Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH
Brockenstraße 1
38875 Elbingerode
Ärztlicher Direktor: Dr. med. S. Gerhardt
Geschäftsführer: Sr. Anita Rost &
Martin Montowski

**Zugangsvariablen als Prädiktoren für das Therapieergebnis bei
Alkohollangzeitentwöhnungsmaßnahmen**

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

von

Eckart Grau
geb. in Stuttgart

Juli 2011

Amtierender Dekan:
Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter:
Prof. Dr. med. Peter Brieger

2. Berichterstatter
Prof. Dr. med. Markus Jäger

Tag der Promotion
18.10.2012

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungen	III
1 Einleitung	5
1.1 Fragestellungen und Hypothesenbildung	8
2 Material und Methoden	12
2.1 Themenbetrachtung, Hintergrund	12
2.2 Zugangssteuerung zur Medizinischen Rehabilitation	16
2.3 Forschungsüberblick	16
2.3.1 Bisherige Entwicklungen	16
2.3.2 Die Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK)	17
2.3.3 Überblick über Studienergebnisse der Rehabilitationsforschung	24
2.3.4 Schlussfolgerungen aus den Studienergebnissen	32
2.4 Untersuchung	32
2.4.1 Ort und strukturelle Umgebung der Untersuchung	32
2.4.2 Überblick über die Methodik der Untersuchung	33
2.4.3 Datengewinnung	34
2.4.4 Durchführung der Untersuchung	39
2.4.5 Darstellung der Untersuchungsstichprobe	42
2.4.6 Darstellung der Outcome-Variablen	47
3 Ergebnisse	52
3.1 Darstellung der Ergebnisse	52
3.2 Ergebniszusammenfassung	61
4 Diskussion	63

4.1	Fazit für die Praxis	76
4.2	Methodenkritik.....	78
5	Zusammenfassung.....	80
6	Literaturverzeichnis	82
	Anhang 1	87
	Anhang 2.....	88
	Anhang 3.....	89
	Anhang 4.....	96
	Anhang 5.....	105
	Danksagung	135
	Lebenslauf.....	136

Abkürzungen

AHG	Allgemeine Hospitalgesellschaft AG mit Sitz in Düsseldorf
AL-1, AL-2, AL-3, AL-4	die resultierenden Bedarfsgruppen für alkoholabhängige Patienten
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaft
Bado	Basisdokumentation
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (alte Bezeichnung der heutigen Deutschen Rentenversicherung Bund)
c.I.-Skala	Selbstbeurteilungsverfahren zur Objektivierung leichter cerebraler Insuffizienzen
df	„degrees of freedom“; steht in der Statistik für Freiheitsgrade
DGD	Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband e. V.
DGSS	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.
DKH	Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH
DSM-IV	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen
ETM	evidenzbasierte Therapiemodule
Exp(B)	Effektkoeffizient bei der logistischen Regression
FVS	Fachverbund Sucht e. V.
hyp	Hypothese
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
KTL-System	Katalog Therapeutischer Leistungen
lin	lineare Regression
log	logistische Regression
Log-Likelihood	logarithmierte Likelihood-Funktion

LVA	Landesversicherungsanstalt (alte Bezeichnung für regionalen Deutschen Rentenversicherungen)
MS Excel	Microsoft Excel
POS	Polytechnische Oberschule
PSSI	Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar
R^2	Bestimmtheitsmaß; ein statistisches Maß für den erklärten Anteil der Varianz einer abhängigen Variablen Y durch ein statistisches Modell
RK	Referenzkategorie
RMK	Rehabilitanden-Management-Kategorien
RTS	Rehabilitationstherapiestandards
SCL-90-R	Symptomcheckliste (mit 90 Items, in revidierter Fassung)
SPSS	„Statistical package for the social sciences“ (Statistik-Programm)
VEG	Verbalgedächtnis Test
Wald	Bezeichnung für einen statistischen Hypothesentest
WST	Wortschatztest

1 Einleitung

Im Rahmen der klinischen Erfahrung aus mehreren Jahren medizinisch-therapeutischer Arbeit mit alkoholabhängigen Patienten sowie im Erfahrungsaustausch mit Kollegen, die in dem selben Fachgebiet tätig sind, wurde deutlich, dass sowohl Prädiktoren für eine erfolgreiche Entwöhnungstherapie, als auch Wirkfaktoren innerhalb einer Entwöhnungstherapie, sehr schwer zu fassen und zu definieren sind. Die Prädiktion (lat. praedicere – voraussagen) ist eine Aussage über Ereignisse, Zustände oder Entwicklungen in der Zukunft, in diesem Fall der Verlaufsentwicklung bzw. dem Erfolg einer Alkohollangzeitentwöhnungstherapie. Dass diese prognostische Beurteilung bei Suchterkrankungen überdurchschnittlich schwierig ist, dürfte in weiten Stücken an dem Krankheitsbild selbst liegen. Es finden sich schließlich viele irrationale und paradoxe Elemente im Bereich Entstehung, Erhaltung und Behandlung von Suchterkrankungen. So ist das Verhalten von Suchtkranken ausgesprochen schwierig vorauszusehen. Abläufe sind oft nicht planbar, Strategien zur Abstinenzsicherung greifen in der praktischen Umsetzung häufig nicht mehr. Die Antizipationsfähigkeit des Suchtkranken und seine Möglichkeiten, glaubhaft vorgenommene Strategien umzusetzen, sind in Situationen der Belastung und der Versuchung oft defizitär. Es kommt zu Verhaltensrückfällen und stofflichen Rückfällen, da der Betroffene sich plötzlich Kräften ausgesetzt sieht, die ihn zum Konsum führen wollen. Trotz teilweise langjähriger Erfahrung mit dem Suchtmittel erlebt er diese verführerische Konfrontation immer wieder unerwartet und fühlt sich ungeachtet ehrlicher, willentlicher Abstinenzmotivation hilflos und handlungsunfähig. „Sucht ist ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen und die sozialen Chancen des Individuums.“ (Wanke 1985, Seite 20) Ein weiterer, krankheitsimmanenter Aspekt ist die Paradoxie des Symptoms. Im Regelfall erleben wir Krankheitssymptome wie Schmerz, Unwohlsein, Depressivität, Schlafstörung etc. als unangenehm und lebensfeindlich. Der Wunsch der Symptombeseitigung treibt den Betroffenen in Richtung helfendes System, wie Krankenlager, Arzt, Medikamente, Krankenhaus, etc. Bei der Krankheitsentwicklung einer Sucht wird das Symptom, welches später die Abhängigkeit bedingt, nämlich der rauschhafte Konsum des Suchtmittels,

dagegen über einen langen Zeitraum positiv erlebt und deshalb laufend gezielt gesucht. Es wird wiederholt herbeigeführt und gegen die Menschen, die eine Konsumreduktion empfehlen, verteidigt. Der Suchtkranke erlebt also den Konsum des Mittels, welches auf seine seelische, organische und soziale Zerstörung ausgerichtet ist, als positive, ich-syntone Handlung. Aus der Erfahrung ist bekannt, dass genau dieses Phänomen die Behandlungsschwierigkeit von Suchtkranken bedingt. Für die hier getätigten Betrachtungen ist dieser Umstand aber aus einem anderen Grund entscheidend. Für das suchtkrankbehandelnde System kann wegen des beschriebenen Phänomens die strukturelle Komponente der Patientenversorgung, d. h. die Planbarkeit von Behandlungsabläufen, die Beschreibung von Prädiktoren und Wirksamkeitsfaktoren sowie die Formulierung von Markern für prognostische Zusatzaussagen, enorm erschwert werden. Es liegen unter anderem auch deshalb keine klar messbaren Faktoren vor, die eine gesicherte Klassifizierung von Suchtkranken bzw. ihrer Krankheitsintensität ermöglichen. Somit gibt es also keinen allgemein gültigen Katalog, welcher diesen Patienten hinsichtlich ihres Versorgungsbedarfs gerecht wird. Auch sind therapierelevante Faktoren, wie Vertrauensfähigkeit von Patienten, aber auch Fähigkeiten wie Vertrauensförderung durch Therapeuten und Ärzte, ausgesprochen schwer zu fassen. Hier zeigen sich durchaus auch Grenzen der testpsychologischen Kompetenz. Dies bedeutet Unklarheiten und Unschärfen hinsichtlich Behandlungsintensität, Betreuungsaufwand, Dauer der Begleitung, Notwendigkeit der Belastungsschonung, Art und Ausmaß der medikamentösen Betreuung und Akzeptanz bzw. Integration von chronischen Defiziten. Alle beschriebenen Faktoren erschweren zudem eine angemessene sozialmedizinische Beurteilung.

Aus der praktischen Erfahrung ist dem Autor und seinem Behandlungsteam für Abhängigkeitserkrankungen als sicherer Prädiktor lediglich der vom Patienten empfundene Leidensdruck bewusst. Aufgrund der Tatsache, dass ein Mensch nur dann eine tiefgreifende Veränderung durchführen will und wird, wenn er die gegenwärtigen Umstände seines Daseins nur noch sehr schlecht bzw. nicht mehr aushält, wird auch in der Behandlung von Suchterkrankungen nur dann eine konstruktive Veränderungsarbeit möglich sein, wenn die negativen Elemente und Konsequenzen des Suchtmittelkonsums gegenüber den positiven überwiegen. Erfahrungsgemäß kann es sehr lange dauern, bis dieser Zustand erreicht wird und meist sind die Beobachter und Begleiter (im Regelfall die nächsten Angehörigen)

sehr viel schneller im Bereich eines Leidensdruckes angelangt, der Handlungsbedarf erweckt, als der Betroffene selbst. Da die Abwehrmechanismen des Suchtkranken vielfältig und massiv sind, sind häufig nicht nur die rationalen Steuermöglichkeiten des Betroffenen selbst überfordert. Auch die Möglichkeiten der Behandelnden, die vor allem an vernunftorientierte Verhaltensweisen appellieren, die das Bedenken von Konsequenzen oder Überlegungen im Sinne einer Güterabwägung vermitteln wollen, werden rasch erschöpft und sind sehr begrenzt in der Lage, Veränderung zu induzieren. Insbesondere ist an dieser Stelle die Verleugnung als einer der Hauptabwehrmechanismen von Suchtkranken zu nennen. Dieser ermöglicht es dem Betroffenen, Wirklichkeiten auszublenden und Konsumverhalten zu rechtfertigen sowie eigene Möglichkeiten in gravierender Weise falsch einzuschätzen, ohne dabei Irritationen und Widersprüche selbst wahrzunehmen. Die Beschreibung von Prädiktoren und Wirkfaktoren ist deshalb zusätzlich erschwert, da die anamnestischen Angaben und Schilderungen eines Suchtkranken im Falle einer ausgeprägten, verleugnenden Abwehr nicht der Realität entsprechen. Es wird an dieser Stelle ersichtlich, wie schwer es ist, objektive Parameter für die gewünschte Klassifizierungsgrundlage zu erhalten.

Ausgehend von der Tatsache, dass sich Suchtkrankheiten, insbesondere Alkoholabhängigkeit, durch nahezu alle Kulturkreise, Gesellschaftsschichten und Altersgruppen ziehen, stellte sich die Frage, ob es überhaupt möglich sein kann, einzelne Zugangsvariablen für eine Langzeitentwöhnungsmaßnahme zu definieren, d. h. aus bekannten Variablen zu isolieren, die im Sinne einer gewünschten Eindeutigkeit und womöglich quantitativer Messbarkeit prädiktorisch eine Beurteilungssicherheit für den ärztlich-therapeutischen Behandler erbringen können. Hinter dem so unscharf umrissenen Begriff des Alkoholkranken verbergen sich schließlich verschiedenste Persönlichkeiten, Sozialisationen, Möglichkeiten und Grenzen von betroffenen Menschen, also im Prinzip eine Vielzahl von Krankheitsbildern.

Ein besonderes Augenmerk sollte in dieser Untersuchung zunächst auf den Zugangsweg des Betroffenen zur Rehabilitationseinrichtung gerichtet sein. Ziel war zu überprüfen, ob dieser eine Bedeutung hat, was den Gesamtablauf der Genesung eines Alkoholkranken angeht. Bei beschriebener, geringer Eindeutigkeit hinsichtlich prädiktorisch nützlicher Faktoren, gilt für den Zugangsweg immerhin, dass jeder Patient einen solchen benennen kann und dass eine hohe

Vergleichbarkeit gegeben ist. Die Betrachtung der Tatsache, ob ein Patient beispielsweise über seinen Hausarzt, die Suchtberatungsstelle, eine Direktverlegung aus der entgiftenden Klinik, durch Gericht oder Arbeitgeber mit Auflage etc. die Langzeitentwöhnungsmaßnahme beginnt, erschien also aus zwei Gründen als sinnvoll. Zum Einen sind strukturelle Abläufe, wie Zugangswege, recht eindeutig definiert und zurück zu verfolgen. Zum Anderen wäre es in dem Fall, dass sich ein Zugangsweg als günstiger hinsichtlich des Therapieoutcomes erweisen würde als ein anderer, recht einfach, eine verbessernde Korrektur im Bereich Zugangssteuerung durchzuführen.

In der vorliegenden Arbeit wird der Patientenjahrgang 2004 des Diakonie-Krankenhauses Harz GmbH in Elbingerode (DKH) untersucht. Das Interesse richtet sich auf die Patienten mit der Haupt- und damit Einweisungsdiagnose Alkoholabhängigkeit. Ziel war hierbei das Auffinden von messbaren und für die therapeutische Arbeit relevanten Zugangsvariablen, die im allgemeingültigen Sinn prädiktorisch sind und für die Behandlung von alkoholabhängigen Menschen nutzbar gemacht werden können.

1.1 Fragestellungen und Hypothesenbildung

Fragen

- Existieren abgrenzbare Prädiktoren für einen Rehabilitationserfolg bei der Behandlung von Alkoholabhängigen, wenn man die Zugangswege zur Rehabilitation und das entsprechende Rehabilitationsergebnis miteinander vergleicht?
- Können unter anderen Zugangsvariablen für die Rehabilitation von Alkoholabhängigen einzelne Merkmale bzw. Gruppen von Merkmalen gefunden werden, die prädiktorisch für ein günstiges oder ungünstiges Rehabilitationsergebnis zu sehen sind?
- Ist das Problem der hohen Nichtantrittsrate von Alkoholabhängigen trotz kostengewährter Therapiemaßnahme ggf. ein Forschungsfokus höherer

Dringlichkeit, als der Versuch einer weiteren Optimierung der Zugangssteuerung?

- Kann die vorliegende Arbeit einen impulsgebenden Beitrag zur aktuellen Rehabilitationsforschung mit ihrem gegenwärtigen Forschungsansatz, den Fallgruppen, leisten?
- Welche Bedeutung am Therapieergebnis kommt der Therapiemotivation des Patienten zu?
- Welche Bedeutung hat die Art der motivationalen Abweichung von der Eigenmotivation, d. h. welche Bedeutung hat die Tatsache, ob eine Fremdmotivation oder eine ambivalente Therapiemotivation vorliegt?
- Finden sich prädiktorisch aussagekräftige Variablen im sozialen oder beruflichen Bereich, die über die Frage der unmittelbaren Abstinenzsicherung hinaus hinsichtlich des Gesamttherapieergebnisses relevant sein könnten?

Hypothesen

Unter Berücksichtigung der formulierten Frageninhalte wurden Hypothesen gebildet. Hierbei war für die erste Haupthypothese der motivationale Aspekt im Vordergrund zu sehen. Zum einen ist aus der praktischen Erfahrung bekannt, dass die Motivation eine wichtige Größe für das therapeutische Ergebnis darstellt, zum anderen findet sich gerade im Bereich der Zugangswege eine Besonderheit, die unmittelbar mit der Therapiemotivation eines Patienten zusammenhängt. So gibt es bei der Betrachtung der unterschiedlichen Zugangswege mehrere „beauftragte“ Wege, sei es durch das Gericht, den Arbeitgeber oder die Agentur für Arbeit. Bei dieser Gruppe ist der Anteil der fremdmotivierten Patienten eindeutig erhöht, alle anderen in dieser Arbeit überprüften Zugangsvariablen sind aber unbeeinflusst verteilt.

Die zweite Haupthypothese bezieht sich auf die prädiktorische Aussagekraft aller weiteren untersuchten Zugangsvariablen. Die dritte Haupthypothese bezieht sich auf den Vergleich zwischen bereits vorliegenden Ergebnissen der

Rehabilitationszugangssteuerung und den in dieser Arbeit gewonnenen Ergebnissen.

Im Einzelnen wurden also folgende Haupthypothesen überprüft:

- 1) Es ist davon auszugehen, dass Patienten, die zu Beginn der Langzeittherapie explizit zum Ausdruck bringen, unfreiwillig bzw. fremdmotiviert gekommen zu sein (weil sie beispielsweise über die Arbeitsagentur, das Gericht oder durch den Arbeitgeber beauftragt wurden), ein schlechteres Outcome haben als Patienten mit hoher Eigenmotivation. Auch ist zu erwarten, dass die Patienten, die selbst eine noch ambivalente Therapiemotivation zum Ausdruck bringen, ein schlechteres Outcome haben als Patienten, denen eine Eigenmotivation attestiert werden kann (deduktive Hypothese).
- 2) Weitere Aspekte des Zugangswegs und zu Therapiebeginn vorliegende zugangsrelevante Patientenmerkmale sind Prädiktoren für das Therapieergebnis (deduktive Hypothese).
- 3) Es ergeben sich aus den patientenbezogenen Daten (siehe Haupthypothese 1 und 2) Merkmalsbereiche, die die zugangsrelevanten Aspekte wesentlich abbilden. Es ist dabei davon auszugehen, dass diese Merkmalsbereiche weitgehend den therapielevanten Subdimensionen aus der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) Forschung Sucht (Egner et al. 2009) zuzuordnen sind (siehe 2.3.2). Im Einzelnen wären dies: die „substanzenbezogene Beeinträchtigung“, die „psychische Symptomatik“, die „persönlichen Ressourcen“, das „arbeitsbezogene Erleben und Verhalten“, „das Alter und die Arbeitslosigkeit“ sowie die „soziale Unterstützung“ (induktive Hypothese).

Die spezifischen Hypothesen differenzieren die in den Haupthypothesen dargestellten Inhalte. In der spezifischen Hypothese 1 werden die unterschiedlichen Zugangsmerkmale, die die Motivationslage betreffen, auf Zusammenhänge mit den Outcomevariablen (siehe Punkt 2.4.6) überprüft, in der spezifischen Hypothese 2 geschieht dies im Hinblick auf alle weiteren Zugangsvariablen. Eine spezifische Hypothese 3 wurde nicht formuliert, da die Haupthypothese 3 einem Ergebnisvergleich entspricht.

Spezifische Hypothese 1

- 1 a Bei Patienten „mit Auflage“ sowie bei Fremdmotivation bzw. ambivalenter Motivation findet sich eine höhere Abbruchrate, d. h. die Therapie wird signifikant seltener „regulär“ bzw. „vorzeitig mit ärztlich-therapeutischem Einverständnis“ beendet.
- 1 b Bei Patienten „mit Auflage“ sowie bei Patienten mit ambivalenter Therapiemotivation bzw. Fremdmotivation ergibt sich ein von den Therapeuten schlechter eingeschätztes Therapieergebnis als bei den Patienten mit Eigenmotivation.
- 1 c Es findet sich bei dieser Patientengruppe ein niedrigerer Anteil an vollschichtiger Leistungsfähigkeit „bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt“ als bei Patienten „ohne Auflage“ bzw. bei eigenmotivierten Patienten.
- 1 d Es wird eine niedrigere Abstinenzrate zum Katamnesezeitpunkt ausgewiesen.
- 1 e Ein Jahr nach Beendigung der Therapie liegt ein geringerer Anteil an Erwerbstätigkeit vor.

Spezifische Hypothese 2

- 2 a Es bestehen Zusammenhänge zwischen den definieren Zugangsvariablen und der Entlassform.
- 2 b Es bestehen Zusammenhänge zwischen den Zugangsvariablen und dem vom Therapeuten eingeschätzten Therapieergebnis.
- 2 c Es bestehen Zusammenhänge zwischen den Zugangsvariablen und dem Leistungsbild zum Entlasszeitpunkt.
- 2 d Es bestehen Zusammenhänge zwischen den Zugangsvariablen und der Abstinenzrate zum Katamnesezeitpunkt.
- 2 e Es bestehen Zusammenhänge zwischen den Zugangsvariablen und der Erwerbssituation nach einem Jahr.

2 Material und Methoden

2.1 Themenbetrachtung, Hintergrund

In den Denksystemen evidenzbasierter Medizin werden in allen medizinischen Bereichen kontinuierlich katamnestische Erhebungen erstellt. Im Rahmen vergleichender Betrachtungen wird versucht, aus komplexen therapeutischen Settings und Abläufen einzelne Wirkfaktoren zu isolieren. Diese Wirkfaktoren, bzw. Kombinationen aus diesen Wirkfaktoren, sollen die Grundlage für kompetente Behandlungsstandards sein. Ziel ist es also, über statistische Auswertung und klinische Erfahrung möglichst exakt und gut objektivierbar, die Elemente eines therapeutischen Behandlungsablaufes zu definieren, die für spätere Therapien prädiktorisch nutzbar sein können.

Im Bereich der Psychiatrie, Psychosomatik und der Suchtbehandlung ist dieses Herausschälen von einzelnen Wirkfaktoren häufig nur schwer möglich. Gerade in einem ganzheitlichen Behandlungsansatz, in dem nach dem biopsychosozialen Krankheitsmodell (Feuerlein 2008) die Funktionen aller Lebensbereiche erfasst, reflektiert und bearbeitet werden sollen, ist die Bewertung einzelner therapeutischer Elemente oft sehr subjektiv. In therapeutischen Gefügen, wie sie sich in einer Suchtrehabilitation ergeben, geschieht über einen Zeitraum von beispielsweise 16 Wochen soviel an intensiver Begegnung und damit auch Übertragung sowie Gegenübertragung, dass einzelne Beziehungsstränge in ihrer Bedeutung für das therapeutische Outcome immer nur mutmaßlich bewertet werden können.

Ein interessanter Aspekt der sich aus Gesprächen, die z. T. viele Jahre nach erfolgreicher Suchtrehabilitation stattfanden, herauschälte ist der, dass einzelne, ehemalige Patienten aus ihrer Therapiezeit zitieren und empfundene Wirkfaktoren benennen. Hierbei ergibt sich ein buntes Bild an nachvollziehbaren Bewertungen, aber auch an höchst erstaunlichen und unerwarteten Gewichtungen. Es wird in solchen Gesprächen deutlich, dass teilweise falsch verstandene oder falsch wiedergegebene Äußerungen für den Betroffenen zum helfenden Schlüsselsatz wurden. Des Weiteren zeigt sich, dass grundsätzliche Aussagen zur Abstinenzsicherung erst nach häufigem Wiederholen von den Patienten verinnerlicht wurden. Hierbei muss keinesfalls der behandelnde Arzt oder Therapeut derjenige gewesen sein, der die „therapeutische Wahrheit“ erfolgreich

aussprach. Vielmehr wird durchaus die Bedeutung von Begegnungen mit Mitpatienten, externen Betroffenen oder von so genannten „Nebenfiguren“ des therapeutischen Personals gelegentlich als besonders prägend beschrieben.

Es ist nach wie vor insgesamt unbestritten, dass korrigierende, therapeutisch wirksame Beziehungen die wichtigsten Behandlungselemente in einer Suchttherapie darstellen. Der Vernetzung dieser Beziehungen dürfte hierbei eine maßgebliche Bedeutung zukommen. Dabei ist im klinischen Alltag oft zu beobachten, dass die organisierte Beziehung zum zuständigen Arzt oder Therapeuten nicht die maßgebliche sein muss. Vielmehr zeigt sich, dass das Zusammenspiel der unterschiedlichen Beziehungen sowie der strukturelle Hintergrund, vor dem diese Beziehungen gelebt werden, als komplexer Hauptwirkfaktor gesehen werden muss.

Weiterhin gilt, dass eine therapeutische Maßnahme, welche auch unangenehme Realitäten abbildet, eher für das Leben nach der Therapie vorbereitet, als eine harmonische und vom Patienten als höchst positiv beschriebene Maßnahme. Demnach sind weniger angenehme und deshalb mit Missempfindungen besetzte Beziehungselemente innerhalb des Gesamtbeziehungsgefüges als äußerst notwendige Frustration zu sehen. Man spricht hier vom Wirkfaktor der Problemaktualisierung oder Problemaktivierung. Sicherlich gilt dies nur dann, wenn die Frustrationen oder Verzichtseleistungen im Gesamtbeziehungsgefüge aufgefangen, abgefedert und bearbeitet werden können (Grawe 2004). Bei der Isolation von wirksamen Therapieelementen dürfte es aber nur schwer möglich sein, eine angemessene Relation von Frustration und ausgleichender Bergung zu definieren. Selbst wenn diese im Sinne der klinischen Erfahrung akzeptiert wäre, so wäre sie in therapeutischen Standards kaum formulierbar. Auch hier zeigt sich die Schwierigkeit bei dem Versuch, verlässliche, wirksame Faktoren einer Suchttherapie allgemein gültig zu benennen.

Des Weiteren gilt, dass die Patientenbewertung einer therapeutischen Maßnahme nur unter großem Vorbehalt die umfassende reale Wirksamkeit abbildet. Aus diesem Grund muss auch der Wunsch eines Patienten, bei der freien Wahl seiner Behandlungseinrichtung hinsichtlich einer positiven Prädiktion, als sehr fraglich gesehen werden. Zumindest sollten die Argumente, die ein Betroffener zur Begründung seines Wahlwunsches ins Feld führt, geprüft werden. Dann müsste auf dem Hintergrund von zu erwartender therapeutischer Relevanz differenziert

werden, ob der Wahlwunsch eher förderlich oder hinderlich für den therapeutischen Prozess zu sehen ist.

Die Steuerung im Bereich der medizinischen Rehabilitation sollte also nach wie vor durch sachliche Kriterien und nicht alleinig oder primär von Patientenpräferenzen bestimmt werden.

Die Rehabilitationsforschung beschäftigt sich aus diesem Grund seit Mitte der 90er Jahre mit der Detektion und Isolation von Wirkfaktoren, der Formulierung von Behandlungsstandards und der Erstellung von Assessments zur Verbesserung von Zugangs- und Therapiesteuerung.

Inwieweit die Forschungsergebnisse praktisch sinnvolle Zuordnungen und daraus resultierende Verbesserungen des Behandlungsergebnisses erbringen können, muss sicher noch in Langzeitverläufen überprüft werden.

Eine Standardisierung hinsichtlich Strukturqualität, diagnostischer Möglichkeiten und Behandlungskonzept einer Einrichtung sollte unbedingt nach wie vor stattfinden. Die Sanierung der historisch gewachsenen, teilweise unüberschaubar vielfältigen Allokationslandschaft im deutschen Rehabilitationswesen, ist definitiv indiziert. Bei Standardisierung und Normierung besteht mit großer Wahrscheinlichkeit aber auch die Gefahr, dass bei Schwerpunktsetzung von so genannten objektiven Wirkfaktoren die weniger anerkannten Begleitfaktoren in den Hintergrund geraten und damit im therapeutischen Alltag an Bedeutung verlieren. Gerade diese könnten aber im Sinne einer Gesamtschau die evidenten Elemente sein oder die Voraussetzung für eine evidente Behandlung schaffen.

Aus Sicht des Autors ist es deshalb sinnvoll, zunächst im Bereich der Strukturqualität, der Behandlungskonzepte, der Organisation und der Abläufe die Basisstandards zu formulieren. Der inhaltlich therapeutische Bereich, der in seiner Bewertung hinsichtlich einzelner Wirkelemente nur sehr schwer sicher zu differenzieren ist, sollte deshalb in der Gesamtheit und mit viel Handlungsspielraum für die jeweilige Einrichtung betrachtet werden.

Die hier vorliegende Arbeit möchte vor allem die Fragestellung aufgreifen, inwieweit möglicherweise Verbindungen zwischen dem Zugangsweg zur Rehabilitation und dem therapeutischen Outcome bestehen. Ob unterschiedliche Auswirkungen auf das Therapieergebnis festzustellen sind, wenn ein Patient über Sozialbericht und Verteilung durch den Kostenträger der Rehabilitationseinrichtung zugeordnet wird, ob es einen Unterschied macht, wenn

er durch ein Nahtlosverfahren vom entgiftenden Krankenhaus direkt in die Langzeitentwöhnung vermittelt wird, ob es sich auswirkt wenn er nach SGB II über eine zuständige Einrichtung der Agentur für Arbeit dem Rehabilitationswesen zugeführt wird oder ob andere Zugangsformen messbare Unterschiede im Behandlungsergebnis erbringen. Zudem sollen regelhaft erhobene Daten in Form von definierten Zugangsvariablen auf ihre Auswirkungen auf das Therapieergebnis und die Nachhaltigkeit des Therapieergebnisses überprüft werden.

Die unterschiedlichen Formen der Rehabilitationszugangsteuerung sind in den meisten Fällen unabhängig von der Problematik der Beeinflussung durch bestehende strukturelle Vorgaben und Beziehungsgeflechte. Therapiewiederholende Patienten oder Patienten, die auf eine gezielte Empfehlung hin eine Einrichtung wählten, sind zwar nicht als völlig neutral zu betrachten, dennoch spielt sich die Wahl der Einrichtung vor Beginn der Therapie ab. Der Zugangsweg zur Klinik kann deshalb relativ losgelöst vom therapeutischen Geschehen gesehen werden. Die Einrichtung, ihre Strukturqualität, ihre personelle Besetzung und ihr therapeutisches Programm können also als eine verhältnismäßig homogene Einheit und damit als ein Gebilde mit hoher Behandlungskonstanz betrachtet werden. Die behandelnde Rehabilitationsklinik kann somit in ihrer Gesamtheit als ein einzelnen Wirkfaktor betrachtet werden.

Die Wissenschaftler der Rehabilitationsforschung wollen die Behandlungsabläufe standardisieren, den Behandlungsbedarf in so genannte Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) klassifizieren und dann durch gezielte Rehabilitationssteuerung in die passenden Kliniken eine Ergebnisverbesserung erreichen.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es also auch, im Bereich bereits vorliegender und vergleichbarer Zugangsvariablen prädiktorische Elemente für ein positives Behandlungsergebnis zu finden und diese mit bereits bestehenden Forschungserkenntnissen zu vergleichen. Die Datengrundlage bildet, wie bereits erwähnt, der Datenpool des Entlassjahrgangs 2004 der behandelten alkoholabhängigen Patienten des Diakonie-Krankenhauses Harz GmbH in Elbingerode (DKH).

2.2 Zugangssteuerung zur Medizinischen Rehabilitation

Die moderne, evidenzbasierte Medizin versucht, klinische Behandlungspfade zu definieren. Die Verbesserung der Behandlungseffizienz und die Minimierung der Behandlungskosten sind die ausschlaggebenden Leitgrößen. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich sollen fachübergreifende Ablaufpläne die Durchführung der medizinischen Behandlung optimieren. In den Bereichen Akutmedizin und rehabilitative Medizin ergeben sich sehr unterschiedliche Aspekte und Schwierigkeiten bei der Festlegung von Behandlungsstandards (Rapp 2008). Stabile Behandlungsqualität und verantwortlicher Umgang mit verfügbaren Ressourcen müssen in den jeweiligen Bereichen medizinischer Behandlung neu geordnet und qualitätssichernd definiert werden (König 2008). Die klare Festlegung der Aufgaben sowie die Sicherung von Durchführung und Ergebnis bilden das Fundament von verbindlichen Therapiestandards und Behandlungspfaden.

Ein schlüssiger Behandlungspfad steuert den Behandlungsprozess und sichert behandlungsbegleitend die Dokumentation. Später stattfindende Evaluationen können dann Vergleichbarkeit und Anpassung mit stetiger Verbesserung der Abläufe gewährleisten. Ein klinischer Behandlungspfad kann zudem Grundlage zur Kostenträgerrechnung darstellen. Durch strukturierte Dokumentation geplanter Behandlungen bzw. Auflistung von verbrauchten Ressourcen, kann eine vorausschauende Plankostenrechnung für weitere Behandlungsabläufe möglich gemacht werden.

2.3 Forschungsüberblick

2.3.1 Bisherige Entwicklungen

Seit Mitte der 90er Jahre wird im Bereich der Rehabilitationsforschung in vielfältiger Weise der Versuch unternommen, bedarfs- und leistungsbezogene Patientenklassifikationen zu bilden (Lindenmeyer 2008). Ziel war hierbei die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, des Leistungsumfangs und der Behandlungsqualität. Vorhandenes Wissen hinsichtlich guter therapeutischer Behandlung, der so genannte implizite Behandlungsstandard, sollte abgebildet werden. Die Orientierung der Behandlungspläne erfolgte am biopsychosozialen

Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Es sollten angemessene, d. h. flexible, Therapiezeiten entstehen. In innovativen Ansätzen sollten Schnittstellenproblematiken einem effizienten Management zugeführt werden. Die Nutzung und Integration ambulanter Leistungsformen sollte stattfinden. Kombinationstherapien mit ambulanten und stationären Behandlungsphasen im Wechsel sollten zum Einsatz kommen. Verknüpfungen zwischen Berufsorientierung und Suchtrehabilitation sollte vermehrt und multilokal stattfinden. Das Stichwort der Passgenauigkeit und Individualität durch differentielle Integration rückte für den Bereich der Therapievorbereitung mehr und mehr in den Mittelpunkt (Kulick 2009). Ein parallel hierzu formulierter Ansatz schlug sich in der Bildung von so genannten Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) nieder (Spyra et al. 2010). Hier sollten die Fälle mit homogenem Behandlungsbedarf beschrieben werden. Evidenzbasierte Erkenntnisse und klinische Erfahrungen bzw. Expertisen sollten mit einfließen (ausführlicher siehe 2.3.2).

Ein langfristiges Ergebnis der Forschungsarbeiten sollte in der Ordnung und Balancierung einer Rehabilitationslandschaft bestehen, die aus historischen Gründen sehr inhomogen imponiert. Durch uneinheitliche Kostenträgerlandschaft und eine große Vielfalt an Einzelverträgen zwischen Kostenträger und Behandlungseinrichtung, war eine unüberschaubare Menge an Behandlungen, Behandlungsqualität, Ressourcenverwaltung sowie Vergütungsmodellen entstanden.

Ein durchgehend konstantes Element ergab sich durch die Tatsache, dass Behandlungen über die Behandlungsdauer definiert und entsprechend nach Behandlungstagen vergütet wurden.

2.3.2 Die Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK)

In der Weiterentwicklung der oben beschriebenen Bereiche der Rehabilitationsforschung wurde deutlich, dass speziell in der Suchtrehabilitation Verbesserungen der Behandlungsmöglichkeiten, in der Optimierung von Schnittstellen und in der Erhöhung der grundsätzlichen Patientenzufuhr ins versorgende System, zu finden sind.

Dem gegenüber dürfte die Erweiterung und Verfeinerung des therapeutischen Angebots der einzelnen Rehabilitationseinrichtungen derzeit als untergeordnet zu sehen sein.

Für die Alkoholabhängigkeit sollen zukünftig Therapiestandards in der Rehabilitation eingeführt werden, die im Expertenkonsens erarbeitet wurden. Sie sind in einer Pilotversion der Ludwig-Maximilian-Universität München über Therapiestandards bei Alkoholabhängigkeit zusammengefasst (Soyka et al. 2009). Diese Standards beinhalten die Definition für ein Mindestmaß an therapeutischer Leistung in der stationären und ganztägig ambulanten Therapie.

Über Qualitätssicherung und Katamneseuntersuchungen werden Erfolge der stationären Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger belegt.

