Entzugssymptome	95%	
alkoholisiert	5%	
mittlere Entzugssymptome	0%	
Befragung wegen Alkoholrausch oder starker	0%	
Entzugssymptome nicht durchführbar	0%	n = 44

8) Einschätzung des körperlichen Zustandes des Patienten/ der Patientin:		
Patient/ in nicht gesehen	29%	
körperlich normgerecht	61%	
mäßige körperliche Symptome im		
Zusammenhang mit Alkohol	10%	
mittlere körperliche Symptome	0%	
starke körperliche Symptome	0%	n = 51

9) Kollateralinformant/ in:		
keiner/ keine	49%	
Zweierbeziehung	39%	
Eltern, mit Patient/ in zusammenwohnend	2%	
sonstige Mitbewohner/ innen	0%	
andere Angehörige	8%	
Sonstige	2%	n = 51

10) Interviewsituation mit Kollateralinformant/ in:		
alleine	4%	
zusammen mit Patient/ in	69%	
zusammen mit anderen Angehörigen	0%	
telefonisch	27%	
schriftlich	0%	n = 26

11) Beurteilung zur Verlässlichkeit der Angaben des Kollateralinformanten/ der Kollateralinformantin:		
1 = sehr groß	65%	
2	27%	
3	0%	
4	8%	
5	0%	
6 = sehr gering	0%	n = 26

12) Wenn verstorben, in welchem Lebensalter ?		
21. – 30. Lebensjahr	5%	
31. – 40. Lebensjahr	15%	
41. – 50. Lebensjahr	10%	
51. – 60. Lebensjahr	43%	
61. – 70. Lebensjahr	22%	
71. – 80. Lebensjahr	5%	n = 40

8.2.5 Wohnsituation

13) Hausstand bzw. soziale Integration:		
alleine lebend	14%	
im Heim lebend	6%	
mit Ehemann/ -frau bzw. Lebensgefährten/ -in zusammenlebend	76%	
mit Verwandten oder engen Beziehungsperson zusammenlebend, aber ohne Ehepartner/ in bzw. Lebensgefährten/ -in	4%	n = 51

14) Wohnverhältnisse:		
Eigenheim bzw. Eigentumswohnung	59%	
Mietwohnung	35%	
bei Angehörigen wohnend	0%	
Zimmer zur Untermiete bzw. fester Heimplatz	6%	
ohne festen Wohnsitz	0%	n = 51

8.2.6 Partnerbeziehung, Familie, Kontakte

15) Familienstand:		
ledig	12%	
verheiratet, mit Ehepartner/ in zusammen- lebend	74%	
verheiratet, getrennt lebend	2%	
geschieden	2%	
verwitwet	10%	n = 51

16) Veränderungen im Familienstand seit 1992:		
keine	82%	
Partner/ in gestorben	6%	
Trennung	2%	
Scheidung	0%	
Heirat	6%	
Heirat nach Scheidung	4%	n = 51

17) Partnerschaftssituation im letzten Jahr:		
festе Partnerschaft, gemeinsame Wohnung	76%	
festе Partnerschaft, getrennte Wohnungen	4%	
Trennung von festem Partner/ fester Partnerin	0%	
Single (kurzfristige, zeitweilige Beziehungen)	2%	
keine Partnerschaft	18%	n = 51

18) Wie glücklich waren Sie im letzten Jahr mit Ihrer Ehe/ Partnerschaft?:		
1 = sehr glücklich	43%	
2	33%	
3	13%	
4	3%	
5	3%	
6 = sehr unglücklich	5%	n = 39

19) Hat Ihr Partner/ Ihre Partnerin selbst Alkoholprobleme?:		
nein	87%	
ja, früher, aber jetzt trocken	8%	
nach wie vor	5%	n = 40

20) Wie viele Kinder haben Sie?:		
keine Kinder	16%	
ein Kind	11%	
zwei	36%	
drei	33%	
mehr als drei	4%	n = 45

21) Hat eines Ihrer Kinder Alkoholprobleme?:		
nein	100%	
ja	0%	n = 38

22) Wie wichtig ist Ihnen die Familie?:		
keine Familie, entfällt	19%	
sehr wichtig	62%	
wichtig	17%	
gleichgültig	0%	
unwichtig	2%	n = 47

23) Wie schätzen Sie die Qualität Ihrer Kontakte zu Freunden/ Freundinnen und Bekannten ein?:		
viele und gute Kontakte	31%	
wenige, aber gute Kontakte	33%	
nur oberflächliche Kontakte	25%	
praktisch keine Kontakte	11%	n = 48

8.2.7 Arbeit, berufliche Situation

24) Welches war Ihre überwiegende Erwerbstätigkeit im letzten Jahr?:		
voll erwerbstätig (mehr als 20 Stunden pro Woche bezahlte Erwerbstätigkeit)	(1) 31%	
teilweise erwerbstätig (10 bis 19 Stunden pro Woche)	(2) 4%	
Hausfrau oder Hausmann	(3) 2%	
Rentner/ in	(4) 45%	
Frührentner/ in	(5) 14%	
arbeitslos	(6) 2%	
Sozialhilfe	(7) 2%	
Unterstützung durch Angehörige	(8) 0%	n = 51

25) Wie viele Wochen waren Sie in den letzten 12 Monaten berufstätig?:		
weniger als 20 Wochen	74%	
21 bis 41 Wochen	2%	
mehr als 41 Wochen	24%	n = 51

26) Wie viele Wochen waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?:		
weniger als 5 Wochen	69%	
5 bis 11 Wochen	13%	
11 bis 20 Wochen	13%	
mehr als 20 Wochen	6%	n = 16

27) Wie viele Monate waren Sie in den letzten 9 Jahren arbeitslos?:

gar nicht	(1)	88%	
1 bis 6 Monate	(2)	0%	
7 bis 12 Monate	(3)	0%	
13 bis 24 Monate	(4)	3%	
25 bis 36 Monate	(5)	3%	
mehr als 36 Monate	(6)	6%	n = 32

28) Wie viele verschiedene Arbeitsstellen hatten Sie seit 1992?:

immer die gleiche	(1)	81%	
2 verschiedene	(2)	13%	
3 bis 5 verschiedene	(3)	3%	
mehr als 5 verschiedene	(4)	3%	n = 32

29) Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Arbeit im letzten Jahr?:

entfällt, keine Arbeit		64%	
1 = sehr zufrieden	(1)	8%	
2	(2)	8%	
3	(3)	10%	
4	(4)	10%	
5	(5)	0%	
6 = sehr unzufrieden	(6)	0%	n = 50

