

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Tübingen

Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. G. Buchkremer

**Prognosefaktoren, Langzeitverlauf und Komorbidität
alkoholabhängiger Frauen und Männer**

– Zehn-Jahres-Katamnesen –

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Carola Flurschütz
aus
Hamburg

2007

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. G. Längle

2. Berichterstatter: Professor Dr. A. Batra

„was eigentlich – für andere Normalität ausstrahlt, ist für mich nicht normal, das heißt also, diese Situation, die ich jetzt habe, – ist für mich sehr ungewöhnlich, ne. Also (...) des Stinknormalen, was ich mir, woran ich (...) 40 Jahre gekämpft habe, wo ich das erreicht habe, diesen Zustand zu erreichen wie jetzt, nicht, (lacht) ohne Alkohol – ohne ernsthafte Probleme (...).“

„(...) ich muss jeden Tag für mich was tun und, das – das kleine Licht pflegen.“

Anonyme Alkoholiker (zitiert nach Schulz 2002)

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	4	
1.1	Einführung	4
1.2	Langzeitverlauf bei Alkoholkranken	5
1.2.1	Mortalität	6
1.2.2	Trinkverhalten	10
1.2.3	Komorbidität	16
1.3	Fragestellung	20
2. Methodik	21	
2.1	Die Station B6 der Tübinger Psychiatrie	21
2.2	Die Patientenstichprobe	22
2.2.1	Soziodemographische Daten und soziale Integration	23
2.2.2	Trinkanamnese	25
2.2.3	Psychiatrische Komorbidität und Gesundheitszustand	25
2.2.4	Forensische Aspekte	26
2.2.5	Krankheitseinsicht und Motivation	26
2.2.6	Prognoseeinschätzung und Therapieverlauf	27
2.3	Erhebungsmittel	27
2.3.1	Ausgangsstudie	27
2.3.2	10-Jahres-Katamnese	30
2.4	Praktisches Vorgehen bei der Durchführung der Katamnese	31
2.5	Die Auswertung	33
2.5.1	Skala zur Erfassung der sozialen Integration	33
2.5.2	Die statistische Auswertung	34
3. Ergebnisse	36	
3.1	Gliederung	36
3.2	Interviewprotokoll	36
3.3	Die befragten Patienten zum Katamnesezeitpunkt	39
3.3.1	Soziodemographische Daten und berufliche Situation	39

3.3.2	Soziale Integration	41
3.3.3	Trinkverhalten	42
3.3.4	Psychiatrische Komorbidität und gesundheitliche Situation	45
3.3.5	Forensische Aspekte	47
3.4	Die befragten Patienten im Verlauf der 10 Jahre	47
3.5	Die verstorbenen Patienten	51
3.6	Vergleich der Patientengruppen	54
3.6.1	Die lebenden und die verstorbenen Patienten	54
3.6.2	Die dauerhaft abstinenten und die rückfälligen Patienten	59
3.6.3	Die Patienten mit gutem Verlauf und mit schwerer Rückfälligkeit	61
3.6.4	Die befragten und die nicht befragten Patienten	68
3.7	Prognosefaktoren	69
3.7.1	Prognosefaktoren für die Mortalität	69
3.7.2	Prognosefaktoren für das Trinkverhalten im Langzeitverlauf	71
3.8	Komorbidität und Depressivität	73
3.8.1	Die komorbiden Patienten	73
3.8.2	Die depressiven Patienten	76
3.8.3	Suizidalität in der untersuchten Stichprobe	80
3.9	Zusammenfassung der Ergebnisse	82
4.	Diskussion	84
4.1	Gliederung	84
4.2	Methodik	84
4.3	Ergebnisse	87
4.3.1	Interviewprotokoll	87
4.3.2	Repräsentativität der befragten Patientenstichprobe	88
4.3.3	Langzeitverlauf	89
4.3.4	Prognosefaktoren	93
4.3.5	Komorbidität	102
4.3.6	Depressivität	107
4.4	Schlussfolgerungen	112

5. Zusammenfassung	114	
6. Literaturverzeichnis	117	
7. Anhang	133	
7.1	Abbildungen	133
7.2	Fragebögen (Katamnese)	147
7.3	Briefe an die Patienten	162
Danksagung	165	
Lebenslauf	166	

1. EINLEITUNG

1.1 Einführung

Alkohol wird seit Jahrtausenden in den verschiedensten Kulturkreisen als Nahrungs- und Genussmittel sowie als psychoaktive Substanz genutzt. Doch auch seine negativen Wirkungen sind ebenso lange bekannt (Feuerlein et al. 1998).

Die hohe Mortalitätsrate mit ca. 40000 alkoholbedingten Todesfällen pro Jahr in der Bundesrepublik Deutschland zeigt die Bedeutung der Problematik. Auch wenn der Alkoholkonsum in Deutschland seit 1991 mit einem Pro-Kopf-Verbrauch von 12,4 Liter reinen Alkohols allmählich auf 10,5 Liter im Jahr 2001 gesunken ist, liegt Deutschland im internationalen Vergleich weiterhin an der Spitze (Meyer & John 2003).

Von den etwa 90% der Bevölkerung in westlichen Industrienationen, die Alkohol konsumieren, entwickeln laut einer Studie von Sher mindestens 30% alkoholbezogene Lebensprobleme (Sher 2004). Die Zahl der Alkoholabhängigen in Deutschland wird auf 2,5-10 Millionen (Soyka 1998) bzw. auf 3,1% (Soyka 1998, Soyka 1999) bis 10% (Rössler et al. 1993) der Gesamtbevölkerung geschätzt. Schon unter Jugendlichen zwischen 14 und 24 Jahren fand sich bei 6,2% eine Alkoholabhängigkeit (Soyka 1998). Somit ist der Alkoholismus hierzulande die häufigste psychische Störung und hat unter den Abhängigkeitserkrankungen die größte Bedeutung (Soyka 1998, Möller et al. 2001, Stetter et al. 1995). Die Inzidenz war in mehreren Studien besonders in den unteren sozialen Schichten und bei Arbeitslosen erhöht (Feuerlein et al. 1998, Soyka 1999, Henkel 1992, Vaillant 1996).

Ein unkontrollierbares, überwältigendes Verlangen, Alkohol zu konsumieren wurde bereits 1784 beschrieben; Krankheitskonzepte, die zur Anerkennung der

Alkoholiker als kranke Menschen führten, setzten sich aber erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts durch (Mann et al. 2000).

Es wird zwischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit unterschieden: Als Missbrauch wird ein über die gesellschaftliche Norm hinausgehender Konsum mit vorübergehenden psychischen und physischen nachteiligen Konsequenzen bezeichnet; eine Abhängigkeit äußert sich in psychischen (unwiderstehliches Verlangen, Craving) und körperlichen Abhängigkeitszeichen (Toleranzerhöhung, Konsumsteigerung, Entzugssymptome; Möller et al. 2001, Raabe 2003). Die Alkoholabhängigkeit wird auch als chronischer Alkoholismus bezeichnet (Abrolat 2002).

Zu den Abhängigkeitskriterien gemäß der ICD-10, dem 1991 von der WHO eingeführten und international gebräuchlichen System zur Klassifizierung der Krankheiten, gehören ein starkes Verlangen oder ein Zwang, Alkohol (oder eine andere Substanz) zu konsumieren, Kontrollverlust und Toleranzentwicklung, ein körperliches Entzugssyndrom und die Vernachlässigung anderer Interessen sowie ein anhaltender Konsum trotz des Nachweises schädlicher körperlicher, psychischer oder sozialer Folgen (Möller et al. 2001).

Die der Arbeit vorangestellten Gedanken abstinenter Alkoholiker zeugen von dem Kampf, den jeder Alkoholiker immer wieder auszufechten hat, aber auch von der Kraft, die diejenigen aufbringen, die es schaffen, ihr „kleines Licht“ wach zu halten.

1.2 Langzeitverlauf bei Alkoholkranken

Der hohen Inzidenz der Alkoholabhängigkeit weltweit sowie den Einschränkungen der Patienten in den verschiedensten Lebensbereichen wird durch die bisherige Studienlage bezüglich Langzeitkatamnesen bei alkoholabhängigen Menschen nicht angemessen Rechnung getragen. Einige in den letzten 20 Jahren veröffentlichte Katamnesen über einen etwa 10 Jahre umfassenden Beobachtungszeitraum sind zudem schwer vergleichbar.

Fragestellungen, Zeiträume, Stichproben und Beurteilungskriterien sowie die Auswertung weisen zum Teil große Differenzen auf. Hier zeigt sich ein generelles Problem katamnesticcher Untersuchungen (Längle 1990).

Dennoch soll an dieser Stelle anhand der Ergebnisse einiger Langzeitkatamnesen versucht werden, einen Überblick über den derzeitigen Forschungsstand zu geben. Dabei soll auf verschiedene dort untersuchte Aspekte eingegangen werden. Eine tabellarische Gegenüberstellung einiger Studien findet sich in Kapitel 4.3.1.

1.2.1 Mortalität

Zahlreiche Studien gingen der Frage nach der Mortalität alkoholabhängiger Menschen im Langzeitverlauf nach. Die Mortalität liegt bei den 10-Jahres-Katamnesen zwischen 16% (Shaw et al. 1997) und 34,6% (Montero Pérez-Barquero et al. 2001) und ist gegenüber der Gesamtbevölkerung deutlich erhöht (Feuerlein et al. 1998, Yoshino & Kato 1996).

Montero Pérez-Barquero et al. (2001) führten eine 10-Jahres-Katamnese an 162 Alkoholikern (Männern und 8,4% Frauen) mit einem mittleren Alter von 50,7 Jahren durch, die sich zur stationären Therapie in einer internistischen Klinik befanden. Sie waren im Durchschnitt bereits 21,77 Jahre alkoholkrank.

Mit 56 Patienten waren zum Katamnesezeitpunkt nach durchschnittlich 8,7 Jahren 34,6% der Ausgangsstichprobe verstorben. Das mittlere Alter zum Zeitpunkt des Todes lag bei 59,7 Jahren. Die im Vergleich hohe Mortalität könnte dadurch erklärt werden, dass es sich um ein stärker beeinträchtigtes Patientenkollektiv handelt.

Obwohl die Katamnesezeitdauer länger war, fanden Liskow et al. (2000) und Powell et al. (1998) bei einer umfangreichen Studie nach 10-14 Jahren eine Mortalität von 26,7%. Untersucht wurden 360 männliche Alkoholiker mit einem mittleren Alter von 41,5 Jahren, die sich in stationärer Behandlung befanden. Die Patienten verstarben mit durchschnittlich 55,4 Jahren. Gegenüber einer Vergleichsgruppe war die Sterberate um das 2,5-fache erhöht.

Eine ähnliche Mortalität fanden Cross et al. (1990). Nach 10 Jahren waren 27% der 200 Patienten verstorben. Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe lag bei der Aufnahme bei 48 Jahren, 63% waren Männer.

Bei Längle et al. (1993) lag die Mortalität mit 21,9% der 96 Patienten einer stationären Entwöhnungsbehandlung deutlich niedriger, ebenso bei einer früheren Studie von Westermeyer & Peake (1983) an 45 Patienten, die eine Mortalität von 20% beobachteten. Gegenüber den Verstorbenen der Studie von Längle et al., die durchschnittlich im Alter von 48 Jahren starben (bei einem mittleren Alter bei Aufnahme von 38 Jahren), waren die Patienten hier mit durchschnittlich 41,4 Jahren zum Todeszeitpunkt jedoch jünger.

Taylor et al. (1985) und Edwards et al. (1988), die 99 verheiratete Patienten nach durchschnittlich 11,3 Jahren untersuchten, fanden eine Mortalität von 18%.

Nur 16,8% der 113 stationär behandelten Patienten einer Studie von Finney & Moos (1991) starben, mit einem durchschnittlichen Alter von 58 Jahren. Gegenüber der Kontrollgruppe war das Mortalitätsrisiko jedoch um das 9,5fache erhöht.

Die erhöhte Mortalität wird auch im Vergleich mit einer 10-Jahres-Katamnese an 554 nichtabhängigen Personen, die Alkoholabusus betrieben, deutlich: dort war die Mortalität lediglich 4,5% (Wutzke et al. 2002).

Shaw et al. (1997) untersuchten 112 stärker beeinträchtigte Patienten über einen Katamnesezeitraum von durchschnittlich 9 Jahren. Bei der Aufnahme waren sie im Mittel 40,6 Jahre alt, die Mehrzahl (92) waren Männer. Die Mortalität von 16% ist vor allem angesichts der Tatsache, dass es sich um stärker beeinträchtigte Patienten handelte, auffallend niedrig.

Mit zunehmender Katamnesedauer steigt insgesamt auch die Mortalität. Bei den 20-Jahres-Katamnesen liegt sie zwischen 40% (O'Connor & Daly 1985) und 59,6% (Lewis et al. 1995a), wobei das Alter der Patienten zum Todeszeitpunkt meist zwischen durchschnittlich 56,1 (Lewis et al. 1995b) und 64,5 Jahren (O'Connor & Daly 1985) liegt. Marshall et al. (1994) weisen in ihrer 20-Jahres-Katamnese an 99 verheirateten Patienten darauf hin, dass die

beobachtete Mortalität von 44% die erwartete Mortalität um das 3,64fache übertrifft.

In einer 16-Jahres-Katamnese aus Tübingen fand sich jedoch trotz des langen Katamnesezeitraumes eine relativ niedrige Mortalität von 27%, allerdings lag das durchschnittliche Sterbealter hier bei nur 48 Jahren (Mann et al. 2005). Dieselbe Mortalität fanden Vaillant et al. (1983) nach 8 Jahren.

Bezüglich der **Todesursachen** fällt der hohe Anteil an Alkoholfolgen auf.

In der 10-Jahres-Katamnese von Montero Pérez-Barquero et al. (2001) verstarben die meisten Patienten an Alkoholfolgekrankheiten; die häufigsten Todesursachen waren eine obere gastrointestinale Blutung (24,1%) und eine Leberinsuffizienz (20,6%).

Bei Liskow et al. (2000) starben 78,1% der Verstorbenen an einer „natürlichen Todesursache“, wobei Malignome und Herzkrankheiten fast die Hälfte der Todesursachen ausmachten. Weitere 6,2% starben durch Suizid. 50% der Todesfälle standen in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem Alkoholismus.

Auch in einer 11-Jahres-Katamnese an 110 Frauen von Smith et al. (1983) waren über die Hälfte der Todesfälle als direkte Alkoholfolge anzusehen.

Ebenso war bei Finney & Moos (1992) der größte Teil der Todesfälle auf Alkoholfolgen zurückzuführen. Herzkrankheiten (9 von 19), Leberzirrhose und Suizid (jeweils 3 von 19) waren hier die häufigsten Todesursachen.

Auffallend ist der große Anteil „unnatürlicher Todesursachen“. So fanden Lewis et al. (1995a) unter den 93 verstorbenen männlichen Patienten bei 22,6% Unfälle oder Gewalt als Todesursache. Ähnlich war das Ergebnis in einer weiteren Studie von Lewis et al. (1995b) mit einer gemischtgeschlechtlichen Stichprobe, bei der nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 28,9% durch Unfälle oder Gewalt bedingte Todesfälle die zweithäufigste Gruppe waren (21,1%). In ihrer 20-Jahres-Katamnese fanden Nordström & Berglund (1987) zu über 50% gewaltsame Todesfälle. Auch in der Allgemeinbevölkerung zeigten

schwer trinkende Probanden eine erhöhte Mortalität an diesen Ursachen (Theobald et al. 2001).

Die oben bereits erwähnten Suizidraten sind gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht. Die Suizidrate liegt bei Alkoholikern 60-120mal höher (Feuerlein et al. 1998)!

Die Ergebnisse zu den **Prognosefaktoren** der Mortalität sind sehr heterogen. In der 10-Jahres-Katamnese von Liskow et al. (2000) und Powell et al. (1998) konnten zahlreiche für die Mortalität prognostisch aussagekräftige Patientenmerkmale bei Aufnahme gefunden werden. Die verstorbenen Patienten waren durchschnittlich ca. 10 Jahre älter, hatten einen niedrigeren Bildungsstand und waren häufiger arbeitslos. Ihre Alkoholabhängigkeit hatte später begonnen, jedoch konnten sie ihren Konsum weniger kontrollieren als die Lebenden, wiesen einen schlechteren Gesundheitszustand auf und hatten mehr Therapien durchlaufen. Die im Katamnesezeitraum Verstorbenen zeigten eine ausgeprägtere Psychopathologie und eine stärker eingeschränkte psychosoziale Funktion. Psychiatrische Komorbidität hatte jedoch keinen Einfluss auf die Mortalität.

Übereinstimmend fanden Montero Pérez-Barquero et al. (2001) und Lewis et al. (1995a) ein höheres Alter und eine Leberschädigung als Prognosefaktoren für eine erhöhte Mortalität. Ebenso war die Mortalität bei allein bzw. in Trennung lebenden Patienten höher. Lewis et al. beschreiben weiter eine längere Abhängigkeitsdauer als Prädiktor für höhere Mortalität.

Ähnlich erwiesen sich bei Smith et al. (1983 & 1994) eine längere und schwerere Abhängigkeit als Prädiktor für Mortalität, ebenso ein höheres Alter und eine begleitende antisoziale Persönlichkeitsstörung. Eine Komorbidität mit anderen psychiatrischen Diagnosen, wobei es sich ganz überwiegend um Depressionen handelte, wurde jedoch von Smith et al. (1994) wie auch von Lewis et al. (1995b) als Prognosefaktor für eine gesenkte Mortalität beschrieben.

Bei Shaw et al. (1997) prädizierten eine schwerere psychiatrische Erkrankung, verringerte Selbstachtung, weniger Zufriedenheit sowie geringere soziale Stabilität eine höhere Mortalität.

Finney & Moos (1992) fanden außer einem höheren Konsum eine erhöhte Arbeitslosigkeit unter den Verstorbenen.

In einigen Studien konnten bei der Aufnahme keine Prognosefaktoren für die Mortalität gefunden werden (Schäfer 1996, Öjehagen et al. 1994, Cross et al. 1990). Es wurden jedoch Prognosefaktoren im Verlauf nach der Therapie erkennbar.

77% der 54 verstorbenen Patienten in der Studie von Cross et al. (1990) hatten vor ihrem Tod weiterhin schweren Alkoholabusus betrieben. Diese starben deutlich jünger als die übrigen Verstorbenen (52 Jahre vs. 64 Jahre). Neben dem Trinkverhalten korrelierte eine Teilnahme an Selbsthilfegruppen mit niedrigerer Mortalität. Auch bei Längle & Schied (1990) sind 81% der Verstorbenen rückfällig gewesen, bei Bächle (2003) mit 110 Frauen und einem Katamnesezeitraum von 3-6 Jahren sogar 100%.

Finney & Moos führten nach 2 und 10 Jahren eine Katamnese durch. Bei der 2-Jahres-Katamnese wies ein Rückfall in schweres Trinken auf eine erhöhte Mortalität nach 10 Jahren hin (1991). Außerdem zeigten die später Verstorbenen nach 2 Jahren im Vergleich mit den Überlebenden weniger Einkommen, höhere Arbeitslosigkeit, mehr medizinische Probleme, mehr Konsum von Medikamenten sowie weniger vertraute Personen und vermehrt vermeidende Copingstrategien (1992).

1.2.2 Trinkverhalten

Die Ergebnisse bezüglich des Trinkverhaltens sind sehr unterschiedlich und zwischen den verschiedenen Studien sehr schwer vergleichbar. Einige Studien geben die dauerhafte Abstinenz in Bezug auf die Gesamtstichprobe an, andere wiederum die Abstinenz zum Erhebungszeitpunkt bezogen auf die

Überlebenden oder gar nur auf die interviewten Patienten. Häufig wird dabei nicht deutlich, auf welchen Zeitraum und welche Stichprobe sich die Angabe bezieht. Zudem werden Rückfälle sehr unterschiedlich definiert: Während in vielen Studien jeder Alkoholkonsum als Rückfall gewertet wird, werten etwa Taylor et al. (1985) nur einen Konsum über mehr als einen Monat als Rückfall. Weiter differenzieren einige Studien zwischen einem gebesserten und einem ungebesserten Trinkverhalten, wobei auch hier die Kriterien sehr heterogen sind.

Der Anteil der über 10 Jahre dauerhaft Abstinenten an der Gesamtstichprobe liegt zwischen 3% (Edwards et al. 1988) und 26% (Längle & Schied 1990). Meist wird jedoch nur die Abstinenzrate zum Erhebungszeitpunkt bzw. in Bezug auf die Monate oder das Jahr vor der Katamnese angegeben. Hier findet sich eine weite Spanne von 13,5% (Montero Pérez-Barquero et al. 2001) bis 66% (Längle & Schied 1990) der Überlebenden. Wie bei Längle & Schied ergaben auch andere Studien große Unterschiede zwischen den Anteilen der dauerhaft und der zum Katamnesezeitpunkt abstinenten Patienten: Bei Finney & Moos (1991) standen den 54% der Befragten, die nach 10 Jahren abstinent lebten, nur 37% dauerhaft Abstinente gegenüber. Obwohl Liskow et al. (2000) und Powell et al. (1998) Abstinente und kontrollierte Trinker in einer Gruppe zusammenfassten, erreichte diese Patientengruppe nach 10 Jahren nur einen Anteil von 19,2% der Interviewten. Bei Shaw et al. (1997) waren es nach durchschnittlich 9 Jahren dagegen 69%. Timko et al. (2000) kamen bei ihrem Vergleich von behandelten und unbehandelten Alkoholikern nach 8 Jahren auf 25,6% Abstinente unter den Unbehandelten und 53,9% unter den Behandelten. Die Vergleichbarkeit dieser Ergebnisse ist jedoch nur eingeschränkt möglich, da sich sowohl die Patienten als auch die durchgeführten Maßnahmen teilweise erheblich unterscheiden.

Interessant ist die zeitliche Veränderung der Abstinenzraten, die in mehreren prospektiven Studien dargestellt wird.

Vaillant (1988) untersuchte die 100 Alkoholiker seiner Studie nach 4, 8 und 12 Jahren, wobei sich die Abstinenzrate von 24% nach 4 Jahren auf 32% nach 8 Jahren steigerte, um dann wieder auf 25% nach 12 Jahren zu sinken. Bei Shaw et al. (1997) steigerte sich der Anteil der Abstinenten und kontrolliert Trinkenden dagegen kontinuierlich von 37% nach 6 Monaten über 53% nach 12 Monaten bis 69% nach ca. 9 Jahren. In der 11-Jahres-Katamnese von Smith et al. (1983) blieben 68% der 25 nach drei Jahren Abstinenten weiterhin abstinent. Insgesamt wird die Gruppe der abstinenten Patienten meist als stabil beschrieben (Küfner et al. 1988, Mann et al. 2005).

Die Gruppen der als „gebessert“ eingeschätzten Patienten machen in den 10-Jahres-Katamnesen zwischen 9% (Längle & Schied 1990) und 61% (Cross et al. 1990) der Lebenden aus. In einigen Studien werden jedoch Patienten zu den Gebesserten gezählt, die in anderen Studien in der Gruppe der Ungebesserten zu finden wären.

Es fällt auf, dass diese Patientengruppe in mehreren Studien im Gegensatz zur Gruppe der Abstinenten und auch zu den Ungebesserten als sehr instabil beschrieben wird (Mann et al. 2005, Küfner et al. 1988). Bei Edwards et al. (1988) schwankten 51% der Patienten zwischen der Abstinenz und dem schweren Trinken, Noda et al. (2001) fanden 21,3% mit wechselndem Trinkverhalten.

Als rückfällig bzw. ungebessert wurden – auch je nachdem, wie streng die Kriterien gewählt wurden – zwischen 13% (Edwards et al. 1988) und 74% (Längle & Schied 1990) beurteilt. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Längle & Schied mit der Intention-to-treat-Methode arbeiteten, d.h. die nicht erreichten Patienten wurden zu den Rückfälligen gezählt, und nur die sicher Abstinenten wurden als solche gewertet.

Auffallend sind hier besonders die Unterschiede zwischen den lebenden und den verstorbenen Patienten. Bei Längle et al. (1993) gehörten 15 der 21 Verstorbenen zu den Rückfälligen, während 49 der 75 Überlebenden abstinent waren. In der 16-Jahres-Katamnese von Mann et al. (2005) waren gegenüber

30% Rückfälligen unter den Lebenden 73% der Verstorbenen rückfällig. Bei Cross et al. (1990) waren ebenfalls 77% der Verstorbenen rückfällig.

Während bei Mann et al. (2005), Kufner et al. (1988) u.a. die Rückfälligen im zeitlichen Verlauf meist in dieser Gruppe blieben, nahm der Anteil der Ungebesserten bei Shaw et al. (1997) und Vaillant (1988) kontinuierlich bis auf 15% bzw. 17% ab. Dies spiegelt den insgesamt positiven Verlauf wider, der in mehreren Studien beobachtet wurde (Noda et al. 2001, Timko et al. 2000, Finney & Moos 1991, Taylor et al. 1985).