Eines der Hauptprobleme bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankten ist, dass ein zu geringer Teil der Patienten trotz genehmigter Entwöhnungstherapie diese nicht antritt. Die prozentualen Angaben über diese so genannten Nichtantreter schwanken in der Literatur im Regelfall zwischen 10 % und 30 %. In einer Studie über innovative Elemente in der Entwöhnungsbehandlung wird bezüglich der Vermittlungsverluste durch ungünstiges Schnittstellenmanagement eine erschreckende Aussage gemacht. 50 % der Antragsteller einer Langzeitentwöhnungsmaßnahme würden sich im unüberschaubaren Netz der Angebote verfangen und letztlich die geplante Maßnahme nicht antreten (Kulick 2009). Die hinsichtlich dieses Aspekts dokumentierten Zahlen der Klinik, in der die vorliegende Untersuchung durchgeführt wurde, befinden sich im oben beschriebenen Durchschnittsbereich. Bei dem diesbezüglich eingehend untersuchten Jahrgang 2010 ergibt sich beispielsweise ein Anteil von nicht angetretenen Patienten von 26,6 %. D. h. 188 von 706 einbestellten Patienten haben die Therapie nicht begonnen (klinikinterne Auswertung).

Ein weiterer Aspekt bei der Frage nach der Optimierung von organisatorischen Abläufen bei der Behandlung Abhängigkeitserkrankter und der Therapie selbst ist der, dass die Möglichkeiten der vorhandenen, unterschiedlichen Therapiesettings oft noch nicht ausgeschöpft oder nicht maximal kombiniert werden. Die Projektergebnisse der Deutschen Rentenversicherung des Jahres 2009 im Land Rheinland-Pfalz wiesen aus, dass indikative Verknüpfung von Leistungselementen, Förderung von sozialer und beruflicher Stabilität und verbesserte Koordination im Gesamtrehabilitationsprozess an Bedeutung weiter zunehmen werden (Rische 2009).

Die krankheitsspezifische, komplexe Erfassung und Integration der Therapiesteuerung und der Therapieplanung muss unbedingt gewährleistet sein. Bei unzureichender Berücksichtigung der Interaktionen der einzelnen Erkrankungen bei Komorbiditäten, kann z. B. bei Abhängigkeitserkrankungen zu einer Gefährdung des Gesamtprozesses führen (Vogelsang 2009). Insbesondere psychische Begleiterkrankungen, wie Depressionen oder Angststörungen, verstärken die Problematik der Abhängigkeitserkrankung erheblich und verursachen weitere Hemmnisse, die die Abstinenz und die soziale bzw. berufliche Reintegration zusätzlich erschweren. Auch die Gewichtung der einzelnen Krankheitskomponenten muss bei der Therapieplanung und der Rehabilitationssteuerung angemessen durchgeführt werden. Phasenweise werden bedeutsame Komorbiditäten nicht berücksichtigt und trotz gutem Behandlungsansatz hinsichtlich der Haupterkrankung und evtl. anderer Nebenerkrankungen, kann der Gesamterfolg dadurch gefährdet werden.

Da Sucht im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells eine ganzheitliche Störung ist, bei der alle Lebensbezüge betroffen sind, muss die Komorbidität unbedingt berücksichtigt werden. Da diese sowohl einen erneuten Rückfall bedingen kann, als auch evtl. ursächlich als Auslöser bzw. Entstehungsursache der Abhängigkeitserkrankung überhaupt verstanden werden muss, bekommt die Komorbidität somit Bedeutung im Sinne einer möglichen Wurzel für das gesamte Krankheitsgebilde.

Bei der Behandlung von stofflichen Süchten wird aber die Hauptdiagnose und damit die Zuweisungsdiagnose immer über den stofflichen Konsum definiert. Bei einem komplexen Erkrankungsbild mit Komorbiditäten sollte deshalb dringend die Behandlungspriorität überprüft werden. Wenn im Rahmen der synergistischen Prinzipien die individuelle Kausalwirklichkeit des Patienten nicht ausreichend berücksichtigt wird, ist sowohl von einer suboptimalen Motivation des Betroffenen auszugehen, als auch eine fragliche Wirksamkeit des Behandlungsansatz zu erwarten.

Aus den Untersuchungen der Deutschen Rentenversicherung Bund aus dem Jahr 2008 lässt sich entnehmen, dass mit 22.000 Rehabilitationsleistungen für Abhängigkeitserkrankungen der Sektor Suchtrehabilitation die 4. Stelle der erbrachten Rehabilitationsleistungen der DRV Bund einnimmt (Egner et al. 2009). Hieraus wurde deutlich, dass die Steuerung der Rehabilitation, d. h. letztlich der Rehabilitationszugang, als wichtiger erster Schritt gesehen werden muss, der

individuell und indikativ auf den Rehabilitanden zugeschnitten werden sollte. Die bekanntermaßen angefertigten Sozialberichte dienen nach wie vor als fachliche Information für den sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund. Dieser soll daraufhin den Rehabilitationsbedarf differenziert feststellen und eine möglichst geeignete Einrichtung für den Rehabilitanden und seinen Rehabilitationsprozess auswählen. Falls der Sozialbericht, oder eine vergleichbare Stellungnahme, aus anderen Verfasserquellen kommt, z. B. von niedergelassenen Ärzten, von Krankenhäusern, von Sozialdiensten anderer Einrichtungen etc., bleibt die kompetente Zugangssteuerung unverändert.

Da der sozialmedizinische Dienst in diesem Falle die entscheidende Instanz für die Zuordnung darstellt, ist es zwingend notwendig, dass an dieser Stelle der individuelle Behandlungsbedarf für einen Patienten definiert wird.

Der spezifische Rehabilitationsbedarf eines einzelnen Rehabilitanden erfordert medizinisch-therapeutische Konzepte, die die modernen Behandlungsstandards mit einem angemessenen Maß an Individualisierung verbinden, um somit die grundsätzlichen Rehabilitationsziele; Abstinenz und Erwerbsfähigkeit; zu erreichen. Diese Zielerreichung muss im Rehabilitationsprozess maßgeblich sein und dementsprechend Dauer und Verlauf der Leistung bestimmen. Damit wird die Behandlungsdauer zur flexiblen Größe. Zu einer jeweiligen Grundbehandlungszeit sind Verkürzungen oder Verlängerungen möglich. Beim weiterentwickelten Ansatz der Rehabilitationsforschung, der Fallgruppenbildung in der Rehabilitation aus den Rehabilitanden-Management-Kategorien, wird also über den Behandlungsbedarf und die Therapiedauer reguliert.

Die Projekte des Lehrstuhls für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation an der Charité-Universitätsmedizin Berlin versuchen homogene Behandlungsgruppen und daraus resultierend eine individuell passende Therapiesteuerung durch die Nutzung von Therapieorientierungswerten zu erreichen. Hierzu sollen Rehabilitanden mit gleichartigem Behandlungsbedarf und vergleichbaren therapeutischen Leistungen in Fallgruppen zusammengefügt werden. So sollen spezielle Bedarfslagen von Patientengruppen innerhalb einer Indikation identifiziert und mit den Möglichkeiten des Leistungserbringers abgeglichen werden (Spyra et al. 2010).

Die Bedarfsgruppierung leitet sich zunächst aus der rehabilitationstypischen Hauptindikationsgruppe (z. B. Suchtrehabilitation) ab. Innerhalb der

Hauptindikationsgruppe wird dann nach häufig vorkommenden und klinisch relevanten Diagnosengruppen (z. B. Alkoholabhängigkeit) gemäß der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) differenziert. Daraufhin erfolgt die Unterscheidung der Bedarfsgruppen nach dem rehabilitationsrelevanten Schweregrad der Beeinträchtigung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Dimension. Grundlage der Beurteilung bietet das biopsychosoziale Behinderungsmodell der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

Neben der Bedarfsgruppencharakteristik werden für die Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) auch die bedarfsgruppenspezifischen Behandlungsanforderungen definiert. Diese betreffen zunächst die therapeutischen Leistungen. Zukünftig sollen sie auch die medizinische Diagnostik, die ärztlichen und pflegerischen Leistungen sowie die Medikation umfassen.

Der bedarfsorientierte Ansatz der Fallgruppenbildung ermöglicht es, die RMK in der Zugangssteuerung beim Kostenträger einzusetzen. Dem sozialmedizinischen Dienst wird über eine mögliche Zuordnung der Versicherten zu einer Bedarfsgruppe im Rehabilitationsantragsverfahren eine Orientierungshilfe zur Verfügung gestellt, die besondere Bedarfslagen anzeigt und ihn bei der Auswahl einer geeigneten Behandlungseinrichtung unterstützen kann (Abbildung 1).

Abbildung 1: Rehabilitanden-Management-Kategorien(RMK)-Projekt:
Verfahrenswege nach Spyra et al. 2010

Somit soll bereits durch eine optimierte Zugangssteuerung die Wahl der Therapieeinrichtung verbessert werden. Dadurch ist davon auszugehen, dass die Effektivität der Rehabilitationsmaßnahme erhöht wird. Innerhalb der Rehabilitationseinrichtung können die RMK ebenfalls eingesetzt werden, und zwar zur Steuerung des Therapieprozesses. Neben der Bedarfsmessung kommen dann auch definierte Behandlungsanforderungen, die sich am spezifischen Bedarf der Fallgruppe ausrichten, zum Tragen. Die Zuordnung der Rehabilitanden zu einer Bedarfsgruppe kann den behandelnden Arzt der Behandlungseinrichtung bei seinen Entscheidungen unterstützen. Durch verbesserte Transparenz der Prozesse und Auskunft über die angebotenen Leistungen der Rehabilitationseinrichtung, wäre eine bessere Vergleichbarkeit der Kliniken untereinander gegeben (Benchmarking), was ebenfalls den Rehabilitanden zum Vorteil gereichen könnte.

Ein RMK-Assessment, welches in der Charité im Rahmen eines Forschungsprojektes für den Einsatz in der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit entwickelt wurde, ist in der Lage, verschiedene Bedarfskonstellationen bei alkoholabhängigen Patienten zu identifizieren.

Es konnten vier Bedarfsgruppen mit unterscheidbarem Behandlungsbedarf in steigender Intensität entwickelt werden. Die Bedarfsgruppen erfassen die psychische und die soziale Dimension und gewichten zwischen auffällig und stark auffällig. Das RMK-Assessment ist für den Einsatz in der Therapieplanung und -steuerung konzipiert und steht den Rehabilitationseinrichtungen in Form eines Patientenfragebogens zur Verfügung. Das RMK-Assessment Sucht umfasst 12 Seiten, 34 Fragen mit 220 Items und kann im Mittel in 20 bis 30 Minuten vom Patienten ausgefüllt werden. Die aus den Assessmentdaten gewonnenen Bedarfsgruppen müssen in einer „klinischen Übersetzung“ in den therapierelevanten Behandlungsbedarf des Patienten übertragen werden. Die Behandlungsanforderungen für die einzelnen Bedarfsgruppen basieren auf den Rehabilitationstherapiestandards (RTS), der Leitlinie für stationäre und teilstationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit der Deutschen Rentenversicherung Bund. Bei der Zuordnung der Patienten in die 4 Fallgruppen finden folgende sechs Subdimensionen Berücksichtigung: „substanzenbezogene Beeinträchtigung“, „psychische Symptomatik“, „persönliche Ressourcen“,

„arbeitsbezogenes Erleben und Verhalten“, „Alter und Arbeitslosigkeit“, „soziale Unterstützung“ (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Fallgruppenbildung aus 6 Sub-Dimensionen der therapielevanten Bedarfsdifferenzierung nach Spyra et al., 2010

Legende:

AL-1 bis AL-4: die resultierenden Bedarfsgruppen für alkoholabhängige Patienten

Die Angemessenheit der Zuordnung liegt in den meisten Fällen deutlich über 75 %. Gleichzeitig ist eine 100%ige Sicherheit in der Zuordnung sehr unwahrscheinlich. Dies ist darin begründet, dass die Zuordnungsklassen nicht vollständig, sondern nur statistisch hinreichend, homogen sind. Ein stabiler Zusammenhang ergab sich aus der Schweregradausprägung und der Gesamtdauer der Rehabilitationsmaßnahme.

In den Projektkliniken wurden sowohl seitens der Rehabilitanden als auch des medizinischen Personals eine positive Beurteilung abgegeben. Der RMK-Bogen wurde als nützlicher Baustein für Diagnostik und Therapieplanung empfunden.

Für die Rehabilitationsteuerung, d. h. für die Zuordnung eines Patienten in die optimale Klinik, wurde ein standardisiertes RMK-Assessment in Kurzform entwickelt. Es entspricht einem Screeningverfahren, welches aus 20 Items besteht. Durch diese werden die Beeinträchtigungsdimensionen abgebildet. Hierdurch werden die 4 Bedarfsgruppen dargestellt.

Die Zugangssteuerung wurde damit für den zuweisenden Arzt erleichtert (Spyra et al. 2010).

2.3.3 Überblick über Studienergebnisse der Rehabilitationsforschung

In allen nicht-suchtspezifischen Behandlungsbereichen waren Suchtprobleme eine absolute oder relative Kontraindikation für Rehabilitationsprozesse und verhinderten somit häufig den Zugang in stabilisierende Behandlungsangebote. Suchtkranke weisen nun, sozusagen primär krankheitsimmanent, ausgeprägte strukturelle Defizite und viele Behandlungshemmnisse auf. Entsprechend ist die Steuerung der Rehabilitation im Bereich Suchterkrankungen massiv erschwert und verglichen mit anderen Fachbereichen überdurchschnittlich kompliziert zu gestalten.

Die Aufsichtsfunktion und Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung hatte eine Weiterentwicklung der Behandlungskonzepte und ihrer Umsetzung zur Folge: Leistungen und Ergebnisse wurden in Beziehung gebracht, Datenquellen konnten erschlossen werden, Umsetzungen in Strukturanforderungen wie Ausstattung oder Personalqualifikation wurden erreicht. Bei der Standardisierung von Konzepten, als Basis für Vergleich und Überprüfung, muss allerdings in breiten Kategorien gedacht werden. Die individuelle Komponente innerhalb einer Einrichtung steht sonst in der Gefahr, zu eingeengt oder verdrängt zu werden (Funke 2009).

Ergebnisse aus der Qualitätssicherung der Suchtrehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (Beckmann et al. 2009) erbrachten, dass die kontinuierliche Weiterentwicklung und Aktualisierung sinnvolle Weiterentwicklungsergebnisse aufweisen.

Seit 1994 wird die Qualitätssicherung der stationären Rehabilitation kontinuierlich aktualisiert und erweitert. Seit 1997 ist das Peer Review Verfahren eingeführt. 2007 wurde die überarbeitete Klassifikation therapeutischer Leistungen installiert. In den letzten Jahren wurden im Rahmen des Rehabilitationsleitlinienprogramms der Rentenversicherung auf wissenschaftlicher Grundlage Behandlungsstandards für die Rehabilitation entwickelt. Deren Implementierung hat im Jahr 2009 begonnen. Diese Behandlungsstandards wurden zuerst evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) genannt. Da aber auch Behandlungsmaßnahmen integriert wurden, die nicht den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprachen, sondern lediglich den Maßstäben der „best practice“, wurden sie in

Form von so genannten Rehabilitationstherapiestandards (RTS) zusammengefasst.

Die Qualitätskennzahlen für eine Rehabilitationseinrichtung werden aus dem Peer Review Ergebnis, der Rehabilitandenzufriedenheit, der adäquaten Durchführung und Dokumentation therapeutischer Leistungen und dem subjektiven Behandlungserfolg gebildet.

Weitere Forschungen im Bereich Qualitätssicherung finden ständig statt; im Jahr 2010 wurde der Einsatz eines Patientenfragebogens für die Suchtrehabilitation sowie die Veröffentlichung von einheitlichen Strukturanforderungen der Rentenversicherung für stationäre Rehabilitationseinrichtungen begonnen.

Eine klinische Studie über Patientenfallgruppen in der medizinischen Rehabilitation am Beispiel der Behandlung von Alkoholkranken (Lindemeyer 2008) untersuchte die Zuordnungsmöglichkeiten in Patientenkategorien. Hierzu wurden anhand der Eingangs- und Verlaufsdaten von 2.217 stationär behandelten Alkoholabhängigen aus vier stationären Entwöhnungseinrichtungen Vergleiche angestellt.

In dieser umfangreichen Klinikstudie konnten drei Fallgruppen identifiziert und klinikübergreifend einem individuellen, akzentuierten Behandlungsbedarf zugeordnet werden. Die Komplexität der im Einzelfall vorgenommenen Indikationsentscheidungen, hinsichtlich der Gewichtung von psychotherapeutischen, sozialtherapeutischen und medizinischen Behandlungsangeboten, konnte dabei herausgearbeitet werden. Das traditionelle und in der Praxis etablierte Ziel einer Komplexbehandlung, die diese drei Bereiche berücksichtigt und zudem berufsfördernde Maßnahmen integriert, sollte umgesetzt werden.

Die Standardisierung und Vergleichbarkeit, aber auch die Leistungsdifferenzierung, die den individuellen Bedürfnissen des Patienten entsprechen, sollten Berücksichtigung finden.

Die Unterschiedlichkeiten der Settings und der Behandlungszeiten, die Differenzierung bei unterschiedlicher Krankheitsschwere und die Komorbiditäten flossen in die Bewertung ein.

Die Personalausstattung der Einrichtungen wurde normiert.

Die Flexibilisierung spiegelte sich vor allem im Bereich der vernetzten Behandlungsweise wider. Einzel-, Gruppen- und Kombinationstherapie kamen zur

Anwendung. Die Standardelemente definierten ein Mindestmaß von Behandlungen. Hinzu kam ein Mix mit flexiblen, patientenspezifisch individuellen Behandlungselementen.

Die Kostenberücksichtigung fand dergestalt statt, dass zunächst die günstigste Behandlungskategorie angewandt wurde. Erst beim Scheitern kam die finanziell nächst höhere Behandlungsstufe zum Tragen (Stepped care). Die gezielte Allokation vereinte die Elemente Indikation, Therapieinhalte, Therapiedauer, Behandlungssetting, Therapieintensität, notwendige Ressourcen und spezielle Indikation.

Innerhalb der Therapie fand eine Prozessanpassung, d. h. die verlaufsabhängige Prozessdifferenzierung, statt. Die Organisation bzw. die Bahnung von Nachsorge, Wieder- oder Weiterbehandlung wurde erarbeitet.

Bei klinisch und ökonomisch optimaler Allokation erwies sich das breit angelegte Therapieangebot mit spezifischer Zuordnung als sinnvollste Variante. Zur Allokationssicherung und Stabilisierung fanden auch Standardfaktoren ihre Berücksichtigung. Unter Einbeziehung von evidenzbasierten Erkenntnissen wurde durch Zusammenfassung von Behandlungselementen in Rehabilitationstherapiestandards (RTS) eine Behandlungsnorm geschaffen. Für diese bildeten die von der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaft (AWMF) formulierten Behandlungsleitlinien zur Behandlung von Alkoholkranken die konzeptionelle Grundlage (Geyer et al. 2006).

Bei der Überlegung, ob Fallgruppen für die Steuerung der medizinischen Rehabilitation sinnvoll sein könnten, war auch die Problematik der vielfältigen Kostenträger zu bedenken. Inwieweit ein solches System deshalb trägerübergreifend bzw. bundesweit installiert werden kann, ist sicherlich noch nicht abschließend geklärt.

Im Vordergrund der Fallgruppenforschung sollte aber die bedarfsbezogene Leistungsanforderung stehen. Ob es für eine homogene Vergütung eingesetzt werden kann, bleibt ebenfalls abzuwarten. Wenn als Ziel lediglich die Erstellung pauschalisierter Vergütungssysteme angestrebt worden wäre, hätte dies auch unabhängig von Fallgruppen realisiert werden können. Die reine Reduktion der Verweildauer, wie im DRG-System angestrebt, oder die Kreation von Pauschalangeboten mit stabiler, unveränderbarer Gesamtbehandlungszeit, wäre ebenfalls relativ einfach zu konzipieren gewesen. (Keck et al. 2008)

Bei der Fallgruppenbildung, die den therapeutischen Bedarf für Patientengruppen bündeln, ist es sowohl denkbar, dass die Effizienz der Behandlung, aber auch eine Verbesserung der Zugangssteuerung durch den Kostenträger erreicht wird. Zudem wäre möglicherweise bei einem Patientengut mit homogenem Behandlungsbedarf, auch die interne Therapiesteuerung durch den Leistungserbringer während der Rehabilitationsmaßnahme erleichtert. Abläufe könnten besser planbar und klarer nachvollziehbar erstellt werden. Die Bereitstellung von Strukturqualität wäre dadurch verlässlicher. Die Fallgruppe wäre dann ein Instrument für externes und internes Qualitätsmanagement. Die ökonomische Homogenisierung würde zwangsweise folgen.

Wenn man die Installation von Fallgruppen nicht primär unter dem Aspekt einer homogenisierten Vergütung betrachtet, sondern das Augenmerk vor allem auf den Schwerpunkt der bedarfsbezogenen Leistungsanforderung legt, ergibt sich implizit die Notwendigkeit, Behandlungsstandards in der medizinischen Rehabilitation festzulegen.

Eine Fallgruppe muss also sowohl hinsichtlich des Patientenbedarfs, als auch hinsichtlich der hierzu passenden einrichtungsbezogenen, individuellen Behandlungsindikation beschrieben werden. Erst wenn Einrichtungen hierdurch in ihrer Behandlungsmöglichkeit vergleichbar geworden sind, bzw. erst wenn die Unterschiede zwischen den Einrichtungen herausgearbeitet wurden, können Patienten einer Fallgruppe durch gezielte Rehabilitationssteuerung optimal einer Einrichtung zugeordnet werden.

Die Definition von Behandlungsstandards als Grundvoraussetzung für eine evidenzbasierte Medizin ist unumstritten. Ein Katalog für sinnvolle zusätzliche Behandlungsmaßnahmen ist im Bereich medizinische Rehabilitation ebenfalls unerlässlich, da die individuellen Behandlungsaspekte zur Wiederherstellung funktionaler Gesundheit, wie in der ICF klassifiziert, unabhängig vom Hauptkrankheitsbild, starke individuelle Unterschiede aufweisen. Die Behandlungselemente dieses Zusatzkataloges müssten störungsspezifisch zuordnen und in ihrer Wirksamkeit gesichert sein. Fachübergreifende Kenntnisse von gültigen Therapiestandards müssen also in die medizinische Rehabilitation einfließen und zur Anwendung gelangen. Dies ist sowohl bei der Konzipierung von Fallgruppen, als auch innerhalb der Behandlungspläne zu berücksichtigen. Hinsichtlich der störungsspezifischen Zuordnung muss also die Frage geklärt sein, ob die Beurteilungskriterien, die aus einem Antrag für medizinische Rehabilitation

entnommen werden können, ausreichend stabile Daten liefern, um damit eine kompetente Allokation über Fallgruppen möglich zu machen.

Trotz intensiver Forschung, teilweise mit enormem Aufwand, liegen nur sehr begrenzt verwertbare Erkenntnisse vor, die bei der Allokationsentscheidung hilfreich sein können. Nach wie vor besteht die Gefahr der Zirkularität des Allokationsprozesses. Zirkularität beschreibt in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass die Allokationsentscheidung vor dem Hintergrund des bestehenden Behandlungsangebotes einer Einrichtung stattfindet. Sie wird also nicht von den individuellen Bedürfnissen des Patienten bestimmt, sondern entsteht in einem Kreislauf von sich selbst bestätigenden Notwendigkeiten der Behandlung. Diese zirkulierenden Prozesse können nur durch äußere Supervision und externe Vergleiche erkannt und überprüft werden, da sie systemimmanent sind und dadurch der Selbstreflexion nicht zugänglich werden. Letztlich führt dies also dazu, dass immer wieder Gewohnheitsabläufe und subjektive Erfahrungen abgebildet werden (Lindenmeyer 2008).

Die Unterschiede, die zwischen verschiedenen Behandlungseinrichtungen festzustellen sind, sind deshalb nicht sicher evidenzbasierte Unterschiede. Vielmehr scheint die vorgehaltene Struktur die maßgebliche Rolle zu spielen. Eine allgemein gültige Evidenz hinsichtlich eines Krankheitsbildes kann also nicht von den regionalen Umständen losgelöst definiert werden. Erfolg oder Misserfolg in der Behandlung ist damit nie sicher einer Einrichtung und ihrem Behandlungsangebot, oder im Gegensatz dazu der Patientenpopulation, zu zuordnen.

Bei der Kreation eines sinnvollen Settings muss berücksichtigt werden, dass Suchtpatienten bezüglich Behandelbarkeit grundsätzlich eine schlechtere Motivationslage aufweisen, als Rehabilitationspatienten anderer medizinischer Bereiche.

Das Setting bei Suchtpatienten muss einerseits einladend und bergend sein, andererseits darf es nicht zu sehr versorgend oder gar verwöhnend sein, da dies dem Störungsbild des Suchtkranken, der pathologischen Selbstversorgung, Vorschub leisten würde. Ein wesentlicher Teil der Behandlung ist deshalb die Reduktion der Bedürfniserfüllung. Das bedeutet aber Verzichtübung und Umgang mit Unlust sowie Frustration mit dem Ziel, die Frustrationstoleranz für die Zeit nach der Therapie zu trainieren und zu stärken.

Hier ist klug balancierend abzuwägen. Einerseits kann nur der Patient behandelt werden, der eine Einrichtung aufsucht und auch dort bleibt, d. h. der ein gewisses Maß an Wohlfühlqualität erlebt, andererseits ist Sichwohlfühlen definitiv nicht Zweck der Suchttherapie, sondern vielmehr Persönlichkeits- und Verhaltensänderung, also durchaus Unlust produzierende Vorgänge.

Die Vorlieben eines Patienten sind zwar im Bereich Qualitätsmanagement wichtige und inzwischen stabil integrierte Faktoren, sie können aber gerade bei Krankheitsbildern mit hohem Krankheitsgewinn und damit gedrosselter Veränderungsbereitschaft des Betroffenen keine zufriedenstellende und ausreichende Grundlage für die Allokationsentscheidung bilden.

Der Grossteil der Patienten richtet sich zudem nicht an der wissenschaftlichen Evidenzforschung aus. Die subjektive Wahrnehmung des Patienten spielt bei der Beurteilung einer therapeutischen Maßnahme die entscheidende Rolle. Alternative Behandlungsmethoden, sehr teure Medikamente oder besondere, moderne diagnostische Verfahren sind bei Patienten häufig sehr beliebt, weil sie durch die Medien verbreitet und damit allgemein bekannt sind. Evidenzbasierte Entscheidungsparameter werden dagegen wenig berücksichtigt. Informationen aus der Populärpresse, Modeerscheinungen und laienhafte Kausalzusammenhänge bilden oft das innere Behandlungskonzept eines Patienten.

Gemäß den hier getätigten Betrachtungen und den klinischen Erfahrungen wird deutlich, dass bei suchtkranken Patienten die Allokationsentscheidung durch dessen Mitbestimmung im Sinne des Shared Decision Makings (Scheibler et al. 2003) nicht sicher verbessert werden kann. Die Entscheidungsmündigkeit des Suchtkranken verändert sich massiv, je nachdem, in welcher Phase des Konsums, der Krankheitseinsicht, der Veränderungsbereitschaft, der Verzichtsbereitschaft und der körperlichen, geistigen und seelischen Stabilität er sich befindet. Man kann sagen, dass suchtkranke Menschen in der Gefahr stehen, durch zeitlich lang andauernden und mengenmäßig ausgeprägten Konsum von Suchtmitteln, ihren Realitätsbezug teilweise so stark einzubüßen, dass ihnen über weite Strecken die innere Ordnung fehlt, um für sich selbst verantwortlich sorgende und lebenserhaltende Entscheidungen zu treffen. Das emotionale Verlangen nach Entlastung, Erleichterung und Wohlgefühl kann so sehr im Vordergrund stehen, dass hierfür der Preis der Selbstzerstörung durch das Suchtmittel in Kauf

genommen wird. Dies geschieht, je nach Krankheitsphase, sowohl unbewusst als auch mehr und mehr bewusst. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass der Betroffene nicht ausreichend frei gegen die zunehmende Fehlentwicklung, und damit Selbstzerstörung, Entscheidungen treffen kann. Aus diesem Grunde wird es unumgänglich sein, dass in einigen Phasen der Abstinenzlerlangung, bzw. für einige Entscheidungen auf dem Weg zur Abstinenz, die paternalistische Beziehung zwischen Arzt bzw. Therapeut und Patient vorherrschen muss. Im Laufe der Genesung und Abstinenzsicherung soll dann selbstverständlich eine maximale Mitentscheidung des Patienten erreicht werden. Im Regelfall dürfte also sicherlich ein Shared Decision Making im Verlauf der therapeutischen Maßnahme zunehmend möglich werden. Da die Allokationsentscheidung, in welcher Klinik die Behandlung stattfinden soll, aber am Anfang eines Behandlungsablaufs steht, wird der Großteil der Patienten aus der eigenen Bedürfnislage heraus überfordert sein, die therapeutisch wirksame von der primär emotional-entlastenden Maßnahme zu unterscheiden. Das freie Wahlrecht der Behandlungsstätte muss also im Bereich der Suchterkrankungen, aus Gründen der paternalistischen Verantwortung, dringend hinterfragt werden.

Die Entscheidungsmündigkeit, das freie Wahlrecht der Behandlungsstätte und andere Patientenpräferenzen sind also bei Patienten mit Suchterkrankungen in die Allokationsabwägung, ob Versorgung und Wohlfühl oder Frustration und belastende Auseinandersetzung in den Vordergrund zu stellen sind, zu integrieren.

Auch ist die Allokationsentscheidung nicht sicher aus der Haltequote zu treffen. Einerseits kann diese ein Indikator dafür sein, dass es gelungen ist, für den Patienten die geeignete Behandlung auszuwählen; andererseits ist damit noch nicht gesagt, wie erfolgreich eine bis zu Ende geführte Behandlung wirklich sein wird (Lindemeyer 2008). Aus der klinischen Erfahrung und langjähriger Weiterbegleitung von Alkoholabhängigen zeigt sich, dass selbst eine gute Compliance, eine hohe Zufriedenheit und klar formulierte Abstinenzmotivation im Rahmen der therapeutischen Maßnahme, langfristig keine sichere Stabilität hinsichtlich der Abstinenzsicherung ausweisen.

Der vermutlich sinnvollste Versuch, die Allokationsproblematik zu lösen, besteht nach den Ergebnissen der zitierten Klinikstudie (Lindemeyer 2008) also in der

Bildung von Fallgruppen. Der einrichtungsunabhängige Behandlungsbedarf sollte die Zuordnung des Patienten in eine Fallgruppe bedingen und damit die Zuweisung in die geeignete Behandlungsstätte definieren. Prozessdaten aus der Basisdokumentation und dem KTL-System sowie Daten aus psychometrischen Assessments und Behandlungsergebnissen einer 1-Jahres-Katamnese wurden integriert.

Der Bedarf und die therapeutischen Leistungen wurden getrennt analysiert. Aus der Bedarfsebene ergaben sich drei Bedarfsklassen. Hierbei waren SCL-90-R, ICD 10, verschlüsselte Komorbidität, Therapiewiederholung, Arbeitslosigkeit und Abhängigkeitsdauer bedeutsam. Die Analyse der therapeutischen Leistungen machte deutlich, dass sich zwei unterschiedliche Bedarfsklassen ergeben. Allerdings zeigte sich auch, dass Unterschiede zwischen den Kliniken hinsichtlich des derzeit applizierten therapeutischen Programms vorliegen.

Welcher Faktor für die unterschiedliche Therapiezusammensetzung maßgeblich war, konnte nicht geklärt werden. Die Bedarfsfeststellung, beispielsweise bei Einzelgesprächen, erschien sehr subjektiv. Sie war vom Störungsbild des Patienten, als auch von der therapeutischen Vorgehensweise des Behandlers abhängig. Eine Mittelung oder Standardisierung erscheint in diesem Bereich zwar rein rechnerisch möglich, sie dürfte aber ein inadäquates Praxiselement darstellen. Bei der Indikation arbeitsbezogener Leistungen wurde deutlich, dass Effekte erst in der Häufung messbar auftraten. Entsprechend wurde hier der Bedarf kumulativ bestimmt. Er konnte prädiktorisch nur grob orientierend festgelegt werden.

In der erwähnten Klinikstudie (Lindemeyer 2008) war mit Hilfe aufwändiger statistischer Verfahren die Fallgruppenbildung möglich. Die drei dort unterschiedenen Patientengruppen wiesen nach einem Jahr auch signifikant unterschiedliche Katamneseergebnisse auf.

2.3.4 Schlussfolgerungen aus den Studienergebnissen

Aus den obigen Studien, in denen die Ergebnisse der Rehabilitationsforschung in klinischer Anwendung überprüft wurden, wurden die nachstehenden Schlussfolgerungen gezogen (Lindenmeyer 2008).

- Patientenfallgruppen können die Zugangssteuerung durch den Rententräger erleichtern.
- Die Zuweisungsqualität erscheint durch Fallgruppen verbessert.
- Die Frage ambulant oder stationär kann auf eine rationale Grundlage gestellt werden.
- Kliniken müssen anhand ihrer Ausstattung bzw. ihrer therapeutischen Möglichkeiten für die verschiedene Fallgruppen als taugliche Einrichtungen beurteilt werden.
- Die vom Setting abhängigen Erfolgsaussichten müssen ins Verhältnis zu drohenden Gefährdungen, wie beispielsweise Rückfällen, gesetzt werden.
- Unterschiedliche Strukturqualitäten in Kliniken müssen nicht zwingend angepasst, sondern können vielmehr durch Fallgruppenzuordnung ausgeglichen und genutzt werden.
- Fallgruppen machen die Qualität einer Allokationsentscheidung innerhalb einer Einrichtung überprüfbar.
- Patientenklassifikationssysteme eignen sich nur bedingt zur individuellen Therapiegestaltung.
- Die Allokationsentscheidung muss noch immer individuell formuliert werden.
- Eine Reduktion des diagnostischen Aufwandes kann nicht erfolgen.
- Vergütungssätze können leichter berechnet werden.

2.4 Untersuchung

2.4.1 Ort und strukturelle Umgebung der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung wurde im Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH (DKH), Brockenstraße 1 in 38875 Elbingerode durchgeführt. Das hier befindliche

Suchtzentrum besteht aus einem Akut-Krankenhausbereich mit Innerer Medizin, Psychiatrie und psychotherapeutischer Medizin. Weiterhin befindet sich hier die Klinik zur medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke mit 132 Plätzen zur stationären Langzeitentwöhnung. Angegliedert sind ein Ärztehaus und die psychiatrische Institutsambulanz. Im Umgebungsradius von ca. 15 km befindet sich der Komplementärbereich der Einrichtung. In ihm sind die Adaption, das ambulant betreute Wohnen, die Tagesstätte, das sozialtherapeutische Wohnen und das Heim für chronisch mehrfach Geschädigte sowie die koordinierenden Suchtberatungsstellen angesiedelt.

Die zu Grunde gelegten Patientendaten stammen aus der Datensammlung der Rehabilitationsklinik, in der pro Jahr ca. 500 Patienten behandelt werden. Die Patienten Klientel setzt sich aus Männern und Frauen zusammen. Die Zuweisungs- und Behandlungsdiagnose ist die stoffliche Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen, jeweils einzeln oder in Kombination. Psychische und körperliche Komorbiditäten mit unterschiedlichem Schweregrad werden regelhaft mitbehandelt.

Inhaltlich orientiert sich die Behandlung und Betreuung am biopsychosozialen Krankheitsmodell. Neben der Behandlung der Pathologika sind Ressourcenaufbau und Wiederherstellung von Fähigkeiten sowie die Ordnung der sozialen Verhältnisse und die Lebenssinnstiftung die Hauptansatzpunkte der rehabilitativ-therapeutischen Arbeit. Das zugrundeliegende Wertesystem für den hier beschriebenen ganzheitlichen Therapieansatz bildet das christliche Krankenhausleitbild (siehe Anhang 1).

Der Träger der Einrichtung ist die Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH. Der Gesellschafter ist der Deutsche Gemeinschafts-Diakonieverband e. V. (DGD).