30) Wurden Sie bereits berentet?:

nein		41%	
ja, wegen Alkoholproblemen bzw. Alkoholfolgekrankheiten		4%	
ja, altershalber		35%	
ja, aus anderen Gründen		20%	
nein, aber Antrag eingereicht		0%	n = 51

Zusammenfassung der beruflichen Situation:

gut:	24) = (1)		
	27) = (1)		
	28) = (1) oder (2)		
	29) = (1) oder (2)	10%	
schlecht:	alle übrigen		
	außer 24) = (4) oder (5)	23%	
nicht zuzuordnen		8%	
berentet		59%	n = 51

8.2.8 Körperliche und psychische Gesundheit

31) Waren Sie seit 1992 zur stationären Behandlung im Krankenhaus?: (Mehrfachnennungen möglich)			
nie	33%		
wegen körperlichen Erkrankungen	59%		
wegen psychischen Erkrankungen	15%		
wegen Unfall	7%		n = 46
32) Sind Alkoholfolgekrankheiten bekannt?:			
dem Patienten nicht bekannt	86%		
nicht klar, ob Alkoholfolgekrankheit	4%		
relativ sicher, ja	8%		
ausdrücklich vom Hausarzt mitgeteilt	2%		n = 49
33) Sind Sie in den letzten Jahren mit Ihrem körperlichen Zustand zufrieden?:			
1 = sehr zufrieden	31%		
2	34%		
3	21%		
4	8%		
5	6%		
6 = sehr unzufrieden	0%		n = 48
34) Wie empfinden Sie ihre psychische Situation?:			
relativ gut	67%		
eingeschränkt	23%		
schlecht	10%		n = 48
35) Haben Sie in den letzten 9 Jahren einen Selbstmordversuch unternommen?:			
nie	95%		
ja	5%		n = 42
36) Waren Sie seit 1992 in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?: (Mehrfachnennungen möglich)			
nie	67%		
ja, stationär	15%		
ja, ambulant	23%		n = 48
37) Wie ist Ihr Zigarettenkonsum im letzten Jahr?:			
Nichtraucher	57%		
gelegentlich	3 %		
bis zu 20 Zigaretten pro Tag	25%		
21 bis 40 Zigaretten pro Tag	15%		
mehr als 40 Zigaretten pro Tag	0%		n = 40

Zusammenfassung der gesundheitlichen Situation			
gut:	31) =(1)		
	33) = (1) oder (2)		
	26) = (1)	25%	
nicht zuzuordnen		10%	
mäßig oder schlecht: alle anderen		65%	n = 51

8.2.9 Nachsorge, spätere Behandlungen

38) Haben Sie im letzten Jahr an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen?:			
regelmäßig		21%	
unregelmäßig		2%	
nur in Krisenzeiten		0%	
nie		77%	n = 48

39) Waren Sie in den letzten 9 Jahren in einer stationären Entgiftungsbehandlung?:			
nie		86%	
einmal		6%	
zweimal		2%	
mehr als dreimal		6%	n = 48

40) Waren Sie in den letzten 9 Jahren in einer stationären Entwöhnungsbehandlung?:			
weniger als 6 Monate Dauer			
nie		94%	
einmal		4%	
dreimal		2%	n = 48
mindestens 6 Monate Dauer			
nie		100%	
einmal		0%	n = 48

41) Haben Sie in den letzten 9 Jahren Anticraving-Medikamente eingenommen?:			
nie		93%	
ja		7%	n = 45

42) Haben Sie im letzten Jahr wegen Ihrer Abhängigkeitsprobleme eine der folgenden Stellen aufgesucht?: (Mehrfachnennungen möglich)		
psychosoziale Beratungsstelle	7%	
niedergelassene(r)Arzt/ Ärztin	5%	
niedergelassener Psychotherapeut/ niedergelassene Psychotherapeutin	7%	
teilstationäre Behandlung	0%	
keine	86%	n = 42

43) Haben Sie wegen sonstiger seelischer Probleme eine der folgenden Stellen aufgesucht?:		
psychosoziale Beratungsstelle	5%	
niedergelassene(r) Arzt/ Ärztin	2%	
niedergelassener Psychotherapeut/ niedergelassene Psychotherapeutin	17%	
teilstationäre Behandlung	0%	
keine	81%	n = 42

44) Wie schätzen Sie die Hilfe durch Selbsthilfegruppen ein?:		
entfällt, nie da gewesen	60%	
sehr große Hilfe, dauerhaft	26%	
Hilfe, besonders nach erneuter Kur	2%	
Hilfe, besonders in Krisenzeiten	0%	
prinzipiell als positiv empfunden	7%	
überhaupt keine Hilfe	5%	n = 42

45) Wie schätzen Sie die Hilfe durch ambulante Beratungsstellen ein?:		
entfällt, nie da gewesen	91%	
sehr große Hilfe, dauerhaft	5%	
Hilfe, besonders nach erneuter Kur	0%	
Hilfe, besonders in Krisenzeiten	2%	
prinzipiell als positiv empfunden	2%	
überhaupt keine Hilfe	0%	n = 42

46) Wie schätzen Sie die Hilfe durch den Hausarzt/ die Hausärztin ein?:		
entfällt, nie da gewesen	29%	
sehr große Hilfe, dauerhaft	14%	
Hilfe, besonders nach erneuter Kur	2%	
Hilfe, besonders in Krisenzeiten	0%	
prinzipiell als positiv empfunden	41%	
überhaupt keine Hilfe	14%	n = 42

8.2.10 Trinkgewohnheiten

47) Jahr des ersten Rückfalls:		
1976	45%	
1977	14%	
1978	6%	
1979 bis 1980	3%	
1981 bis 1984	2%	
1985 bis 1988	2%	
1989 bis 1992	1%	
1993 bis 1996	0%	
1997 bis 2001	1%	
kein Rückfall	26%	n = 96

48) Wie war das Ausmaß Ihrer Rückfälligkeit seit 1992?:		
kein Rückfall	46%	
höchstens ein Rückfall im Jahr (weniger als 1 Woche Dauer), sonst abstinent	8%	
gelegentlich mäßiges Trinken, sonst abstinent	8%	
Rückfälle bis 1 Monat	2%	
längere Rückfälle, dazwischen monatelang abstinent	16%	
nur kürzere wochenweise Abstinenzzeiten	4%	
dauerhaft trinkend	16%	n = 51

