Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie I
Leitung: Prof. Dr. med. Tilman Steinert

Teilhabe an Verkehr und Mobilität bei Patienten mit chronischer Alkoholabhängigkeit

Universitätsklinikum Ulm
Klinikum für Psychiatrie und Psychotherapie I

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der
Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von
Stefan Götzl
Eschenbach
2020

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Tilman Steinert

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Isabel Böge

Tag der Promotion: 08.07.2021

Teile dieser Dissertation wurden bereits in folgendem Fachartikel veröffentlicht:

Steinert T, Götzl S, Flammer E: Teilhabe an Verkehr und Mobilität bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit und psychischer Behinderung [Participation in Road Traffic and Mobility in People with Alcohol Dependency and Mental Disability]. Psychiatrische Praxis. 2021 May 20. German. Thieme. doi: 10.1055/a-1490-8027. Epub ahead of print. PMID: 34015849 (2021)

I. Inhaltsverzeichnis

I. Inhaltsverzeichnis I
II. Abkürzungsverzeichnis III
1. Einleitung 1
2. Teilnehmer und Methoden 5
2.1 Studiendesign 5
2.2 Ethikvotum 5
2.3 Rekrutierung der Teilnehmer 5
2.3.1 Dornahof Altshausen 6
2.3.2 Anode e. V. 6
2.3.3 ZfP Weissenau 7
2.3.4 Aufklärung und Einwilligung 7
2.4 Methoden 8
2.4.1 Fragebögen und Tests 8
2.4.2 Untersuchungsablauf 9
2.4.3 Verwendete Software 10
2.5 Pseudonymisierung und Datensicherheit 10
2.6 Umgang mit Missing Data 10
2.7 Statistische Auswertung 11
3. Ergebnisse 12
3.1 Teilnehmerbefragung 12
3.2 Soziodemographische und krankheitsbezogene Merkmale 13
3.2.1 Alter der Teilnehmer 13
3.2.2 Hauptdiagnose und Nebendiagnosen 13
3.2.3 Soziodemographische Daten 15
3.2.4 Stattgehabte stationär-psychiatrische Behandlungen 18
3.2.5 Gesetzliches Betreuungsverhältnis 19

3.2.6 Absichten künftiger Behandlungen 20
3.2.7 Geplante zukünftige Betreuung 21
3.2.8 Entlassungsort nach der Behandlung 21
3.3 Trail-Making-Test 21
3.4 Auswertung des Hauptfragebogens 23
3.4.1 Teilnahme am Straßenverkehr 23
3.4.2 Gründe der Nichtteilnahme am Straßenverkehr 24
3.4.3 Besitz von Fahrzeugen 25
3.4.4 Anlass zur Teilnahme am Straßenverkehr 25
3.4.5 Verkehrsmittelnutzung 26
3.4.6 Fahrerlaubnis 30
3.4.7 Entzug der Fahrerlaubnis 32
3.4.8 Verwicklung in einen Verkehrsunfall 33
3.4.9 Verkehrsdelikte 35
3.4.10 Alkoholisierte Teilnahme am Straßenverkehr 36
3.4.11 Teilnahme als Kraftfahrer unter dem Einfluss von Drogen 37
3.4.12 Fahrverbot durch den Arzt 37
3.4.13 Grunderkrankung als Ursache des Führerscheinentzugs 38
3.4.14 Urlaub und Verreisen 39
3.4.15 Änderung des Mobilitätsverhalten seit der ersten Therapie 40
4. Diskussion 43
4.1 Methodenkritik 55
4.2 Schlussfolgerung und Ausblick 56
5. Zusammenfassung 59
6. Literaturverzeichnis 61
Anhang 70
Danksagung 82
Curriculum Vitae 83

II. Abkürzungsverzeichnis

BAG W	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe
BADO	Basisdokumentation
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BV	Betreuungsverhältnis
BMVI	Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur
DSM-IV TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Ausgabe, Text Revision
DWW	diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Württemberg
FeV	Fahrerlaubnisverordnung
FUR	Forschungsgemeinschaft Urlaub und Reisen e. V.
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases, 10. Revision
ICF	International Classification of Functionality
KIT	Karlsruher Institut für Technologie
MOP	Mobilitätspanel
o. J.	ohne Jahr
n	Anzahl
p	Signifikanz, statistischer Wert
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PKW	Personenkraftwagen
SD	Standard Deviation (Standardabweichung)
SGB	Sozialgesetzbuch
TMT	Trail-Making-Test
UN	United Nations
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
Var	Varianz
WfbM	Werkstätte für behinderte Menschen
WHO	World Health Organization
ZfP	Zentrum für Psychiatrie
ZHW	Zentralverband Sozialer Heim- und Werkstätten
Z. n.	Zustand nach

1. Einleitung

Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert regelmäßig legal Alkohol. Durch die gesellschaftliche Akzeptanz und die jahrhundertelange Verankerung des Alkoholkonsums in der deutschen Kultur ist die Gesellschaft nur unzureichend darauf sensibilisiert, regelmäßigen Alkoholkonsum als pathologisch wahrzunehmen. Lim *et al*. zeigten in der Studie „Global Burden of Disease" aus dem Jahre 2010, dass Alkohol (5,5%) neben arterieller Hypertonie (7,0%) und Tabakkonsum (6,3%) einer der drei weltweit größten Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheiten ist (Lim *et al.* 2010).

Aus medizinischer Sicht gilt ein täglicher Alkoholkonsum von mehr als 30g/d bei Männern und mehr als 20g/d bei Frauen für den menschlichen Körper als riskant und kann zu schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen führen (Pabst u. Kraus 2008). Nach ICD-10 (F10.2) müssen für eine Alkoholabhängigkeit mindestens drei der sechs Kriterien gleichzeitig innerhalb eines Jahres erfüllt sein: Kontrollverlust, Rückzug aus dem Sozialleben, starker Wunsch oder Zwang, Abstinenzverlust, Toleranzbildung oder Entzugserscheinungen (Batra *et al.* 2016; Dilling 2013).

Durch den schleichenden Beginn und chronischen Verlauf werden Alltagsaktivitäten und berufliche wie private Verpflichtungen vernachlässigt. Körperliche, psychische und psychosoziale Probleme wie Depressionen mit Antriebslosigkeit oder kognitive Defizite sind häufige Komorbiditäten (Soyka 2001). Depressive Symptome und soziale Isolation können sowohl Folge als auch Ursache einer Alkoholabhängigkeit sein (Heinz 1999). So kann eine Alkoholabhängigkeit aus einem Selbstbehandlungsversuch einer vorbestehenden Depression entstehen (Wolfe *et al*. 2016).

Grundsätzlich stellt Alkoholkonsum kurz- und langfristig Probleme für die Fahrfähigkeit und die Fahreignung dar. „Unter Fahrfähigkeit versteht man die aktuelle, situations- und zeitbezogene, psychische und physische Fähigkeit, ein Fahrzeug im öffentlichen Straßenverkehr sicher führen zu können" (Gerlach u. Dittmann 2014:27). Hier stellt insbesondere die Einschränkung der psychophysischen Leistungsfähigkeit durch die akute Alkoholintoxikation ein Problem dar. Der Begriff der „Fahreignung" beschreibt die allgemeine Voraussetzung ein Kraftfahrzeug sicher führen zu können (Gerlach u. Dittmann 2014:32).

Um den Konsum zu ermöglichen oder zu verbergen, nehmen Patienten mit Alkoholabhängigkeit regelmäßig Fahrten unter Alkoholeinfluss in Kauf. Aufgrund des ständig vorhan-

denen oder erforderlichen Alkoholpegels ist der Patient nicht mehr in der Lage, nüchtern zu fahren (Krüger *et al.* 1995).

Eine Studie aus dem Jahr 1987 verglich eine Stichprobe von 30 Patienten mit Alkoholabhängigkeit aus einer Suchtklinik mit Patienten einer Vergleichsgruppe aus einer allgemeinchirurgischen Klinik. Sie zeigte, dass Menschen mit Alkoholabhängigkeit etwa viermal so häufig alkoholisiert am motorisierten Straßenverkehr teilnahmen wie die parallelisierte Gruppe (Müller u. Weiler 1987). Unter dem Einfluss der Toleranzentwicklung kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine Trennung von Konsum und Teilnahme am Straßenverkehr noch möglich ist. Kognitive Leistungseinbußen, Selbstwahrnehmungsstörungen, Schwierigkeiten mit der Verhaltenssteuerung und Veränderungen der Risikowahrnehmung sind Folgen des langjährigen übermäßigen Alkoholkonsums. Auch können Beeinträchtigungen durch eine Entzugssymptomatik auftreten (Gerlach u. Dittmann 2014).

Nach Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung ist jemand, der von Alkohol abhängig ist, nicht in der Lage ein Kraftfahrzeug zu führen, wodurch er eine wichtige Möglichkeit zur eigenständigen Mobilität verliert. Nach Forderung im § 13 Abs. 3 Nr. 1 FeV ist die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen erst wieder gegeben, wenn dauerhafte Abstinenz besteht (Grächmann u. Albrecht 2019).

Nach Art. 1 Abs. 2 der UN-Behindertenrechtskonvention zählen zu den Menschen mit Behinderung „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2017). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eine Behinderung nach jeglicher Störung der dreidimensionalen Funktionsfähigkeit. Diese Störung beinhaltet Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation (Schuntermann 2005). Unter bestimmten Voraussetzungen können somit auch alkoholabhängige Menschen offiziell zu Menschen mit Behinderung gezählt werden. Ob das im Einzelfall zutrifft oder nicht, ist hier jedoch sekundär, da die UN-BRK, wie alle Menschenrechtskonventionen, zwar bestimmte Rechte für Menschen mit Behinderung herausstellt, diese aber grundsätzlich für alle Menschen gelten.

Leider werden Menschen mit Behinderung in unserer Gesellschaft immer noch häufig ausgegrenzt und diskriminiert (Kardorff 2010). Dabei ist Inklusion seit 2009 ein gültiges Menschenrecht in Deutschland: Grundlage dafür ist die UN-Konvention über die Rechte

von Menschen mit Behinderung, die von der Generalversammlung der Vereinten Nationen am 13. Dezember 2006 beschlossen wurde, um „den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten […]“ (Art. 1 Abs. 1) (Institut für Menschenrechte 2006:3). So soll – zumindest in der Theorie – ein „gleichberechtigte[r] Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation, […] sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit in städtischen und ländlichen Gebieten für sie offen stehen oder für sie bereitgestellt werden, gewährleiste[t] [sein]“ (Institut für Menschenrechte 2006:8). Die gleichberechtigte Teilhabe an Verkehr und Mobilität ist Voraussetzung für diesen „gleichberechtigten Zugang“ und Thema dieser Arbeit.

Im Jahr 2015 erforschte Veit die Teilhabe an Verkehr und Mobilität bei Menschen mit Schizophrenie, die ebenfalls zu Menschen mit Behinderung gezählt werden. Er erarbeitete Fragestellungen zur Teilnahme am Straßenverkehr und untersuchte Merkmale, die die aktive Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr prädizierten. Er sagt, dass die Inklusion von Menschen mit Schizophrenie in Bezug auf Verkehr und Mobilität bei einem Teil seiner Stichprobe sehr gut gelinge, solange die Erkrankung noch nicht chronisch sei und keine Komorbidität mit einer Suchterkrankung vorläge (Veit 2015; Steinert *et al*. 2015). Diese Arbeit schließt daran an und soll den Umfang der Mobilität und deren beeinflussende Faktoren bei Menschen mit Suchterkrankung, in dem Fall Alkoholabhängigkeit, eruieren. Die gewonnenen Daten werden mit denen von Veit und mit Daten aus der Allgemeinbevölkerung – entnommen aus dem Deutschen Mobilitätspanel, dem Kraftfahrbundesamt oder dem Statistischen Bundesamt – verglichen und interpretiert. Daraus kann abgeleitet werden, inwiefern soziale Inklusion gegeben ist, so wie Riedel-Heller und Richter sie in drei Schlüsseldomänen definieren: Familienleben, soziales Leben und Arbeitsleben (Riedel-Heller u. Richter 2008).

Da Inklusion in der vorliegenden Arbeit ein zentraler Aspekt ist, sollte ein Großteil der Befragten aus einer betreuenden Einrichtung der Eingliederungshilfe nach SGB XII (seit 2020 SGB IX) stammen. Um die Eingliederungshilfe in Anspruch zu nehmen, ist das Vorliegen einer seelischen Behinderung neben der Alkoholabhängigkeit Voraussetzung. Unter den Teilnehmern sollten sich Frauen und Männer aus betreuten und nicht betreuten Wohnformen befinden. Da in den Einrichtungen des betreuten Wohnens ein höherer Anteil an Männern vorliegt, war dieser auch für die geplante Stichprobe zu erwarten.

Es ist bekannt, dass Menschen mit Alkoholabhängigkeit ein erhöhtes Risiko im motorisierten Straßenverkehr darstellen und häufiger durch Verkehrsdelikte auffallen (Gerlach u.

Dittmann 2014). Daraus resultierende Verurteilungen, die Geld- oder sogar Gefängnisstrafen nach sich ziehen, können negative Auswirkungen auf das Beschäftigungsverhältnis und das Sozialleben haben und somit die Inklusion gefährden.

Nur wenige Studien im deutschsprachigen Raum beschäftigen sich bisher mit dem Mobilitätsverhalten von Menschen mit Alkoholabhängigkeit. Meistens geht es um das Fahren unter akuter Alkoholintoxikation und die einhergehenden Risiken im Straßenverkehr (vgl. Dünkel *et al.* 2001, Hauser *et al.* 2014, Krüger *et al.* 1990). In der vorliegenden Studie wird ebenfalls auf Gründe für den Führerscheinentzug, eventuelle Verkehrsdelikte und die alkoholisierte Teilnahme am Straßenverkehr eingegangen.

Zudem geht es um Nutzung von alternativen Verkehrsmitteln und die Frage, ob diese den Führerscheinentzug kompensieren und eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft wiederherstellen. Die gewonnenen Daten werden explorativ hinsichtlich möglicher Unterschiede zwischen einer betreuten und einer nicht betreuten Wohnform sowie geschlechtsspezifischer Unterschiede untersucht.

2. Teilnehmer und Methoden

Zur Gewährleistung der Lesbarkeit wurde neben der männlichen nicht auch die weibliche Bezeichnung aufgeführt. Gemeint sind jedoch in allen Fällen sowohl Frauen und Männer als auch Diverse.

2.1 Studiendesign

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine explorative Studie. Die Datenerhebung erfolgte mittels eines semistrukturierten Interviews. In den jeweiligen Einrichtungen wurden Daten als Vollbefragung erhoben, d. h. alle Bewohner oder Patienten, welche die Einschlusskriterien erfüllten bzw. nicht durch die Ausschlusskriterien exkludiert wurden, wurden gebeten, an der Befragung teilzunehmen. Von 200 potenziellen Teilnehmern lehnten 47 die Teilnahme aufgrund von Desinteresse ab. Insgesamt wurden 153 Teilnehmer untersucht.

2.2 Ethikvotum

Für die durchgeführte Studie liegt ein positives Ethikvotum Nr. 274/13 der Universität Ulm vor.

2.3 Rekrutierung der Teilnehmer

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte im Zeitraum von 11/2013 bis 07/2015. Es wurden Menschen aus dem Raum Südwürttemberg befragt, welche sich entweder in ambulanter oder in stationärer Betreuung befanden. Potenzielle Teilnehmer wurden vom behandelnden Arzt in einer Liste erfasst und dann vom Doktoranden bezüglich Ein- und Ausschlusskriterien selektiert. Einschlusskriterien für die Studie war neben der Hauptdiagnose eines Abhängigkeitssyndroms (F10.2 nach ICD-10) bzw. einer Alkoholabhängigkeit (303.90 nach DSM IV Klassifikation) die informierte schriftliche Einwilligung. Als Ausschlusskriterien galten mangelnde Deutschkenntnisse, die Unfähigkeit an der Befragung teilzunehmen – z. B. aufgrund schwerer kognitiver Defizite – und die fehlende Einwilli-

gungsfähigkeit bezüglich des Sinns und Zwecks der Untersuchung. Komorbiditäten mit einer nicht alkoholbedingten hirnorganischen Erkrankung (ICD-10 F0), einer psychotischen Störung oder einer zu Mobilitätseinschränkung führenden körperlichen Erkrankung galten ebenfalls als Ausschlusskriterium.

Die Befragung der Teilnehmer fand an den Standorten der Anode GmbH und am Dornahof Altshausen statt. Diese Orte der Rekrutierung wurden gewählt, da hier davon ausgegangen werden kann, dass die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII (seit 2020 SGB IX) lebenden Menschen definitionsgemäß eine chronisch psychische Behinderung haben, die weitere Folgeerkrankungen über die Alkoholabhängigkeit hinaus umfasst. Denn anderenfalls werden keine Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt. Somit kann davon ausgegangen werden, dass es sich hierbei um eine repräsentative Stichprobe für Menschen aus der Region mit Alkoholgebrauch-assoziierter psychischer Behinderung handelt. Weitere Patienten, die sich am Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg (ZfP) in Behandlung befanden, wurden am Standort Weissenau befragt.

2.3.1 Dornahof Altshausen

Der Dornahof ist eine Einrichtung des Vereins für soziale Heimstätten in Baden-Württemberg e. V. Stuttgart, Mitglied im diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Württemberg (DWW), im Zentralverband Sozialer Heim- und Werkstätten (ZHW) und in der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W). Der Verein setzt sich die Aufgabe (s. § 2 der Vereinssatzung), Menschen in sozialen Notlagen, insbesondere alleinstehenden Wohnungslosen, am Arbeitsmarkt Benachteiligten und seelisch Behinderten, unter Anwendung fachwissenschaftlicher Erkenntnisse zu helfen und sie im Sinne von Teilhabe und Inklusion zu unterstützen. Viele der Bewohner leiden an einer Alkoholabhängigkeit. Eine Integration des Einzelnen in das Erwerbsleben ist ein weiteres wichtiges Ziel. Unterstützt werden Erwachsene, welche selbst nicht mehr in der Lage sind, jene sozialen Schwierigkeiten zu überwinden, um ein normales Leben führen zu können. Die Annahme des Hilfeangebots ist freiwillig. Die Paragrafen 67ff. im SGB XII und die zugehörigen Richtlinien und Verordnungen stellen hierbei die Rechtsgrundlage dar.

2.3.2 Anode e. V.

Weitere Teilnehmer wurden in der Einrichtung des gemeinnützigen Vereins der Anode e. V. rekrutiert. Diese Einrichtung der Eingliederungshilfe nach SGB XII (seit 2020 SGB IX) unterstützt suchtkranke, hilfsbedürftige Menschen im stationären und ambulanten Be-

reich. Ziel des Vereins ist, den Menschen Hilfe zur Alltagsbewältigung zu geben, eine sinnvolle Tagesstruktur aufzubauen und die Teilhabe und Inklusion in der Gesellschaft zu fördern.

2.3.3 ZfP Weissenau

Die verbleibenden Teilnehmer wurden am Zentrum für Psychiatrie am Standort Weissenau rekrutiert. Das ZfP Südwürttemberg Standort Weissenau ist die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm. Suchterkrankte Menschen werden hier stationär (Stationen 61 und 62) oder ambulant (Psychiatrische Institutsambulanz) behandelt. Hilfe in Form von Spezialgruppen oder einer Tagesklinik werden angeboten.

2.3.4 Aufklärung und Einwilligung

Bevor eine Befragung stattfand, wurde zunächst mit der Leitung der jeweiligen Einrichtung ein Vorstellungstermin vereinbart, bei dem die zuständigen Betreuer oder Therapeuten über das Projekt und die Befragung vom Doktoranden informiert wurden. Dann wurden alle potenziellen Teilnehmer vom behandelnden Arzt oder dem Doktoranden über den Studieninhalt informiert. Nach ausführlicher Aufklärung über Sinn und Zweck der Studie, Durchführung und ausdrücklicher Betonung der Anonymität, der Freiwilligkeit und des Datenschutzes wurde dem Patienten erneut Zeit gegeben, Fragen zu stellen. Es wurde dem Patienten erklärt, dass sich aus der Befragung weder Vor- noch Nachteile für ihn bzw. seine mögliche Behandlung ergeben und dass Rückschlüsse auf seine Identität auf Basis seiner Antworten nicht möglich sind. Zudem erfolgte mit jedem freiwilligen Teilnehmer der Studie ein Einzelgespräch, in welchem erneut der genaue Inhalt und das geplante Vorgehen erläutert wurden. Jedem Teilnehmer wurde ein Informationsblatt
(s. Anhang) ausgehändigt und ausreichend Bedenkzeit gegeben. Nach freiwilliger schriftlicher Einwilligung zur Studienteilnahme und zum Datenschutz wurde jedem Patienten eine Identifikationsnummer zugewiesen und anschließend auf den zur Datenerhebung notwendigen Dokumenten vermerkt.

2.4 Methoden

2.4.1 Fragebögen und Tests

2.4.1.1 Hauptfragebogen

Der Hauptfragebogen (s. Anhang) wurde auf dem Fragebogen aus der Dissertation von Veit über das Thema „Teilhabe an Verkehr und Mobilität bei Patienten mit Schizophrenie“ (Veit 2015) aufgebaut und entsprechend der untersuchten Studienteilnehmer mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit angepasst. Er eruiert, in welchem Umfang die Befragten mobil sind und von welchen Faktoren dies beeinflusst wird. Daraus leitet er ab, inwiefern Inklusion in der Mobilität, also das Recht an einer gleichberechtigten Teilhabe, gegeben ist. Der papiergebundene Hauptfragebogen enthält 21 Fragen, zum Teil mit Einzel- oder Mehrfachwahl, einige in Form von dichotomen Fragen, Eingruppierungs-Fragen oder offenen Fragen. Bevor die Interviews mit den Studienteilnehmern begannen, wurde eine Probebefragung bei zehn Patienten zur Testung auf Verständlichkeit und Praktikabilität des Fragebogens durchgeführt.