Zahlreiche Studien fanden Faktoren, die bei der Aufnahme den Langzeitverlauf voraussagten. Die Mehrzahl der Studien zu **Prognosefaktoren** bezieht sich jedoch auf kürzere Zeiträume im Bereich von einigen Monaten bis zu einigen Jahren.

Signifikante Zusammenhänge zwischen der psychosozialen Situation der Patienten und dem Verlauf nach der Therapie werden in mehreren Studien ähnlich beschrieben.

Vaillant (1988) bezeichnete die soziale Stabilität als effektiveren Prognosefaktor als den Schweregrad oder die Chronizität der Alkoholabhängigkeit. Patienten mit einer schlechten sozialen Anpassung wiesen in dieser Studie zu 53% einen chronischen Verlauf auf, nur 21% von ihnen waren nach 8 Jahren abstinent. In einer Kurzzeitkatamnese von Reker et al. (2004) prädizierte entsprechend ein niedriges psychosoziales Funktionsniveau einen schlechten Verlauf.

Eine gute soziale Anpassung wurde auch von weiteren Autoren als Prognosefaktor für Abstinenz beschrieben (Westermeyer & Peake 1983, Westermeyer & Neider 1984, Nordström & Berglund 1987, Finney & Moos 1992, Cross et al. 1990, Süß 1995). Im Project MATCH (1998) hingegen hatten Patienten mit einer schlechteren sozialen Funktion einen besseren Verlauf.

Die Bedeutung der sozialen Netzwerke wird bei Gerteis (2002) deutlich: die nach 3-6 Jahren rückfälligen Patientinnen gaben insgesamt weniger Kontaktpersonen an als die abstinenten; nur zu beratenden Institutionen hatten sie mehr Kontakte. Auch bei Zywiak et al. (2002) korrelierte die Größe des

alltäglichen Netzwerks mit dem Ergebnis und war ein Prädiktor für abstinente Tage, und wenige Vertrauenspersonen wiesen bei Reker et al. (2004) auf einen schlechteren Verlauf hin. Dabei scheint das Gesamtnetzwerk eine größere Bedeutung zu haben als einzelne Bezugspersonen. Bei Beattie & Longabaugh (1997) hatte der Freundeskreis einen größeren Einfluss als die Familie, und es waren in zahlreichen Studien nicht primär die strukturellen Aspekte der sozialen Beziehungen ausschlaggebend, sondern vor allem Qualitäts- und Funktionseigenschaften (Beattie 2001). Da sich jedoch sowohl Aspekte der sozialen Integration auf das Trinkverhalten auswirken können als auch umgekehrt, muss mit der Beurteilung von Ursache und Wirkung vorsichtig umgegangen werden.

Während sich starke und neue Beziehungen als positiver Prognosefaktor erwiesen (Westermeyer & Peake 1983, Westermeyer & Neider 1984, Vaillant 1988) und mit der Ehefrau zusammen lebende Patienten in der MEAT-Studie nach 4 Jahren ein besseres Ergebnis hatten (Feuerlein & Kufner 1989), stellten sich ein geringerer familiärer Zusammenhalt (Finney & Moos 1991) und – vor allem bei Männern – eine geringere Teilnahme der Angehörigen an der Therapie (Feuerlein & Kufner 1989) als negative Prädiktoren heraus. Auch Unverheiratete hatten einen schlechteren Langzeitverlauf (Mundle et al. 2001, Kern & Jahrreiss 1990 u.a.). Eine Trennung vom Lebensgefährten korrelierte in einer Studie von Temple et al. (1991) mit erhöhten Trinkmengen.

Weisner et al. (2003) kamen in ihrer 5-Jahres-Katamnese an 784 Alkohol- und Drogenabhängigen jedoch zu dem Ergebnis, dass nur ein auf die Genesung des Patienten orientiertes soziales Netz zu einer besseren Prognose führt, ähnlich auch Zywiak et al. (2002). Dies stimmt mit den Ergebnissen von Gual et al. (1999) überein, bei denen nach fünf Jahren diejenigen der 850 Patienten, die gemeinsam mit Verwandten tranken, häufiger rückfällig waren.

Stabile Arbeitsverhältnisse und eine insgesamt gute sozioökonomische Situation korrelierten mehrfach signifikant mit einem besseren Langzeitergebnis (Feuerlein & Kufner 1989, Westermeyer & Neider 1984 u.a.). In der Katamnese von Vaillant et al. (1983) waren 31% der Beschäftigten abstinent, und nur 13%

hatten einen chronischen Verlauf. Weniger familiäres Einkommen (Finney & Moos 1991) sowie Arbeitslosigkeit (Vaillant 1988) sagten hingegen höhere Rückfallquoten voraus. Dem widerspricht die Studie von Kern & Jahrreiss (1990), in der die Arbeitslosigkeit ein positiver Prognosefaktor war. Vaillant (1988) beschrieb außerdem einen positiveren Verlauf bei Patienten, die nie im Gefängnis waren sowie bei Patienten mit stärkerer gesellschaftlicher Kontrolle.

Diese Ergebnisse widersprechen der Studie von Cross et al. (1990), in der prämorbid psychosoziale Faktoren keinen signifikanten Einfluss auf den Verlauf hatten. In Bezug auf das spätere Trinkverhalten fanden auch Schäfer (1996), Öjehagen et al. (1994) und Edwards et al. (1988) keine signifikanten Prognosefaktoren.

Bezüglich der Alkoholanamnese kamen unterschiedliche Studien zu sehr uneinheitlichen Ergebnissen. Sowohl Vortherapien (Reker et al. 2004, Mundle et al. 2001 u.a.) als auch Schwere bzw. Dauer der Abhängigkeit (Yates et al. 1994, Babor et al. 1992, Haver et al. 2001, Soyka et al. 2003 u.a.) wurden unterschiedlich beurteilt.

Finney & Moos (1992) beschrieben eine positive Beurteilung der Therapie durch den Patienten sowie aktive Copingstrategien als Prädiktor für einen besseren Verlauf. Die Motivation und Veränderungsbereitschaft der Patienten erwiesen sich als wesentliche positive Prognosefaktoren (Staines et al. 2003, Reker et al. 2004, Project MATCH 1998). Ponzer et al. (2002) fanden ein sensationssuchendes Verhalten als negativen Prognosefaktor.

Im Gegensatz zu Powell et al. (1998) und O'Connor et al. (1991), die in Bezug auf soziodemographische Faktoren keine signifikante prognostische Bedeutung fanden, wiesen bei Weisner et al. (2003) und Zeissler (1999) ältere Patienten und Frauen (Weisner et al. 2003) einen besseren Verlauf des Trinkverhaltens auf. Bei den männlichen Patienten der MEAT-Studie war ein Wohnort mit

weniger als 100000 Einwohnern ein positiver Prognosefaktor (Feuerlein & Kufner 1989).

Im Verlauf wies – neben den oben bereits erwähnten Abstinenzraten in der ersten Zeit nach der Therapie (Shaw et al. 1997, Öjehagen et al. 1994 u.a.) – in mehreren Studien eine Teilnahme an Selbsthilfegruppen auf ein besseres Langzeitergebnis hin (Brown et al. 2002, Noda et al. 2001, Cross et al. 1990, Vaillant 1988). Vaillant schätzte jedoch eine Teilnahme in „tragenden Gruppen“ auch als Ersatzabhängigkeit ein. Es muss bei diesen Ergebnissen offen bleiben, was als Ursache und was als Wirkung anzusehen ist.

Rückfälle während der Therapie und Therapieabbrüche erwiesen sich als schlechter Prognosefaktor (Mundle et al. 2001, Feuerlein & Kufner 1989).

Ein weiteres in Bezug auf Prognosefaktoren für das Trinkverhalten und das allgemeine Langzeitergebnis bedeutsames Gebiet ist die Komorbidität alkoholabhängiger Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen. Darauf soll im Folgenden ausführlicher eingegangen werden.

1.2.3 Komorbidität

Ein großer Teil der alkoholabhängigen Patienten hat neben der Alkoholabhängigkeit mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose (de Pablo et al. 2001). In mehreren Studien wiesen zwischen 40% (Echeburua et al. 2005, Moos et al. 1994) und 56,2% (Reker et al. 2004) der Patienten mindestens eine weitere Lebenszeitdiagnose auf. Auffallend ist bei Jung (2001) der Geschlechterunterschied: lediglich 27,9% Komorbiden unter den Männern standen 64,9% komorbide Frauen gegenüber.

Die Komorbidität wird häufig unzureichend diagnostiziert und entsprechend mangelhaft behandelt. Besonders sind die Patienten dabei von affektiven und Angststörungen sowie von zusätzlicher Drogenabhängigkeit oder einer antisozialen Persönlichkeitsstörung betroffen (Kranzler & Rosenthal 2003). Eine

Alkoholabhängigkeit geht ebenfalls meist mit einer Nikotinabhängigkeit einher (Jackson et al. 2003).

Angststörungen machen in mehreren Studien den größten Anteil der zusätzlichen Lebenszeitdiagnosen aus. Von 118 Patienten der Tübinger Alkoholentwöhnungsstation hatten 24,6% der Männer und 50,9% der Frauen eine Angststörung in der Vorgeschichte (Jung 2001), noch höher lag die Lebenszeitprävalenz in einer Studie von Tómasson & Vaglum (1995) mit 52,3% bei den Männern und 63,9% bei den Frauen. Bei Jung et al. (1995) hatten 39,3% der männlichen Entzugspatienten zusätzlich eine Angststörung. Dabei waren 68,9% der Angststörungen vor der Alkoholabhängigkeit aufgetreten.

Umgekehrt waren in derselben Studie 53,8% der Depressionen sekundär. Die Lebenszeitprävalenz für depressive Störungen lag bei Jung et al. (1995) bei 23,2%. Bei Tómasson & Vaglum (1995) hatten 7,1% der Männer und 13,9% der Frauen depressive Episoden und 4,7% der Männer sowie 6,9% der Frauen die rezidivierende Verlaufsform der Major Depression. Hinzu kamen bei den Männern 11,3% und bei den Frauen 23,6% mit einer Dysthymia.

Ähnlich sind die Ergebnisse bei Jung (2001), wo 33,3% der Frauen und 9,8% der Männer zusätzlich zum Alkoholismus eine Major Depression hatten, jedoch war hier die rezidivierende Verlaufsform häufiger. Mit 8,8% bei den Frauen und 1,6% bei den Männern liegt die Lebenszeitprävalenz für eine Dysthymia jedoch deutlich unter den Ergebnissen von Tómasson & Vaglum (1995).

Auch wenn die Lebenszeitprävalenz für depressive Störungen in den bereits zitierten Studien unter derjenigen der Angststörungen liegt, sind Depressionen eine sehr häufige Begleiterkrankung bei Alkoholikern (Fehr 2001), und viele Alkoholiker leiden an depressiven Symptomen, auch wenn sie nicht die standardisierten Diagnosekriterien einer Major Depression erfüllen (Huertas et al. 1999). Bei Reker et al. (2004) waren 29,9% der Patienten mit einem längeren Verlauf der Alkoholabhängigkeit depressiv, ähnlich bei Hodgins et al. (1999), wo 23% der Patienten zum Untersuchungszeitpunkt depressiv waren.

Wie bei Jung et al. (1995) stellten sich die bei Czisch et al. (1995) mittels des Beck-Depressions-Inventars (BDI; Beck et al. 1961) gemessenen depressiven Symptome stationär behandelter Patienten meist sekundär als Folge der Abhängigkeit und des Entzugs dar. Hier wiesen 30,6% der Patienten leichte und 16,1% mäßige bis schwere depressive Symptome auf. Dabei scheinen zusätzliche psychiatrische Diagnosen das Ausmaß der Depressivität zu erhöhen (Jung 2001).

Im Verlauf der sechswöchigen Therapie auf der Tübinger Entwöhnungsstation besserten sich die zu Beginn deutlichen depressiven Symptome (Jung 2001, Mann et al. 1996b, Czisch et al. 1995), während sie sich im Katamnesezeitraum von 6 Monaten nach einer Studie von Driessen et al. (2001) nur wenig veränderten und der Entzug sich hier als Risikoperiode für eine Depression darstellte. Auch bei Finney & Moos (1992) blieben die Depressionen über den mit 10 Jahren wesentlich längeren Zeitraum konstant.

Verschiedene Krankheiten wurden auf ihre **prognostische Bedeutung** hin untersucht. Dabei sind die Ergebnisse z.T. sehr widersprüchlich.

Die Bedeutung der Komorbidität für die Mortalität wurde bereits weiter oben besprochen.

Bei Rounsaville et al. (1987) erwies sich eine schwerere Beeinträchtigung als starker Prädiktor für einen schlechteren Verlauf, und auch Haver (2003) beschrieb eine schlechtere Prognose sowohl für das allgemeine Ergebnis nach 2 Jahren als auch für das Trinkverhalten. In weiteren Studien war das Rückfallrisiko bei Depressionen und Ängsten erhöht (Driessen et al. 2001, Soyka et al. 2003, Finney & Moos 1991). Bei de Lucas-Taracena et al. (2002) und Monras (2000) prädizierten zusätzliche Störungen einen Therapieabbruch. Diesen Ergebnissen widerspricht eine 1-Jahres-Katamnese von Ouimette et al. (1999), die bezüglich alkoholspezifischer Parameter keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Verlauf nicht komorbider und komorbider Patienten fanden.

Depressionen wurden in mehreren Studien auf ihre prognostische Bedeutung hin untersucht.

Bei Kranzler et al. (1996) zeigten depressive Patienten nach 3 Jahren weniger Trinkintensität, in der 1-Jahres-Katamnese von Rounsaville et al. (1987) hatten unter den Frauen diejenigen mit einer Major Depression und sekundärem Alkoholismus die beste Prognose im Vergleich mit Patienten ohne Komorbidität, mit Drogenabhängigkeit oder antisozialer Persönlichkeitsstörung.

Im Gegensatz dazu sagte eine begleitende Major Depression in mehreren Studien einen schnelleren Rückfall voraus (Greenfield et al. 1998, Loosen et al. 1990). Während Greenfield et al. jedoch zu dem Ergebnis kamen, dass mit dem BDI keine Prognose für Rückfälligkeit gegeben werden kann, beschreiben Huertas et al. (1999) das BDI nach der Entgiftung als aussagekräftigen Langzeitprädiktor. In dieser Studie lagen die BDI-Scores aller Therapieabbrecher im depressiven Bereich.

Hodgins et al. (1999) fanden in ihrer 3-Jahres-Katamnese zwar eine klare Assoziation von Depressionen und dem Ergebnis bezüglich alkoholspezifischer Parameter und der psychosozialen Stabilität, jedoch war eine Vorhersage des Trinkverhaltens durch die Depression oder umgekehrt nicht möglich.

Zusätzliche Angststörungen (Soyka et al. 2003, de Lucas-Taracena et al. 2002, Driessen et al. 2001, Finney & Moos 1991) sowie Nikotinabusus (Finney & Moos 1991) stellten sich einheitlich als negativer Prognosefaktor heraus, ebenso eine begleitende antisoziale Persönlichkeitsstörung (Powell et al. 1998, Lewis et al. 1995a, Kranzler et al. 1996) und Drogenabhängigkeit (Kranzler et al. 1996, Rounsaville et al. 1987). Die meisten Komplikationen wiesen bei Lewis et al. (1995a) im Vergleich mit Patienten mit einer begleitenden antisozialen Persönlichkeitsstörung und anderen Komorbiditäten jedoch die reinen Alkoholiker auf.

Feuerlein & Kufner (1989) fanden wenige Suizidversuche in der Vorgeschichte als positive Prognosefaktoren, und de Lucas-Taracena et al. (2002) fanden anamnestische Suizidversuche als Prädiktor für einen Therapieabbruch.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zwar viele Ergebnisse zu Prognosefaktoren sowohl für die Mortalität als auch für das Trinkverhalten und den allgemeinen Langzeitverlauf bei Alkoholikern vorliegen, diese jedoch sehr heterogen sind. Viele der dargestellten Prognosefaktoren wurden zudem nur über kürzere Katamneseräume hinweg geprüft. Deshalb erscheint es sinnvoll und notwendig, auf diesem Gebiet weiter zu forschen in der Hoffnung, mit der Zeit zu klarer definierbaren Prognosefaktoren zu kommen, die es ermöglichen, besser jedem einzelnen Patienten gerecht zu werden.

1.3 Fragestellung

Um einen weiteren Beitrag zur wissenschaftlichen Erkenntnis zu leisten, sollte in der vorliegenden Arbeit der Langzeitverlauf alkoholabhängiger Patienten 10 Jahre nach der Entwöhnung auf der Spezialstation der Tübinger Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie untersucht werden.

Im Vordergrund stehen dabei folgende Fragestellungen:

1. ob sich bei unseren Patienten bereits in den Ausgangsmerkmalen Prognosefaktoren für den Langzeitverlauf finden lassen.
2. ob sich die allgemeinen Lebensverhältnisse und das Trinkverhalten im Langzeitverlauf verbessern und
3. inwiefern sich diesbezüglich die rückfälligen von den abstinenten Patienten unterscheiden.
4. sollten in dieser Arbeit die komorbiden Patienten sowie die Depressivität und Suizidalität untersucht werden. Dabei interessiert besonders, ob sich die Patienten mit zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen im Langzeitverlauf von den nicht komorbiden Patienten unterscheiden, wie sich die Depressivität im Langzeitverlauf entwickelt und ob die Depressivität eine prognostische Bedeutung für den Langzeitverlauf hat.

2. METHODIK

2.1 Die Station B6 der Tübinger Psychiatrie

Das „Tübinger Behandlungsmodell“ besteht aus einer tiefenpsychologisch orientierten Gruppentherapie, in die auch verhaltenstherapeutische und gruppendynamische Elemente aufgenommen werden. Die Entwöhnungstherapie auf der Spezialstation für Alkoholabhängige gliedert sich seit 1978 in einen sechswöchigen stationären und einen einjährigen ambulanten Teil. Über den gesamten Zeitraum erfolgt die Arbeit in geschlossenen und konstanten Gruppen von 12-13 Teilnehmern und zwei Therapeuten, die auch während des ambulanten Teils die Gruppe leiten (Längle & Schied 1990, Mann & Batra 1993, Mundle et al. 1995, Mann et al. 1996b).

Aufgenommen werden alkoholabhängige Patienten, die neben der Alkoholabhängigkeit in der Regel weitere psychiatrische Symptome aufweisen, wie etwa Depressionen, Ängste oder Persönlichkeitsstörungen. Bedingungen für eine Aufnahme in die Therapie sind der freiwillige Entschluss des Patienten zur Therapie und das Ziel der dauerhaften Abstinenz. Diese werden in mindestens einem Vorstellungsgespräch geklärt. Außerdem sollte die soziale Integration der Patienten weitgehend gegeben sein, d.h. der Patient sollte einen Arbeitsplatz haben oder in einer festen Beziehung stehen. Um eine sinnvolle gemeindenahe Therapie zu ermöglichen, sollte ein Wohnsitz in einer Entfernung von maximal einer Stunde Fahrzeit ebenfalls vorhanden sein. Das Alter der Patienten liegt in der Regel zwischen 20 und 50 Jahren. Patienten mit einer Psychose, einer schweren hirnorganischen Erkrankung (z.B. Korsakow-Syndrom) und multiplem Substanzmissbrauch werden nur aufgenommen, wenn ein gewisses Maß an Gruppenfähigkeit vorhanden ist.

Therapieziel ist die lebenslange Abstinenz, zunächst aber auch ein Verständnis der Alkoholkrankheit und längerfristig die psychosoziale Stabilisierung der Patienten.

Das 20 Wochenstunden umfassende Programm der sechswöchigen stationären Zeit besteht aus einer nicht strukturierten interaktionellen Gruppengesprächstherapie, die durch ein multiprofessionelles Therapieangebot in Form von Rollenspiel, psychoedukativen Informationsveranstaltungen, Beschäftigungstherapie, Bewegungstherapie und Entspannungstraining begleitet wird. Jeder Patient hat aber auch Einzelgespräche mit einem ihm zugewiesenen Bezugstherapeuten. Außerdem planen die Patienten gemeinsam Außenaktivitäten und Abendveranstaltungen, und wöchentlich findet eine Angehörigengruppe statt, die durch ein ganztägiges Angehörigenseminar ergänzt wird.

Im Jahr nach der Entlassung aus der stationären Behandlung treffen sich die Gruppenteilnehmer und ihre Therapeuten regelmäßig einmal pro Woche zu Gruppengesprächen, die den Gruppengesprächstherapien während der stationären Phase entsprechen. Während dieser Zeit gibt es bei einem Rückfall die Möglichkeit, zur ca. einwöchigen Krisenintervention erneut stationär aufgenommen zu werden.

Während der gesamten Behandlung wird die Abstinenz durch regelmäßige Atemluftanalysen und bei Verdacht auf einen Rückfall durch Blutproben kontrolliert. Im Falle eines Rückfalles während der stationären Behandlungsphase wird im Einzelfall über das mögliche Ausscheiden des Patienten aus dem Therapiesetting entschieden. Der Einsatz von Medikamenten wird gegebenenfalls entsprechend der psychiatrischen Begleiterkrankung, insgesamt jedoch eher zurückhaltend gehandhabt.

2.2 Die Patientenstichprobe

In die Studie aufgenommen wurden alle 215 Patienten, die zwischen dem 20.01.1993 und dem 03.01.1995 stationär auf der Alkoholentwöhnungsstation der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen waren. Diese Patienten hatten während ihrer Therapie an einem umfassenden Forschungsprojekt teilgenommen (Mann et al. 1996a), sodass auf zahlreiche

Daten zurückgegriffen werden konnte und eine prospektiv-retrospektive Studie möglich war.

Da der Datensatz nicht bei allen Patienten vollständig ist, wird im Folgenden bei von der Gesamtstichprobe abweichenden Stichprobengrößen angegeben, auf wie viele Patienten sich die entsprechenden Angaben beziehen.

2.2.1 Soziodemographische Daten und soziale Integration

162 (75%) der Patienten waren Männer, 53 (25%) Frauen. Die Altersspanne bei Aufnahme in die Therapie liegt zwischen 22 und 64 Jahren (Durchschnitt: 40,4 Jahre, Median: 40,0). 25 Patienten (11,6%) waren zwischen 20 und 29 Jahre alt, 77 (35,8%) zwischen 30 und 39 Jahre, 76 (35,4%) zwischen 40 und 49 Jahre, 32 (14,9%) zwischen 50 und 60 Jahre, und 5 Patienten (2,3%) waren älter als 60 Jahre.

Zum damaligen Zeitpunkt waren 115 Patienten (53,5%) verheiratet, unter ihnen 96 Patienten (44,7% der Gesamtstichprobe) mit ihrem Ehepartner zusammen lebend (vgl. Abb. 1).

verheiratet	ledig	geschieden	verwitwet
115 (53,5%)	53 (24,6%)	41 (19,1%)	6 (2,8%)

Abb. 1: Familienstand (N=215)

Betrachtet man die Partnerschaftssituation, die bei 212 der 215 Patienten erfasst wurde, so lebten 141 Patienten (66,5% der 212) in einer festen Partnerschaft (vgl. Abb. 2).

fester Partner, zusammen lebend	fester Partner, getrennt lebend	Trennung vom Partner	Single	keine Partnerschaften
121 (57,1%)	20 (9,4%)	21 (9,9%)	12 (5,7%)	38 (17,9%)

Abb. 2: Partnerschaftssituation (N=212)

Bezüglich des Hausstandes überwogen ebenfalls die mit ihrem Lebensgefährten zusammen lebenden Patienten (vgl. Abb. 3).

mit festem Partner zusammen lebend	mit Verwandten o. ä. zusammen lebend	allein lebend	im Heim lebend
125 (58,1%)	36 (16,7%)	53 (24,7%)	1 (0,5%)

Abb. 3: Hausstand (N=215)

148 Patienten (68,8%) hatten eigene Kinder. 119 Patienten (55,3%) lebten in einer Mietwohnung, 87 (40,5%) im eigenen Haus oder einer Eigentumswohnung, 9 Patienten (4,2%) wohnten in einem Zimmer zur Untermiete oder in einem Heim.

Mit 131 Patienten (60,9%) hatte die Mehrzahl der Patienten die Schule mit dem Hauptschulabschluss beendet, 45 (20,9%) mit dem Realschulabschluss und 35 (16,3%) mit dem Abitur oder der Fachhochschulreife. 4 Patienten (1,9%) verließen die Schule mit dem Sonderschulabschluss.

214 Patienten machten Angaben zur Berufsausbildung. 142 Patienten (66,4%) hatten vor Therapiebeginn eine Lehre abgeschlossen, 21 (9,8%) eine Fachschule und 15 (7%) ein Fachhochschul- oder Universitätsstudium. 29 Patienten (13,5%) hatten keinen Berufsabschluss und weitere 7 (3,3%) befanden sich zum Befragungszeitpunkt in einer Lehre oder einem Studium.