49) Auf welche Gesamtzeit schätzen Sie Ihre Abstinenzzeiten in den letzten 9 Jahren?:		
über 6 Jahre	65%	
3 bis 6 Jahre	12%	
1 bis 3 Jahre	2%	
bis zu 1 Jahr	2%	
keine Abstinenzzeiten	16 %	n = 51

50) Vor welcher Zeit haben Sie das letzte Mal Alkohol getrunken?:		
vor der Therapie	33%	
vor mehr als 20 Jahren	14%	
vor mehr als 10 Jahren	6%	
vor 6 bis 9 Jahren	2%	
vor 3 bis 6 Jahren	4%	
vor 1 bis 3 Jahren	8%	
vor ½ bis 1 Jahr	10%	
vor weniger als ½ Jahr	23%	n = 51

51) Was war Ihre durchschnittliche Trinkmenge im letzten Jahr (pro Trinkgelegenheit)?:		
abstinent	68%	
weniger als 30g pro Tag	10%	
30 bis 60g pro Tag	8%	
60 bis 100g pro Tag	10%	
mehr als 100g pro Tag	4%	n = 50
52) Wie war Ihr Trinkverhalten im letzten Jahr?:		
abstinent	59%	
1 Rückfall, höchstens eine Woche, sonst abstinent	8%	
tageweise rückfällig	4%	
gelegentlich geringe Mengen trinkend	0%	
bis zu 2x 1 Monat rückfällig	2%	
bis 6 Monate trinkend	4%	
dauerhaft trinkend	23%	n = 51
53) Wie häufig haben Sie im letzten Jahr bis zum Rausch getrunken?:		
nie	83%	
gelegentlich	15%	
häufig	2%	
fast täglich oder täglich	0%	n = 48
54) Hat sich Ihre Trinkmenge im Verlauf des letzten Jahres gesteigert?:		
nein	96%	
ja	4%	n = 50
55) Was war im letzten Jahr Ihre höchste Trinkmenge am Tag?:		
abstinent	63%	
weniger als 30g Alkohol pro Tag	15%	
30 bis 60g Alkohol pro Tag	2%	
60 bis 100g Alkohol pro Tag	12%	
mehr als 100g Alkohol pro Tag	8%	n = 48
56) Trat im Verlauf des letzten Jahres ein Kontrollverlust beim Trinken ein?:		
nein	90%	
ja	10%	n = 48
57) Haben Sie im letzten Jahr Entzugserscheinungen nach Absetzen des Alkohols bemerkt?: (Mehrfachnennungen möglich)		
nie	90%	
mäßige vegetative Entzugserscheinungen	6%	
starke Entzugserscheinungen	4%	
Krampfanfall	0%	
Delir	0%	n = 47

58) Was war der Auslöser für einen Rückfall?: (Mehrfachnennungen möglich)

kein Rückfall	67%	
Wunsch, kontrolliert zu trinken	20%	
Partnerprobleme	7%	
Arbeitsprobleme	0%	
psychisches Missbefinden	13%	
Arbeitslosigkeit	0%	
Tod eines nahen Verwandten	0%	
Einsamkeit	0%	
Einladung nicht abschlagen können	7%	
Scheidung	0%	
finanzielle Probleme	0%	n = 45

59) Maßnahmen nach Rückfall: (Mehrfachnennungen möglich)

Beendigung von sich aus	67%	
ambulante Behandlung	13%	
stationäre Behandlung	25%	n = 24

60) Welches waren für Sie die 3 größten Hilfen bei der Bemühung um eine Kontrolle/ Besserung des Trinkverhaltens?: (bis zu 3 Nennungen)

eigene Person (Änderung der Einstellung)	52%	
Zweierbeziehung	52%	
Familie/ Verwandtschaft	24%	
Beruf/ Arbeit	5%	
Arbeitskollegen	2%	
Freunde	5%	
Mitpatienten	0%	
Hobbys	0%	
Religion	0%	
Selbsthilfegruppen	19%	
stationäre Therapie	43%	
psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlung	0%	
Sonstiges	0%	n = 42

61) Haben Sie im letzten Jahr Medikamente eingenommen?:

(Mehrfachnennungen möglich)		
keine der unten genannten	51%	
Hypnotika	7%	
Benzodiazepine	5%	
Analgetika	32%	
Psychostimulantien	0%	
andere Psychopharmaka	17%	n = 41

62) Wie oft haben Sie die unter 57) genannten Medikamente eingenommen?:			
nie	51%		
gelegentlich	22%		
häufig	7%		
fast täglich oder täglich	20%	n = 41	

63) Welches Ziel haben Sie für Ihr zukünftiges Trinkverhalten?:			
abstinent, will es bleiben	78%		
will versuchen, kontrolliert zu trinken	12%		
will Trinkmenge reduzieren	0%		
will abstinent werden	10%	n = 49	

8.3 Zusammenhänge im Chi-Quadrat-Test

(signifikante Zusammenhänge sind durch Fettdruck hervorgehoben)

8.3.1 Variablen zum Katamnesezeitpunkt

		Abstinente	Rückfällige	N	X ²	p	F
Probleme beim Interview	keine	23	10	49	0,25	0,61	1
	ablehnend	10	6				
Angaben zum Alkoholkonsum	verlässlich	32	12	46			
	weniger verlässlich	0	2				
Interview mit Kollateralinformant	kein Interview	17	8	51	0,23	0,63	1
	Interview möglich	16	10				
Angaben des Kollateralinformanten	verlässlich	16	8	26			
	weniger verlässlich	0	2				
Hausstand/ Wohnform	alleine	5	2	51	0,82	0,66	2
	mit Ehepartner	24	15				
	mit Sonstigen	4	1				
Wohnsituation	Eigenheim/ Eigentumswohnung	21	9	51	1,03	0,6	2
	Mietwohnung	10	8				
	sonstiges	2	1				
Familienstand	alleinstehend	8	4	51	0,03	0,87	1
	verheiratet	25	14				
Partnerschaft	feste Partnerschaft	25	16	51	1,27	0,26	1
	keine feste Partnerschaft	8	2				
Zufriedenheit mit Partnerschaft	glücklich	22	13	39	0,23	0,63	1
	nicht glücklich	3	1				
Alkoholprobleme des Partners	keine	24	13	39	0,18	0,67	1
	ja, zur Zeit	1	1				
Bedeutung der Familie	wichtig	27	10	47			
	unwichtig	1	0				
	keine Familie	4	5				
Außerfamiliäre Kontakte	gut	22	9	48	1,56	0,21	1
	schlecht, wenige	9	8				