2.4.1.2 Erfassung soziodemographischer Daten

Der zu diesem Zweck verwendete Fragebogen enthält insgesamt 16 Fragen und entstammt der psychiatrischen Basisdokumentation des ZfP Südwürttemberg (Jaeger *et al.* 2011). Damit eruiert wurden Alter, Geschlecht, Familienstand, Anzahl der stationären Aufenthalte, Wohnform und Herkunft, Muttersprache, ärztliche Versorgung, Lebensunterhalt und die gegebenenfalls geplante Weiterbehandlung nach der Entlassung. Die klinischen Diagnosen und Nebendiagnosen wurden aus den Krankenakten nach ICD-10 verschlüsselt übernommen und anonymisiert weiterverarbeitet. Da der Fragebogen der Basisdokumentation überwiegend im klinischen Alltag Anwendung findet, waren einige Items für den Zweck der vorliegenden Dissertationsarbeit nicht passend und wurden daher nicht verwendet (z. B. die Frage nach der „Wohnform vor Aufnahme“). Im Vorfeld lag nicht über jeden Teilnehmer eine vollständige Basisdokumentation vor. So wurden fehlende Daten durch eine zusätzliche Befragung der Teilnehmer durch den Doktoranden erhoben.

2.4.1.3 Trail-Making-Test Typ A zur Testung der kognitiven Leistungsfähigkeit

Zur Evaluierung von vorliegenden Aufmerksamkeitsstörungen und exekutiven Dysfunktionen wurde die kognitive Leistungsfähigkeit vor Beginn der Interviews durch einen Trail-Making-Test Typ A geprüft. Der TMT wurde unter diesem Namen bereits 1944 in der US-

Armee zur Eignungsprüfung und Evaluierung von zerebralen Verletzungen genutzt (U.S. Army 1944). Später wurde er häufig als Untertest zur neuropsychologischen Diagnostik verwendet und wird in den meisten großen Lehrbüchern thematisiert (Tombaugh 2004). Die heutzutage am meisten verwendete Version geht auf Ralph Reitan (Reitan 1958) zurück und ist seit den 1950er-Jahren Teil der Halstead-Reitan-Test-Batterie (Reitan u. Wolfson 1985). Der Nutzen des TMT besteht nicht in der Differenzierung neuropsychologischer Erkrankungen, sondern im Screening auf ein mögliches kognitives Leitungsdefizit (Müller 2019). Eine italienische Studie aus dem Jahr 2010 stellte heraus, dass der TMT bei älteren Menschen ein starker unabhängiger Prädiktor für Einschränkungen in der Mobilität ist (Vazzana *et al.* 2010).

Zunächst wurden den Interviewteilnehmern anhand des auf der Vorderseite abgebildeten Beispiels die Durchführung und die Regeln des Tests erklärt. Die Durchführung erfolgte nach den offiziellen Instruktionen (Reitan 1986). Die benötigte Zeit wurde mit einer Stoppuhr gemessen. Die Teilnehmer hatten während der Durchführung keine Sicht auf die Stoppuhr. Unter Supervision des Untersuchers wurde der Teilnehmer sofort auf Fehler hingewiesen, die er unmittelbar korrigieren musste. Hierdurch erhöhte sich die Durchführungszeit und ging somit direkt in die Auswertung ein (Reitan 1986).

Im Rahmen einer Studie zur Normierung des Trail-Making-Tests im deutschsprachigen Raum im Jahr 2012 belegte Rodewald einen Einfluss des Alters und Bildungsstands auf die Durchführungszeit und legte Normwerte für einen modifizierten Trail-Making-Test fest (Rodewald *et al*. 2012).

Um die Ergebnisse mit den Daten aus der Stichprobe mit Patienten mit Schizophrenie vergleichen zu können (Veit 2015), wurden die ursprünglichen Normwerte nach Reitan benutzt. Hiernach wird nach der vorgegebenen Skala ein Zeitintervall zwischen 0 und 26 Sekunden als vollkommen normal, von 27 bis 39 Sekunden als normal, von 40 bis 51 als moderat beeinträchtigt und über 52 Sekunden als stark beeinträchtigt eingeordnet (Reitan 1986). Aufgrund der Urheberrechte wurde der Test nicht in den Anhang eingefügt.

2.4.2 Untersuchungsablauf

Die Datenerhebung durch den Doktoranden erfolgte in Form eines semistrukturierten Interviews (s. Anlage). Die Befragung wurde in einem geeigneten ungestörten Raum in den jeweiligen Einrichtungen geführt. Zuerst wurde mit dem Trail-Making-Test Typ A begonnen. Dann wurde das Interview durchgeführt. Nach der Befragung erhielt jeder Teilnehmer fünf Euro Aufwandsentschädigung.

2.4.3 Verwendete Software

Die gewonnenen Daten wurden mittels Microsoft Word® und Microsoft Excel® (Microsoft Redmond, USA) verarbeitet. Statistische und graphische Auswertungen erfolgten mit IBM SPSS® Statistics 24 (IBM, Armonk, USA) und Microsoft Office® (Microsoft, Redmond, USA).

2.5 Pseudonymisierung und Datensicherheit

Nach den Befragungen wurden die mit der Identifikationsnummer versehenen Fragebögen nach dem jeweiligen Befragungsort geordnet aufbewahrt. Hiernach erfolgte die Übertragung der gewonnenen Rohdaten in eine Excel®-Tabelle mit Kodierung durch die Identifikationsnummer. Dadurch war es möglich, einzelne Variablen deskriptiv unter der Berücksichtigung der Gruppierung der Wohnbetreuung und nach dem Geschlecht zu analysieren. Freitext-Antworten wurden bei offenen Fragen kategorisiert und in Übergruppen zusammengefasst. Um eine wiederholte Teilnahme zu vermeiden, wurde eine Liste aller bisherigen Teilnehmer geführt, welche vor Interviewbeginn abgeglichen wurde. Jedem Teilnehmer wurde eine Identifikationsnummer aus zufällig angeordneten Buchstaben und Ziffern zugewiesen. Diese wurde auf den Datenbögen vermerkt und ermöglichte so die Pseudonymisierung personenbezogener Daten. In einem gesondert aufbewahrten, passwortgesicherten Dokument wurden die Teilnehmernamen und deren zugehörige Identifikationsnummern vermerkt, welche nach Beendigung der Datenerhebung vernichtet wurde. Die Excel®-Tabelle (Microsoft 2010), welche die erfassten Daten enthält, wurde auf einem Computer abgespeichert, welcher keinen direkten Zugang zum Internet hatte. Nach Auswertung der Daten wurde die Tabelle gelöscht.

2.6 Umgang mit Missing Data

Fehlende oder nicht bekannte Daten wurden entsprechend markiert („Missing data“ bzw. „Nicht bekannt“). Unplausible oder fehlende Datensätze bestimmter Fragestellungen zur Erfassung soziodemographischer Merkmale, welche dadurch statistisch nicht zu verwerten waren – beispielsweise durch keine, falsche oder widersprüchliche Aussagen –, wurden in die Auswertung nicht einbezogen (s. Ergebnisteil). Ein Imputationsverfahren bei fehlenden Daten wurde nicht angewandt.

2.7 Statistische Auswertung

Die erhobenen Daten wurden auf signifikante Unterschiede sowohl zwischen Patienten mit und ohne Wohnbetreuung als auch nach dem Geschlecht untersucht. Dies geschah mithilfe des Statistikprogramms SPSS®. Jedes Item wurde zunächst deskriptiv aufgeführt, um Aussagen bezüglich der Verteilung treffen zu können. Zur Angabe der relativen Häufigkeiten wurden Prozentangaben auf eine Nachkommastelle gerundet.

Die Items können als kategorial, normalverteilt oder nicht normalverteilt differenziert werden. Je nach Klasse wurden folgende Signifikanztests angewendet: Bei kategorialen Daten konnte der Chi-Quadrat-Test Aufschluss über Zusammenhänge der untersuchten Variablen geben. Zur Bestimmung der Stärke des Zusammenhangs wird stellenweise das aus dem Chi-Quadrat resultierende Maß Cramérs V bestimmt. Hinsichtlich der Normalverteilung musste zunächst durch das Statistikprogramm SPSS® geprüft werden, ob kontinuierliche oder intervallskalierte Daten einer Normalverteilung folgen. Normalverteilte Ergebnisse konnten dann mit dem t-Test auf Signifikanz geprüft werden. Waren die Daten nicht normalverteilt, wurde die Signifikanzprüfung mittels des Mann-Whitney-U-Tests (du Prel *et al.* 2010) durchgeführt. Die relevante Effektgröße ist dabei die standardisierte Mittelwertsdifferenz d, für die ein Wert von $\geq 0{,}40$ als klinisch bedeutsam angenommen wurde.

Bedingt durch den explorativen Charakter dieser Arbeit wurden sehr viele Testungen durchgeführt. Hierdurch ergibt sich die Gefahr einer Zahl schwer interpretierbarer und zufällig signifikanter Ergebnisse (Alpha-Fehler). Ein Herabsetzen des üblichen Signifikanzniveaus von $p<0{,}05$ auf $p<0{,}005$ im Sinne des Bonferroni-Verfahrens wirkt diesem Problem entgegen. Intervallskalierte Daten wurden jeweils mit dem Mittelwert und der Standardabweichung (Standard Deviation= ±SD) angegeben.

3. Ergebnisse

Die im Folgenden präsentierten Daten stellen die Auswertung der Interviews und die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung mittels Trail-Making-Test Typ A dar. Die statistische Analyse erfolgte nach den Teilpopulationen betreut, nicht betreut (jeweils geschlechterbezogen) und nach der Grundgesamtheit. Die Betreuung bezieht sich in dieser Analyse ausschließlich auf die Wohnform, nicht auf eine gesetzliche Betreuung.

3.1 Teilnehmerbefragung

Wie in Tabelle 1 dargestellt, waren 105 der Teilnehmer männlich (68,6%) und 48 weiblich (31,4%). 107 wohnbetreute (69,9%) und 46 nicht wohnbetreute Teilnehmer (30,1%) nahmen an der Studie teil, wobei von den betreuten Teilnehmern 85 männlich (79,4%) und 22 weiblich (20,6%) waren. In der Gruppe der nicht betreuten Teilnehmer fanden sich 20 Männer (43,5%) und 26 Frauen (56,5%). Der Anteil der männlichen und weiblichen Teilnehmer unterschied sich hinsichtlich der Wohnformen nicht signifikant (Chi-Quadrat-Test, p=0,05). Männer lebten in dieser Stichprobe häufiger in einer betreuten Wohnform. Dieser Zusammenhang zeigt sich in der Auswertung nach Cramérs V=0,355 als mittelstark.

Tabelle 1: Darstellung der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg nach Geschlecht und Wohnbetreuung, 2013 bis 2015

Angegeben sind die Anzahl und der prozentuale Anteil an der Untergruppe der jeweiligen Wohnform.

		Wohnbetreuung		Gesamt (n=153)
		Betreut (n=107)	Nicht betreut (n=46)	
Geschlecht	Männlich	85 (79,4%)	20 (43,5%)	105 (68,6%)
	Weiblich	22 (20,6%)	26 (56,5%)	48 (31,4%)

Abbildung 1 zeigt den Ort der Behandlung, an dem die Teilnehmer befragt wurden.

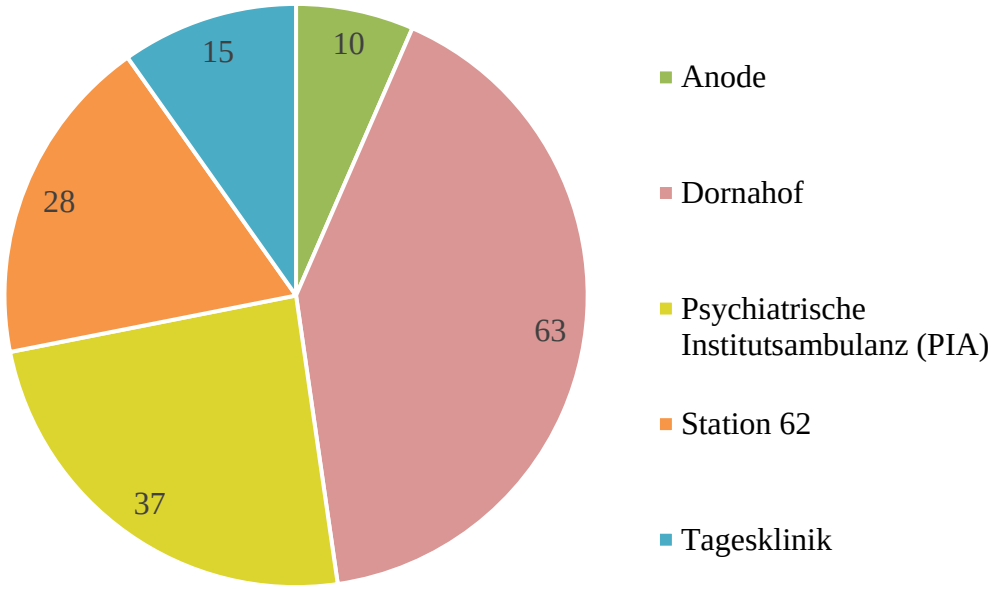

Abbildung 1: Anzahl der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit nach Behandlungsort aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Die in den Teilsegmenten dargestellten Zahlen zeigen die absolute Häufigkeit der Teilnehmer aus den entsprechenden Standorten.

3.2 Soziodemographische und krankheitsbezogene Merkmale

3.2.1 Alter der Teilnehmer

Das durchschnittliche Alter lag bei 49,6 Jahren (SD=±11,0). Wohnbetreute Teilnehmer waren mit einem Altersdurchschnitt von 50,1 Jahren (SD=±10,2) etwas älter als nicht betreute Teilnehmer mit einem Mittelwert von 48,5 Jahren (SD=±12,5). Der jüngste Befragte war 18 Jahre alt, der älteste 78 Jahre (Spannweite= 60,0). Bezüglich des Alters gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen sowie zwischen wohnbetreuten und nicht wohnbetreuten Teilnehmern (t-Test; p_G=0,638, p_W=0,430).

3.2.2 Hauptdiagnose und Nebendiagnosen

Bei allen 153 Teilnehmern (100%) wurde gemäß dem Einschlusskriterium die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit gestellt. In Tabelle 2 werden die psychischen und in Tabelle 3 die somatischen Nebendiagnosen dargestellt. Mehrfachantworten waren hierbei möglich.

Am häufigsten kam als Komorbidität eine Depression vor (n=64; 41,8%). Schizophrenie konnte als zweithäufigste Begleiterkrankung detektiert werden, wobei alle Teilnehmer in betreuten Anlagen wohnten. Nur weibliche Teilnehmerinnen litten an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). 28,1% der Befragten (n=43) gab an, keine psychische Nebendiagnose zu haben, oder waren sich dieser nicht bewusst. Somit ist ersichtlich, dass mindestens 71,9% der Teilnehmer an einer weiteren psychischen Erkrankung litten.

Tabelle 2: Psychische Nebendiagnosen nach ICD-10 der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015 (Mehrfachnennungen möglich)

Nebendiagnose (nach ICD-10)	Betreutes Wohnen (n=107)		Nicht betreutes Wohnen (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Depression F33.x	33 (38,8%)	10 (45,5%)	8 (40%)	13 (50%)	64 (41,8%)
Schizophrenie F20.x	7 (8,2%)	1 (4,5%)	0	0	8 (5,2%)
Anpassungsstörung F43.2	5 (5,9%)	1 (4,5%)	1 (5%)	0	7 (4,6%)
Polytoxikomanie F19.x	6 (7,1%)	1 (4,5%)	0	4 (15,4%)	11 (7,2%)
Spielsucht F63.0	2 (2,4%)	0	0	0	2 (1,3%)
Posttraumatische Belastungsstörung F43.1	0	4 (18,2%)	0	3 (11,5)	7 (4,6%)
Angststörung F42.x	0	0	1 (5%)	0	1 (0,7%)
Persönlichkeitsstörung F60.x – F62.x	1 (1,2%)	2 (9,1%)	2 (10%)	0	5 (3,3%)
Nicht bekannt	29 (34,1%)	3 (13,6%)	7 (35%)	4 (15,4%)	43 (28,1%)

Tabelle 3: Somatische Nebendiagnosen nach ICD-10 der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015 (Mehrfachnennungen möglich)

Nebendiagnose (nach ICD-10)	Betreutes Wohnen (n=107)		Nicht betreutes Wohnen (n=46)		Betreutes Wohnen (n=107)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	
Diabetes mellitus Typ II E11.x	3 (3,5%)	2 (9,1%)	1 (5%)	1 (3,8%)	7 (4,6%)
Dilatative Kardiomyopathie I42.0	1 (1,2%)	0	0	0	1 (0,7%)
Leberzirrhose K70.3	1 (1,2%)	1 (4,5%)	0	1 (3,8%)	3 (2%)
Steatosis hepatis K70.0	9 (10,6%)	1 (4,5%)	3 (10%)	1 (3,8%)	14 (9,2%)
Arterielle Hypertonie I10.x	1 (1,2%)	0	0	0	1 (0,7%)
Hepatitis K70.1	0	4 (18,2%)	0	3 (11,5)	7 (4,6%)
Gastritis K29.x	1 (1,2%)	0	0	0	1 (0,7%)
Trigeminusneuralgie G50.0	1 (1,2%)	0	0	0	1 (0,7%)
Z. n. Magenresektion K91.1	1 (1,2%)	0	0	0	1 (0,7%)
Neurodermitis L20.8	1 (1,2%)	0	0	0	1 (0,7%)
Essstörung F50.x	0	1 (4,5%)	0	0	1 (0,7%)
Epilepsie G40.x	1 (1,2%)	0	0	0	1 (0,7%)
Nicht bekannt	64 (75,3%)	16 (72,7%)	16 (80%)	23 (88,5%)	119 (77,8%)

Die häufigste physische Komorbidität war eine alkoholische Steatosis hepatis, es folgte Diabetes mellitus Typ II. 77,8% der Teilnehmer (n=119) gaben an, nicht an einer somatischen Begleiterkrankung zu leiden, bzw. waren sich dieser nicht bewusst.

3.2.3 Soziodemographische Daten

Im Rahmen der Basisdokumentation wurden soziodemographische Daten wie der Familienstand, die Herkunft, die Finanzierung des Lebensunterhalts und die aktuelle Wohnform erhoben. 59,5% der Befragten waren ledig.

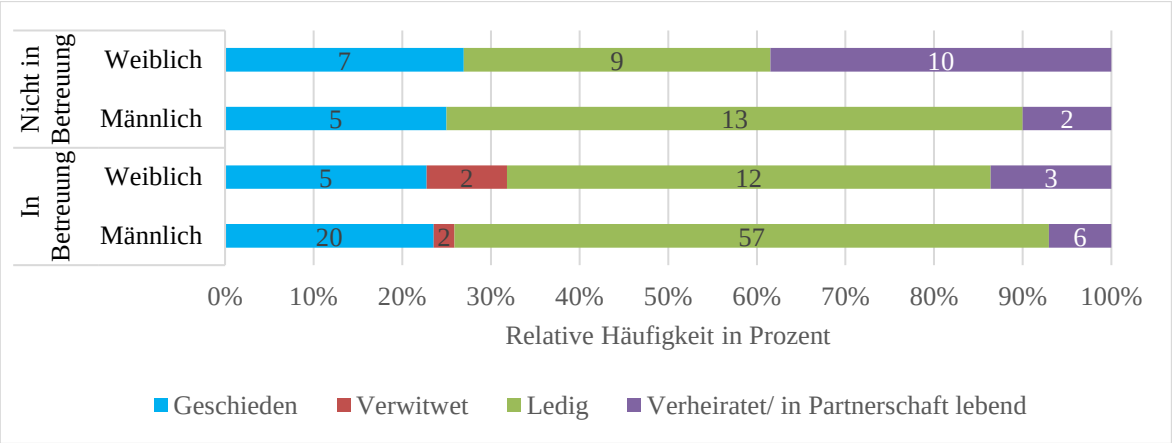

Abbildung 2: Familienstand der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit nach Wohnbetreuungsstand und Geschlecht aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Der prozentuale Anteil ist farblich dargestellt und die absolute Anzahl der jeweiligen Personengruppen in Zahlen wiedergegeben.

Der Großteil der Befragten (86,3%) lebte zum Zeitpunkt der Befragung in keiner Partnerschaft. Es zeigte sich, dass die weiblichen Befragten (n=13; 27,1%) statistisch signifikant häufiger in Partnerschaften lebten als die männlichen (n=8; 7,6%) (Chi-Quadrat-Test; p=0,001). Es lebten 74,2% der Wohnbetreuten (n=98) und 25,8% der nicht Betreuten (n=34) in keiner Partnerschaft (s. Tab. 4). Nicht betreute Teilnehmer waren signifikant häufiger in Partnerschaften als die betreuten (Chi-Quadrat-Test; p=0,004).

Tabelle 4: Darstellung der Anzahl der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit nach Wohnbetreuung und Partnerschaft aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Partnerschaft	Betreutes Wohnen (n=107)	Nicht betreutes Wohnen (n=46)	Gesamt (n=153)
Keine Partnerschaft	98 (91,6%)	34 (73,9%)	132 (86,3%)
In Partnerschaft	9 (8,4%)	12(26,1%)	21(13,7%)

97,4% der Befragten (n= 149) hatten die deutsche Staatsbürgerschaft. Keiner der Befragten gab an, ein Tourist oder eine Person der 2. Migrantengeneration zu sein. In Tabelle 5 wird die Herkunft der Teilnehmer aufgeschlüsselt.

Tabelle 5: Herkunft der Teilnehmer mit chronischer Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Herkunft	In Wohnbetreuung (n=107)		Nicht in Wohnbetreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Zugewanderter Ausländer	2 (2,4%)	0	0	0	2 (1,3%)
In Deutschland geborener Ausländer	1 (1,2%)	0	0	2 (7,7%)	3 (2%)
Eingebürgerter Ausländer	2 (2,4%)	1 (4,5%)	1 (5%)	1 (3,8%)	5 (3,3%)
Spätaussiedler	4 (4,7%)	0	0	4 (15,4%)	8 (5,2%)
Kein Migrationshintergrund	76 (89,4%)	19 (86,4%)	17 (85%)	21 (80,1%)	133 (86,9%)
Nicht bekannt/Missing data	0	2 (9%)	0	0	2 (1,3%)

Zwei Drittel der Teilnehmer (n=102; 66,7%) bezogen ihren Lebensunterhalt rein durch Arbeitslosengeld oder additionale Einkünfte. 11,8% (n=18) lebten ausschließlich von Rente. Arbeitsentgelt wurde von 17% der Befragten (n=26) erwirtschaftet. 2,6% der Teilnehmer (n=4) lebten vom eigenen Vermögen oder dem der Angehörigen, 2,0% (n=3) bezogen Krankengeld. Eine detaillierte Aufteilung ist in Abbildung 3 dargestellt.