Mehr als die Hälfte der Patienten (128 Patienten, 59,5%) war voll erwerbstätig. Bei einem Großteil der Patienten waren die Arbeitsverhältnisse im Jahr vor der Aufnahme stabil (vgl. Abb. 4).

voll erwerbs- tätig	teilweise erwerbs- tätig	Hausfrau	Aus- bildung, Studium	Rente	Frührente	arbeitslos
128 (59,5%)	7 (3,3%)	14 (6,5%)	4 (1,9%)	3 (1,4%)	3 (1,4%)	56 (26%)

Abb. 4: Erwerbstätigkeit (N=215)

2.2.2 Trinkanamnese

Daten zur Abhängigkeitsentwicklung wurden bei 213 Patienten erfasst. Der erste Alkoholkonsum lag zwischen dem 3. und 36. Lebensjahr (Mittelwert: 14,6 Jahre, Median: 15). Zum Alkoholmissbrauch kam es zwischen dem 5. und 60. Lebensjahr (Mittelwert: 26,5 Jahre, Median: 25). Kontrollverlust oder körperliche Abhängigkeitszeichen zeigten sich erstmals zwischen dem 17. und 61. Lebensjahr (Mittelwert: 31,5 Jahre, Median: 30). Daraus ergibt sich eine durchschnittliche Dauer der Abhängigkeit von 8,88 Jahren. Der Median ist 7 Jahre bei einer Spanne von unter einem Jahr bis 49 Jahren.

105 Patienten (48,8% der Gesamtstichprobe) hatten im Vorfeld keine stationäre Entgiftung durchlaufen, nur 8 Patienten (3,7%) hatten ambulant entgiftet. 208 Patienten (96,7%) hatten nie eine ambulante Entwöhnungsbehandlung erhalten, für 175 Patienten (81,4%) war die Behandlung auf der Station B6 die erste stationäre Entwöhnung. 29 Patienten (13,5%) hatten eine, 10 Patienten (4,6%) 2, und ein Patient (0,5%) hatte bereits drei stationäre Entwöhnungsbehandlungen durchlaufen. Insgesamt hatten 96 Patienten (44,7%) keinerlei Vortherapie.

2.2.3 Psychiatrische Komorbidität und Gesundheitszustand

Abgesehen von weiteren Abhängigkeiten (siehe unten) bestand bei 177 Patienten (82,3%) keine weitere psychiatrische Diagnose. 20 Patienten (9,3%) hatten eine depressive Störung (F 32 oder F 34 nach ICD10), 8 (3,7%) eine Angststörung (F 40 oder F 41) und 8 Patienten (3,7%) litten an Persönlichkeitsstörungen. Jeweils ein Patient (je 0,5%) hatte eine Anorexia nervosa bzw. eine posttraumatische Belastungsstörung. Einer der depressiven Patienten (0,5% der Gesamtstichprobe) hatte zusätzlich zur Depression eine Polytoxikomanie, und eine Patientin (0,5%) hatte neben ihrer Persönlichkeitsstörung soziale Phobien und eine Anorexia nervosa.

Sehr hoch ist mit 139 Patienten (65,3% der 213 Patienten mit Angaben dazu) der Anteil der Nikotinabhängigen. Drogenmissbrauch betrieben 16 Patienten (7,6% von 211), bei 7 (3,3% von 212) lag eine Polytoxikomanie vor, bei 11 (5,2% von 212) ein Medikamentenmissbrauch.

Bei 207 Patienten liegen Angaben zu Alkoholfolgeerkrankungen vor, die sich auf die klinisch ärztliche Untersuchung, gegebenenfalls Zusatzuntersuchungen sowie Laborbefunde stützen. Am häufigsten wurde eine Fettleber diagnostiziert (vgl. Abb. 5). An nicht alkoholbedingten Krankheiten litten 36 Patienten (17,4%).

Fettleber	Polyneuro- pathie	Kleinhirn- schädigung	Hirnatrophie, Enzephalo- pathie	Leber- zirrhose	Alkohol- toxische Hepatitis	sonstige
96 (46,4%)	70 (33,8%)	46 (22,2%)	11 (5,3%)	8 (3,9%)	7 (3,4%)	26 (12,6%)

Abb. 5: Alkoholfolgeerkrankungen (N=207)

2.2.4 Forensische Aspekte

103 Patienten, fast die Hälfte (49,5%) der 208 Patienten, zu denen hier Daten vorliegen, hatten ein oder mehrere Verkehrsdelikte unter Einfluss von Alkohol verübt. Die Spanne reicht von 0 bis 7 Delikten, der Durchschnitt liegt jedoch bei 0,8. Ohne Alkoholeinfluss hatten 9 Patienten (4,4% von 206) ein und 2 Patienten (1%) zwei bzw. drei Verkehrsdelikte verübt. 96 Patienten (47,3% von 203 Patienten) wurde mindestens einmal der Führerschein entzogen.

20 Patienten (9,4% von 213) hatten andere Delikte begangen, darunter 4 (1,9%) Eigentumsdelikte, 10 (4,7%) einfache Körperverletzungen und 2 (0,9%) schwere Gewaltverbrechen (Tötung, Raub oder schwere Körperverletzung).

2.2.5 Krankheitseinsicht und Motivation

Die Krankheitseinsicht wurde vom behandelnden Arzt bei 24 Patienten (11,8% von 204 Patienten, bei denen die Krankheitseinsicht erfasst wurde) als sehr gut eingeschätzt, bei 86 Patienten (42,1%) als gut. Eine mäßige Krankheitseinsicht

hatten 64 Patienten (31,4%), bei 23 Patienten (11,3%) wurde die Krankheitseinsicht als gering eingeschätzt, und 7 Patienten (3,4%) zeigten gar keine Krankheitseinsicht. Die Therapiemotivation war bei der Mehrzahl von 109 Patienten (52,2% von 209 Patienten) gut, bei 22 (10,5%) sogar sehr gut. 68 Patienten (32,5%) zeigten dagegen eine mäßige und 10 Patienten (4,8%) eine geringe Therapiemotivation.

2.2.6 Prognoseeinschätzung und Therapieverlauf

Angaben zum Abschluss der stationären Therapiephase liegen bei 202 Patienten vor. 201 Patienten (99,5%) schlossen diesen Therapieteil ab, nur ein Patient (0,5%) wurde wegen eines Rückfalls vorzeitig entlassen. Am Ende des stationären Teils der Therapie schätzte das Therapeutenteam der Station die Prognose jedes Patienten für eine längerfristige Abstinenz (mindestens ein Jahr) ein. Bei 10 Patienten (4,7%) wurde die Prognose als sehr gut eingeschätzt, bei 82 Patienten (38,1%) als gut. Der größte Anteil der Patienten hatte nach Einschätzung der Therapeuten eine mäßige Prognose; dies war bei 98 Patienten (45,6%) der Fall. Bei 25 Patienten (11,6%) wurde die Prognose als ungünstig eingeschätzt.

2.3 Erhebungsmittel

2.3.1 Ausgangsstudie

Bei Therapiebeginn in den Jahren 1993/1994 wurden im Rahmen des BMBF-Projektes „Langzeitverlauf und Rückfallprophylaxe bei alkoholabhängigen Frauen und Männern“ (Mann et al. 1996a) umfassende Patientendaten erhoben und dokumentiert. Die dazu verwendeten Mittel sollen hier dargestellt werden.

Bei Aufnahme wurde ein umfangreiches **strukturiertes Anamneseinterview** durchgeführt, das sowohl soziodemographische als auch suchtanamnestiche

Parameter erfasst. Die Reliabilität der Patientenaussagen zur Trinkanamnese wurde in einer unabhängigen Nachuntersuchung geprüft, wobei ein hohes Maß an Übereinstimmung zwischen den Aussagen zu beiden Zeitpunkten gefunden wurde (Jung 2001). Auch die Validität wurde bestätigt (Mann et al. 1995).

Der **Münchener Alkoholismustest** (MALT; Feuerlein et al. 1977) dient der Diagnostik des Alkoholismus. Der Test besteht aus einem 24 Items umfassenden Selbstbeurteilungsbogen zum Trinkverhalten und zu körperlichen, psychischen und sozialen Folgen des Alkohols (MALT-S) und einem Fremdbeurteilungsbogen, auf dem der behandelnde Arzt 7 Items zu alkoholtypischen Veränderungen des Patienten als zutreffend oder nicht zutreffend beurteilen soll (MALT-F). Durch Addition der als zutreffend gewerteten Aussagen kann eine Gefährdung (ab 6 Punkten) bzw. eine Alkoholabhängigkeit (ab einem Summenwert von 11) diagnostiziert werden. Dabei werden die Aussagen des Arztes gegenüber den Aussagen des Patienten vierfach stärker gewichtet. In einer Studie von Batra et al. (1995) wird der MALT als stabiles diagnostisches Mittel mit einer Sensitivität von 95% beschrieben, Feuerlein et al. (1977) fanden eine hohe Validität ($r=0.85$) und eine hohe Reliabilität ($r=0.94$) für die Selbstaussagen der Patienten. In einer Studie an 414 Frauen fanden Perula de Torres et al. (2005) eine Sensitivität von 100% und eine Spezifität von 95,4%.

Ein **Fragebogen nach Fichter und Frick**, der Motivationsfragebogen (MOTT; Fichter & Frick 1992), erfasst die Selbsteinschätzung zu Aspekten der Motivation anhand von 55 Items. Er wurde in Anlehnung an das Konzept der Compliance-Messung von Bender & Haag (1986) speziell für den Beginn der Therapie Alkoholabhängiger konzipiert und geht von der Motivation als stabiler Persönlichkeitseigenschaft aus. Der Patient soll jede der Aussagen zum Alkohol anhand einer Skala von 0= „trifft gar nicht zu“ bis 4= „trifft voll und ganz zu“ beurteilen. Insbesondere lässt sich ein Teil der Items zu drei Subskalen zusammenfassen, welche die Compliance und Zuversicht, die Krankheitseinsicht sowie ein fatalistisches Krankheitsmodell erfassen. Bezüglich dieser Subskalen fanden die Autoren eine negative Korrelation mit dem MALT-S (Fichter & Frick 1992).

Das **Beck Depressions-Inventar** (BDI; Beck et al. 1961) erfasst Schwere und Ausprägung depressiver Symptome. In Form von Selbstaussagen werden in dem Selbstbeurteilungsbogen 21 depressive Symptome mit je vier Items aufgeführt, deren Depressivität sich steigert. Der Patient soll jeweils die für ihn zutreffendste Aussage auswählen. Von maximal 61 erreichbaren Punkten gilt eine Punktzahl bis 11 als unauffällig, 18 oder mehr Punkte deuten auf eine relevante, aber mäßige depressive Symptomatik hin. Bei 27 oder mehr Punkten ist von einer schweren Depression auszugehen (Hautzinger et al. 1996). Bezüglich der Gütekriterien geben die Autoren eine Test-Retest-Reliabilität von 0.60-0.86 nach einer Woche an, bei psychiatrischen Patienten eine innere Konsistenz von 0.76-0.95 (Beck et al. 1988).

Die **Göttinger Abhängigkeitsskala** (GABS; Jacobi et al. 1987) ist ein Selbstbeurteilungsbogen zur Einschätzung des Schweregrades der Abhängigkeit. Der Patient soll 20 alkoholbezogene Aussagen auf einer Antwortskala von 1= „trifft fast nie zu“ bis 5= „trifft fast immer zu“ beurteilen. Die Reliabilität des GABS beschreiben die Autoren als hoch (Jacobi et al. 1987).

Die klinischen und Laboruntersuchungen sowie der Gesamteindruck während der Therapie flossen in die **Einschätzung der Therapeuten** zur Erkrankung, Motivation und Prognose des Patienten mit ein, ebenso in die Beurteilung auf der **Global Assessment of Functioning Scale** (GAF-Skala; Saß et al. 1998), die der globalen Beurteilung der psychischen, sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit des Patienten dient. Auf einer kontinuierlichen Skala von 1 bis 100 wird das Funktionsniveau des Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung eingestuft. Oberhalb von 70 Punkten wird meist von einem normalen, unterhalb von einem pathologischen Funktionsniveau ausgegangen (Lange & Heuft 2002). Die GAF-Skala hat sich in der klinischen Praxis sowie in empirischen Studien bewährt. Ihre Reliabilität wird zwischen $r = 0.54$ und $r = 0.90$ beschrieben, die Konstrukt- und Kriteriumsvalidität hat sich als ausreichend bewiesen, während die diskriminierende Validität eher gering eingeschätzt wird (Lange & Heuft 2002). Sowohl Yamauchi et al. (2001) als auch Roy-Byrne et al. (1996) weisen auf das Problem der Unterscheidung zwischen der sozialen Funktion und psychiatrischen Symptomen hin.

Zur standardisierten Beurteilung des Schweregrades der Suchtkrankheit wurde die **Klinische Globaleinschätzung des Schweregrades der Suchtkrankheit**, ein Teil der Clinical Global Impressions (CGI; Guy 1976), eingesetzt. Auf einer Skala von 1= „Patient ist überhaupt nicht suchtkrank“ bis 7= „Patient gehört zu den extrem schwer Suchtkranken“ schätzt der behandelnde Arzt den Zustand des Patienten ein, wobei seine gesamte Erfahrung in die Bewertung einfließt. Zu den Gütekriterien dieser Skala, die für verschiedene Krankheitsbilder und Zwecke modifiziert und häufig in der klinischen Praxis und Forschung angewandt wurde, liegen wenige Ergebnisse vor. Die Konsistenz wird wegen der umfassenden Beurteilung kritisch beurteilt, die Reliabilität der Skala zur Erfassung des Schweregrades wird als relativ gut angesehen (Spearing et al. 1997). Die Klinische Globaleinschätzung des Schweregrades wurde bei der Ausgangserhebung auch in Bezug auf die allgemeine psychopathologische Situation der Patienten angewandt.

2.3.2 10-Jahres-Katamnese

Im Rahmen der Katamneseuntersuchung wurden den Patienten zwei der Selbstbeurteilungsbögen erneut vorgelegt: der **Fragebogen nach Fichter und Frick** sowie das **Beck Depressions-Inventar**, das sich an anderer Stelle bereits als Verlaufskontrolle bewährt hat (Jung 2001). Diese Selbstbeurteilungsbögen bearbeiteten die Patienten in der Regel alleine, bei Unklarheiten gemeinsam mit einer Doktorandin.

Ein **standardisiertes Katamneseinterview** wurde speziell ausgearbeitet und orientiert sich zur besseren Vergleichbarkeit an dem Anamneseinterview der Ausgangserhebung. Es umfasst soziodemographische Parameter, Fragen zum Verlauf des Alkoholismus und zum Gesundheitszustand sowie forensische Aspekte; Parameter, die sich bereits in anderen Langzeitkatamnesen als Verlaufparameter bewährt haben (Längle & Schied 1990, Lewis et al. 1995 a & b, Liskow et al. 2000, Powell et al. 1998 u. a.). Soziodemographische Faktoren wie Partner-, Wohn- und Arbeitssituation zeigen die soziale Integration des Patienten. Fragen zum Verlauf und bezüglich des Trinkverhaltens erfassen

weitere Suchtbehandlungen und Klinikaufenthalte sowie Rückfälle (wobei aufgrund des Therapiezieles der lebenslangen Abstinenz jeder Alkoholkonsum als Rückfall gewertet wurde und zwischen zwei Rückfällen mindestens ein Monat Abstinenz liegen muss), ferner die Anzahl amnestischer Episoden, Delirien und Krampfanfälle sowie die Angabe von Trink- und Abstinenzzeiten (in Bezug auf die letzten 10 Jahre gemessen in Monaten, für das letzte Jahr vor Katamneseerhebung in Wochen) und der Trinkmenge im letzten Monat vor Katamneseerhebung. Das Interview enthält ferner Fragen zur psychischen und körperlichen Gesundheit des Patienten, wobei insbesondere ausführlich nach dem Gebrauch bzw. Missbrauch anderer Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial gefragt wird sowie nach Alkoholfolgekrankheiten. Auch die Zufriedenheit des Patienten wird erfragt.

Ergänzt wird die Katamnese durch die **Einschätzung des Interviewers** anhand des Katamneseinterviews und der Selbstbeurteilungsbögen, in die auch der MALT-F aufgenommen ist (sämtliche Fragebögen sind im Anhang abgedruckt).

2.4 Praktisches Vorgehen bei der Durchführung der Katamnese

Anhand der früheren Adressen der Patienten wurde versucht, den Kontakt herzustellen. Ein erstes Anschreiben (siehe Anhang) enthielt neben einer kurzen Beschreibung des Vorhabens die Ankündigung eines folgenden Telefonanrufes bzw. bei den Patienten, deren Adresse sich geändert hatte, die Bitte, einen beiliegenden Antwortbogen ausgefüllt zurückzusenden. Patienten, deren Briefe nicht zustellbar waren, wurden über die Einwohnermeldeämter gesucht. Telefonisch wurde noch einmal um die Mitarbeit bei der Studie gebeten und ein Gesprächstermin vereinbart.

Den Patienten, die ihre Mitarbeit zugesagt hatten, wurde ein Brief mit der Bestätigung des vereinbarten Gesprächstermins sowie den Selbstbeurteilungsbögen zugeschickt (siehe Anhang), damit diese bis zum persönlichen Gespräch bearbeitet werden konnten. Die Gespräche erfolgten meist in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie oder bei den

Patienten zuhause in Form eines halbstandardisierten Interviews von einer Dauer zwischen 20 und 120 Minuten, meist etwa 45 Minuten. In einzelnen Fällen war ein Kollateralinformant bei dem Gespräch anwesend, sodass dieser in das Gespräch einbezogen werden konnte. Ein Patient war aufgrund eines sehr ausgeprägten Korsakow-Syndroms nicht in der Lage, die Fragen entsprechend zu beantworten, sodass der gesetzliche Betreuer zur Ergänzung der Antworten herangezogen wurde.

Da bei Mundle et al. (1999) die Aussagen der Patienten zu ihrem Alkoholkonsum in hohem Maß mit den Ergebnissen durch biologische Kontrollmarker übereinstimmten und somit als ausreichend valide eingeschätzt werden können, wurde auf eine ergänzende Befragung von Kollateralinformanten sowie auf eine Kontrolle durch biologische Marker oder Alkoholmessungen der Ausatemluft verzichtet.

Einige Patienten waren nicht zu einem persönlichen Gespräch bereit. Wenn möglich wurden sie telefonisch befragt, einigen wurden die Fragebögen zugeschickt und sie bearbeiteten sie selbständig. Lehnte ein Patient die Mitarbeit ab, so wurde versucht, zumindest zu erfahren, ob ein Rückfall vorgekommen oder der Patient dauerhaft abstinent geblieben war. Auch hier wurde jeder Konsum als Rückfall gewertet. Nur in sehr wenigen Fällen konnte gar keine weitere Information gewonnen werden. War ein Patient verstorben, so wurde über den früheren Hausarzt oder Angehörige nach weiteren Informationen gesucht: Todestag, Todesursache und ein eventueller Rückfall wurden erfragt, sodass zwischen einem Tod aufgrund von Alkoholfolgen und aufgrund anderer Ursachen unterschieden werden konnte.

Die Gespräche wurden im ersten Halbjahr des Jahres 2004 von zwei Doktorandinnen durchgeführt, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung im 6. bzw. 1. klinischen Semester des Medizinstudiums befanden. Sie bereiteten sich durch intensives Literaturstudium und durch Rollenspiel auf die Befragung vor und standen während der Durchführung in engem Kontakt zu ihrem Betreuer.

2.5 Die Auswertung

2.5.1 Skala zur Erfassung der sozialen Integration

Aufgrund der Schwierigkeit, die soziale Integration als übergeordnete Größe zu erfassen, wurde versucht, einen Summenscore zu bilden, in den verschiedene die soziale Integration betreffende Items einfließen: die aktuelle Partnersituation, der Hausstand und die Wohnverhältnisse, das Vorhandensein von Kindern und die Erwerbstätigkeit.

Dabei werden die verschiedenen Items untereinander gleichmäßig gewichtet. Für jedes Item werden minimal 1 bis maximal 3 Punktwerte gezählt (vgl. Abb. 6).

Punktwert	1 = schlecht	2 = mäßig	3 = gut
Partnersituation	Keine Partnerschaft „Single“ Trennung vom festen Partner	Feste Partnerschaft, getrennte Wohnung	Feste Partnerschaft, gemeinsame Wohnung
Hausstand	Allein lebend	Im Heim lebend	Mit Lebensgefährten/-in zusammen lebend Mit Verwandten oder engen Beziehungspers. zusammen lebend
Kinder	Nein		Ja
Wohnverhältnisse	Ohne festen Wohnsitz (auch Männerwohnheim u.ä.)	Zimmer (zur Untermiete oder fester Heimplatz)	Mietwohnung Eigenheim bzw. Eigentumswohnung
Erwerbstätigkeit	Hausfrau/ Hausmann Rentner/ Frührentner Arbeitslos	z.Zt. in Schule, Ausbildung, Studium u.ä.	Voll erwerbstätig Teilweise erwerbstätig

Abb. 6: die Ermittlung der sozialen Integration

Durch die Addition der einzelnen Punktwerte ergibt sich ein Summenscore zwischen mindestens 5 und höchstens 15 Punkten. Zwischen 5 und 7 Punkten wird von einer schlechten sozialen Integration ausgegangen, 8 bis 12 Punkte zeigen eine mittelmäßige soziale Integration, und 13 bis 15 Punkte werden von Personen mit guter sozialer Integration erreicht (vgl. Abb. 7).

Punktwerte	5-7	8-12	13-15
Soziale Integration	schlecht	mittelmäßig	gut

Abb. 7: Summenscores der sozialen Integration

2.5.2 Die statistische Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe des Computerprogramms JMP 4.0.0 (© 1989-2000 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). Ein Großteil der Ergebnisse fällt in den Bereich der deskriptiven Statistik. Abhängig vom zu beschreibenden Merkmal wurde versucht, durch arithmetische Mittelwerte, Medianwerte und das 25%- oder 75%-Quartil sowie Standardabweichung und Extremwerte eine möglichst aussagekräftige Beschreibung der Daten zu erlangen. Es wurde durchgängig versucht, die Personenanzahl immer auch als Prozentangabe – bezogen auf die jeweilige Gruppe – im Text anzugeben, um so den Vergleich der Daten untereinander einfacher zu gestalten.

Beim Gruppenvergleich (z.B. Patienten mit und ohne psychiatrische Komorbidität) interessierte, ob und wie sich die jeweiligen Gruppen bezüglich eines Merkmals unterschieden. Aufgrund der geringen Gruppenstärke in den einzelnen Untergruppen werden die Ergebnisse teilweise nur deskriptiv dargestellt, da die statistische Aussagekraft eingeschränkt ist. Zusätzlich zur deskriptiven Vorgehensweise wurde eine logistische oder normale Regression durchgeführt. Hier wurden als Einflussgröße (x) die zu unterscheidenden Personengruppen gewählt und die erfassten Ausprägungen eines Merkmals als Funktion dieser Gruppe, also als f(x) angesehen. Bei nominalen Merkmalen wurde mit den p-Werten von Pearsons χ^2 gearbeitet, bei ordinalen abhängigen Variablen mit den p-Werten des Likelihood-Quotienten-Tests und bei stetigen Merkmalen mit den p-Werten des t-Tests, die jeweils durch das Statistikprogramm berechnet wurden. Die stetigen Merkmale wurden vor dem Test auf Normalverteilung untersucht und wenn nötig logarithmisch transformiert. Stetige abhängige Variablen, die nicht normalverteilt waren und die nicht entsprechend transformiert werden konnten, wurden aus dem

Testverfahren ausgeschlossen. Wenn die Varianzanalyse bei den stetigen, normalverteilten Variablen gleiche Varianzen ergab wurde der p-Wert des t-Tests in das weitere Vorgehen aufgenommen. Durch die große Anzahl von untersuchten Merkmalen wurde eine Adjustierung der Signifikanzniveaus nach dem Bonferoni-Holm-Verfahren notwendig, um Scheinsignifikanzen auszuschließen. Es wurde von einer Irrtumswahrscheinlichkeit 1. Art von 5% ausgegangen, und p-Werte, die nach der Adjustierung kleiner als die entsprechende Schranke waren, wurden als signifikant bezeichnet. Die jeweiligen Tabellen mit den p-Werten und der Bonferoni-Holm-Schranke für die Signifikanzüberprüfung des entsprechenden Wertes sind im Anhang einzusehen.

Auch bei nicht signifikanten p-Werten ist durch die Größe und den Rang des entsprechenden Wertes eine deskriptive Aussage über den Zusammenhang möglich. Bei p-Werten von >0.05 bis ≤ 0.1 wurde das Odds-Ratio (Chancen-Verhältnis, OR) berechnet. Ein Faktor erhöht das Risiko, wenn das OR > 1 ist. (Sachs 2002). Ein OR-Wert von 1 beschreibt ein unverändertes Risiko und ein Wert <1 ein geringeres Risiko.