		Abstinente	Rückfällige	N	X ²	p	F
Erwerbstätigkeit	Vollerwerb	11	5				
	Teilzeit/ keine	3	2				
	Rente	19	11	51	0,19	0,91	2
Krankheitswochen im Jahr vor der Katamnese	weniger als 5 Wochen	9	2				
	mehr als 5 Wochen	4	1	16	0,007	0,93	1
Zeiten der Arbeitslosigkeit seit 1992	keine	22	6				
	zeitweise arbeitslos	2	2	32	1,52	0,22	1
Zahl der Arbeitsstellen seit 1992	eine	21	5				
	mehr als eine	3	3	32	2,46	0,12	1
Zufriedenheit mit der Arbeit	zufrieden	11	2				
	nicht zufrieden	4	1	18	0,06	0,81	1
Berentung	nicht berentet	14	7				
	berentet	19	11	51	0,06	0,81	1
Berufliche Situation	gut	5	0				
	schlecht	9	3	17			
Stationäre Krankenhausaufenthalte seit 1992	keine	12	3				
	mindestens einer	20	11	46	1,15	0,29	1
Alkoholfolgekrankheiten	nein	29	13				
	nicht klar, ob Alkoholfolgekrankheit	1	1				
	ja	3	2	49	0,45	0,8	2
Zufriedenheit mit Gesundheit	zufrieden	29	12				
	nicht zufrieden	4	3	48	0,51	0,47	1
Psychische Situation	gut	22	10				
	eingeschränkt	10	1				
	schlecht	1	4	48	8,05	0,02	2
Rauchen im Jahr vor der Katamnese	Nichtraucher	16	7				
	Raucher	13	4	40	0,23	0,63	1
Gesundheitliche Situation	gut	11	2				
	schlecht	21	12	46	1,94	0,16	1
Stationäre Entgiftungen seit 1992	keine	29	12				
	mindestens eine	4	3	48	0,51	0,47	1

		Abstinente	Rückfällige	N	X ²	p	F
Entwöhnungstherapien < 6 Monate seit 1992	keine	31	14	48	0,006	0,94	1
	mindestens eine	2	1				
Entwöhnungstherapien > 6 Monate seit 1992	keine	33	15	48			
	mindestens eine	0	0				
Selbsthilfegruppen 2001	teilgenommen	9	2	48	1,13	0,29	1
	nie teilgenommen	24	13				
Bewertung Selbsthilfegruppen	hilfreich	12	3	46	1,36	0,5	2
	nicht hilfreich	1	1				
	entfällt	19	10				
Anticravingmedikamente	ja	1	2	47	2,08	0,15	1
	nein	32	12				
wegen Alkoholismus genutzte ambulante Angebote	keine	27	9	42	4,18	0,04	1
	mindestens einmal	2	4				
wegen sonstiger psychischer Probleme genutzte ambulante Angebote	keine	25	9	42	1,68	0,2	1
	mindestens einmal	4	4				
Bewertung von Hausarzt	hilfreich	14	10	42			
	nicht hilfreich	6	0				
	nicht beansprucht	9	3				
Medikamente mit Abhängigkeitspotential	nie eingenommen	15	6	41	1,67	0,43	2
	gelegentlich eingenommen	8	1				
	häufig eingenommen	7	4				
Entwöhnungstherapien 1976 bis 2001	keine	22	11	50	0,02	0,89	1
	mindestens eine	11	6				
Stationäre Behandlung wegen Alkohol 1976 bis 2001	keine	22	12	50	0,08	0,78	1
	mindestens eine	11	5				
Erster Rückfall	keiner	17	0	50			
	1976-1978	14	12				
	1979-2001	2	5				

8.3.2 Prognosevariablen der Aufnahme- bzw. Entlassungserhebung

		Abstinente	Rückfällige	N	X ²	p	F
Alter bei Aufnahme	bis 30 Jahre	5	4	51	0,59	0,74	2
	31 bis 40 Jahre	16	9				
	älter als 40 Jahre	12	5				
Geschlecht	männlich	19	15	51	3,48	0,06	1
	weiblich	14	3				
Schulbildung	Hauptschule oder kein Abschluss	24	13	51	0,03	0,99	2
	Mittlere Reife	4	2				
	Abitur	5	3				
Familienstand	alleinstehend	7	8	51	3,03	0,08	1
	verheiratet	26	10				
Alkoholrisikoberuf	keiner	24	10	51	4,77	0,09	2
	ungelernt	3	6				
	spezieller Risikoberuf	6	2				
Beruflicher Abstieg	nein	25	13	49	0,46	0,5	1
	ja	6	5				
Arbeitslosigkeit	nein	21	11	49	0,22	0,64	1
	ja oder drohend	10	7				
Vorstrafen	keine	31	15	50	2,87	0,09	1
	bekannt	1	3				
Alter bei Beginn der Alkoholkrankheit	bis 20 Jahre	5	7	51	4,37	0,11	2
	21 bis 30 Jahre	16	8				
	älter als 30 Jahre	12	3				
Dauer der Abhängigkeit vor Aufnahme der Therapie	bis zu 5 Jahre	15	3	51	5,78	0,12	3
	6 bis 10 Jahre	6	6				
	11 bis 15 Jahre	7	3				
	16 und mehr Jahre	5	6				
Alkoholismustyp	Gamma	20	7	51	4,09	0,25	3
	Delta	3	4				
	Mischtyp	7	3				
	Sonstige	3	4				
Vorbehandlungen	keine	20	10	51	0,12	0,73	1
	ja	13	8				

		Abstinente	Rückfällige	N	X ²	p	F
Mehrfachabhängigkeit	keine	29	17	51	0,57	0,45	1
	ja	4	1				
Rückfall während der Therapie	unbekannt	31	17	51	0,005	0,94	1
	ja	2	1				
Therapie abgeschlossen	ja	30	15	51	0,64	0,42	1
	nein	3	3				
Teilnahme von Angehörigen	ja	24	13	49	0,17	0,68	1
	nie	7	5				
Teilnahme an ambulanten Sitzungen	mindestens 50%	18	10	50	0,08	0,77	1
	weniger als 50%	15	7				
Wiederaufnahme bei Rückfall	nein bzw. kein Rückfall	28	17	51	1,03	0,3	1
	ja	5	1				

8.3.3 Variablen vorangegangener Katamnesen

		Abstinente	Rückfällige	N	X ²	p	F
Gesamtbeurteilung 1986	abstinent, sonst gut	27	5	50			
	abstinent, sonst schlecht	4	2				
	trinkend, sonst gut	0	2				
	trinkend, sonst schlecht	1	4				
	nicht einzuordnen	1	4				
Trinkverhalten 1978	abstinent	22	6	42	3,57	0,17	2
	gebessert	2	2				
	trinkend	5	5				
Trinkverhalten 1981	abstinent	30	5	47	16,15	0,0003	2
	gebessert	1	5				
	trinkend	2	4				
Trinkverhalten 1986	abstinent	29	7	47	12,5	0,002	2
	gebessert	2	2				
	trinkend	1	6				
Trinkverhalten 1992	abstinent	25	2	45	22,67	0,00001	2
	gebessert	1	8				
	trinkend	4	5				

8.4 Life-Chart-Darstellungen

Auf den folgenden Seiten werden exemplarisch die Lifecharttabellen von 13 Patienten dargestellt (Pat A. bis M.). Der Verlauf eines Patienten über den gesamten Katamnesezeitraum von 25 Jahren ist jeweils auf einer Seite abgebildet.