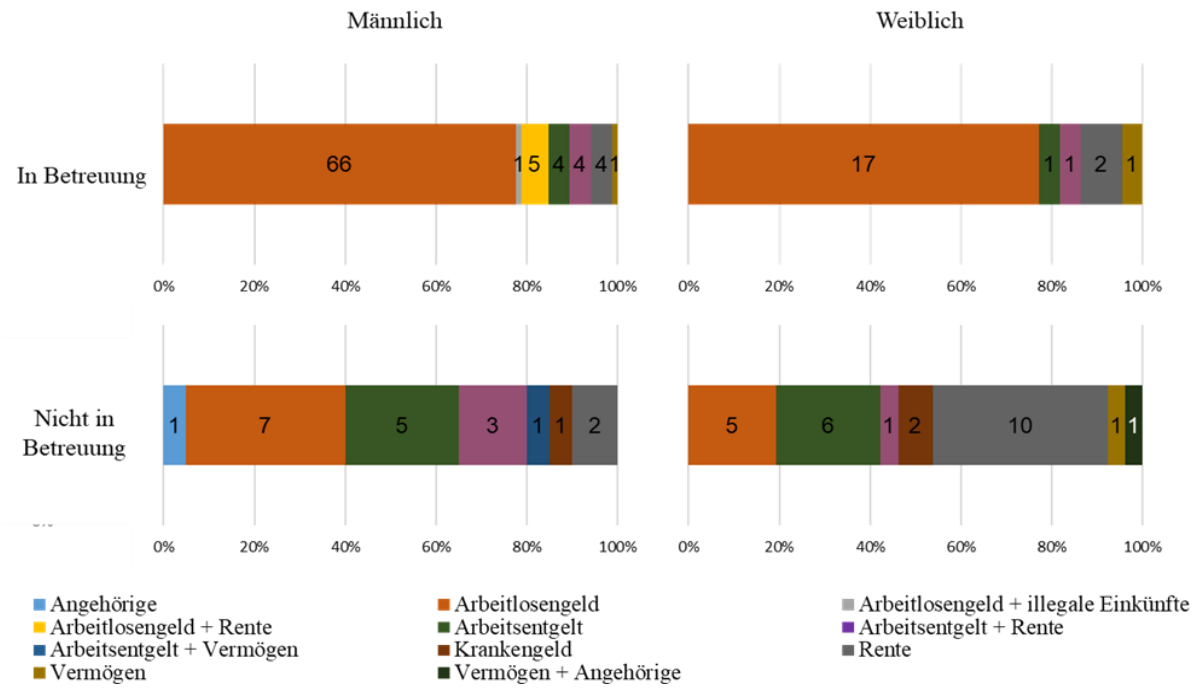

Abbildung 3: Finanzierung des Lebensunterhaltes der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Der prozentuale Anteil ist farblich abgebildet und die absolute Anzahl der jeweiligen Personengruppen ist in Zahlen wiedergegeben.

In Frage 11 der Basisdokumentation wurde nach der Wohnform vor Aufnahme gefragt. Diese Fragestellung hatte für die Auswertung keine Relevanz. Aufgrund nicht statistisch auswertbarer Ergebnisse – unter anderem Falschaussage, widersprüchliche Aussagen, fehlende Angaben – bei der Frage nach dem ersten stationären Aufenthalt und der Rechtsgrundlage des Aufenthalts (s. Fragebogen der Basisdokumentation) konnte keine Auswertung stattfinden.

3.2.4 Stattgehabte stationär-psychiatrische Behandlungen

Im folgenden Abschnitt wird dargestellt, wie oft sich die Teilnehmer aufgrund ihrer Alkoholabhängigkeit in stationärer Behandlung befanden. Tabelle 6 zeigt die detaillierten Ergebnisse. Bei 18 Teilnehmern (11,8%) fand bezüglich der chronischen Alkoholabhängigkeit noch kein stationärer Therapieversuch statt. Die meisten Teilnehmer waren bereits über fünfmal in stationärer Behandlung (37,9%; n=58). Fast ein Drittel der Befragten (32,7%; n=50) waren zwischen zwei- und fünfmal stationär behandelt worden.

Tabelle 6: Stationäre Aufenthalte der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit nach Wohnform und Geschlecht aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Anzahl	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
0	9 (10,6%)	3 (13,6%)	3 (15%)	3 (11,5%)	18 (11,8%)
1	11 (12,9%)	4 (18,2%)	3 (15%)	4 (15,4%)	22(14,4%)
2 – 5	26 (30,6%)	6 (27,3%)	7 (35%)	11 (42,3%)	50 (32,7%)
>5	35 (41,2%)	8 (36,4%)	7 (35%)	8 (30,8%)	58 (37,9)
Nicht bekannt	4 (4,7%)	1 (4,5%)	0	0	5 (3,3%)
Gesamt	85 (100%)	22 (100%)	20 (100%)	26 (100%)	153 (100%)

3.2.5 Gesetzliches Betreuungsverhältnis

Gemäß § 1896 des Bürgerlichen Gesetzbuches wird einem Erwachsenen, welcher aufgrund seiner Alkoholabhängigkeit oder seinen Begleiterkrankungen nicht mehr seinen Angelegenheiten nachkommen kann, ein Betreuer vom Betreuungsgericht zugewiesen. Zum Zeitpunkt der Befragung bestand bereits bei 48 Teilnehmern (31,4%) eine gesetzliche Betreuung bzw. wurde diese bereits angeregt. Von diesen lebten 83,3% (n=40) in einer betreuten Wohnform. In dieser Teilpopulation waren nahezu doppelt so viele Männer wie Frauen enthalten. Bei zwei Teilnehmern (1,3%) war eine Vorsorgevollmacht bereits vereinbart. Sechs Teilnehmer (3,9%) konnten keine Aussage zum gesetzlichen Betreuungsverhältnis machen. Die genaue Verteilung kann Tabelle 7 entnommen werden.

Tabelle 7: Gesetzliches Betreuungsverhältnis (BV) und Vorsorgevollmachten der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Betreuungsverhältnis	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Kein BV/keine Vorsorgevollmacht	46 (54,1%)	13 (59,1%)	15 (75%)	23 (88,5%)	97 (63,4%)
BV besteht bereits	29 (34,1%)	4 (18,1%)	3 (15%)	3 (13,6%)	39 (25,5%)
BV ist angeregt	2 (2,4%)	0	0	0	2 (1,3%)
Vorsorgevollmacht besteht bereits	1 (1,2%)	1 (4,5%)	0	0	2 (1,3%)
BV und Vorsorgevollmacht bestehen bereits	3 (3,5%)	2 (9%)	2 (10%)	0	7 (4,6%)
Nicht bekannt	4 (4,7%)	2 (9%)	0	0	6 (3,9%)

3.2.6 Absichten künftiger Behandlungen

Mehr als die Hälfte der in Betreuung lebenden Teilnehmer (56,1%; n=60) plante keine weitere Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit, so auch 15,2% (n=7) der nicht in Betreuung lebenden. Auf eine weitere Behandlung verzichteten 60% der in Betreuung lebenden Männer, wohingegen der Anteil der Frauen 40,1% betrug. Auch in der nicht betreuten Wohnform zeigte sich, dass der Anteil der männlichen Teilnehmer, die eine weitere Behandlung ablehnen, größer ist als bei den weiblichen Befragten.

Die Weiterbehandlung der Studienteilnehmer kann man Tabelle 8 entnehmen. Weitere 25 Teilnehmer mit Wohnbetreuung (23,4%) und 22 der nicht in einer betreuten Wohnform lebenden Teilnehmer (47,8%) wollten eine weitere Therapie allein in der psychiatrischen Institutsambulanz. 51 Teilnehmer (33,3%) erwogen eine weitere Therapie allein in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder zusammen mit weiteren Therapien. Von diesen waren 25 in Betreuung (23,4% der Betreuten) und 22 nicht (47,8% der nicht Betreuten). Niemand gab an, in die häusliche Pflege zu gehen.

Tabelle 8: Geplante Weiterbehandlung der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg nach der derzeitigen Behandlung, 2013 bis 2015

Weiterbehandlung	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Stationäre Weiterbehandlung	9 (10,6%)	3 (13,6%)	1 (5%)	2 (7,7%)	15 (9,8%)
Teilstationäre Weiterbehandlung	1 (1,2%)	1 (4,5%)	2 (10%)	2 (7,7%)	6 (3,9%)
Niedergelassener Psychiater/ Nervenarzt	2 (2,4%)	1 (4,5%)	0	0	3 (2%)
Ärztlicher/ psychologischer Psychotherapeut	1 (1,2%)	1 (4,5%)	1 (5%)	3 (11,5%)	6 (3,9%)
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	18 (21,2%)	6 (27,3%)	10 (50%)	12 (46,2%)	46 (30,1%)
PIA + niedergelassener Psychiater	1 (1,2%)	0	0	0	1 (0,7%)
PIA + Psychotherapeut	0	0	0	3 (11,5%)	3 (2%)
PIA + Soziotherapie	0	0	0	1 (3,8%)	1 (0,7%)
Anderer Arzt	0	0	1 (5%)	1 (3,8%)	2 (1,3%)
Soziotherapie	2 (2,4%)	1 (4,5%)	0	0	3 (2%)
Keine	51 (60%)	9 (40,9%)	5 (25%)	2 (7,7%)	67 (43,8%)

3.2.7 Geplante zukünftige Betreuung

Mehr als zwei Drittel aller Befragten wollten sich auch zukünftig in eine Art fachliche Betreuung oder Behandlung begeben bzw. in der gegenwärtigen verbleiben. Tabelle 9 sind diese Weiterbetreuungsmöglichkeiten zu entnehmen. 69,2% der in einem betreuten (n=74) und 6,5% der in einem nicht betreuten Wohnbereich lebenden Personen (n=3) planen auch in Zukunft eine weitere Betreuung. Die bevorzugte Weiterbetreuung der Teilnehmer ist das stationär betreute Wohnen. Dies gaben die Hälfte der Teilnehmer (50,3%; n=77) an. Die meisten der nicht in Betreuung Lebenden (n=46) wünschen sich auch keine spätere Unterbringung im betreuten Wohnen (65,2%; n=30).

Tabelle 9: Geplante Weiterbetreuung der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg nach der derzeitigen Behandlung, 2013 bis 2015

Weiterbetreuung	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	weiblich (n=26)	
Keine	7 (8,2%)	3 (13,6%)	12 (60%)	18 (69,2%)	40 (26,1%)
Ambulante Wohnbetreuung/ Pflege	11 (12,9%)	4 (18,2%)	0	7 (26,9%)	22 (14,4%)
Stationär betreutes Wohnen	61 (71,8%)	13 (59,1%)	3 (15%)	0	77 (50,3%)
Arbeitsbetreuung	0	0	3 (15%)	0	3 (2%)
Ambulante Wohnbetreuung + Arbeitsbetreuung	1 (1,2%)	0	1 (5%)	0	2 (1,3%)
Sonstiges	2 (2,4%)	1 (4,5%)	0	1 (3,8%)	4 (2,6%)
Nicht bekannt	3 (3,5%)	1 (4,5%)	1 (5%)	0	5 (3,3%)

3.2.8 Entlassungsort nach der Behandlung

Bei allen sich in stationärer Behandlung befindenden Patienten (18,3%; n=28) war nach Abschluss der Behandlung eine Entlassung mit festem Wohnsitz geplant.

3.3 Trail-Making-Test

Der Test wurde von allen Teilnehmern korrekt durchgeführt. 85% der Teilnehmer konnten den TMT Typ A in unter 51 Sekunden durchführen und lagen somit im Normbereich. Der

schnellste Teilnehmer absolvierte den Test in 16 Sekunden, der langsamste in 92 Sekunden. Die durchschnittlich benötigte Zeit lag bei 34,1 Sekunden (SD=±14,6). In Tabelle 10 sind die Mittelwerte der Zeitmessung nach Wohnform und Geschlecht aufgegliedert.

Tabelle 10: Benötigte Zeit zur Absolvierung des Trail-Making-Tests Typ A durch die Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Auswertung in Sekunden	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Mittelwert	36,4	34,3	28,7	30,8	34,1
Standardabweichung	14	16,2	11,4	16,4	14,6
Varianz	197,1	263,8	131	267,9	214,6

Abbildung 4 zeigt die Verteilung der für den TMT Typ A benötigten Zeit aller Teilnehmer als Boxplot.

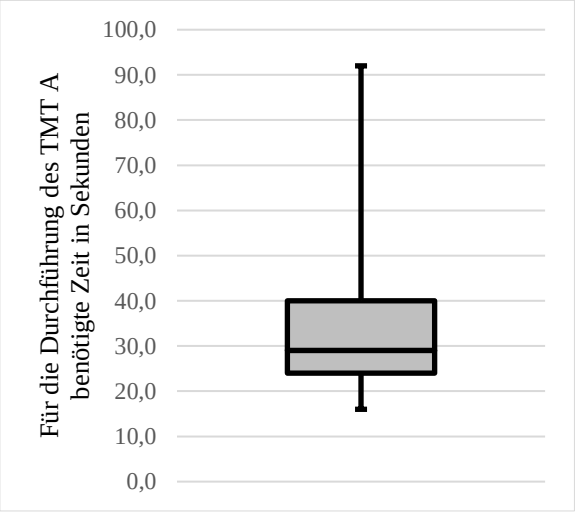

Abbildung 4: Darstellung der benötigten Zeit zur Durchführung des Trail-Making-Tests Typ A (TMT-A) der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015, anhand eines Boxplots: Range=92-16; 1. Quartile=24; Median=29; 3. Quartile=40

Abbildung 5 ist zu entnehmen, dass der Anteil der im Normbereich liegenden Teilnehmer bei den nicht betreuten signifikant höher ist (Mann-Whitney-U-Test; p<0,001). Aus der Teilpopulation der außerhalb des Normbereichs liegenden Teilnehmer (n=23) waren 82,6% in Betreuung. Einen Zusammenhang zwischen Geschlecht und Testleistung bestand nicht (p=0,314).

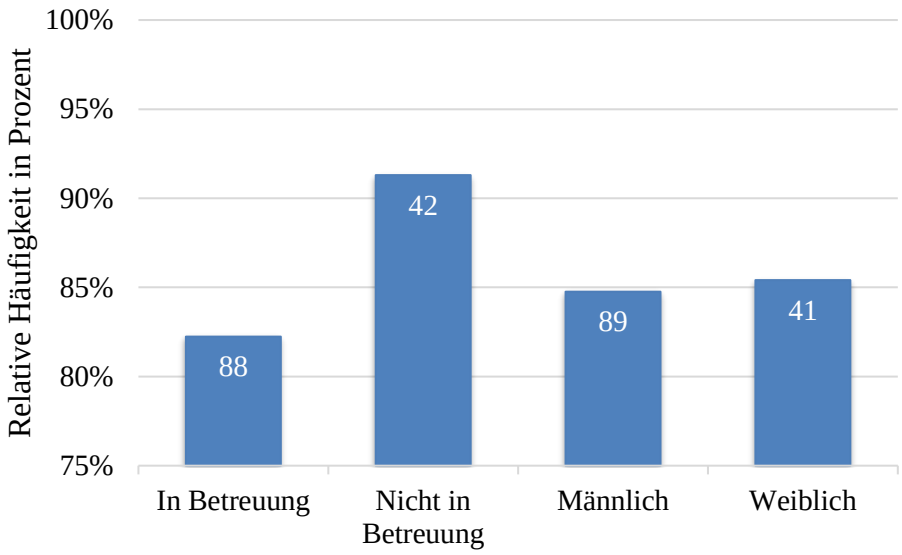

Abbildung 5: Anteile der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, die beim Trail-Making-Test im Normbereich (<51 Sekunden) lagen, 2013 bis 2015

Die Höhe der Balken stellt die relative Häufigkeit, die Zahlen in den Balken die absolute Häufigkeit dar.

3.4 Auswertung des Hauptfragebogens

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Auswertung des Hauptfragebogens behandelt. Dieser untersucht das Mobilitätsverhalten bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit. Es soll herausgefunden werden, wie Menschen mit Alkoholabhängigkeit Möglichkeiten zur Mobilität nutzen und welchen Einschränkungen sie unterliegen.

3.4.1 Teilnahme am Straßenverkehr

Aus den Ergebnissen des Fragebogens geht hervor, dass 79,7% der Befragten (n=122) in den letzten fünf Jahren aktiv am Straßenverkehr teilgenommen hatten (s. Tab. 11). Ebenfalls ist zu erkennen, dass die betreuten Teilnehmer weniger am Straßenverkehr teilnahmen (74,8%; n=80) als die nicht betreuten (91,3%; n=42). Hier konnte kein signifikanter Zu-

sammenhang (p=0,02) festgestellt werden. Die in Betreuung lebenden Frauen nahmen in Relation weniger am Straßenverkehr teil. Bei Teilnehmern ohne Wohnbetreuung waren es die Männer.

Tabelle 11: Teilnahme am Straßenverkehr der Befragten mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Teilnahme am Straßenverkehr	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Ja	64 (75,3%)	16 (72,2%)	17 (85%)	25 (95,2%)	122 (79,7%)
Nein	21 (24,7%)	6 (27,8%)	3 (15%)	1 (3,8%)	31 (20,3%)

3.4.2 Gründe der Nichtteilnahme am Straßenverkehr

Falls die Befragten nicht mehr aktiv am Straßenverkehr teilnahmen, so gaben sie bei dieser Frage die Gründe dafür an. Tabelle 12 stellt diese detailliert dar. Als Hauptgrund für die Nichtteilnahme wurde von 12,4% der Teilnehmer (n=19) das Fehlen des Führerscheins genannt. Bei Teilnehmern mit Wohnbetreuung waren dies 15,9% (n=17), ohne Wohnbetreuung 4,3% (n=2). Angst und Unlust wurden nur von Teilnehmern in Betreuung genannt.

Tabelle 12: Gründe der Nichtteilnahme am Straßenverkehr der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015 (Mehrfachantworten möglich)

Gründe	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Angst	2 (2,4%)	2 (9,1%)	0	0	4 (2,6%)
Kein Fahrzeug	5 (5,9%)	2 (9,1%)	2 (10%)	1 (3,8%)	10 (6,5%)
Kein Führerschein	14 (16,5%)	3 (13,6%)	1 (5%)	1 (3,8%)	19 (12,4%)
Unlust	3 (3,5%)	0	0	0	3 (2%)
Andere	5 (5,9%)	2 (9,1%)	1 (5%)	1 (3,8%)	9 (5,9%)

3.4.3 Besitz von Fahrzeugen

Etwa zwei Drittel der Befragten gaben an, ein Fahrzeug zur Zeit der Befragung zu besitzen. Davon hatten 53,3% der betreuten und 82,6% der nicht betreuten Teilnehmer ein Fahrzeug. Untersucht wurden die Zusammenhänge zwischen der Wohnbetreuung und dem Besitz eines PKW, Fahrrads und motorbetriebenen Zweirädern. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern mit und ohne Wohnbetreuung hinsichtlich der genannten Fahrzeugtypen. Von den Fahrzeugbesitzern hatten 80% ein Fahrrad, etwas weniger als ein Drittel einen PKW und 10,5% ein motorbetriebenes Zweirad. Kein Teilnehmer besaß einen LKW (s. Tab. 13).

Tabelle 13: Fahrzeugbesitz und Fahrzeugtyp der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015 (Mehrfachantworten möglich)

Fahrzeugbesitz	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
In Besitz eines Fahrzeugs	45 (52,9%)	12 (54,5%)	14 (70%)	24 (92,3%)	95 (62,1%)
Kein Fahrzeug	40 (47,1%)	10 (45,5%)	6 (30%)	2 (7,7%)	58 (37,9%)
Fahrzeugbesitz berechnet an Anteil aller Fahrzeugbesitzer					
Fahrzeugtyp	In Betreuung (n=57)		Nicht in Betreuung (n=38)		Gesamt (n=95)
	Männlich (n=45)	Weiblich (n=12)	Männlich (n=14)	Weiblich (n=24)	
PKW	4 (8,9%)	4 (33,3%)	8 (57,1%)	12 (50%)	28 (29,5%)
Fahrrad	42 (93,3%)	11 (91,7%)	9 (64,3%)	14 (58,3%)	76 (80%)
Motorrad	2 (4,4%)	1 (8,3%)	1 (7,1%)	1 (4,2%)	5 (5,3%)
Roller	1 (2,2%)	1 (8,3%)	1 (7,1%)	1 (4,2%)	4 (4,2%)
Moped	1 (2,2%)	0	0	0	1 (1,1%)

3.4.4 Anlass zur Teilnahme am Straßenverkehr

Alle Teilnehmer wurden gefragt, aus welchem Grund sie regelmäßig am Straßenverkehr teilnehmen. Auch die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel wurde hierbei berücksichtigt. Die meisten Teilnehmer gaben die Eigenversorgung (n=122; 79,7%) oder Freizeitgestaltung (n= 127; 83%) an. Etwas weniger als die Hälfte gaben berufliche Gründe an (s. Tab. 14). Die nicht betreuten Befragten nahmen signifikant häufiger aus beruflichen Gründen (p=0,002) am Straßenverkehr teil. Signifikante Unterschiede zeigten sich bei der freizeitlichen (p=0,394) und sonstigen (p=0,115) Teilnahme am Straßenverkehr nicht.

Tabelle 14: Gründe der Teilnahme am Straßenverkehr der Befragten mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015 (Mehrfachantworten möglich)

Gründe	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Beruflich (Weg zur Arbeitsstelle, Berufsausübung)	26 (30,6%)	11 (50%)	16 (80%)	20 (76,9%)	73 (47,7%)
Eigenversorgung (Einkaufen fürs tägliche Leben)	63 (74,1%)	16 (72,7%)	19 (95%)	24 (92,3%)	122 (79,7%)
Freizeitgestaltung	71 (83,5%)	16 (72,7%)	17 (85%)	23 (88,5%)	127 (83%)
Sonstiges	6 (7,1%)	4 (18,2%)	0	1 (3,8%)	11 (7,2%)

3.4.5 Verkehrsmittelnutzung

Mithilfe der fünften Frage des Hauptfragebogens konnte ermittelt werden, wie viele Kilometer die Befragten an einer genannten Anzahl von Tagen pro Woche mit dem jeweiligen Verkehrsmittel oder als Fußgänger durchschnittlich pro Strecke zurücklegten. Anhand der gesammelten Daten erfolgte eine Hochrechnung pro Jahr. Die Ergebnisse der Befragung wurden in den Tabellen 15 bis 20 dargestellt. Unter „Fallzahl“ (s. jeweils zweite Spalte der Tabellen) ist die gültige Anzahl von Angaben innerhalb der Gruppe zu verstehen.