2.4.2 Überblick über die Methodik der Untersuchung

Die Bearbeitung der beschriebenen Fragestellung erfolgte anhand der soziodemographischen Daten, den Befunden der testpsychologischen Untersuchungen, der Auswertung der Entlassberichte, der Basisdokumentation Sucht (für Einrichtungen des Fachverbandes Sucht sowie klinikintern) und der 1-Jahres-Katamnese, jeweils bezogen auf Patienten des Entlassjahrgangs 2004 des Diakonie-Krankenhauses Harz GmbH in Elbingerode (DKH).

Die Aufarbeitung der Zugangsdaten erfolgte zunächst in Form deskriptiver Statistik. Die Patientenstichprobe sollte damit in den für diese Arbeit interessierenden Merkmalsbereichen dargestellt werden.

Die aus den Haupthypothesen 1 und 2 abgeleiteten spezifischen Hypothesen (siehe Punkt 1.1) wurden anhand des vorliegenden Datenmaterials statistisch überprüft. Die Haupthypothese 3 wurde nicht statistisch überprüft. Stattdessen wurden aus den vorliegenden Ergebnissen induktive Schlussfolgerungen abgeleitet.

Die gemessenen Outcomevariablen wurden ebenfalls zunächst deskriptiv erfasst. Um echte Effekte von zufälligen Befunden zu unterscheiden und um zu erkennen, in welchem Ausmaß sich Merkmale positiv oder negativ auf den Therapieerfolg auswirken, wurden die Ergebnisse dann statistisch überprüft und zwar jeweils in Bezug auf die interessierenden Zugangsvariablen bzw. die angenommenen Prädiktorvariablen. Dies geschah je nach dem Messniveau der Outcomevariablen per multipler linearer Regressionsanalyse bzw. per multipler logistischer Regressionsanalyse (Eid et al. 2010).

Die Daten bezüglich des Zugangswegs sowie alle anderen in die Untersuchung eingegangene Daten zum Betreuungsbeginn sind als Baseline für die Outcomevariablen des Betreuungsendes sowie der Katamneseerhebung, also der Ein-Jahres-Nachbefragung, zu sehen.

2.4.3 Datengewinnung

Im Verlauf einer medizinischen Rehabilitation fallen in den unterschiedlichsten Bereichen eine Fülle von Daten an. Diese sind sowohl verwaltungstechnisch, als auch für den diagnostischen Bereich und den Behandlungsprozess von Interesse. Zum Teil dienen sie auch der Datenerhebung der Fachverbände und finden Einsatz bei der Erstellung der jährlich erhobenen deutschen Suchthilfestatistik (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010). Des weiteren sind alle Mitglieder des Fachverbundes Sucht e. V. (FVS), welchem auch die medizinische Rehabilitation des DKH angeschlossen ist, gehalten, nach einem Jahr eine Nachbefragung über die Nachhaltigkeit des Behandlungserfolges durchzuführen (die Ein-Jahres-

Katamnese). Die in der Arbeit verwandten Daten wurden folglich nicht speziell für die vorliegende Untersuchung erhoben, sondern gezielt aus dem großen Fundus der vorhandenen Daten ausgewählt.

Im Folgenden werden zunächst die für die Untersuchung gewonnenen Daten unter Bezug auf die Datenquellen benannt.

Stammdaten

Hierunter fallen die soziodemographischen Daten wie „Alter“ und „Geschlecht“, aber auch „Aufnahmedatum und Entlassdatum“, „Aufenthaltsdauer“ sowie der „Kostenträger“. Diese Daten werden zum Teil standardmäßig mit Hilfe von „Patfak“, dem Rehabilitationspatientenverwaltungsprogramm, erfasst. Zum Teil werden sie aber auch durch die jeweiligen Bezugstherapeuten mit Hilfe des Patfak Programmmoduls zur Kerndatenerhebung Basisdokumentation Sucht der Deutschen Suchthilfestatistik (BADO) erhoben (siehe unten).

Eine Übersicht über alle erfassten Stammdaten befindet sich im Anhang 2.

Entlassungsbericht

Dieser gliedert sich in 2 Teile. Zum einen enthält er die standardisierten Formblätter 1, 1a und 1b mit Basisinformationen (z. B. Angaben über „Therapiedauer“, „Entlassform“, „Diagnosen“, „Arbeitsfähigkeit“), mit der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit und mit der Dokumentation therapeutischer Leistungen. Zum Anderen umfasst er den Arztbericht mit Anamnese, Befunderhebung, Therapiezielen, Therapieverlauf und Rehabilitationsergebnis mit sozialmedizinischer Epikrise und Nachsorgeempfehlungen. In Form und Inhalt sind diese Berichte weitgehend standardisiert, die Formblätter ließen sich zum großen Teil quantitativ auswerten (Deutsche Rentenversicherung Bund 2009).

Die Auswertung der freiformulierten Therapeutendokumentationen und der Arztberichte wurde in folgender Herangehensweise durchgeführt.

Es wurden die Entlassberichte des Jahrgangs 2004 vollständig herangezogen. In diesen wurde von den Aufnahmetherapeuten ein Abschnitt „*Ersteindruck und Einstiegsverhalten*“ formuliert. Diese Erstbeurteilung wurde von den Therapeuten

aufgrund der Aussagen der Patienten im Erstgespräch und dem beobachteten Einstiegsverhalten in den ersten einführenden Veranstaltungen getätigt. Die Patienten wurden also ganz zu Beginn der Therapie hinsichtlich ihrer Abstinenzmotivation, der Therapiemotivation und ihrer Veränderungsmotivation eingeschätzt. Es ergaben sich hieraus drei unterscheidbare Gruppen, um der Frage nach der Eigenmotivation der Patienten nachzugehen:

- 1) Die explizit und glaubwürdig eine „eigene Motivation“ formuliert haben sowie die Patienten, die „gut motiviert“ wirkten.
- 2) Die „Fremdmotivierten“, die ausdrücklich angaben, keine Rehabilitationsmaßnahme zu wollen, d. h. die aufgrund einer Auflage die Maßnahme zu absolvieren hatten.
- 3) Die „ambivalent motivierten Patienten“, die entweder aussagten, noch unentschieden zu sein, was ihr Therapieergebnis erbringen sollte, oder aber die wohl mitteilten, motiviert zu sein, die aber in ihrem Verhalten keinen eigenen Ansatz bezüglich Abstinenz, Therapie und Veränderung zeigten.

Basisdokumentation Sucht zur Kerndatenerhebung der Deutschen Suchthilfestatistik

„BADO“ ist in fünf große Abschnitte gegliedert: Sie enthält die Stammdaten des Patienten (siehe oben), Fragen zum Betreuungsbeginn, Fragen, die sowohl bei Betreuungsbeginn als auch bei Betreuungsende beantwortet werden, Fragen zum Betreuungsende sowie Angaben zu den Diagnosen zum Betreuungsbeginn. Die gesamten Items der Kerndatenerhebung befinden sich im Anhang 3.

Testpsychologische Untersuchungen

In der medizinischen Rehabilitation Sucht des DKH findet seit einigen Jahren eine umfassende, computergestützte testpsychologische Untersuchung in der Aufnahmewoche statt.

Diese gliedert sich in zwei Bereiche auf:

- 1) Das neuropsychologische Screening:
Es dient der Abschätzung des (prämorbid) kognitiven Leistungsniveaus in Verbindung mit der Erfassung der aktuellen kognitiven Leistungsfähigkeit. Das Ergebnis offenbart, ob von einer erworbenen cerebralen Insuffizienz ausgegangen werden muss. Genutzt werden hier

der Wortschatztest (WST) (Schmidt und Metzler 1992), die c.I.-Skala (Weidenhammer und Fischer 1987), ein Selbstbeurteilungsverfahren, das die klinische Symptomatik einer beginnenden cerebralen Insuffizienz erfasst, sowie der Verbalgedächtnis-Test (VEG) (Hängsien und Rosenfeldt 2005) zur Diagnostik gestörter verbaler Merkfähigkeit, der insbesondere im unteren Leistungsbereich differenziert und auch Aufmerksamkeitsdefizite erfasst.

2) Persönlichkeitsdiagnostik:

Hier wird regelhaft das Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar (PSSI) (Kuhl und Kazén 1997) dargeboten, laut Testhandbuch ein Selbstbeurteilungsinstrument, das die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen quantifiziert. Diese gelten als nicht-pathologische Entsprechungen der in DSM-IV und ICD-10 beschriebenen Persönlichkeitsstörungen.

Bei der vorliegenden Untersuchung wurden aus Gründen der Variablenbegrenzung lediglich spezielle Skalen der jeweils durchgeführten Testverfahren ausgewählt:

- Der Wortschatztest (WST) zur Abschätzung des prämorbidem Leistungsniveaus.
- Aus dem Verbal-Gedächtnistest (VEG) die Skala 4, welche die verbale Merkfähigkeit des Langzeitgedächtnisses erfasst.
- Die c.I.-Skala, die die subjektiv wahrgenommene Anzahl erworbener kognitiver Beeinträchtigungen beschreibt.
- Vom Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar (PSSI) die Skala 4 „selbstkritisch-selbstunsicher“, um den Aspekt der sozialen Kompetenz abzuschätzen.
- Ebenfalls vom PSSI die Skala 11 „spontan-borderline“, um den Aspekt der Emotionalität bzw. der emotionalen Instabilität zu erfassen.

Mit diesen ausgewählten Skalen erschienen die Hauptkategorien der kognitiven Ressourcen sowie deren Defizite und die maßgeblichen Aspekte der Emotionalität, die sich auf den therapeutischen Prozess auswirken, erfasst. Die

Möglichkeiten zur Kontinuitätsleistung, welche sowohl für den therapeutischen Prozess als auch für die Weiterentwicklung im posttherapeutischen Zeitraum, d. h. zunächst in der 1-Jahres-Entwicklung, die maßgebliche Rolle spielen, sind hier abgebildet. Auf die Übernahme weiterer testpsychologischer Befunde wurde verzichtet, da ansonsten die Übersichtlichkeit reduziert worden wäre. Dies hätte die Überfrachtung der Regressionsmodelle bedingt und das, obwohl insgesamt keine nennenswerte Zusatzinformation im Variablenbereich zu erwarten gewesen wäre.

Katamnese-Fragebogen

Wie bereits erwähnt wird vom Fachverband Sucht e.V., dem die Rehabilitationsklinik des DKH angegliedert ist, eine jährliche Katamnese in Form einer Vollbefragung erwartet. Diese dient der Qualitätssicherung der dem Verband angegliederten Suchthilfeangebote. Ihr wird ein „besonderer Wert [...] auf die Ergebnisqualität“ (Missel et al. 2011, Seite 15) zugeschrieben.

Erfragt werden u. a. der Erwerbsstatus, der Familienstand, das Aufsuchen von Suchthilfe- und Nachsorgeeinrichtungen sowie, als besonders wichtiges Merkmal, die Abstinenz nach einem Jahr. Gibt ein Befragter an, rückfällig geworden zu sein, wird danach gefragt, seit welcher Zeit wieder Abstinenz vorliegt. Des Weiteren werden Rückfallursachen sowie der Grad der erreichten Zufriedenheit und der Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen abgefragt.

Der hierfür verwandte Katamnesebogen befindet sich in Anhang 4.

In der vorliegenden Arbeit wurden die 1-Jahres-Katamnese-Daten des Entlassjahrganges 2004 mit dem Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates 2002) herangezogen. Die Form der Katamneseerhebung orientierte sich dabei ebenfalls an den Programmvorgaben des Patfak Programmmoduls zur Kerndatenerhebung. Durchführung und Auswertung erfolgten angelehnt an die Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. 2001). Alle Patienten wurden 1 Jahr nach ihrer Entlassung aus der Suchtrehabilitationseinrichtung des DKH mit der Bitte angeschrieben, einen mitgeschickten Katamnesebogen auszufüllen. Kamen die Patienten der Bitte beim ersten Anschreiben nicht nach, erfolgte noch ein zweites Anschreiben.

2.4.4 Durchführung der Untersuchung

Die Daten von allen alkoholabhängigen Patienten des betreffenden Entlassjahrganges 2004 wurden erhoben.

Die Datensammlung sowie die Datenauswertung wurden von D. Kemmann, dem leitenden Psychologen des DKH, durchgeführt. Dieser ist in der Einrichtung seit Jahren für die Durchführung der katamnestischen Untersuchungen zuständig. Die gesamte statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe des Statistik-Programms SPSS. Die Aufbereitung in tabellarischer Form erfolgte mit Hilfe des Tabellenkalkulationsprogramms MS Excel.

Statistische Verfahren

Neben der rein deskriptiven Statistik, welche die Vorkommens-Häufigkeit bestimmter Merkmale beschreibt, wurde zur empirischen Überprüfung der spezifischen Hypothesen das Verfahren der multiplen linearen bzw. der multiplen logistischen Regression verwandt. Diese sollen an dieser Stelle kurz erläutert werden. Dabei wird auf das Lehrbuch „Statistik und Forschungsmethoden“ (Eid et al. 2010) zurückgegriffen.

Multiple lineare Regression

Die multiple lineare Regression ist eine Erweiterung der einfachen linearen Regression, bei der Unterschiede in einer abhängigen Variablen auf Unterschiede nicht nur in einer, sondern in mehreren unabhängigen Variablen, zurückgeführt werden. Die multiple Regression beschreibt dabei einen „gerichteten Zusammenhang“. „Diese Gerichtetheit ist die Grundlage für weitere Zielsetzungen der multiplen Regressionsanalyse: Prognose (Prädiktion) und Erklärung.“ (Eid et al., Seite 602). Dies entspricht dem Ziel der vorliegenden Arbeit, nämlich Prädiktorvariablen zu erkennen, die möglichst „viel“ Vorhersagekraft für das untersuchte Outcome haben.

Voraussetzung für die Durchführung einer multiplen linearen Regression ist, dass die abhängige Variable metrischer Natur ist. Allerdings bietet die multiple lineare Regression den Vorteil, dass mit ihr unabhängige Variablen verschiedener Skalenniveaus analysiert werden können. Dies genau liegt bei dieser Arbeit vor: So gibt es kategoriale Variablen wie den „Erwerbsstatus“ (z. B. „erwerbstätig“,

„erwerbslos“), aber auch metrische Variablen wie die Dauer der Abhängigkeit, die in Jahren angegeben wird.

Exkurs „Metrische und Dummy-Variablen“

An dieser Stelle sei gesagt, dass die metrischen Variablen unverändert in die Analyse eingehen können, aus den kategorialen Variablen aber so genannte „Dummy-Variablen“ gebildet werden müssen. Dabei wird die Ausprägung des Merkmals mit „1“ kodiert, das Nichtvorhandensein des Merkmals mit „0“. Die Dummy-Variablen werden dann zur so genannten „Referenzkategorie“ der jeweiligen Variable ins Verhältnis gesetzt. Ein Beispiel im Vorgriff auf die vorliegenden Ergebnisse der Arbeit soll das verdeutlichen:

Der Einfluss auf das „Therapieergebnis“ (entspricht einer abhängigen Variablen) sollte überprüft werden. Eine der in die Untersuchung eingegangene unabhängige Variable ist die „Motivationslage“, die sich aus den drei Kategorien „eigenmotiviert“, „ambivalent motiviert“ und „fremdmotiviert“ zusammensetzt. „Eigenmotiviert“ wurde dabei als Referenzkategorie definiert. In den Ergebnissen zeigt sich, dass sich die Kategorie „fremdmotiviert“ signifikant auf das Therapieergebnis auswirkt und zwar negativ. Diese Aussage ist im Verhältnis zur Kategorie „eigenmotiviert“ zu treffen. Die Referenzkategorie taucht in der Ergebnisdarstellung selbst gar nicht auf, es wird aber bei der Darstellung der unabhängigen Variablen jeweils erläutert, welches die entsprechende Referenzkategorie ist.

Bei der Auswertung der metrischen unabhängigen Variablen gilt folgende Regel: Ist der Effekt signifikant, führt die Erhöhung der unabhängigen Variablen zu einer bedeutsamen Erhöhung (positiver Effekt) bzw. Verringerung (negativer Effekt) der abhängigen Variablen. Denn: Die „multiple Regressionsanalyse [...] ermöglicht es [...], den Einfluss einer unabhängigen auf die abhängige Variable zu bestimmen, wenn der Einfluss weiterer unabhängiger Variablen kontrolliert wird.“ (Eid et al. 2010, Seite 777)

Die Signifikanzniveaus werden wie üblich ab einer Sicherheitswahrscheinlichkeit (p) von $p < 0,05$ ausgewiesen.

Für die vorliegende Arbeit sind zwei Aspekte bei der Auswertung der multiplen linearen Regression von Interesse:

- Zum Einen das Signifikanzniveau des Gesamtmodells: Leisten die unabhängigen Variablen als Gesamtmodell einen Beitrag zur Erklärung

von Unterschieden bei der abhängigen Variablen? Dabei ist auch der Anteil „aufgeklärter Varianz“ von Interesse, d. h. wie hoch die Varianz der abhängigen Variablen ist, die durch die Varianz der unabhängigen Variablen erklärt wird.

- Zum Zweiten interessiert die Frage, welche Variablen genau bzw. welche Unterkategorien sich signifikant, also bedeutsam, auf die Varianz der abhängigen Variablen auswirken? Diese beiden Fragen sowie die Richtung des Effektes der jeweiligen Variable wurden bei der Ergebnisdarstellung berücksichtigt.

Multiple logistische Regression

Ein Problem dieser Arbeit ist, dass nicht alle Outcomevariablen metrischer Natur sind. Bei dichotomen abhängigen Variablen wie beispielsweise „Abstinenz“ (nämlich Ja/Nein) kann nicht auf die lineare Regression zurückgegriffen werden, die besagt, wie hoch die „Vorhersagekraft“ der Variation eines Bündels unabhängiger Variablen auf die Varianz der abhängigen Variablen ist. Stattdessen kann nur die „Wahrscheinlichkeit“ angegeben werden, „[...] ein bestimmtes Verhalten zu zeigen. [...] Diese Wahrscheinlichkeit kann mit der Zunahme der Werte der unabhängigen Variablen ansteigen (positiver Zusammenhang), abfallen (negativer Zusammenhang) oder gleich bleiben (Unabhängigkeit)“. (Eid et al. 2010, Seite 767)

Auch hier besteht die Möglichkeit, nicht nur metrische, sondern auch kategoriale Variablen in die Analyse mit einzubeziehen (ebenfalls durch das Bilden von Dummy-Variablen), sodass der Effekt der selben unabhängigen Variablen untersucht werden kann, wie bei der linearen Regression. Der Unterschied (und Vorteil) besteht hier nur darin, dass bei der Bildung der Dummy-Variablen der Effekt der gesamten kategorialen unabhängigen Variable mit in die Berechnung eingeht. Bei der „Motivationslage“ sieht man also nicht nur den möglichen Effekt der Unterkategorien „fremdmotiviert“ und „ambivalent motiviert“ im Vergleich zu „eigenmotiviert“ auf das Outcome, sondern auch, ob die gesamte Variable „Motivationslage“ sich signifikant auf die Wahrscheinlichkeit auswirkt, d. h. ob es zu einem bestimmten Outcome kommt.

Von Interesse für die vorliegende Arbeit sind folgende Maße, auf die wiederum bei der Ergebnisdarstellung eingegangen wird:

- In der jeweils dargestellten Modellzusammenfassung findet sich das Maß für die Effektstärke. Die Stärke des Zusammenhangs der abhängigen Variablen mit den unabhängigen Variablen wird hier annäherungsweise in Form von Nagelkerkes R-Quadrat beschrieben (Eid et al. 2010). Nagelkerkes R-Quadrat ist ein Maß für die aufgeklärte gemeinsame Varianz. Daraus lässt sich auch ableiten, wie hoch die Vorhersagekraft der zusammengefassten unabhängigen Variablen insgesamt auf die Outcome-Variable ist.
- Des Weiteren ist die Klassifizierungsgüte von Interesse: Wie hoch ist die Übereinstimmung des vorhergesagten Outcomes durch die im Modell zusammengefassten unabhängigen Variablen mit dem tatsächlich vorgefundenem Outcome?
- Zeigt sich ein statistisch signifikanter Einfluss der im Modell erfassten einzelnen unabhängigen Variablen auf das jeweilige Outcome? Wenn ja, wie ist die Richtung des Einflusses?

2.4.5 Darstellung der Untersuchungsstichprobe

Von 521 im Jahr 2004 entlassenen Patienten wurden 434 mit der Erstdiagnose Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2) behandelt.

Tabelle 1 (Stichprobenbeschreibung hinsichtlich der untersuchten Zugangsmerkmale) stellt weitgehend die Merkmale dar, die in der weiteren empirischen Untersuchung eine wesentliche Rolle spielen. Die Daten entstammen der Stammdatenerfassung des Rehabilitationsdokumentations-programms „Patfak“, den Rehabilitationsentlassberichten sowie der „BADO“ (siehe 2.4.3).

Im Unterpunkt „Vermittlung“ werden die Zugangswege dargestellt. Sie sind untergliedert nach Zugangswegen von Patienten ohne Auflage (N = 269) sowie von Patienten mit Auflage (N = 102). „Vermittlung“ meint hier den primären bzw. den entscheidenden Anstoß zur Aufnahme einer Therapie. Die Gruppe „mit Auflage“ umfasst die Patienten, die über den „Arbeitgeber“, eine „Gerichtsaufgabe“, einen „gerichtlich bestellten Betreuer“ sowie einer Auflage seitens des „Rententrägers“, des „Arbeitsamtes“ oder aber einer „anderen Behörde“ zur Therapie kamen. „Ohne Auflage“ kamen demnach Patienten, die über die „Suchtberatung“, über die „Selbsthilfegruppe“, über den „Hausarzt“, direkt über die

Klinik, die die Entgiftungsbehandlung durchführte („ohne Nahtlosverlegung“ und „mit Nahtlosverlegung“) sowie „ohne Angaben und gleichzeitig ohne Auflagen“ (wo zwar der Aspekt der Auflage, nicht aber der des Vermittlungsweges eruiert werden konnte). (N = 63) Patienten waren diesbezüglich ohne Angaben.

Der für die spezifische Hypothese 1 interessierende Punkt der Motivationslage wurde bereits genauer erläutert. Alle anderen Merkmalsbereiche stellen mögliche Prädiktoren dar, die einen Einfluss auf das Outcome haben könnten, welche in der spezifischen Hypothese 2 überprüft werden. Die meisten Variablen („Geschlecht“, „Alter“, „Familienstand“, „Schulabschluss“, „ausgewählte Testskalen, vgl. 2.4.3“, „Abhängigkeitsdauer“, „zuvor suchtbezogene Hilfe bekommen“ sowie „Wiederaufnahme in der Klinik“) erklären sich von selbst.

Der Bereich der „Erwerbstätigkeit“ wird hier noch etwas differenzierter dargestellt, als in der späteren Untersuchung zusammengefasst: Neben „selbstständiger Berufstätigkeit“ und „nicht selbstständiger Berufstätigkeit“ werden später auch die Eigenschaften „Schüler“ sowie „Hausfrau/-mann“ unter „erwerbstätig“ gefasst, da eine fest definierte Beschäftigung besteht. Daraus ergeben sich dann (N = 139) Erwerbstätige. Dass im Merkmalsbereich „Dauer Arbeitslosigkeit unmittelbar vor der Rehabilitation“ die Gruppe der noch Berufstätigen mit (N = 99) kleiner ist als die beschriebene Gruppe der Erwerbstätigen, liegt an der unvollständigen Datenlage der Basisdokumentation vgl. Kategorie „ohne Angaben“ (N = 100). Im Bereich der „Komorbidität“ wird nur das Vorhandensein der Zweit- und Folgediagnosen erfasst, nicht jedoch ihre Anzahl. Sicherlich geht dadurch Information verloren, dennoch soll dieser Aspekt hier genügen, um den Einfluss des Vorhandenseins komorbider Erkrankungen auf das Outcome zu erfassen. Bei den Leistungsträgern werden noch die alten Bezeichnungen für die regionalen Rentenversicherungen übernommen, da im Jahr 2004, d. h. zum Zeitpunkt der Datenerhebung, noch nicht die gemeinsame Bezeichnung DRV eingeführt war. Die regionalen Rentenversicherungen, außer derer von Sachsen-Anhalt und Thüringen, wurden zusammengefasst, ebenso alle Krankenkassen und die Versicherten der jetzt zusammengenommenen Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See, da sonst die Gruppengrößen zu klein geworden wären.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Zugangsmerkmale von behandelten Alkoholabhängigen, Jahrgang 2004, des Diakoniekrankenhauses Harz GmbH. Wenn nicht anders angegeben, Angaben der Häufigkeit in Absolutzahlen (N) und Prozent (%), sonst Variablenbeschreibung mit Mittelwert und Standardabweichung

Legende:

- Grau hinterlegt ist die Tabellenüberschrift
- WST = Wortschatztest; die Werte beziehen sich auf den IQ = Intelligenzquotienten
- c.l.-Skala = Skala zur Erfassung cerebraler Insuffizienzen
- C- und T-Norm-Werte = geben Auskunft über Verhältnis von Testwert zu Mittelwert und Standardabweichung der Normstichprobe eines Tests
- PSSI = Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar
- POS = Polytechnische Oberschule

Merkmal	Kategorie	Gesamtstichprobe N = 434	
		Anzahl	%
Geschlecht	Männlich Weiblich	349 85	80,4 19,6
Altersgruppe	Bis 30 Jahre Über 30 bis 40 Jahre Über 40 bis 50 Jahre Über 50 bis 60 Jahre Über 60 Jahre	19 144 184 76 11	4,4 33,1 42,4 17,6 2,6
Familienstand bei Aufnahme	ledig Verheiratet, zusammenlebend Verheiratet, getrenntlebend Geschieden Verwitwet Ohne Angaben	125 137 32 130 5 5	28,8 31,6 7,4 30 1,2 1,2
Höchster Schulabschluss	Kein Schulabschluss Sonderschulabschluss Hauptschulabschluss/ POS 8. Klasse Realschulabschluss/ POS 10. Klasse (Fach-)Hochschulreife Andere Ohne Angaben	15 16 102 243 46 8 4	3,5 3,7 23,5 56,0 10,6 1,8 0,9
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Erwerbstätig Erwerbslos Schüler/Student Berentet Sonstiges (Hausfrau/-mann) Ohne Angaben	134 248 1 33 4 14	30,9 57,1 0,2 7,6 0,9 3,2
Wortschatztest (WST) (IQ-Werte)	(Mittelwert, Standardabweichung)	95,99	12,21
Verbalgedächtnistest (VEG) – Skala 4 (C-Norm-Werte)	(Mittelwert, Standardabweichung)	3,87	2,20
c.l.-Skala (Rohwerte)	(Mittelwert, Standardabweichung)	15,22	9,03
PSSI – „selbstkritisch – selbstunsicher“ (T-Norm-Werte)	(Mittelwert, Standardabweichung)	55,05	8,84

Fortsetzung Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Zugangsmerkmale von behandelten Alkoholabhängigen, Jahrgang 2004, des Diakoniekrankenhauses Harz GmbH. Wenn nicht anders angegeben, Angaben in Absolutzahlen (N) und Prozent (%), sonst mit Mittelwert und Standardabweichung

Merkmal	Kategorie	Gesamtstichprobe N = 434	
		Anzahl	%
PSSI – „spontan – border-line“ (T-Norm-Werte)	(Mittelwert, Standardabweichung)	53,21	8,79
Motivationslage	Eigenmotiviert	294	67,7
	Ambivalent motiviert	83	19,1
	Fremdmotiviert	56	12,9
	Ohne Angaben	1	0,2
Vermittlung/ Zugangsweg	Ohne Angaben, dabei ohne Auflagen	18	4,1
	Suchtberatung	135	31,1
	Selbsthilfegruppe	11	2,5
	Hausarzt	25	5,8
	Entgiftung	57	13,1
	Entgiftung mit Nahtlosverlegung	23	5,3
	Gesamt „ohne Auflage“	269	61,9
	Arbeitgeber	14	3,2
	Gerichtlicher Betreuer	7	1,6
	Gericht	13	3
	Auflage Rentenversicherung	20	4,6
	Auflage Arbeitsamt	34	7,8
	Auflage andere Behörden	14	3,2
	Gesamt „mit Auflage“	102	23,4
	Ohne Angaben	63	14,5
Leistungsträger	LVA Sachsen-Anhalt	225	51,8
	LVA Thüringen	18	4,2
	andere LVAs	14	3,1
	BfA	93	21,4
	Krankenkassen	29	6,4
	Knappschaften/Heilfürsorge/ Bahnversicherung	44	10,1
	Andere	11	2,4
Abhängigkeitsdauer in Jahren (N = 338)	(Mittelwert, Standardabweichung)	12,78	9,34
Dauer Arbeitslosigkeit unmittelbar vor der Rehabilitation	0 Monate	99	22,8
	1 – 12 Monate	72	16,6
	> 12 Monate	163	37,5
	Ohne Angaben	100	23
Zuvor suchtbezogene Hilfe bekommen	Nein	46	10,6
	Ja	383	88,2
	Keine Angaben	5	1,2
Wiederaufnahme in der Klinik	Nein	301	69,4
	Ja	127	29,3
	Keine Angaben	6	1,4
Komorbidität (dargestellt wird das Vorhandensein von Zusatzerkrankungen)	Körperbezogene Komorbidität	394	90,7
	Psychische Erkrankungen	253	58,3
	Alkoholbezogene Erkrankungen	38	8,8
	Zweite Suchtdiagnose (außer Tabakabhängigkeit)	29	6,7
	Tabakabhängigkeit	275	63,4
	Persönlichkeitsstörung	241	55,5
	Intelligenzminderung	9	2,1

Die Datenqualität ist weitgehend als hoch zu bewerten, da die Rate der Missing-Werte („ohne Angaben“) in der Regel deutlich unter 5 % bleibt. Hierbei gibt es zwei deutliche Ausnahmen: die „Dauer der Arbeitslosigkeit“ weist eine hohe Anzahl fehlender Angaben von 23 % (N = 100) auf. Der „Zugangsweg“, der für diese Arbeit maßgeblich interessierte, weist ebenfalls einen höheren Anteil fehlender Angaben von 14,5 % (N = 63) auf. Dies führt in einem Teil der empirischen Überprüfung der spezifischen Hypothesen zu einer kleineren Anzahl von Fällen, die in die Untersuchung eingingen. Es ist aus unserer Erfahrung bezüglich der hausinternen Basisdokumentation allerdings nicht davon auszugehen, dass es sich um einen systematischen Fehler handelt; alle Zugangswege dürften gleichermaßen von dieser lückenhaften Dokumentation betroffen sein.

Da mehrere unabhängige Variablen nominalskaliert waren, mussten daraus Dummy-Variablen gebildet werden (Eid et al. 2010). Die jeweilige Referenzkategorie innerhalb einer unabhängigen Variablen – also diejenige Kategorie, in Bezug zu der eine Aussage über den Effekt der „Dummy-unabhängigen-Variablen“ auf die abhängige Variable getroffen wird – ist im Folgenden für alle durchgeführten Regressionen aufgelistet:

- „Auflage“: Referenzkategorie ist „keine Auflage“
- „Motivationslage“: Referenzkategorie ist „Eigenmotivation“
- „Geschlecht“: Referenzkategorie ist „männlich“
- „Dauer Arbeitslosigkeit“: Referenzkategorie ist „Arbeitslosigkeit < 1 Monat“. Hier muss noch hinzugefügt werden, dass die 8 dargestellten Kategorien auf 3 Kategorien reduziert wurden, und zwar analog der heute üblichen Einteilung der „Erwerbstätigen“, der „Kurzzeit-Arbeitslosen“ < 1 Jahr (wären in der Regel heute Arbeitslosengeld I - Empfänger) sowie der „Langzeit-Arbeitslosen“ > 1 Jahr (wären in der Regel heute Arbeitslosengeld II - Empfänger).
- „Erwerbssituation (Anfang)“: Referenzkategorie ist „erwerbstätig“
- „Familienstand“: Referenzkategorie ist „Verheiratet – zusammenlebend“
- „Schule“: Referenzkategorie ist „Abitur/(Fach)Hochschulreife“
- „Leistungsträger“: Referenzkategorie ist „BfA“ (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte – heutige DRV Bund)

- „Wiederaufnahme“: Referenzkategorie ist „nein“ (also „keine Wiederaufnahme“)
- „zuvor suchtbezogene Hilfe“: Referenzkategorie ist „nein“ (also „zuvor keine suchtbezogene Hilfe erhalten“).

Um den Einfluss aller untersuchten unabhängigen Variablen auf die jeweils interessierende abhängige Variable genauer zu erfassen (diese ist für die spezifischen Hypothesen 1 und 2 identisch), wurden sie für beide spezifischen Hypothesen zusammengefasst. So lässt sich im Nachhinein auch zuverlässiger sagen, ob sich die Zugangswege oder doch mehr die zugangsrelevanten Variablen auf die abhängigen Variablen auswirken.

2.4.6 Darstellung der Outcome-Variablen

Primär interessierende Outcome-Kriterien sollen sein:

- „Entlassform“; dabei wurden die Entlassformen „reguläre Entlassung“ sowie „Entlassung mit ärztlich-/therapeutischem Einverständnis“ als reguläre Entlassformen gewertet und mit „1“ kodiert. Die Entlassformen „Entlassung auf ärztlich-/therapeutische Veranlassung“, „Entlassung gegen ärztlich-/therapeutischen Rat“, „disziplinarische Entlassung“ sowie „Entlassung durch Verlegung in andere Einrichtung“ wurden als irreguläre Entlassformen gewertet und mit „0“ kodiert. Der Einfluss auf diese binäre Outcomevariable wird per logistische Regression gerechnet.
- „Therapieergebnis“; dieses ist vom Bezugstherapeuten des Patienten nicht nur in Textform im Entlassungsbericht beschrieben, sondern auch in der „BADO“ in Form eines Ratings abgegeben worden. „1 = erfolgreich“, „2 = gebessert“, „3 = unverändert“ sowie „4 = verschlechtert“ sind hier die möglichen Einschätzungen. Auch hier liegt ein Ordinalskalenniveau vor. Die Daten werden also per linearer Regression gerechnet.
- „Leistungsbild bei Entlassung“; dieses wird vom Arzt zum Einen bezogen auf die letzte berufliche Tätigkeit, zum Anderen bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt eingeschätzt. Für die vorliegende Arbeit wurde auf die allgemeinere Kategorie „Leistungsbild für den allgemeinen Arbeitsmarkt“ zurückgegriffen. Unterschieden wird auf folgende Weise: „unter 3 Stunden arbeitsfähig“, „zwischen 3 und 6 Stunden arbeitsfähig“, sowie „mehr als 6 Stunden arbeitsfähig“. Hier ist von einem (metrischen) Ordinalskalenniveau

auszugehen, entsprechend wird bei der Auswertung die lineare Regression gerechnet.

- „Abstinenzrate nach einem Jahr“; diese wurde über das Katamneseanschreiben erfasst. Jede angegebene Form des Rückfalls wird später in der Untersuchung als Rückfälligkeit gewertet, auch wenn wieder eine Abstinenzzeit länger als 12 Wochen zum Zeitpunkt der Befragung bestand. Die Abstinenzrate wird als Dummy-Variable kodiert, wobei „0“ als rückfällig gilt und „1“ als abstinent. Hier wird der Einfluss auf die binäre Outcomevariable per logistische Regression gerechnet.
- „Erwerbsstatus nach einem Jahr“; hier ließen sich zunächst nur verschiedene Kategorien des Outcomes, nämlich „erwerbstätig“, „erwerbslos“ und „berentet“, darstellen. Um den Einfluss auf diese Variable deutlich zu machen, wurde die Outcomevariable Erwerbsstatus dichotomisiert, und zwar unter dem Aspekt „keine Arbeit“ vs. „erwerbstätig“. Sie wurde auch hier als Dummy-Variable kodiert, „Erwerbstätigkeit“ mit „1“ und „Nicht-Erwerbstätigkeit“ mit „0“. „Berentung“ wurde mit „0“, nicht erwerbstätig kodiert. Der Einfluss auf diese Outcomevariable wurde wieder per logistische Regression gerechnet.