Verwendete Abkürzungen sind im Abkürzungsverzeichnis erläutert:

Trinkverhalten:

	keine Information
	abstinent
	gebessert (trinkend)
	nicht gebessert (trinkend)

Patient A., geboren 1938

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Persönliche Ereignisse	← verheiratet 3 Kinder →							
Beruf					Kurzarbeit	← Neue Stelle im Verkauf →		
Gesundheit								Geburt Enkel
Therapie, SHG, Anticraving	PUK	← Anonyme Alkoholiker - wöchentlich →						
Trinkverhalten								
Ergebnis von			Heide			Heck		

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Persönliche Ereignisse	← verheiratet 3 Kinder →							
Beruf	← Stelle im Verkauf →				← Frau halbtags erwerbstätig →			
Gesundheit								Geburt Enkel
Therapie, SHG, Anticraving	← Anonyme Alkoholiker - wöchentlich →							
Trinkverhalten								
Ergebnis von			Länge					

	1992	1993	1994	1995	1996
Persönliche Ereignisse	← verheiratet 3 Kinder →				
Beruf	← Stelle im Verkauf →		← Frau halbtags erwerbstätig →		
Gesundheit	Rauchen aufgehört				
Therapie, SHG, Anticraving	← Anonyme Alkoholiker - wöchentlich →				
Trinkverhalten					
Ergebnis von	Schäfer				

	1997	1998	1999	2000	2001
Persönliche Ereignisse	← verheiratet 3 Kinder →				
Beruf	← Frührente →	← Frau halbtags erwerbstätig →		← Rente →	
Gesundheit		Kur wegen Wirbelsäulenproblemen		Kur wegen Bandscheibenproblemen	
Therapie, SHG, Anticraving	← Anonyme Alkoholiker - wöchentlich →				
Trinkverhalten					
Ergebnis von					Hartmann

Patient B., geboren 1941

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Persönliche Ereignisse	← verheiratet 1 Tochter →							
Beruf	← neue Stelle (angelernt) als Kranführer →							
Gesundheit								
Therapie, SHG, Anticraving	PUK							
Trinkverhalten	← Anonyme Alkoholiker - wöchentlich →							
Ergebnis von			Heide			Heck		

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Persönliche Ereignisse	← verheiratet 1 Tochter →							
Beruf	← Kranführer →							
Gesundheit						Tinnitus		
Therapie, SHG, Anticraving	← Anonyme Alkoholiker - wöchentlich →							
Trinkverhalten	← Anonyme Alkoholiker - wöchentlich →							
Ergebnis von			Längle					

	1992	1993	1994	1995	1996
Persönliche Ereignisse	← verheiratet 1 Tochter →				
	Auszug Tochter			Heirat Tochter	Bruder Kreberkrankung
Beruf	← Kranführer →				
Gesundheit					Knochenmarkspende für Bruder
Therapie, SHG, Anticraving	← Anonyme Alkoholiker - wöchentlich →				
Trinkverhalten	← Anonyme Alkoholiker - wöchentlich →				
Ergebnis von	Schäfer				

	1997	1998	1999	2000	2001
Persönliche Ereignisse	← verheiratet 1 Tochter →				
	Tod des Bruders	Umzug in gleicher Straße		Geburt 1. Enkel	
Beruf	← Kranführer →				
Gesundheit				Arbeitsunfall	Depression
Therapie, SHG, Anticraving	← Anonyme Alkoholiker - wöchentlich →				
Trinkverhalten	← Anonyme Alkoholiker - wöchentlich →				
Ergebnis von					Hartmann

Patient C., geboren 1949

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Persönliche Ereignisse	ledig, allein wohnend							
		Tod des Vaters						
Beruf	arbeitslos				ABM- Maßnahmen			
Gesundheit								
Therapie, SHG, Anticraving	PUK							Festigungskur
Trinkverhalten	Freundeskreis							
	1. Rückfall							
Ergebnis von			Heide			Heck		

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Persönliche Ereignisse	ledig, allein wohnend							
	Dienstwohnung							
	Urmzug							
Beruf	ABM-Maßnahmen	Hausmeisterstelle						
Gesundheit			Rauchen aufgehört					
Therapie, SHG, Anticraving	Freundeskreis							
Trinkverhalten								
Ergebnis von			Länge					

	1992	1993	1994	1995	1996
Persönliche Ereignisse	ledig, allein wohnend				
	Dienstwohnung				
Beruf	Hausmeisterstelle				
Gesundheit				Bandscheibenvorfall	
Therapie, SHG, Anticraving	Freundeskreis regelmäßig				Einzelgespräche bei Psychologe
Trinkverhalten					
Ergebnis von	Schäfer				

	1997	1998	1999	2000	2001
Persönliche Ereignisse	ledig, allein wohnend				
	Dienstwohnung				
			Tod der Mutter		
Beruf	Hausmeisterstelle				
Gesundheit			psychosomatische Kur		
Therapie, SHG, Anticraving	Tübinger Förderverein für Alkoholranke (Mitarbeit)				
Trinkverhalten	Freundeskreis regelmäßig				
Ergebnis von					Hartmann

Patient D., geboren 1928

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Persönliche Ereignisse	← verheiratet, Enkelin in Pflege →							
		Tod Tochter & Schwiegersohn nach Unfall						
Beruf	← Hausfrau →							
Gesundheit								
Therapie, SHG, Anticraving	PUK, Krisenintervention							
Trinkverhalten	← 1. Rückfall →							
Ergebnis von			Heide			Heck		