Entsprechendes gilt für die Ergebnisse, die Prognosefaktoren darstellen sollen. Hier war die abhängige Variable stets nominal, da es sich immer um eine Einteilung in zwei Gruppen handelte (z.B. rückfällig vs. nicht rückfällig). Bei nominalen und ordinalen unabhängigen Variablen wurden die p-Werte nach Pearsons χ^2 , bei stetigen unabhängigen Variablen die p-Werte des Likelihood-Quotienten-Tests der logistischen Regression in die Adjustierung aufgenommen. Wenn die unabhängige Variable stetig war, konnte sie auch bei Nicht-Normalverteilung in die Auswertung miteinbezogen werden. Um Punkte großer Hebelwirkung (Leverage) zu vermeiden wurden die stetigen Variablen jedoch immer trotzdem auf Normalverteilung untersucht und eventuell logarithmiert.

Die statistische Überprüfung der Repräsentativität der befragten Personengruppe für die Gesamtstichprobe (vgl. Kapitel 3.6.4 und 4.4.2) erfolgte gemäß den Erläuterungen des Gruppenvergleichs.

3. ERGEBNISSE

3.1 Gliederung

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der vorliegenden Studie dargestellt werden. Das Kapitel 3.2 widmet sich zunächst den Ergebnissen des Interviewprotokolls, im Kapitel 3.3 folgt eine Darstellung der befragten Patienten zum Katamnesezeitpunkt, und im Kapitel 3.4 soll der Verlauf dieser Patienten über den Katamnesezeitraum untersucht werden. Das Kapitel 3.5 beschreibt die im Katamnesezeitraum verstorbenen Patienten. Aus dem Vergleich verschiedener Patientengruppen miteinander im Kapitel 3.6 ergibt sich die Darstellung der Ergebnisse bezüglich der Prognosefaktoren für den Langzeitverlauf im Kapitel 3.7. Das Kapitel 3.8 widmet sich im Besonderen dem Verlauf der komorbiden Patienten, der Depressivität und der Suizidalität. Im Kapitel 3.9 sollen schließlich die wesentlichen Ergebnisse noch einmal zusammengefasst werden.

3.2 Interviewprotokoll

Der Katamnesezeitraum lag zwischen ca. 9 Jahren und 3 Monaten und 11 Jahren und 3 Monaten.

Zum Katamnesezeitpunkt waren 141 (65,6%) der insgesamt 215 Patienten mit Sicherheit noch am Leben. 28 Patienten (13%) waren im Katamnesezeitraum verstorben, bei 46 Patienten (21,4%) konnte nicht ermittelt werden, ob sie noch leben.

Zu 93 Patienten (43,3%) konnten ausführliche Informationen gewonnen werden. 75 Patienten (34,9% der Gesamtstichprobe) wurden persönlich interviewt, in 56 Fällen (74,7% der persönlich Interviewten) in der

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und bei 19 Patienten (25,3%) in deren Wohnung. 11 Patienten (5,1% der Gesamtstichprobe) waren zwar – meist aus Zeitgründen – nicht zu einem persönlichen Interview bereit, konnten jedoch telefonisch interviewt werden und bearbeiteten bis auf einen Patienten (0,5%) auch die Selbstbeurteilungsbögen. Dies war auch das Vorgehen bei Patienten, die sehr weit entfernt wohnten. Weitere 6 Patienten (2,8%) waren nur bereit, die Fragebögen schriftlich auszufüllen, doch auch hier liegen die vollständigen Daten vor. Ein Patient (0,5%) willigte in eine Befragung der Ehefrau als Ersatzinformantin ein, sodass der Fragebogen fast vollständig ausgefüllt werden konnte, jedoch keine Selbstbeurteilungsbögen vorliegen.

43 Patienten (20%) lehnten die Mitarbeit bei der kompletten Studie ab. In diesen Fällen wurde gebeten, wenigstens Informationen über das Trinkverhalten zu bekommen. 30 Patienten (69,8% dieser Patientengruppe) waren im Laufe der 10 Jahre rückfällig geworden, 7 (16,3%) gaben dagegen an, dauerhaft abstinent zu sein. Bei 6 Patienten (13,9%) konnte keine Information über eventuelle Rückfälle gewonnen werden. Nach der Intention-to-treat-Methode sollte also von 36 Rückfälligen (83,7%) unter denen, die die Teilnahme abgelehnt haben, ausgegangen werden.

28 Patienten (13% der Gesamtstichprobe) waren zum Katamnesezeitpunkt verstorben. Hier konnten durch die Hausärzte, Angehörige und Krankenakten bei 19 Patienten (67,9% der Verstorbenen) Informationen zu Sterbedatum, Todesursache und Rückfällen gewonnen werden, in weiteren 6 Fällen (21,4%) nur zur Rückfälligkeit und in einem Fall (3,6%) nur zur Todesursache. Bei 2 Verstorbenen (7,1%) konnte nur das Sterbedatum ermittelt werden.

51 Patienten (23,7% der Gesamtstichprobe) konnten trotz intensiver, andauernder Suche über die zuständigen Einwohnermeldeämter nicht gefunden werden. Dabei wurden bis zu drei Umzüge verfolgt. Mehrere Patienten waren ins Ausland verzogen, zwei waren wohnungslos gemeldet und konnten nicht gefunden werden. Durch Recherche in den Akten der Klinik, über

Angehörige oder durch zufällige Aussagen von früheren Mitpatienten konnte jedoch bei einigen Patienten wenigstens die Frage der Rückfälligkeit geklärt werden. 21 Patienten (41,2% dieser Patientengruppe) hatten mindestens einen Rückfall, von keinem Patienten ist eine Abstinenz bekannt. Bei 30 Patienten (58,8%) konnten keine sicheren Informationen zur Rückfälligkeit gewonnen werden; bei ihnen sollte von Rückfälligkeit ausgegangen werden. Von 5 Patienten (9,8%) ist bekannt, dass sie noch am Leben sind.

Daraus ergibt sich, dass zu 29 Patienten (13,5% der Gesamtstichprobe) keinerlei Informationen vorliegen.

Betrachtet man die Gesamtstichprobe, so zeigt sich, dass 141 Patienten (65,6%) sicher zum Katamnesezeitpunkt gelebt haben. Von diesen 141 Patienten wurden 66% interviewt, 30,5% haben die Teilnahme an der Studie abgelehnt, und 3,5% wurden nicht gefunden.

Bezüglich der Rückfallrate der Gesamtstichprobe hatten 126 Patienten (58,6%) mindestens einen Rückfall, 50 Patienten (23,3%) waren dauerhaft abstinent, und bei 39 Patienten (18,1%) ist das Trinkverhalten unklar (vgl. Abb. 8). Nach der Intention-to-treat-Methode sollte also von 165 Rückfälligen (76,7%) ausgegangen werden.

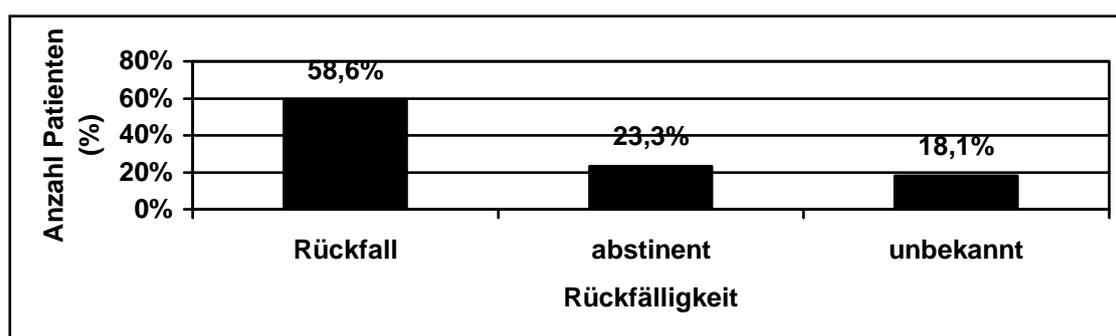


Abb. 8: Rückfälle vs. dauerhafte Abstinenz der Gesamtstichprobe (N=215)

Die Interviews verliefen in den meisten Fällen problemlos, und die Aussagen der Patienten wurden insgesamt als zuverlässig eingeschätzt. Nur ein Patient hatte einen Foetor alcoholicus, obwohl er angab, am Tag des Interviews keinen

Alkohol getrunken zu haben. Ein Patient zeigte massive Verleugnungstendenzen und bei einem weiteren Patienten war die Interviewsituation durch ein ausgeprägtes Korsakow-Syndrom stark beeinträchtigt. In diesem Fall wurden die Fragebögen schriftlich vom gesetzlichen Betreuer des Patienten überarbeitet. Bei 7 Gesprächen waren Angehörige anwesend.

3.3 Die befragten Patienten zum Katamnesezeitpunkt

In diesem Kapitel sollen diejenigen Patienten dargestellt werden, über die umfangreiche Informationen vorliegen. Zu einem Patient (1,1% der befragten Patienten) konnte lediglich eine Ersatzinformantin befragt werden, 6 Patienten (6,5%) bearbeiteten sämtliche Fragebögen schriftlich, 11 Patienten (11,8%) wurden telefonisch und 75 (80,6%) im persönlichen Gespräch interviewt.

Die Prozentangaben beziehen sich im Folgenden auf die Stichprobe der 93 Befragten, sofern nicht anders vermerkt.

3.3.1 Soziodemographische Daten und berufliche Situation

66 (71%) der interviewten Patienten waren Männer, 27 (29%) Frauen. Die Patienten waren zwischen 33 und 75 Jahre alt (Durchschnitt: 52,1 Jahre, Median: 52; vgl. Abb. 9).

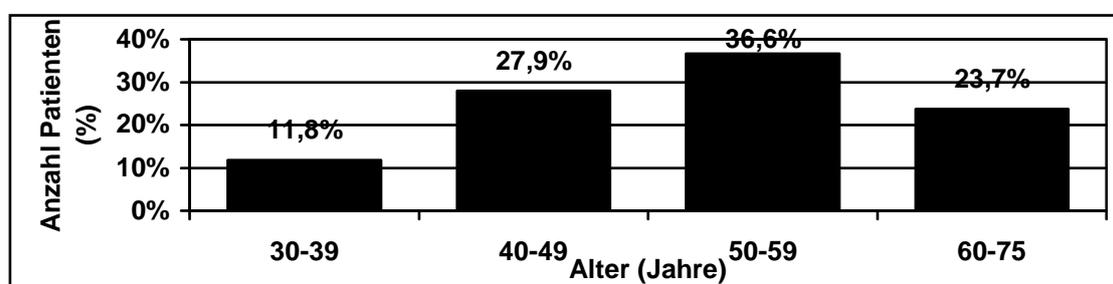


Abb. 9: Altersverteilung bei Katamnese (N=93)

Über die Hälfte der befragten Patienten (49 Patienten, 52,7%) waren verheiratet und lebten auch mit ihrem Ehepartner zusammen. 1 Patient (1,1%) war verheiratet, aber getrennt lebend, 23 (24,7%) waren geschieden. 14 Patienten (15%) waren ledig und 6 (6,5%) verwitwet.

Bei der derzeitigen Partnersituation fällt auf, dass mit 62 Patienten (66,7%) der Großteil der Patienten gemeinsam mit einem festen Partner lebte (vgl. Abb. 10).

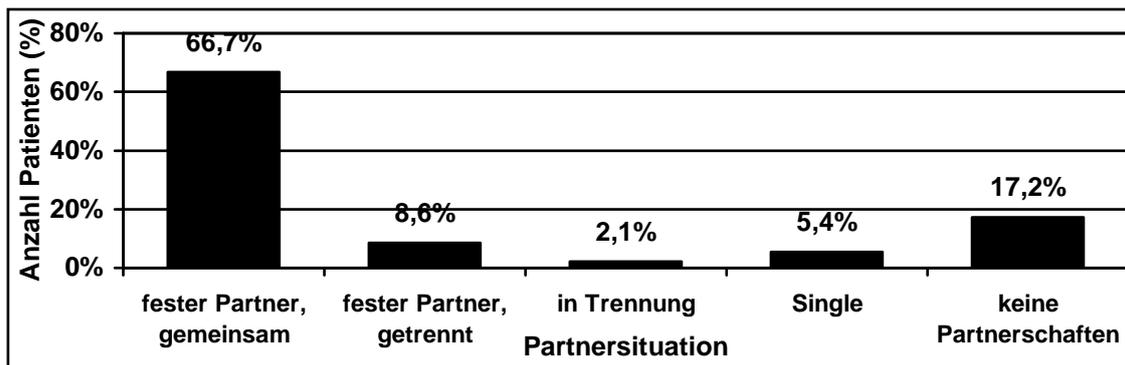


Abb. 10: Partnersituation bei Katamnese (N=93)

Von den 31 Patienten, die nicht mit ihrem Ehepartner oder Lebensgefährten zusammen wohnten, lebten 27 Patienten (29% der Befragten) allein und 4 Patienten (4,3%) mit Verwandten oder engen Beziehungspersonen zusammen. Mit 48 Patienten (51,6%) lebten mehr als die Hälfte in einem Eigenheim, etwas weniger (43 Patienten, 46,2%) in einer Mietwohnung und 2 Patienten (2,2%) hatten ein Zimmer zur Untermiete. Keiner der befragten Patienten lebte in einem Heim oder war wohnungslos.

Die meisten Patienten (83 Patienten, 89,2%) hatten in den letzten 10 Jahren keine weiteren Berufsabschlüsse gemacht. Jeweils 2 Patienten (je 2,15%) schlossen nach der Therapie eine Lehre bzw. eine Fachschule ab, 5 weitere (5,4%) ein Fachhochschul- oder Universitätsstudium. Ein Patient (1,1%) befand sich zum Befragungszeitpunkt in einer Ausbildung oder einem Studium.

53 Patienten (57%) waren zum Katamnesezeitpunkt voll erwerbstätig (vgl. Abb. 11).

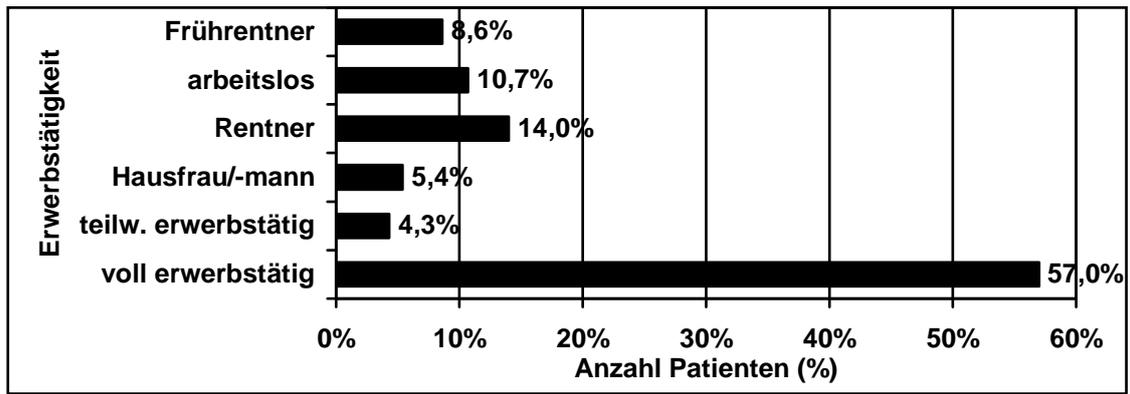


Abb. 11: Erwerbstätigkeit der Patienten zum Katamnesezeitpunkt (N=93)

Im letzten Jahr vor der Befragung standen 57 Patienten (61,3%) durchgehend in einem Beschäftigungsverhältnis, 30 Patienten (32,3%) dagegen gar nicht. 6 Patienten (6,4%) waren zwischen 7 und 50 Wochen beschäftigt. Die durchschnittliche Dauer betrug 33,2 Wochen.

Nach Einschätzung der Befragter entsprach die derzeitige Beschäftigung bei 59 Patienten (63,4%) dem Ausbildungsstand, bei 5 Patienten (5,4%) lag sie über dem Ausbildungsniveau und bei 25 (26,9%) darunter. Bei 4 Patienten (4,3%) war keine eindeutige Einschätzung möglich.

3.3.2 Soziale Integration

Die soziale Integration der befragten Patienten (anhand der Skala zur Erfassung der sozialen Integration) war überwiegend gut (vgl. Abb. 12).

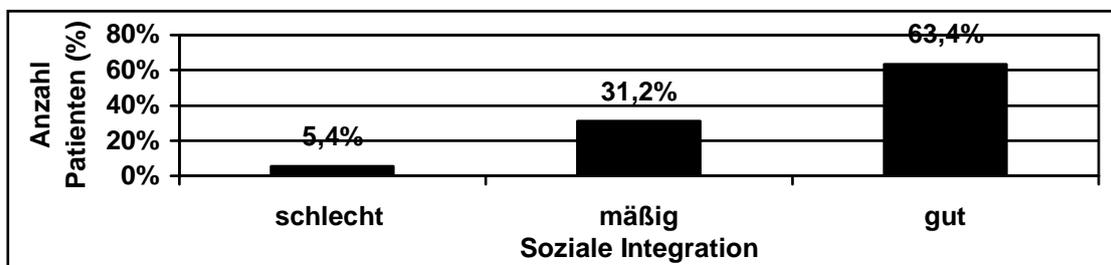


Abb. 12: Die soziale Integration bei der Katamnese (N=93)

Dabei fällt auf, dass die dauerhaft abstinenten Patienten vor allem der Gruppe der gut Integrierten angehörten und etwa die Hälfte aller gut integrierten Patienten ausmachten, während die 5 schlecht integrierten Patienten alle rückfällig waren.

Die Einstellung ihres Partners/ ihrer Partnerin zum Trinkverhalten (bzw. der Abstinenz) bezeichneten 58 Patienten (62,4%) als unterstützend, 4 (4,3%) als gleichgültig und 5 (5,4%) als kritisch. Bei 4 Patienten (4,3%) war der Alkohol ein ständiger Streitpunkt, und 22 Patienten (23,6%) konnten diese Frage nicht beantworten, da sie keinen festen Partner hatten.

3.3.3 Trinkverhalten

40 der 93 interviewten Patienten (43%) hatten es geschafft, dauerhaft abstinent zu leben, 53 Patienten (57%) hatten im Katamnesezeitraum mindestens einmal Alkohol getrunken.

Die Anzahl der Rückfälle lag bei den 53 rückfällig gewordenen Patienten zwischen einem und 120 Rückfällen. Dabei wurde jeder Konsum von Alkohol als Rückfall gewertet, sodass zunächst nicht ersichtlich ist, wie lange der Rückfall anhielt und welche Menge Alkohol konsumiert wurde. Von zwei gesonderten Rückfällen wurde ausgegangen, wenn dazwischen mindestens ein Monat Abstinenz lag. So führt rechnerisch ein monatlich einmaliger Konsum von Alkohol bei einer Katamnesezeitdauer von ca. 120 Monaten in der Statistik zu 120 Rückfällen.

24 Patienten (25,8% der Befragten) hatten nur einen Rückfall, der Durchschnitt lag bei 4,7 Rückfällen, Median: 1 (vgl. Abb. 13).

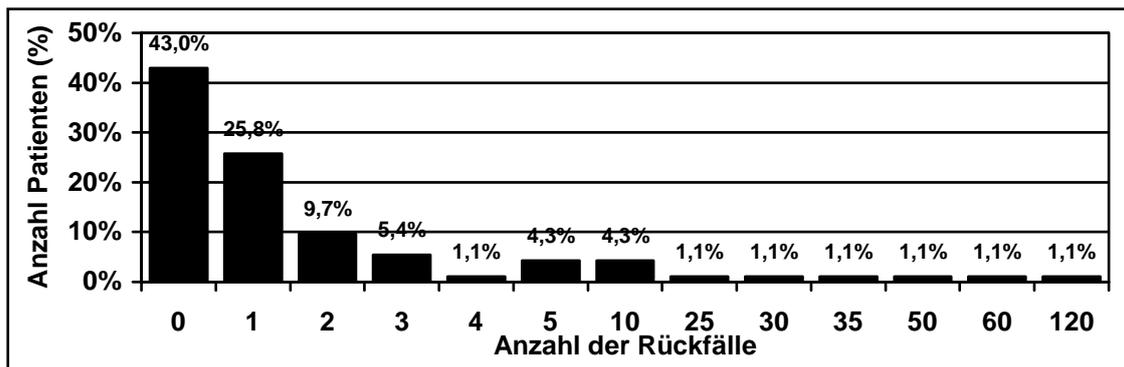


Abb. 13: Anzahl der Rückfälle der befragten Patienten (N=93)

Die meisten Patienten erlitten ihren ersten Rückfall in den ersten Jahren nach der Entlassung, durchschnittlich nach 1,7 Jahren. 24 Patienten (45,3% der 53 Rückfälligen) erlitten ihren ersten Rückfall noch im ersten Jahr nach der Entlassung, 18 Patienten (34% der Rückfälligen) waren nach der Entlassung mindestens drei Jahre lang abstinent. Insgesamt waren 54 Patienten (58,1% aller Interviewten) nach der Entlassung mindestens 5 Jahre lang vollständig abstinent (vgl. Abb. 14).

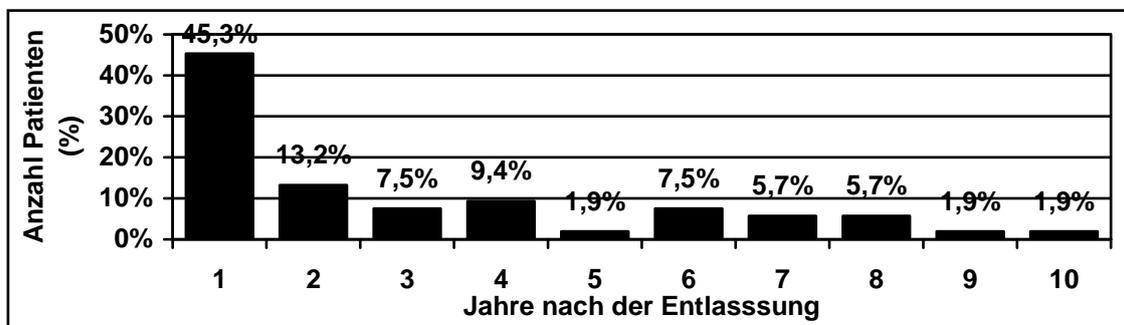


Abb. 14: Erste Rückfälle bezogen auf die Jahre nach der Entlassung (N=53)

Die Gesamtdauer der Trinkzeit in den letzten 10 Jahren in Monaten lag zwischen 0 und 120 Monaten (Durchschnitt: 26 Monate, Median: 0 Monate). 24 Patienten (45,3% der Rückfälligen) tranken insgesamt mindestens 5 Jahre lang, 13 Patienten (24,5%) hatten dagegen weniger als ein Jahr Trinkzeit. Bei 16 Patienten (30,2%) lag die Trinkzeit zwischen einem und 5 Jahren. Die durchschnittliche Gesamtdauer der Abstinenz lag bei 94 Monaten, der Median lag entsprechend dem der Trinkzeit bei 120 Monaten, ebenso das 75% Quartil.

Diese Werte ergeben sich aus der Tatsache, dass einige der zu den Rückfälligen gezählten Patienten lediglich sporadisch Alkohol konsumierten und somit keinen vollen Monat Trinkzeit hatten.

Die Anzahl der Rückfälle im letzten Jahr vor der Katamneseerhebung lag zwischen keinem und 10 Rückfällen. 59 Patienten (63,4% der Befragten) hatten keinen Rückfall, 25 Patienten (26,9%) einen, 4 (4,3%) zwei und 2 (2,1%) drei Rückfälle. Je ein Patient (je 1,1%) hatte 4, 8 bzw. 10 Rückfälle im letzten Jahr (75% Quartil: ein Rückfall, Durchschnitt: 0,7 und Median: 0).

Während 62 Patienten (66,7%) in den letzten 12 Monaten 0 Wochen lang Alkohol getrunken hatten, betrug die Trinkzeit bei 11 Patienten (11,8%) 52 Wochen (durchschnittliche Trinkzeit: 11,7 Wochen, Median: 0 und 75% Quartil: 23). Während der Durchschnitt für die Abstinenzzeit bei 37,9 Wochen lag, lagen sowohl der Median als auch das 75% Quartil bei 52 Wochen.

Die durchschnittliche tägliche Trinkmenge im Monat vor der Befragung lag zwischen 0 und 350 g reinem Alkohol (Durchschnitt: 19,7 g, 75% Quartil: 0 g pro Tag). Die maximale Trinkmenge lag zwischen 0 und 605 g (Durchschnitt: 30,2 g, 75% Quartil: 0 g).

65 Patienten (69,9% der Interviewten) hatten in den 10 Jahren des Katamnesezeitraumes keinerlei weitere Suchtbehandlungen erhalten.