Es ist noch zu bemerken, dass es immer wieder zu kleineren Stichproben gekommen ist, da sowohl Zugangs- bzw. Prädiktorvariablen sowie auch Outcomevariablen teilweise dem Statistik-Erfassungsprogramm „BADO“ entnommen wurden. Dieses war nicht immer vollständig ausgefüllt. Es wurde versucht, bei den für die Arbeit wesentlich interessierenden Variablen die Lücken anhand der Informationen aus den schriftlichen Entlassungsberichten zu schließen, was nicht immer befriedigend gelang; dann wurde der fehlende Wert hingenommen. Zudem basieren die Daten der Outcomevariablen „Abstinenz nach einem Jahr“ und „Erwerbsstatus nach einem Jahr“ auf der Katamneseerhebung; hier sind die fehlenden Daten außerdem dem Rücklauf zuzuschreiben.

In der Tabelle 2 werden die Outcomevariablen detailliert beschrieben. Als reguläre Entlassform (siehe Outcomevariable a) gelten die „regulär“ Entlassenen (N = 304) sowie die „vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis“ Entlassenen (N = 60). Alle anderen Entlassformen (N = 58) werden als „irregulär entlassen“ gewertet. Ohne Angaben waren (N = 12) Patienten. Beim „Therapieergebnis“ (Outcomevariable b) gelten nach Therapeuteneinschätzung (N = 37) als erfolgreich behandelt,

(N = 164) als gebessert, (N = 73) als unverändert und (N = 18) als während der Therapie verschlechtert. Hier liegt eine unvollständige Datenlage vor. Bei (N = 142) Patienten wurde in der Basisdokumentation kein Therapieergebnis dokumentiert. Das Leistungsbild für die „letzte berufliche Tätigkeit“ > 6 h (N = 286) sowie für den „allgemeinen Arbeitsmarkt“ > 6 h (N = 338) korrelieren augenscheinlich hoch miteinander, etwas mehr (N = 52) sind aber für den allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig leistungsfähig. In der Praxis ist für diese 52 Patienten anzunehmen, dass sie für eine berufliche Rehabilitation in Frage kommen. Wie schon dargestellt, wird der Effekt des Zugangs und der zugangsrelevanten Merkmale nur für das Leistungsbild für den allgemeinen Arbeitsmarkt (Outcomevariable c) gerechnet.

Die Abstinenzrate (Outcomevariable d) ist nach den Standards DGSS 3 und DGSS 4 (Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie 2001) dargestellt. DGSS 3 bedeutet, dass nur die Antworten der katamnestischen Befragung in die Analyse mit eingehen, und zwar über alle Patienten, die ein Jahr zuvor entlassen wurden. In der Regel ist davon auszugehen, dass dies eine Überschätzung der tatsächlichen Abstinenzrate darstellt, da bei den Nichtantwortern vermutlich ein höherer Anteil an Rückfälligen vorliegt. Deshalb wird auch der DGSS 4 herangezogen, bei dem eben alle Nichtantworter auf die katamnestische Befragung als rückfällig gelten. Auch hier gehen alle im Jahr zuvor entlassenen Patienten in die Analyse mit ein, unabhängig von der Entlassform. Der Vollständigkeit halber sei noch hinzugefügt, dass der Standard DGSS 1 dem DGSS 3 (nur die Antworten werden einbezogen), der Standard DGSS 2 dem DGSS 4 (alle in einem Jahrgang entlassenen Patienten werden einbezogen) entspricht, mit dem Unterschied, dass bei DGSS 1 und 2 nur die regulär aus der Therapie entlassenen in die Analyse eingehen.

Bei der Überprüfung der spezifischen Hypothesen wird allerdings nur die Abstinenzrate nach DGSS 4 herangezogen, da diese den ungünstigsten Verlauf darstellt und nur bei dieser Auswertungsmethode alle Patienten berücksichtigt werden.

Der Rücklauf der katamnestischen Befragung stellt mit 233 Antwortern, bei 434 angeschriebenen ehemaligen Patienten (53,69 %), ein befriedigendes Ergebnis dar.

Tabelle 2: Beschreibung der Outcomevariablen der Untersuchung auf Prädiktoren für den Behandlungserfolg von Alkoholabhängigen des Jahrgangs 2004 des Diakoniekrankenhauses Harz GmbH. Angaben der Häufigkeit in Absolutzahlen (N) und Prozent (%)

Legende:

- Grau hinterlegt ist die Tabellenüberschrift
- DGSS = Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie
- Die Daten zur Abstinenzrate nach DGSS 3 sowie zur Erwerbstätigkeit nach einem Jahr mit Darstellung der Berentungsrate wurden der Vollständigkeit halber hinzugefügt; sie dienen aber nicht als Outcomevariablen

Outcomevariablen		N	%
Entlassform [Outcomevariable a]	Regulär	364	83,8
	Irregulär	58	13,4
	Ohne Angaben	12	2,8
Therapieergebnis [Outcomevariable b]	Erfolgreich	37	8,5
	Gebessert	164	37,8
	Unverändert	73	16,8
	Verschlechtert	18	4,1
	Ohne Angaben	142	32,7
Leistungsbild für die letzte berufliche Tätigkeit [vergleichende Darstellung zur Outcomevariable c]	> 6 Stunden	286	65,9
	3 – 6 Stunden	19	4,4
	< 3 Stunden	102	23,5
	Ohne Angaben	27	6,2
Leistungsbild für den allgemeinen Arbeitsmarkt [Outcomevariable c]	> 6 Stunden	338	77,9
	3 – 6 Stunden	22	5,1
	< 3 Stunden	46	10,6
	Ohne Angaben	28	6,5
Abstinenzrate (DGSS 3) - nur die Antworten werden gerechnet -	Abstinenter	163	70,0
	Abstinenter nach Rückfall rückfällig	10	4,3
		55	23,6
	Keine Angaben	5	2,1
Abstinenzrate (DGSS 4) - Nicht-Antworten werden als rückfällig gerechnet [Outcomevariable d]	Abstinenter	163	37,6
	Abstinenter nach Rückfall rückfällig	10	2,3
		256	59,0
	Keine Angaben	5	1,2
Erwerbstätigkeit nach einem Jahr Arbeit ja/nein [Outcomevariable e]	Erwerbstätig	83	19,1
	Nicht erwerbstätig	118	27,2
	Ohne Angaben	233	53,7
Erwerbstätigkeit nach einem Jahr Berentung gesondert dargestellt	Erwerbstätig	83	19,1
	Erwerbslos	75	17,3
	Berentet	46	10,6
	Ohne Angaben	233	53,7

Die „Erwerbstätigkeit nach einem Jahr“ wird in Tabelle 2 zum Einen nach Erwerbstätigkeit „ja/nein“ (Outcomevariable e) dargestellt, zum Anderen, der Übersichtlichkeit halber, nach der Erwerbssituation insgesamt. Hier können selbstverständlich nur die Katamneseantworter in die statistische Analyse eingehen.

3 Ergebnisse

3.1 Darstellung der Ergebnisse

Die folgende Tabelle 3 stellt alle relevanten Ergebnisse in komprimierter Form dar. In den einzelnen Spalten finden sich die Ergebnisse unterteilt nach den spezifischen Hypothesen a bis e.

Tabelle 3: Gesamtübersicht über die Regressionsanalysen der Hypothesen 1 und 2 bezogen auf die Outcomevariablen a bis e in der Untersuchung auf Prädiktoren für den Behandlungserfolg von Alkoholabhängigen des Jahrgangs 2004 des Diakoniekrankenhauses Harz GmbH

Legende:

- „Hyp“ = Hypothese
- „log“ = logistische Regression; „lin“ = lineare Regression
- „Anteil „1““ gibt an, wie oft und mit welchem prozentualen Anteil die dichotome Outcomevariable den Wert „1“ angenommen hat (bei der linearen Regression werden Mittelwert (MW) und Standardabweichung (SD) angegeben)
- „R²“ = Anteil der aufgeklärten Varianz durch die im Modell zusammengefassten unabhängigen Variablen
- Als Dummy-Variablen gingen in die Berechnung ein: „Auflage“ („Auflage“ erhielt den Wert „1“), „Geschlecht“ („weiblich“ = „1“), „Wiederaufnahme“ („Ja“ = „1“), „Zuvor suchtbezogene Hilfe (erhalten)“ („Ja“ = „1“)
- In Dummy-Variablen umgewandelte kategoriale Variablen sind: „Motivationslage“ (Referenzkategorie (=RK) „Eigenmotiviert“), „Dauer_Arbeitslosigkeit“ (RK „Arbeitslosigkeit < 1 Monat“), „Erwerbssituation_Anfang“ (RK „erwerbstätig“), „Schulabschluss“ (RK „Abitur/(Fach)Hochschulreife“), „Kostenträger“ (RK „BfA = Bundesversicherungsanstalt für Angestellte“), „Familienstand“ (RK „verheiratet, zusammenlebend“)
- „c.I.-Skala“ = Skala zur Erfassung cerebraler Insuffizienzen
- „PSSI“ = Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar
- „LVA“ = Landesversicherungsanstalt, der frühere Name der regionalen Rentenversicherungen
- Die Darstellung in den Spalten erfolgt in Form des Signifikanzniveaus gemäß üblicher Konnotation: * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$
- (+) und (-) geben die Richtung der Effekte wieder

	Hyp 1 a + 2 a	Hyp 1 b + 2 b	Hyp 1 c + 2 c	Hyp 1 d + 2 d	Hyp 1 e + 2 e
	Entlassform	Therapie- ergebnis	Leistungsbild allgemein	Abstinenz	Arbeit Ja/Nein
N (Anzahl der Fälle)	268	230	259	265	127
Methode	log	lin	lin	log	log
Anteil "1" bzw. MW / SD	239 (89,2%)	2,27 / 0,75	5,27 / 0,64	106 (40 %)	55 (43,3%)
R ²	0,534	0,311	0,317	0,239	0,817
richtige Klassifikation durch logistische Regression	94,40%	---	---	71,70%	96,10 %
Auflage = "Auflage"	0,142	0,609	0,908	0,204	0,954
Motivationslage	0,000 ***			0,02 *	0,09
Ambivalenz-Motivation	0,004 ** (-)	0,421	0,225	0,005 ** (-)	0,03 * (-)
Fremd-Motivation	0,000 *** (-)	0,014 * (+)	0,437	0,72	0,922
Alter bei Aufnahme	0,043 * (-)	0,334	0,398	0,167	0,756
Wartezeit	0,869	0,254	0,462	0,861	0,006 * (-)

Fortsetzung Tabelle 3: Gesamtübersicht über die Regressionsanalysen der Hypothesen 1 und 2 bezogen auf die Outcomevariablen a bis e in der Untersuchung auf Prädiktoren für den Behandlungserfolg von Alkoholabhängigen des Jahrgangs 2004 des Diakoniekrankenhauses Harz GmbH

Geschlecht = "weiblich"	0,730	0,010 * (+)	0,728	0,275	0,601
Wortschatz-Intelligenz-Quotient	0,706	0,320	0,630	0,889	0,014 * (+)
Verbalgedächtnis	0,139	0,422	0,035 * (-)	0,642	0,008 ** (+)
cl-Skala	0,649	0,276	0,607	0,818	0,092
PSSI (Selbstunsicherheit)	0,667	0,362	0,444	0,544	0,279
PSSI (spontan-borderline)	0,409	0,195	0,909	0,33	0,279
Abhängigkeitsdauer	0,341	0,013 * (+)	0,630	0,532	0,009 ** (-)
Dauer_Arbeitslosigkeit	0,029 *			0,753	0,008 **
Dauer_Arbeitslosigkeit: 1 bis 12 Monate	0,025 * (-)	0,872	0,654	0,861	0,002 ** (-)
Dauer_Arbeitslosigkeit: > 12 Monate	0,008 ** (-)	0,688	0,384	0,705	0,002 ** (-)
Erwerbssituation_Anfang	0,014 *			0,814	0,224
Erwerbssituation: erwerbslos	0,002 ** (+)	0,726	0,079	0,466	0,036 * (+)
Erwerbssituation: berentet	1,000	0,198	0,000 *** (+)	0,649	1
Erwerbssituation: Sonstiges	0,009 ** (+)	0,516	0,050 * (+)	0,888	0,989
Schulabschluss	0,339			0,776	0,404
Schule: keine Angaben	1,000			1	1
Schule: ohne Schulabschluss	1,000	0,823	0,413	0,208	1
Schule: Sonderschulabschluss	1,000	0,079	0,374	0,856	0,028 * (+)
Schule: Hauptschulabschluss	0,173	0,222	0,013 * (+)	0,495	0,814
Schule: Realschule/ Polytechnische Oberschule	0,110	0,437	0,141	0,795	0,458
Schule: Anderer Schulabschluss	0,009 ** (-)			0,794	1
Kostenträger	0,987			0,843	0,163
Kostenträger: Andere	0,890	0,525	0,175	0,496	0,356
Kostenträger: Andere LVAen	1,000	0,267	0,882	0,828	0,766
Kostenträger: Krankenkassen	1,000	0,994	0,184	0,659	1
Kostenträger: Bahn/Knappschaft/See	0,808	0,971	0,827	0,203	0,118
Kostenträger: LVA Sachsen-Anhalt	0,985	0,795	0,272	0,355	0,997
Kostenträger: LVA Thüringen	0,427	0,525	0,960	0,43	0,004 ** (+)
Familienstand	0,094			0,249	0,079
Familienstand: verheiratet - getrennt lebend	0,233	0,805	0,173	0,216	0,124
Familienstand: ledig	0,009 ** (-)	0,082	0,082	0,965	0,028 * (+)
Familienstand: geschieden	0,038 * (-)	0,422	0,592	0,156	0,004 ** (+)
Familienstand: verwitwet	1,000		0,295	0,286	1

Fortsetzung Tabelle 3: Gesamtübersicht über die Regressionsanalysen der Hypothesen 1 und 2 bezogen auf die Outcomevariablen a bis e in der Untersuchung auf Prädiktoren für den Behandlungserfolg von Alkoholabhängigen des Jahrgangs 2004 des Diakoniekrankenhauses Harz GmbH

Wiederaufnahme = "Ja"	0,606	0,827	0,860	0,057	0,83
Zuvor suchtbez. Hilfe = "Ja"	0,055	0,994	0,116	0,138	0,49
Körperbezogene Komorbidität	0,467	0,837	0,087	0,287	0,334
Psychische Erkrankungen	0,461	0,485	0,173	0,291	0,049 * (+)
Alkoholbezogene Erkrankungen	0,039 * (+)	0,785	0,060	0,358	0,583
Zweite Suchtdiagnose (ohne Tabakabhängigkeit)	0,671	0,085	0,050 * (+)	0,176	0,505
Tabakabhängigkeit	0,677	0,914	0,755	0,632	0,056
Persönlichkeitsstörung	0,918	0,601	0,932	0,458	0,022 * (+)
Intelligenzminderung	1,000	0,609	0,137	0,535	1
Konstante	0,010 *	0,067	0,000 ***	0,656	0,026 *

Zugang und Entlassform:

Ergebnisse zu den spezifischen Hypothesen 1 a und 2 a

Bezüglich der Analyse hinsichtlich des Einflusses von Zugangswegen und Zugangsvariablen auf die Entlassform wurden 268 Patienten und damit 61,8 % aller Fälle einbezogen. Von diesen 268 Patienten wurden 239 regulär entlassen, 29 irregulär. Die restlichen 166 Patienten konnten bei der Analyse nicht berücksichtigt werden, da bei ihnen in irgendeinem Punkt des Datensatzes unvollständige Informationen vorlagen.

Es sei noch einmal an die Kodierung der abhängigen Variablen erinnert, irregulär Entlassene wurden mit „0“ kodiert, regulär Entlassene mit „1“.

Mit Nagelkerkes R-Quadrat von 0,534 zeigt sich hier ein hoher Wert für die Effektstärke des Modells, da die zusammengefassten Variablen immerhin 53,4 % der gemeinsamen Varianz aufklären. Daraus lässt sich auch ableiten, dass die Vorhersagekraft der zusammengefassten unabhängigen Variablen insgesamt auf die Entlassform relativ hoch ist. Dies bestätigt sich auch in der nachfolgenden Klassifizierungsgüte, die im Folgenden noch einmal erläutert sei: Der Anteil der

regulär entlassenen Patienten in der Untersuchung entspricht 239 von 268 Patienten und damit 89,2 %. Bei zufälliger Zuordnung wären dann 80,7 % richtig zugeordnet. Durch die im Modell zusammengefassten Variablen konnten aber von 268 Fällen 253 richtig klassifiziert werden, d. h. 94,4 % der Patienten wurden durch die untersuchten Zugangsvariablen der richtigen Entlassform zugeordnet. Mit dieser Trefferquote ist von einer hohen Klassifikationsgüte auszugehen. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: Es zeigt sich ein signifikanter Einfluss der folgenden Variablen auf die Entlassform:

- „Ambivalenzmotivation“
- „Fremdmotivation“
- „Alter bei Aufnahme“
- „Dauer_Al: 1 bis 12 Monate“
- „Dauer_Al: > 12 Monate“
- „Anderer Schulabschluss“
- „Familienstand: ledig“
- „Familienstand: geschieden“
- „Erwerbssituation_Anfang“
- „Erwerbssituation erwerbslos“
- „Erwerbssituation sonstige“
- „Alkoholfolgediagnose“

Innerhalb der Motivationslage, d. h. bezogen auf die Referenzkategorie Eigenmotivation, findet sich für die ambivalent Motivierten eine verminderte Wahrscheinlichkeit für eine reguläre Entlassung. Dies gilt ebenso für die Fremdmotivierten.

Hinsichtlich des Alters bei Aufnahme ergibt sich eine verminderte Wahrscheinlichkeit für die reguläre Entlassung, je älter die Patienten sind.

Sowohl die Kurzzeit- als auch die Langzeit-Arbeitslosen weisen eine niedrigere Quote für eine reguläre Entlassung auf, als die Erwerbstätigen.

Innerhalb der Kategorie Schulbildung findet sich für „anderer Schulabschluss“ eine verminderte Wahrscheinlichkeit für reguläre Entlassung, allerdings ohne signifikanten Einfluss der Hauptkategorie „Schulabschluss“.

Die Variablen „Familienstand: ledig“ und „Familienstand: geschieden“ weisen eine niedrigere Quote für eine reguläre Entlassung auf.

Bezüglich der „Erwerbssituation_Anfang“ ist die Situation der Erwerbslosen, der Berenteten und der sonstigen Erwerbssituationen nicht klar zu deuten, ein Zusammenhang zur Entlassform besteht aber (siehe oben).

Das Merkmal „Alkoholfolgeerkrankung“ weist eine höhere Quote für eine reguläre Entlassung auf.

Zugang und Therapieergebnis:

Ergebnisse zu den spezifischen Hypothesen 1 b und 2 b

Die abhängige Variable des vom Therapeuten eingeschätzten Therapieergebnisses von „verschlechtert“ (=4) bis „erfolgreich“ (=1) ist metrischer Natur. Aus diesem Grund wird hier die multiple lineare Regressionsanalyse durchgeführt. Es gingen 230 Fälle in die Analyse ein.

In der Modellzusammenfassung zeigt sich mit einem Wert für R-Quadrat von 0,311, dass etwa 31 % des Therapieergebnisses durch die Zusammenfassung der unabhängigen Variablen bestimmt werden. Der Einfluss der untersuchten Variablen auf das Therapieergebnis ist hochsignifikant ($p < 0.001$, $F = 2,204$) [siehe Tabelle 10 im Anhang 5].

Es zeigt sich ein signifikanter Einfluss der folgenden Variablen auf die vom Therapeuten gegebene Einschätzung hinsichtlich des Therapieergebnisses:

- „Fremdmotivation“ (auch hier wieder im Vergleich zur Referenzkategorie „Eigenmotivation“)
- „Geschlecht = weiblich“ (Frauen im Vergleich zu Männern)
- „Abhängigkeitsdauer“ (je länger die Abhängigkeit besteht)

Die drei hier genannten Variablen sind die einzigen, die signifikante Zusammenhänge zu der Outcomevariablen „Therapieergebnis“ aufweisen. Hierbei wirken sie sich alle negativ aus.

Zugang und Leistungsbild:

Ergebnisse zu den spezifischen Hypothesen 1 c und 2 c

Auch hier waren die abhängigen Variablen metrischer Natur, deshalb nachfolgend die Berechnungen zur multiplen linearen Regression.

Hinsichtlich des Merkmals „Leistungsbild für den allgemeinen Arbeitsmarkt“ gingen (N = 259) in die Analyse ein.

Die durch die unabhängigen Variablen aufgeklärte Varianz von 31,7 % ist mäßiggradig hoch einzustufen, dennoch ergibt sich ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen Zugangsvariablen und dem Leistungsbild für den allgemeinen Arbeitsmarkt ($p < 0.001$, $F = 2,535$) [siehe Tabelle 013 im Anhang 5].

Es zeigt sich ein signifikanter Einfluss der folgenden Variablen auf das „Leistungsbild für den allgemeinen Arbeitsmarkt“:

- Erwerbssituation berentet (im Verhältnis zu „erwerbstätig“, ebenso:)
- Erwerbssituation sonstige
- Hauptschulabschluss (im Verhältnis zu (Fach-)Hochschulreife)
- zweite Suchtdiagnose
- Verbalgedächtnis (zur Gesamtheit aller unabhängigen Variablen)

Die ersten vier beschriebenen Variablen wirken sich negativ auf das „Leistungsbild für den allgemeinen Arbeitsmarkt“ aus.

Das Vorzeichen des Effekts beim Merkmal „Verbalgedächtnis“ ist negativ, d. h. ein gutes Verbalgedächtnis wirkt sich positiv auf die abhängige Variable aus.

Zugang und Abstinenzrate:

Ergebnisse zu den spezifischen Hypothesen 1 d und 2 d:

Bezüglich der Analyse hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Zugangswegen und Zugangsvariablen auf die „Abstinenz nach einem Jahr“ wurden 265 Patienten

und damit 61,1 % aller Fälle mit einbezogen. 106 der 265 Fälle waren nach DGSS 4 (alle Nichtantworter gelten als rückfällig) abstinent. Dies entspricht 40 % stabil Abstinente.

In der Modellzusammenfassung ist hier Nagelkerkes R-Quadrat immerhin noch 0,239. D. h., dass 23,9 % gemeinsamer Varianz durch das Modell aufgeklärt werden. Die Vorhersagekraft der im Modell zusammengefassten Variablen ist aber nach einem Jahr nicht so groß, wie beispielsweise auf die Entlassform.

Die Klassifizierungsgüte ist hier hoch: Durch die im Modell zusammengefassten Variablen wurden 71,7 % der Patienten durch die untersuchten Zugangsvariablen dem Merkmal „Abstinenz nach einem Jahr“ richtig zugeordnet.

Es zeigt sich ein signifikanter Einfluss der folgenden Variable auf die „Abstinenz nach einem Jahr“:

- „Ambivalenzmotivation“

Die „Ambivalenzmotivation“ wirkt sich im Vergleich zur Eigenmotivation negativ auf die Abstinenz aus.

Die Fremdmotivation im Vergleich zur Eigenmotivation zeigte dagegen keinen signifikanten Effekt auf die Abstinenzrate.

Zugang und Erwerbssituation nach einem Jahr:

Ergebnisse zu den spezifischen Hypothesen 1 e und 2 e:

Bezüglich der „Erwerbssituation nach einem Jahr“ wurde der Einfluss der unabhängigen Variablen daraufhin überprüft, ob jemand nach einem Jahr erwerbstätig ist.

Bezüglich der Analyse hinsichtlich des Einflusses von Zugangswegen und Zugangsvariablen auf das Merkmal „Arbeit nach einem Jahr“ flossen lediglich (N = 127) Fälle ein. Dies ist auf den Fragebogen-Rücklauf und auf lückenhafte Dokumentation zurückzuführen.

In der Modellzusammenfassung ist hier Nagelkerkes R-Quadrat von 0,817 hoch. 81,7 % gemeinsame Varianz werden durch die zusammengefassten Variablen aufgeklärt.

Entsprechend ist auch die Klassifizierungsgüte hoch: Durch die im Modell zusammengefassten Variablen wurden 96,1 % der Patienten durch die untersuchten Zugangsvariablen dem Merkmal „Arbeit nach einem Jahr“ richtig zugeordnet.

Es zeigt sich ein signifikanter Einfluss der folgenden Variablen auf das Merkmal „Arbeit nach einem Jahr“

- „Ambivalenzmotivation“
- „Wartezeit“
- „Abhängigkeitsdauer“
- „Kurzzeitarbeitslosigkeit“
- „Langzeitarbeitslosigkeit“
- „Wortschatz-IQ“
- „Verbalgedächtnis“
- „Erwerbssituation erwerbslos“
- „Sonderschulabschluss“
- „Kostenträger LVA Thüringen“
- „Familienstand ledig“
- „Familienstand geschieden“
- „Komorbidität „psychische Erkrankungen“
- „Komorbidität „Persönlichkeitsstörungen“

Die Variable „Wartezeit“: wirkt sich negativ auf das Merkmal „Erwerbssituation ein Jahr nach Entlassung“ aus.

Die „Abhängigkeitsdauer“ wirkt sich negativ aus.

Die Kategorie „Dauer der Arbeitslosigkeit“ vor der Therapie zeigte signifikante Zusammenhänge. Sowohl vorherige „Kurzzeit-Arbeitslosigkeit“ als auch „Langzeit-

„Arbeitslosigkeit“ wirkten sich negativ auf die „Erwerbssituation nach einem Jahr“ aus.

Eine hohe „verbale Intelligenz“ (Abschätzung des „Wortschatz-IQ“) wirkt sich positiv aus.

Eine „gute Merkfähigkeit“ wirkt sich positiv aus

Die Merkmale „ledig“ und „geschieden“ wirken sich hinsichtlich der Outcomevariablen „Erwerbssituation nach einem Jahr“ positiv aus.

Des Weiteren zeigten sich für einzelne Variablen signifikante Effekte, ohne dass sich diese Effekte in der Gesamtvariable erkennen ließen:

„Erwerbslosigkeit“ im Vergleich zur „Erwerbstätigkeit“

„Sonderschulabschluss“ im Vergleich zur „Fachhochschulreife“

der Kostenträger „LVA Thüringen“ im Vergleich zur „BfA“.

Alle letztgenannten Effekte gingen in Richtung zu mehr „Erwerbstätigkeit nach einem Jahr“, d. h. sie wirkten sich positiv aus.

Die Variablen „Komorbidität psychische Erkrankungen“ und „Komorbidität Persönlichkeitsstörungen“ wirken sich beide positiv aus.

Vergleich der Ergebnisse mit den RMK-Forschungsergebnissen

Beim Vergleich der hiesigen Ergebnisse mit den in der RMK-Forschung definierten sechs Subdimensionen:

- „substanzenbezogene Beeinträchtigung“
- „psychische Symptomatik“
- „persönliche Ressourcen“
- „arbeitsbezogenes Erleben und Verhalten“
- „Alter und Arbeitslosigkeit“
- „soziale Unterstützung“

zeigt sich, dass sich die signifikanten Zusammenhänge, die in der vorliegenden Arbeit beschrieben werden, nur sehr begrenzt in den Ergebnissen der RMK-Forschung widerspiegeln.

Lediglich die sozialmedizinischen Elemente werden in den Subdimensionen „Erwerbsproblematik“ und „arbeitsbezogenes Erleben und Verhalten“ spezifisch aufgegriffen.

Einige Parameter aus dem Feld der hier relevanten kognitiven Leistungstestung dürften sich in den Subdimensionen „psychische Symptomatik“ und „persönliche Ressourcen“ wiederfinden.

3.2 Ergebniszusammenfassung

Betrifft Ergebnisse zur spezifischen Hypothese 1:

Die Motivationslage spielt in allen untersuchten Bereichen eine signifikante Rolle. Lediglich das „Leistungsbild allgemeiner Arbeitsmarkt“, welches nach ICF vom Arzt getätigte gutachterliche Beschreibung ist, ist von der Motivationsfrage losgelöst.

Betrifft Ergebnisse zur spezifischen Hypothese 2:

Das „Alter bei Aufnahme“ weist Zusammenhänge zur „Entlassform“ auf.

Die „Wartezeit“ auf einen Therapieplatz weist Zusammenhänge zur „Erwerbssituation ein Jahr nach Entlassung“ auf.

Das „Geschlecht“ weist Zusammenhänge zum „Therapieergebnis“ auf.

Der „Wortschatz IQ“ weist Zusammenhänge zur „Erwerbssituation ein Jahr nach Entlassung“ auf.

Das „Verbalgedächtnis“ weist Zusammenhänge zum „Leistungsbild für den allgemeinen Arbeitsmarkt“ und zur „Erwerbssituation ein Jahr nach Entlassung“ auf.

Die „Abhängigkeitsdauer“ vor Therapie weist Zusammenhänge zum „Therapieergebnis“ und zur „Erwerbssituation ein Jahr nach Entlassung“ auf.

Die „Dauer der Arbeitslosigkeit“ vor Therapie weist Zusammenhänge zur „Entlassform“ und zur „Erwerbssituation ein Jahr nach Entlassung“ auf.

Die „Erwerbssituation“ vor Therapie weist Zusammenhänge zur „Entlassform“ und zum „Leistungsbild für den allgemeinen Arbeitsmarkt“ auf.

Der „Schulabschluss“ weist Zusammenhänge zum „Leistungsbild für den allgemeinen Arbeitsmarkt“ und zur „Erwerbssituation ein Jahr nach Entlassung“ auf.

Der „Kostenträger LVA Thüringen“ weist Zusammenhänge zur „Erwerbssituation ein Jahr nach Entlassung“ auf.

Der „Familienstand“ weist Zusammenhänge zur „Entlassform“ und zur „Erwerbssituation ein Jahr nach Entlassung“ auf.

„Psychische Diagnose“ und „Persönlichkeitsdiagnose“ weisen Zusammenhänge zur „Erwerbssituation ein Jahr nach Entlassung“ auf.

Die „Alkoholfolgediagnose“ weist Zusammenhänge zur „Entlassform“ auf.

Die „zweite Suchtdiagnose“ weist Zusammenhänge zum „Leistungsbild für den allgemeinen Arbeitsmarkt“ auf.

Es gilt demzufolge:

Einzelne Zugangsvariablen weisen Zusammenhänge zu den untersuchten Outcomevariablen auf und können als Prädiktoren für das Outcome gelten.

Betrifft Haupthypothese 3:

Es finden sich einige Überschneidungsbereiche zwischen den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit und den definierten Subdimensionen der RMK-Forschung. Die wesentlichen Ergebnisse beider Betrachtungen sind aber weder identisch noch in hohem Maße deckungsgleich.

4 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden mehrere Fragestellungen (siehe Punkt 1.1) beleuchtet. Sie sollen hier noch einmal inhaltlich zusammengefasst formuliert und betrachtet werden:

- 1) Welche Bedeutung hat die Motivation eines Patienten zu Beginn der Alkohollangzeittherapie mit dem Therapieergebnis? Das Verhältnis von eigenmotivierten Patienten zu ambivalent motivierten Patienten und fremdmotivierten Patienten sollte beleuchtet werden.
- 2) Spielt die Zugangsform zur Rehabilitationseinrichtung bei der Behandlung von Alkoholabhängigen eine Rolle hinsichtlich des Behandlungsergebnisses?
- 3) Können aus den in Punkt 2.4.5 beschriebenen Zugangsvariablen Prädiktoren für das Therapieoutcome bei der Behandlung von Alkoholabhängigen abgeleitet werden? Inwieweit sind diese in den Fallgruppen der Rehabilitanden-Management-Kategorien abgebildet? Inwieweit fokussiert die aktuelle Rehabilitationsforschung problemadäquat?

zu 1)

Aus den Untersuchungsergebnissen geht eindeutig hervor, dass der Motivation zu Beginn der Therapie die entscheidende Rolle für das therapeutische Outcome zukommt. Insbesondere das Phänomen der „ambivalenten Therapiemotivation“ taucht als problematischer Faktor auf. Es soll deshalb an dieser Stelle gezielt betrachtet werden (Grosse Holtforth und Michalak 2009):

Bei ambivalenter Therapiemotivation innerhalb eines therapeutischen Prozesses stellt sich dem Therapeuten regelmäßig die Frage: Kann oder will der Patient die notwendigen Schritte seiner gesundheitsfördernden Veränderung nicht unternehmen? Entweder muss im faktischen Bereich nachgelernt werden (der Patient kann nicht) oder im motivationalen Bereich (der Patient will nicht). Sehr häufig liegt keine stabile Krankheitseinsicht vor.

Eine weitere Form der Ambivalenz findet sich bei Patienten mit offensichtlichem Leidensdruck, d. h. mit klarer Problemeinsicht, aber dennoch mit mangelnder Veränderungsbereitschaft. Bei Suchtpatienten beispielsweise findet sich diese Form sehr häufig. Dann werden häufig in der Therapie Fertigkeiten erarbeitet und erlernt, kommen aber im Alltag des Patienten nicht zur Anwendung.

Nach der Konflikttheorie finden sich konflikthafte Bereiche im Erleben einer Person, die ambivalentes Verhalten initiieren. Diese intrapsychischen oder intrapersonellen Konflikte bedingen eine stabile Unentschiedenheit zwischen Verhaltensweisen, so genannten motivationalen Konflikten. Grosse Holtforth und Michalak übersetzen P. E. Meehls Definition der Ambivalenzen als „Existenz simultaner oder schnell austauschbarer positiver und negativer Gefühle gegenüber demselben Objekt oder gegenüber der selben Aktivität“ (Grosse Holtforth und Michalak 2009, Seite 632).

In der Praxis finden sich Ambivalenzen vor allem bezüglich der Aufnahme einer Therapie, der nötigen Veränderung in einer Therapie oder der Durchführung von veränderungsorientierten Verhaltensweisen in einer Therapie.

Wenn ein Patient beispielsweise das Annehmen von Hilfe grundsätzlich als Schwäche oder Versagensleistung versteht, wird er bezüglich der Therapieaufnahme ambivalent empfinden. Auch wenn Symptomreduktion die Gefährdung einer Beziehung oder eines Systems bedeutet, findet sich ein Patient in der Ambivalenz. Bei Veränderungswunsch, aber ausgeprägter Angst vor dem Erlernen einer Veränderung (beispielsweise Exposition bei Angststörung), tritt Ambivalenz auf. Die hier beschriebenen Ambivalenzen sind therapiebezogen.

Im alltäglichen Bereich, beispielsweise in Partnerschaften, ergibt sich häufig ein Ambivalenzkonflikt zwischen Autonomiewunsch und Verlustangst. Ein solcher innerer Ambivalenzkonflikt kann rasch als Widerstand in der Therapie erlebt werden; vorrangiges Ziel wäre dann die Hilfe zur Entscheidungsfähigkeit. Hierbei muss dem Behandler klar sein, dass für den Betroffenen eine Entscheidung an sich angstmachend besetzt ist, da, unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung, positive wie auch negative Konsequenzen zu tragen sind.

In der Suchtentwicklung bzw. in der Entwicklung des Problembewusstseins von Suchtkranken kann man die Stufen des transtheoretischen Modells (Prochaska und DiClemente 2005) schlüssig nachvollziehen.

Die erste Phase der „Sorglosigkeit“ wird durch mangelndes oder sehr geringes Problembewusstsein und resultierend fehlender Veränderungsabsicht gekennzeichnet. Die zweite Stufe des „zunehmenden Problembewusstseins“ zeigt sich durch Problemwahrnehmung, aber noch ohne beabsichtigte Verhaltensänderung. Auf der dritten Stufe der „Vorbereitung“ werden konkrete Absichten und Vorsätze der Verhaltensänderung gebildet. Diese werden in der vierten Stufe der „Handlung“ beginnend umgesetzt. Auf Stufe fünf, der „Aufrechterhaltung“, werden Erkenntnisse und bisher Umgesetztes stabilisiert. In der letzten Stufe werden die Veränderungen zum „Abschluss“ gebracht. Der vermutlich wesentlichste Entwicklungsbereich ist zwischen Bewusstwerdung und Vorbereitung zu sehen; in dieser Phase wird die Entscheidung getroffen, den Zustand der Ambivalenz zu verlassen.