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Persönliche Ereignisse	← verheiratet, 2 Kinder, Enkelin in Pflege →							
					eigenes Haus			
Beruf	← Hausfrau, hobbymäßig Damenschneiderin →							
				Mann in Rente				
Gesundheit								
Therapie, SHG, Anticraving	← Anonyme Alkoholiker - wöchentlich →							
Trinkverhalten	← →							
Ergebnis von			Länge					

	1992	1993	1994	1995	1996
Persönliche Ereignisse	← verheiratet, eigenes Haus, 2 Kinder, Enkelin in Pflege →				
			Besuch bei Sohn in Kanada	Geburt Enkel	Tod des Ehemanns
Beruf	Hausfrau, hobbymäßig Damenschneiderin		Mann in Rente	Rente	
Gesundheit	Gallenstein-Operation				
Therapie, SHG, Anticraving	← Anonyme Alkoholiker - wöchentlich →				
Trinkverhalten	← →				
Ergebnis von	Schäfer				

	1997	1998	1999	2000	2001
Persönliche Ereignisse	← verheiratet, 2 Kinder, Enkelin in Pflege →				
			Besuch bei Sohn in Kanada		
Beruf	← Rente →				
Gesundheit					
Therapie, SHG, Anticraving	← Anonyme Alkoholiker - wöchentlich →				
Trinkverhalten	← →				
Ergebnis von					Hartmann

Patient E., geboren 1944

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	
Persönliche Ereignisse	ledig, allein wohnend								
Beruf	Studium		Umzug	öffentlicher Dienst					misslungene Führerscheinprüfung
Gesundheit							Rauchen aufgehört		
Therapie, SHG, Anticraving	PUK	9 stationäre Therapien	6 Monate Entwöhnung						
Trinkverhalten	Anonyme Alkoholiker – 4x in der Woche								
Ergebnis von	1. Rückfall		Heide	7 Mon. abst.	7 Mon. abst.		Heck		

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Persönliche Ereignisse	ledig, allein wohnend							
Beruf			Wohnungseinbruch.	öffentlicher Dienst				
Gesundheit								
Therapie, SHG, Anticraving	Anonyme Alkoholiker – 4x in der Woche							
Trinkverhalten								
Ergebnis von			Längle					

	1992	1993	1994	1995	1996
Persönliche Ereignisse	ledig, allein wohnend				
Beruf	Hausbau in Tunesien				
Gesundheit					
Therapie, SHG, Anticraving	Anonyme Alkoholiker – 4x in der Woche				
Trinkverhalten					
Ergebnis von	Schäfer				

	1997	1998	1999	2000	2001
Persönliche Ereignisse	ledig, allein wohnend				
Beruf		Umzug	Tod des Vaters		große Reise
Gesundheit					
Therapie, SHG, Anticraving	Anonyme Alkoholiker – 4x in der Woche				
Trinkverhalten					
Ergebnis von					Hartmann

Patient F., geboren 1950

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Persönliche Ereignisse	← ledig, Wohnung bei Eltern →							
		Partnerschaft						
Beruf							3 verschiedene Stellen im Nahverkehr	
Gesundheit								
Therapie, SHG, Anticraving	PUK						Freundeskreis unregelmäßig	
Trinkverhalten								
				1. Rückfall				
Ergebnis von			Heide			Heck		

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	
Persönliche Ereignisse	← ledig, eigene Wohnung im elterlichen Haus →								
		Führerschein-entzug	Partnerschaft						
Beruf	Nahverkehr	→ Arbeitsstelle im Fernverkehr ←							
Gesundheit			Katarakt-OP				Katarakt-OP		
Therapie, SHG, Anticraving	Entgiftung, Freundeskreis	Entwöhnung 6 Monate	Freundeskreis regelmäßig	Freundeskreis unregelmäßig			Entgiftung		
Trinkverhalten									
	RF 3 Wochen							RF 11 Mon.	
Ergebnis von			Länge						

	1992	1993	1994	1995	1996	
Persönliche Ereignisse	← ledig, eigene Wohnung im elterlichen Haus →				Wohnheim	Partnerschaft, Wohnung mit Partnerin
				Tod der Mutter		
Beruf	Fernverkehr	← arbeitslos, zwischendurch Hilfsjobs →				Hausmann
Gesundheit						
Therapie, SHG, Anticraving	Entwöhnung 6 Monate Freundeskreis	3 Entgiftungen	4 Entgiftungen	15 Entgiftungen	3 Entgiftungen	
Trinkverhalten						
			wochenweise abst.	2 Mon. abst.	7 Mon. abst.	
Ergebnis von	Schäfer					

	1997	1998	1999	2000	2001	
Persönliche Ereignisse	Partnerschaft, Wohnung mit Partnerin		Männerwohnheim Obdachlosenasyll		Nachsorgewohnheim	
				Geburt Enkel	Partnerschaft	
Beruf	Hausmann	← arbeitslos →			Arbeit	arbeitslos neue Stelle
Gesundheit				Herzkatheder-untersuchung		
Therapie, SHG, Anticraving	3 Entgiftungen	mehrere Entgiftungen		Entwöhnung, Gruppen- und Einzeltherapie Selbsthilfegruppe		
Trinkverhalten						
	6 Mon. abst	nur wochenweise abstinent		10 Monate abst.		
Ergebnis von					Hartmann	

Patient G., geboren 1938

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Persönliche Ereignisse	←————→ verheiratet, 2 Kinder							
							Hausbau	Umzug
Beruf	Akademiker					gleiche Arbeitsstelle		
Gesundheit			Rauchen aufgehört					
Therapie, SHG, Anticraving	PUK							
Trinkverhalten								
Ergebnis von			Heide			Heck		

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Persönliche Ereignisse	←————→ verheiratet, 2 Kinder eigenes Haus							
							Geburt Enkel	
Beruf	←————→ gleiche Arbeitsstelle Vorbereitung von Messen							
Gesundheit								
Therapie, SHG, Anticraving					ambulante Gesprächstherapie			
Trinkverhalten								
Ergebnis von			Länge				1-2 alkoholarne Bier/ Tag	

	1992	1993	1994	1995	1996
Persönliche Ereignisse	←————→ verheiratet, 2 Kinder eigenes Haus				
		Geburt Enkel	Geburt Enkel	Geburt Enkel	Frau schwerer Unfall
Beruf	←————→ Vorbereitung von Messen				
Gesundheit					
Therapie, SHG, Anticraving					
Trinkverhalten					
Ergebnis von	Schäfer				