Die maximale Anzahl stationärer Entgiftungen waren 11 Entgiftungen. 73 Patienten (78,5%) hatten jedoch in den letzten 10 Jahren niemals stationär entgiftet, und 9 weitere (9,7%) hatten eine Entgiftung erhalten. Bis zu 6 stationären Entwöhnungstherapien wurden durchlaufen, jedoch hatten 72 Patienten (77,4%) an keiner weiteren stationäre Entwöhnung teilgenommen. 15 Patienten (16,1%) erhielten eine und 4 (4,3%) 2 weitere Entwöhnungsbehandlungen. Je ein Patient (je 1,1%) nahm an 4 bzw. 6 Entwöhnungstherapien teil.

11 Patienten (11,8%) wurden wegen ihrer Alkoholkrankheit bis zu zweimal stationär als Notfall aufgenommen. Die meisten Patienten (66 Patienten, 71%) hatten seit der Therapie nie an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen, die

längste Dauer der Teilnahme an Selbsthilfegruppen war 86 Monate (durchschnittliche Dauer: 6,4 Monate, Median: 0 und 75% Quartil: ein Monat). Während 84 Patienten (90,3%) an keiner weiteren Behandlung auf der Station B6 der Tübinger Psychiatrie teilgenommen hatten, waren 8 Patienten (8,6%) ein weiteres Mal zur Entwöhnung dort und ein Patient (1,1%) zweimal. Eine stationäre Krisenintervention war bei 15 Patienten (16,1%) nötig geworden. 10 Patienten (10,7%) wurden einmal zur Krisenintervention aufgenommen, 2 Patienten (2,1%) zweimal und je ein Patient (je 1,1%) nahm an 3, 4 bzw. 6 Kriseninterventionen teil. 78 Patienten (83,9%) nahmen an keiner Krisenintervention teil.

Komplikationen der Alkoholkrankheit traten insgesamt selten auf. 13 Patienten (14%) hatten amnestische Episoden, 3 Patienten (3,2%) gaben an, ein Delirium tremens gehabt zu haben, und je ein Patient (je 1,1%) hatte 2, 7 bzw. 10 Delirien. 3 Patienten (3,2%) hatten einen Entzugskrampfanfall, 1 Patient (1,1%) hatte 5 und 2 Patienten (2,2%) hatten 10 Entzugskrampfanfälle in den letzten 10 Jahren.

3.3.4 Psychiatrische Komorbidität und gesundheitliche Situation

Zusätzliche psychiatrische Erkrankungen wurden von wenigen Patienten angegeben. 11 Patienten (11,8%) entwickelten im Katamnesezeitraum eine depressive oder Angsterkrankung, bei jeweils einem (je 1,1%) trat eine Anorexia nervosa bzw. ein Korsakow-Syndrom auf.

5 Patienten (5,4%) wurden wegen anderer psychiatrischer Störungen stationär behandelt. Suizidversuche kamen bei 4 Patienten (4,3%) vor: 3 Patienten (3,2%) machten einen und eine Patientin (1,1%) machte 3 Suizidversuche. Illegale Drogen wurden – zumindest zeitweise – von 6 Patienten (6,5%) konsumiert, bei 5 von ihnen (5,4% der Interviewten) Haschisch und bei einem (1,1%) sog. Designerdrogen.

Das BDI bearbeiteten 91 Patienten. 79 von ihnen (86,8%) hatten Summenscores von weniger als 11 Punkten und lagen somit im unauffälligen Bereich (Durchschnitt: 5,98; Median: 5 bei einer Spanne von 0 bis 26 Punkten).

53 Patienten (57%) nahmen im Katamnesezeitraum über einen Zeitraum von 4 Wochen hinaus Medikamente ein. Benzodiazepine wurden von 8 Patienten (8,6%) eingenommen. Amphetamine oder andere Aufputschmittel wurden von einem Patienten (1,1%) eingenommen, 11 Patienten (11,8%) nahmen über einen längeren Zeitraum Schmerzmittel ein. Sonstige Psychopharmaka benötigten 12 Patienten (12,9%) und 43 Patienten (46,2%) benötigten andere Medikamente (z.B. Antihypertensiva). Die Medikamente wurden über durchschnittlich 33,1 Monate eingenommen (Median: 4,5 Monate). 40 Patienten (43%) nahmen keinerlei Medikamente regelmäßig ein.

Im letzten Jahr vor der Befragung hatten insgesamt weniger Patienten Medikamente eingenommen. 6 Patienten (6,5%) nahmen Psychopharmaka ein, und andere Medikamente wurden von 40 Patienten (43%) länger als einen Monat eingenommen.

Während 34 Patienten (36,5%) zum Katamnesezeitpunkt Nichtraucher waren, gab ein Patient (1,1%) an, 1-5 Zigaretten täglich zu rauchen, 21 Patienten (22,6%) rauchten 6-20 Zigaretten und 37 (39,8%) über 20 Zigaretten täglich.

Bei 7 Patienten (7,5%) war seit der Behandlung auf der Station B6 eine neue Substanz mit Suchtpotential hinzugekommen.

Die Mehrzahl der Patienten (76 Patienten, 81,7%) gab zum Zeitpunkt der Befragung an, keine Alkoholfolgeerkrankungen zu haben, 17 Patienten (18,3%) litten unter Folgeerkrankungen.

Eine Lebererkrankung infolge des Alkoholismus lag insgesamt bei 11 Patienten (11,8%) vor. 3 Patienten (3,2% der Befragten) hatten eine Fettleber, ein Patient (1,1%) eine alkoholtoxische Hepatitis, 2 (2,1%) eine Leberzirrhose, und 5 Patienten (5,4%) konnten ihre Lebererkrankung nicht näher bezeichnen, wussten aber, dass es sich um eine Alkoholfolge handelte.

7 Patienten (7,5%) berichteten über eine Polyneuropathie. Ähnlich war die Häufigkeit sonstiger internistischer oder chirurgischer Folgekrankheiten mit 8 Patienten (8,6%).

Unter nicht alkoholbezogenen organischen Erkrankungen litten 45 Patienten (48,4%), 48 Patienten (51,6%) waren nach eigener Aussage gesund.

Mit ihrem körperlichen Zustand waren die meisten der 92 Patienten, die selbst interviewt wurden, zufrieden. 21 Patienten (22,8% der 92) waren „sehr zufrieden“, 45 (48,9%) „zufrieden“ und weitere 15 (16,3%) „eher zufrieden“. „Eher unzufrieden“ waren dagegen 6 Patienten (6,5%), weitere 3 (3,3%) bezeichneten sich als „unzufrieden“ und 2 (2,2%) als „sehr unzufrieden“.

3.3.5 Forensische Aspekte

Im Katamnesezeitraum hatten insgesamt 17 Patienten (18,3%) mindestens ein Delikt verübt. Dabei handelte es sich ganz überwiegend um Verkehrsdelikte. 7 Patienten (7,5%) hatten mindestens ein Verkehrsdelikt ohne Alkoholeinfluss begangen, Verkehrsdelikte unter Alkohol kamen bei 9 Patienten (9,7%) vor. 3 Patienten (3,2%) hatten andere Delikte begangen, darunter ein Eigentumsdelikt, eine einfache Körperverletzung und ein schweres Gewaltverbrechen (Tötung, Raub oder schwere Körperverletzung).

3.4. Die befragten Patienten im Verlauf der 10 Jahre

Neben dem derzeitigen Zustand ist besonders die Entwicklung der Patienten im Verlauf der 10 Jahre interessant.

Bezüglich des **Trinkverhaltens** können verschiedene Kriterien zur Verlaufsbeschreibung herangezogen werden. Die Anzahl der Wochen im letzten Jahr vor der Aufnahme bzw. vor der Katamnese, in denen die Patienten abstinent waren, wurde als Kriterium für die Einteilung der Patienten in solche mit gebessertem und verschlechtertem Trinkverhalten gewählt. Eine Zunahme

an Abstinenzwochen wurde als Besserung gewertet, eine Abnahme als Verschlechterung (vgl. Abb. 15).

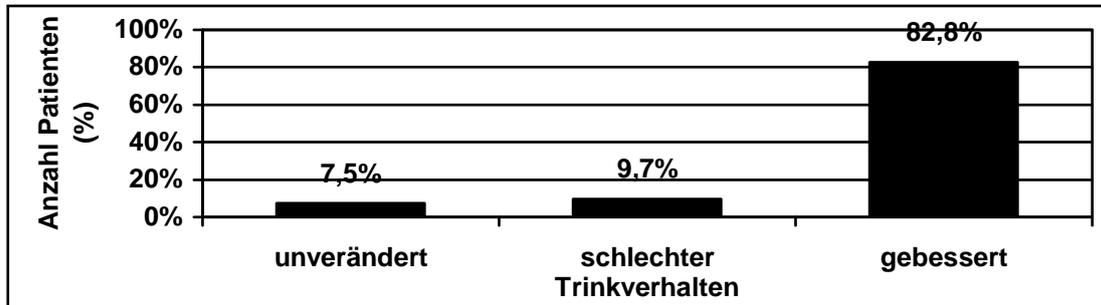


Abb. 15: Entwicklung des Trinkverhaltens (N=93)

Die mittlere sowie die maximale tägliche Trinkmenge im letzten Monat vor der Befragung hat sich im Katamnesezeitraum deutlich verbessert. Während die mittlere Trinkmenge zum Aufnahmezeitpunkt bei den interviewten Patienten durchschnittlich 117,3 g reinen Alkohol betrug, tranken die Patienten bei der Katamnese nur noch durchschnittlich 21,1 g am Tag. Die Patienten konsumierten somit durchschnittlich 96,2 g pro Tag weniger. Noch größer war der Unterschied zwischen der damaligen und jetzigen maximalen täglichen Trinkmenge im letzten Monat vor der Befragung: diese sank um durchschnittlich 144,3 g von 175,1 g vor 10 Jahren auf 30,9 g bei der Katamnese.

Die **soziale Integration** war bei einem Großteil der interviewten Patienten konstant, hat sich insgesamt aber geringfügig verschlechtert.

Bei der Aufnahme waren 60 Patienten (64,5%) gut sozial integriert, 32 (34,4%) mittelmäßig und ein Patient (1,1%) schlecht integriert. Zum Zeitpunkt der Katamnese waren 59 Patienten (63,4%) gut, 29 (31,2%) mäßig und 5 (5,4%) schlecht integriert. Die Entwicklung der sozialen Integration jedes einzelnen Patienten zeigt Abb. 16).

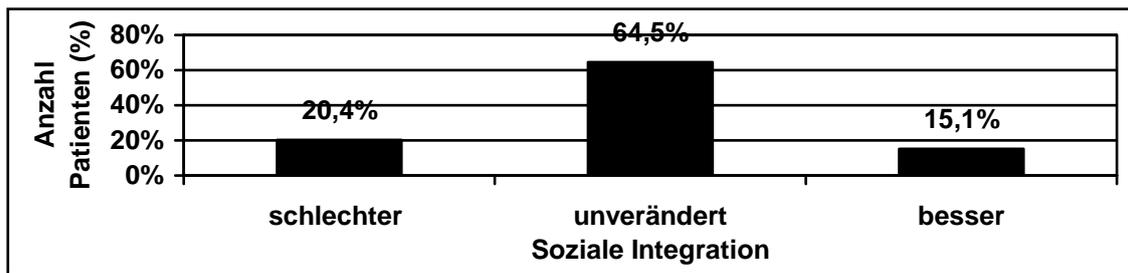


Abb. 16: Die soziale Integration im Verlauf der 10 Jahre (N=93)

Die **Partnersituation** war bei der Mehrzahl der Patienten nach 10 Jahren unverändert, wobei beachtet werden muss, dass nur nach der derzeitigen Situation gefragt wurde, nicht jedoch z.B., ob der feste Partner der gleiche wie damals ist. So erlauben die vergleichenden Zahlen keine Beurteilung der Konstanz einer Beziehung (vgl. Abb. 17).

Partner-situation	fester Partner, gemeinsam	fester Partner, getrennt	Trennung vom Partner	Single	keine Partnerschaft
1993/1994	58 (62,4%)	6 (6,45%)	6 (6,45%)	7 (7,5%)	16 (17,2%)
2004	62 (66,7%)	8 (8,6%)	2 (2,1%)	4 (5,4%)	16 (17,2%)

Abb. 17: Partnersituation bei Aufnahme und bei Katamnese (N=93)

54 Patienten (58,1%) wiesen nach 10 Jahren die gleiche Partnersituation auf wie früher, bei 39 Patienten (41,9%) veränderte sich die Situation. Am häufigsten entwickelte sich die Situation hin zu einer festen Partnerschaft in gemeinsamer Wohnung. Dies war bei 14 Patienten (15,1% der Befragten) der Fall. 10 Patienten (10,8%), die bei der Aufnahme mit einem festen Partner zusammen wohnten, lebten jedoch zum Katamnesezeitpunkt getrennt oder gaben an, gar keine Partnerschaften mehr gehabt zu haben.

Die **Erwerbstätigkeit** veränderte sich bei etwa der Hälfte der Patienten (vgl. Abb. 18).

Erwerbs-tätigkeit	voll erwerbst.	teilweise erwerbst.	Hausfrau	Rentner	arbeitslos	Früh-rentner
1993/94	61 (65,6%)	5 (5,4%)	5 (5,4%)	2 (2,1%)	19 (20,4%)	1 (1,1%)
2004	53 (57%)	4 (4,3%)	5 (5,4%)	13 (14%)	10 (10,7%)	8 (8,6%)

Abb. 18: Erwerbstätigkeit bei Aufnahme und Katamnese (N=93)

Bei 45 Patienten (48,4%) entsprachen die Arbeitsverhältnisse bei der Katamnese denen 10 Jahre vorher. Bei einigen Patienten lagen jedoch z.B. zwischen der vollen Erwerbstätigkeit früher und jetzt Zeiten, in denen sie arbeitslos waren. Dies wurde nicht standardisiert erfasst.

Bezüglich der Komorbidität kann die Ausprägung einer depressiven Symptomatik anhand des **BDI** verglichen werden: bei der Aufnahme zur Therapie hatten die 88 Patienten, die das BDI an beiden Zeitpunkten bearbeiteten, Summenwerte zwischen 0 und 35 (Durchschnitt: 11,5; 75% Quartil: 16). Bei der Katamnese hatten die Patienten Summenwerte zwischen 0 und 26 (Durchschnitt: 5,9 Punkte, 75% Quartil: 8). Somit war die Depressivität bei der Katamnese deutlich schwächer als bei Therapiebeginn; die Patienten hatten durchschnittlich 5,6 Punkte weniger. Bei einem Großteil der Patienten (58 Patienten, 65,9% der 88) verbesserte sich der BDI-Summenwert im Verlauf der 10 Jahre (vgl. Abb. 19).

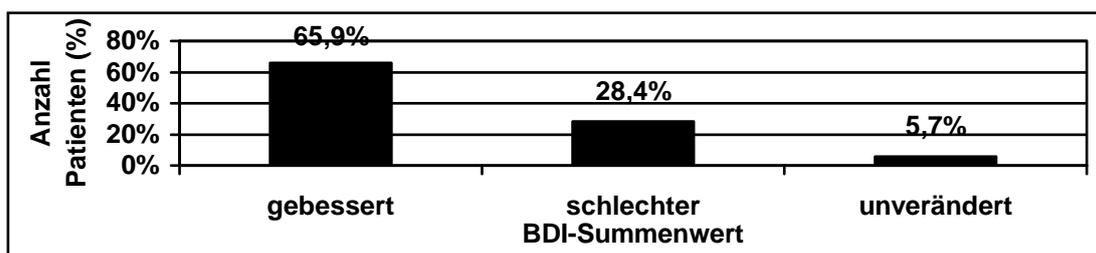


Abb. 19: Das BDI im Verlauf der 10 Jahre (N=88)

Die **Alkoholfolgeerkrankungen** verbesserten sich insgesamt deutlich im Verlauf der 10 Jahre. Während bei der Aufnahme in die Therapie nur 24 Patienten (27% von 89 der Befragten, bei denen hierzu Daten vorliegen) keine

Alkoholfolgekrankheiten hatten, waren dies bei der Katamnese mit 76 Patienten (81,7% der 93 Befragten) die meisten (vgl. Abb. 20).

Folge-krankheiten	nur Leber-erkrankung	nur Poly-neuropathie	sonstige	mehrere Krankheiten	keine
1993/94 (N=89)	27 (30,3%)	5 (5,6%)	5 (5,6%)	28 (31,5%)	24 (27%)
2004 (N=93)	4 (4,3%)	1 (1,1%)	5 (5,4%)	7 (7,5%)	76 (81,7%)

Abb. 20: Alkoholfolgekrankheiten bei Aufnahme und Katamnese

Die Patienten, die mehrere Alkoholfolgeerkrankungen hatten, waren fast alle von Lebererkrankungen und einer Polyneuropathie betroffen.

Betrachtet man den individuellen Verlauf bezüglich der Folgekrankheiten, so hatten 51 Patienten (57,3% der 89 mit vollständigen Angaben), die bei der Aufnahme unter Alkoholfolgen litten, zum Katamnesezeitpunkt keine Folgekrankheiten mehr, bei weiteren 30 Patienten (33,7%) blieb die Situation unverändert, wobei in dieser Gruppe auch diejenigen, die nie eine Alkoholfolgeerkrankung hatten, enthalten sind. Bei einem Patient (1,1%) besserte sich die Situation insofern, als er bei der Aufnahme mehrere und 10 Jahre später nur noch eine Folgeerkrankung hatte, 3 Patienten (3,4%) hatten nun andere Krankheiten als früher, jedoch nicht mehr, 4 Patienten (4,5%) hatten mehr Alkoholfolgeerkrankungen.

3.5 Die verstorbenen Patienten

Zum Katamnesezeitpunkt waren 28 Patienten (13% der Gesamtstichprobe) verstorben. 23 verstorbenen Männern (82,1%) stehen 5 verstorbene Frauen (17,9%) gegenüber. Das durchschnittliche Sterbealter liegt bei 47,8 Jahren (Median: 46). Die Altersspanne liegt zwischen 32 und 67 Jahren (vgl. Abb. 21).

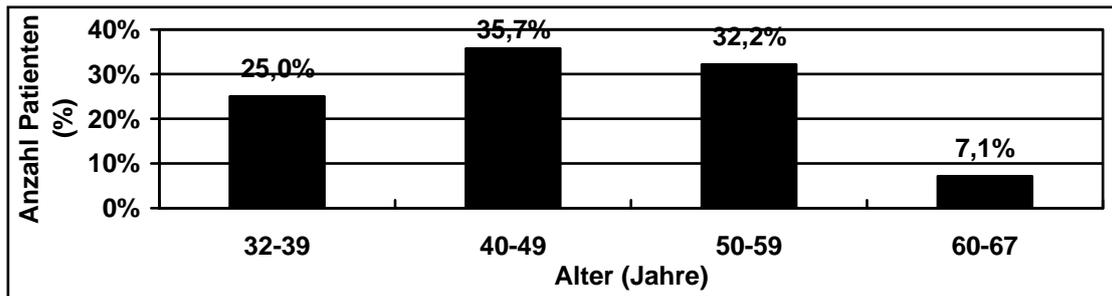


Abb. 21: Sterbealter (N=28)

Bei 20 der 28 Patienten (71,4%) konnten die Todesursachen herausgefunden werden. 16 (57,1%) der Todesfälle müssen als Alkoholfolge angesehen werden. Dem stehen 4 (14,3%) Todesfälle gegenüber, die nicht auf die Alkoholkrankheit zurückzuführen sind. Bei 8 Patienten (28,6%) konnte die Todesursache nicht ermittelt werden.

Die häufigsten Todesursachen waren mit je drei Todesfällen (10,7%) Suizid und eine Leberzirrhose. Je zwei Patienten (je 7,1%) starben an Ösophagusvarizenblutungen, Karzinomen des Oropharynx und Herzversagen. An Herzversagen starben zwei rückfällige Männer mit 40 bzw. 46 Jahren, weshalb von einem Zusammenhang mit dem Alkoholismus auszugehen ist. Je ein Patient (je 3,6%) starb an akuter Pankreatitis, Überdosis an Alkohol bei bestehender Leberzirrhose, Apoplex nach Alkoholabusus, Lungenemphysem, Lymphom und einer zerebralen Aneurysmablutung nach einem Autounfall (nicht im Zusammenhang mit Alkohol). Ein abstinent Patient (3,6%) starb vermutlich an einer Lungenembolie (vgl. Abb. 22).

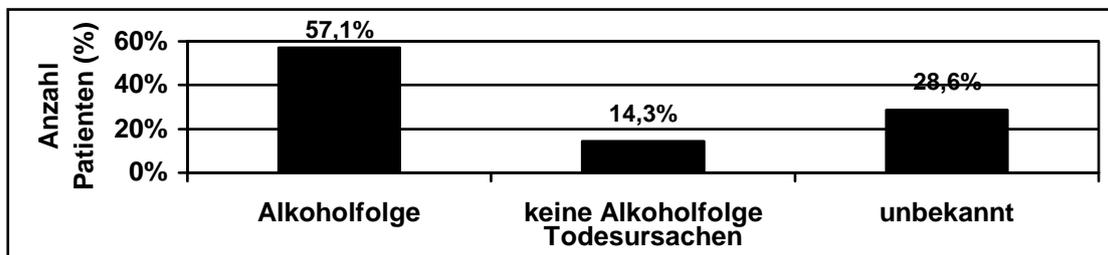


Abb. 22: Die Todesursachen (N=28)

Über eine eventuelle Rückfälligkeit konnte bei 25 Patienten Auskunft gewonnen werden: 22 Patienten (78,6% der Verstorbenen) waren rückfällig gewesen, 3

(10,7%) der Verstorbenen waren abstinent. Bei 3 Patienten (10,7%) ist das Trinkverhalten vor ihrem Tod nicht bekannt; bei ihnen sollte deshalb von Rückfälligkeit ausgegangen werden (vgl. Abb. 23).

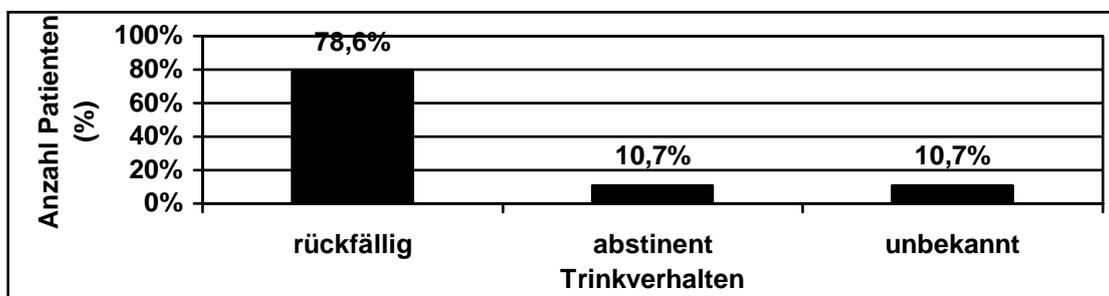


Abb. 23: Die Rückfälligkeit der Verstorbenen (N=28)

14 (87,5%) der 16 an Alkoholfolgen gestorbenen Patienten hatten vor ihrem Tod getrunken, nur einer dieser 16 Patienten (6,25%) war abstinent gewesen. Bei einem weiteren Patienten (6,25%) ist das Trinkverhalten unklar. Bei den 4 nicht an Alkoholfolgen verstorbenen Patienten sind 2 (50%) bis zu ihrem Tod abstinent gewesen und 2 (50%) rückfällig. Das Durchschnittsalter der an Alkoholfolgen verstorbenen Patienten lag mit 47,3 Jahren (Median: 46 Jahre) unter dem Durchschnittsalter der nicht an den Folgen ihrer Alkoholkrankheit verstorbenen Patienten, das bei 53,3 Jahren lag (Median: 58 Jahre).

Im Therapieverlauf hatten während des ambulanten Jahres 16 Patienten (61,5% der 26 Patienten, zu denen Daten zum ambulanten Jahr vorliegen) mindestens einen Rückfall. 8 Patienten (30,8%) blieben im ambulanten Jahr abstinent, und bei 2 Patienten (7,7%) ist das Trinkverhalten unklar. 13 Patienten (50%) fehlten mindestens einmal unentschuldigt (bis zu 5 unentschuldigte Fehltermine kamen vor). Mit 16 Patienten sind 61,6% der Verstorbenen vorzeitig aus der ambulanten Therapiephase ausgeschieden. Ein Patient (3,8%) verstarb bereits während der ambulanten Therapiephase. 9 Patienten (34,6%) schlossen die Therapie regulär ab.

3.6 Vergleich der Patientengruppen

3.6.1 Die lebenden und die verstorbenen Patienten

Bei 169 Patienten ist bekannt, ob sie leben oder im Katamnesezeitraum verstorben sind. Die 141 Lebenden sollen im Folgenden mit den 28 Verstorbenen verglichen werden.

Bezüglich der **soziodemographischen Daten** bei der Aufnahme in die Studie zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Lebenden und den Verstorbenen. Das Alter und die Geschlechterverteilung, die Partnersituation und das Vorhandensein von Kindern sowie Berufsabschluss und Erwerbstätigkeit waren sehr ähnlich.