Die Ambivalenz ist also unabhängig von ihrer Dauer quasi einer permanenten Entscheidungssituation ohne Ergebnis gleichzusetzen. Die Vermeidung der Verhaltensänderung, bei gleichzeitigem Erleiden der vorherrschenden Situation, ist trotz teilweiser subjektiv unerträglich empfundener innerer Spannung die Beste aller Optionen.

Die eigentliche Bearbeitung von Ambivalenzen ist ein therapeutisch schwieriger und teilweise langwieriger Prozess. Wenn es gelingen würde, in einem Assessment für Rehabilitationssteuerung und Fallgruppenzuordnung Ambivalenzen zu erkennen und zu benennen, d. h., wenn bei der Fallgruppendefinition das Ausmaß oder besser die Stabilität der Ambivalenz benannt werden könnte, wäre eines der massivsten Therapiehindernisse bei der Rehabilitation und der Rehabilitationssteuerung besser berücksichtigt. Inwieweit bereits im Vorfeld inhaltliche Ambivalenzen beschrieben werden können, d. h., Objekte, welche die Ambivalenzen bedingen, detektiert werden können, bleibt zu prüfen. Gegebenenfalls würde es eher der Praxis entsprechen, wenn die Kliniken, die sich auf die Bearbeitung von Ambivalenzen spezialisiert haben, hinsichtlich dieses Kriteriums bei der Fallgruppenzuordnung gezielt berücksichtigt werden. Auch sollte beachtet werden, dass ein entsprechender Case-Mix aus klar motivierten und ambivalent motivierten Patienten durchaus befruchtend sein kann,

dass also nicht unbedingt von einer völligen Separation der ambivalent motivierten Patienten ausgegangen werden sollte.

Bei der Identifikation des Therapiewiderstandes finden sich die wichtigsten Unterscheidungskriterien zwischen ambivalenten Verhalten bei grundsätzlicher Motivation aber Ambivalenzkonflikt einerseits und Widerstand gegen eine Therapie andererseits wie folgt:

- „Aufsuchen der Therapieeinrichtung nur auf Drängen der Angehörigen,
- häufiges Zuspätkommen bzw. häufiges Absagen von Sitzungen,
- wiederholte Entscheidungen und Handlungen entgegen Absprachen mit dem Therapeuten,
- nichtdurchführen von Hausaufgaben,
- Rückschritte, wenn Erprobung neuen Verhaltens anstünde,
- Therapieabbruch ohne erkennbaren Anlass,
- unkooperatives oder aggressives Verhalten,
- unnötige Auseinandersetzungen mit dem Therapeuten,
- unangemessene Forderungen an den Therapeuten,
- Kritik am Vorgehen des Therapeuten,
- häufige Verwendung von - ich weiß nicht -,
- abrupter Themenwechsel oder häufige Missverständnisse mit dem Therapeuten.“

(Grosse Holtforth und Michalak 2009, Seite 635).

Diese Verhaltensweisen finden sich speziell bei suchtkranken Patienten schon sehr häufig im Vorfeld, d. h. in der Auseinandersetzung mit der Suchtberatungsstelle, mit Hausärzten, mit behandelnden Ärzten auf Entgiftungsstationen und mit Mitarbeitern des Sozialdienstes bei Antragstellung. Neben den Möglichkeiten von Widerstand gegen die Therapie oder innerem Ambivalenzkonflikt mit gelebtem äußerlichen Ambivalenzverhalten, finden sich die hier beschriebenen Elemente auch noch bei Patienten mit starker Selbstunsicherheit und hohem Defizit im Bereich sozialer Kompetenz.

Das bemerkenswerteste Ergebnis dieser Untersuchung ergibt sich, aus Sicht des Autors, aus der Betrachtung der Gruppe der ambivalent motivierten Patienten.

Es bestätigt sich erneut, dass gut motivierte, oder besser ausgedrückt eigenständig motivierte, Patienten ein deutlich besseres therapeutisches Outcome zeigen als ambivalent motivierte oder fremd motivierte Patienten. Zudem wird sichtbar, dass schlecht oder fremd motivierte Patienten ein besseres Therapieergebnis aufweisen als ambivalent motivierte.

Die ambivalent motivierten Patienten bilden also den negativen Scheitelpunkt einer Parabel in einem Koordinationssystem mit den Hauptachsen Motivationslage und Therapieerfolg.

Es muss demnach davon ausgegangen werden, dass sich der Faktor „ambivalente Motivation“ maximal negativ auf den Therapieerfolg auswirkt. Bei genauerer Betrachtung des Phänomens wird dies nachvollziehbar. Der ambivalent motivierte Patient verliert kontinuierlich Kraft und Entscheidungsfähigkeit durch Nichtfestlegung. Die Zeit, in unserem Falle zerfließende Therapiezeit, arbeitet gleichsam gegen ihn.

Sowohl das Erleben des Patienten als auch des Therapeuten wird zunehmend von Frustration bestimmt.

Die Chance einer vorzeitigen Entlassung gegen ärztlichen Rat oder auf ärztlich therapeutische Anordnung steigt. In einigen Fällen wird der ambivalent motivierte Patient Fakten schaffen, die eine Entlassung erzwingen, dann könnte dies zur vorzeitigen, disziplinarischen Entlassung führen.

Vermutlich dürfte aber der häufigste Ablauf beim ambivalent motivierten Patienten der sein, dass dieser seine Therapie regulär abschließt, ohne nennenswerte Veränderungen getätigt zu haben. Die Therapie wäre in diesem Falle von viel frustrierter therapeutischer Aktivität und wenig therapeutischem Ergebnis gefüllt.

Es kann davon ausgegangen werden, dass in einem Rehabilitationsrahmen, der auf Veränderung, Schulung, Erweiterung der inneren Ordnung und Entscheidungsbildung mit klarer Festlegung ausgelegt ist, ein ambivalent motivierter Patient zwangsläufig hinsichtlich Intensität und Tempo der Veränderung überfordert ist. Die hieraus resultierende Spannung wird er im Regelfall mit emotionaler Labilisierung beantworten. Es verbleiben ihm dann noch geringere Ressourcen um der Ambivalenzhaltung entgegen zu wirken. Rückkehr in alte Verhaltensmuster, bzw. Festigung derselben und damit erneute Stabilisierung der Ambivalenzproblematik ist die Folge. Dementsprechend macht es im Therapieergebnis und infolgedessen hinsichtlich der Abstinenzdauer kaum einen Unterschied, ob die Entlassform vorzeitig oder regulär sein wird. Innerhalb

des begrenzten Therapiezeitraums und bei ergebnisorientierter Therapie, wird das eigentliche Therapieziel der Abstinenzsicherung langfristig nicht erreicht werden. Der stoffliche Rückfall bildet die logische Konsequenz und zwar trotz regulär abgeschlossener Therapie, durchaus im Stand der Arbeitsfähigkeit. D. h. laut Definition bei erfolgreichem Therapieergebnis.

Grundsätzlich müsste eine besondere Therapiestruktur konzipiert werden, die dem ambivalent motivierten Patienten zu klarerer Entscheidungsfähigkeit verhilft. Dies könnte dann eine deutlich längere Therapiedauer oder mehrere Therapieanläufe mit kurzer Dauer zur Folge haben. Die andere Möglichkeit wäre, dass die ambivalent motivierten Patienten durch Voruntersuchungen herausgefiltert werden, und die Therapie erst dann stattfindet, wenn der Ambivalenzkonflikt im Patienten nicht mehr stabil ist, sondern schon einer Lösung zugeführt werden kann. Wenn ein solches Assessment konzipiert und in die Fallgruppenbildung und damit in die Rehabilitationsteuerung eingebaut werden könnte, könnte von einem Effizienzsprung der Rehabilitationsbehandlung und somit einer Verbesserung des Therapieerfolgs von beachtlicher Größenordnung ausgegangen werden. Angesichts der nach wie vor hohen Nichtantrittsquote bei bereits kostengenehmiger Langzeitentwöhnungsmaßnahme, also ebenfalls einer motivationalen Problematik, sollte zudem die Frage des optimalen Ansatzpunktes für das informative Erreichen Alkoholabhängiger in der Gesellschaft und ihrer Zufuhr ins helfende System weiter erörtert werden.

Die derzeit in der aktuellen Fallgruppendifkussion beforschten Bereiche scheinen vor allem im Feld der Zugangssteuerung Verbesserungen erzielen zu wollen. Nach den hier vorliegenden Ergebnissen spielen die dort zu Grunde gelegten maßgeblichen Faktoren aber keine nennenswerte Rolle hinsichtlich des Therapieoutcomes und auch nicht in der 1-Jahres-Katamnese.

zu 2)

Die Frage, ob bestimmte Zugangsvariablen und insbesondere die Zugangsform zur Rehabilitationseinrichtung bei der Behandlung von Alkoholabhängigen eine Rolle hinsichtlich des Behandlungsergebnisses spielen, kann gemäß der hiesigen Ergebnisse mit ja beantwortet werden. Hierbei sind einige signifikante Zusammenhänge zwischen Zugangs- und Outcomevariablen sehr gut zu erklären, andere finden sich im Bereich der Deutung. Die Zusammenhänge sollen hier noch

einmal im einzelnen beleuchtet werden. Die Motivationslage wurde bereits erörtert, sie wird hier nur noch marginal mit betrachtet.

Bezüglich der „Entlassform“:

- weist das Merkmal „Alter bei Aufnahme“ eine verminderte Wahrscheinlichkeit für eine reguläre Entlassung für älteren Patienten auf. Dieser Umstand steht zunächst gegen die Erwartung, da junge Patienten in Berufung auf ihre rasch mobilisierbaren Ressourcen eher die Therapie vorzeitig beenden, da sie sich zu stabil einschätzen und da ohnehin noch eine defizitäre Krankheitseinsicht vorliegt. Auf der anderen Seite sind ältere Patienten oft nicht mehr kritikfähig, weisen geringere Veränderungsbereitschaft auf und sind näher an einer Berentung oder bilanziert mutlos.
- weisen die Merkmale „Dauer Arbeitslosigkeit: 1 – 12 Monate“ und „Dauer Arbeitslosigkeit größer 12 Monate“ eine verminderte Wahrscheinlichkeit für eine reguläre Entlassung auf. Dieser Umstand steht vermutlich im Zusammenhang mit der grundsätzlichen Perspektivlosigkeit bei vorausgegangener Arbeitslosigkeit, verlorengegangenen Handlungsalternativen und depressivem Empfinden bei lang andauernder Frustration. Bei teilweise desolatem Arbeitsmarkt, kommt es auch während der therapeutischen Maßnahme zu Resignation und Aufgabe.
- weisen die Merkmale „Erwerbssituation erwerbslos“ und „Erwerbssituation sonstige“ eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine reguläre Entlassung auf. Dieser Umstand steht zunächst gegen die Erwartung, da Erwerbslosigkeit und Arbeitslosigkeit gleichsinnig in der Wirkung erwartet wurde. Allerdings kann hinter dem Begriff der „Erwerbssituation erwerbslos“ beziehungsweise der „Erwerbssituation sonstiges“ auch eine zeitnahe betriebliche Kündigung aus Suchtgründen mit Option einer Wiederherstellung des Erwerbsverhältnisses oder auch eine berufliche Rehabilitation oder sonstige Maßnahme zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben stehen.
- weist das Merkmal „anderer Schulabschluss“ eine verminderte Wahrscheinlichkeit für eine reguläre Entlassung auf. Dieser Umstand steht möglicherweise mit der Tatsache im Zusammenhang, dass gesonderte Abläufe in einem hochstrukturierten Therapiesystem immer besondere

Mühen, Wege und Formalien bedingen, die dann eine Überforderung für den Betreffenden bedingen können.

- weisen die Merkmale „Familienstand ledig“ und „Familienstand geschieden“ eine verminderte Wahrscheinlichkeit für eine reguläre Entlassung auf, dies dürfte mit der Tatsache zusammenhängen, dass bestehende partnerschaftliche und familiäre Bindungen sowohl Anreiz als auch durch Verlustangst bedingten Druck erschaffen, eine Therapie regulär abzuschließen.
- weist das Merkmal „Alkoholfolgediagnose“ eine vermehrte Wahrscheinlichkeit für eine reguläre Entlassung auf. Dieser Umstand dürfte der Tatsache geschuldet sein, dass Patienten Zuwendung im somatischen Feld besser als Hilfe erkennen und günstige Entwicklungen dankbarer wertschätzen. Das heißt sie bewerten den Klinikaufenthalt an sich positiver, als Patienten ohne Folgeschäden. Zudem kann durch somatische Defizite eine erhöhte Krankheitseinsicht und damit bessere Motivation die Therapie regulär und erfolgreich abzuschließen vermutet werden.

Bezüglich des „Therapieergebnisses“:

- weist das Merkmal „weibliches Geschlecht“ eine verminderte Wahrscheinlichkeit für ein positives Resultat auf. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Beobachtung, dass Frauen eine höhere Scham und ein ausgeprägteres Rückzugsverhalten aufweisen. Trotz höherer emotionaler Öffnungsbereitschaft könnte es also sein, dass verborgene Bereiche unterschiedlichen Ausmaßes unbearbeitet bleiben.
- weist das Merkmal „Abhängigkeitsdauer“ eine verminderte Wahrscheinlichkeit für ein günstiges Therapieergebnis auf. Dies ist im Sinne der Chronifizierung, der Krankheit und der Verhaltensmuster mit erschwerter Möglichkeit zur Veränderung zu verstehen.

Bezüglich des „allgemeinen Leistungsbildes“:

- weist das Merkmal „Verbalgedächtnis“ eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine gute Leistungsfähigkeit auf. Da im Leistungsprofil neben körperlicher

und psychischer Leistungsfähigkeit die kognitiven Fähigkeiten beurteilt werden, kann hier von einer direkten Korrelation ausgegangen werden.

- weist das Merkmal „Erwerbssituation berentet“ eine verminderte Wahrscheinlichkeit für ein günstiges Leistungsbild bei Entlassung auf. Da im Falle der Altersberentung oder der dauerhaften Berentung kein Leistungsbild mehr erstellt werden muss beziehungsweise auch bei zeitlich begrenzten Berentungen im Vorfeld bereits ein Leistungsbild erstellt wurde, welches eine Erwerbsfähigkeit unter drei Stunden für den allgemeinen Arbeitsmarkt ausweist, ergibt sich hier auf alle Fälle eine deutlich leistungsgeminderte Vorauswahl.
- weist das Merkmal „Erwerbssituation sonstiges“ eine verminderte Wahrscheinlichkeit für ein hohes Leistungsprofil bei Entlassung auf. Eine unklare Erwerbssituation vor der Therapie könnte schon mit der Erfahrung einer verminderten Leistungsfähigkeit verbunden gewesen sein, was damit ebenfalls eine leistungsgeminderte Vorauswahl darstellt.

Bezüglich der „Abstinenz“:

- weist lediglich das Merkmal „ambivalente Motivation“ einen signifikanten Zusammenhang auf. Diese bedingt eine verminderte Wahrscheinlichkeit für das Erreichen einer abstinenten Lebensführung (siehe oben). Alle weiteren geprüften Zugangsvariablen zeigten hinsichtlich der Variablen Abstinenz, keine signifikanten Zusammenhänge.

Bezüglich „Erwerbssituation ein Jahr nach Entlassung“:

- weist das Merkmal „Wartezeit auf eine Therapie“ eine verminderte Wahrscheinlichkeit für die „Erwerbstätigkeit ein Jahr nach Entlassung“ auf. Dieser Umstand dürfte der Tatsache geschuldet sein, dass Wartezeiten per se zermürend und im speziellen Falle, d. h. bei Warten auf die helfende Maßnahme, teilweise vital belastend erlebt werden. Zudem kommt es in den Warteepisoden häufig zu Rückfällen, depressiven Stimmungslagen, Konfliktsituationen etc., die mit insuffizientem Handlungsinventar durchgestanden werden müssen. Die Motivation dürfte in einem hohem Maße labilisiert werden, je länger die Wartezeit andauert. Um so stärker ist dann von einer Entwicklung in Richtung Mutlosigkeit und Selbstaufgabe auszugehen. Diese Interpretation deckt sich auch mit dem Phänomen, dass

die „Ambivalenzmotivation“ hinsichtlich des Merkmals „Erwerbsfähigkeit nach einem Jahr“ einen gleichsinnigen, signifikanten Zusammenhang wie die Wartezeit aufweist.

- weisen die Merkmale „verbale Intelligenz“ und „Verbalgedächtnis“ eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die „Erwerbsfähigkeit nach einem Jahr“ auf. Da die „verbale Intelligenz“ und das „Verbalgedächtnis“ kognitive Fähigkeiten darstellen, die in allen Kommunikations- und Arbeitszusammenhängen benötigt werden, können sie als Voraussetzungs-faktoren für das betrachtete Merkmal gesehen werden.
- weist das Merkmal „Abhängigkeitsdauer“ eine verminderte Wahrscheinlichkeit für das Zustandekommen eines Tätigkeitsverhältnisses nach einem Jahr auf. Dieser Umstand ist mit der Problemchronifizierung (siehe oben), die mit der Abhängigkeitsdauer direkt korreliert, hinreichend erklärt.
- weist das Merkmal „Dauer der Arbeitslosigkeit“, mit seinen Untergruppierungen „Arbeitslosigkeit 1 – 12 Monate“ und „Arbeitslosigkeit größer 12 Monate“, eine verminderte Wahrscheinlichkeit für das Zustandekommen eines Tätigkeitsverhältnisses nach einem Jahr auf. Auch hier kann der Umstand der Chronifizierung sowie der Gewohnheit und damit den erschwerten Bedingungen für eine Verhaltensänderung und einer notwendigen Korrektur der Lebensumständen, ausreichend klären, weshalb sich hier Hemmnisse für eine Reintegration ins erwerbstätige Leben finden.
- weist das Merkmal „Erwerbssituation erwerbslos“ eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Erwerbstätigkeit nach einem Jahr nach Entlassung auf. Dieser Umstand steht gegen die Erwartung, widerspricht sie doch den zuvor getätigten Interpretationen. Eventuell kann das Phänomen dadurch erklärt werden, dass für Menschen, die alkoholkrank und zum Zeitpunkt des Therapiebeginns erwerbslos sind, bereits seitens der öffentlichen Förderung mehr stützende Maßnahmen vorbereitet sind, als für Gruppen von Menschen, die einen weniger offensichtlichen Unterstützungsbedarf signalisieren. „Erwerbssituation erwerbslos“ sagt hier nichts über die Dauer und damit auch nichts über die Chronifizierungsproblematik, die durch vorheriger Arbeitslosigkeit bedingt sein kann, aus. Auch Menschen, die zuvor vom Arbeitgeber gekündigt

wurden mit Perspektive einer Wiederanstellung nach erfolgreicher Reha, sowie solche, denen von öffentlicher Hand eine berufliche Fördermaßnahme nach erfolgter Rehabilitationsmaßnahme zugesagt wurde, fallen unter diese Gruppe. Unter dem Merkmal „Erwerbssituation erwerbslos“ könnte sich also ein motivationaler Aspekt für die Behandlungsaufnahme und die Therapie verbergen.

- weist das Merkmal „Sonderschulabschluss“ eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine positive Erwerbssituation nach einem Jahr auf. Für diesen Bereich gelten die selben Überlegungen wie im Punkt „Erwerbssituation erwerbslos“ (siehe oben) beschrieben, das heißt der Umstand, dass Förderprogramme bereits installiert sind, da die Gruppe der Alkoholabhängigen, die über einen Sonderschulabschluss verfügen, durch die Sozialorgane bereits besser im Blick sind, könnte zu einer überdurchschnittlichen Förderung führen.
- weist das Merkmal „Kostenträger LVA Thüringen“ im Vergleich zur Referenzkategorie „Kostenträger BfA“ eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine positive Erwerbssituation nach einem Jahr auf. Dieser Umstand kann anhand der hier vorliegenden Datenlage nicht erklärt werden, eventuell sind hier regionale Umstände wie Bauvorhaben oder Firmenförderung etc. verantwortlich.
- weist das Merkmal „Familienstand“ und zwar sowohl „Familienstand ledig“ und „Familienstand geschieden“ eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine günstige Erwerbssituation ein Jahr nach Entlassung auf. Das Merkmal ist während der Therapie (das heißt für die reguläre Entlassform) mit verminderter Wahrscheinlichkeit belegt, für den posttherapeutischen Abschnitt aber als günstig zu sehen. Vermutlich dürfte dies mit Mobilität, klar getroffenen Entscheidungen, Abgrenzungen und Neuanfang erklärt sein.
- weisen die Merkmale „psychische Zusatzdiagnose“ und „Persönlichkeitsstörung“ eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine günstige Erwerbssituation nach einem Jahr auf. Auch hier ergibt sich ein Ergebnis, welches zunächst gegen die Erwartung steht. Vermutlich aber sind die beiden Merkmale zwar während einer Therapie eher hinderlich (siehe oben), nach abgeschlossener, erfolgreicher Therapie könnten dagegen verbesserte Förderprogramme und, vor allem bei der

Persönlichkeitsstörung, eine hohe Rigidität und damit Beharrlichkeit beim Erreichen von Zielen eine Rolle spielen, welche die Phänomene eventuell erklären.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei der Betrachtung des Zugangswegs zur Therapieeinrichtung, vor allem also der Variablen „Auflage“, kein signifikanter Zusammenhang mit den untersuchten Outcomevariablen gefunden wurde. Das bedeutet, dass die vom Inhalt losgelöste Organisationsform, die einen alkoholabhängigen Patienten in die behandelnde Einrichtung steuert, laut dieser Untersuchung keine Bedeutung hat. Einzelne der hier überprüften Zugangsvariablen spielen im sozialmedizinischen Bereich eine Rolle, im Bereich des Therapieergebnisses, welches auf die Abstinenz zielt, aber nicht.

zu 3)

Die patientenbezogenen Daten der Untersuchung bilden die zugangsrelevanten Merkmalsbereiche der RMK-Forschung in einigen Feldern ab, allerdings nicht vollständig. Bei beschriebenen, signifikanten Zusammenhang zwischen einzelnen Bereichen der testpsychologischen Aufnahmeuntersuchung der untersuchten Klientel zu späterer Erwerbstätigkeit (1-Jahres-Katamnese) ist beispielsweise zu erwarten, dass in den eingesetzten Assessments für die Rehabilitationsteuerung weitere positive Prädiktoren für eine erfolgreiche Therapie erfasst werden. Kritisch gesehen werden aber muss der Umstand, dass die Motivationslage, die in der vorliegenden Untersuchung mit Abstand den eindeutigsten prädiktorischen Faktor abbildet, in dem Bereich, in dem die RMK-Forschung mit den Fallgruppen ansetzt, nicht nennenswert zum Tragen kommt. Inwieweit durch die Filterfunktion der modernisierten und verbesserten Zugangssteuerung die Nicht-Antrittsquote gesenkt werden kann, kann hier nicht beurteilt werden, muss allerdings ebenfalls kritisch betrachtet werden. Aus Sicht des Autors stellt sich auf jeden Fall die Frage, inwieweit der Fokus der Rehabilitationsforschung für Abhängigkeitserkrankungen nicht verstärkt auf das Problem der Motivationsklärung vor der Therapie und innerhalb der Therapie ausgerichtet werden sollte.

An dieser Stelle sei auf ein regional beforschtes Zugangsverfahren, die Direktverlegung verwiesen (Retzlaff et al. 2009). Nach der Entgiftungsbehandlung wird der Patient direkt in die Entwöhnungsbehandlung übergeleitet. Wartezeiten,

Stressexposition im alten Umfeld, Rückkehr in alte Verhaltensmuster, bis hin zum stofflichen Rückfall, können durch extern, strukturelle Sicherung besser vermieden werden. Eine wesentliche vulnerable Phase wird hierdurch überbrückt. In dieser werden vermutlich keine großen therapeutischen Erfolge erzielt, der vor sich selbst geschützte Patient hat aber eine bessere Voraussetzung seine Motivation zu klären. Außerdem ist damit eine Begleitung durch behandelndes Personal gegeben. Wenn ein Verbund, in dem eine „Direktverlegung“ organisiert ist, dicht genug strukturiert ist, so dass Vorbegegnungen mit den Nachbehandlern und Nachbetreuung mit den Vorbehandlern möglich gemacht werden kann, könnten einzelne Patienten überlappend wie ein „Staffelstab“ übergeben werden. Eine höhere Kontinuität kann bei einer Verlegung eines Patienten in eine andere Behandlungseinheit kaum erreicht werden. Es ist zudem davon auszugehen, dass in einem solchen Übergabeverlauf die Quote der Therapie-Nichtantreter minimiert wird; schließlich sind äußere Motivationshemmnisse, vor allem Verführung und Alltagsbelastung, nahezu eliminiert.

In einer Untersuchung, wer von der Direktverlegung profitiert (Kemmann et al. 2009), zeigt der Autor auf, dass bestimmte Bündel aus Zugangsvariablen, hier „Erwerbssituation“, „mittlerer Dauer vorheriger Arbeitslosigkeit“ und „Abhängigkeitsdauer“, durchaus eine Bedeutung für das Behandlungsergebnis haben können. Dabei tritt das Phänomen einer Kombination von Zugangsvariablen bei den direktverlegten Patienten auf. Es bleibt offen, ob dieser Bündelung oder der Direktverlegung an sich die entscheidende Rolle für ein signifikant besseres Ergebnis zugeordnet werden muss. Es kann aber auf alle Fälle davon ausgegangen werden, dass die Regionalität, d. h. die Möglichkeit den Patienten vor Ort und damit auch nach klinischen Gesichtspunkten zu steuern, hinsichtlich des individuellen Behandlungs- und Betreuungsbedarfs ein deutlicher Vorteil gegenüber den groß angelegten Steuerinstrumenten wie Fallgruppen oder RMK darstellt.

Ein weiteres, bislang wenig bearbeitetes Feld bei den Untersuchungen der Rehabilitationszugangssteuerung findet sich im Bereich der körperlichen Komorbidität. Bei teilweise massiven körperlichen Beeinträchtigungen verändert sich der Gesamtbehandlungsverlauf, die Belastbarkeit und das Maß der Einschränkungen eines Patienten in derart hohem Umfang, dass im Basissetting verankerte therapeutische Elemente zum Teil nicht zur Anwendung gelangen können. Bei der vorliegenden Untersuchung spielt diese körperliche Komorbidität

als Prädiktor zwar keine Rolle, allerdings wurden die körperlichen Faktoren in der Untersuchung auch noch nicht dezidiert erfasst. Eine weitere Untersuchung für spätere Jahrgänge, mit der Fragestellung, welchen Effekt die zu Therapiebeginn vom Patienten benannten körperlichen Beeinträchtigungen auf das Therapieoutcome haben, wird im Diakonie-Krankenhaus Elbingerode durchgeführt und soll in Kürze veröffentlicht werden. Ob und in welchem Ausmaß dann Ergebnisse aus diesem Bereich in zukünftige Kategorien bei Fallgruppenbildung oder ähnlichen Klassifizierungen einfließen, ist sicher ein weiterer Forschungsgegenstand.

4.1 Fazit für die Praxis

1. Das Erfassen und Definieren von Prädiktoren für das Outcome einer Langzeitentwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen gestaltet sich ausgesprochen schwierig. Krankheitsimmanente Paradoxien und Irrationalitäten sowie Phasen mit stark unterschiedlichem Betreuungsbedarf sind neben Verleugnungsmechanismen, Angst, Scham und Realitätsverlust ursächlich dafür zu sehen, dass die Datenerhebung der betroffenen Patienten immer in hohem Maße unscharf bleibt. Entsprechend sind wenig messbare und vergleichbare Parameter, die prädiktorisch verwendbar sind, abzuleiten.

2. Der Zugangsweg zur Klinik spielt eine untergeordnete Rolle. Entscheidend ist, dass der Betroffene die behandelnde Einrichtung überhaupt erreicht. Die Reduktion der Nichtantrittsquote muss ein vorrangiges Ziel der Qualitätsverbesserung bei der Behandlung von Suchtkranken sein.

3. Die Ergebnisse der Rehabilitationsforschung sind im Sinne einer Standardisierung und damit qualitativen Behandlungsangleichung der Rehabilitationseinrichtungen untereinander durchaus als sinnvoll anzusehen. Im Bereich Verbesserung der Therapiemotivation und Reduktion der Nichtantritts-Quote dürften sich die Ergebnisse der Forschung wenig positiv auswirken. Grund hierfür ist der Umstand, dass auch eine sehr ausgefeilte Zugangssteuerung nicht denselben motivationalen Effekt erbringen kann, wie eine persönliche Begleitung und Betreuung auf dem Hintergrund der gewachsenen Beziehung.

4. Die Therapiemotivation der Patienten stellt von allen überprüften Variablen mit Abstand den Hauptprädiktor für das therapeutische Outcome einer Langzeitentwöhnungsmaßnahme dar. Bei der Qualitätsverbesserung der Behandlungsketten sollten also vor allem die Bereiche gefördert werden, in denen die Therapiemotivation von Betroffenen gestärkt wird. Dies bedeutet Werbung, Annahme und individuelle, bedarfsgerechte Begleitung. Zu Beginn eines Weges aus der Sucht, finden sich stets Phasen, in denen die Notwendigkeit einer paternalistischen Betreuung besteht.

5. Das bemerkenswerteste Ergebnis der Arbeit ist das Faktum, dass die ambivalent motivierten Patienten nicht nur, wie erwartet, ein schlechteres Therapieoutcome aufweisen als die eigenmotivierten Patienten, sondern auch als die primär fremdmotivierten Patienten. Der Zusammenhang zwischen wenig motiviert, teilmotiviert und motiviert ist im Bezug auf das Therapieergebnis also nicht linear, vielmehr zeigt sich im Bereich der ambivalent motivierten Patienten ein Tiefpunkt für den Therapieerfolg. Dies erklärt sich aus der Tatsache, dass ambivalent motivierte Patienten eine regulär abgeschlossene, d. h. mit maximalem Behandlungsaufwand gestaltete Therapie absolvieren können, ohne nennenswerte Veränderungen vollzogen oder maßgebliche Entscheidungen getroffen zu haben. Die fremdmotivierten und damit geringgradig eigenmotivierten Patienten dagegen werden gemäß ihrer Fähigkeit, eine Position zu beziehen, eher Fakten schaffen und damit Entscheidungen treffen. Die Therapieabbruchrate ist zwar höher, als bei den ambivalent motivierten Patienten, die langfristige Erfolgsrate aber ebenfalls, da die Patienten, die fremdmotiviert waren und die gesamte Therapiedauer und das gesamte Therapieprogramm in Anspruch nahmen, im Bereich Krankheitseinsicht und Veränderungsbereitschaft stärker hinzu gewonnen haben. Der Wechsel aus der Position des fremdmotivierten Patienten in die des motivierten Patienten gelingt also leichter, als der aus der Position des ambivalent motivierten Patienten.

4.2 Methodenkritik

Methodische Schwächen:

- Es handelt sich um eine retrospektive Studie, d. h. die Datenlage wurde nicht speziell für die Untersuchung erhoben.
- Teile der Daten mussten aus den vorliegenden Quellen abgeleitet werden, eine direkte Datenerfassung war nicht immer möglich.
- Der Datenpool ist auf einen Jahrgang behandelter alkoholabhängiger Patienten (N = 434) einer einzelnen Klinik beschränkt und damit klein und nicht im Vergleich mit anderen Patientendaten. Es bleibt offen, inwieweit die hier gewonnenen Ergebnisse auf größere beispielsweise bundesweite Gegebenheiten übertragbar sind.
- Die Datenlage war zum Teil aufgrund einer lückenhaften Dokumentation und einer Rücklaufquote von etwas mehr als 50 % unvollständig.
- Die Haupthypothese 3 wurde nicht statistisch überprüft. Stattdessen wurden aus den vorliegenden Ergebnissen induktive Schlussfolgerungen abgeleitet.
- Die Daten, die im Rahmen der katamnestischen Untersuchung erhoben wurden, sind nur in geschätzten Standards zu gewichten.
- Bei Suchterkrankungen ist die Gefahr einer unrealistisch positiven Antwort in den Katamnesebefragungen als überdurchschnittlich hoch zu erwarten.
- Die Datenerhebung sowie die vorliegende Arbeit wurde von Behandlern der Klinik durchgeführt. Die Gefahr subjektiver Interpretation von Ergebnissen ist erhöht.

Methodische Stärken:

- Dass die Datenerhebung sowie die vorliegende Arbeit von Behandlern der Klinik durchgeführt wurde, ist aber auch als Stärke zu sehen. Der klinische Bezug zum Thema blieb durchgehend vorhanden. Persönliche Beziehungen zur Untersuchten validierten z. T. die Daten.
- Durch die Regionalität und das Vorhandensein eines Suchtverbundes war die Weiterbetreuung und Beobachtung der behandelten Patienten über längere Zeiträume möglich.

5 Zusammenfassung

Auf dem Hintergrund der grundsätzlichen Frage nach Wirkfaktoren bei der Rehabilitation Suchtkranker, die ggf. prädiktorische Aussagekraft für eine Therapie besitzen, wurden Zugangswege und Zugangsvariablen zur Rehabilitationseinrichtung sowie die Motivationslage von Patienten untersucht. Die Forschungsergebnisse der Rehabilitationsforschung, die in diesem Bereich Untersuchungen durchführt (Fallgruppen, Rehabilitanden-Management-Kategorien), wurden beleuchtet.

Die Patientengruppe des Entlassjahrgangs 2004 mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit der medizinischen Rehabilitation Sucht des Diakonie-Krankenhauses Harz GmbH in Elbingerode wurde untersucht. Differenziert wurde zunächst nach den Zugangswegen. Eine teilweise davon abgeleitete Unterscheidung nach intrinsischer und extrinsischer Motivation fand statt. Eine dritte Patientengruppe mit „ambivalenter Motivationslage“ wurde gesondert betrachtet. Outcomevariablen waren Therapieergebnis, Entlassform und Leistungsprofil zum Entlasszeitpunkt sowie Erwerbssituation und Suchtmittelabstinenz nach einem Jahr. Die erhobenen Zahlen wurden statistisch mit multiplen Regressionsverfahren analysiert.

Ein Zusammenhang zwischen Zugangsweg bzw. Art der Zugangssteuerung und Abstinenzrate konnte nicht hergestellt werden.

Es fanden sich jedoch Zusammenhänge zwischen Motivationslage und Entlassform, Therapieergebnis und Abstinenzrate.

Die bekannten Unterschiede zwischen selbstmotivierten und fremdmotivierten Patienten (Auflagen) konnten bestätigt werden. Auffällig war, dass bei allen Patienten, die eine klare Haltung und Position zu ihrer Erkrankung aufwiesen (unabhängig ob Krankheitseinsicht oder Krankheitsabwehr vorlag), ein signifikant höherer Behandlungserfolg gegenüber den ambivalent positionierten Patienten ausgewiesen werden konnte.

Einigen der untersuchten Zugangsvariablen konnte eine prädiktorische Aussagekraft für das Therapieergebnis zugeschrieben werden, eine hohe Übereinstimmung zu den aktuell verwandten Kriterien in den Rehabilitanden-

Management-Kategorien fand sich nicht. In einzelnen Bereichen der testpsychologischen Diagnostik konnten Faktoren gefunden werden, die als Zugangsvariablen eventuell für die weitere Assessmententwicklung wertvoll sein könnten.

Psychische und körperliche Komorbiditäten scheinen von untergeordneter Bedeutung bei der Abstinenzrate zu sein, obwohl sie den Zugangsweg in hohem Maße bedingen. Bezüglich der sozialmedizinischen Fragestellung, wie Leistungsbild und Erwerbssituation nach einem Jahr, spielen diese Komorbiditäten neben der Erwerbssituation vor der Rehabilitation offensichtlich eine bedeutendere Rolle. Es sollte geprüft werden, ob die Hinzunahme des Faktors somatische Komorbidität bei der Fallgruppenbildung die Effizienz der bisherigen Forschungsergebnisse weiter vertiefen kann.