Tabelle 15 stellt die in einem Jahr durch die Teilnehmer zurückgelegten Kilometer mit öffentlichen Verkehrsmitteln dar. Knapp die Hälfte der Teilnehmer (48,4%; n=74) legte durchschnittlich 2956 Kilometer pro Jahr mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurück. Die Spannweite des niedrigsten und höchsten angegebenen Wertes erstreckt sich von 78 bis 15643 Kilometer. Zwischen betreuten und nicht betreuten Teilnehmern zeigte sich kein signifikanter Unterschied (Mann-Whitney-U-Test; p=0,16). Auch ein geschlechtsspezifischer Unterschied zeigte sich bei der Jahreskilometerleistung mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht (p=0,550).

Tabelle 15: Darstellung der Jahreskilometerleistung genutzter öffentlicher Verkehrsmittel durch die Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Fahrleistung in km pro Jahr	Fall-zahl	Mittel-wert	Median	Mini-mum	Maxi-mum	Spann-weite	Stan-dard-abwei-chung
Gesamt (n=153)	74	2956	1825	78	15643	15565	3088
In Betreuung gesamt (n=107)	49	2632	1825	78	15643	15565	2935
Männlich (n=85)	39	2725	1669	78	15643	15565	3132
Weiblich (n=22)	10	2268	1825	521	7821	7300	2084
Nicht in Betreu-ung gesamt (n=46)	25	3590	2086	521	10950	10429	3338
Männlich (n=20)	13	3570	2086	521	10429	9908	3402
Weiblich (n=26)	12	3611	2217	521	10950	10429	3418

Als Fußgänger legten, wie Tabelle 17 dargestellt, 71,9% der Befragten (n=110) durchschnittlich 941 Kilometer zurück. Die Höhe der Kilometerleistung ist unabhängig davon (Mann-Whitney-U-Test), ob sich die Befragten in Betreuung befanden (p=0,051) oder welches Geschlecht sie hatten (p=0,1).

Tabelle 16: Darstellung der als Fußgänger zurückgelegten Jahreskilometer der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Jahreskilometer-leistung	Fall-zahl	Mittel-wert	Median	Mini-mum	Maxi-mum	Spann-weite	Stan-dard-abwei-chung
Gesamt (n=153)	110	941	730	104	3700	3596	809
In Betreuung gesamt (n=107)	85	929	730	104	3700	3596	860
Männlich (n=85)	64	965	678	104	3700	3596	917
Weiblich (n=22)	21	819	730	183	2555	2372	663
Nicht in Betreu-ung gesamt (n=46)	25	980	1095	104	2190	2086	622
Männlich (n=20)	12	986	1095	104	2190	2086	654
Weiblich (n=26)	13	975	782	104	2190	2086	617

Mit dem Fahrrad nahmen 43,1% der Befragten (n=66) am Straßenverkehr teil (s. Tab. 17). Damit legten sie durchschnittlich 2135 Kilometer pro Jahr zurück. Betreute Teilnehmer

legten durchschnittlich 27,2% mehr Kilometer mit dem Fahrrad zurück als nicht betreute. Dieser Unterschied zeigte sich jedoch nicht signifikant (Mann-Whitney-U-Test; p=0,56). Bezüglich des Geschlechts und der Fahrradnutzung besteht kein signifikanter Zusammenhang (p=0,325).

Tabelle 17: Darstellung der Jahreskilometerleistung als Radfahrer der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Fahrleistung in km pro Jahr	Fall-zahl	Mittel-wert	Median	Mini-mum	Maxi-mum	Spann-weite	Stan-dard-abwei-chung
Gesamt (n=153)	66	2135	1095	104	9490	9386	2280
In Betreuung gesamt (n=107)	51	2275	1304	156	9490	9334	2410
Männlich (n=85)	41	2501	1304	156	9490	9334	2580
Weiblich (n=22)	10	1351	1043	313	4380	4067	1223
Nicht in Betreuung gesamt (n=46)	15	1656	913	104	5214	5110	1753
Männlich (n=20)	8	1815	822	104	5214	5110	1914
Weiblich (n=26)	7	1475	939	313	5110	4797	1680

Tabelle 18 zeigt die zurückgelegten Jahreskilometer mit dem PKW. 15,3% der Teilnehmer (n=25) gaben an, durchschnittlich mit dem Auto 8255 Kilometer pro Jahr zurückzulegen. Nur 5,6% der in Betreuung Lebenden (n=6) nutzten ein Auto, legten jedoch durchschnittlich mehr Kilometer mit dem Auto zurück als nicht betreute. Der Mann-Whitney-U-Test zeigte sich hierbei nicht signifikant (p=0,01). Zwischen den Geschlechtern zeigt sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied (p=0,784).

Tabelle 18: Darstellung der Jahreskilometerleistung mit einem Personenkraftwagen der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Fahrleistung in km pro Jahr	Fall-zahl	Mittel-wert	Median	Mini-mum	Maxi-mum	Spann-weite	Stan-dard-abwei-chung
Gesamt (n=153)	25	8255	5475	730	39107	38377	9282
In Betreuung gesamt (n=107)	6	11037	6257	3129	39107	35978	13915
Männlich (n=85)	4	13948	6779	3129	39107	35978	16909
Weiblich (n=22)	2	5215	5215	3129	7300	4171	2949
Nicht in Betreu-ung gesamt (n=46)	19	7377	5475	730	31286	30556	7595
Männlich (n=20)	7	6212	3650	1251	18250	16999	5770
Weiblich (n=26)	12	8056	5866	730	31286	30556	8653

Tabelle 19 stellt die mit dem motorisierten Zweirad zurückgelegte Strecke unterteilt nach den relevanten Gruppen dar. Neun Teilnehmer (5,9%) legten durchschnittlich 2694 Kilometer pro Jahr zurück. Der Unterschied bzgl. der Kilometerleistung und der Wohnform zeigte sich nicht signifikant (Mann-Whitney-U-Test; p=0,339). Es besteht auch kein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied (p=0,90). Bei den betreuten Teilnehmern legten die Männer mehr als doppelt so viele Kilometer mit dem Zweirad zurück, während bei den nicht betreuten Teilnehmern Frauen deutlich mehr Kilometer zurücklegten.

Tabelle 19: Darstellung der Jahreskilometerleistung mit einem motorisierten Zweirad der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Fahrleistung in km pro Jahr	Fall-zahl	Mittel-wert	Median	Mini-mum	Maxi-mum	Spann-weite	Stan-dard-abwei-chung
Gesamt (n=153)	9	2694	2086	521	7300	6779	2262
In Betreuung gesamt (n=107)	5	2816	2086	782	7300	6518	2693
Männlich (n=85)	3	3737	3129	782	7300	6518	3301
Weiblich (n=22)	2	1434	1434	782	2086	1304	922
Nicht in Betreu-ung gesamt (n=46)	4	2542	2216	521	5214	4693	1978
Männlich (n=20)	2	1564	1564	521	2607	2086	1475
Weiblich (n=26)	2	3520	3520	1825	5214	3389	2396

Tabelle 20 zeigt die als Mitfahrer zurückgelegten Jahreskilometer. 45 Teilnehmer (29,4%) gaben an, am Straßenverkehr als Mitfahrer teilzunehmen. Diese Option wurde in Bezug auf die zurückgelegte Jahreskilometerleistung mit durchschnittlich 2422 Kilometern am wenigsten genutzt. Die meisten Mitfahrer stammten aus der Gruppe der Teilnehmer mit Wohnbetreuung (82,2%; n=37) und legten durchschnittlich weniger als halb so viele Kilometer zurück als die nicht betreuten Teilnehmer. Dieser Zusammenhang zeigt sich nicht signifikant (Mann-Whitney-U-Test; p=0,67). Innerhalb der Gruppen zeigte sich kein geschlechtsspezifischer Zusammenhang (p=0,56).

Tabelle 20: Jahreskilometerleistung als Mitfahrer der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Fahrleistung in km pro Jahr	Fall-zahl	Mittel-wert	Median	Mini-mum	Maxi-mum	Spann-weite	Stan-dard-abwei-chung
Gesamt (n=153)	45	2422	521	78	13296	13218	3699
In Betreuung gesamt (n=107)	37	1977	521	78	10950	10872	3227
Männlich (n=85)	27	1801	469	78	10950	10872	3148
Weiblich (n=22)	10	2451	782	261	10950	10689	3560
Nicht in Betreuung gesamt (n=46)	8	4484	1826	156	13296	13140	5151
Männlich (n=20)	3	6345	7300	1305	10429	9124	4636
Weiblich (n=26)	5	3368	521	156	13296	13140	5616

3.4.6 Fahrerlaubnis

Im Folgenden wird ermittelt, inwiefern die Teilnehmer zum Befragungszeitpunkt nach eigenen Angaben einen Führerschein für eine entsprechende Führerscheinklasse besaßen. Mehrfachantworten waren in Bezug auf die Führerscheinklassen möglich. Mehr als zwei Drittel der Teilnehmer (68%; n=104) hatten zum Zeitpunkt der Befragung keinen gültigen Führerschein. 79,4% der in einer betreuten Wohnform Lebenden (n=85) gaben an, keinen Führerschein zu besitzen. Bei den nicht betreuten Teilnehmern waren nur 41,3% (n=19) führerscheinlos. Der Chi-Quadrat-Test wies diesen Unterschied als nicht signifikant (p=0,045) aus. Frauen besaßen mit 54,2% (n=26) nicht signifikant häufiger einen Führerschein als Männer (n=23) mit 21,9% (p=0,046). In Tabelle 21 wird die genaue Verteilung der Führerscheinklassen dargestellt.

Tabelle 21: Besitz einer Fahrerlaubnis der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015 (Mehrfachnennungen möglich)

Fahrerlaubnis	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Kein Führerschein	71 (83,5%)	14 (63,6%)	11 (55%)	8 (30,8%)	104 (68%)
In Besitz eines Führerscheins	14 (16,5%)	8 (36,4%)	9 (45%)	18 (69,2%)	49 (32%)
Gesamt	85 (100%)	22 (100%)	20 (100%)	26 (100%)	153 (100%)
Auflistung nach Führerscheinklassen (Mehrfachnennungen)					
Klasse A: Krafträder offen (Klasse 1 und 1A alt)	1 (1,2%)	0	1 (5%)	2 (7,7%)	4 (2,6%)
Klasse A1: Krafträder bis 125ccm (Klasse 1B alt)	2 (2,4%)	0	1 (5%)	2 (7,7%)	5 (3,3%)
Klasse B: PKW (Klasse 3 alt)	11 (12,9%)	9 (40,9%)	9 (45%)	18 (69,2%)	47 (30,7%)
Klasse BE: PKW mit Anhänger (Klasse 3 alt)	0	0	1 (5%)	1 (3,8%)	2 (1,3%)
Klasse C: LKW (mit ärztl. Untersuchung alle 5 Jahre) (Klasse 2 alt)	1 (1,2%)	0	0	0	1 (0,7%)
Klasse CE: LKW mit Anhänger (Klasse 2 alt)	1 (1,2%)	0	1 (5%)	1 (3,8%)	3 (2%)
Klasse C1: Kleintransporter <7,5t (Klasse 3 alt)	1 (1,2%)	0	1 (5%)	1 (3,8%)	3 (2%)
Klasse C1E: Kleintransporter <7,5t mit Anhänger (Klasse 3 alt)	1 (1,2%)	0	0	0	1 (0,7%)
Klasse D: Bus (Klasse 2* alt)	0	0	0	1 (3,8%)	1 (0,7%)
Klasse DE: Bus mit Anhänger (Klasse 2* alt)	0	0	0	1 (3,8%)	1 (0,7%)
Klasse D1: Bus mit weniger als 16 Sitzplätzen (Klasse 3* alt)	0	0	0	1 (3,8%)	1 (0,7%)
Klasse L: Zugmaschinen Land- und Forstwirtschaft <32km/h (Klasse 5 alt)	1 (1,2%)	0	2 (10%)	1 (3,8%)	4 (2,6%)
Klasse M: Roller <50ccm (Klasse 4 alt)	0	0	2 (10%)	2 (7,7%)	4 (2,6%)
Klasse S: Kleinfahrzeug bis 50ccm (Mofa alt)	4 (4,7%)	1 (4,5%)	0	1 (3,8%)	6 (3,9%)
Klasse T: Zugmaschinen Land- und Forstwirtschaft <60km/h (Klasse 2 alt)	0	0	0	2 (7,7%)	2 (1,3%)

Die Teilnehmer mit Fahrerlaubnis (n=118) wurden gebeten, das Jahr ihrer Führerscheinprüfung zu nennen, wie in Tabelle 22 dargestellt. Der Großteil der Teilnehmer (94,1%; n=111) hatte den Führerschein bereits 13 Jahre vor der Befragung oder früher erworben. Nur 5,9% (n=7) hatten die Führerscheinprüfung innerhalb der letzten 12 Jahre abgelegt. 22,9% der Befragten (n=35) besaßen nie eine Fahrerlaubnis.

Tabelle 22: Jahr des Führerscheinerwerbs der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Jahr	In Betreuung (n=77)		Nicht in Betreuung (n=41)		Gesamt (n=118)
	Männlich (n=62)	Weiblich (n=15)	Männlich (n=16)	Weiblich (n=25)	
1960 – 1970	4 (6,5%)	0	0	2 (8,0%)	6 (5,1%)
1971 – 1980	26 (41,9%)	4 (26,7%)	5 (31,3%)	6 (24%)	41 (34,7%)
1981 – 1990	23 (37,1%)	3 (20%)	4 (25%)	10 (40%)	40 (33,9%)
1991 – 2000	9 (14,5%)	6 (40%)	5 (31,3%)	4 (16%)	24 (20,3%)
2001 – 2013	0	2 (13,3%)	2 (12,5%)	3 (12%)	7 (5,9%)
	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Nie einen Führerschein gemacht	23 (15%)	7 (4,6%)	4 (2,6%)	1 (0,7%)	35 (22,9%)

3.4.7 Entzug der Fahrerlaubnis

Mehr als die Hälfte der Teilnehmer (54,9%; n=84) gab an, dass ihnen der Führerschein bereits einmal oder mehrmals entzogen wurde (s. Tab. 23). Männlichen Teilnehmern, die in Betreuung lebten (60%; n=51), wurde der Führerschein öfter entzogen als weiblichen (40%; n=34). Der Unterschied hinsichtlich des Geschlechts erwies sich aber als nicht signifikant (p=0,356). Bei den nicht betreuten Personen wurde der Hälfte der Teilnehmer der Führerschein entzogen. Männer und Frauen waren dabei gleich betroffen. 43,8% der Teilnehmer (n=67) wurde der Führerschein nicht wieder erteilt. Männern im betreuten Wohnen (56,5%; n=48) wurde der Führerschein in Relation häufiger entzogen und nicht wieder erteilt als allen anderen Teilgruppierungen. Die Ursachen des Entzugs werden ebenfalls in Tabelle 23 aufgezeigt.

Tabelle 23: Entzug der Fahrerlaubnis von Teilnehmern mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015 (Mehrfachantworten möglich)

Entzug der Fahrerlaubnis	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Nein	34 (40%)	12 (54,5%)	10 (50%)	13 (50%)	69 (45,1%)
Ja	51 (60%)	10 (45,5%)	10 (50%)	13 (50%)	84 (54,9%)
Gründe für den Entzug der Fahrerlaubnis					
Alkohol	45 (52,9%)	9 (41%)	7 (35%)	9 (34,6%)	69 (45,1%)
Drogen	3 (3,5%)	2 (9,1%)	1 (5%)	2 (7,7%)	7 (4,6%)
Geschwindigkeit	2 (2,4%)	0	1 (5%)	0	3 (2,0%)
Fahrerflucht/Unfall	1 (1,2%)	0	1 (5%)	0	2 (1,3%)
Krankheitsbedingt	2 (2,4%)	0	0	0	2 (1,3%)
Nicht wieder erteilt	48 (56,5%)	7 (31,8%)	6 (30%)	6 (23,1%)	67 (43,8%)

3.4.8 Verwicklung in einen Verkehrsunfall

In Tabelle 24 wird dargestellt, ob Teilnehmer bereits in einen Verkehrsunfall verwickelt waren. 42,5% (n=65) waren bereits an einem Unfall beteiligt. Hinsichtlich der Wohnform und der Verwicklung in einen Unfall zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang (p=0,38). Bei den betreuten Teilnehmern hatten Frauen (13,6%; n=3) signifikant (p=0,004) seltener einen Unfall als Männer (47,1%; n=40). Dieses Bild zeichnet sich bei den Teilnehmern aus der nicht betreuten Wohnform nicht ab. Dort hatten die Hälfte der Männer (50%; n=12) und etwas weniger als die Hälfte der Frauen (46,2%; n=12) bereits einen Unfall.

Tabelle 24: Verwicklung in einen oder mehrere Verkehrsunfälle von Teilnehmern mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Unfallverwicklung	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Ja	40 (47,1%)	3 (13,6%)	10 (50%)	12 (46,2%)	65 (42,5%)
Nein	45 (52,9%)	19 (86,4%)	10 (50%)	14 (53,8%)	88 (57,5%)

Tabelle 25: Anzahl der Verkehrsunfälle durch Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Anzahl der Verkehrsunfälle	In Betreuung (n=43)		Nicht in Betreuung (n=22)		Gesamt (n=65)
	Männlich (n=40)	Weiblich (n=3)	Männlich (n=10)	Weiblich (n=12)	
1	28 (70%)	1 (33,3%)	4 (40%)	7 (58,3%)	40 (61,5%)
2	5 (12,5%)	2 66,7%)	2 (20%)	4 (33,3%)	13 (20%)
3	3 (7,5%)	0	2 (20%)	0	5 (7,7%)
Mehr als 3	4 (10%)	0	2 (20%)	1 (8,3%)	7 (10,8%)

Die meisten Befragten waren nur an einem einzigen Unfall beteiligt (61,5%; n=40). Die Verteilung der in Verkehrsunfälle verwickelten Teilnehmer zeigt Tabelle 25. Rund ein Fünftel der Teilnehmer (20,3%; n=31) gab an, bei einem Verkehrsunfall unter Substanzeinfluss gestanden zu haben. Dies entspricht 47,7% derjenigen, welche insgesamt in einen Unfall verwickelt waren. Unter Substanzeinfluss wurde der Einfluss von Medikamenten, Alkohol oder anderen Drogen gezählt. Männer standen nicht signifikant häufiger unter Substanzeinfluss bei Unfällen als Frauen (Chi-Quadrat; p=0,013). Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied (Chi-Quadrat; p=0,309) hinsichtlich der Teilnahme am Straßenverkehr unter Einfluss von Substanzen in Bezug auf die Wohnform.
Tabelle 26 stellt die Verteilung der Verkehrsunfälle unter Subtanzeinfluss der jeweiligen Gruppen dar.

Tabelle 26: Verkehrsunfälle unter dem Einfluss von Substanzen durch Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Verkehrsunfall unter Substanzeinfluss	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Ja	23 (27,1%)	1 (4,5%)	4 (20%)	3 (11,5%)	31 (20,3%)
Nein	62 (72,9%)	21 (95,5%)	16 (80%)	23 (88,5%)	122 (79,7%)

Ob ein Unfall Ursache für den Verlust der Fahrerlaubnis war, wird in Tabelle 27 abgebildet. So gab rund ein Drittel der Verunfallten (35,4%; n=23) an, ihren Führerschein durch einen Unfall verloren zu haben. Fast die Hälfte der männlichen Befragten aus der betreuten Wohnform verlor durch einen Unfall den Führerschein (47,5%; n=19). Betreute Frauen waren nicht betroffen.

Tabelle 27: Verlust der Fahrerlaubnis durch einen Unfall bei Teilnehmern mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Führerscheinverlust durch den Unfall	In Betreuung (n=43)		Nicht in Betreuung (n=22)		Gesamt (n=65)
	Männlich (n=40)	Weiblich (n=3)	Männlich (n=10)	Weiblich (n=12)	
Ja	19 (47,5%)	0	2 (20%)	2 (16,7%)	23 (35,4%)
Nein	21 (52,5%)	3 (100%)	8 (80%)	10 (83,3%)	42 (64,6%)

In Tabelle 28 wird dargestellt, ob es bei den Unfällen zu Fremdschäden (Sach- oder Personenschäden) kam und ob der Verunfallte selbst Schaden nahm. In der Gruppe der betreuten Patienten hatten fast alle männlichen (97,5%; n=39) und alle weiblichen Unfallbeteiligten (100%; n=3) Sachschäden an fremdem Eigentum verursacht. Fast die Hälfte der betreuten Männer wurden dabei auch selbst verletzt (47,5%; n=19). Bei den nicht betreuten Personen waren Frauen (70%; n=7) und Männer (66,7%; n=8) in Bezug auf fremden Sachschaden in etwa gleich betroffen. Betreute Männer (Chi-Quadrat; p=0,006) und nicht betreute Männer (Chi-Quadrat; p=0,013) verursachten nicht signifikant häufiger Sachschaden als Frauen derselben Wohnform. Zu Personenschäden an Dritten kam es in 13,8% der Fälle (n=9), zu Sachschaden in 87,7% (n=57). In 40% der Fälle (n=26) kam der Befragte selbst zu Schaden.

Tabelle 28: Fremd- oder Eigenschaden als Unfallfolge bei betroffenen Teilnehmern mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015 (Mehrfachantworten möglich)

Fremd- und Eigenschaden	In Betreuung (n=43)		nicht in Betreuung (n=22)		Gesamt (n=65)
	Männlich (n=40)	Weiblich (n=3)	Männlich (n=10)	Weiblich (n=12)	
Sachschaden (fremd)	39 (97,5%)	3 (100%)	7 (70%)	8 (66,7%)	57 (87,7%)
Personenschaden (fremd)	6 (15%)	0	2 (20%)	1 (8,3%)	9 (13,8%)
Personenschaden (eigen)	19 (47,5%)	1 (33,3%)	4 (40%)	2 (16,7%)	26 (40%)

3.4.9 Verkehrsdelikte

In Frage 11 wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie bereits eine Eintragung ins Zentralregister des Kraftfahrt-Bundesamtes haben oder von einem Gericht bezüglich eines Verkehrsdeliktes verurteilt wurden. Etwas mehr als ein Viertel aller Teilnehmer (27,5%; n=42)

antwortete mit „Ja“. Männliche Teilnehmer waren prozentual häufiger betroffen als Frauen. Signifikante Unterschiede zwischen Teilnehmern mit (Chi-Quadrat; p=0,211) und ohne Wohnbetreuung (Chi-Quadrat; p=0,396) fanden sich nicht.