Die **soziale Integration** (nach der Einteilung auf der Skala) zeigt einen Unterschied in dem Anteil der schlecht sozial integrierten Patienten: dieser war unter den Verstorbenen größer als bei den Lebenden ($p=0.07$; vgl. Abb. 24).

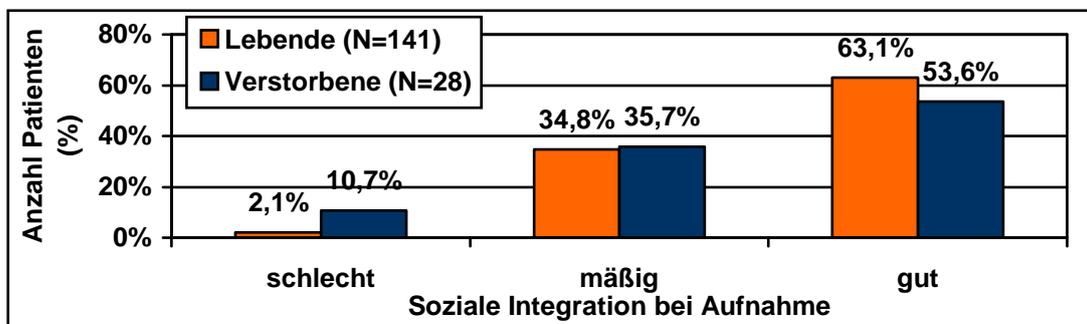


Abb. 24: Die soziale Integration bei der Aufnahme

Die **Alkoholanamnese** zeigt einige Unterschiede zwischen den lebenden und den verstorbenen Patienten:

Die Spanne zwischen dem Beginn des Missbrauchs und der Entwicklung der Abhängigkeit war bei den Verstorbenen um etwa zwei Jahre kürzer als bei den Lebenden. Die Dauer der Abhängigkeit unterscheidet sich deutlich ($p=0.09$): die

Verstorbenen waren durchschnittlich seit 11,5 Jahren abhängig (Median: 10 Jahre), die Lebenden dagegen seit 8,6 Jahren (Median: 6 Jahre).

Die mittlere tägliche Trinkmenge im Jahr vor der Aufnahme lag bei den im Katamnesezeitraum verstorbenen Patienten deutlich über jener der Lebenden ($p=0.007$). Die Verstorbenen tranken durchschnittlich 219,6 g reinen Alkohol am Tag (Median: 200 g), die Lebenden 155,3 g (Median: 140 g).

Noch deutlicher ist der Unterschied bei der Betrachtung der letzten 5 Jahre vor der Aufnahme ($p=0.002$): die mittlere tägliche Trinkmenge lag mit durchschnittlich 194,9 g (Median: 200 g) bei den Verstorbenen deutlich über jener der Lebenden (Durchschnitt: 134,6 g, Median: 120 g; vgl. Abb. 25).

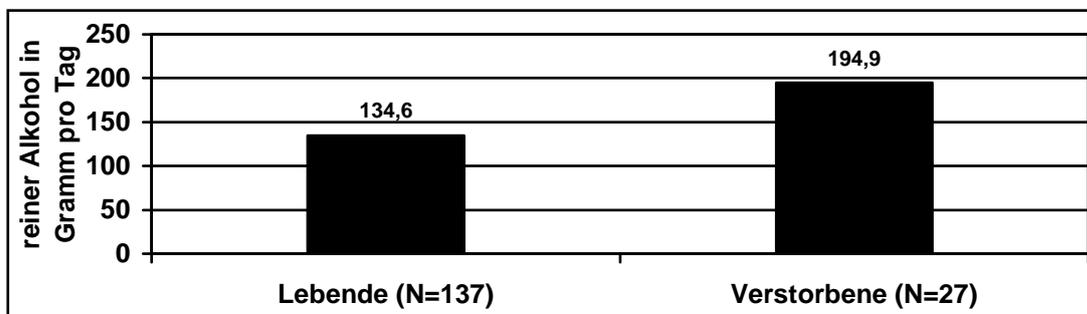


Abb. 25: Mittlere tägliche Trinkmenge im Jahr vor der Aufnahme

Am deutlichsten unterschieden sich die verstorbenen von den lebenden Patienten bezüglich einer familiären Belastung mit Alkoholismus ($p=0.0002$): diese war bei den Lebenden signifikant häufiger (vgl. Abb. 26).

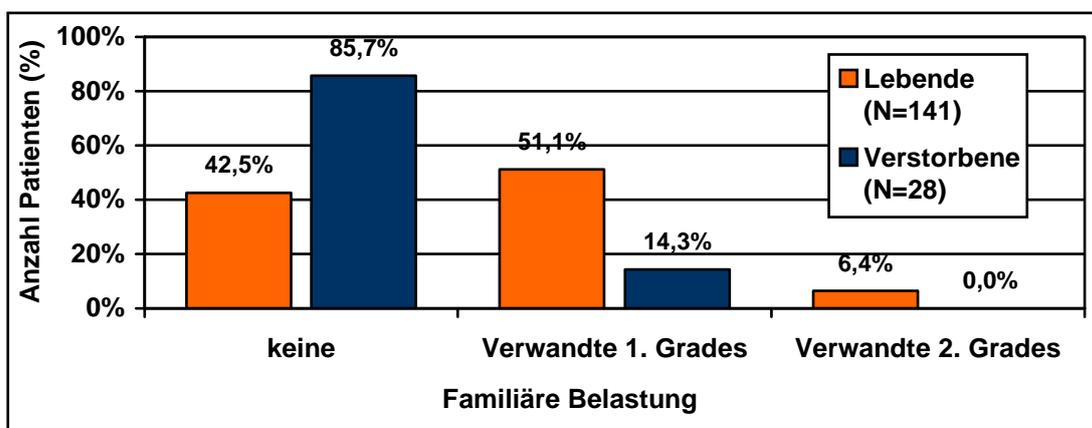


Abb. 26: Familiäre Belastung

Weitere Merkmale zeigten deutliche Unterschiede zwischen den Lebenden und den Verstorbenen (vgl. Abb. 27).

	Clomethiazol	<i>Entzugskrampf</i>	Delirien	Benzodiazepine
Lebende	38 (27,3% von 139)	13 (9,4% von 138)	15 (10,9% von 138)	13 (9,2% von 141)
Verstorbene	15 (53,6% von 28)	7 (25% von 28)	0 (0% von 28)	0 (0% von 28)
p-Wert	0.007	0.02	0.07	0.09

Abb. 27: Merkmale mit Unterschieden zwischen Lebenden und Verstorbenen

Signifikant ist der Unterschied in Bezug auf **Alkoholfolgekrankheiten** ($p=0.001$): der Anteil der Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt an einer Alkoholfolgeerkrankung litten, war bei den Verstorbenen mit 17 Patienten (60,7%) mehr als doppelt so groß wie bei den Lebenden, unter denen es nur 40 (29% der 138 mit Angaben dazu) waren (vgl. Abb. 28).

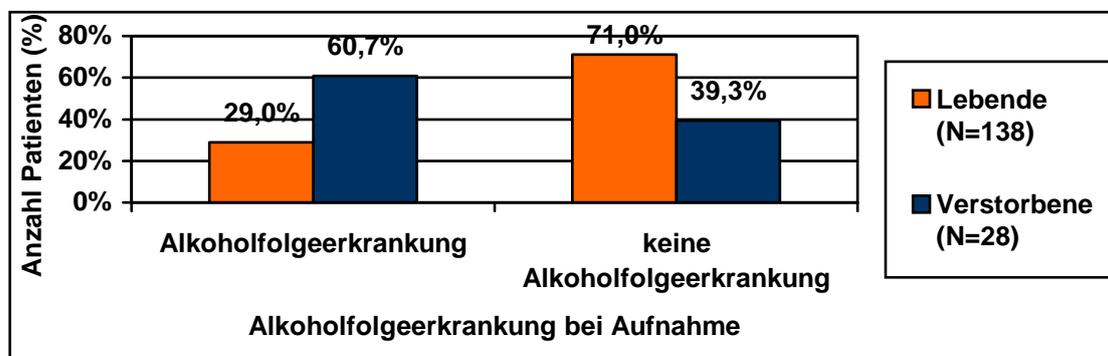


Abb. 28: Alkoholfolgeerkrankungen

Während die beiden Patientengruppen in Bezug auf einzelne dokumentierte Folgeerkrankungen bei cerebellären und cerebralen Schäden nahezu identisch waren, fallen bei den Lebererkrankungen, der Polyneuropathie und „sonstigen internistischen und chirurgischen Folgeerkrankungen“ z.T. deutliche Unterschiede auf. Von den 136 bei der Katamnese lebenden Patienten, die bezüglich dieser Krankheiten erfasst wurden, hatten 55 (40,4%) keine

Lebererkrankung infolge des Alkoholismus, bei den 27 Verstorbenen mit Angaben zu diesen Krankheiten waren es nur 7 (25,9%). Bei 74 (54,5%) der Lebenden und 12 (44,4%) der Verstorbenen wurde eine Fettleber diagnostiziert, schwerere Leberschäden waren bei den Lebenden selten: 5 Patienten (3,7%) hatten eine alkoholtoxische Hepatitis und 2 (1,5%) eine Leberzirrhose. Bei den Verstorbenen waren diese Erkrankungen dagegen signifikant häufiger: 2 Patienten (7,4%) hatten eine Hepatitis und 6 (22,2%) eine Leberzirrhose ($p=0.0003$). Dies zeigt sich auch in den Werten der γ GT bei der Aufnahme und bei der Entlassung ($p=0.06$; vgl. Abb. 29).

	γ GT bei Aufnahme (U/l)	γ GT bei Entlassung (U/l)
Lebende (N=141 bzw. 140)	104,7 (Median: 30)	29,5 (Median: 17)
Verstorbene (N=28.bzw.27)	215,75 (Median: 93)	51,7 (Median: 31)

Abb. 29: Die γ GT bei Aufnahme und Entlassung im Vergleich

Auch an einer Polyneuropathie und sonstigen Folgeerkrankungen litten in der Gruppe der Verstorbenen deutlich mehr Patienten (vgl. Abb. 43-44 im Anhang), und stationäre Behandlungen waren mit durchschnittlich 2,36 Wochen (Median: 1) bei den Verstorbenen häufiger als bei den Lebenden (Durchschnitt: 1,18 Wochen, Median: 0; $p=0.08$).

Bei der **Einteilung des Schweregrades der Suchtkrankheit** auf der CGI-Skala lag ein deutlich größerer Anteil der verstorbenen Patienten im Bereich einer schwereren Erkrankung ($p=0.09$): waren 15 (53,6%) der verstorbenen Patienten „schwer“ oder „extrem schwer“ suchtkrank, so waren dies bei den Lebenden nur 50 Patienten (36,5% von 137; vgl. Abb. 30 auf Seite 58).

Auch beim MALT hatten die verstorbenen Patienten mit durchschnittlich 34,6 Punkten (Median: 36) höhere Punktwerte als die lebenden Patienten (Durchschnitt: 32,2 Punkte, Median: 33; $p=0.06$).

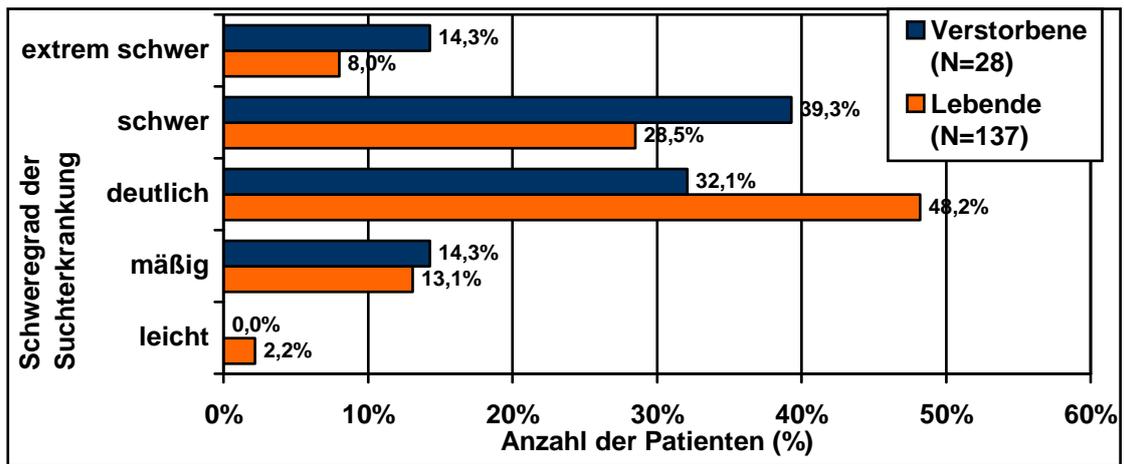


Abb. 30: Klinische Globaleinschätzung des Schweregrades der Suchterkrankung

Bezüglich der **Komorbidität** unterscheiden sich die beiden Patientengruppen kaum.

Bei der Betrachtung der Depressivität der Patienten fällt auf, dass der Anteil der deutlich depressiven Patienten unter den Lebenden mit 36 Patienten (26,3% von 137 Patienten, die das BDI bearbeitet haben) fast sechsmal größer war als bei den Toten, von denen nur ein Patient (3,6%) mehr als 18 Punkte hatte ($p=0.009$; vgl. Abb. 31).

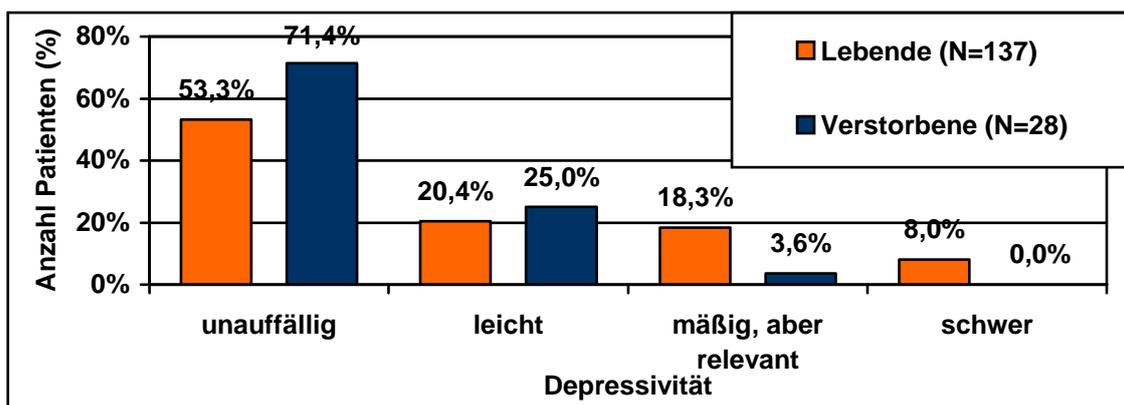


Abb. 31: Die Depressivität bei der Aufnahme, gemessen mit dem BDI

Zusammenfassend zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den lebenden und den verstorbenen Patienten bezüglich der Alkoholanamnese: während Patienten mit familiärer Belastung häufiger überlebten ($p=0.0002$), korrelierten Alkoholfolgeerkrankungen ($p=0.001$), insbesondere schwerere

Lebererkrankungen ($p=0.0003$), mit einer erhöhten Mortalität. Weitere deutliche Korrelationen mit erhöhter Mortalität waren die mittlere tägliche Trinkmenge in den Jahren vor der Aufnahme ($p=0.002$ bzw. $p=0.007$) und Krampfanfälle ($p=0.02$) oder Behandlungen mit Clomethiazol ($p=0.007$), während Patienten mit depressiver Symptomatik deutlich häufiger überlebten ($p=0.009$).

Trends wurden ebenfalls besonders in Bezug auf alkoholspezifische Merkmale deutlich: während mit zunehmender Höhe der γ GT ($p=0.06$) und mit zunehmenden Summenwerten auf dem MALT ($p=0.06$) und der CGI-Skala ($p=0.09$) sowie mit zunehmender Abhängigkeitsdauer ($p=0.09$) und mehr stationären Behandlungen ($p=0.08$) die Mortalität stieg, überlebten Patienten mit besserer sozialer Integration ($p=0.07$) sowie Delirien ($p=0.07$) oder Benzodiazepineinnahme ($p=0.09$) in der Vorgeschichte häufiger.

Vgl. Kapitel 3.7.1 sowie zu den p-Werten Abb. 56 im Anhang.

3.6.2 Die dauerhaft abstinenten und die rückfälligen Patienten

Von 176 Patienten (81,9% der Gesamtstichprobe) konnte die Information gewonnen werden, ob sie in den 10 Jahren des Katamnesezeitraumes dauerhaft abstinent waren, oder ob sie Alkohol getrunken hatten. 50 Patienten (28,4% der 176) waren dauerhaft abstinent und 126 (71,6%) rückfällig. Zu diesen wurden auch diejenigen Patienten gezählt, die einmalig Alkohol getrunken haben. Im Folgenden soll dargestellt werden, inwiefern sich die dauerhaft Abstinenten und die Rückfälligen bezüglich der Ausgangsmerkmale ähneln oder unterscheiden.

Bezüglich der **soziodemographischen Daten** sind sich die rückfälligen und die dauerhaft abstinenten Patienten insgesamt sehr ähnlich. Das Durchschnittsalter, die Geschlechterverteilung, die Partnersituation sowie Berufsabschlüsse und die Erwerbstätigkeit zeigten bei der Aufnahme keine signifikanten Unterschiede, ebenso wenig die zusammenfassend beurteilte soziale Integration.

Die **Alkoholanamnese** unterscheidet sich wenig zwischen den beiden Patientengruppen. Der Beginn und die Dauer der Abhängigkeit sowie die Schwere der Erkrankung zeigten keine signifikanten Unterschiede.

Stationäre Entgiftungen kamen bei den Rückfälligen deutlich häufiger vor als in der Gruppe der Abstinente (75 Patienten, 59,5% von 126 vs. 19, 38% von 50; $p=0.009$).

Eine familiäre Belastung mit Alkoholismus war bei den Abstinente deutlich häufiger (30 Patienten, 60% vs. 58, 46% bei den Rückfälligen; $p=0.007$).

Im **Therapieverlauf** war die Teilnahme der Angehörigen oder Freunde an den Angehörigengruppen sehr ähnlich, doch das ambulante Jahr wurde von 43 (87,8% von 49) der Abstinente, aber nur von 77 (63,6% von 121) der Rückfälligen regulär beendet ($p=0.002$).

Die Prognose wurde bei den dauerhaft abstinenten Patienten durch den Arzt als günstiger eingeschätzt ($p=0.02$; vgl. Abb. 32)

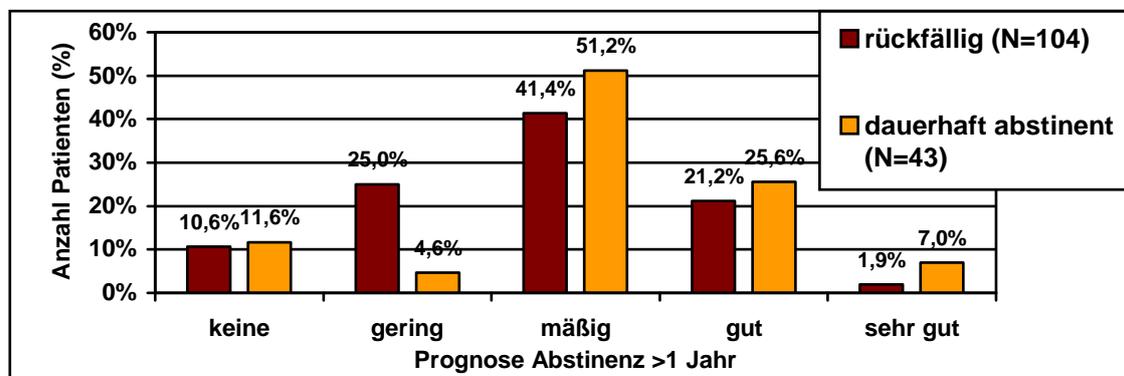


Abb. 32: Prognoseeinschätzung für längere Abstinenz durch den Arzt

Bezüglich **zusätzlicher psychiatrischer Diagnosen** und der Depressivität unterschieden sich die rückfälligen kaum von den dauerhaft abstinenten Patienten. 5 der Abstinente (10,2% von 49), jedoch nur 4 (3,2% von 125) der Rückfälligen betrieben Medikamentenmissbrauch ($p=0.06$). Auf der GAF-Skala zeigten die dauerhaft abstinenten Patienten eine deutlich geringere psychische

Beeinträchtigung (durchschnittlich 63,3 Punkte vs. 59,4 Punkte bei den Rückfälligen; $p=0.03$).

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Prognose des Arztes für längere Abstinenz ($p=0.02$), eine geringere psychische Beeinträchtigung (anhand der GAF-Skala; $p=0.03$) und der reguläre Abschluss des ambulanten Jahres ($p=0.002$) positiv mit dauerhafter Abstinenz korrelierten, ebenso eine familiäre Belastung mit Alkoholismus ($p=0.007$). Stationäre Entgiftungen in der Anamnese deuteten dagegen ein größeres Rückfallrisiko an ($p=0.009$). Weiter hatten die Patienten mit Medikamentenmissbrauch eine 3mal höhere Chance auf dauerhafte Abstinenz ($p=0.06$).

Vgl. Kapitel 3.7.2 und zu den p-Werten Abb. 57 im Anhang.

3.6.3 Die Patienten mit gutem Verlauf und mit schwerer Rückfälligkeit

Für eine Beurteilung des Langzeitverlaufs alkoholabhängiger Menschen und insbesondere für die Suche nach Prognosefaktoren erscheint es sinnvoll, diejenigen Patienten zu vergleichen, die sich in der Entwicklung des Trinkverhaltens deutlich voneinander unterscheiden. Deshalb sollen im Folgenden die Patienten mit einem guten Verlauf des Trinkverhaltens mit denen verglichen werden, die schwer rückfällig waren. Als Kriterium wurde die Anzahl der Trinkmonate im Katamnesezeitraum gewählt: von einem guten Verlauf wurde ausgegangen, wenn ein Patient insgesamt weniger als 6 Monate lang getrunken hat; bei mehr als 80 Trinkmonaten (d.h. mehr als $\frac{2}{3}$ der 120 Monate des Katamnesezeitraumes) wurde von schwerwiegender Rückfälligkeit ausgegangen. Wie viel Alkohol in diesen Trinkmonaten getrunken wurde fließt nicht in die Einteilung ein, jedoch werden durch diese Einteilung die nur sporadisch trinkenden Patienten in die Gruppe der Patienten mit einem guten Verlauf eingeschlossen.

Von den 93 befragten Patienten konnten insgesamt 70 (75,3%) in diese beiden Gruppen eingeteilt werden: während 56 Patienten (60,2% der Befragten) im

gesamten Katamnesezeitraum weniger als 6 Monate lang Alkohol konsumierten, waren 14 Patienten (15,1%) über mehr als 80 Monate rückfällig.

Bezüglich der **soziodemographischen Daten** unterscheiden sich die Patienten teilweise deutlich. Die Geschlechterverteilung war ähnlich, das Durchschnittsalter war fast identisch. Während sich die beiden Patientengruppen bei der Aufnahme bezüglich der Partnerschaftssituation kaum unterschieden, war dieser Unterschied bei der Katamnese sehr viel deutlicher: während der Anteil der mit einem festen Partner zusammen lebenden Patienten in der Gruppe mit einem guten Verlauf auf 42 (75%) gestiegen war, hatte er bei den schwer Rückfälligen abgenommen und war mit 6 Patienten (42,9%; $p=0.01$) ebenso groß wie der Anteil derer, die zum Katamnesezeitpunkt angaben, keine Partnerschaften gehabt zu haben (6 Patienten, 42,9%). Bei den Patienten mit gutem Verlauf gaben dies nur noch 6 Patienten (10,7%) an ($p=0.004$; vgl. Abb. 33).