Inwieweit die übergeordnete Rehabilitationssteuerung Einfluss auf die Motivationslage nehmen und in Folge beispielsweise das große Problem der hohen Nichtantrittsquote bei genehmigter Therapie beeinflussen kann, bleibt offen. Vermutlich aber haben regionale Steuerungsmodalitäten, wie sie in einem Suchtverbund gegeben sind, eine höhere Chance die Motivation zu prüfen und sinnvoll darauf einzugehen.

6 Literaturverzeichnis

1. Beckmann U, Grünbeck P, Naumann B, Klosterhuis H: Aktuelle Ergebnisse aus der Qualitätssicherung der Suchtrehabilitation. Sucht aktuell 16: 29 - 34 (2009)
2. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (Hrsg.): Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. Sucht 47: 89 - 90 (2001)
3. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Der ärztliche Rehabilitationsentlassungsbericht – Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, Berlin, S. 25 - 55 (2009)
4. Egner U, Spyra K, Vorsatz N: Suchtbehandlung passgenau! - Anforderungen und Entwicklungspotentiale aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund. Sucht aktuell 16: 21 – 25 (2009)
5. Eid M, Gollwitzer M, Schmitt M: Multiple Regressionsanalyse. In: Eid M, Gollwitzer M, Schmitt M (Hrsg.) Statistik und Forschungsmethoden, Beltz, Weinheim, Basel, S. 602 – 698 (2010)
6. Eid M, Gollwitzer M, Schmitt M: Logistische Regressionsanalyse. In: Eid M, Gollwitzer M, Schmitt M (Hrsg.) Statistik und Forschungsmethoden, Beltz, Weinheim, Basel, S. 767 – 810 (2010)
7. Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.): Erhebungsbogen der Basisdokumentation Sucht. Version 1.2. Hilden (2002) In: Basisdokumentation BADO Sucht PFW - Elektronisches Handbuch des Patfak-Patientenverwaltungsprogramms, Redline Data GmbH, Ahrensböck, S. 1 – 7 (Stand 31.12.2004)

8. Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.): Nachbefragungsbogen der Katamnese Sucht. Version 1.0. Hilden (2002) In: Basisdokumentation BADO Sucht PFW - Elektronisches Handbuch des Patfak-Patientenverwaltungsprogramms, Redline Data GmbH, Ahrensböck, S. 8 – 12 (Stand 31.12.2004)
9. Feuerlein W: Alkoholismus. Warnsignale – Vorbeugung – Therapie. Bedingungsgefüge des Alkoholismus, C. H. Beck, München, S. 18 – 19 (2008)
10. Funke W: Suchtbehandlung passgenau!? Entwicklungsmöglichkeiten und Anforderungen aus Sicht der Behandler – Ein Thesenpapier. Sucht aktuell 16: 26 – 28 (2009)
11. Geyer D, Batra A, Beutel M, Funke W, Görlich P, Günthner A, Hutschenreuter U, Küfner H, Möllmann C, Müller-Fahrnow W, Müller-Mohnssen M, Soyka M, Spyra K, Stetter F, Veltrup C, Wiesbeck G A, Schmidt L G: AWMF-Leitlinie Postakut Behandlung alkoholbezogener Störungen. Sucht 52: 8 – 34 (2006)
12. Grawe K: Neuropsychotherapie. Schlussfolgerungen für die Psychotherapie, Hogrefe, Göttingen, S. 372 – 440 (2004)
13. Grosse Holtforth M, Michalak J: Spezielle Indikationen. Bearbeitung von Ambivalenzen. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd 2, Störungen im Erwachsenenalter, Springer, Berlin, S. 632 – 646 (2009)
14. Hänsgen K-D, Rosenfeldt B: Verbalgedächtnistest (VEG). Elektronisches Handbuch. In: Hogrefe Test-System 3.8.4. Hogrefe, Göttingen, ohne Seitenaufteilung (2005)
15. Keck T, Hansmeier T, Haaf H G: Patientenfallgruppen in der medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Rentenversicherungsträger. Praxis, klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 21: 99 – 103 (2008)

16. Kemmann D, Gänsicke M, Forschner L, Miehe K: Neue Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung – Erfahrungsberichte aus 4 Kliniken. Sucht aktuell 16: 51 – 61 (2009)
17. König H-H: Fallgruppen aus gesundheitsökonomischer Perspektive. Praxis, klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 21: 85 – 91 (2008)
18. Kuhl J, Kazén M: Persönlichkeits-Stil- und- Störungs-Inventar (PSSI), Hogrefe, Göttingen, S. 7 – 18 (1997)
19. Kulick B: Innovative Elemente der Entwöhnungsbehandlung. Sucht aktuell 16: 5 - 11 (2009)
20. Lindenmeyer J: Patientenfallgruppen in der medizinischen Rehabilitation am Beispiel der Rehabilitation von Alkoholkranken. Praxis, klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 21: 135 – 142 (2008)
21. Missel P, Bachmeier R, Funke W, Garbe D, Herder F, Kersting S, Medenwaldt J, Schneider B, Verstege R, Weissinger V, Wüst G: Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell 1: 15 - 26 (2011)
22. Pfeiffer-Gerschel T, Steppan M, Hildebrand A, Wegmann L: Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 2010, Neuland, Geesthacht, S. 165 – 188 (2010)
23. Prochaska J O, DiClemente C C: The transtheoretical approach. In: Norcross J C, Goldfried, M R (Hrsg.) Handbook of psychotherapy integration, Oxford, New York, S. 147 - 171 (2005)
24. Rapp B: Konzepte der Fallgruppenbildung im Akutsektor und im Rehabilitationsbereich. Praxis, klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 21: 92 – 97 (2008)

25. Retzlaff R, Hildebrandt M, Bechmann M, Ueberschär I: Neue Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen – Rehabilitation effizient und rentabel. Sucht aktuell 16: 43 – 51 (2009)
26. Rische H: Neues Instrument der Rehabilitationsqualitätssicherung eingeführt - Rehabilitationstherapiestandards Alkoholabhängigkeit. Reha-QS Newsletter 2 (2009) in: http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/SharedDocs/de/Funktionen/Newsletter/GenerierteNewsletter/2009-12-10_Reha-Qualitaetssicherung_Newsletter_13:45:04.html?nn=154946 (Stand: 11.04.2012)
27. Scheibler F, Janssen C, Pfaff: Shared Decision Making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. Sozial- und Präventivmedizin 48: 11 – 24 (2003)
28. Schmidt K-H, Metzler P: Wortschatztest (WST), Beltz, Weinheim, S. 3 – 11 (1992)
29. Soyka M, Schmidt P, Bottlender M: Wissenschaftliches Projekt: Rehabilitationstherapiestandards Alkoholabhängigkeit – Pilotversion. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) Berlin, S. 4 - 29 (2009)
30. Spyra K, Ammelburg N, Köhn S: Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK): Überblick zu den Ergebnissen aus der bisherigen Forschungs- und Entwicklungsarbeit. Praxis, klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 23: 63 – 80 (2010)
31. Vogelsang M: Die Behandlungspraxis zwischen Individualisierung und Standardisierung – unter besonderer Berücksichtigung der Komorbidität. Sucht aktuell 16: 12 – 15 (2009)
32. Wanke K: Normal - abhängig - süchtig: Zur Klärung des Suchtbegriffs. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Süchtiges Verhalten: Grenzen und Grauzonen im Alltag, Hoheneck, Hamm, S. 11 – 22 (1985)

33. Weidenhammer W, Fischer B: c.I.-Skala, ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Objektivierung leichter cerebraler Insuffizienzen, Vless, Ebersberg, S. 7 - 22 (1987)

Anhang 1

christliches Krankenhausleitbild

Krankenhausleitbild

Die Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH, als Teil des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes, wendet sich an Menschen mit den unterschiedlichsten Erkrankungen und gibt ihnen fachlich kompetente und christlich engagierte Hilfe.

Dazu bieten wir eine multiprofessionelle Krankenhausbehandlung in unseren medizinischen Fachgebieten an. Als evangelisches Krankenhaus sind uns geistliche, seelsorgerliche und soziale Angebote wichtig.

Dabei ist die Grundlage unseres Handelns das Wissen darum, dass jeder Mensch von Gott gewollt und geliebt, einmalig und unverwechselbar ist.

Daraus resultiert:

im Hinblick auf die Patienten

- Wir schätzen unsere Patienten mit ihrer individuellen Biographie und begegnen ihnen mit aufrichtiger Achtung.
- Wir bieten unseren Patienten fachlich-qualifizierte und umfassend moderne medizinische und therapeutische Behandlung an. Maßstab für deren Qualität ist kurzfristige Hilfe, mittelfristige Stabilisierung und langfristige Zufriedenheit entsprechend dem jeweiligen Krankheitsbild.
- Wir bieten den Patienten Orientierung an, in dem wir in Reden und Handeln auf die Gute Nachricht von Jesus Christus hinweisen.

im Hinblick auf die Mitarbeitenden

- Wir arbeiten gemeinsam an der Entwicklung und Festigung der Identifikation jedes einzelnen Mitarbeitenden mit unseren Krankenhäusern und dem DGD - insbesondere dem Diakonissen-Mutterhaus „Neuvandenburg“, Elbingerode.
- Wir erweitern unsere fachlichen und zwischenmenschlichen Beziehungen.
- Wir streben eine fortwährende Qualitätsverbesserung an.

im Hinblick auf die Einrichtung und die Öffentlichkeit

- Wir kommunizieren, dass auch der kranke Mensch Anrecht auf ein menschenwürdiges Leben hat.
- Wir suchen die Kooperation mit allen, die sich in den Therapieprozess unserer Patienten mit einbringen (Ärzte und Krankenhäuser, wissenschaftliche Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen, Beratungs- und Betreuungsstellen, Selbsthilfegruppen und der Hospizbewegung, christliche Gemeinden und Ehrenamtliche).
- Wir wollen in der Öffentlichkeit erkennbar sein und bemühen uns deshalb um Transparenz, z. B. durch Qualitätssicherungsmaßnahmen und regelmäßige Information der Öffentlichkeit.
- Wir gehen mit den Ressourcen unserer Einrichtung und Umwelt verantwortlich und wirtschaftlich um.

Elbingerode:

Innere Medizin
Psychosomatik/
Psychotherapie
Psychiatrie
Rehabilitation Sucht
Adaption
Pflegeverbund

Neustadt:

Innere Medizin
Pneumologie
Allergologie
Beatmungsmedizin
Schlaflabor
Hospiz

Diakonie-Krankenhaus
Harz GmbH
Brockenstraße 1
38875 Elbingerode

Zentrale:
Telefon (039 454) 8 20 00
Telefax (039 454) 8 23 03

Anhang 2

Aufzählung Stammdaten

- Alter aktuelle (am Auswertungstag)
- Alter bei Aufnahme in Jahren
- Alter bei Entlassung (bei nicht Entlassenen = aktuell)
- Aufenthaltsdauer in Tagen bei bereits Entlassenen
- Aufenthaltstage im ausgewählten Zeitraum
- Aufnahmedatum
- Aufnahmenummer
- Entlassungsdatum
- Geschlecht
- Hauptleistungsträger
- HIV-Code nach ohltec Horizont-Berechnung
- HIV-Code nach ZIS-Hamburg-Berechnung (BaDo HH)
- Name des Patienten
- Nationalität
- Ort
- Postleitzahl
- Therapiegruppe
- Vorname
- Zeit von Kostenzusage bis Aufnahme in Tagen
- Zimmer

Anhang 3

Basisdokumentation Sucht (AHG – Wissenschaftsrat, 2002 – Programmversion 1.2; schriftliche Form übernommen aus dem Patfak für Windows – Handbuch, Stand 31.12.2004)

Klinische Basisdokumentation PFW
VI.2
In Anlehnung an die BADIO Sucht
(Fachzentrum Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.), Mülten)
©Kliniken Wied GmbH & Co KG und Redline DATA GmbH

Eingangsphase

211 Wiederaufnahme in die Klinik

- ☐ 1 ja
- ☐ 2 nein
- ☐ 9 unbekannt

101 Familiensituation bei Betreuungsbeginn

- ☐ 1 ledig
- ☐ 2 verheiratet, zusammenlebend
- ☐ 3 verheiratet, getrennt lebend
- ☐ 4 verwitwet
- ☐ 5 geschieden
- ☐ 9 unbekannt

103 zeitlich überwiegende Lebenssituation in den letzten 6 Monaten

- ☐ 1 alleinlebend
- ☐ 2 mit Elternteil
- ☐ 3 mit Kindern
- ☐ 4 mit Partner(in)
- ☐ 5 mit Partner(in) und Kindern
- ☐ 6 mit Freunden/Bekannten
- ☐ 7 mit sonstigen Personen
- ☐ 9 unbekannt

105 Höchster bisher erreichter Schulabschluss

- ☐ 1 ohne Schulabschluss abgegangen
- ☐ 2 Sonderschulabschluss
- ☐ 3 Hauptschul-/Volksschulabschluss
- ☐ 4 Realschulabschl. / Polytechn.Obersch.
- ☐ 5 (Fach) Abitur
- ☐ 6 Hochschulabschluss
- ☐ 7 anderer Abschluss
- ☐ 9 unbekannt

107 Letzter beruflicher Status

- ☐ 01 Arbeiter
- ☐ 02 Facharbeiter, Lernberuf
- ☐ 03 einfacher/mittlerer Angest./Beamter
- ☐ 04 höherer Angestellter/Beamter
- ☐ 05 selbständig, freiberuflich tätig
- ☐ 06 Lehrling/Umschüler
- ☐ 07 Schüler/Student
- ☐ 08 Hausfrau/Hausmann
- ☐ 09 sonstiges
- ☐ 99 unbekannt

210 Vorgespräch in der Klinik

- ☐ 1 ja
- ☐ 2 nein
- ☐ 9 unbekannt

102 Partnerbeziehung bei Betreuungsbeginn

- ☐ 1 alleinstehend
- ☐ 2 zeitweilige Beziehung(en)
- ☐ 3 feste Beziehung
- ☐ 9 unbekannt

104 zeitlich überwiegende Wohnsituation in den letzten 6 Monaten

- ☐ 1 selbständiges Wohnen
- ☐ 2 bei Angehörigen/Eltern
- ☐ 3 betreutes Wohnen
- ☐ 4 Heim/Klinik
- ☐ 5 JVA
- ☐ 6 ohne Wohnung
- ☐ 7 sonstiges
- ☐ 9 unbekannt

106 Abgeschlossene Berufsausbildung

- ☐ 1 in Berufsausbildung/Umschulung
- ☐ 2 Berufsausbildung abgeschlossen
- ☐ 3 Berufsausbildung abgebrochen
- ☐ 4 keine Ausbildung
- ☐ 5 sonstiges
- ☐ 9 unbekannt

108 Erwerbstätigkeit in den letzten 6 Monaten vor Betreuungsbeginn

- ☐ 01 Auszubildende(r)
- ☐ 02 Angestellte(r), Beamte(r)
- ☐ 03 Arbeiter, Facharbeiter
- ☐ 04 Selbständige(r), Freiberufler
- ☐ 05 mithelfende(r) Familienangehörige(r)
- ☐ 06 Arbeitslose(r)
- ☐ 07 Schüler/Student
- ☐ 08 Hausfrau/Hausmann
- ☐ 09 Rentner
- ☐ 10 berufliche Rehabilitation
- ☐ 11 sonstige Erwerbslose
- ☐ 12 sonstiges
- ☐ 99 unbekannt

**109 Überwiegender Lebensunterhalt
im letzten halben Jahr**

- ☐ 01 Erwerbstätigkeit
- ☐ 02 Krankengeld
- ☐ 03 Übergangsgeld
- ☐ 04 Arbeitslosengeld
- ☐ 05 Arbeitslosenhilfe / Arbeitslosengeld II
- ☐ 06 Rente/Pension
- ☐ 07 Ausbildungsbeihilfe
- ☐ 08 Sozialhilfe / Sozialgeld
- ☐ 09 Angehöriger
- ☐ 10 Vermögen
- ☐ 08 sonstiges
- ☐ 99 unbekannt

112 Rentensituation bei Betreuungsbeginn

- ☐ 1 befristete Rente
- ☐ 2 unbefristete Rente
- ☐ 3 Rentenanspruch
- ☐ 4 Rentenstreit
- ☐ 5 keine Rente, kein Rentenverfahren
- ☐ 9 unbekannt

114 Vermittlung

- ☐ 01 ohne Vermittlung
- ☐ 02 Familie/Freunde
- ☐ 03 Arbeitgeber, Betrieb/Schule
- ☐ 04 Niedergel. Arzt/Psychotherapeut
- ☐ 05 Krankenhaus
- ☐ 06 stationäre Suchteinrichtung
- ☐ 07 Suchtberatung
- ☐ 08 andere Beratungsdienste
- ☐ 09 Justizbehörde/soziale Verwaltung
- ☐ 10 Abstinenz-/Selbsthilfegruppe
- ☐ 11 Kosten-/Leistungsträger
- ☐ 12 sonstiges
- ☐ 99 unbekannt

**116 Suchtprobleme bei Bezugspersonen
vorhanden bei:**

- ☐ 0 keine
- ☐ 1 Ehepartner/Lebensgefährte(in)
- ☐ 2 Vater
- ☐ 3 Mutter
- ☐ 4 Großeltern
- ☐ 5 Geschwister
- ☐ 6 Kinder
- ☐ 7 andere nahe Verwandte
- ☐ 9 unbekannt

**110 Summe der Arbeitslosigkeitszeiten
innerhalb der letzten drei Jahre
vor Betreuungsbeginn**

Monate

**111 Summe der ununterbrochenen
Arbeitslosigkeit unmittelbar
vor Betreuungsbeginn**

Monate

113 jemals zuvor

suchtbezogene Hilfe beansprucht

- ☐ 1 ja
- ☐ 2 nein
- ☐ 9 unbekannt

115 gesetzliche Grundlage

- ☐ 1 freiwillige Behandlung
- ☐ 2 BtMG
- ☐ 3 andere strafrechtliche Grundlage
- ☐ 4 zivilrechtliche Grundlage
- ☐ 5 Psych-KG/Landesunterbringungsge.
- ☐ 9 unbekannt

Verlegung

117 Datum der Verlegung

118 Verlegung in Gruppe:

119 Therapiekonzept

- ☐ 1 6 bis 12 Wochen
- ☐ 2 12 bis 26 Wochen
- ☐ 3 Anfang- / Festigung
- ☐ 4 Modulbehandlung
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 stationäre Motivationsbehandlung
- ☐ 8 Therapieversuch/Probebehandlung
- ☐ 9 sonstiges

Stammgruppe

120 Familiensituation bei Betreuungsende

- ☐ 1 ledig
- ☐ 2 verheiratet, zusammenlebend
- ☐ 3 verheiratet, getrennt lebend
- ☐ 4 verwitwet
- ☐ 5 geschieden
- ☐ 9 unbekannt

121 Partnerbeziehung bei Betreuungsende

- ☐ 1 alleinstehend
- ☐ 2 zeitweilige Beziehung(en)?
- ☐ 3 feste Beziehung
- ☐ 9 unbekannt

122 Überwiegende Wohnsituation bei Betreuungsende

- ☐ 1 selbständiges Wohnen
- ☐ 2 bei Angehörigen/Eltern
- ☐ 3 betreutes Wohnen
- ☐ 4 Heim/Klinik
- ☐ 5 JVA
- ☐ 6 ohne Wohnung
- ☐ 7 sonstiges
- ☐ 9 unbekannt

123 berufliche Integration nach Entlassung

- ☐ 1 Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden
- ☐ 2 arbeitslos
- ☐ 3 nicht erwerbstätig (z.B. Hausfrau)
- ☐ 4 berufliche Rehabilitation
- ☐ 9 unbekannt

124 Rentensituation bei Betreuungsende

- ☐ 1 befristete Rente
- ☐ 2 unbefristete Rente
- ☐ 3 Rentenanspruch
- ☐ 4 Rentenstreit
- ☐ 5 keine Rente und kein Rentenverfahren
- ☐ 9 unbekannt

125 globale diagnostische Situation

Mehrfachnennung möglich

- ☐ 01 Schmerz
- ☐ 02 funktionelle Störung
- ☐ 03 Bulimie
- ☐ 04 Anorexie
- ☐ 05 Adipositas
- ☐ 06 Depression
- ☐ 07 Angst
- ☐ 08 Zwang
- ☐ 09 Trauma
- ☐ 10 Hirnorganik
- ☐ 11 pathologisches Spielen
- ☐ 12 Persönlichkeitsstörungen
- ☐ 13 Somatisierungsstörungen
- ☐ 14 sexuelle Funktionsstörung
- ☐ 99 andere
- ☐ 99 keine der genannten

126 weitere Auffälligkeiten und Problembereiche

Mehrfachnennung möglich

- ☐ 00 Zustand nach sexueller Gewalt
- ☐ 01 sprachliche Verständigungsprobleme
- ☐ 02 Einschränkungen durch Körperbehinderungen
- ☐ 03 latente Suizidalität (keine direkte Äußerung durch den Patienten)
- ☐ 04 latente Suizidalität (durch den Patienten geäußert)
- ☐ 05 suizidale Handlungen in der Vorgeschichte
- ☐ 06 Alkoholmissbrauch
- ☐ 07 Drogenmissbrauch
- ☐ 08 Nikotinmissbrauch
- ☐ 09 Medikamentenmissbrauch
- ☐ 10 Delir in der Vorgeschichte
- ☐ 11 Krampfanfälle in der Vorgeschichte
- ☐ 12 problematische finanzielle Situation
- ☐ 99 keine der genannten

127 Abhängigkeitsdauer

 Jahre

129 schädlicher Konsum/Abhängigkeit

- ☐ 1 kein Problem seit Betreuungsbeginn
- ☐ 2 abstinert
- ☐ 3 gebessert
- ☐ 4 unverändert
- ☐ 5 verschlechtert

128 Suchtmittelkonsum

während der Behandlung

- ☐ 0 kein Suchtmittelkonsum
- ☐ 1 einmaliger Suchtmittelkonsum
- ☐ 2 zwei- od. mehrm. Suchtmittelkonsum
- ☐ 3 unbekannt (z.B. bei begr. Verdacht)

130 Art der Betreuung

Mehrfachnennung möglich

- ☐ 1 ambulante Beratung/Behandlung
- ☐ 2 ambulante Rehabilitation (entsprechend der Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Reha Sucht“)
- ☐ 3 Entgiftung/Entzug
- ☐ 4 Substitutionsbehandlung
- ☐ 5 stationäre Entwöhnungsbehandlung
- ☐ 6 Krankenhausbehandlung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker (nach Psych-PV §4)
- ☐ 7 stationäre und ambulante Formen des Betreuten Wohnens/Notzuschlafstellen (nach BSHG)
- ☐ 8 Arbeits- und Beschäftigungsprojekte
- ☐ 9 teilstationäre Entwöhnungsbehandlung

131 Kontakthzahl Kontakte

132 ergänzende Betreuung in anderen suchtspezifischen Einrichtungen

Mehrfachnennung möglich

- ☐ 1 ambulante Beratung/Behandlung
- ☐ 2 sprachliche ambulante Rehabilitation (entpr. der Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Reha Sucht“)
- ☐ 3 Entgiftung/Entzug
- ☐ 4 Substitutionsbehandlung
- ☐ 5 stationäre Entwöhnungsbehandlung
- ☐ 6 Krankenhausbehandlung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker (nach Psych-PV §4)
- ☐ 7 stationäre und ambulante Formen des Betreuten Wohnens/Notzuschlafstellen (nach BSHG)
- ☐ 8 Arbeits- und Beschäftigungsprojekte
- ☐ 9 keine der genannten

133 Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen

Mehrfachnennung möglich

- ☐ 1 diagnostische Klärung
- ☐ 2 stationäre Behandlung
- ☐ 3 Operation
- ☐ 4 Psychotherapie
- ☐ 5 Rehabilitationsort
- ☐ 6 Funktionstraining
- ☐ 7 Selbsthilfegruppe
- ☐ 8 ambulante Reha Sucht
- ☐ 9 Vorstellung Suchtberatung
- ☐ 10 spezielle Nachsorge
- ☐ 11 stufenweise Wiedereingliederung
- ☐ 12 berufsfördernde Leistung fördern
- ☐ 13 Gewichtsreduktion
- ☐ 14 Alkoholkonsum
- ☐ 15 Nikotinkonsum
- ☐ 16 Heil-/Hilfsmittel
- ☐ 17 sonstige Anregung
- ☐ 18 keine der genannten

134 Weiterbehandlung eingeleitet

Mehrfachnennung möglich

- ☐ 0 psychiatrisches Krankenhaus
- ☐ 1 sonstiges Krankenhaus
- ☐ 2 Suchtklinik
- ☐ + andere Rehaklinik
- ☐ 3 Adaptionseinrichtung
- ☐ 4 Sozialtherapeutisches Heim, Tages-/Nachtambulanz
- ☐ 5 betreutes Wohnen, therapeutische Wohngemeinschaft
- ☐ 6 ambulante Weiterbehandlung gemäß Empfehlungsvereinbarung in Beratungsstelle
- ☐ 7 ambulante Weiterbehandlung gemäß Empfehlungsvereinbarung in Klinik
- ☐ 8 ambulante Nachsorge gemäß Empfehlungsvereinbarung in Beratungsstelle
- ☐ 9 ambulante Nachsorge gemäß Empfehlungsvereinbarung in Klinik
- ☐ 10 Nachsorge in der Beratungsstelle (außerhalb der Empfehlungsvereinbarung)
- ☐ 11 Psychotherapie bei niedergelassenen Therapeuten
- ☐ 12 berufsfördernde Maßnahmen
- ☐ 13 Einleiten von Betreuung nach § 1896 BGB (Pflegschaft)
- ☐ 99 keine der genannten

135 Gesamteinschätzung der Veränderung

- ☐ 0 wesentlich gebessert
- ☐ 1 deutlich gebessert
- ☐ 2 leicht gebessert
- ☐ + unverändert
- ☐ 3 leicht verschlechtert
- ☐ 4 deutlich verschlechtert
- ☐ 7 wesentlich verschlechtert

136 Prognose

- ☐ 0 günstige Prognose
- ☐ 1 eher günstige Prognose
- ☐ 2 eher ungünstige Prognose
- ☐ + ungünstige Prognose
- ☐ 9 unbekannt, nicht beantwortbar
(wenn Beurteiler Patienten nicht kennt)

Arzt

140 Arbeitsfähigkeit unmittelbar vor Betreuungsbeginn

- ☐ 0 arbeitsfähig
- ☐ 1 arbeitsunfähig
- ☐ 2 Hausfrau/Hausmann
- ☐ 9 Beurteilung nicht erforderlich
(z.B. Altersrentner)

141 Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten zwölf Monate vor Betreuungsbeginn

- ☐ 0 keine
- ☐ 1 bis unter 3 Monaten
- ☐ 2 3 bis unter 6 Monate
- ☐ 3 6 und mehr Monate
- ☐ 9 nicht erwerbstätig

142 Dauer der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit unmittelbar vor Betreuungsbeginn

Wochen

143 Leistungsfähigkeit im letzten Beruf vor Betreuungsbeginn eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit

- ☐ 0 lag bei Betreuungsbeginn nicht vor
- ☐ 1 6 Stunden und mehr
- ☐ 2 3 bis unter 6 Stunden
- ☐ 3 unter 3 Stunden
- ☐ 9 keine Angabe erforderlich

144 Leistungsfähigkeit allgemein vor Betreuungsbeginn eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit

- ☐ 0 lag bei Betreuungsbeginn nicht vor
- ☐ 1 6 Stunden und mehr
- ☐ 2 3 bis unter 6 Stunden
- ☐ 3 unter 3 Stunden
- ☐ 9 keine Angabe erforderlich

145 Aufnahmezustand

- ☐ 0 vor Aufnahme entgiftet
- ☐ 1 nicht entgiftet
- ☐ 2 Entgiftung nicht erforderlich
- ☐ 9 unbekannt

146 Suchtmittel bei Aufnahme

- ☐ 0 suchtmittelfrei bei Aufnahme
- ☐ 1 nicht suchtmittelfrei bei Aufnahme
- ☐ 9 unbekannt

147 Bisherige stationäre Entgiftungsbehandlungen

--	--

149 Bisherige Substitutionsbehandlungen

--	--

151 bisherige ambulante Entwöhnungsbehandlungen

--	--

153 bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlungen

--	--

155 bisherige teilstationäre Entwöhnungsbehandlungen

--	--

148 Abschluss der letzten stationären Entgiftungsbehandlung

☐	1 planmäßig
☐	2 unplanmäßig
☐	3 unbekannt

150 Abschluss der letzten Substitutionsbehandlung

☐	1 planmäßig
☐	2 unplanmäßig
☐	3 unbekannt

152 Abschluss der letzten ambulanten Entwöhnungsbehandlung

☐	1 planmäßig
☐	2 unplanmäßig
☐	3 unbekannt

154 Abschluss der letzten stationären Entwöhnungsbehandlung

☐	1 planmäßig
☐	2 unplanmäßig
☐	3 unbekannt

156 Abschluss der letzten teilstationären Entwöhnungsbehandlungen

☐	1 planmäßig
☐	2 unplanmäßig
☐	3 unbekannt

157 Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende

☐	0 Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen oder gestorben
☐	1 arbeitsfähig
☐	2 arbeitsunfähig
☐	3 Hausfrau/Hausmann
☐	4 Beurteilung nicht erforderlich (z.B. Altersrentner)

158 interkurrente Arbeitsunfähigkeit bei Betreuungsende

☐	0 keine Arbeitsunfähigkeit
☐	1 arbeitsunfähig, jedoch nicht interkurrent
☐	2 interkurrent arbeitsunfähig wegen stufenweiser Wiedereingliederung
☐	3 interkurrent arbeitsunfähig wegen kurzfristiger akuter Erkrankung
☐	4 Beurteilung nicht erforderlich (z.B. Altersrentner)

159 Leistungsfähigkeit für letzten Beruf bei Betreuungsende

☐	1 6 Stunden und mehr
☐	2 3 bis unter 6 Stunden
☐	3 unter 3 Stunden
☐	4 keine Angaben erforderlich

160 Leistungsfähigkeit allgemein bei Betreuungsende

☐	1 6 Stunden und mehr
☐	2 3 bis unter 6 Stunden
☐	3 unter 3 Stunden
☐	4 keine Angaben erforderlich

161 Entlassungsform

☐	0 regulär
☐	1 vorzeitig auf ärztliche Veranlassung
☐	2 vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis
☐	3 vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis
☐	4 disziplinarisch
☐	5 verlegt
☐	6 Wechsel zu ambulanten/teilstationären/teilstationärer Rehabilitation
☐	7 gestorben

162 Diagnosen

	ICD 10				Seitenlokalisierung	Diagnosesicherheit	Behandlungsergebnis
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Seitenlokalisierung

- B Beidseitig
- L Linkseitig
- R Rechtseitig

Sicherheit

- A Ausgeschlossene Diagnose
- G Gesicherte Diagnose
- V Verdachtsdiagnose
- Z Zustand nach

Ergebnis

- 0 trifft nicht zu
- 1 gebessert
- 2 unverändert
- 3 verschlechtert

Risikofaktoren

1 Raucher ?

- ☐ 1 Ja
- ☐ 2 Nein

3 Wieviele Zigaretten pro Tag im Durchschnitt (Angaben nur für Zigaretten)

- ☐ 1 Bis 10 Zigaretten
- ☐ 2 11 bis 20 Zigaretten
- ☐ 3 21 bis 30 Zigaretten
- ☐ 4 31 und mehr Zigaretten
- ☐ 5 Trifft nicht zu

4 Besteht ein Änderungswunsch für den derzeitigen Konsum

- ☐ 0 Kein Änderungswunsch
- ☐ 1 Ja, Reduktion
- ☐ 2 Ja, ganz aufhören
- ☐ 3 Trifft nicht zu

2 Art des Tabakkonsums

Mehrfachnennung möglich

- ☐ 1 Zigaretten
- ☐ 2 Zigarren / Zigarillos
- ☐ 3 Pfeife
- ☐ 4 Kautabak
- ☐ 5 Schnupftabak
- ☐ 6 Anders
- ☐ 7 Trifft nicht zu

5 Hat sich der Tabakkonsum verändert während der Behandlung

- ☐ 0 Keine Änderung
- ☐ 1 Ja, reduziert
- ☐ 2 Ja, ganz aufgehört
- ☐ 3 Ja, erhöht
- ☐ 4 Trifft nicht zu

Anhang 4

Katamneseanschreiben

Diakonie-Krankenhaus
Harz GmbH - Brockenstr. 1 – 38875 Elbingerode

**DIAKONIE-
KRANKENHAUS
ELBINGERODE**

Zertifiziert nach
KTQ + proCum Cert

Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband

*

Ihre Zeichen	Unsere Zeichen	Telefon	Fax	Datum
Ihre Nachricht vom	Unsere Nachricht vom	(039454)	(039454)	

Innere Medizin

Psychotherapeutische
Medizin

Psychiatrie

Rehabilitation Sucht

Sehr geehrter Herr Mustermann

vor einiger Zeit waren Sie in unserer Klinik in Behandlung und wir hoffen, dass Sie auch aus jetziger Sicht Ihre Entscheidung für die Therapie als richtig und gut einschätzen. Als Fachklinik für die Behandlung von Suchterkrankungen sind wir angehalten und auch interessiert zu erfahren, ob und wie weit die Behandlung für Sie förderlich war. Wir befragen deshalb unsere früheren Patienten im Abstand von ca. einem und vier Jahren nach Beendigung der Behandlung. Unser Anliegen ist, so Hinweise zu bekommen, in welchen Bereichen unsere Behandlung zu verbessern ist. Von Ihren Erfahrungen profitieren dann die zukünftigen Patienten. Deshalb möchten wir Sie bitten, diese ca. 15 Minuten zu investieren und uns zu helfen, damit wir besser helfen können, herzlichen Dank.

Es wurde versucht, den Fragebogen verständlich zu gestalten. Bei jeder Frage steht ein Hinweis, wie sie auszufüllen ist. Bitte kreuzen Sie das oder die zutreffenden Kästchen an. An einigen Stellen bitten wir Sie, auch zusätzliche Anmerkungen zu machen. Kommentare zum Fragebogen oder andere Dinge, die Sie uns mitteilen wollen, können Sie auch in den Rückumschlag legen. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus.

Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden - entsprechend den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Umschlag und schicken Sie diesen an unsere Klinik zurück. Das Porto übernehmen selbstverständlich wir.

Wenn sich noch Fragen ergeben sollten, antworten wir gerne.

Noch einmal danke für Ihre Mitarbeit, wir grüßen herzlich und wünschen Ihnen einen guten Weg.

Im Auftrag der Mitarbeiter

Ihr

Dr. med. Richter
FA für Neurologie
und Psychiatrie
(Ltd. Chefarzt)

Diakonie-Krankenhaus
Harz GmbH
Brockenstr. 1
38875 Elbingerode

Geschäftsführer
Martin Montowski
Anita Rost

Vorsitzender des
Aufsichtsrates:
Andreas Heinemann

Handelsregister:
Amtsgericht
Magdeburg
HRB 8777

Nachbefragungsbogen (AHG – Wissenschaftsrat, 2002 – Programmversion 1.0; schriftliche Form übernommen aus dem Patfak für Windows – Handbuch, Stand 31.12.2004)

Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH

- Medizinische Rehabilitation Sucht –
Brockenstr. 1, 38875 Elbingerode

Datum :

Code – Nummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?