Im Fragebogen wurde auch nach dem Zeitpunkt der Gesetzesübertretung gefragt. Da nur wenige eine Angabe machen konnten und diese meist nicht zuverlässig war, wurde dieser Aspekt in der Auswertung nicht weiterverfolgt.

Tabelle 29: Eintragung ins Zentralregister des Kraftfahrt-Bundesamtes oder Verurteilung von einem Gericht bezüglich eines Verkehrsdeliktes der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Verkehrsdelikte	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Ja	27 (31,8%)	4 (18,2%)	6 (30%)	5 (19,2%)	42 (27,5%)
Nein	58 (68,2%)	18 (81,8%)	14 (70%)	21 (80,8%)	111 (72,5%)

3.4.10 Alkoholisierte Teilnahme am Straßenverkehr

79% der Teilnehmer (n=121) hatten nach den eigenen Angaben bereits alkoholisiert am Straßenverkehr teilgenommen. 65% (n=100) nutzten dabei ein motorisiertes Fahrzeug. 14% der Teilnehmer (n=21) hatten als Fahrradfahrer alkoholisiert am Straßenverkehr teilgenommen. Männer standen dabei nicht signifikant häufiger unter Alkoholeinfluss als Frauen (Mann-Whitney-U-Test; p=0,011).

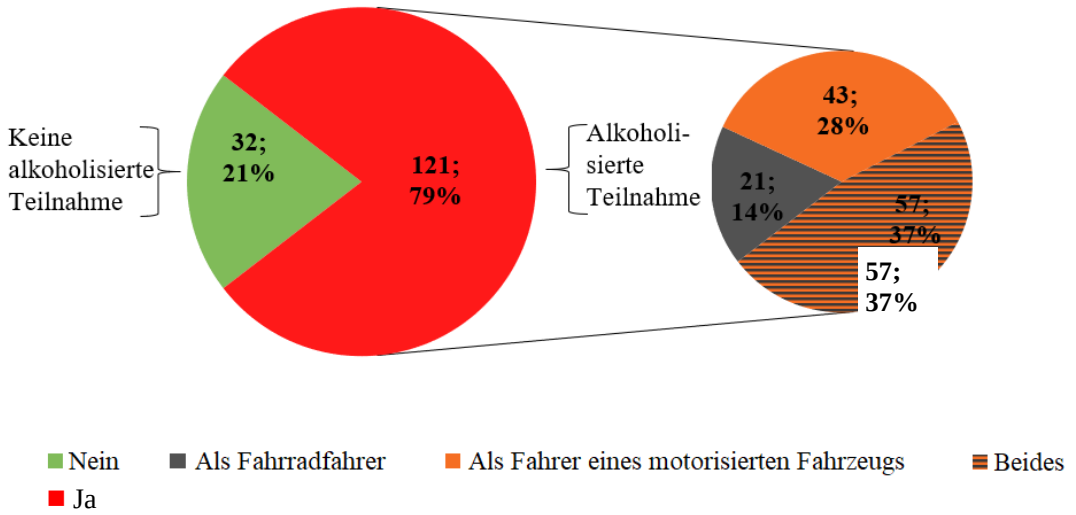

Abbildung 6: Alkoholisierte Teilnahme am Straßenverkehr der Befragten mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

3.4.11 Teilnahme als Kraftfahrer unter dem Einfluss von Drogen

Jeder fünfte Befragte (20,3%; n=31) nahm bereits unter dem Einfluss von Drogen am motorisierten Straßenverkehr teil (s. Tab. 30). Als Drogen sind hier andere illegale psychotrope Substanzen als Alkohol zu verstehen. Ein Fünftel der in Betreuung lebenden Menschen (20,6%; n=22) und ein Fünftel der nicht betreuten Menschen (19,6%; n=9) begingen dieses Delikt. Ein Zusammenhang zwischen der Wohnform und der unter Drogeneinfluss stehenden Teilnahme am Straßenverkehr konnte nicht nachgewiesen werden (Chi-Quadrat; p=0,395). Nach dem Mann-Whitney-U-Test zeigen sich auch keine geschlechtsspezifischen Zusammenhänge (p=0,754).

Tabelle 30: Teilnahme als Kraftfahrer unter Drogeneinfluss bei den befragten Teilnehmern mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Fahren unter Drogeneinfluss	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Ja	19 (22,4%)	3 (13,6%)	3 (15%)	6 (23,1%)	31 (20,3%)
Nein	66 (77,6%)	19 (86,4%)	17 (85%)	20 (76,9%)	122 (79,7%)

3.4.12 Fahrverbot durch den Arzt

Nur jedem zehnten Befragten wurde vom Arzt das Fahren eines PKW oder Motorrads „verboten“ (s. Tab. 31). Im rechtlichen Sinne können Ärzte keine Verbote erteilen, sondern nur auf eine nicht gegebene Fahreignung hinweisen. Diese Wortwahl wurde dennoch zum einfacheren Verständnis für die Teilnehmer gewählt (s. Fragebogen). In der Gruppe der betreuten Teilnehmer waren die Geschlechter annähernd gleich vom ärztlichen „Verbot“ betroffen. Nicht betreuten Männern wurde nie die Fahreignung abgesprochen, bei den weiblichen nicht betreuten Teilnehmern waren es 11,5% (n=26). Innerhalb der Gruppen bestand kein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und der nicht gegebenen Fahreignung (betreut p=0,837; nicht betreut p=0,116).

Tabelle 31: Aussprache eines ärztlichen Fahrverbotes bei Teilnehmern mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Ausgesprochenes Fahrverbot	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Ja	9 (10,6%)	2 (9,1%)	0	3 (11,5%)	14 (9,2%)
Nein	76 (89,4%)	20 (90,9%)	20 (100%)	23 (88,5%)	139 (90,8%)

3.4.13 Grunderkrankung als Ursache des Führerscheinentzugs

Die Alkoholabhängigkeit selbst wie auch eine damit in Verbindung stehende Problematik kann zum Entzug der Fahrerlaubnis geführt haben. 45,1% der Befragten (n=69) gaben an, dass ihre Grunderkrankung der Alkoholabhängigkeit schuld am Führerscheinentzug sei (Aufteilung s. Tab. 32). Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Geschlecht und Wohnform (p=0,222).

Tabelle 32: Alkoholabhängigkeit als Ursache des Führerscheinentzugs bei Teilnehmern mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Fahrerlaubnisentzug wegen Grunderkrankung	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Ja	43 (50,6%)	10 (45,5%)	5 (25%)	11 (42,3%)	69 (45,1%)
Nein	42 (49,4%)	12 (54,5%)	15 (75%)	15 (57,7%)	84 (54,9%)

Wie Tabelle 33 zeigt, war es für den Großteil der Teilnehmer (76,5%; n=117) wichtig, mobil zu sein. Dabei spielte der Führerschein jedoch eine untergeordnete Rolle. Nur für 35,3% der Befragten (n=54) ist die Wiedererlangung des Führerscheins ein wichtiges Ziel. Signifikante Unterschiede zwischen Teilnehmern mit und ohne Wohnbetreuung fanden sich hinsichtlich der Tatsache, dass die Wiedererlangung des Führerscheins ein wichtiges Ziel sei, nicht (Chi Quadrat; p=0,515). Während dem Großteil beider Gruppen Mobilität wichtig war, konnte festgestellt werden, dass die nicht betreuten Teilnehmer signifikant häufiger die Antwort „Wichtig“ gaben (Chi Quadrat; p<0,005) als die betreuten.

Tabelle 33: Bedeutung der Wiedererlangung des Führerscheins und der Mobilität für Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Erneuter Führerscheinerwerb als wichtiges Ziel	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Ja	28 (32,9%)	8 (36,4%)	11 (55%)	17 (65,4%)	54 (35,3%)
Nein	57(67,1%)	14 (63,6%)	9 (45%)	9 (34,6%)	99 (64,7%)
Bedeutung der Mobilität					
Wichtig	58 (68,2%)	17 (77,3%)	18 (90%)	24 (92,3%)	117 (76,5%)
Unwichtig	27(31,8%)	5 (22,7%)	2 (10%)	2 (7,7%)	36 (23,5%)

Ob und aus welchem Grund der erneute Erwerb der Führerscheinerlaubnis ein Anreiz sei, eine Therapie durchzuführen, untersuchte Frage 18 (s. Anhang). Die Mehrheit der Befragten (76,5%; n=117) zeigte keine Motivation, erneut den Führerschein zu erlangen. Die Antworten sind in Tabelle 34 aufgeführt.

Tabelle 34: Wiedererlangung des Führerscheins als Motivation zur Therapie für Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015 (Mehrfachantworten möglich)

Gründe	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Keine Motivation	64 (75,3%)	15 (68,2%)	16 (80%)	22 (84,6%)	117 (76,5%)
Mobilität	14 (16,5%)	1 (4,5%)	2 (10%)	2 (7,7%)	19 (12,4%)
Freiheit	7 (8,2%)	5 (22,7%)	3 (15%)	2 (7,7%)	17 (11,1%)
Flexibilität	2 (2,3%)	1 (4,5%)	1 (5%)	2 (7,7%)	6 (3,9%)

3.4.14 Urlaub und Verreisen

Frage 19 des Hauptfragebogens (s. Anhang) erörterte die Frequenz von verbrachten Urlauben, die Entfernung zum Urlaubsort und die dafür genutzten Verkehrsmittel. Zwischen der Häufigkeit der Urlaube und den Geschlechtern fand sich kein signifikanter Zusammenhang (p=0,542). Teilnehmer mit Wohnbetreuung hatten seltener, d. h. weniger als alle 2 Jahre, Urlaub als Teilnehmer ohne Wohnbetreuung. Dieser Unterschied zeigte sich nicht signifikant (Chi-Quadrat-Test; p=0,019). Der angewandte Mann-Whitney-U-Test belegt, dass es keine geschlechtsspezifischen Zusammenhänge in Bezug auf die Entfernung gibt ($p_{Nahstrecke}$=0,486; $p_{Mittelstrecke}$=0,124; $p_{Fernstrecke}$=0,299). Nicht betreute Personen legten nicht signi-

fikant häufiger die Mittelstrecke für ihren Urlaub zurück als wohnbetreute (Chi-Quadrat-Test; p=0,009). Bezüglich Nahstrecke (p=0,742) und Fernstrecke (p=0,486) zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang. Flugzeuge wurden nicht signifikant häufiger von Frauen genutzt als von Männern (Mann-Whitney-U-Test; p=0,019). Männer nutzten nicht signifikant häufiger die Bahn oder den Bus zur Erreichung des Urlaubsortes (Mann-Whitney-U-Test; p=0,048). Tabelle 35 gibt Aufschluss über die genannten Antworten und deren Verteilung in den jeweiligen Gruppierungen.

Tabelle 35: Darstellung der Häufigkeit von Urlauben, deren Entfernung und der dafür genutzten Verkehrsmittel bei Teilnehmern mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Urlaub	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Häufigkeit der Urlaube					
Alle 2 Jahre	3 (3,5%)	1 (4,5%)	0	3 (11,5%)	7 (4,6%)
Einmal im Jahr	19 (16,5%)	4 (18,2%)	7 (35%)	9 (34,6%)	39 (25,5%)
Zweimal im Jahr	5 (5,9%)	0	0	1 (3,8%)	6 (3,9%)
Mehrmals im Jahr	10 (11,8%)	1 (4,5%)	5 (25%)	3 (11,5%)	19 (12,4%)
Weniger als alle zwei Jahre/nicht regelmäßig	48 (56,5%)	16 (72,7%)	8 (40%)	10 (7,7%)	82 (53,6%)
Entfernung des Urlaubsorts (Mehrfachantworten möglich)					
Fernstrecke	11 (12,9%)	3 (13,6%)	2 (10%)	6 (23,1%)	22 (14,4%)
Mittelstrecke	12 (14,1%)	5 (22,7%)	7 (35%)	9 (34,6%)	33 (21,6%)
Nahstrecke	20 (23,5%)	3 (13,6%)	5 (25%)	6 (23,1%)	34 (22,2%)
Verkehrsmittel zum Urlaubsort (Mehrfachantworten möglich)					
Auto	8 (9,4%)	2 (9,1%)	6 (30%)	9 (34,6%)	25 (16,3%)
Bahn/Bus	25 (29,4%)	3 (13,6%)	6 (30%)	4 (15,4%)	38 (24,8%)
Motorrad	1 (1,2%)	0	0	0	1 (0,7%)
Flugzeug	11 (12,9%)	6 (27,3%)	3 (15%)	8 (30,8%)	28 (18,3%)

3.4.15 Änderung des Mobilitätsverhalten seit der ersten Therapie

Mehr als die Hälfte der Befragten (56,2%; n=86) gab an, dass keine Änderung des Mobilitätsverhaltens seit der ersten Therapie stattfand. Etwa ein Viertel der Teilnehmer (24,8%; n=38) berichteten über eine positive Änderung, 19% (n=29) über eine negative Änderung ihres Mobilitätsverhaltens (s. Tab. 36). Teilnehmer ohne Wohnbetreuung empfanden nicht signifikant häufiger eine negative Entwicklung des Mobilitätsverhaltens als die Teilnehmer, die sich in Betreuung befanden (p=0,018). Ein Zusammenhang zwischen Wohnbe-

treuung und positiver (p=0,322) oder keiner Änderung (p=0,310) konnte nicht festgestellt werden. Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede innerhalb der beiden Gruppen konnte ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden (Chi-Quadrat-Test; $p_{betreut}$=0,643, $p_{nichtbetreut}$=0,553).

Tabelle 36: Mögliche Änderung des Mobilitätsverhaltens nach Therapie bei Teilnehmern mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Änderung	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Keine Änderung	51 (60%)	12 (54,5%)	11 (55%)	12 (46,2%)	86 (56,2%)
Positive Änderung	21 (24,7%)	8 (36,4%)	4 (18,2%)	5 (19,2%)	38 (24,8%)
Negative Änderung	13 (15,3%)	2 (9,1%)	5 (25%)	9 (34,6%)	29 (19%)

In Tabelle 37 werden die angegebenen Gründe für eine positive, in Tabelle 38 die Gründe für eine negative Veränderung des Mobilitätsverhaltens aufgezeigt. Als häufigster Grund für eine positive Entwicklung des Mobilitätsverhaltens wurde ein gesteigerter Antrieb genannt (13,7%; n=21). Angst war der häufigste Grund für eine negative Entwicklung des Mobilitätsverhaltens seit Beginn der Therapie (13,1%; n=20).

Tabelle 37: Gründe für eine positive Veränderung des Mobilitätsverhaltens seit der ersten Therapie bei Teilnehmern mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Gründe	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Gesteigerter Antrieb	10 (11,8%)	5 (22,7%)	3 (15%)	3 (11,5%)	21 (13,7%)
Kein Drogenkonsum/ Krankheitseinsicht	2 (2,4%)	0	0	0	2 (1,3%)
Erneuter Führerschein/KFZ	0	0	1 (5%)	0	1 (0,7%)
Vermehrte Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel	0	0	0	2 (7,7%)	2 (1,3%)
Mehr soziale Kontakte	4 (4,7%)	1 (4,5%)	0	0	5 (3,3%)
Strukturierter Tagesablauf	5 (5,9%)	2 (9,1%)	0	0	7 (4,6%)

Tabelle 38: Gründe für eine negative Veränderung des Mobilitätsverhaltens seit der ersten Therapie bei Teilnehmern mit Alkoholabhängigkeit aus dem Raum Südwürttemberg, 2013 bis 2015

Gründe	In Betreuung (n=107)		Nicht in Betreuung (n=46)		Gesamt (n=153)
	Männlich (n=85)	Weiblich (n=22)	Männlich (n=20)	Weiblich (n=26)	
Angst	10 (11,8%)	2 (9,1%)	5 (25%)	3 (11,5%)	20 (13,1%)
Kein Fahrzeug	2 (2,4%)	0	0	0	2 (1,3%)
Kein Führerschein	1 (1,2%)	0	0	0	1 (0,7%)
Keine Lust	0	1 (4,5%)	0	2 (7,7%)	3 (2%)
Alkoholbedingte Nervenerkrankung	0	0	0	1 (3,8%)	1 (0,7%)
Anderer Grund	0	0	0	2 (7,7%)	2 (1,3%)

4. Diskussion

Mobilität ist ein menschliches Grundbedürfnis und die Basis für die selbstständige Bewältigung alltäglicher Herausforderungen. Laut der UN-Behindertenrechtskonvention hat jeder Mensch das Recht auf eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Hierbei stellt Mobilität von Menschen mit Behinderung eine wichtige Voraussetzung für eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe dar (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen 2013). Als Menschen mit Behinderungen gelten Menschen mit langfristigen physischen, psychischen, seelischen oder Sinnesbeeinträchtigungen (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen 2017). Hierdurch kann die Möglichkeit der uneingeschränkten und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft limitiert sein.

Bereits 2015 führte Veit Befragungen zur Häufigkeit der Teilnahme von Menschen mit Schizophrenie am Individualverkehr und öffentlichen Verkehr, an Urlaubsreisen, Verursachung von Unfällen und zu patientenbezogenen Merkmalen durch, welche Einfluss auf die Teilnahme am motorisierten Individualverkehr haben können (Veit 2015). Diese Arbeit schließt daran an und soll den Umfang der Mobilität und deren beeinflussende Faktoren bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit und zusätzlichen psychischen Behinderungen eruieren und mit Daten aus Veits Studie vergleichen.

Die Befragung der Teilnehmer fand überwiegend an Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII (seit 2020 SGB IX) statt. Voraussetzung für die Eingliederungshilfe ist das Vorliegen einer seelischen Behinderung, die weitere Folgeerkrankungen über die Alkoholabhängigkeit hinaus umfasst. Lediglich die Diagnose einer psychischen Erkrankung, wie die Alkoholabhängigkeit, stellt allein noch keine seelische Behinderung dar (Steinert *et al.* 2016). So war es möglich, überwiegend Menschen in ambulanter oder stationärer Wohnbetreuung mit der Diagnose einer Alkoholabhängigkeit und einer psychischen Behinderung zu befragen. Fast die Hälfte der Interviews wurden an der stationären Obdachlosenreinrichtung Dornahof und an ambulanten und stationären Einrichtungen der Anode e. V. geführt. Um allen Bewohnern des Dornahofs die Befragung zu ermöglichen und um niemanden auszugrenzen, erfolgte die Befragung als Vollbefragung der Einrichtung. Dies bedeutet, dass alle Bewohner, welche die Teilnahmekriterien erfüllten, zur Befragung eingeladen wurden. Weitere Patienten, die sich am Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg (ZfP) in Behandlung befanden, wurden am Standort Weissenau befragt.

Die Auswertung der gewonnenen Daten erfolgte in Untergruppen der betreuten oder nicht betreuten Wohnform und nach Geschlecht. Innerhalb dieser Gruppierung fanden sich Menschen aus ambulanter, stationärer und ohne aktuelle Behandlung aus allen Bevölkerungsschichten. Aufgrund der Tatsache, dass die Bewohner des Dornahofs (betreute stationäre Obdachloseneinrichtung) überwiegend männlichen Geschlechts waren, waren Männer auch in der gesamten Stichprobe etwas überrepräsentiert. Somit nahmen 153 Menschen teil, wovon 107 in einer betreuten und 46 in einer nicht betreuten Wohnform lebten. Der Anteil der männlichen Teilnehmer betrug 68,6% (Steinert *et al.* 2021).

Da sich die Stichprobe nur aus Menschen aus dem Landkreis Ravensburg (Baden-Württemberg) zusammensetzt, lassen sich nur bedingt Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit der deutschen Bevölkerung ziehen. So unterliegen die Teilnehmer den lokalen Einflüssen und Gegebenheiten wie Wohnverhältnissen, Infrastruktur und Einkommensverhältnissen einer eher ländlich geprägten Umgebung.

74,8% der in Betreuung lebenden Teilnehmer (n=80) und 91,3% der nicht in Betreuung lebenden (n=42) gaben an, in den letzten fünf Jahren aktiv am Straßenverkehr teilgenommen zu haben. 118 der Befragten (77,1%) hatten in der Vergangenheit einen Führerschein erworben, wovon noch 32% (n=49) zum Zeitpunkt der Befragung über einen gültigen Führerschein verfügten. Etwa ein Viertel der Befragten (24,8%; n=38) gab an, ein motorisiertes Vehikel zu besitzen, einen PKW besaßen 18,3% der Teilnehmer (n=28). Etwas mehr als der Hälfte der Teilnehmer (54,9%; n=84) wurde der Führerschein bereits einmal oder mehrmals entzogen, wovon ihn 11,1% der Befragten (n=17) später wiedererlangt haben. 42,5% der Teilnehmer waren bereits in einen Unfall verwickelt. Die meisten (61,5%) waren nur an einem einzigen Unfall beteiligt. 65% der Teilnehmer hatten bereist alkoholisiert am motorisierten Individualverkehr teilgenommen. Bei 45,1% war die Alkoholabhängigkeit schuld an einem zurückliegenden Führerscheinentzug. Etwas mehr als ein Viertel aller Teilnehmer (27,5%; n=42) wurde bereits aufgrund eines Verkehrsdeliktes verurteilt. Öffentliche Verkehrsmittel wurden von 48,4% der Teilnehmer mit einer jährlichen Durchschnittsstrecke von 2956 Kilometern genutzt. 29,4% der Teilnehmer nutzten die Möglichkeit des Mitfahrens regelmäßig zur Fortbewegung. Ein Fahrrad wurde von 49,7% der Teilnehmer besessen, 43,1% nutzten es auch regelmäßig mit einer Streckenleistung von durchschnittlich 2135 Kilometern pro Jahr (Steinert *et al.* 2021).

Etwa die Hälfte der Befragten bemerkte durch eine Therapie der Alkoholabhängigkeit keine Besserung ihres Mobilitätsverhaltens. 18,6% berichteten sogar über eine negative Veränderung. Mögliche Erklärungen hierfür sind der fortgesetzte Alkoholkonsum, Rückfälle

oder eine bereits stattgefundene zentralnervöse Schädigung, welche die Mobilität beeinträchtigte, z. B. eine Schädigung der motorischen Koordination, der Konzentration, des Urteilsvermögens etc. Etwas weniger als ein Viertel der Befragten gaben positive Effekte auf die Mobilität an. Fast zwei Drittel hatten laut eigener Aussage bereits alkoholisiert am motorisierten Straßenverkehr teilgenommen (Steinert *et al.* 2021).