	1997	1998	1999	2000	2001
Persönliche Ereignisse	←————→ verheiratet, 2 Kinder eigenes Haus				
			Geburt zweier Enkel		
Beruf	Vorbereitung von Messen			Rente	
Gesundheit		Prostata-OP	Gallenblasen-OP Depression	Unfall mit Motorsäge Hand-OP	
Therapie, SHG, Anticraving			psychosomatischer Klinikaufenthalt	ambulante Psychotherapie	
Trinkverhalten					
Ergebnis von					Hartmann

Patient H., geboren 1922

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Persönliche Ereignisse	← geschieden, alleinstehend 2 Töchter →							
Beruf							← Rente →	
Gesundheit								
Therapie, SHG, Anticraving	PUK						psychologische Gesprächstherapie	
Trinkverhalten	Rückfälle mehrmals im Jahr, 1-2 Wochen lang							
Ergebnis von		1. Rückfall	Heide			Heck		

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Persönliche Ereignisse	← alleinstehend 2 Töchter →							
Beruf	← Rente →							
Gesundheit	Ovarial-Ca							
Therapie, SHG, Anticraving	psychologische Gesprächstherapie				1 Woche PUK			
Trinkverhalten	Rückfälle 1-3 x im Jahr, 1-2 Wochen lang							
Ergebnis von			Länge				1 RF < 1 Wo	2-3 RF /Jahr

	1992	1993	1994	1995	1996	
Persönliche Ereignisse	← alleinstehend 2 Töchter →				← Partnerschaft 2 Töchter →	
Beruf	← Rente →					
Gesundheit						
Therapie, SHG, Anticraving						
Trinkverhalten	2-3 x im Jahr einige Tage rückfällig					
Ergebnis von	Schäfer					

	1997	1998	1999	2000	2001
Persönliche Ereignisse	← Partnerschaft 2 Töchter →				
Beruf	← Rente →				
Gesundheit					
Therapie, SHG, Anticraving			Campral		
Trinkverhalten	2-3 x einige Tage im Jahr rückfällig				
Ergebnis von			5 tageweise Rückfälle	3 Rückfälle je drei Tage lang	Hartmann

Patient I., geboren 1944

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Persönliche Ereignisse	←————— verheiratet, 2. Ehe 2 Kinder —————→							
Beruf	←————— erwerbstätig —————→							
Gesundheit								Depression
Therapie, SHG, Anticraving	PUK							
Trinkverhalten								
Ergebnis von			Heide			Heck		

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Persönliche Ereignisse	←————— verheiratet, 2 Kinder —————→							
Beruf	erwerbstätig	←————— Hausfrau —————→						
Gesundheit	Depression psychosom. Kur	Antidepressiva						
Therapie, SHG, Anticraving								
Trinkverhalten								
Ergebnis von			Länge					

	1992	1993	1994	1995	1996
Persönliche Ereignisse	←————— verheiratet, 2 Kinder —————→				
Beruf	←————— Frührente, Erwerbsunfähigkeit —————→				
Gesundheit	2 Herzinfarkte, Rehabilitation				
Therapie, SHG, Anticraving					
Trinkverhalten					
Ergebnis von	Schäfer				

	1997	1998	1999	2000	2001
Persönliche Ereignisse	←————— verheiratet, 2 Kinder —————→				
Beruf	←————— Frührente —————→				
Gesundheit					Suizidversuch Klinikaufenthalt
Therapie, SHG, Anticraving					
Trinkverhalten					
Ergebnis von				1. Rückfall im Frühjahr	Hartmann

Patient J., geboren 1937

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Persönliche Ereignisse	← verheiratet, 3 Kinder →							
Beruf	← Facharbeiter →						Teilzeitarbeit	
Gesundheit						Herzinfarkt, Rauchen aufgehört		Depression
Therapie, SHG, Anticraving	PUK							
Trinkverhalten								
Ergebnis von			Heide			Heck		

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	
Persönliche Ereignisse	← verheiratet, 3 Kinder wichtiges Hobby: Fischzucht →								
Beruf	Teilzeitarbeit	← voll erwerbstätig →							Geburt Enkel
Gesundheit									
Therapie, SHG, Anticraving									
Trinkverhalten									
Ergebnis von			Länge		alkoholarmes Bier 1x im Monat				

	1992	1993	1994	1995	1996
Persönliche Ereignisse	← verheiratet, 3 Kinder wichtiges Hobby: Fischzucht →				
Beruf	alle Kinder außer Haus	Geburt Enkel	← neuer Arbeitsplatz als Facharbeiter in Werkzeuglager, voll erwerbstätig →		
Gesundheit	2 Herzinfarkte, Rehabilitation				Tod der Schwester
Therapie, SHG, Anticraving					
Trinkverhalten					
Ergebnis von	Schäfer		alkoholarmes Bier 1x im Monat bzw. mehrmals im Jahr		

	1997	1998	1999	2000	2001
Persönliche Ereignisse	← verheiratet, 3 Kinder wichtiges Hobby: Fischzucht →				
Beruf	Facharbeiter in Werkzeuglager	← Tod der Mutter und des Bruders →		← Hund als wichtiger Bezugspunkt →	
Gesundheit					
Therapie, SHG, Anticraving					
Trinkverhalten					
Ergebnis von			alkoholarmes Bier 1x im Monat bzw. mehrmals im Jahr		
					Hartmann

Patient K., geboren 1952

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Persönliche Ereignisse	verheiratet → Scheidung	allein lebend, Wohnung von Arbeit						
Beruf			feste Arbeit		arbeitslos			selbstständig, Boutique
Gesundheit	← Bulimie →							
Therapie, SHG, Anticraving	PUK	Entwöhnung 6 Monate						
Trinkverhalten								
Ergebnis von			Heide			Heck		

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Persönliche Ereignisse	bei Mutter wohnend							
Beruf	← selbstständig Boutique →				← teilweise erwerbstätig, Aushilfsjobs →			
Gesundheit								
Therapie, SHG, Anticraving				2x Langzeittherapie 1x abgebrochen, 1x abgeschlossen	AA unregelmäßig		4x Entzug, Alkohol und Medikamente	
Trinkverhalten				medikamenten- abhängig	auch keine Medikamente		monatelang abstinent, aber auch medikamentenabhängig	
Ergebnis von			Längle					

	1992	1993	1994	1995	1996
Persönliche Ereignisse	bei Mutter wohnend	Auszug aus Wohnung der Mutter		← feste Partnerschaft →	
Beruf	← teilweise erwerbstätig, Aushilfsjobs →		← Nachbarschaftshilfe/ Diakonie Teilzeit →		
Gesundheit		zwei Suizidversuche			
Therapie, SHG, Anticraving	Psychotherapeutische Behandlung	Entgiftung	← ambulante Verhaltenstherapie →		
Trinkverhalten					
Ergebnis von	Schäfer				