(Eine Antwort ist möglich)

ledig	☐ 1	verwitwet	☐ 4
verheiratet; zusammenlebend	☐ 2	geschieden	☐ 5
verheiratet; getrenntlebend	☐ 3		

2. Wie sah im letzten halben Jahr Ihre Tätigkeit aus?

(Eine Antwort ist möglich)

Auszubildende /r	☐ 1	Mithelfende/r Familien-Angehörige/r	☐ 8
Arbeitsbeschaffungs-Maßnahme (ABM)	☐ 2	Erwerbslose/r	☐ 9
Angestellte /r	☐ 3	Schüler/in, Student/in	☐ 10
Beamter / in	☐ 4	Hausfrau/-mann	☐ 11
Arbeiter / in	☐ 5	Rentner/in, Pensionär/in	☐ 12
Facharbeiter / in	☐ 6	Sonstiges :	☐ 13
Selbständige /r, Freiberufler/in	☐ 7		

3. Wenn Sie im letzten halben Jahr arbeitslos waren, wie viele Monate sind/waren Sie es?

	Monate
--	--------

4. Haben Sie im letzten halben Jahr folgende Ausbildungen oder Maßnahmen begonnen/beendet?

(Pro Zeile ist eine Antwort möglich) bitte ankreuzen

Ausbildung	keine	noch in...	abgebrochen	abgeschlossen
Schulausbildung				
Berufsausbildung (Lehre)				
Berufsbildende Maßnahme *				

*berufsbildende Maßnahmen sind z.B. EDV- Kurse und Lehrgänge für Kurzschrift oder Maschinenschreiben usw.

5. **Wovon haben Sie im letzten halben Jahr Ihren Lebensunterhalt überwiegend bestritten?**

(Eine Antwort ist möglich)

Erwerbstätigkeit	☐ 1	Ausbildungsbeihilfe	☐ 7
Krankengeld	☐ 2	Sozialhilfe	☐ 8
Übergangsgeld	☐ 3	Angehörige/r	☐ 9
Arbeitslosengeld	☐ 4	Vermögen	☐ 10
Arbeitslosenhilfe	☐ 5	Sonstiges	☐ 11
Rente/ Pension	☐ 6		

6. **Wie zufrieden waren Sie im letzten halben Jahr mit Ihrer beruflichen/ schulischen Situation?**

(bitte geben Sie auch Auskunft, wenn Sie im letzten halben Jahr nicht erwerbstätig waren z.B. Hausfrau/-mann, Rentner/in, Schüler/in, arbeitslos)

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
wesentlich
verbessert	verbessert	gleichbleibend	verschlechtert	wesentlich
verschlechtert

7. **Wie bewerten Sie insgesamt seit Beendigung der Behandlung in unserer Einrichtung Ihre berufliche/schulische Situation?**

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
wesentlich
verbessert	verbessert	gleichbleibend	verschlechtert	wesentlich
verschlechtert

8. **Mit wem haben Sie im letzten halben Jahr zusammengelebt**

(Mehrere Antworten sind Möglich)

Partner/in	☐ 1	Freunden/Bekannten	☐ 5
Kind/ern	☐ 2	Sonstigen	☐ 6
Eltern	☐ 3	Trifft nicht zu, lebe allein	☐ 7
Anderen Angehörigen	☐ 4		

9. Wo haben Sie im letzten halben Jahr gewohnt?

(Eine Antwort ist möglich)

In eigener/gemieteter Wohnung/Haus	☐ 1	Heim/Anstalt/Klinik	☐ 4
In anderer Wohnung	☐ 2	In Straf-/Untersuchungshaft	☐ 5
Betreutes Wohnen	☐ 3	Wohnungslos	☐ 6
		Sonstiges	☐ 7

10. Wie zufrieden waren Sie im letzten halben Jahr mit Ihrer Wohnsituation?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
wesentlich verbessert	verbessert	gleichbleibend	verschlechtert	wesentlich verschlechtert

11. Wie zufrieden waren Sie im letzten halben Jahr mit Ihrer körperlichen Verfassung?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
wesentlich verbessert	verbessert	gleichbleibend	verschlechtert	wesentlich verschlechtert

12. Wie zufrieden waren Sie im letzten halben Jahr mit Ihrer seelischen Verfassung

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
wesentlich verbessert	verbessert	gleichbleibend	verschlechtert	wesentlich verschlechtert

13. In welcher Partnerbeziehung haben Sie im letzten halben Jahr gelebt?

(Eine Antwort ist möglich)

Alleinstehend	☐ 1
Zeitweilige Beziehung (en)	☐ 2
Feste Beziehung	☐ 3

14. Wie zufrieden waren Sie im letzten halben Jahr mit Ihrer Ehe/Partner-Situation?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
wesentlich verbessert	verbessert	gleichbleibend	verschlechtert	wesentlich verschlechtert

17. Haben Sie seit Beendigung der Behandlung in unserer Einrichtung, bzw. im letzten halben Jahr Suchtmittel zu sich genommen?

Wir bitten Sie, in dieser Frage Auskunft über Ihren Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum zu geben.

Gehen Sie bitte Zeile für Zeile vor und beantworten Sie die Fragen für jedes Suchtmittel getrennt. Beantworten Sie erst die Fragen, ob Sie Suchtmittel dieser Art genommen haben. Wenn Sie mit „ja“ antworten, beantworten Sie bitte auch alle anderen Fragen der Zeile und gehen dann zur nächsten Zeile über. Wenn Sie mit „nein“ geantwortet haben, können Sie gleich zur nächsten Zeile gehen. Bei Medikamenten- und/oder Drogenkonsum bitten wir Sie in Frage 18 um genauere Angaben zu den konsumierten Substanzen.

(Mehrere Antworten sind möglich)

Art des Suchtmittels	Haben Sie Suchtmittel dieser Art genommen ?	Wie viele Wochen sind Sie <u>nach Behandlungsende</u> durchgehend abstinent geblieben ?	Wie viele Wochen sind Sie <u>im letzten halben Jahr</u> durchgehend abstinent geblieben ?	Seit wie vielen Wochen sind Sie jetzt wieder durchgehend abstinent ?
<i>Alkohol</i>	ja nein ☐ ☐			
<i>suchterzeugende Medikamente</i> <u>Gegen bzw. ohne</u> Anordnung durch den Arzt	ja nein ☐ ☐			
Drogen	ja nein ☐ ☐			
Tabak	ja nein ☐ ☐			

18. Wenn Sie Medikamente (in nicht bestimmungsmäßigem Gebrauch) und/oder Drogen im letzten halben Jahr zu sich genommen haben, welche Suchtmittel waren dies?

(Mehrere Antworten sind möglich)

Heroin.....	☐	Kokain.....	☐
Methadon.....	☐	Crack.....	☐
Codein-Präparate.....	☐	Andere kokainhaltige Mittel.....	☐
Sonstige opiathaltige Mittel.....	☐	Aufputschmittel.....	☐
Haschisch/Marihuana.....	☐	LSD.....	☐
Schlafmittel.....	☐	Mescaline.....	☐
Beruhigungsmittel.....	☐	Sonstige Designer Drugs.....	☐
Schmerzmittel.....	☐	andere psychoaktive Substanzen, wenn ja, welche.....	☐

19. Falls Sie im letzten halben Jahr Suchtmittel (ausgenommen Nikotin) konsumiert haben, welche Situationen/Bedingungen/Einstellungen haben dazu beigetragen?

(Mehrere Antworten sind Möglich)

Situation im Arbeitsleben..... ☐	Direkte Suchtmittelangebote..... ☐
Situation in der Partnerschaft / Familie..... ☐	Konsum, um positive Wirkungen/ Gefühle zu erzielen..... ☐
Gesundheitliche Probleme..... ☐	Konsum, um Willensstärke zu testen..... ☐
Gesteigertes Verlangen nach..... ☐
Suchtmitteln	Konsum wegen freudiger Ereignisse, gehobener Stimmung und Glücksgefühlen..... ☐
Probleme mit Polizei und Justiz.... ☐	Konsum ist für mich kein Problem..... ☐
Streit, Ärger, Frust..... ☐	Sonstiges..... ☐
Langeweile..... ☐	
Isolation, Einsamkeit..... ☐	

20. Wie beschreiben Sie selbst im letzten halben Jahr Ihren Umgang mit Suchtmitteln (ausgenommen Nikotin)?

(Eine Antwort ist möglich)

Kein Suchtmittelkonsum mehr ☐ 1	Täglicher/ fast täglicher Konsum ☐ 3
Nur gelegentlicher Konsum ☐ 2	Täglicher mehrmaliger Konsum ☐ 4

21. Sind Sie seit Beendigung der Behandlung in unserer Einrichtung im Zusammenhang mit Suchtmitteln verurteilt worden?

(Mehrere Antworten sind möglich)

Keine Verurteilung ☐	Delikte gegen Personen ☐
Verkehrsdelikte
Führerscheinentzug ☐	Beschaffungsdelikte ☐
Sachbeschädigung ☐	BtM-Delikte ☐

22. Haben Sie im letzten halben Jahr Eßstörungen gehabt und/oder an Automaten gespielt, bzw. an Glücksspielen teilgenommen ?

(Mehrere Antworten sind möglich)

	Haben Sie nichtstoff-gebundene Formen des Konsums/Sucht-verhaltens gehabt ?	Wie viele Wochen sind Sie <u>im letzten halben Jahr</u> durchgehend „abstinent“ geblieben ?	Seit wie vielen Wochen sind Sie <u>jetzt</u> wieder durchgehend „abstinent“ ?
Eßstörungen	☐ nein ☐ ja		
Pathologisches Spielen	☐ nein ☐ ja		

23. Geben Sie bitte an, wie häufig Sie im letzten halben Jahr eine oder mehrere der genannten Institutionen aufgesucht haben.

(Mehrere Antworten sind möglich)

	1x pro Woche oder öfter	2- 3x pro Monat	1x pro Monat	seltener als 1x pro Monat	nie aufgesucht
Selbsthilfegruppe, welche :	☐	☐	☐	☐	☐
Beratungsstelle/ Ambulanz	☐	☐	☐	☐	☐
Niedergelassene/r Psychotherapeut/in	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges, bitte angeben :					
Stationäre Entgiftung	Anzahl :				
	von... (Angabe in Monat/Jahr)			bis... (in Monat/Jahr)	
Stationäre Entwöhnung					
Adaption					
Stationäre Nachsorge					
Tages-/Nachtklinik					
Jugendhilfewohngruppe					
Betreutes Wohnen					
Sonstiges, bitte angeben :					

24. Welches Ziel im Umgang mit dem/den Suchtmittel/n, wegen dem/denen Sie behandelt wurden, haben Sie für sich selbst festgelegt?

(Eine Antwort ist möglich)

- Kein Suchtmittelkonsum ☐ 1 Kontrollierter Konsum ☐ 3
- Konsum nur bei besonderen Gelegenheiten (Feste, offizielle Anlässe) ☐ 2 Konsum ohne Einschränkung ☐ 4

25. Wie haben Sie es geschafft, Ihre selbstgesetzten Ziele im Umgang mit dem/den Suchtmittel/n, wegen dem/denen Sie behandelt wurden, zu erreichen?
(Mehrere Antworten sind möglich)

Es ist mir nicht gelungen, meine Ziele zu erreichen	☐	Durch Unterstützung von Betrieb und/oder Kollegen/innen	☐
Der Grund ist mir selbst nicht erklärlich	☐	Durch Unterstützung von Arzt und/oder Beratungsstelle	☐
Durch eigenen Willen	☐	Durch Unterstützung einer Selbsthilfegruppe	☐
Durch Unterstützung von Partner/in und/oder Familie	☐	Durch Anderes und zwar :	☐

26. Wie würde ein Ihnen nahestehender Mensch Ihre jetzige Lebenssituation beurteilen?

☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
wesentlich verbessert	verbessert	gleichbleibend	verschlechtert	wesentlich verschlechtert

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Raum für Bemerkungen, Mitteilungen :

Anhang 5

Tabellen

Im Folgenden finden sich alle Tabellen der Rohdaten der linearen und der logistischen Regressionen aus der Untersuchung auf Prädiktoren für den Behandlungserfolg von Alkoholabhängigen des Jahrgangs 2004 des Diakoniekrankenhauses Harz GmbH. Sie beziehen sich auf die Tabelle 3 im Text und enthalten die dort aufgeführten Einzelwerte.

Zugang und Entlassform

Tabelle 4: Zugang und Entlassform – Zusammenfassung der Fallverarbeitung der logistischen Regression

Zusammenfassung der Fallverarbeitung			
		N	Prozent
Ausgewählte Fälle	Einbezogen in Analyse	268	61,8
	Fehlende Fälle	166	38,2
	Gesamt	434	100,0
Nicht ausgewählte Fälle		0	,0
Gesamt		434	100,0

Tabelle 5: Zugang und Entlassform – Codierung der abhängigen Variablen der logistischen Regression

Codierung abhängiger Variablen		
Ursprünglicher Wert		Interner Wert
Entlassform	irregulär entlassen	0
	regulär entlassen	1

Tabelle 6: Zugang und Entlassform – Modellzusammenfassung der logistischen Regression; „Schritt 1“ deutet darauf hin, dass die logistische Regression durchgeführt wurde. Nagelkerkes R-Quadrat besagt hier, dass durch die im Modell zusammengefassten Variablen immerhin 53,4 % der gemeinsamen Varianz aufgeklärt werden.

Modellzusammenfassung	
Schritt	Nagelkerkes R-Quadrat
1	,534

Tabelle 7: Zugang und Entlassform – Klassifizierungstabelle der logistischen Regression; „a“: der Trennwert lautet 0,500; die Tabelle gibt die Übereinstimmung zwischen der aus dem Modell vorhergesagten Entlassform und der beobachteten Entlassform wieder

Klassifizierungstabelle^a				
Beobachtet		Vorhergesagt		
		Entlassform		Prozentsatz der Richtigen
		irregulär entlassen	regulär entlassen	
Entlassform	irregulär entlassen	15	14	51,7
	regulär entlassen	1	238	99,6
Gesamtprozentsatz				94,4

Tabelle 8: Zugang und Entlassform - Variablen in der Gleichung nach durchgeführter logistischer Regression

Legende:

- „a“ = „Schritt 1“ gibt an, dass die logistische Regression durchgeführt wurde
- „RegressionskoeffizientB“ = gibt die Richtung des Effekts auf die abhängige Variable bei Erhöhung des Werts der unabhängigen Variablen um „1“ an
- „Wald“ = statistischer Test für die multiple Regressionsanalyse, der aus dem Verhältnis „Regressionskoeffizient B zum Quadrat / Standardfehler zum Quadrat“ das Signifikanzniveau (= „Sig.“) errechnet
- „df“ = Freiheitsgrade
- „Exp(B)“ = gibt die Änderung des Chancenverhältnisses an bei Erhöhung der unabhängigen Variablen, wobei Werte > 1 eine Erhöhung des Effekts bedeuten, Werte < 1 eine Verminderung
- Grau hinterlegt sind die Variablen der Hypothese 1, darauf folgen die Variablen der Hypothese 2
- Als Dummy-Variablen gingen in die Berechnung ein: „Auflage“ („Auflage“ erhielt den Wert „1“), „Geschlecht“ („weiblich“ = „1“), „Wiederaufnahme“ („Ja“ = „1“), „Zuvor suchtbezogene Hilfe (erhalten)“ („Ja“ = „1“)
- In Dummy-Variablen umgewandelte kategoriale Variablen sind: „Motivationslage“ (Referenzkategorie (=RK) „Eigenmotiviert“), „Dauer_Arbeitslosigkeit“ (RK „Arbeitslosigkeit < 1 Monat“), „Erwerbssituation_Anfang“ (RK „erwerbstätig“), „Schulabschluss“ (RK „Abitur/(Fach)Hochschulreife“), „Kostenträger“ (RK „Bundesversicherungsanstalt für Angestellte“), „Familienstand“ (RK „verheiratet, zusammenlebend“)
- Alle anderen Variablen sind metrischer Natur
- „IQ“ = Intelligenzquotient, abgeschätzt anhand des Wortschatztests
- „c.I.-Skala“ = Skala zur Erfassung cerebraler Insuffizienzen
- „PSSI“ = Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar
- „LVA“ = Landesversicherungsanstalt, der frühere Name der regionalen Rentenversicherungen

Variablen in der Gleichung									
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95 % Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 ^a	Auflage "Auflage"	= 1,082	0,737	2,155	1	0,142	2,951	0,696	12,511
	Motivationslage			19,04	2	0			
	Ambivalenz-Motivation	-2,194	0,767	8,173	1	0,004	0,111	0,025	0,502
	Fremd-Motivation	-4,46	1,057	17,818	1	0	0,012	0,001	0,092

Fortsetzung Tabelle 8: Zugang und Entlassform - Variablen in der Gleichung nach durchgeführter logistischer Regression

Variablen in der Gleichung									
		Regres- sionsko- effizientB	Standard- fehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95 Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 ^a	Alter bei Aufnahme	-0,116	0,057	4,077	1	0,043	0,891	0,796	0,997
	Wartezeit	-0,001	0,006	0,027	1	0,869	0,999	0,988	1,01
	Geschlecht "weiblich"	-0,327	0,948	0,119	1	0,73	0,721	0,112	4,623
	Wortschatz IQ	-0,014	0,038	0,142	1	0,706	0,986	0,915	1,062
	Verbalgedächtnis	-0,244	0,165	2,186	1	0,139	0,783	0,567	1,083
	ci-Skala	0,023	0,05	0,207	1	0,649	1,023	0,927	1,129
	PSSI (Selbstunsicherheit)	-0,024	0,056	0,185	1	0,667	0,976	0,874	1,09
	PSSI (spontan-borderline)	-0,048	0,058	0,681	1	0,409	0,953	0,851	1,068
	Abhängigkeitsdauer	-0,047	0,05	0,906	1	0,341	0,954	0,865	1,051
	Dauer_Arbeitslosigkeit			7,082	2	0,029			
	Dauer_Arbeitslosigkeit: 1 bis 12 Monate	-3,557	1,592	4,996	1	0,025	0,029	0,001	0,645
	Dauer_Arbeitslosigkeit: > 12 Monate	-4,521	1,703	7,047	1	0,008	0,011	0	0,306
	Erwerbssituation_Anfang			10,638	3	0,014			
	Erwerbssituation: erwerbslos	3,234	1,068	9,17	1	0,002	25,374	3,129	205,761
	Erwerbssituation: berentet	44,888	1,48E+08	0	1	1	3,12E+19	0	.
	Erwerbssituation: Sonstiges	8,058	3,106	6,73	1	0,009	3159,816	7,173	1391893,96
	Schulabschluss			6,807	6	0,339			
	Schule: keine Angaben	-55,502	2,38E+08	0	1	1	0	0	.
	Schule: ohne Schulabschluss	35,322	1,68E+08	0	1	1	2,19E+15	0	.
	Schule: Sonderschulabschluss	33,924	1,19E+08	0	1	1	5,41E+14	0	.

Fortsetzung Tabelle 8: Zugang und Entlassform - Variablen in der Gleichung nach durchgeführter logistischer Regression

Variablen in der Gleichung									
		Regres- sionsko- effizientB	Standard- fehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95 Konfidenzintervall für EXP(B)	%
	Schule: Hauptschulabschl uss	-2,569	1,884	1,86	1	0,173	0,077	0,002	3,074
	Schule: Realschule/Polyte chnische Oberschule	-2,833	1,771	2,558	1	0,11	0,059	0,002	1,894
	Schule: Anderer Schulabschluss	-8,807	3,395	6,728	1	0,009	0	0	0,116
	Kostenträger			0,965	6	0,987			
	Kostenträger: Andere	-0,297	2,144	0,019	1	0,89	0,743	0,011	49,649
	Kostenträger: Andere LVAen	37,138	1,93E+08	0	1	1	1,35E+ 16	0	.
	Kostenträger: Krankenkassen	40,574	1,21E+08	0	1	1	4,18E+ 17	0	.
	Kostenträger: Bahn/Knappschaft /See	-0,302	1,242	0,059	1	0,808	0,74	0,065	8,438
	Kostenträger: LVA Sachsen-Anhalt	0,017	0,912	0	1	0,985	1,017	0,17	6,072
	Kostenträger: LVA Thüringen	1,061	1,335	0,632	1	0,427	2,89	0,211	39,583
	Familienstand			7,929	4	0,094			
	Familienstand: verheiratet getrennt lebend	-1,953	1,64	1,419	1	0,233	0,142	0,006	3,526
	Familienstand: ledig	-4,482	1,717	6,817	1	0,009	0,011	0	0,327
	Familienstand: geschieden	-2,963	1,431	4,289	1	0,038	0,052	0,003	0,853
	Familienstand: verwitwet	30,771	1,67E+08	0	1	1	2,31E+ 13	0	.
	Wiederaufnahme = "Ja" (Dummy)	-0,357	0,692	0,266	1	0,606	0,7	0,18	2,717

Fortsetzung Tabelle 8: Zugang und Entlassform - Variablen in der Gleichung nach durchgeführter logistischer Regression

Variablen in der Gleichung									
		Regres- sionsko- effizientB	Standard- fehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95 Konfidenzintervall für EXP(B)	%
	Zuvor suchtbezogene Hilfe = "Ja" (Dummy)	2,437	1,272	3,67	1	0,055	11,443	0,945	138,541
	Körperbezogene Komorbidität	0,649	0,893	0,528	1	0,467	1,913	0,333	11
	Psychische Erkrankungen	0,808	1,095	0,545	1	0,461	2,244	0,262	19,207
	Alkoholbezogene Erkrankungen	3,406	1,646	4,283	1	0,039	30,13	1,197	758,132
	Zweite Suchtdiagnose (ohne Tabak- abhängigkeit)	-0,542	1,278	0,18	1	0,671	0,581	0,047	7,123
	Tabak- abhängigkeit	-0,466	1,119	0,173	1	0,677	0,628	0,07	5,631
	Persönlichkeits- störung	0,127	1,226	0,011	1	0,918	1,135	0,103	12,552
	Intelligenz- minderung	39,995	1,60E+08	0	1	1	2,34E+ 17	0	.
	Konstante	19,957	7,698	6,721	1	0,01	4,65E+ 08		

Zugang und Therapieergebnis

Tabelle 9: Zugang und Therapieergebnis – Deskriptive Statistiken

Angegeben werden jeweils Mittelwert und Standardabweichung sowie mit N = 230 die Anzahl der in die linearen Regressionsanalyse einbezogenen Fälle.

Legende:

- In der ersten Zeile befindet sich die Outcome-Variable; grau hinterlegt sind die Variablen der Hypothese 1, darauf folgen die Variablen der Hypothese 2
- Als Dummy-Variablen gingen in die Berechnung ein: „Auflage“ („Auflage“ erhielt den Wert „1“), „Geschlecht“ („weiblich“ = „1“), „Wiederaufnahme“ („Ja“ = „1“), „Zuvor suchtbezogene Hilfe erhalten“ („Ja“ = „1“)
- In Dummy-Variablen umgewandelte kategoriale Variablen sind „Motivationslage“ (Referenzkategorie (=RK) „Eigenmotiviert“), „Kostenträger“ (RK „Bundesversicherungsanstalt für Angestellte“), „Familienstand“ (RK „verheiratet, zusammenlebend“), „Schule“ (=Schulabschluss; RK „Abitur/(Fach)Hochschulreife“), „Erwerbssituation“ (zu Therapiebeginn; RK „erwerbstätig“), „Dauer_Arbeitslosigkeit“ (RK „Arbeitslosigkeit < 1 Monat“) – die Referenzkategorien tauchen bei der multiplen linearen Regression nicht sichtbar auf, weil sie mit „0“ kodiert wurden
- Alle anderen Variablen sind metrischer Natur
- „IQ“ = Intelligenzquotient, abgeschätzt anhand des Wortschatztests
- „c.I.-Skala“ = Skala zur Erfassung cerebraler Insuffizienzen
- „C-Werte“ und „T-Werte“ = geben Auskunft darüber, in welchem Verhältnis sich der Testwert eines Patienten zur Normstichprobe des Tests befindet
- „PSSI“ = Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar
- „LVA“ = Landesversicherungsanstalt, der frühere Name der regionalen Rentenversicherungen

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Outcome-Variable: Therapieergebnis (Rating von 1 bis 4)	2,27	0,75	230
Auflage = "Auflage"	0,7652	0,42479	230
Motivationslage_Ambivalenz-Motivation	0,1783	0,38357	230
Motivationslage_Fremd-Motivation	0,113	0,31734	230
Alter bei Aufnahme	43,66	8,121	230
Wartezeit (in Tagen)	88,26	64,363	230
Geschlecht 0=m, 1=w	0,23	0,422	230
Wortschatz IQ	97,33	10,983	230
Verbalgedächtnis (C-Werte)	3,73	2,099	230
ci-Skala (Anzahl Beschwerden)	15,05	8,943	230
PSSI (Selbstunsicherheit) (T-Werte)	55,05	8,82	230
PSSI (spontan-borderline) (T-Werte)	52,96	8,503	230
Abhängigkeitsdauer (in Jahren)	12,62	7,147	230

Fortsetzung Tabelle 9: Zugang und Therapieergebnis – Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Kostenträger_Andere	0,0217	0,14615	230
Kostenträger_Krankenkasse	0,0522	0,22286	230
Kostenträger_BahnKnappschaftSee	0,087	0,28239	230
Kostenträger_LVA_Sachsen-Anhalt	0,5391	0,49955	230
Kostenträger_LVA_Thüringen	0,0435	0,20438	230
Kostenträger_LVA_Andere	0,0304	0,17216	230
Familienstand_ledig	0,3043	0,46113	230
Familienstand_verheiratet – getrennt lebend	0,0696	0,25497	230
Familienstand_geschieden	0,313	0,46474	230
Familienstand_verwitwet	0	0	230
Familienstand_ohneAngaben	0	0	230
Schule_keine Angaben	0	0	230
Schule_ohne Schulabschluss	0,0304	0,17216	230
Schule_Sonderschulabschluss	0,0217	0,14615	230
Schule_Hauptschulabschluss	0,2348	0,42479	230
Schule_Realschule/Polytechnische Oberschule 10. Klasse	0,5957	0,49184	230
Erwerbssituation_erwerbslos	0,6304	0,48374	230
Erwerbssituation_berentet	0,0565	0,23143	230
Erwerbssituation_Sonstiges	0,0217	0,14615	230
Dauer_Arbeitslosigkeit: 1 bis 12 Monate	0,213	0,41035	230
Dauer_Arbeitslosigkeit: > 12 Monate	0,5043	0,50107	230
Wiederaufnahme = "Ja" (Dummy)	0,2435	0,43012	230
Zuvor suchtbezogene Hilfe erhalten = "Ja" (Dummy)	0,8957	0,30638	230
Körperbezogene Komorbidität (Anzahl)	1,8522	0,84361	230
Psychische Erkrankungen (Anzahl)	0,7	0,61389	230
Alkoholbezogene Erkrankungen (Anzahl)	0,0913	0,28867	230
Zweite Suchtdiagnose (ohne Tabakabhängigkeit) (Anzahl)	0,087	0,29745	230
Tabakabhängigkeit (Anzahl)	0,6174	0,48708	230
Persönlichkeitsstörung (Anzahl)	0,5696	0,50494	230
Intelligenzminderung (Anzahl)	0,0174	0,13101	230

Tabelle 10: Zugang und Therapieergebnis – Modellzusammenfassung der linearen Regression der im Modell zusammengefassten unabhängigen Variablen

Legende:

- „R-Quadrat“ = die erklärte Varianz durch die im Modell zusammengefassten unabhängigen Variablen
- „R“ = die Wurzel aus R-Quadrat, entspricht dem multiplen Korrelationskoeffizienten der abhängigen Variable mit den unabhängigen Variablen
- „F“ = wird bei den Änderungsstatistiken zur Berechnung des statistischen F-Tests benötigt und ergibt die Signifikanz (= „Sig.“) des Gesamtmodells
- „df“ = Freiheitsgrade

Modellzusammenfassung									
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Änderungsstatistiken				
					Änderung in R-Quadrat	Änderung in F	df1	df2	Sig. Änderung in F
	,558	0,311	0,17	0,683	0,311	2,204	39	190	0,000

Tabelle 11: Zugang und Therapieergebnis – Koeffizienten nach erfolgter linearer Regressionsanalyse

Legende:

- „a“ = die abhängige Variable ist das „Therapieergebnis“
- „Regressionskoeffizient B“ = gibt die Richtung des Effekts auf das Therapieergebnis bei Erhöhung der jeweiligen unabhängigen Variable an
- „Standardisierte Koeffizienten: Beta“ = gibt an, um wie viel Standardabweichungseinheiten sich die abhängige Variable verändert, wenn die unabhängige Variable um eine Standardabweichungseinheit erhöht wird
- „T“ (in der Überschrift) = wird zur Berechnung des statistischen T-Tests benötigt und ergibt die Signifikanz (= „Sig.“) des jeweiligen Effekts auf die abhängige Variable
- „95, 0% Konfidenzintervalle für B“ = geben jeweils an, in welchem Wertebereich sich der unstandardisierte Regressionskoeffizient B mit 95 %-iger Wahrscheinlichkeit befindet
- Grau hinterlegt sind die Variablen der Hypothese 1, darauf folgen die Variablen der Hypothese 2
- Als Dummy-Variablen gingen in die Berechnung ein: „Auflage“ („Auflage“ erhielt den Wert „1“), „Geschlecht“ („weiblich“ = „1“), „Wiederaufnahme“ („Ja“ = „1“), „Zuvor suchtbezogene Hilfe erhalten“ („Ja“ = „1“)
- In Dummy-Variablen umgewandelte kategoriale Variablen sind „Motivationslage“ (Referenzkategorie (=RK) „Eigenmotiviert“), „Kostenträger“ (RK „Bundesversicherungsanstalt für Angestellte“), „Familienstand“ (RK „verheiratet, zusammenlebend“), „Schule“ (=Schulabschluss; RK „Abitur/(Fach)Hochschulreife“), „Erwerbssituation“ (zu Therapiebeginn; RK „erwerbstätig“), „Dauer_Arbeitslosigkeit“ (RK „Arbeitslosigkeit < 1 Monat“) – die Referenzkategorien tauchen bei der multiplen linearen Regression nicht sichtbar auf, weil sie mit „0“ kodiert wurden
- Alle anderen Variablen sind metrischer Natur
- „IQ“ = Intelligenzquotient, abgeschätzt anhand des Wortschatztests
- „c.I.-Skala“ = Skala zur Erfassung cerebraler Insuffizienzen
- „C-Werte“ und „T-Werte“ = geben Auskunft darüber, in welchem Verhältnis sich der Testwert eines Patienten zur Normstichprobe des Tests befindet
- „PSSI“ = Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar
- „LVA“ = Landesversicherungsanstalt, der frühere Name der regionalen Rentenversicherungen

[Werte der Tabelle 11 beginnen der Übersichtlichkeit halber auf der folgenden Seite.]

Fortsetzung Tabelle 11: Zugang und Therapieergebnis – Koeffizienten nach erfolgter linearer Regressionsanalyse

Koeffizienten ^a								
Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	95,0 % Konfidenzintervalle für B	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Untergrenze	Obergrenze
	(Konstante)	1,835	0,998		1,839	0,067	-0,133	3,804
	Auflage = "Auflage"	-0,068	0,132	-0,038	-0,513	0,609	-0,328	0,192
	Motivationslage_Ambivalenz-Motivation	0,112	0,139	0,057	0,806	0,421	-0,163	0,387
	Motivationslage_Fremd-Motivation	0,436	0,176	0,185	2,48	0,014	0,089	0,783
	Alter bei Aufnahme	0,008	0,008	0,084	0,969	0,334	-0,008	0,024
	Wartezeit (in Tagen)	-0,001	0,001	-0,085	-1,145	0,254	-0,003	0,001
	Geschlecht 0=m, 1=w	-0,37	0,142	-0,208	-2,609	0,010	-0,649	-0,09
	Wortschatz IQ	-0,006	0,006	-0,087	-0,997	0,320	-0,018	0,006
	Verbalgedächtnis	0,021	0,026	0,059	0,804	0,422	-0,03	0,072
	cl-Skala	-0,008	0,007	-0,096	-1,092	0,276	-0,023	0,007
	PSSI (Selbstunsicherheit)	-0,008	0,008	-0,088	-0,915	0,362	-0,024	0,009
	PSSI (spontan-borderline)	0,011	0,009	0,129	1,3	0,195	-0,006	0,029
	Abhängigkeitsdauer (in Jahren)	0,019	0,008	0,181	2,506	0,013	0,004	0,034
	Kostenträger_Andere	-0,266	0,348	-0,052	-0,763	0,446	-0,952	0,421
	Kostenträger_Krankenkasse	-0,002	0,263	-0,001	-0,008	0,994	-0,52	0,516
	Kostenträger_BahnKnappschaftSee	-0,008	0,207	-0,003	-0,037	0,971	-0,417	0,401

Fortsetzung Tabelle 11: Zugang und Therapieergebnis – Koeffizienten nach erfolgter linearer Regressionsanalyse

Koeffizienten ^a								
Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	95,0 % Konfidenzintervalle für B	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Untergrenze	Obergrenze
	Kostenträger_LVA_Sachsen-Anhalt	-0,036	0,14	-0,024	-0,261	0,795	-0,312	0,239
	Kostenträger_LVA_Thüringen	0,168	0,264	0,046	0,637	0,525	-0,352	0,689
	Kostenträger_LVA_Anderere	-0,338	0,303	-0,078	-1,114	0,267	-0,937	0,26
	Familienstand_ledig	0,273	0,156	0,168	1,749	0,082	-0,035	0,581
	Familienstand_verheiratet – getrennt lebend	-0,052	0,211	-0,018	-0,248	0,805	-0,468	0,363
	Familienstand_geschieden	0,116	0,144	0,072	0,804	0,422	-0,168	0,399
	Schule_ohne Schulabschluss	0,078	0,346	0,018	0,224	0,823	-0,606	0,761
	Schule_Sonderschulabschluss	0,777	0,44	0,151	1,767	0,079	-0,09	1,644
	Schule_Hauptschulabschluss	0,256	0,209	0,145	1,225	0,222	-0,156	0,669
	Schule_Realschule/PolYTECHNISCHE Oberschule 10. Klasse	0,129	0,166	0,085	0,779	0,437	-0,198	0,457
	Erwerbssituation_erwerbslos	0,061	0,174	0,039	0,351	0,726	-0,282	0,404
	Erwerbssituation_bereitet	-0,322	0,25	-0,099	-1,291	0,198	-0,815	0,17
	Erwerbssituation_Sonstiges	0,24	0,369	0,047	0,65	0,516	-0,488	0,968
	Dauer_Arbeitslosigkeit: 1 bis 12 Monate	0,029	0,178	0,016	0,162	0,872	-0,322	0,38
	Dauer_Arbeitslosigkeit: > 12 Monate	0,077	0,192	0,051	0,402	0,688	-0,301	0,455
	Wiederaufnahme "Ja"	-0,026	0,117	-0,015	-0,219	0,827	-0,255	0,204
	Zuvor suchtbezogene Hilfe erhalten = "Ja"	0,001	0,165	0,001	0,008	0,994	-0,324	0,326

Fortsetzung Tabelle 11: Zugang und Therapieergebnis – Koeffizienten nach erfolgter linearer Regressionsanalyse

Koeffizienten ^a								
Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	95,0 % Konfidenzintervalle für B	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Untergrenze	Obergrenze
	Körperbezogene Komorbidität	-0,035	0,167	-0,039	-0,207	0,837	-0,365	0,296
	Psychische Erkrankungen	0,131	0,188	0,107	0,699	0,485	-0,239	0,502
	Alkoholbezogene Erkrankungen	-0,064	0,235	-0,025	-0,273	0,785	-0,527	0,399
	Zweite Suchtdiagnose (ohne Tabakabhängigkeit)	-0,397	0,229	0,157	1,734	0,085	-0,055	0,848
	Tabakabhängigkeit	0,021	0,191	0,013	0,109	0,914	-0,356	0,397
	Persönlichkeitsstörung	0,106	0,203	0,072	0,524	0,601	-0,294	0,506
	Intelligenzminderung	-0,233	0,455	-0,041	-0,513	0,609	-1,13	0,664

Zugang und Leistungsbild

Tabelle 12: Zugang und Leistungsbild – Deskriptive Statistiken

Angegeben werden jeweils Mittelwert und Standardabweichung sowie mit N = 259 die Anzahl der in die linearen Regressionsanalyse einbezogenen Fälle.