Da diese Studie auf der Themenstellung der Dissertationsarbeit „Teilhabe an Verkehr und Mobilität bei Patienten mit Schizophrenie“ von Veit aus dem Jahre 2015 aufbaut, lassen sich die Ergebnisse unter den genannten lokalen Bedingungen und aufgrund der ähnlichen Fragestellung sehr gut vergleichen. In Veits Studie wurden 150 Teilnehmer aus dem ambulanten und stationären Sektor rekrutiert. Die Teilnehmer waren mit einem Durchschnittsalter von 45,2 Jahren (SD=±12,3) etwas jünger als die Teilnehmer dieser Arbeit mit 49,6 Jahren (SD=±11,0; Steinert *et al.* 2021). Diese Dissertationsarbeit hatte einen geringeren Anteil an weiblichen Teilnehmern (31,4%) als die Vergleichsstudie (37,4%; Veit 2015; Steinert *et al.* 2021). Mit 97,4% besaß der Großteil der Teilnehmer dieser Studie die deutsche Staatsangehörigkeit, in Veits Stichprobe besaßen sie 88% (Veit 2015). Damit hatte die vorliegende Studie einen geringeren Ausländeranteil als Gesamtdeutschland im Jahre 2015 mit 10,5% (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2016) und einen deutlich niedrigeren als Baden-Württemberg mit 15,6% (Brachat-Schwarz 2018). Mit 13,7% lebten fast genauso viele Befragte in einer Partnerschaft wie in der Stichprobe von 2015 mit 14% (Veit 2015). Mehr als die Hälfte der Befragten (58,9%) hatte weniger als 6 stationäre Voraufenthalte. Der Median lag hier im Intervall von 2 bis 5 stationären Voraufenthalten (32,7% der Befragten). Auch die Stichprobe der Vergleichsstudie von 2015 gab durchschnittlich 4,3 stationäre Voraufenthalte an (Veit 2015). Nur 17% der Befragten gingen noch aktiv einer Berufsbeschäftigung nach, was deutlich unter dem Anteil der Patienten mit Schizophrenie in der Vergleichsstudie von 2015 mit 48,7% liegt (Veit 2015). Dies könnte durch eine höhere Anzahl an Teilnehmern erklärt sein, welche in einer Werkstätte für behinderte Menschen (WfbM) arbeiteten. Weitere mögliche Einflussfaktoren stellen das höhere Durchschnittsalter der Teilnehmer oder der höhere Anteil an Begleiterkrankungen dar. So könnte insbesondere die Depression als Komorbidität (41,8%) deutliche Einflüsse auf die Erwerbstätigkeit haben. Mit 8% ist der Anteil an Komorbiditäten aus dem depressiven Formenkreis in der Vergleichsstudie deutlich niedriger. Auch der chronische Krankheitsverlauf einer Alkoholabhängigkeit kann im Vergleich zur größtenteils phasenweisen verlaufenden Schizophrenie (Payk u. Brüne 2017) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nehmen (Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2002).

Den Trail-Making-Test Typ A (TMT-A) führten 85% der Befragten in adäquater Zeit durch und gaben somit keine Hinweise auf eine reduzierte kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit. Durchschnittlich wurde der Test in 34,1 Sekunden (SD=±14,6) korrekt durchgeführt. Damit waren die Teilnehmer dieser Arbeit deutlich leistungsfähiger als in der Vergleichsstudie mit durchschnittlich 52,9 Sekunden (SD=±32,4). Auch lagen bei Veit mit 63% deutlich weniger Patienten im vorgegebenen Normalbereich (Veit 2015). 39 Teilnehmer, die im TMT über der Normalzeit lagen, hatten bereits einen Unfall. Dies entsprach mehr als einem Drittel aller Teilnehmer mit verlängerter Bearbeitungszeit (35,9%). 74,5% der Teilnehmer mit Normalzeit (n=114) waren ebenfalls in einen Unfall verwickelt. Interessanterweise war somit der Anteil der Verunfallten bei den Teilnehmern mit normaler Verarbeitungsgeschwindigkeit sogar höher.

Die Ergebnisse des durchgeführten Trail-Making-Tests (Typ A) decken sich mit den Ergebnissen einer 2015 veröffentlichten Studie, bei welcher kognitive Basisfunktionen und deren Beeinträchtigung bei 64 Teilnehmern mit Alkoholabhängigkeit und einer Kontrollgruppe mit 65 Teilnehmern untersucht wurden. Hierbei wurde unter anderem ein TMT-A durchgeführt, der eine durchschnittliche Bewältigungszeit von 29,8 Sekunden (SD=±11,8) bei Teilnehmern mit Alkoholabhängigkeit und 29,3 Sekunden (SD=±10) in der Kontrollgruppe ergab. Auch hier zeigten sich nur geringe Defizite bei den basalen kognitiven Fähigkeiten (Kuitunen-Paul *et al.* 2015; Steinert *et al.* 2021).

Jährlich werden Daten zum Mobilitätsverhalten der Allgemeinbevölkerung durch das Deutsche Mobilitätspanel (MOP) im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) erhoben. Die in zwei Schritten durchgeführte Befragung erfolgt mittels einer Haushaltsbefragung und beinhaltet Aspekte zum Mobilitätsverhalten und allen innerhalb einer Woche durchgeführten Ortsveränderungen. Zudem werden sozioodemographische Daten wie Alter und Berufstätigkeit, PKW-Besitz etc. erhoben. Im zweiten Teil wird die Fahrleistung von PKWs und deren Kraftstoffverbrauch untersucht. Die gewonnenen Daten werden dann am Karlsruher Institut für Technologie plausibilisiert, aufbereitet, entsprechend gewichtet und in eine Nettostichprobe transferiert. Die gewichteten Werte können als repräsentativ für die deutsche Bevölkerung angesehen (Karlsruher Institut für Technologie 2016) und somit als Vergleichswerte herangezogen werden.

In dieser Arbeit hatten 79,7% der Befragten in den letzten fünf Jahren aktiv am Straßenverkehr teilgenommen. Dies beinhaltete sowohl motorisierte Fahrzeuge als auch das Fahrrad. Bei Patienten mit Schizophrenie waren es mit 77% ähnlich viele Teilnehmer (Veit 2015; Steinert *et al.* 2021). Laut Deutschem Mobilitätspanel lag die bundesweite aktive

Verkehrsbeteiligung bei 91,8% (Karlsruher Institut für Technologie 2016) – also höher als bei beiden Erkrankungen. Dies lässt erahnen, dass Menschen mit Behinderung deutlich weniger aktiv am Straßenverkehr teilnehmen können.

Die häufigsten Gründe für die Teilnahme am Straßenverkehr waren bei den Menschen mit Alkoholabhängigkeit wie bei den Menschen mit Schizophrenie die Eigenversorgung, die Freizeitgestaltung und der Beruf. Bei der Auswertung fiel folgende Diskrepanz auf: 47,7% der Teilnehmer gaben an, regelmäßig aus beruflichen Gründen am Straßenverkehr teilzunehmen, obwohl 66,7% der Teilnehmer als arbeitslos gemeldet waren. Somit gaben prozentual mehr Teilnehmer einen Arbeitsweg als Beweggrund zur Straßenverkehrsteilnahme an als eigentlich einer Beschäftigung nachgehen. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte eine geringfügige Beschäftigung („Minijob“) oder eine nicht gemeldete Beschäftigung sein (Teilnehmer mit illegalen Einkünften). Patienten mit Schizophrenie gaben 2015 ebenfalls die Eigenversorgung (66,7%), Freizeitgestaltung (70%) und Beruf (42%) als häufigste Beweggründe an (Veit 2015). Auch deutschlandweit nahmen im Jahre 2016 private Gründe mit 63,3% im Vergleich zu arbeitsbezogenen Gründen (36,7%) den Hauptanteil ein (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2018).

Hauptgründe für die Nichtteilnahme am Straßenverkehr waren bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit der fehlende Führerschein (12,4%) und das Fehlen eines eigenen Fahrzeugs (6,5%). Nur 0,7% der Teilnehmer mit Schizophrenie in der Stichprobe von 2015 gaben das Fehlen eines Führerscheins und 9,3% das Fehlen eines Fahrzeugs als Ursache an (Veit 2015). Menschen mit Alkoholabhängigkeit leiden häufig unter Geldmangel (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2017 a). Das auf den Alkoholkonsum orientierte Verhalten und die Suchtbefriedigung selbst können zur Erschöpfung der finanziellen Mittel führen. Daher sind Menschen mit Alkoholabhängigkeit auch in Bezug auf ein mögliches Fortbewegungsmittel finanziell limitiert. Dass eine Person ein bestimmtes Verkehrsmittel nutzen kann, ist oft an den Besitz von Verkehrsmitteln wie PKW und Fahrrad oder die entsprechende Qualifikation zur Verkehrsmittelnutzung (Führerschein) gebunden (Karlsruher Institut für Technologie 2016). Die Kosten für Mobilität, die im Kraftfahrerpreisindex angegeben werden, sind von 1991 bis 2017 in allen Bereichen gestiegen (Statistisches Bundesamt 2018). Diese Entwicklung belastet finanziell schwache Personen zusätzlich und erschwert die Teilhabe am motorisierten Verkehr.

Oft stellt auch Arbeitslosigkeit oder eine drohende Arbeitslosigkeit einen Risikofaktor für einen erhöhten Alkoholkonsum bzw. eine Chronifizierung des Alkoholkonsums dar (Henkel 1985) und führt somit wiederum zu einer Erschöpfung finanzieller Reserven. Der Ar-

beitslosenanteil in unserer Studie ist mit 66,7% mehr als zehnmal so hoch wie der Bundesdurchschnitt (Bundesagentur für Arbeit 2016). Im europäischen Vergleich zeigt sich bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit eine enorme Arbeitslosenquote. So lagen die Mittelwerte bei ambulant behandelten Patienten mit Alkoholabhängigkeit bei 48% und bei stationär behandelten bei 52% Arbeitslosigkeit (Henkel 2011).

Das Fahrrad, als kostengünstigstes Fortbewegungsmittel, wurde zwar von knapp der Hälfte der Befragten (49,7%) besessen, jedoch liegt dieser Wert deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Im Jahre 2015 hatten 72 Millionen Bundesbürger ein Fahrrad, was 88,7% der Gesamtbevölkerung sind (Statista Research Department o. J.). Auch der Anteil an Fahrradbesitzern war bei Patienten mit Schizophrenie mit 70% vergleichsweise höher (Veit 2015; Steinert *et al.* 2021). Als Fahrradfahrer legten 43,1% der Befragten durchschnittlich eine Strecke von 5,85 Kilometern pro Tag zurück. Damit liegen die Befragten deutlich über den mit 1,2 bis 1,4 Kilometern pro Tag angegebenen durchschnittlichen Fahrleistungen des deutschen Bürgers (Karlsruher Institut für Technologie 2016), obwohl sie seltener ein Fahrrad besitzen. Viele Teilnehmer gaben während der Befragung an, sich des Öfteren ein Fahrrad zu leihen. Die regelmäßige Nutzung entspricht mit 41% in etwa dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung im Jahre 2017 (Sinus 2017). In der Stichprobe von 2015 nutzten 32,7% der Patienten mit Schizophrenie das Fahrrad regelmäßig und legten durchschnittlich eine Tagesstrecke von 3,5 Kilometern zurück (Veit 2015). Aufgrund der oft fehlenden Möglichkeit zur Modalität im Verkehr, z. B. bei fehlendem Führerschein, stellt das Fahrrad bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit wie auch bei Patienten mit Schizophrenie (Veit 2015) das wichtigste Verkehrsmittel dar und wird vergleichsweise intensiver genutzt als in der Allgemeinbevölkerung. Auch ist das Fahrrad ein vergleichsweise günstiges Verkehrsmittel und stellt somit bei finanziell Schwachen eine kostengünstige Alternative zum motorisierten Individualverkehr dar.

Eine Studie des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur verzeichnet eine stetige Zunahme der zurückgelegten Fahrradwege pro Tag sowie der Verkehrsleistung. So zeigt diese über einen Zeitraum von 15 Jahren (2002 bis 2017) einen Zuwachs von 13% bei der Anzahl der Fahrradwege und einen Streckenzuwachs von 36%. Die zurückgelegten Tagesstrecken fallen im kleinstädtisch-dörflichen Raum geringer aus als in Großstädten (Nobis 2019).

Nur 18,3% der Befragten besaßen einen eigenen PKW – deutlich weniger als Patienten mit Schizophrenie mit 31% (Veit 2015; Steinert *et al.* 2021). Somit nahm jeder 6. Teilnehmer regelmäßig mit dem Auto am Straßenverkehr teil. Dem Motorisierungsgrad in Deutschland

zu Folge besitzen 54,8% der Bundesbürger einen PKW (Umweltbundesamt 2019). Angesichts der limitierten finanziellen Möglichkeiten, des oft fehlenden Führerscheins und der sozialen und rechtlichen Konsequenzen der Alkoholabhängigkeit als Grunderkrankung erscheint der Anteil der PKW-Besitzer dennoch beachtlich.

Nur 15,3% der Teilnehmer nutzten regelmäßig ein Auto und fuhren durchschnittlich 22,6 Kilometer pro Tag. Damit liegen sie unter der durchschnittlichen Tagesstrecke der Allgemeinbevölkerung mit 38,5 Kilometern. Auch liegt die Gesamtfahrleistung von PKWs im Bundesdurchschnitt mit 86,4% deutlich höher (Kraftfahrbundesamt 2015).

Da Kurzstreckenfahrer, Pendler und regelmäßige Langstreckenfahrer in die Kalkulation inkludiert wurden, fiel die Spannweite mit 38377 Kilometern sehr hoch aus. Patienten mit Schizophrenie nutzten in der Stichprobe von 2015 zwar mit 26,7% den PKW häufiger als Patienten mit Alkoholabhängigkeit, legten mit 14,3 Kilometern pro Tag jedoch weniger Kilometer zurück (Veit 2015). In beiden Fällen lassen die kürzeren Tagesstrecken vermuten, dass Menschen, die an Schizophrenie oder Alkoholabhängigkeit leiden, das Auto überwiegend für kurze Strecken nutzten. Möglicherweise trauten sie sich längere Strecken aufgrund ihres Gesundheitszustands nicht zu oder waren finanziell durch die hohen Betriebskosten (z. B. Benzinpreise) in der Reichweite limitiert. Nur die 5,6% der in Betreuung lebenden Teilnehmer legten durchschnittlich mehr Kilometer mit dem Auto zurück als nicht betreute. Laut Aussage einiger betreuter Bewohner besuchten diese regelmäßig entfernt wohnende Familienangehörige.

Öffentliche Verkehrsmittel wurden von knapp der Hälfte der Teilnehmer (48,4%) mit einer jährlichen Durchschnittsstrecke von 2956 Kilometern als zweithäufigstes Verkehrsmittel genutzt. Dies entspricht rechnerisch einer Tagesstrecke von 8,1 Kilometern. In der Stichprobe von 2015 legten Patienten mit Schizophrenie mit 8,5 Kilometern eine ähnliche Entfernung zurück. Das Mobilitätspanel gibt vor dem Rentenalter eine Strecke von 7,1 Kilometern und nach dem Rentenalter von 5,3 Kilometern im Jahre 2015 an (Karlsruher Institut für Technologie 2016). Demnach legten die Patienten mit Alkoholabhängigkeit eine größere Strecke pro Tag mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zurück als der Bundesdurchschnitt. Dies ist sicherlich durch die geringere Teilnahme am motorisierten Individualverkehr zu erklären als auch teilweise durch die Gegebenheiten einer eher ländlich geprägten Umgebung, in welcher tendenziell größere Strecken im Alltag zurückzulegen sind als in Ballungsräumen. Durch Förderprogramme für Behinderte im Sinne eines Nachteilsausgleichs nach § 209 SGB IX, vor allem in Bezug auf Preisermäßigung im Sektor des öffentlichen Personenverkehrs, wird die Nutzbarkeit für behinderte und sozial schwache Men-

schen erleichtert (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2018). Dies stellt eine weitere mögliche Ursache für die verstärkte Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel durch Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit und Schizophrenie dar. Wie die Zahlen der Umfrage zeigen, kann eine vollständige Teilhabe am Verkehr trotz der Teilkompensation durch Förderung und der verstärkten Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel nicht erreicht werden.
Die am häufigsten angegebene Fortbewegungsart war das Zufußgehen. 71,9% der Patienten waren regelmäßig als Fußgänger aktiv und legten mit durchschnittlich 2,6 Kilometern pro Tag deutlich mehr als der deutsche Bürger im Jahr 2015 mit 1,1 bis 1,2 Kilometern pro Tag zurück (Karlsruher Institut für Technologie 2016). Patienten mit Schizophrenie legten mit 2,4 Kilometern ähnlich große Strecken zu Fuß zurück (Veit 2015). Eine mögliche Erklärung für die höhere Strecke stellt die reduzierte Teilnahme am motorisierten Verkehr dar. Nur 6,5% der Teilnehmer besaßen ein motorisiertes Zweirad (Motorrad, Moped, Roller). Dieses wurde auch mit 5,9% am seltensten genutzt. Durchschnittlich legten die Teilnehmer 2694 Kilometer pro Jahr zurück, was 7,4 Kilometern pro Tag entspricht. Damit liegen sie über dem Bundesdurchschnitt von 2302 Kilometern pro Jahr, also 6,3 Kilometern pro Tag (Kraftfahrt-Bundesamt 2015). Patienten mit Schizophrenie legten in der Stichprobe von 2015 mit 11,7 Kilometern ebenfalls mehr Kilometer als der Bundesdurchschnitt zurück. Der Anteil an der Gesamtpopulation war mit 6,7% ähnlich niedrig, was angesichts der geringen Fallzahl jedoch wenig Aussagekraft besitzt (Veit 2015).
Die Möglichkeit des Mitfahrens in einem motorisierten Vehikel wurde als häufigste Möglichkeit im Bereich des motorisierten Verkehrs genutzt, weist allerdings auch die geringste Jahreskilometerleistung aller genutzten Verkehrsmittel auf. Dies lässt vermuten, dass diese Fortbewegungsart hauptsächlich im regionalen Bereich genutzt wird. 29,4% der Befragten nutzen diese Art der Fortbewegung regelmäßig mit einer durchschnittlichen Tagesstrecke von 6,6 Kilometern. Die meisten Mitfahrer kamen aus dem betreuten Wohnen, zu dem auch die Bewohner des Dornahofs zählten, welche regelmäßig den Dornahofbus, einen betriebseigenen Kleinbus, nutzen konnten, der die Bewohner im näheren Umfeld beförderte. Die zurückgelegte Strecke zeigt sich allerdings nur halb so weit wie die der nicht betreuten Teilnehmer. Dies lässt sich dadurch erklären, dass der Dornahofbus überwiegend kurze Strecken – für die Eigenversorgung, Freizeitausflüge, Arztbesuche etc. – im Landkreis fährt. Dies erhöht die Mobilität im Sinne der Inklusion und könnte Vorbild für weitere Projekte eines barrierefreien Personentransports sein. Erste Projekte wie das „Inklusionstaxi“ im Einzugsgebiet Berlin-Brandenburg helfen bereits Menschen mit Behinderung

und leisten einen Beitrag zu einer barrierefreien Mobilität (Sozialverband Deutschland LV Berlin-Brandenburg e. V. o. J.).

Wegen des Einbezugs kurzer Wege, Pendlerstecken und Mitfahrgelegenheiten zu entfernteren Orten fällt die Spannweite mit 13218 Kilometern sehr hoch aus. Die niedrige Jahreskilometerleistung lässt vermuten, dass die Möglichkeit des Mitfahrens hauptsächlich zum Zurücklegen kurzer Strecken genutzt wird. Jeder vierte Teilnehmer mit Schizophrenie legte mit 3,3 Kilometern täglich genau die Hälfte der Strecke verglichen mit Teilnehmern mit Alkoholabhängigkeit zurück (Veit 2015). Nach einer Studie des Bundesministeriums für Verkehr und Infrastruktur aus dem Jahre 2017 nahmen 11% als Mitfahrer mit einer durchschnittlichen Tagesstrecke von 6 Kilometern am Straßenverkehr teil (Nobis 2019).

Die reduzierte Nutzung und Fahrleistung mit PKW lässt vermuten, dass Teilnehmer mit Behinderung eine deutliche Einschränkung der Mobilität bzw. der Möglichkeiten zur Mobilität im Sinne des aktiven motorisierten Individualverkehrs haben. Zeitgleich zeigt sich im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung eine höhere Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln und Mitfahrgelegenheiten, was ihnen einen höheren Stellenwert aufgrund der genannten Einschränkungen im multimodalen Verkehr einräumt. 32% der Teilnehmer hatten zum Zeitpunkt der Befragung einen Führerschein, die meisten Klasse B bzw. Klasse 3. Davon hatten über die Hälfte der Frauen (54,2%), aber nur noch jeder fünfte Mann (21,9%) einen Führerschein. 22,9% der Gesamtteilnehmer hatten nie einen Führerschein gemacht (Steinert *et al.* 2021). In der Stichprobe mit Patienten mit Schizophrenie aus dem Jahre 2015 lag der Führerscheinbesitz zwar doppelt so hoch (Veit 2015), aber auch unter dem Bundesdurchschnitt von 87% im Jahr 2015. In der Allgemeinbevölkerung besitzen Männer mit 89,3% häufiger einen Führerschein als Frauen mit 84,8% (Karlsruher Institut für Technologie 2016). In unserer Stichprobe hingegen hatten Frauen häufiger einen Führerschein als Männer. Dieser wurde auch seltener entzogen als bei den Männern, möglicherweise auch aufgrund von weniger Unfällen und einer geringeren Teilnahme am Straßenverkehr unter Alkoholeinfluss.