	1997	1998	1999	2000	2001
Persönliche Ereignisse	feste Partnerschaft			← verheiratet, Mann in Frührente →	
Beruf		Mann Frührente	Heirat		
Gesundheit				Bandscheibenvorfall	
Therapie, SHG, Anticraving				leitende Funktion in Therapiegruppe und Selbsthilfegruppe	
Trinkverhalten					
Ergebnis von					Hartmann

Patient L., geboren 1938

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Persönliche Ereignisse	← verheiratet, 2 Kinder →							
Beruf	← Akademiker, selbstständig →							
Gesundheit			Rauchen aufgehört					
Therapie, SHG, Anticraving	PUK					mittelfristige Entwöhnung	SHG (sehr selten)	
Trinkverhalten								
Ergebnis von		1. Rückfall	Heide			Heck		

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Persönliche Ereignisse	← verheiratet, 2 Kinder →							
Beruf	← Akademiker, selbstständig →							
Gesundheit								
Therapie, SHG, Anticraving	SHG (sehr selten)						Gespräche mit Hausarzt	
Trinkverhalten								
Ergebnis von			Länge				RF im Okt.	

	1992	1993	1994	1995	1996
Persönliche Ereignisse	← verheiratet, 2 Kinder →				
Beruf	← Akademiker, selbstständig →				
Gesundheit		Tod der Mutter	Mitglied in verschiedenen Vereinen, Sportvereinsvorstandschaft		
Therapie, SHG, Anticraving	Gespräche mit Hausarzt				
Trinkverhalten	nur tageweise abstinent				
Ergebnis von	Schäfer				

	1997	1998	1999	2000	2001
Persönliche Ereignisse	← verheiratet, 2 Kinder →				
Beruf	← selbstständig →				
Gesundheit		Herzstillstand Apoplex, Reha		Pneumonie	
Therapie, SHG, Anticraving					
Trinkverhalten		ab Okt. abstinent			
Ergebnis von					Hartmann

Patient M., geboren 1930

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Persönliche Ereignisse	←————— verheiratet, 2 Kinder —————→							
Beruf	←————— Angestellter —————→							
Gesundheit								
Therapie, SHG, Anticraving	PUK				Entwöhnungstherapie 6 Monate			
Trinkverhalten	←————— 1. Rückfall —————→							
Ergebnis von			Heide			Heck		

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Persönliche Ereignisse	←————— verheiratet, 2 Kinder —————→							
Beruf	←————— Angestellter —————→						Vorruhestand ehrenamtlich tätig	
Gesundheit								
Therapie, SHG, Anticraving								
Trinkverhalten	←————— max. 1 Glas Sekt/ Jahr —————→						2-3 Bier/ Woche	
Ergebnis von			Längle					

	1992	1993	1994	1995	1996
Persönliche Ereignisse	←————— verheiratet, 2 Kinder, eigenes Haus —————→				
Beruf	←————— Vorruhestand, ehrenamtlich in Kirchengemeinde tätig —————→			←————— Rente, ehrenamtlich tätig —————→	
Gesundheit		Leistenhernie	ambulante Darm-OP		
Therapie, SHG, Anticraving					
Trinkverhalten	←————— max. 1 Bier/ Tag —————→	←————— 3-4 Bier/ Tag —————→			
Ergebnis von	Schäfer				

	1997	1998	1999	2000	2001
Persönliche Ereignisse	←————— verheiratet, 2 Kinder, eigenes Haus —————→				
Beruf	←————— Rente, ehrenamtlich tätig —————→				
Gesundheit				Polyneuropathie	
Therapie, SHG, Anticraving					Entgiftung
Trinkverhalten	←————— 3-4 Bier/ Tag, auch mehr, bis zum Rausch —————→				
Ergebnis von					Hartmann

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt allen, die durch ihren Einsatz bei der Entstehung und dem Gelingen dieser Arbeit mitgewirkt haben:

Priv. Doz. Dr. med. G. Mundle danke ich für die freundliche Überlassung des interessanten Themas, seine fachliche Unterstützung und gute Betreuung.

Dr. med. D. Schäfer gilt mein Dank für die Bereitstellung der Daten und die hilfsbereite Beratung.

Prof. Dr. Dietz vom Institut für Medizinische Biometrie danke ich für die Hilfe bei der statistischen Auswertung der Daten.

Dr. med. Friederike Wernz, Dr. med. Hubertus Friederich sowie dem therapeutischen Team der Station B6 der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie möchte ich danken für die Einführung in die Thematik im Rahmen eines Praktikums und während meiner Famulatur.

Meiner Familie, meinen Freunden und ganz besonders meinem Mann danke ich sehr herzlich für die unermüdliche Unterstützung und Ermutigung.

Mein besonderer Dank gilt allen ehemaligen Patientinnen und Patienten, die bereit waren, erneut an dem Interview teilzunehmen. Nur durch ihre Mitarbeit wurde diese Studie überhaupt möglich gemacht.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Isabelle Hartmann geb. Zeller
Geburtsdatum: 07.10.1976
Geburtsort: Künzelsau
Familienstand: verheiratet
Nationalität: deutsch

Ausbildung und Beruf

09/83 Einschulung in die Grundschule Ruit
06/96 Allgemeine Hochschulreife am Heidehofgymnasium,
Stuttgart
09/97 Beginn des Medizinstudiums an der Eberhard-Karls-
Universität Tübingen
04/03 Zweites Medizinisches Staatsexamen
04/03 – 04/04 Praktisches Jahr in den Städtischen Kliniken Esslingen mit
Wahlfach Pädiatrie
11/05/04 Drittes Medizinisches Staatsexamen
07/04-09/04 Ärztin im Praktikum in der Kinderklinik Esslingen
ab 10/04 Assistenzärztin in der Kinderklinik Esslingen

Praktische Tätigkeiten

09/96-06/97 sozialer Hilfeinsatz in einem Projekt der Mission
Protestante Franco-Suisse du Tchad mit Betreuung von
Waisenkindern, Straßenkindern, unterernährten und
frühgeborenen Kindern, landwirtschaftlichen Projekten und
Schulungen für Dorfhebammen in Abéché, Tschad
sowie ein zweimonatiges Praktikum im
Missionskrankenhaus Centre Hospitalier de Bébaïem,
Tschad