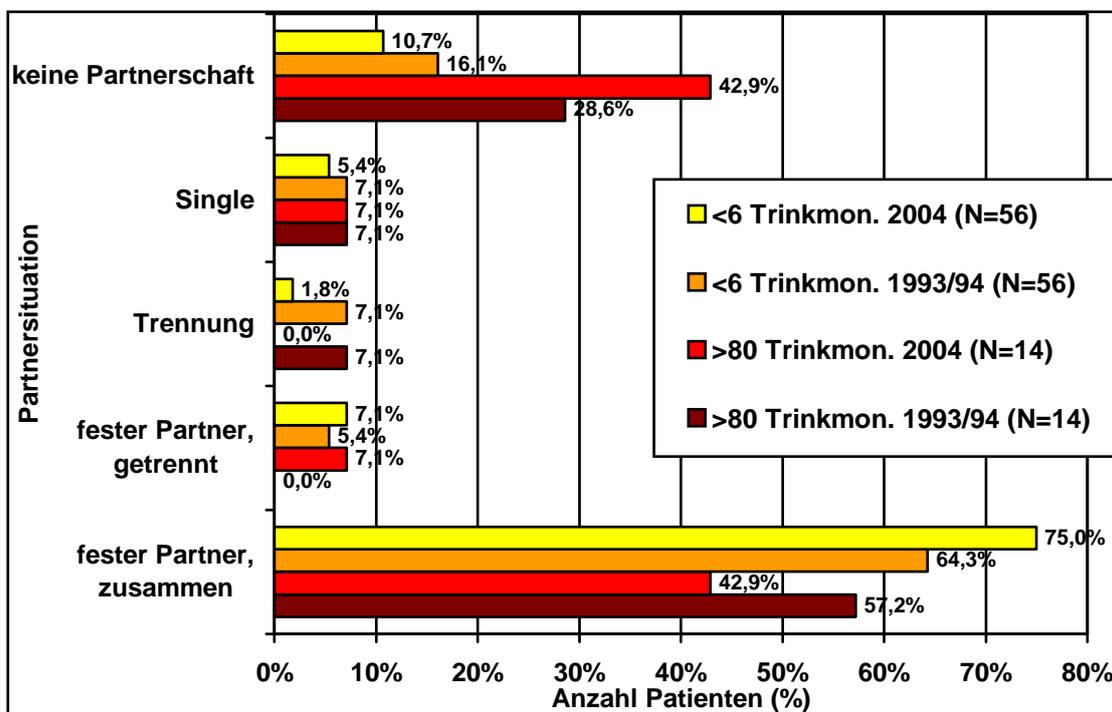


Abb. 33: Partnerschaft bei Anamnese und Katamnese

Bei der Betrachtung der Partnersituation jedes einzelnen Patienten im Vergleich der zwei Erhebungszeitpunkte fällt auf, dass die Verhältnisse bei den Patienten mit einem guten Verlauf des Trinkverhaltens häufiger stabil waren als bei den schwer rückfälligen Patienten. Beim Hausstand zeigte sich eine ähnliche Entwicklung (vgl. Abb. 45 im Anhang).

Bezüglich der Berufsausbildung zum Aufnahmezeitpunkt unterscheiden sich die Patienten mit einem schlechten Verlauf nicht wesentlich von jenen mit einem guten Verlauf.

Beim Vergleich der Erwerbstätigkeit zeigen sich vor allem im Verlauf Unterschiede. Während im Katamnesezeitraum der Anteil der Erwerbstätigen bei den Patienten mit einem guten Verlauf mit 38 Patienten (67,8%) relativ konstant geblieben war, ist er bei den schwer rückfälligen Patienten im Katamnesezeitraum massiv auf 6 (42,8%) gesunken ($p=0.08$; vgl. Abb. 46 im Anhang).

Ein Unterschied zeigt sich auch in dem Vergleich der derzeitigen Arbeitssituation mit dem Ausbildungsniveau: bei 6 (42,9%) der schwer rückfälligen Patienten und bei 9 (16,1%) der Patienten mit wenig Trinkmonaten lag die derzeitige Tätigkeit unter dem Ausbildungsniveau ($p=0.04$; vgl. Abb. 47 im Anhang).

Die **soziale Integration** anhand der Einteilung auf der dreistufigen Skala unterscheidet sich zwischen den beiden Gruppen im Vergleich der beiden Erhebungszeitpunkte. Beim Vergleich des Verlaufs der sozialen Integration eines jeden Patienten fällt auf, dass diese bei den schwer rückfälligen Patienten eher instabil war und sich bei ihnen deutlich häufiger verschlechtert hatte als bei den Patienten mit einer guten Entwicklung des Trinkverhaltens ($p=0.009$; vgl. Abb. 34).

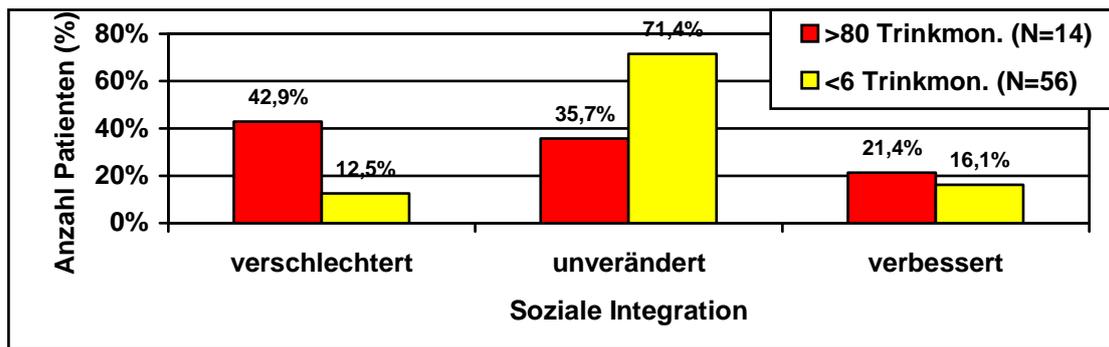


Abb. 34: Die soziale Integration im Verlauf der 10 Jahre

Ein eher qualitativer Aspekt der sozialen Integration zeigt sich in der Teilnahme der Angehörigen oder Freunde der Patienten an der Angehörigengruppe der Entwöhnungsstation. Diese unterschied sich nicht signifikant zwischen den beiden Patientengruppen.

Bezüglich der **Alkoholanamnese** bestanden zum Aufnahmezeitpunkt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten mit einem guten Verlauf und denen mit schwerer Rückfälligkeit. Das Trinkverhalten, das Alter bei Beginn der Abhängigkeit, familiäre Belastung, Komplikationen und alkoholbezogene Vortherapien sowie die Einschätzung der Schwere der Erkrankung unterschieden sich kaum.

Im Katamnesezeitraum war die Zahl der Patienten ohne **Alkoholfolgeerkrankungen** in beiden Gruppen deutlich gestiegen, jedoch unterschieden sich im Unterschied zur Aufnahmeerhebung die Patienten mit einem guten Verlauf nun signifikant von denen mit einem schlechten Verlauf ($p=0.0007$): 50 Patienten (89,2%) mit einem guten Verlauf standen 8 (57,2%) derjenigen gegenüber, die im Katamnesezeitraum viel Alkohol getrunken hatten (vgl. Abb. 48 im Anhang).

Der Anteil derjenigen, die an nicht-alkoholbedingten organischen Erkrankungen litten, war in beiden Gruppen dagegen sehr ähnlich.

Der Situation bezüglich der Alkoholfolgen entsprach auch die **Zufriedenheit** mit dem körperlichen Zustand bei der Katamnese. Sehr zufrieden oder zufrieden waren 43 (76,8%) der Patienten mit einem guten Verlauf und 9 (69,2%) der 13 schwer rückfälligen Patienten, die diese Frage beantworteten ($p=0.04$). Sehr

unzufrieden waren dagegen nur 2 (15,4%) der Patienten, die schwere Rückfälle hatten (vgl. Abb. 49 im Anhang).

Die **Therapiemotivation** zeigt sich zum einen darin, durch wessen Veranlassung es zur Aufnahme kam, zum anderen wurde sie vom behandelnden Arzt eingeschätzt. Bei mehr als der Hälfte (40 Patienten, 74,1% von 54) der Patienten mit gutem Langzeitverlauf schätzte der Arzt die Motivation als gut ein, dagegen waren es bei den schwer Rückfälligen nur 6 (46,2% von 13; $p=0.05$; vgl. Abb. 35).

Motivation	gering	mäßig	gut	sehr gut
>80 Trinkmon. (N=13)	0 (0%)	7 (53,8%)	5 (38,5%)	1 (7,7%)
<6 Trinkmon. (N=54)	4 (7,4%)	10 (18,5%)	31 (57,4%)	9 (16,7%)

Abb. 35: Einschätzung der Therapiemotivation durch den Arzt

Zur Aufnahme kam es bei nur 10 (17,9%) der Patienten mit einem guten Verlauf ganz aus eigenem Antrieb. Meist gaben behandelnde Ärzte den Anstoß zur Entwöhnungstherapie: bei 13 (23,2%) der kaum und 3 (21,4%) der schwer rückfälligen Patienten veranlasste der Hausarzt die Aufnahme. Der Anteil derer, die auf äußeren Druck kamen, war mit 6 (42,9%) insbesondere unter den schwer rückfälligen Patienten hoch. Bei den Patienten mit einem guten Verlauf waren es 16 Patienten (28,6%; vgl. Abb. 50 im Anhang).

Ähnlich der Therapiemotivation wurde auch die **Krankheitseinsicht** bei der Aufnahme vom behandelnden Arzt bei den Patienten mit einem guten Verlauf insgesamt etwas besser eingeschätzt.

Am deutlichsten unterschieden sich die beiden Gruppen bezüglich der Krankheitseinsicht bei der Katamnese: nach der Einschätzung der Interviewer (anhand des Interviews und des Selbstbeurteilungsbogens nach Fichter und Frick) zeigten 52 (92,9%) der Patienten mit einem guten Verlauf eine gute oder sehr gute Krankheitseinsicht, dagegen nur 5 (38,5% von 13) der schwer rückfälligen Patienten ($p=0.000003$).

Die **Prognose hinsichtlich längerer Abstinenz** schätzte der Arzt ebenfalls bei den Patienten, die einen besseren Langzeitverlauf zeigten, signifikant besser ein ($p=0.0002$; vgl. Abb. 36).

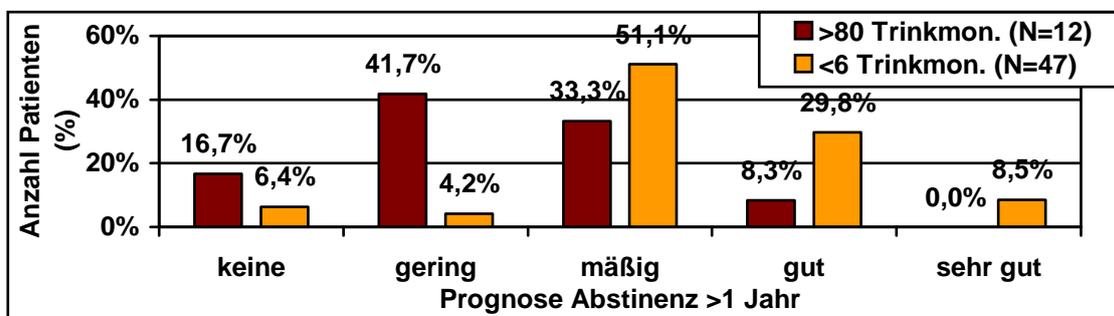


Abb. 36: Prognoseeinschätzung des Arztes hinsichtlich längerer Abstinenz

Im **weiteren Verlauf** unterscheiden sich die beiden Patientengruppen zum Teil erheblich. So war schon der Anteil derjenigen, die den einjährigen ambulanten Therapieteil abgebrochen haben, bei den schwer rückfälligen Patienten mit 4 Patienten (28,6%) mehr als fünfmal so groß wie bei den Patienten mit gutem Verlauf, von denen nur 3 (5,4% von 55 Patienten mit Angaben dazu) die ambulante Therapie nicht regelrecht beendet hatten ($p=0.01$).

11 (78,6%) der schwer Rückfälligen hatten ihren ersten Rückfall bereits im ersten Jahr, während 42 (75%) der Patienten mit weniger als 6 Trinkmonaten dauerhaft abstinent waren und in dieser Gruppe nur 4 Patienten (7,1%) im ersten Jahr nach der Entlassung einen Rückfall erlitten. Im zweiten Jahr hatten 3 (21,4%) der schwer rückfälligen Patienten ihren ersten Rückfall, dagegen nur 2 (3,6%) der Patienten mit einem guten Verlauf. Somit hatten alle Patienten mit einem schlechten Verlauf ihren ersten Rückfall bereits in den ersten zwei poststationären Jahren (vgl. Abb. 51 im Anhang).

Die schwer rückfälligen Patienten litten signifikant häufiger unter Komplikationen des Alkoholismus. So berichteten 4 (28,6%) von ihnen über amnestische Episoden im Katamnesezeitraum, bei den kaum rückfälligen Patienten dagegen nur einer (1,8%; $p=0.0005$). 3 (21,4%) der Patienten mit schwerer Rückfälligkeit hatten bis zu 10 Krampfanfälle gehabt, während dies

bei den Patienten mit einem guten Verlauf gar nicht vorkam ($p=0.0004$). Auch ein Delirium tremens kam nur bei 2 (14,3%) der Rückfälligen vor ($p=0.004$).

Entsprechend dem schlechten Verlauf erhielten zum Katamnesezeitpunkt mit 8 Patienten (57,1%) signifikant mehr Patienten mit schwerer Rückfälligkeit Unterstützung vom Suchthilfesystem als Patienten mit einem guten Verlauf, unter denen es nur 4 (7,1%) waren ($p=0.000009$).

Bezüglich **zusätzlicher psychiatrischer Diagnosen** und depressiven Symptomen fanden sich keine signifikanten Unterschiede.

Auf der GAF-Skala zeigten die schwer rückfälligen Patienten bei der Aufnahme eine schwerere psychische Beeinträchtigung als die abstinenten ($p=0.03$).

Zusammenfassend zeigen sich einige Unterschiede zwischen den Patienten mit weniger als 6 Monaten und denen mit mehr als 80 Monaten Trinkzeit in 10 Jahren.

Zum Zeitpunkt der Therapie zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang bezüglich der Einschätzungen der Prognose hinsichtlich längerer Abstinenz durch den behandelnden Arzt, wobei eine gute oder sehr gute Prognose mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für anhaltende Abstinenz korrelierte ($p=0.0002$). Ebenso waren eine geringere psychische Beeinträchtigung ($p=0.03$) und ein regulärer Abschluss des ambulanten Therapieteiles ($p=0.01$) bei den Patienten mit gutem Verlauf deutlich häufiger. Patienten mit mäßiger oder schlechter Therapiemotivation (nach Einschätzung des Arztes) hatten ein höheres Risiko für schwere Rückfälligkeit ($p=0.05$).

Bei der Katamnese zeigten die schwer rückfälligen Patienten signifikant mehr Komplikationen (Amnestische Episoden, $p=0.0005$; Krampfanfälle, $p=0.0003$ und Delirien, $p=0.004$) und deutlich mehr Alkoholfolgekrankheiten ($p=0.0007$), entsprechend auch mehr Unzufriedenheit mit ihrem körperlichen Zustand ($p=0.04$) und signifikant häufiger Betreuung durch das Suchthilfesystem ($p=0.000009$). Ihre soziale Integration hatte sich mit größerer Wahrscheinlichkeit verschlechtert ($p=0.009$), und sie zeigten signifikant weniger Krankheitseinsicht als die Patienten mit einem guten Verlauf ($p=0.000003$).

Vgl. Kapitel 3.7.2 sowie zu den p-Werten Abb. 58-59 im Anhang.

3.6.4 Die befragten und die nicht befragten Patienten

Um zu überprüfen, ob die Patienten, die zu einem Interview bereit waren (N=93), sich wesentlich von den Nichtbefragten der Gesamtstichprobe (N=122) unterscheiden, sollen beide Patientengruppen im Folgenden bezüglich einiger für die Repräsentativität aussagekräftiger Ausgangsmerkmale verglichen werden.

Bezüglich der **soziodemographischen Daten** zeigte sich lediglich ein nach Adjustierung nicht signifikanter Unterschied bei der Erwerbstätigkeit. Erwerbstätig waren 66 (71%) der befragten Patienten, dagegen nur 69 (56,6%) der Patienten, die nicht ausführlich befragt werden konnten ($p=0.03$). 27 (29%) der Befragten und 53 (43,4%) der Nicht-Befragten waren Hausfrauen, Arbeitslose oder Rentner. Die Geschlechterverteilung, das Durchschnittsalter, die Partnerschafts- und Wohnsituation, Kinder, Berufsausbildungen und Arbeitslosigkeit sowie die Einschätzung der sozialen Integration unterschieden sich nicht.

In der **Alkoholanamnese** fand sich nur auf dem MALT ein nach Adjustierung nicht signifikanter Unterschied: der durchschnittliche Summenwert lag bei den Befragten (N=89) bei 31,2 Punkten und bei den Nichtbefragten (N=117) bei 33,1 Punkten ($p=0.04$).

Diese etwas ausgeprägtere Abhängigkeit der nicht befragten Patienten konnte jedoch nicht durch andere Skalen (GABS, CGI) bestätigt werden, und weitere alkoholspezifische Merkmale unterschieden sich nicht. Auch bezüglich **zusätzlicher psychiatrischer Störungen** unterscheiden sich die befragten nicht von den übrigen Patienten.

Zu den p-Werten vgl. Abb. 60 im Anhang.

3.7 Prognosefaktoren

Bei den Vergleichen verschiedener Patientengruppen in den vorangegangenen Kapiteln wurde erkennbar, dass sich die lebenden von den verstorbenen bzw. die abstinenten von den rückfälligen Patienten in einigen Ausgangsmerkmalen deutlich unterscheiden, in anderen wiederum sehr ähnlich sind. Auf der Suche nach Faktoren, die bereits bei Therapiebeginn bzw. während der Therapie eine Einschätzung des Langzeitverlaufs erlauben, wurden einige interessant erscheinende oder in der Diskussion um Prognosefaktoren gängige Variablen untersucht.

Nach der Alpha-Adjustierung nach Bonferoni-Holm fand sich nur bei wenigen Ausgangsmerkmalen ein signifikanter Zusammenhang mit der Mortalität, mit dem Trinkverhalten bei der Katamnese nur bei einem. Jedoch sind einige der Unterschiede für sich betrachtet signifikant, bei weiteren fanden sich deutliche aber nicht signifikante Zusammenhänge, die, wo möglich, anhand der Odds-Ratios (OR) näher beschrieben werden. Die Tabellen zu den p-Werten befinden sich im Anhang (Abb. 56, 57, 59).

3.7.1 Prognosefaktoren für die Mortalität

Bezüglich der Mortalität wurden drei signifikante **Prognosefaktoren** gefunden: während eine familiäre Belastung mit Alkoholismus die Überlebenschance erhöhte ($p=0.0002$), waren sowohl allgemein das Vorliegen von Alkoholfolgeerkrankungen ($p=0.001$) als auch besonders Lebererkrankungen infolge des Alkoholismus eindeutige Prognosefaktoren für eine erhöhte Mortalität, wobei mit zunehmender Schwere der Leberschädigung (keine Lebererkrankung vs. Fettleber vs. Hepatitis oder Zirrhose) die Mortalität stieg ($p<0.0003$).

Einige weitere Ausgangsmerkmale waren isoliert betrachtet signifikant. Ein deutlicher Prognosefaktor war die mittlere tägliche Trinkmenge in den letzten 5 Jahren vor der Aufnahme: Patienten, die weniger Alkohol konsumierten, hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit, zu überleben ($p=0.002$). Ein entsprechender

Zusammenhang wurde auch bei der mittleren täglichen Trinkmenge im letzten Jahr sichtbar ($p=0.007$). Als weitere Variable der Trinkanamnese war das Fehlen von Krampfanfällen in der Vorgeschichte ($p=0.02$) ein positiver Prognosefaktor für das Überleben, wogegen Behandlungen mit Clomethiazol eine höhere Mortalität prädizierten ($p=0.006$). Weiter hatten diejenigen Patienten mit einer deutlichen oder schweren depressiven Symptomatik (anhand des BDI) eine höhere Überlebenschance ($p=0.009$).

Der Anteil der verstorbenen Patienten wuchs mit steigender Höhe der Gamma-Glutamyltranspeptidase sowohl bei der Aufnahme- als auch der Entlassuntersuchung (beide $p=0.06$). Ebenso sank die Überlebenschance pro Punkt auf dem MALT um 6%, pro 10 Punkte sogar um 46% ($p=0.06$). Die Überlebenschance sank außerdem bei verdoppelter Dauer der Abhängigkeit um 30% ($p=0.09$) und mit jeder Woche stationärer Behandlungen im Jahr vor der Aufnahme (außer Entgiftung oder Entwöhnung) um 10% ($p=0.08$). Die anhand der CGI-Skala als weniger schwer suchtkrank eingeschätzten Patienten hatten eine doppelt so hohe Überlebenschance wie die übrigen Patienten ($p=0.09$), und von denjenigen, die Benzodiazepine eingenommen hatten, ist keiner verstorben, von den Übrigen dagegen waren bei der Katamnese 28 (18% von 156) tot ($p=0.09$). Auch die Patienten mit einem Delirium tremens in der Anamnese haben alle zum Katamnesezeitpunkt gelebt, wogegen 28 (18,5%) der 151 Patienten ohne Delirien verstorben waren ($p=0.07$). Bei den soziodemographischen Daten zeigte nur eine bessere soziale Integration eine 9mal höhere Überlebenschance gegenüber den schlecht sozial integrierten Patienten ($p=0.07$).

Keinen Zusammenhang mit der Mortalität hatten ($p>0.1$; vgl. Abb. 56 im Anhang) von den soziodemographischen Daten Alter, Geschlecht, Partnerschaftssituation, Kinder, Berufsabschluss, Erwerbstätigkeit und ob der Patient allein lebte oder nicht. Bezüglich der Trinkanamnese gaben weder das Leitsymptom noch das Alter beim Beginn des Missbrauchs und der Abhängigkeit einen Hinweis auf die Mortalität, ebenso Toleranzveränderungen, amnestische Episoden, Abstinenzperioden in den letzten zwei Jahren und die

Zeit vollständiger Abstinenz vor der Aufnahme, stationäre Entgiftungen sowie die Selbstbeurteilung der Patienten auf der Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS). Auch psychiatrische Diagnosen, die Bewertung auf der GAF-Skala, Medikamentenmissbrauch und Nikotinabhängigkeit, Suizidversuche, die Anzahl der Wochen, in denen der Patient im Jahr vor der Aufnahme krankgeschrieben war und das Vorliegen von nicht-alkoholbedingten organischen Erkrankungen waren nicht aussagekräftig.

Leider konnten einige interessante Variablen nicht überprüft werden, da die Anzahl der Patienten in den einzelnen Kategorien zu klein war. Vgl. Kapitel 3.6.1.

3.7.2 Prognosefaktoren für das Trinkverhalten im Langzeitverlauf

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf den Vergleich der schwer rückfälligen Patienten (>80 Trinkmonate) mit denen, die langfristig abstinent waren (<6 Trinkmonate). Vgl. Kapitel 3.6.3.

Als aussagekräftigster **Prognosefaktor für eine langfristige Abstinenz** erwies sich die diesbezügliche Einschätzung der Prognose durch den behandelnden Stationsarzt: eine bessere Prognoseeinschätzung korrelierte mit dauerhafter Abstinenz. Dieser Zusammenhang ist signifikant ($p=0.0002$). Weitere positive Prognosefaktoren für langfristige Abstinenz waren das reguläre Abschließen des ambulanten Therapieteiles ($p=0.01$) und höhere Werte auf der GAF-Skala d.h. eine geringere psychische Beeinträchtigung ($p=0.03$). Diese beiden Faktoren sind jedoch nur isoliert betrachtet signifikant.

Ein Zusammenhang besteht ebenfalls bei der ärztlichen Einschätzung bezüglich der Therapiemotivation: die Patienten mit guter oder sehr guter Therapiemotivation hatten eine 3mal so hohe Chance auf langfristige Abstinenz wie die weniger motivierten Patienten ($p=0.06$).

Bei den meisten geprüften Variablen bestand jedoch **kein Zusammenhang** zur schweren Rückfälligkeit ($p>0.1$; vgl. Abb. 59 im Anhang).

Von den soziodemographischen Daten gaben weder das Geschlecht noch das Alter einen Hinweis auf die Prognose, ebenso Partnersituation,

Erwerbstätigkeit, Kinder, Berufsabschlüsse, ob der Patient allein lebte und ob Angehörige die Angehörigengruppe besucht hatten. Sämtliche geprüfte Parameter der Alkoholanamnese wiesen keine Korrelationen zum Langzeitverlauf auf: der Beginn des Alkoholmissbrauchs und der Abhängigkeit, die Dauer der Abhängigkeit sowie das Trinkverhalten, gemessen anhand der mittleren täglichen Trinkmenge, der Anzahl der Wochen vollständiger Abstinenz im Jahr vor der Aufnahme und der Dauer der Abstinenz direkt vor der Aufnahme, das Vorkommen von Abstinenzperioden in den letzten zwei Jahren, stationäre Entgiftungen und Komplikationen wie amnestische Episoden und Delirium tremens, eine familiäre Belastung mit Alkoholismus und die Einstufung der Schwere des Alkoholismus anhand des MALT und der CGI-Skala (schwer suchtkrank vs. weniger schwer suchtkrank). Auch Alkoholfolgeerkrankungen oder alkoholbedingte Verkehrsdelikte gaben keinen Hinweis auf den Langzeitverlauf, ebenso wenig Nikotinabhängigkeit, andere komorbide psychiatrische Diagnosen, stationäre Behandlungen in psychiatrischen Kliniken, die Summenwerte auf dem BDI oder Suizidversuche.

Auch bezüglich des Trinkverhaltens konnten einige Merkmale aufgrund der zum Teil geringen Fallzahlen nicht untersucht werden.