Angesichts der hohen Arbeitslosigkeit dieser Stichprobe ist ein niedriger oder sehr niedriger ökonomischer Haushaltsstatus anzunehmen. Selbst unter Berücksichtigung der Ökonomie zeigte eine öffentliche Studie des Bundesministeriums einen durchschnittlichen Führerscheinbesitz von 73% bis 80%, was noch deutlich über dem der Stichprobe mit an Alkoholabhängigkeit Leidenden liegt (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung 2010). Mehr als der Hälfte der Teilnehmer (54,9%) wurde der Führerschein bereits einmal oder mehrmals entzogen (Steinert *et al.* 2021). In der Vergleichsstudie wurde

Patienten mit Schizophrenie deutlich seltener der Führerschein entzogen (24,7%). Im Gegensatz zu den Patienten mit Schizophrenie (6,7%) in der Vergleichsstudie, wurden 43,8% der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit der Führerschein deutlich häufiger nicht wiedererteilt. 82,1% der Führerscheinentzüge gehen auf eine akute Alkoholintoxikation zurück. Deutschlandweit wurden im Jahr 2015 mit 85% ähnlich viele Führerscheine aufgrund von Alkohol entzogen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2017 b). 45,1% der Befragten gaben an, dass ihre Grunderkrankung, die Alkoholabhängigkeit selbst, oder eine damit in Verbindung stehende Problematik schuld am Führerscheinentzug sei.

42,5% aller Studienteilnehmer waren bereits in einen Unfall verwickelt (Steinert *et al.* 2021). Die meisten (61,5%) hatten dabei nur einen, 20% zwei, 18,5% sogar drei oder mehr Unfälle. Betreute Teilnehmer waren mit 40,2% ähnlich häufig betroffen als nicht betreute (47,8%). Somit hat die Wohnform keinen maßgeblichen Einfluss auf die Unfallrate. Frauen im betreuten Wohnen waren signifikant seltener (13,6%) betroffen als Männer (47,1%). In der Vergleichsstudie hatten schizophrene Teilnehmer häufiger einen Verkehrsunfall (67,3%; Veit 2015). Ein Vergleich mit der Stichprobe von 2015 hinsichtlich des Geschlechts lässt sich aufgrund der unterschiedlichen Gruppierung (ambulant und stationär) nicht ohne methodischen Fehler durchführen. Insgesamt gesehen hatten Patienten mit Schizophrenie häufiger Unfälle als Patienten mit Alkoholabhängigkeit.

Der Großteil der Studienteilnehmer (79%) hat bereits alkoholisiert am Straßenverkehr teilgenommen. Davon nutzten 65% alkoholisiert ein motorisiertes Fahrzeug, 14% ein Fahrrad. 7,2% aller Befragten hatten eine Polytoxikomanie als Nebendiagnose angegeben. Fast dreimal so viele Teilnehmer (20,3%), also jeder Fünfte, führten bereits ein Verkehrsmittel unter dem Einfluss von Drogen. Ebenso viele Teilnehmer (20,3%) verursachten einen Unfall unter Einfluss von berauschenden Substanzen. Dem statistischen Bundesamt zufolge ereigneten sich 2015 0,2% aller Unfälle unter Einfluss von berauschenden Mitteln (Statistisches Bundesamt 2018). In der Vergleichsstudie hatten 5,3% der Patienten mit Schizophrenie bereits einen Alkoholunfall, welcher nur von Männern verursacht wurde (Veit 2015). Auch in dieser Arbeit verursachten mehr Männer (25,7%) einen Unfall unter Substanzeinfluss als Frauen (8,3%). Rund ein Drittel der Verunfallten (35,4%) gaben an, den Führerschein durch den Unfall verloren zu haben. In der Vergleichsstudie hatten nur 14,9% der Unfallbeteiligten mit Schizophrenie den Führerschein durch einen Unfall verloren (Veit 2015; Steinert *et al.* 2021).

Angesichts einer niedrigeren Unfallrate unter Alkoholeinfluss in der Allgemeinbevölkerung mit 1,4% im Jahr 2015 (Statistisches Bundesamt 2018) scheint die Diagnose der Al-

koholabhängigkeit in unserer Studie mit einer hohen Unfallrate und dem darauffolgenden Führerscheinentzug zu korrelieren. So waren 27,5% der Teilnehmer bereits gerichtlich verurteilt worden bzw. hatten Eintragungen ins Fahreignungsregister. Männer waren dabei häufiger betroffen als Frauen. Die Wohnbetreuung hatte keinen Einfluss auf die Verteilung. In der Stichprobe mit an Schizophrenie erkrankten Teilnehmern hatten 28% der Patienten einen entsprechenden Akteneintrag (Veit 2015). Damit ist der Anteil fast identisch zu dem der Patienten mit Alkoholabhängigkeit.

76,5% der Teilnehmer sei Mobilität wichtig. Dennoch wäre die Wiedererlangung des Führerscheins nur für 35,3% ein wichtiges Ziel. Oft sehen Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit keine Chance mehr, den Führerschein wieder zu erwerben. Zum einen können physische und psychische Folgeerkrankungen die Fahreignung gefährden, zum anderen sind eine stabile Abstinenz und ein nachvollziehbarer Einstellungswandel gegenüber dem Alkoholkonsum Voraussetzung für die Wiedererlangung. Eine Studie von 2004 untersuchte die Fahrtauglichkeit bei Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Drogen und Medikamenten. In psychologischen Leistungstests können zwar grenzwertig normale Leistungen in Einzelbereichen nachgewiesen werden, jedoch kann die Fahreignung auch durch eine Kumulation von Mängeln angezweifelt werden (Brunnauer *et al.* 2004). Diese Resignation aufgrund von Aussichtslosigkeit in Bezug auf den erneuten Führerscheinerwerb war bei Teilnehmern mit Alkoholabhängigkeit stärker ausgeprägt als bei denen mit Schizophrenie. In der Vergleichsstudie hatten 57,3% der Patienten angegeben, dass die Wiedererlangung des Führerscheins ein wichtiges Ziel sei, und 86,7% der Teilnehmer gaben an, dass ihnen Mobilität insgesamt wichtig sei (Veit 2015). Somit ist der motorisierte Verkehr für die Teilnehmer in der vorliegenden Arbeit nicht allein maßgebend für die Möglichkeit der Fortbewegung. Alternativ nutzten Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit verstärkt andere Verkehrsmittel, insbesondere öffentliche. Nur 23,5% der Gesamtteilnehmer gaben an, dass eine mögliche Wiedererlangung des Führerscheins Anreiz für eine Therapie sei. Damit verbundene Ziele seien Wiedererlangung von Mobilität (12,4%), Freiheit (11,1%) und eine Steigerung der Flexibilität (3,9%). Die geringe Motivation lässt sich auch hier durch einen gewissen Grad an Resignation erklären. Angst, welche bei 13,1% aller Teilnehmer zu einer negativen Veränderung des Mobilitätsverhaltens führte, und ein mögliches Schamgefühl, als „Alkoholiker im Straßenverkehr“ gesehen zu werden, könnten dazu beitragen.

18,6% der Teilnehmer gaben an, eine negative Entwicklung des Mobilitätsverhaltens bemerkt zu haben. Der Verlauf der Alkoholabhängigkeit – ein fortgesetzter Alkoholkonsum, Rückfälle bei vorbestehender Abstinenz oder eine bereits stattgefundene Schädigung durch

den Konsum – könnte das Mobilitätsverhalten weiter verschlechtert haben. Demgegenüber gaben 24,8% der Befragten an, dass sich ihr Mobilitätsverhalten seit der letzten Therapie verbessert habe. Als häufigste Ursache wurde eine Steigerung des Antriebs (13,7%) genannt. In der Vergleichsstudie gaben Patienten mit Schizophrenie ebenfalls einen gesteigerten Antrieb als häufigste Ursache (12%) für die positive Entwicklung ihres Mobilitätsverhaltens an (Veit 2015).

Weniger als ein Drittel der Teilnehmer (29,2%) machten regelmäßig, d. h. mindestens einmal pro Jahr, Urlaub. 58,2% der Teilnehmer fuhren unregelmäßig, also zwei Jahre oder seltener in den Urlaub. Davon waren 84,2% arbeitslos. In der Stichprobe mit schizophrenen Teilnehmern unternahmen mehr Patienten (43,3%; Veit 2015) einen oder mehrere Urlaube pro Jahr als die Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit (29,2%). Zur Definition einer Kurz-, Mittel -und Langstrecke wurde sich an der Einteilung nach Veit orientiert, um die Ergebnisse vergleichbar zu machen. So wurden die Reisedomizile nach ihrer Entfernung eingeteilt. Als Nahstrecke wurden Reisen innerhalb der Bundesrepublik, als Mittelstrecke Reisen ins europäische Ausland und als Fernreisen interkontinentale Reisen festgelegt (Veit 2015). Am häufigsten wurden mit 22,2% die Nahstrecke, dicht gefolgt von der Mittelstrecke mit 21,6% angegeben. Eine Langstrecke legten die wenigsten Teilnehmer (14,4%) zurück. Eine Studie der Forschungsgemeinschaft für Urlaub und Reisen e. V. (FUR) aus dem Jahre 2012 zeigt, dass Geld bei der Auswahl des Urlaubsortes eine wichtige Rolle spielt. So verbrachten Menschen mit kleinem Budget ihren Urlaub meistens im Inland (Lohmann 2012). 2017 unternahmen deutschlandweit 77% der Bürger mindestens einmal pro Jahr einen Urlaub. 28% der Urlaube werden im Inland verbracht. 72% der Urlaubsreisen gehen ins Ausland, 8,4% davon sind Fernreisen. Deutsche Bürger legten durchschnittlich 1,29 Reisen pro Jahr zurück (Forschungsgemeinschaft Urlaub und Reisen e. V. 2018). Die Urlaubsziele der Patienten mit Schizophrenie lagen mit 27,4% im Bereich der Nahstrecke, 25% im Bereich der Mittelstrecke und von 22,6% wurden Fernreisen unternommen (Veit 2015). Mehr Teilnehmer aus dem nicht betreuten Wohnen (29,2%) verbrachten ihren Urlaub insbesondere im Bereich der Mittelstrecke. Es ist anzunehmen, dass Patienten aus dem betreuten Wohnen, vor allem aufgrund ihrer eingeschränkten finanziellen Mittel, seltener an Urlaubsreisen teilnehmen.

Um ihren Urlaubort zu erreichen, nutzten Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit doppelt so oft Bahn und Bus (24,8%) wie der Durchschnittsbürger (12%). Mit 18,3% ist das Flugzeug ebenfalls das am zweithäufigsten genutzte Reisemittel – jedoch wird es seltener genutzt als in der Allgemeinbevölkerung (40%). Das Auto wird mit einem Anteil von 16,3% ebenso

seltener genutzt als in der Allgemeinbevölkerung (46%) und ist im Bundesvergleich das meist genutzte Verkehrsmittel bei Reisen (Forschungsgemeinschaft Urlaub und Reisen e. V. 2018).

Die in der Studie über Teilhabe an Verkehr und Mobilität bei Patienten mit Schizophrenie durchgeführte logistische Regression konnte signifikante Prädiktoren für die Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr beweisen. So hatten bei Teilnehmern mit Schizophrenie die Anzahl der stationären Voraufenthalte wie auch die Teilnahme unter Alkohol- und/oder Drogeneinfluss am Straßenverkehr prädiktiv einen negativen Einfluss auf die Teilnahme am motorisierten Individualverkehr. Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch sind häufige Komorbiditäten der Schizophrenie (Veit 2015). Umgekehrt zeigte unsere Studie, dass nur 5,2% der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit auch eine Schizophrenie als Nebendiagnose hatten. Als häufigste Komorbidität der Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit stellte sich in dieser Stichprobe die Depression mit 41,8% heraus (Steinert *et al.* 2021).

Die untersuchten Gruppen sind sich trotz der sehr unterschiedlichen Erkrankungen und der unterschiedlichen Auswirkungen auf das Fahrverhalten doch relativ ähnlich darin, dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich weniger Individualverkehr und mehr öffentliche Verkehrsmittel genutzt werden, nicht zuletzt auch mehr Wege zu Fuß zurückgelegt werden, was wiederum sogar einen gesundheitsfördernden Aspekt haben könnte. Folglich wäre es sinnvoll, den öffentlichen Verkehr auszubauen – nicht nur aus ökologischen Gründen, sondern auch, weil Individualverkehr nicht für jeden erschwinglich und nur unter bestimmten physischen und psychischen Voraussetzungen nutzbar ist. Zudem ist das Gefährdungsrisiko im Straßenverkehr bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit erhöht, selbst wenn keine akute Alkoholintoxikation vorliegt, z. B. durch Komorbiditäten wie rezidivierende Hypoglykämie, Epilepsie oder Demenz.

4.1 Methodenkritik

Im folgenden Abschnitt sollen kritische Anmerkungen bezüglich der angewandten Methodik, implizierten Limitationen sowie möglicher Fehlerquellen gemacht werden. Eine methodische Schwäche liegt in der begrenzten Stichprobengröße von ursprünglich 200 geplanten Teilnehmern, wovon 153 nach Evaluation der Ein -und Ausschlusskriterien einbezogen wurden. Die erfassten Daten wurden durch eine Befragung ermittelt. Gerade bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung könnte eine verstärkte Tendenz zu Falschaussagen oder widersprüchlichen Aussagen aus Schamgefühl bestehen. Ein Abgleich mit ob-

jektiven bzw. aus anderen Quellen erhobenen Daten zur Überprüfung der Angaben, z. B. durch Akteneinsicht bei den stationären Teilnehmern, war nicht bei allen Personen möglich. Bei der Evaluation der soziodemographischen Daten war bei der Frage nach dem ersten stationären Aufenthalt und der Frage nach der Rechtsgrundlage des Aufenthalts aufgrund von widersprüchlichen oder fehlenden Angaben keine verlässliche Auswertung möglich.

Zudem besteht die Möglichkeit, dass Patienten trotz des fehlenden Führerscheins am motorisierten Straßenverkehr teilgenommen haben. Eine weitere Unsicherheit herrschte bei der Frage nach der Wohnbetreuung und der gesetzlichen Betreuung. Vor Beginn der eigentlichen Datenerhebung erfolgte ein Probedurchlauf der Fragestellungen, wobei diese Art der Unsicherheit nicht festgestellt wurde.

Durch die Anwendung des Bonferroni-Verfahrens bei der Untersuchung des Hauptfragebogens wurde zwar die Gefahr eines Alpha-Fehlers durch die multiple Testung gemindert, allerdings birgt dies wiederum eine gewisse Möglichkeit eines Beta-Fehlers. Dies bedeutet, dass gewisse Zusammenhänge möglicherweise nicht aufgedeckt werden konnten, obwohl sie tatsächlich bestehen.

Eine weitere Einschränkung stellte das Fehlen einer sozialstatus-adaptierten Kontrollgruppe dar, was im Rahmen dieser Promotionsarbeit nicht durchführbar gewesen wäre. Die Untersuchung der Mobilität fand hauptsächlich im ländlichen Raum statt, was besondere infrastrukturelle Gegebenheiten mit sich bringt, die im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung nicht berücksichtigt sind. Da sich die Studie von Veit ebenfalls auf den ländlichen Bereich Südwürttembergs bezieht, ließen sich die Daten hierbei sehr gut vergleichen.

4.2 Schlussfolgerung und Ausblick

Die vorliegende Arbeit belegt, dass Menschen mit Alkoholabhängigkeit in den Möglichkeiten ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Eine Inklusion wäre dann gegeben, wenn Menschen mit Alkoholabhängigkeit, welche nur zu einem geringen Teil über einen Führerschein verfügen, verstärkt alternative Fortbewegungsmittel nutzen könnten. Gut erreichbare öffentliche Verkehrsmittel oder Mitfahrgelegenheiten bieten unter der Voraussetzung der physischen und psychischen Eignung eine gute Alternative.

Hierbei unterscheiden sich die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit von denen der Vergleichsstudie. Laut Veit gelingt die Inklusion von Menschen mit Schizophrenie in Bezug auf Verkehr und Mobilität bei einem Teil der Stichprobe sehr gut, solange die Erkrankung

noch nicht chronisch ist und keine Komorbidität mit einer Suchterkrankung vorliegt (Veit 2015).

Betrachtet man die drei Schlüsseldomänen der sozialen Inklusion – Familienleben, soziales Leben und Arbeitsleben (Riedel-Heller u. Richter 2008), so zeigen sich deutliche Einbußen. Da sich Betreuungseinrichtungen nicht zwangsläufig am Heimatort der Teilnehmer befinden, müssen diese teils lange Strecken zurücklegen, um ihre Angehörigen zu besuchen. Dies erklärt die hohe Anzahl der Streckenkilometer bei vergleichsweise geringem Besitz an Personenkraftwagen. Auch lebt nur ein geringer Teil der Studienteilnehmer in einer festen Partnerschaft. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Richter, wonach Menschen mit Alkoholabhängigkeit, insbesondere Männer, seltener verheiratet sind (Richter *et al.* 2006). Zudem ist ein Großteil der Studienteilnehmer arbeitslos. Was die drei Schlüsseldomänen betrifft, ist fehlende Mobilität sicherlich nicht der Hauptgrund, warum Inklusion nicht vollständig gelingt, stellt aber einen einflussnehmenden Faktor dar. Besonders Teilnehmer aus der betreuten Wohnform zeigten einen gewissen Grad an Resignation bezüglich Mobilität bzw. der eigenständigen Fahrzeugführung. So stammte der signifikant größere Anteil der Menschen, denen dies wichtig war, aus der nicht betreuten Wohnform.

Neben der Suchterkrankung spielen auch Prävention und Behandlung von Begleiterkrankungen, wie etwa der Depression als häufigste Komorbidität, für die Mobilität eine wichtige Rolle. Angesichts der hohen Unfallraten, der hohen Bereitschaft, alkoholisiert am Verkehr teilzunehmen und möglicher Schädigungen durch die Alkoholabhängigkeit oder ihrer Begleiterkrankungen, die die Fahrtauglichkeit einschränken, erscheinen Maßnahmen zur Erleichterung des Wiedererwerbs der Fahrerlaubnis wenig sinnvoll. Vielmehr wäre es wichtig, Alternativen wie das öffentliche Verkehrsnetz zu fördern oder Mitfahrgelegenheiten für sozial benachteiligte und Menschen mit Behinderung zu schaffen.

Weibliche Teilnehmer verursachten in der Stichprobe weniger Unfälle, hatten weniger alkoholisiert am Straßenverkehr teilgenommen und waren weniger an Unfällen unter dem Einfluss berauschender Subtanzen beteiligt. Dies lässt vermuten, dass Frauen im Straßenverkehr weniger Risiken eingehen als Männer. Würde man die Bonferroni-Korrektur nicht anwenden, sondern ein $p<0,05$ wählen, so zeigten sich diese Unterschiede zum männlichen Geschlecht signifikant.

Mobilität ist eine Voraussetzung für Inklusion und Teilhabe am alltäglichen Leben. Um wichtige Orte des gesellschaftlichen Lebens zu besuchen, muss es Menschen mit Behinderung möglich sein, diese barrierefrei zu erreichen. Gerade Menschen mit chronischer äthyltoxischer Schädigung – so z. B. Störungen der Koordination, der Konzentration und der

Aufmerksamkeit – profitieren von der Erreichbarkeit und Verbesserung des Personennahverkehrsnetzes. Da Menschen ohne Führerschein häufig auf das Fahrrad als Verkehrsmittel zurückgreifen, sollte ein ausgebautes und sicheres Radwegenetz Grundlage für eine barrierefreie Teilnahme am Verkehr sein. Besonders im ländlichen Raum ist die Infrastruktur im Vergleich zum städtischen Raum häufig verbesserungswürdig. Dabei stellt diese Optimierung der Lebenssituation nicht nur eine Bereicherung der Lebensqualität für Menschen mit einer Behinderung dar: Sie dient allen Menschen.

Am 01. April 2019 fand die erste Regionalkonferenz „Mobilität in einem inklusiven Sozialraum“ in Braunschweig statt. Hier wurden unter anderem Probleme der Inklusion, vor allem im ländlichen Raum, mögliche Lösungsansätze zur Barrierefreiheit bis 2022 und die Nutzung des technischen Fortschritts der Digitalisierung durch Gebrauch von Informations- und Kommunikationstechnologien diskutiert. Es wurden interessante Lösungsansätze wie beispielsweise Informationsmaterial in leichter Sprache oder der ehrenamtliche Bürgerbus vorgestellt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2019). Diese aktuellen Maßnahmen bestärken die technischen Grundvoraussetzungen für eine leichtere Nutzung für Menschen mit Behinderung und damit ihre Möglichkeit zur Mobilität. Um infrastrukturelle, kulturelle und lokale Einflussfaktoren auszugleichen, könnte diese Studie in Ballungszentren unter Einbezug einer Kontrollgruppe durchgeführt werden.

5. Zusammenfassung

Mobilität ist eine wesentliche Voraussetzung, um vollumfänglich am öffentlichen und wirtschaftlichen Leben teilnehmen zu können. Jedoch können somatische und psychische Erkrankungen die Mobilität behindern. Nach der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-Behindertenrechtskonvention) werden Menschen mit langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen zu Menschen mit Behinderung gezählt – somit, unter bestimmten Voraussetzungen, auch Menschen mit Alkoholabhängigkeit. Die UN-Behindertenrechtskonvention soll diesen Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe am öffentlichen Leben ermöglichen und Diskriminierung beseitigen. Dabei stellt die Teilnahme an Verkehr und Mobilität einen wichtigen Aspekt im Sinne des Selbstbestimmungsrechts und der sozialen Anerkennung dar.

Obwohl übermäßiger Alkoholkonsum zu den größten Risikofaktoren im Straßenverkehr zählt, gibt es kaum Daten zur Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Alkoholabhängigkeit in Bezug auf Verkehr und Mobilität. Ziel dieser Arbeit war es, die Bedeutung und Nutzung der für Mobilität zur Verfügung stehenden Ressourcen bzw. beeinflussende Faktoren zu untersuchen. Zudem sollten mögliche Beeinträchtigungen und Änderungen des Mobilitätsverhaltens sowie Zusammenhänge mit soziodemographischen Daten untersucht werden. Dazu wurde auch ein Vergleich zu einer früheren Dissertationsarbeit durchgeführt, die sich mit der Teilhabe an Verkehr und Mobilität von Menschen mit Schizophrenie auseinandergesetzt hatte. In der vorliegenden Studie wurden zudem verkehrsgefährdende Verhaltensweisen und begangene Verkehrsdelikte untersucht, die in Zusammenhang mit der Alkoholabhängigkeit stehen.