Legende:

- In der ersten Zeile befindet sich die Outcome-Variable; grau hinterlegt sind die Variablen der Hypothese 1, darauf folgen die Variablen der Hypothese 2
- Als Dummy-Variablen gingen in die Berechnung ein: „Auflage“ („Auflage“ erhielt den Wert „1“), „Geschlecht“ („weiblich“ = „1“), „Wiederaufnahme“ („Ja“ = „1“), „Zuvor suchtbezogene Hilfe erhalten“ („Ja“ = „1“)
- In Dummy-Variablen umgewandelte kategoriale Variablen sind „Motivationslage“ (Referenzkategorie (=RK) „Eigenmotiviert“), „Kostenträger“ (RK „Bundesversicherungsanstalt für Angestellte“), „Familienstand“ (RK „verheiratet, zusammenlebend“), „Schule“ (=Schulabschluss; RK „Abitur/(Fach)Hochschulreife“), „Erwerbssituation“ (zu Therapiebeginn; RK „erwerbstätig“), „Dauer_Arbeitslosigkeit“ (RK „Arbeitslosigkeit < 1 Monat“) – die Referenzkategorien tauchen bei der multiplen linearen Regression nicht sichtbar auf, weil sie mit „0“ kodiert wurden
- Alle anderen Variablen sind metrischer Natur
- „IQ“ = Intelligenzquotient, abgeschätzt anhand des Wortschatztests
- „c.I.-Skala“ = Skala zur Erfassung cerebraler Insuffizienzen
- „C-Werte“ und „T-Werte“ = geben Auskunft darüber, in welchem Verhältnis sich der Testwert eines Patienten zur Normstichprobe des Tests befindet
- „PSSI“ = Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar
- „LVA“ = Landesversicherungsanstalt, der frühere Name der regionalen Rentenversicherungen

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Leistungsbild für allgemeinen Arbeitsmarkt	5,2703	0,63819	259
Auflage = "Auflage"	0,7568	0,42987	259
Motivationslage_Ambivalenz-Motivation	0,1737	0,37962	259
Motivationslage_Fremd-Motivation	0,1274	0,33408	259

Fortsetzung Tabelle 12: Zugang und Leistungsbild – Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Alter bei Aufnahme	43,2	7,882	259
Wartezeit (in Tagen)	90,22	63,357	259
Geschlecht 0=m, 1=w	0,22	0,418	259
Wortschatz IQ	96,81	10,899	259
Verbalgedächtnis (C-Werte)	3,75	2,142	259
cl-Skala (Anzahl Beschwerden)	15,08	8,83	259
PSSI (Selbstunsicherheit) (T-Werte)	55,23	8,765	259
PSSI (spontan-borderline) (T-Werte)	53,07	8,415	259
Abhängigkeitsdauer (in Jahren)	12,88	8,686	259
Kostenträger_Andere	0,0193	0,13786	259
Kostenträger_Krankenkasse	0,027	0,16248	259
Kostenträger_BahnKnappschaftSee	0,0965	0,29588	259
Kostenträger_LVA_Sachsen-Anhalt	0,556	0,49782	259
Kostenträger_LVA_Thüringen	0,0541	0,22656	259
Kostenträger_LVA_Andere	0,027	0,16248	259
Familienstand_ledig	0,3205	0,46756	259
Familienstand_verheiratet – getrennt lebend	0,0772	0,26746	259
Familienstand_geschieden	0,3012	0,45965	259
Familienstand_verwitwet	0,0077	0,0877	259
Familienstand_ohneAngaben	0	0	259
Schule_keine Angaben	0	0	259
Schule_ohne Schulabschluss	0,0309	0,17335	259
Schule_Sonderschulabschluss	0,027	0,16248	259
Schule_Hauptschulabschluss	0,2239	0,41769	259
Schule_Realschule/Polytechnische Oberschule 10. Klasse	0,5946	0,49192	259
Erwerbssituation_erwerbslos	0,6486	0,47832	259
Erwerbssituation_berentet	0,0309	0,17335	259
Erwerbssituation_Sonstiges	0,0232	0,15072	259

Fortsetzung Tabelle 12: Zugang und Leistungsbild – Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Dauer_Arbeitslosigkeit: 1 bis 12 Monate	0,2201	0,4151	259
Dauer_Arbeitslosigkeit: > 12 Monate	0,5135	0,50079	259
Wiederaufnahme = "Ja" (Dummy)	0,2896	0,45444	259
Zuvor suchtbezogene Hilfe erhalten = "Ja" (Dummy)	0,8764	0,32971	259
Körperbezogene Komorbidität (Anzahl)	1,8456	0,81607	259
Psychische Erkrankungen (Anzahl)	0,6795	0,60489	259
Alkoholbezogene Erkrankungen (Anzahl)	0,0927	0,29052	259
Zweite Suchtdiagnose (ohne Tabak- abhängigkeit) (Anzahl)	0,0888	0,2983	259
Tabakabhängigkeit (Anzahl)	0,6409	0,48066	259
Persönlichkeitsstörung (Anzahl)	0,5676	0,50412	259
Intelligenzminderung (Anzahl)	0,0232	0,15072	259

Tabelle 13: Zugang und Leistungsbild – Modellzusammenfassung der linearen Regression der im Modell zusammengefassten unabhängigen Variablen

Legende:

- „R-Quadrat“ = die erklärte Varianz durch die im Modell zusammengefassten unabhängigen Variablen
- „R“ = die Wurzel aus R-Quadrat, entspricht dem multiplen Korrelationskoeffizienten der abhängigen Variable mit den unabhängigen Variablen
- „F“ = wird bei den Änderungsstatistiken zur Berechnung des statistischen F-Tests benötigt und ergibt die Signifikanz (= „Sig.“) des Gesamtmodells
- „df“ = Freiheitsgrade

Modellzusammenfassung									
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Änderungsstatistiken				
					Änderung in R-Quadrat	Änderung in F	df1	df2	Sig. Änderung in F
	,563	0,317	0,192	0,5736	0,317	2,535	40	218	0,000

Tabelle 14: Zugang und Leistungsbild – Koeffizienten nach erfolgter linearer Regressionsanalyse

Legende:

- „a“ = die abhängige Variable ist das „Therapieergebnis“
- „Regressionskoeffizient B“ = gibt die Richtung des Effekts auf das Therapieergebnis bei Erhöhung der jeweiligen unabhängigen Variable an
- „Standardisierte Koeffizienten: Beta“ = gibt an, um wie viel Standardabweichungseinheiten sich die abhängige Variable verändert, wenn die unabhängige Variable um eine Standardabweichungseinheit erhöht wird
- „T“ (in der Überschrift) = wird zur Berechnung des statistischen T-Tests benötigt und ergibt die Signifikanz (= „Sig.“) des jeweiligen Effekts auf die abhängige Variable
- „95, 0% Konfidenzintervalle für B“ = geben jeweils an, in welchem Wertebereich sich der unstandardisierte Regressionskoeffizient B mit 95 %-iger Wahrscheinlichkeit befindet
- Grau hinterlegt sind die Variablen der Hypothese 1, darauf folgen die Variablen der Hypothese 2
- Als Dummy-Variablen gingen in die Berechnung ein: „Auflage“ („Auflage“ erhielt den Wert „1“), „Geschlecht“ („weiblich“ = „1“), „Wiederaufnahme“ („Ja“ = „1“), „Zuvor suchtbezogene Hilfe erhalten“ („Ja“ = „1“)
- In Dummy-Variablen umgewandelte kategoriale Variablen sind „Motivationslage“ (Referenzkategorie (=RK) „Eigenmotiviert“), „Kostenträger“ (RK „Bundesversicherungsanstalt für Angestellte“), „Familienstand“ (RK „verheiratet, zusammenlebend“), „Schule“ (=Schulabschluss; RK „Abitur/(Fach)Hochschulreife“), „Erwerbssituation“ (zu Therapiebeginn; RK „erwerbstätig“), „Dauer_Arbeitslosigkeit“ (RK „Arbeitslosigkeit < 1 Monat“) – die Referenzkategorien tauchen bei der multiplen linearen Regression nicht sichtbar auf, weil sie mit „0“ kodiert wurden
- Alle anderen Variablen sind metrischer Natur
- „IQ“ = Intelligenzquotient, abgeschätzt anhand des Wortschatztests
- „c.I.-Skala“ = Skala zur Erfassung cerebraler Insuffizienzen
- „C-Werte“ und „T-Werte“ = geben Auskunft darüber, in welchem Verhältnis sich der Testwert eines Patienten zur Normstichprobe des Tests befindet
- „PSSI“ = Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar
- „LVA“ = Landesversicherungsanstalt, der frühere Name der regionalen Rentenversicherungen

[Werte der Tabelle 14 beginnen der Übersichtlichkeit halber auf der folgenden Seite.]

Fortsetzung Tabelle 14: Zugang und Leistungsbild – Koeffizienten nach erfolgter linearer Regressionsanalyse

Koeffizienten ^a							
Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	95,0 % Konfidenzintervalle für B	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Untergrenze	Obergrenze
(Konstante)	3,973	0,82		4,847	0,000	2,357	5,588
Auflage = "Auflage"	-0,012	0,102	-0,008	-0,115	0,908	-0,212	0,189
Motivationslage_Ambivalenz-Motivation	0,134	0,11	0,08	1,216	0,225	-0,083	0,352
Motivationslage_Fremd-Motivation	0,102	0,131	0,053	0,778	0,437	-0,156	0,36
Alter bei Aufnahme	0,005	0,006	0,066	0,847	0,398	-0,007	0,018
Wartezeit (in Tagen)	0	0,001	0,049	0,737	0,462	-0,001	0,002
Geschlecht 0=m, 1=w	0,039	0,111	0,025	0,348	0,728	-0,181	0,258
Wortschatz IQ	0,002	0,005	0,04	0,482	0,630	-0,007	0,012
Verbalgedächtnis	-0,043	0,02	-0,144	-2,118	0,035	-0,083	-0,003
cl-Skala	-0,003	0,006	-0,042	-0,515	0,607	-0,015	0,009
PSSI (Selbstunsicherheit)	0,005	0,007	0,069	0,766	0,444	-0,008	0,018
PSSI (spontan-borderline)	-0,001	0,007	-0,011	-0,115	0,909	-0,015	0,013
Abhängigkeitsdauer (in Jahren)	-0,002	0,005	-0,031	-0,483	0,630	-0,012	0,007
Kostenträger_Andere	0,394	0,289	0,085	1,362	0,175	-0,176	0,963
Kostenträger_Krankenkasse	0,333	0,25	0,085	1,332	0,184	-0,16	0,826
Kostenträger_Bahn KnappschaftSee	0,034	0,154	0,016	0,219	0,827	-0,269	0,337
Kostenträger_LVA_Sachsen-Anhalt	0,123	0,112	0,096	1,1	0,272	-0,098	0,345
Kostenträger_LVA_Thüringen	-0,01	0,189	-0,003	-0,051	0,960	-0,382	0,363
Kostenträger_LVA_Andere	0,037	0,248	0,009	0,148	0,882	-0,452	0,525
Familienstand_ledig	-0,218	0,125	-0,16	-1,748	0,082	-0,464	0,028
Familienstand_verheiratet getrennt lebend	-0,218	0,16	-0,092	-1,366	0,173	-0,533	0,097
Familienstand_geschieden	-0,062	0,116	-0,045	-0,536	0,592	-0,292	0,167
Familienstand_verwitwet	-0,491	0,468	-0,068	-1,05	0,295	-1,413	0,431

Fortsetzung Tabelle 14: Zugang und Leistungsbild – Koeffizienten nach erfolgter linearer Regressionsanalyse

Koeffizienten ^a							
Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	95,0 % Konfidenzintervalle für B	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Untergrenze	Obergrenze
Schule_ohne Schulabschluss	0,214	0,261	0,058	0,82	0,413	-0,301	0,729
Schule_Sonderschulabschluss	0,289	0,325	0,074	0,891	0,374	-0,351	0,929
Schule_Hauptschulabschluss	0,409	0,164	0,268	2,497	0,013	0,086	0,733
Schule_Realschule/Polytechnische Oberschule 10. Klasse	0,19	0,129	0,147	1,479	0,141	-0,063	0,444
Erwerbssituation_erwerbslos	0,243	0,138	0,182	1,767	0,079	-0,028	0,515
Erwerbssituation_berentet	1,043	0,234	0,283	4,449	0,000	0,581	1,505
Erwerbssituation_Sonstiges	0,551	0,28	0,13	1,97	0,050	0	1,103
Dauer_Arbeitslosigkeit: 1 bis 12 Monate	-0,064	0,143	-0,042	-0,449	0,654	-0,346	0,218
Dauer_Arbeitslosigkeit: > 12 Monate	-0,136	0,156	-0,107	-0,873	0,384	-0,443	0,171
Wiederaufnahme = "Ja"	0,015	0,087	0,011	0,177	0,860	-0,157	0,188
Zuvor suchtbezogene Hilfe erhalten = "Ja"	-0,195	0,123	-0,101	-1,577	0,116	-0,438	0,049
Körperbezogene Komorbidität	0,234	0,136	0,3	1,719	0,087	-0,034	0,503
Psychische Erkrankungen	0,209	0,153	0,198	1,367	0,173	-0,092	0,51
Alkoholbezogene Erkrankungen	0,362	0,191	0,165	1,893	0,060	-0,015	0,739
Zweite Suchtdiagnose (ohne Tabak-abhängigkeit)	0,365	0,186	0,171	1,969	0,050	0	0,731
Tabakabhängigkeit	-0,048	0,154	-0,036	-0,312	0,755	-0,351	0,255
Persönlichkeitsstörung	-0,014	0,163	-0,011	-0,085	0,932	-0,335	0,307
Intelligenzminderung	0,49	0,328	0,116	1,493	0,137	-0,157	1,136

Zugang und Abstinenzrate

Tabelle 15: Zugang und Abstinenzrate – Zusammenfassung der Fallverarbeitung der logistischen Regression

Zusammenfassung der Fallverarbeitung			
		N	Prozent
Ausgewählte Fälle	Einbezogen in Analyse	265	61,1
	Fehlende Fälle	169	38,9
	Gesamt	434	100
Nicht ausgewählte Fälle		0	0
Gesamt		434	100

Tabelle 16: Zugang und Abstinenzrate – Codierung der abhängigen Variablen der logistischen Regression

Codierung abhängiger Variablen		
Ursprünglicher Wert		Interner Wert
Abstinenzrate	rückfällig	0
	abstinente	1

Tabelle 17: Zugang und Abstinenzrate – Modellzusammenfassung der logistischen Regression; „Schritt 1“ deutet darauf hin, dass die logistische Regression durchgeführt wurde. Nagelkerkes R-Quadrat besagt hier, dass durch die im Modell zusammengefassten Variablen 23,9 % der gemeinsamen Varianz aufgeklärt werden.

Modellzusammenfassung	
Schritt	Nagelkerkes R-Quadrat
1	0,239

Tabelle 18: Zugang und Abstinenzrate – Klassifizierungstabelle der logistischen Regression; „a“: der Trennwert lautet 0,500; die Tabelle gibt die Übereinstimmung zwischen der aus dem Modell vorhergesagten Abstinenzrate und der beobachteten Abstinenzrate wieder

Klassifizierungstabelle^a				
Beobachtet		Vorhergesagt		
		Abstinenzrate		Prozentsatz der Richtigen
		rückfällig	abstinent	
Abstinenzrate	rückfällig	133	26	83,6
	abstinent	49	57	53,8
Gesamtprozentsatz				71,7

Tabelle 19: Zugang und Abstinenzrate - Variablen in der Gleichung nach durchgeführter logistischer Regression

Legende:

- „a“ = „Schritt 1“ gibt an, dass die logistische Regression durchgeführt wurde
- „RegressionskoeffizientB“ = gibt die Richtung des Effekts auf die abhängige Variable bei Erhöhung des Werts der unabhängigen Variablen um „1“ an
- „Wald“ = statistischer Test für die multiple Regressionsanalyse, der aus dem Verhältnis „Regressionskoeffizient B zum Quadrat / Standardfehler zum Quadrat“ das Signifikanzniveau (= „Sig.“) errechnet
- „df“ = Freiheitsgrade
- „Exp(B)“ = gibt die Änderung des Chancenverhältnisses an bei Erhöhung der unabhängigen Variablen, wobei Werte > 1 eine Erhöhung des Effekts bedeuten, Werte < 1 eine Verminderung
- Grau hinterlegt sind die Variablen der Hypothese 1, darauf folgen die Variablen der Hypothese 2
- Als Dummy-Variablen gingen in die Berechnung ein: „Auflage“ („Auflage“ erhielt den Wert „1“), „Geschlecht“ („weiblich“ = „1“), „Wiederaufnahme“ („Ja“ = „1“), „Zuvor suchtbezogene Hilfe (erhalten)“ („Ja“ = „1“)
- In Dummy-Variablen umgewandelte kategoriale Variablen sind: „Motivationslage“ (Referenzkategorie (=RK) „Eigenmotiviert“), „Dauer_Arbeitslosigkeit“ (RK „Arbeitslosigkeit < 1 Monat“), „Erwerbssituation_Anfang“ (RK „erwerbstätig“), „Schulabschluss“ (RK „Abitur/(Fach)Hochschulreife“), „Kostenträger“ (RK „Bundesversicherungsanstalt für Angestellte“), „Familienstand“ (RK „verheiratet, zusammenlebend“)
- Alle anderen Variablen sind metrischer Natur
- „IQ“ = Intelligenzquotient, abgeschätzt anhand des Wortschatztests
- „c.l.-Skala“ = Skala zur Erfassung cerebraler Insuffizienzen
- „PSSI“ = Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar
- „LVA“ = Landesversicherungsanstalt, der frühere Name der regionalen Rentenversicherungen

Variablen in der Gleichung								
		Regressions- koeffizientB	Standard- fehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95 Konfidenzintervall für EXP(B)
								Unterer Wert Oberer Wert
Schritt 1 ^a	Auflage = "Auflage"	-0,531	0,418	1,616	1	0,204	0,588	0,259 1,334
	Motivationslage			7,818	2	0,02		
	Ambivalenz-Motivation	-1,402	0,503	7,76	1	0,005	0,246	0,092 0,66
	Fremd-Motivation	-0,183	0,511	0,129	1	0,72	0,833	0,306 2,266

Fortsetzung Tabelle 19: Zugang und Abstinenzrate - Variablen in der Gleichung nach durchgeführter logistischer Regression

Variablen in der Gleichung									
		Regressions- koeffizient B	Standard- fehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95 % Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
	Alter bei Aufnahme	0,035	0,025	1,911	1	0,167	1,035	0,986	1,087
	Wartezeit	0	0,003	0,031	1	0,861	1	0,995	1,006
	Geschlecht = "weiblich"	-0,491	0,45	1,191	1	0,275	0,612	0,253	1,478
	Wortschatz IQ	0,003	0,018	0,019	1	0,889	1,003	0,967	1,039
	Verbalgedächtnis	0,036	0,078	0,216	1	0,642	1,037	0,89	1,208
	cl-Skala	0,005	0,023	0,053	1	0,818	1,005	0,96	1,053
	PSSI (Selbstunsicherheit)	0,015	0,024	0,369	1	0,544	1,015	0,968	1,064
	PSSI (spontan- borderline)	-0,026	0,027	0,948	1	0,33	0,975	0,925	1,027
	Abhängigkeitsdauer	-0,014	0,023	0,391	1	0,532	0,986	0,942	1,031
	Dauer_Arbeitslosigkeit			0,568	2	0,753			
	Dauer_Arbeitslosigkeit: 1 bis 12 Monate	-0,096	0,551	0,03	1	0,861	0,908	0,309	2,673
	Dauer_Arbeitslosigkeit: > 12 Monate	0,223	0,588	0,143	1	0,705	1,249	0,395	3,955
	Erwerbssituation_Anfang			0,946	3	0,814			
	Erwerbssituation: erwerbslos	-0,389	0,533	0,532	1	0,466	0,678	0,238	1,927
	Erwerbssituation: berentet	0,357	0,783	0,208	1	0,649	1,429	0,308	6,636
	Erwerbssituation: Sonstiges	-0,166	1,175	0,02	1	0,888	0,847	0,085	8,473
	Schulabschluss			3,256	6	0,776			
	Schule: keine Angaben	37,453	1,42E+08	0	1	1	1,84E+16	0	.
	Schule: ohne Schulabschluss	-1,658	1,316	1,587	1	0,208	0,191	0,014	2,513
	Schule: Sonderschulabschluss	0,239	1,311	0,033	1	0,856	1,27	0,097	16,575
	Schule: Hauptschulabschluss	0,434	0,637	0,465	1	0,495	1,544	0,443	5,379
	Schule: Realschule/Polytechnisc he Oberschule	0,136	0,523	0,067	1	0,795	1,145	0,411	3,195
	Schule: Anderer Schulabschluss	-0,408	1,56	0,068	1	0,794	0,665	0,031	14,149
	Kostenträger			2,717	6	0,843			
	Kostenträger: Andere	0,793	1,166	0,463	1	0,496	2,21	0,225	21,716
	Kostenträger: Andere LVAen	-0,208	0,957	0,047	1	0,828	0,812	0,124	5,304
	Kostenträger: Krankenkassen	-0,364	0,825	0,195	1	0,659	0,695	0,138	3,502
	Kostenträger: Bahn/Knappschaft /See	-0,765	0,601	1,623	1	0,203	0,465	0,143	1,51

Fortsetzung Tabelle 19: Zugang und Abstinenzrate - Variablen in der Gleichung nach durchgeführter logistischer Regression

Variablen in der Gleichung									
		Regressions- koeffizientB	Standard- fehler	Wald	d f	Sig.	Exp(B)	95 Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
	Kostenträger: LVA Sachsen-Anhalt	-0,392	0,424	0,857	1	0,355	0,676	0,294	1,55
	Kostenträger: LVA Thüringen	-0,614	0,778	0,624	1	0,43	0,541	0,118	2,486
	Familienstand			5,398	4	0,249			
	Familienstand: verheiratet getrennt lebend	-0,799	0,646	1,532	1	0,216	0,45	0,127	1,594
	Familienstand: ledig	0,022	0,494	0,002	1	0,965	1,022	0,388	2,689
	Familienstand: geschieden	-0,644	0,455	2,01	1	0,156	0,525	0,215	1,28
	Familienstand: verwitwet	1,783	1,67	1,139	1	0,286	5,946	0,225	157,1
	Wiederaufnahme = "Ja" (Dummy)	-0,676	0,356	3,612	1	0,057	0,509	0,253	1,021
	Zuvor suchtbezogene Hilfe = "Ja" (Dummy)	0,71	0,478	2,205	1	0,138	2,033	0,797	5,188
	Körperbezogene Komorbidität	-0,545	0,512	1,136	1	0,287	0,58	0,213	1,58
	Psychische Erkrankungen	-0,614	0,582	1,114	1	0,291	0,541	0,173	1,693
	Alkoholbezogene Erkrankungen	-0,649	0,705	0,847	1	0,358	0,523	0,131	2,082
	Zweite Suchtdiagnose (ohne Tabak- abhängigkeit)	-1,07	0,791	1,832	1	0,176	0,343	0,073	1,615
	Tabak-abhängigkeit	-0,276	0,576	0,23	1	0,632	0,759	0,245	2,346
	Persönlichkeits- störung	-0,456	0,613	0,552	1	0,458	0,634	0,191	2,11
	Intelligenz- minderung	0,793	1,277	0,386	1	0,535	2,21	0,181	26,996
	Konstante	1,391	3,123	0,198	1	0,656	4,018		

Zugang und Erwerbssituation nach einem Jahr

Tabelle 20: Zugang und Erwerbssituation nach einem Jahr – Zusammenfassung der Fallverarbeitung der logistischen Regression

Zusammenfassung der Fallverarbeitung			
		N	Prozent
Ausgewählte Fälle	Einbezogen in Analyse	127	29,3
	Fehlende Fälle	307	70,7
	Gesamt	434	100
Nicht ausgewählte Fälle		0	0
Gesamt		434	100

Tabelle 21: Zugang und Erwerbssituation nach einem Jahr – Codierung der abhängigen Variablen der logistischen Regression

Codierung abhängiger Variablen		
Ursprünglicher Wert		Interner Wert
Arbeit Ja / Nein	Keine Arbeit	0
	Arbeit	1

Tabelle 22: Zugang und Erwerbssituation nach einem Jahr – Modellzusammenfassung der logistischen Regression; „Schritt 1“ meint, dass die logistische Regression durchgeführt wurde. Nagelkerkes R-Quadrat besagt hier, dass durch die im Modell zusammengefassten Variablen 81,7 % der gemeinsamen Varianz aufgeklärt werden.

Modellzusammenfassung	
Schritt	Nagelkerkes R-Quadrat
1	0,817

Tabelle 23: Zugang und Erwerbssituation nach einem Jahr –

Klassifizierungstabelle der logistischen Regression; „a“: der Trennwert lautet 0,500; die Tabelle gibt die Übereinstimmung zwischen dem aus dem Modell vorhergesagten Anteil an Erwerbstätigkeit und dem beobachteten Anteil an Erwerbstätigkeit nach einem Jahr wieder

Klassifizierungstabelle^a					
	Beobachtet		Vorhergesagt		
			Arbeit Ja/Nein		Prozentsatz der Richtigen
			0	1	
Schritt 1	Arbeit	0	68	4	94,4
	Ja/Nein	1	1	54	98,2
	Gesamtprozentsatz				96,1

Tabelle 24: Zugang und Erwerbssituation nach einem Jahr –
Variablen in der Gleichung nach durchgeführter logistischer Regression

Legende:

- „a“ = „Schritt 1“ gibt an, dass die logistische Regression durchgeführt wurde
- „RegressionskoeffizientB“ = gibt die Richtung des Effekts auf die abhängige Variable bei Erhöhung des Werts der unabhängigen Variablen um „1“ an
- „Wald“ = statistischer Test für die multiple Regressionsanalyse, der aus dem Verhältnis "Regressionskoeffizient B zum Quadrat / Standardfehler zum Quadrat" das Signifikanzniveau (= „Sig.“) errechnet
- „df“ = Freiheitsgrade
- „Exp(B)“ = gibt die Änderung des Chancenverhältnisses an bei Erhöhung der unabhängigen Variablen, wobei Werte > 1 eine Erhöhung des Effekts bedeuten, Werte < 1 eine Verminderung
- Grau hinterlegt sind die Variablen der Hypothese 1, darauf folgen die Variablen der Hypothese 2
- Als Dummy-Variablen gingen in die Berechnung ein: „Auflage“ („Auflage“ erhielt den Wert „1“), „Geschlecht“ („weiblich“ = „1“), „Wiederaufnahme“ („Ja“ = „1“), „Zuvor suchtbezogene Hilfe (erhalten)“ („Ja“ = „1“)
- In Dummy-Variablen umgewandelte kategoriale Variablen sind: „Motivationslage“ (Referenzkategorie (=RK) „Eigenmotiviert“), „Dauer_Arbeitslosigkeit“ (RK „Arbeitslosigkeit < 1 Monat“), „Erwerbssituation_Anfang“ (RK „erwerbstätig“), „Schulabschluss“ (RK „Abitur/(Fach)Hochschulreife“), „Kostenträger“ (RK „Bundesversicherungsanstalt für Angestellte“), „Familienstand“ (RK „verheiratet, zusammenlebend“)
- Alle anderen Variablen sind metrischer Natur
- „IQ“ = Intelligenzquotient, abgeschätzt anhand des Wortschatztests
- „c.I.-Skala“ = Skala zur Erfassung cerebraler Insuffizienzen
- „PSSI“ = Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar
- „LVA“ = Landesversicherungsanstalt, der frühere Name der regionalen Rentenversicherungen

Variablen in der Gleichung									
		Regressions- koeffizientB	Standard -fehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95 % Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 ^a	Auflage "Auflage"	=0,085	1,492	0,003	1	0,954	1,089	0,058	20,287
	Motivationslage			4,822	2	0,09			
	Ambivalenz- Motivation	-4,473	2,057	4,728	1	0,03	0,011	0	0,643
	Fremd-Motivation	0,158	1,618	0,01	1	0,922	1,171	0,049	27,901

Fortsetzung: Tabelle 24: Zugang und Erwerbssituation nach einem Jahr –
Variablen in der Gleichung nach durchgeführter logistischer Regression

Variablen in der Gleichung									
		Regressions- koeffizientB	Standard- fehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95 % Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
	Alter bei Aufnahme	0,028	0,09	0,097	1	0,756	1,028	0,862	1,227
	Wartezeit	-0,036	0,013	7,475	1	0,006	0,965	0,94	0,99
	Geschlecht = "weiblich"	1,094	2,091	0,274	1	0,601	2,987	0,05	179,905
	Wortschatz IQ	0,238	0,097	6,075	1	0,014	1,269	1,05	1,533
	Verbalgedächtnis	1,033	0,392	6,958	1	0,008	2,809	1,304	6,052
	ci-Skala	-0,107	0,063	2,841	1	0,092	0,899	0,794	1,018
	PSSI (Selbstunsicherheit)	-0,081	0,075	1,173	1	0,279	0,922	0,796	1,068
	PSSI (spontan-borderline)	0,086	0,079	1,172	1	0,279	1,09	0,933	1,274
	Abhängigkeitsdauer	-0,404	0,154	6,88	1	0,009	0,668	0,494	0,903
	Dauer_Arbeitslosigkeit			9,54	2	0,008			
	Dauer_Arbeitslosigkeit: 1 bis 12 Monate	-16,352	5,382	9,231	1	0,002	0	0	0,003
	Dauer_Arbeitslosigkeit: > 12 Monate	-14,371	4,668	9,478	1	0,002	0	0	0,005
	Erwerbssituation_Anfang			4,377	3	0,224			
	Erwerbssituation: erwerbslos	5,642	2,697	4,377	1	0,036	281,917	1,428	55646,76
	Erwerbssituation: berentet	-73,328	2,84E+080		1	1	0	0	.
	Erwerbssituation: Sonstiges	0,973	70,836	0	1	0,989	2,647	0	5,23E+60
	Schulabschluss			6,17	6	0,404			
	Schule: keine Angaben	3,135	9,14E+080		1	1	22,994	0	.
	Schule: ohne Schulabschluss	-41,97	8,85E+080		1	1	0	0	.
	Schule: Sonderschulabschluss	11,341	5,172	4,808	1	0,028	84221,872	3,333	2,13E+09
Schule: Hauptschulabschluss	0,573	2,431	0,056	1	0,814	1,773	0,015	208,188	
Schule: Realschule/Polytechnische Oberschule	1,598	2,155	0,55	1	0,458	4,944	0,072	337,322	
Schule: Anderer Schulabschluss	49,504	1,42E+080		1	1	3,16E+21	0	.	

Fortsetzung: Tabelle 24: Zugang und Erwerbssituation nach einem Jahr –
Variablen in der Gleichung nach durchgeführter logistischer Regression

Variablen in der Gleichung								
		Regressions- koeffizient B	Standard- fehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95 % Konfidenzintervall für EXP(B)
								Unterer Wert Oberer Wert
	Kostenträger			9,198	6	0,163		
	Kostenträger: Andere	-4,168	4,519	0,851	1	0,356	0,015	0 108,705
	Kostenträger: Andere LVAen	1,338	4,501	0,088	1	0,766	3,81	0,001 25849,257
	Kostenträger: Krankenkassen	22,968	1,74E+08	0	1	1	9,44E+09	0 .
	Kostenträger: Bahn/Knappschaft/ See	-3,749	2,396	2,449	1	0,118	0,024	0 2,576
	Kostenträger: LVA Sachsen-Anhalt	-0,007	1,705	0	1	0,997	0,993	0,035 28,052
	Kostenträger: LVA Thüringen	13,402	4,68	8,199	1	0,004	661151,35	68,596 6,37E+09
	Familienstand			8,366	4	0,079		
	Familienstand: verheiratet	5,215	3,386	2,372	1	0,124	183,952	0,241 140199,147
	Familienstand: getrennt lebend	-						
	Familienstand: ledig	4,773	2,171	4,835	1	0,028	118,326	1,68 8334,35
	Familienstand: geschieden	6,689	2,314	8,353	1	0,004	803,139	8,609 74926,545
	Familienstand: verwitwet	-30,809	8,85E+08	0	1	1	0	0 .
	Wiederaufnahme = "Ja" (Dummy)	-0,319	1,486	0,046	1	0,83	0,727	0,039 13,377
	Zuvor suchtbezogene Hilfe = "Ja" (Dummy)	1,605	2,324	0,477	1	0,49	4,978	0,052 473,016
	Körperbezogene Komorbidität	1,154	1,195	0,933	1	0,334	3,171	0,305 32,968
	Psychische Erkrankungen	3,732	1,897	3,869	1	0,049	41,757	1,013 1720,556
	Alkoholbezogene Erkrankungen	-1,69	3,076	0,302	1	0,583	0,184	0 76,617
	Zweite Suchtdiagnose (ohne Tabak- abhängigkeit)	-2,215	3,32	0,445	1	0,505	0,109	0 73,147
	Tabak-abhängigkeit	4,227	2,215	3,643	1	0,056	68,545	0,893 5263,912
	Persönlichkeits- störung	7,319	3,197	5,242	1	0,022	1509,438	2,869 794233,729
	Intelligenz- minderung	-38,166	3,77E+08	0	1	1	0	0 .
	Konstante	-29,21	13,082	4,986	1	0,026	0	

Danksagung

Der Verfasser spricht folgenden Personen, die an dieser Arbeit mitgewirkt haben, seinen Dank aus:

- Prof. Dr. med. Peter Brieger, ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Kempten: Mentor der Arbeit
- Dietmar Kemmann, leitender Psychologe des Diakonie-Krankenhauses Elbingerode: Unterstützung bei der Datenerhebung und Beratung der statistischen Auswertung
- PD Dr. rer soc Reinhold Kilian, Universität Ulm: Beratung und Begleitung bei methodischen Fragen der Arbeit
- Isabelle Lehmann, Chefarztsekretärin der Rehabilitationsklinik Elbingerode: schriftliche Darstellung, Mitwirkung bei Formatierung und Layout

Lebenslauf

Eckart Grau, geb. 05.09.1961

Schulbildung:

1968 – 1972	Grundschule Stuttgart-Degerloch
1972 – 1981	Wilhelmsgymnasium Stuttgart-Degerloch

Kirchliche Jugendarbeit:

1981 – 1983	hauptamtlich Jugendarbeit im Evangelischen Jugendwerk Degerloch
-------------	---

Studium:

1983	Medizinstudium an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
1985	ärztliche Vorprüfung
1987	1. Abschnitt der ärztlichen Prüfung
1990	2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung
1990 – 1993	theologische Studien
1993 – 1994	praktisches Jahr, Diakonie-Krankenhaus Schwäbisch Hall, Innere Abteilung
1994	3. Abschnitt der ärztlichen Vorprüfung

Ausgeübter Arztberuf:

1994 – 1996	Arzt im Praktikum, Diakonie-Krankenhaus Schwäbisch Hall, Innere Medizin
1996 – 1997	Weiterbildungsassistent für Facharzt Psychotherapeutische Medizin, Burg-Klinik Stadtlengsfeld
seit 1998	Weiterbildungsassistent für Facharzt Psychotherapeutische Medizin im Diakonie-Krankenhaus Elbingerode
04/98 – 12/99	Bereich Psychiatrie und Rehabilitation Sucht
01/00 – 08/01	Psychotherapeutische Medizin
seit 09/01	Bereich Psychiatrie und Rehabilitation Sucht
seit 12.03.04	Facharzt für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin
seit 01.10.2004	Oberarzt Reha/Sucht
seit 28.08.2006	Facharzt für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin Sozialmedizin/Suchtmedizin Chefarzt Reha/Sucht

Elbingerode, 07.07.2011