Es stellte sich auch die Frage, ob die Nutzung von alternativen Verkehrsmitteln eine limitierte Teilhabe am motorisierten Individualverkehr kompensieren kann und ob dadurch eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft wiederhergestellt wird. Um diese Fragestellung zu beantworten, wurde eine Befragung einer Gruppe von Menschen aus betreuten Wohnformen nach Sozialgesetzbuch XII (seit 2020 Sozialgesetzbuch IX) und einer Gruppe ohne Wohnbetreuung mittels Fragebogen durchgeführt. Insgesamt konnten 153 Personen eingeschlossen werden. Neben der Erhebung von soziodemographischen Daten und Fragen zu Verkehr und Mobilität wurde die kognitive Leistungsfähigkeit durch den Trail-Making-Test Typ A ermittelt, den der Großteil der Teilnehmer (85%) in Normalzeit absolvierte.

74,8% der in Wohnbetreuung lebenden Personen und 91,3% der nicht in Betreuung lebenden gaben an, in den letzten fünf Jahren aktiv am Straßenverkehr teilgenommen zu haben. 79% der Teilnehmer hatten bereits alkoholisiert am Straßenverkehr teilgenommen. 27,5% wurden bereits aufgrund eines Verkehrsdelikts verurteilt. 77,1% der Teilnehmer hatten in der Vergangenheit einen Führerschein erworben, wovon nur noch 32% zum Zeitpunkt der Befragung über einen gültigen Führerschein verfügten. 24,8% der Teilnehmer besaßen ein motorisiertes Vehikel. 54,9% der Teilnehmer wurde der Führerschein bereits ein oder mehrere Male entzogen, 11,1% hatten ihn später wiedererlangt. 42,5% waren bereits in einen Unfall verwickelt, 20,3% hatten einen Unfall unter Substanzeinfluss. 41,9% der Teilnehmer litten auch unter Depressionen. Für 76,5% der Teilnehmer war Mobilität wichtig. Der signifikant größere Anteil der Menschen, denen Mobilität wichtig war, stammte aus einer nicht betreuten Wohnform. Öffentliche Verkehrsmittel wurden von 48,4% der Teilnehmer genutzt. 29,4% nutzten die Möglichkeit des Mitfahrens regelmäßig zur Fortbewegung. Ein Fahrrad wurde von 49,7% der Teilnehmer besessen, 43,1% nutzten es auch regelmäßig. Die Nutzung von Personenkraftwagen durch Teilnehmer mit Alkoholabhängigkeit war niedriger als bei Patienten mit Schizophrenie in der Vergleichsstudie und als in der Allgemeinbevölkerung. Dafür wurden wie auch in der Vergleichsstudie von 2015 mehr Wege mit öffentlichen Verkehrsmitteln, mit dem Fahrrad, als Mitfahrer oder zu Fuß zurückgelegt, was teilkompensatorisch durch die limitierte Teilhabe am motorisierten Individualverkehr zu erklären ist.

Verglichen mit Menschen mit Schizophrenie gaben weniger Menschen mit Alkoholabhängigkeit an, dass ihnen Mobilität wichtig und eine Wiedererlangung des Führerscheins von Bedeutung sei. Dies lässt Rückschlüsse auf einen gewissen Grad an Resignation zu. Insbesondere Teilnehmer in betreuten Wohnformen hatten weniger Interesse daran, ein Fahrzeug selbst zu steuern. Auch der höhere Anteil an Begleiterkrankungen, v.a. Depression, könnte sich negativ auf Mobilität und Motivation der Befragten auswirken. So waren Menschen mit Alkoholabhängigkeit auch seltener im Urlaub als Menschen mit Schizophrenie oder die Allgemeinbevölkerung.

Anders als in der Vergleichsstudie von Veit ist die Inklusion von Menschen mit Alkoholabhängigkeit bei Verkehr und Mobilität nur unter bestimmten äußeren Voraussetzungen gegeben. Alternative Methoden zur Mobilität müssen vorhanden sein, um diese Menschen unabhängig vom motorisierten Individualverkehr zu transportieren. Um diese verfügbar zu machen, bedarf es weiterer Förderung.

6. Literaturverzeichnis

1. Batra A, Müller CA, Mann K, Heinz A: Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Alkohol. Deutsches Ärzteblatt International 113: S. 301-310 (2016)

2. Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen: Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (2017) https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (25.01.2020)

3. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen: Staatliche Koordinierungsstelle: Bericht nach Artikel 33 UN-Behindertenrechtskonvention 2010-2013 (2013) https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/StaatlicheKoordinierungsstelle.pdf?__blob=publicationFile&v=6 (17.11.2019)

4. Brachat-Schwarz W: Ausländische Staatsangehörige in Baden-Württemberg. Zur Entwicklung, Herkunft und regionalen Verteilung der Ausländerinnen und Ausländer im Südwesten. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 5: S. 12-18 (2019) https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/PDF/Beitrag19_05_02.pdf (11.11.2019)

5. Brunnauer A, Obermaier F, Laux G: Fahrtauglichkeit bei Substanzmissbrauch und Abhängigkeit. Sucht 50: S. 187-195 (2004)

6. Bundesagentur für Arbeit: Arbeitsmarkt 2015. Amtliche Nachtrichten der Bundesagentur für Arbeit, 63. Jahrgang, Sondernummer 2 (2016) https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201512/ama/heft-arbeitsmarkt/arbeitsmarkt-d-0-201512-pdf.pdf (18.01.2020)

7. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Migrationsbericht 2015 (2016) https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/migration/migrationsbericht-2015.pdf?__blob=publicationFile&v=5 (11.11.2019)

8. Bundesministerium für Arbeit und Soziales: 1. Regionalkonferenz „Mobilität in einem inklusiven Sozialraum“ – Dokumentation (2019) https://www.bundesfachstelle-barrierefreiheit.de/SharedDocs/Downloads/DE/ISI-Regionalkonferenzen/dokumentation-regionalkonferenz-mobilitaet-in-einem-inklusiven-sozialraum.pdf?__blob=publicationFile&v=11 (17.12.2019)

9. Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Ratgeber für Menschen mit Behinderungen (2018) https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a712-ratgeber-fuer-behinderte-mens-390.pdf (17.12.2019)

10. Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung: Mobilität in Deutschland 2008 (2010) http://www.mobilitaet-in-deutschland.de/pdf/MiD2008_Abschlussbericht_I.pdf (01.12.2019)

11. Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (Hrsg.): Verkehr in Zahlen 2018/2019, 47. Jahrgang (2018) https://www.bmvi.de/SharedDocs/DE/Publikationen/G/verkehr-in-zahlen_2018-pdf.pdf?__blob=publicationFile (16.01.2020)

12. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.: Alkohol – Basisinformationen (2017 a) https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/2017_Basisinfo_Alkohol.pdf (28.11.2019)

13. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.: Alkohol im Straßenverkehr (2017 b) https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/DHS-17-03-0077_Alkohol_im_Strassenverkehr_2017_online.pdf (09.12.2019)

14. Dilling H, Mombour W: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 8. Auflage. Huber, Bern (2013)

15. Dünkel F, Glitsch E, Bornewasser M, Geng B: Alkohol im Straßenverkehr: Ursachenforschung und Interventionsansätze in Mecklenburg-Vorpommern. Neue Kriminalpolitik 13: S. 32-37 (2001)
www.jstor.org/stable/43263201 (06.01.2020)

16. Du Prel JB, Röhrig B, Hommel G, Blettner M: Auswahl statistischer Testverfahren. Deutsches Ärzteblatt International 19: S. 343-348 (2010)

17. Forschungsgemeinschaft Urlaub und Reisen e. V. (FUR): Reiseanalyse 2018. Erste ausgewählte Ergebnisse der 48. Reiseanalyse zur ITB 2018 (2018)
https://reiseanalyse.de/wp-content/uploads/2018/06/RA2018_Erste-Ergebnisse_DE.pdf (13.12.2019)

18. Gerlach K, Dittmann V: Alkohol und Fahreignung. Alkohol als Risikofaktor im Strassenverkehr. Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie: S. 27-32 (2014)

19. Gräcmann N, Albrecht M, Bundesanstalt für Straßenwesen: Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen M 115 (2019)
https://www.bast.de/BASt_2017/DE/Verkehrssicherheit/Fachthemen/BLL/Begutachtungsleitlinien.pdf?__blob=publicationFile&v=17 (14.12.2019)

20. Hauser B, Merz J, Pauls C, Schnabel E, Aydeniz K, Blume I, Bogus M, Nitzsche S, Stengl-Herrmann D, Klipp S: Alkohol-Interlocks für alkoholauffällige Kraftfahrer. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen M 251 (2014)

21. Heinz A: Serotonerge Dysfunktion als Folge sozialer Isolation Bedeutung für die Entstehung von Aggression und Alkoholabhängigkeit. Der Nervenarzt 70: S. 780-789 (1999)

22. Henkel D: Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für Alkoholgefährdung und Hindernis für Rehabilitationsprozesse. In: Kieselbach T, Wacker A (Hrsg.): Individuelle und gesellschaftliche Kosten der Massenarbeitslosigkeit. Beltz Verlag, Weinheim Basel, S. 66-83 (1985)

23. Henkel D: Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). Current Drug Abuse Reviews 4(1): S. 4-27 (2011)

24. Institut für Menschenrechte: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006. Zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmte Übersetzung (2006) https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_b_de.pdf (23.12.2019)

25. Jaeger S, Flammer E, Steinert T: Basisdokumentation in der klinischen Praxis: Wie zuverlässig sind BADO-Daten?. Psychiatrische Praxis 38(5): S. 244-249 (2011)

26. Kardorff von E: Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen. In: Hormel E, Scherr A (Hrsg.): Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 279-305 (2010)

27. Karlsruher Institut für Technologie (KIT): Deutsches Mobilitätspanel (MOP) – Wissenschaftliche Begleitung und Auswertungen Bericht 2015/2016: Alltagsmobilität & Fahrleistung (2016) https://www.bmvi.de/SharedDocs/DE/Anlage/G/mop-jahresbericht-2015-2016.pdf?__blob=publicationFile (18.11.2019)

28. Kuitunen-Paul S, Wittchen HU, Bühringer G: Kognitive Basisfunktionen und deren Beeinträchtigung bei Alkoholabhängigen vs. Kontrollprobanden (2015) https://www.researchgate.net/profile/Soeren_Kuitunen-Paul/publication/277006780_Kognitive_Basisfunktionen_und_deren_Beeintrachtigung_bei_Alkoholabhangigen_vs_Kontrollprobanden/links/555d9e1d08ae86c06b5db100.pdf (14.11.2019)

29. Kraftfahrt-Bundesamt: Kurzbericht Verkehr in Kilometern (2015) https://www.kba.de/DE/Statistik/Kraftverkehr/VerkehrKilometer/2015/2015_vk_kurzbericht_pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (06.12.2019)

30. Krüger HP, Kazenwadel J, Vollrath M: Grand Rapids effects revisited. Accidents, alcohol and risk. In: Kloeden CN, McLean AJ (Eds): Alcohol, Drugs and Traffic Safety. NHMRC Road Accident Research Unit, Adelaide, Australia, S. 222-230 (1995)

31. Krüger HP, Kohnen R, Diehl M, Hüppe A: Auswirkungen geringer Alkoholmengen auf das Fahrverhalten. Forschungsberichte der Bundesanstalt für Straßenwesen 213 (1990)

32. Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL): Suchtmittel und ihre Auswirkungen im Arbeitsleben (am Beispiel Alkohol). Schriftenreihe des LWL-Integrationsamtes „Für schwerbehinderte Menschen“ (2002) https://www.lwl.org/abt61-download/PDF/BF/Suchtmittel_Heft30.pdf (12.11.2019)

33. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, Amann M, Anderson HR, Andrews KG, Aryee M, Atkinson C, Bacchus LJ, Bahalim AN, Balakrishnan K, Balmes J, Barker-Collo S, Baxter A, Bell ML, Blore JD, Blyth F, Bonner C, Borges G, Bourne R, Boussinesq M, Brauer M, Brooks P, Bruce NG, Brunekreef B, Bryan-Hancock C, Bucello C, Buchbinder R, Bull F, Burnett RT, Byers TE, Calabria B, Carapetis J, Carnahan E, Chafe Z, Charlson F, Chen H, Chen JS, Cheng AT, Child JC, Cohen A, Colson KE, Cowie BC, Darby S, Darling S, Davis A, Degenhardt L, Dentener F, Des Jarlais DC, Devries K, Dherani M, Ding EL, Dorsey ER, Driscoll T, Edmond K, Ali SE, Engell RE, Erwin PJ, Fahimi S, Falder G, Farzadfar F, Ferrari A, Finucane MM, Flaxman S, Fowkes FG, Freedman G, Freeman MK, Gakidou E, Ghosh S, Giovannucci E, Gmel G, Graham K, Grainger R, Grant B, Gunnell D, Gutierrez HR, Hall W, Hoek HW, Hogan A, Hosgood HD 3rd, Hoy D, Hu H, Hubbell BJ, Hutchings SJ, Ibeanusi SE, Jacklyn GL, Jasrasaria R, Jonas JB, Kan H, Kanis JA, Kassebaum N, Kawakami N, Khang YH, Khatibzadeh S, Khoo JP, Kok C, Laden F, Lalloo R, Lan Q, Lathlean T, Leasher JL, Leigh J, Li Y, Lin JK, Lipshultz SE, London S, Lozano R, Lu Y, Mak J, Malekzadeh R, Mallinger L, Marcenes W, March L, Marks R, Martin R, McGale P, McGrath J, Mehta S, Mensah GA, Merriman TR, Mi-

cha R, Michaud C, Mishra V, Mohd Hanafiah K, Mokdad AA, Morawska L, Mozaffarian D, Murphy T, Naghavi M, Neal B, Nelson PK, Nolla JM, Norman R, Olives C, Omer SB, Orchard J, Osborne R, Ostro B, Page A, Pandey KD, Parry CD, Passmore E, Patra J, Pearce N, Pelizzari PM, Petzold M, Phillips MR, Pope D, Pope CA 3rd, Powles J, Rao M, Razavi H, Rehfuess EA, Rehm JT, Ritz B, Rivara FP, Roberts T, Robinson C, Rodriguez-Portales JA, Romieu I, Room R, Rosenfeld LC, Roy A, Rushton L, Salomon JA, Sampson U, Sanchez-Riera L, Sanman E, Sapkota A, Seedat S, Shi P, Shield K, Shivakoti R, Singh GM, Sleet DA, Smith E, Smith KR, Stapelberg NJ, Steenland K, Stöckl H, Stovner LJ, Straif K, Straney L, Thurston GD, Tran JH, Van Dingenen R, van Donkelaar A, Veerman JL, Vijayakumar L, Weintraub R, Weissman MM, White RA, Whiteford H, Wiersma ST, Wilkinson JD, Williams HC, Williams W, Wilson N, Woolf AD, Yip P, Zielinski JM, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati M, AlMazroa MA, Memish ZA: A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 380 (9859): S. 2224-2260 (2012)

34. Lohmann M: Urlaubsreisetrends 2012. Beitrag zur Eröffnungspressekonferenz der CMT (2012)
http://www.tourismuspartner-niedersachsen.de/data/mediadb/cms_mime/%7B3cbf6af7-4a27-a06b-cc44-0b992f2746ff%7D.pdf (13.12.2019 – zwischenzeitlich offline)

35. Müller A, Weiler C: Ergebnisse einer Untersuchung über Alkoholiker als Kraftfahrer. Blutalkohol 24: S. 109-125 (1987)

36. Müller SV: Trail Making Test (TMT). In: Wirtz MA (Hrsg.): Dorsch – Lexikon der Psychologie (2019)
https://portal.hogrefe.com/dorsch/trail-making-test-tmt/ (19.12.2019)

37. Nobis C: Mobilität in Deutschland – MID Analysen zum Radverkehr und Fußverkehr. Studie von infas, DLR, IVT und infas 360 im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur (2019) http://mobilitaet-in-deutschland.de/pdf/MiD2017_Analyse_zum_Rad_und_Fussverkehr.pdf (03.12.2019)

38. Pabst A, Kraus L: Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht 59(6): S. 36-46 (2008)

39. Payk T, Brüne M: Checkliste Psychiatrie und Psychotherapie. Ed. 7., überarbeitete Auflage. Thieme, Stuttgart: S. 115-202 (2017)

40. Reitan RM: Validity of the trail making test as an indication of organic brain damage. Perceptual and Motor Skills. Southern Universities Press, Indiana University Medical Center: S. 271-276 (1958)

41. Reitan RM: Trail Making Test: Manual for Administration and Scoring. Reitan Neuropsychology Laboratory, Tucson, Arizona (1986)

42. Reitan RM, Wolfson D: The Halstead-Reitan neuropsychological test battery: Theory and clinical interpretation. Neuropsychology Press, Tucson, Arizona (1985)

43. Richter D, Eikelmann B, Reker T: Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. Das Gesundheitswesen 68 (11): S. 704-707 (2006)

44. Riedel-Heller S, Richter D: Psychosoziale Interventionen & Soziale Inklusion. Psychiatrische Praxis 35(05): S. 213-215 (2008)

45. Rodewald K, Bartolovic M, Debelak R, Aschenbrenner S, Weisbrod M, Roesch-Ely D: Eine Normierungsstudie eines modifizierten Trail Making Tests im deutschsprachigen Raum. Zeitschrift für Neuropsychologie 23: S. 37-48 (2012)

46. Schuntermann M: Behinderung und Rehabilitation. Die Konzepte der WHO und des deutschen Sozialrechts. Die neue Sonderschule 44: S. 342-363 (2005)

47. Sinus Markt- und Sozialforschung: Fahrrad-Monitor Deutschland 2017: Ergebnisse einer repräsentativen Online-Befragung. Version vom 25.10.2017 (2017) https://www.bmvi.de/SharedDocs/DE/Anlage/G/fahrradmonitor-2017-ergebnisse.pdf?__blob=publicationFile (04.12.2019)

48. Soyka M: Serie – Alkoholismus: Psychische und soziale Folgen chronischen Alkoholismus. Deutsches Ärzteblatt PP 1: S. 38-42 (2002)

49. Sozialverband Deutschland (SoVD), LV Berlin-Brandenburg e. V.: InklusionsTaxi. Taxi für alle (o. J.) https://inklusionstaxi.de/ (15.01.2020)

50. Statista Research Department: Entwicklung des Fahrradbestandes in Deutschland in den Jahren 2005 bis 2018 (o. J.) https://de.statista.com/statistik/daten/studie/154198/umfrage/fahrradbestand-in-deutschland/ (27.11.2019)

51. Statistisches Bundesamt (Destatis): Verkehrsunfälle. Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr (2018) https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Publikationen/Downloads-Verkehrsunfaelle/unfaelle-alkohol-5462404177004.pdf?__blob=publicationFile (21.01.2020)

52. Steinert C, Steinert T, Flammer E, Jaeger S: Impact of the UN convention on the rights of persons with disabilities (UN-CRPD) on mental health care research – a systematic review. BMC Psychiatry 16:166: S. 1-14 (2016)

53. Steinert T, Götzl S, Flammer E: Teilhabe an Verkehr und Mobilität bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit und psychischer Behinderung [Participation in Road Traffic and Mobility in People with Alcohol Dependency and Mental Disability]. Psychiatrische

Praxis. 2021 May 20. German. Thieme. doi: 10.1055/a-1490-8027. Epub ahead of print. PMID: 34015849 (2021)

54. Steinert T, Veit F, Schmid P, Snellgrove BJ, Borbé R: Participating in mobility: People with schizophrenia driving motorized vehicles. Psychiatry Research 228(3): S. 719-723 (2015)

55. Tombaugh TN: Trail Making Test A and B: Normative data stratified by age and education. Archives of Clinical Neuropsychology 19(2): S. 203-214 (2004)

56. Umweltbundesamt: Mobilität privater Haushalte (2019) https://www.umweltbundesamt.de/daten/private-haushalte-konsum/mobilitaet-privater-haushalte#textpart-2 (26.11.2019)

57. U.S. Army: Army Individual Test Battery. Manual of Directions and Scoring. Washington, DC, War Department, Adjutant General's Office (1944)

58. Vazzana R, Bandinelli S, Lauretani F, Volpato S, Lauretani F, Di Iorio A, Abate M, Corsi AM, Milaneschi Y, Guralnik JM, Ferrucci L: Trail Making Test predicts physical impairment and mortality in older persons. Journal of the American Geriatrics Society 58(4): S. 719-723 (2010)

59. Veit F: Teilhabe an Verkehr und Mobilität bei Patienten mit Schizophrenie. Med Dissertation, Universität Ulm. Open Access Repositorium der Universität Ulm (2015) https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/bitstream/handle/123456789/3662/vts_9564_14466.pdf?sequence=1&isAllowed=y (25.01.2020)

60. Wolfe SA, Workman ER, Heaney CF, Niere F, Namjoshi S, Cacheaux LP, Farris SP, Drew MR, Zemelman BV, Harris R, Raab-Graham K: FMRP regulates an ethanol-dependent shift in GABABR function and expression with rapid antidepressant properties. Nature Communications 7:12867: S. 1-2 (2016)

Anhang

Anhang 1: Informationsblatt vor der Befragung der Teilnehmer

Anhang 2: Einverständniserklärung zur Befragung

Anhang 3: BADO Fragebogen

Anhang 4: Hauptfragebogen

Probandeninformationen aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

Probandeninformationen aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

Einwilligungserklärung aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

BADO-Fragebogen aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

BADO-Fragebogen aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

BADO-Fragebogen aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

Hauptfragebogen aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

Hauptfragebogen aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

Hauptfragebogen aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

Hauptfragebogen aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

Hauptfragebogen aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

Danksagung

Von ganzem Herzen bedanke ich mich bei **Prof. Dr. med. Tilman Steinert** für die Bereitstellung des Themas und für die hervorragende wissenschaftliche Betreuung, sowie für Anregungen und Anleitung zur Durchführung und Gestaltung der Arbeit. Er stand mir jederzeit bei Fragen und Problemen mit Rat und Tat zur Seite und trug mit seinem Engagement und Motivation einen erheblichen Teil zur Fertigstellung meiner Arbeit bei.

Ein herzliches Dankeschön gilt den Mitarbeitern der **Anode GmbH in Friedrichshafen, am Dornahof Altshausen sowie am Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg am Standort Weissenau**, die mir mit Rat und Tat und immer einem offenen Ohr zur Seite standen.

Ich möchte mich besonders bei allen **Teilnehmern dieser Studie** bedanken, ohne deren Mitarbeit die Verfassung dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Der größte Dank gilt jedoch **meiner Freundin, meiner Familie und meinen Freunden,** die mich jederzeit unterstützt haben und mir mit großem Interesse zur Seite standen.

Curriculum Vitae

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.