Wegen der geringen Stichprobengröße der schwer Rückfälligen und der weitgehend Abstinenten wurde zusätzlich geprüft, ob sich im Vergleich der 50 dauerhaft abstinenten Patienten mit den 126, die mindestens einen Rückfall hatten, **Prognosefaktoren für dauerhafte Abstinenz** zeigen würden.

In dieser Stichprobe (N=176) war nach der Adjustierung keines der Ausgangsmerkmale signifikant, jedoch fanden sich auch hier Faktoren, die isoliert betrachtet signifikant waren. Die Prognose des Arztes für längere Abstinenz ($p=0.02$), eine geringere psychische Beeinträchtigung (anhand der GAF-Skala; $p=0.03$) und der reguläre Abschluss des ambulanten Jahres ($p=0.002$) korrelierten auch hier positiv mit dauerhafter Abstinenz, ebenso – im Widerspruch zu obigen Ergebnissen – eine familiäre Belastung mit Alkoholismus ($p=0.007$). Stationäre Entgiftungen in der Anamnese deuteten dagegen ein größeres Rückfallrisiko an ($p=0.009$).

Weiter hatten die Patienten mit Medikamentenmissbrauch eine 3mal höhere Chance auf dauerhafte Abstinenz ($p=0.06$). Die Therapiemotivation hingegen hatte in dieser Stichprobe keine prognostische Bedeutung ($p=0.39$).

Weitere Variablen zeigten **keinen Zusammenhang** mit der Rückfälligkeit oder dauerhafter Abstinenz ($p>0.1$; vgl. Abb. 57 im Anhang). Dazu gehören neben den bereits in Bezug auf die schwere Rückfälligkeit bzw. langfristige Abstinenz beschriebenen Merkmalen die soziale Integration (anhand der Skala zusammengefasst) und in der Alkoholanamnese die mittlere tägliche Trinkmenge in den letzten fünf Jahren vor der Aufnahme, Krampfanfälle und Toleranzveränderungen sowie die Selbstbeurteilung der Patienten auf dem GABS. Auch die Veranlassung der Aufnahme sowie nicht-alkoholbedingte organische Erkrankungen und die Depressivität (anhand des BDI) korrelierten ebenso wenig mit der Rückfälligkeit wie die Einschätzung der Krankheitseinsicht durch den Arzt und die Prognoseeinschätzung des Teams hinsichtlich längerer Abstinenz.

3.8 Komorbidität und Depressivität

3.8.1 Die komorbiden Patienten

Bei der Aufnahme auf die Station B6 wurden bei 38 der 215 Patienten (17,7%) zusätzliche nicht substanzbezogene psychiatrische Krankheiten diagnostiziert. Bei 20 von ihnen (52,6%) handelte es sich dabei um depressive Störungen (F 32 oder F 34 nach ICD 10), jeweils 8 Patienten (je 21,1%) hatten Angststörungen (F 40 oder F41) sowie Persönlichkeitsstörungen (F 60). Jeweils ein Patient (je 2,6%) hatte eine posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1) bzw. eine Anorexia nervosa (F 50.0). Einer der depressiven Patienten hatte zusätzlich eine Polytoxikomanie, und ein Patient mit einer Persönlichkeitsstörung wies zusätzlich eine soziale Phobie und eine Anorexia nervosa in jüngster Vergangenheit auf. Von diesen komorbiden Patienten konnten bei der Katamnese jedoch nur 18 (47,4%) befragt werden. 9 Patienten

(23,7%) lehnten die Teilnahme an der vollständigen Studie ab, 3 (7,9%) waren in der Zwischenzeit verstorben und von 8 (21%) konnte die aktuelle Anschrift nicht ermittelt werden. Bei 28 Patienten (73,7%) kam es zu Rückfällen, 7 Patienten (18,4%) waren dauerhaft abstinent, und bei 3 Patienten (7,9%) ist nicht bekannt, ob sie im Katamnesezeitraum wieder Alkohol konsumiert haben oder nicht. Um den Verlauf der komorbiden Patienten mit einbeziehen zu können, sollen im Folgenden nur die 18 befragten Patienten dieser Teilstichprobe beschrieben und den 75 befragten nicht komorbiden Patienten gegenüber gestellt werden.

Die soziodemographischen Daten unterscheiden sich insgesamt wenig im Vergleich der beiden Patientengruppen. Das Geschlechterverhältnis war sehr ähnlich, und auch das Alter unterschied sich kaum.

Während der Familienstand zum Aufnahmezeitpunkt in beiden Gruppen sehr ähnlich war, unterscheidet sich die Entwicklung im Katamnesezeitraum etwas: bei den Nicht-Komorbiden blieb die Zahl sowohl der verheirateten Patienten als auch der Geschiedenen konstant, während bei den Komorbiden der Anteil der Verheirateten sank und sich die Zahl der Geschiedenen mehr als verdoppelte (vgl. Abb. 37).

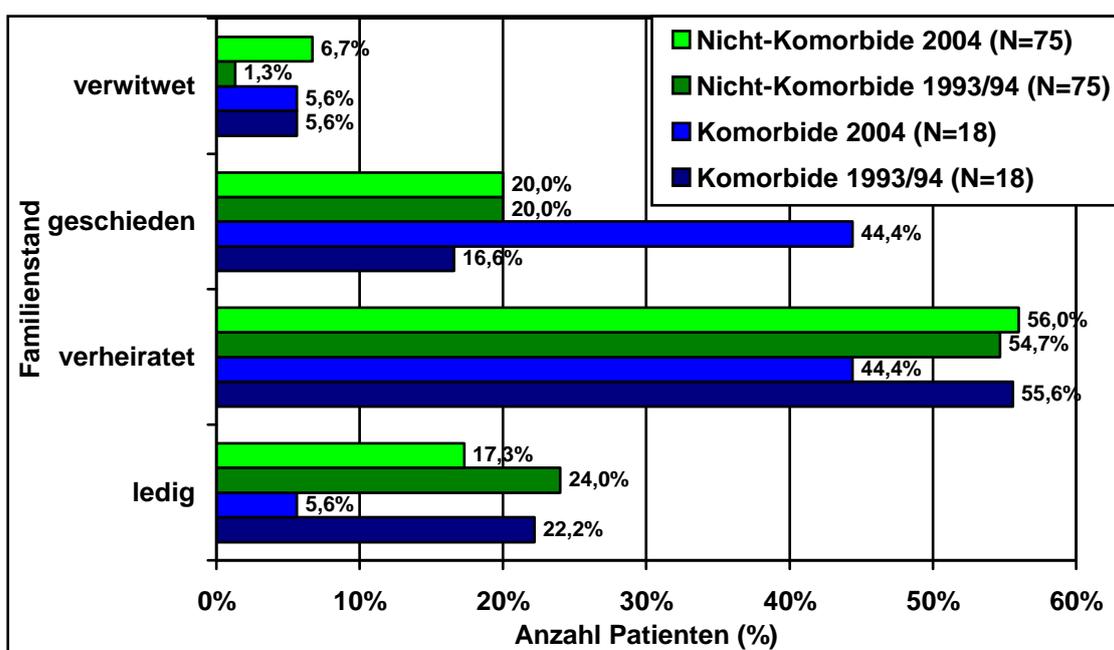


Abb. 37: Der Familienstand bei Anamnese und Katamnese

Bezüglich der Partnersituation hatten bei der Aufnahme mit 6 (33,3%) deutlich mehr komorbide Patienten keine Partnerschaften als bei den nicht komorbiden Patienten, von denen nur 10 (13,3%) keine Partnerschaften hatten ($p=0.04$). Im Katamnesezeitraum nahm jedoch in beiden Patientengruppen der Anteil der Patienten, die in festen Partnerschaften lebten, etwas zu, und der Unterschied war nun gering (vgl. Abb. 52 im Anhang).

Die Erwerbstätigkeit unterscheidet sich zwischen beiden Patientengruppen weder bei der Aufnahme noch bei der Katamnese signifikant.

Bezüglich der **Alkoholanamnese** fällt auf, dass die nicht komorbiden Patienten ein 2,5mal höheres Risiko auf familiäre Belastung mit Alkoholismus hatten als die Komorbiden ($p=0.08$). Während unter Letzteren 8 (44,4%) der Patienten Angehörige hatten, die auch alkoholabhängig waren, kam bei 50 (66,7%) der Nicht-Komorbiden Alkoholismus in der Familie vor. Dagegen war die Chance, vor der Aufnahme Abstinenzperioden zu haben, bei den Komorbiden 1,6mal so hoch wie bei den Patienten, die keine weitere psychiatrische Erkrankung hatten ($p=0.06$; vgl. Abb. 38).

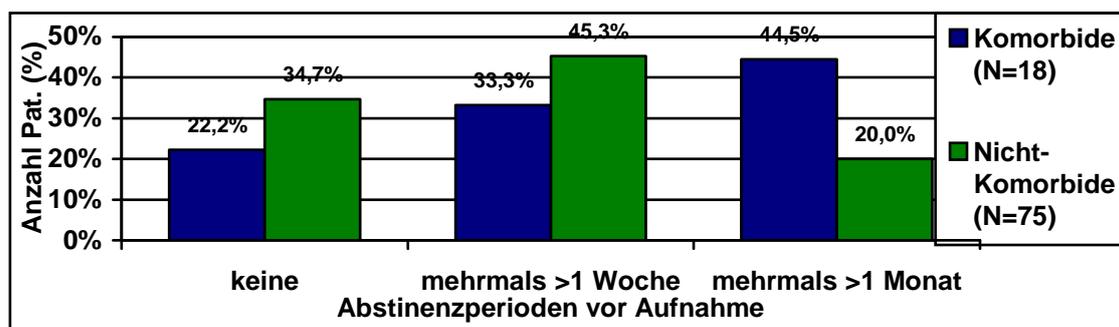


Abb. 38: Abstinenzperioden in den zwei Jahren vor der Therapie

Im Verlauf zeigte sich bezüglich der **Entwicklung des Trinkverhaltens** ein deutlicher Unterschied im Vergleich der Abstinenzwochen im Jahr vor den beiden Befragungen: während sich das Trinkverhalten bei sämtlichen komorbiden Patienten (100%) gebessert hatte, hatten unter den nicht komorbiden Patienten nur 59 (78,7%) mehr Abstinenzwochen im Jahr vor der

Katamneseerhebung als vor der Aufnahme ($p=0.03$). Bei 7 (9,3%) von ihnen war die Anzahl identisch, und 9 (12%) hatten sich sogar verschlechtert. Gering waren dagegen die Unterschiede in der Anzahl der Trinkmonate im gesamten Katamnesezeitraum und das Vorkommen von Rückfällen.

Der Verlauf des ambulanten Jahres war zwischen den komorbiden und nicht komorbiden Patienten fast identisch, und zum Katamnesezeitpunkt nahmen in beiden Gruppen etwa gleich viele Patienten Hilfe vom Suchthilfesystem in Anspruch.

Bezüglich des **Gesundheitszustandes** fanden sich weder bei der Aufnahme noch zum Katamnesezeitpunkt signifikante Unterschiede, ebenso wenig im Verlauf der Depressivität und in der Familienanamnese hinsichtlich psychiatrischer Erkrankungen (außer Alkoholismus). Jedoch hatten die komorbiden Patienten eine 2,5mal so hohe Chance, bei der Katamnese gar nicht oder maximal 5 Zigaretten am Tag zu rauchen: 10 (55,6%) komorbiden Patienten stehen 25 (33,3%) Nicht-Komorbide gegenüber ($p=0.08$).

Zu den p-Werten vgl. Abb. 61 im Anhang.

3.8.2 Die depressiven Patienten

Bei der Aufnahme bearbeiteten 90 (96,8%) der bei der Katamnese befragten Patienten das BDI. Die 20 Patienten (22,2%), die Summenwerte im deutlich depressiven Bereich hatten (>18 Punkte), sollen im Folgenden den übrigen 70 (77,8%) gegenübergestellt werden.

Abb. 39 zeigt die Ausprägung der **depressiven Symptome** zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Katamnese. Die unterschiedliche Personenzahl kommt dadurch zustande, dass nur 88 Patienten das BDI zu beiden Zeitpunkten bearbeiteten.

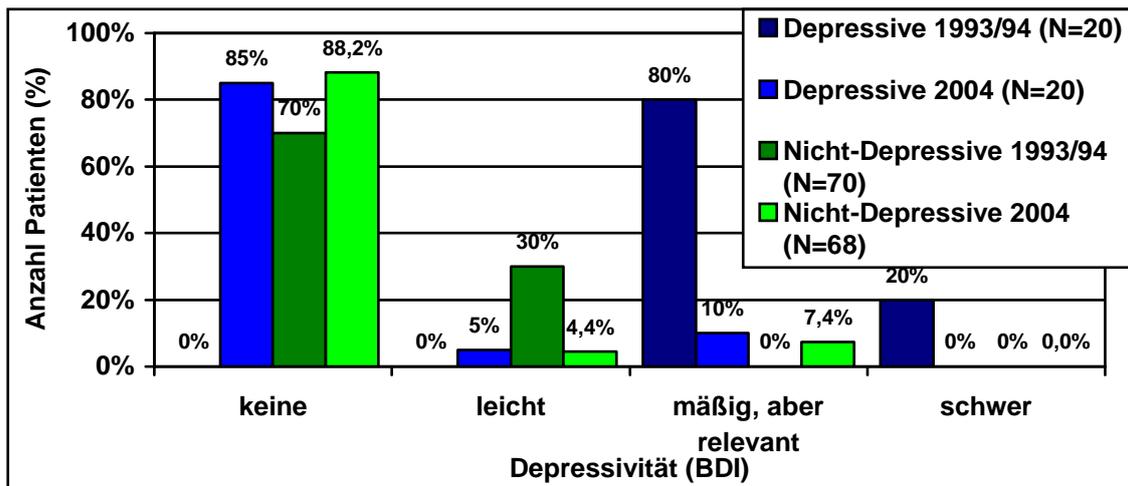


Abb. 39: Die depressive Symptomatik bei Aufnahme und Katamnese

Ein signifikanter Unterschied zeigt sich bei der Entwicklung der Depressivität anhand des BDI jedes einzelnen Patienten: bei 19 (95%) der früher depressiven Patienten hatte er sich verbessert, bei den früher weniger depressiven Patienten dagegen nur bei 39 (57,3%; $p=0.002$). Bei einem der Depressiven (5%) und 4 (5,9%) der weniger Depressiven war die Symptomatik unverändert, und 25 der früher nicht depressiven Patienten (36,8%) waren depressiver als zum Zeitpunkt der Therapie.

Die **Komorbidität** unterschied sich insgesamt nicht. Auffallend ist jedoch die Tatsache, dass nur einer der Patienten, die auf dem BDI eine deutliche oder schwere Symptomatik zeigten, auch die Diagnose einer Depression trug (er hatte „mäßige“ depressive Symptome). Dagegen lagen 4 Patienten mit einer depressiven Störung im unauffälligen Bereich oder im Bereich einer leichten depressiven Symptomatik. Abb. 53-54 im Anhang zeigen die Depressivität im Vergleich zur Diagnose einer Depression in der Gesamtstichprobe.

Die depressiven Patienten hatten sowohl bei der Aufnahme eine 2,6mal höhere Chance, nicht nikotinabhängig zu sein ($p=0.06$) als auch eine 2,7mal so große Chance, bei der Katamnese gar nicht oder maximal 5 Zigaretten am Tag zu rauchen ($p=0.05$). Nikotinabhängig waren bei der Aufnahme 47 (68,1%) der nicht depressiven Patienten, aber nur 9 (45%) der Patienten mit deutlicher depressiver Symptomatik. Bei der Katamnese waren 11 (55%) der früher

Depressiven inzwischen Nichtraucher oder rauchten sehr wenig, bei den Nicht-Depressiven waren es nur 22 (31,4%). Bezüglich Suizidversuchen unterschieden sich die depressiven Patienten nicht signifikant von den übrigen.

Bezüglich der **soziodemographischen Daten** unterscheiden sich die Patienten vor allem bei der Katamnese. Das Alter und die Geschlechterverteilung waren sehr ähnlich.

Deutliche Unterschiede zeigen sich in der Entwicklung der Erwerbstätigkeit: während bei der Aufnahme der Anteil der Arbeitslosen in beiden Gruppen relativ ähnlich war, stieg die Arbeitslosigkeit in der Gruppe der depressiven Patienten im Katamnesezeitraum auf 4 (20%), bei den Patienten, die kaum depressive Symptome zeigten, sank sie dagegen auf 4 (5,7%; $p=0.05$). Auch hatten die weniger depressiven Patienten eine 2,5mal so hohe Chance, bei der Katamnese erwerbstätig zu sein wie die Depressiven ($p=0.07$; vgl. Abb. 40).

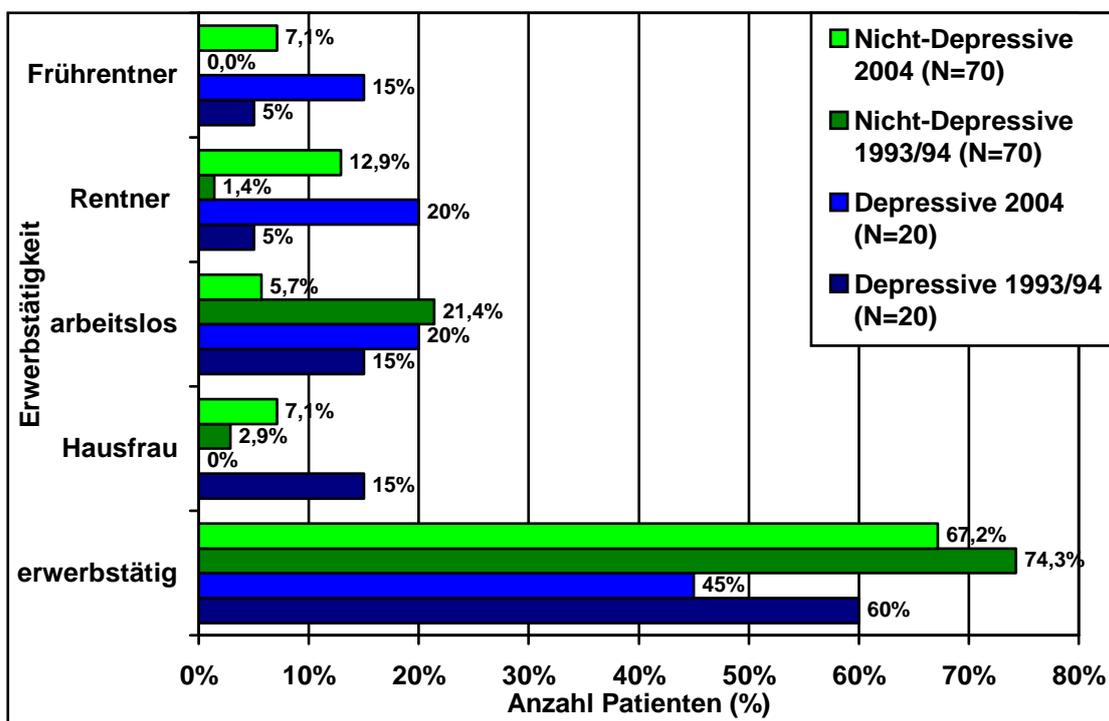


Abb. 40: Die Erwerbstätigkeit der Patienten bei Aufnahme und Katamnese

Bezüglich des Hausstandes hatten die depressiven Patienten ein 2,4mal so hohes Risiko, bei der Katamnese allein zu leben ($p=0.097$).

Die soziale Integration insgesamt war zu beiden Zeitpunkten bei den depressiven Patienten etwas schlechter: bei der Aufnahme waren mit 11 Patienten (55%) mehr als die Hälfte unter ihnen mäßig sozial integriert und 9 (45%) gut. Von den weniger Depressiven waren dagegen 48 (68,6%) gut sozial integriert, 21 (30%) mäßig und einer (1,4%) schlecht (vgl. Abb. 55 im Anhang).

In der **Alkoholanamnese** fällt auf, dass die depressiven Patienten deutlich weniger Abstinenzperioden in den zwei Jahren vor der Aufnahme aufwiesen ($p=0.02$; vgl. Abb. 41).

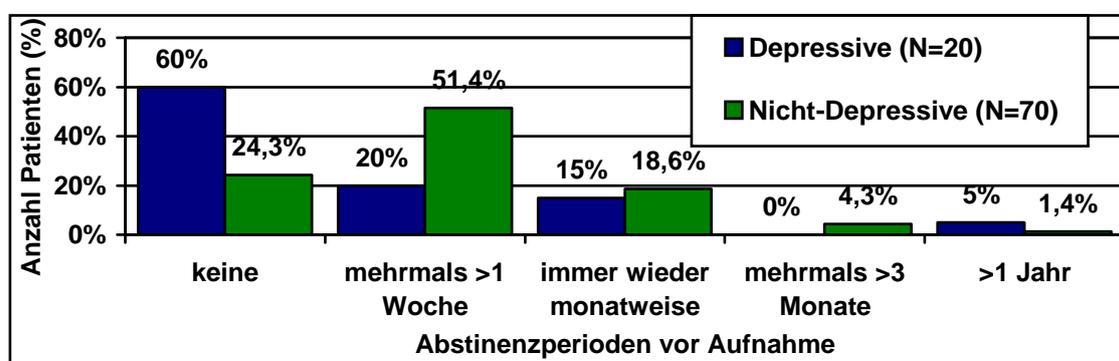


Abb. 41: Abstinenzperioden in den zwei Jahren vor der Aufnahme

Auf dem MALT hatten die depressiven Patienten deutlich höhere Summenwerte (durchschnittlich 33,9 Punkte, Median: 35 vs. durchschnittlich 30,3 Punkte, Median: 31; $p=0.04$). Ein weiterer Unterschied besteht bezüglich der familiären Belastung mit Alkoholismus: die Patienten mit deutlichen depressiven Symptomen hatten eine 3mal so hohe Chance, alkoholkrank Menschen in der Familie zu haben, wie die nicht depressiven Patienten ($p=0.06$). 16 (80%) der depressiven Patienten hatten alkoholabhängige Angehörige, dagegen nur 40 (57,1%) der Patienten ohne depressive Symptomatik.

Die übrigen alkoholbezogenen Merkmale waren zwischen den beiden Gruppen sehr ähnlich. Der Anteil der dauerhaft Abstinenten und der Verlauf der Abhängigkeit sowie Alkoholfolgeerkrankungen unterschieden sich kaum.

Zu den p-Werten vgl. Abb. 62 im Anhang.

3.8.3 Suizidalität in der untersuchten Stichprobe

Im Folgenden sollen diejenigen Patienten beschrieben werden, die über Suizidversuche berichtet oder im Katamnesezeitraum Suizid begangen haben. Bei 43 Patienten (20% der Gesamtstichprobe) fanden sich Suizidversuche in der Anamnese, in der Katamnese berichteten 4 Patienten (4,3% der 93 Befragten) über Suizidversuche in den vergangenen 10 Jahren, 3 Patienten (10,7% der 28 Verstorbenen) waren im Katamnesezeitraum durch Suizid gestorben.

In Bezug auf die 3 **Verstorbenen** liegt die Frage nach möglichen Hinweisen auf einen späteren Suizid nahe. Alle 3 (100%) waren Männer. Bei der Aufnahme waren die Patienten 31, 45 bzw. 49 Jahre alt, ein Patient war ledig, einer verheiratet und einer geschieden. Zwei (66,7%) von ihnen hatten eine feste Partnerin, nur einer (33,3%) gab an, keine Partnerschaften gehabt zu haben. Jedoch lebten zwei (66,7%) alleine. Ein Patient (33,3%) hatte eigene Kinder. Alle 3 Patienten (100%) waren zum Aufnahmezeitpunkt voll erwerbstätig. Die soziale Integration war bei einem Patient (33,3%) sehr gut, 2 (66,7%) waren dagegen mäßig sozial integriert.

In der Familienanamnese fand sich bei einem Patienten (33,3%) eine familiäre Belastung mit Alkoholismus, dagegen kamen weder andere psychiatrische Erkrankungen noch Suizidversuche vor. Auch bei den Patienten selbst lagen weder eine zusätzliche psychiatrische Diagnose bei der Aufnahme noch Suizidversuche in der Anamnese vor. Alle 3 (100%) lagen auf dem BDI im unauffälligen Bereich. Ein Patient (33,3%) war jedoch schon einmal stationär in einer psychiatrischen Klinik behandelt worden.

Die Alkoholabhängigkeit wurde anhand der CGI-Skala bei 2 Patienten (66,7%) als mäßig und bei einem (33,3%) als extrem schwer eingeschätzt. Zwei Patienten (66,7%) hatten Abstinenzperioden in den letzten 2 Jahren, einer von ihnen sogar über ein Jahr. Ein Patient (33,3%) hatte durchgehend getrunken. Alkoholfolgekrankheiten kamen bei einem Patient (33,3%) vor.

Während der behandelnde Arzt bei 2 Patienten (66,7%) die Therapiemotivation als gut und bei einem (33,3%) als mäßig einschätzte fällt auf, dass keiner der Patienten den ambulanten Therapieteil regulär abgeschlossen hat: einer (33,3%) brach die Therapie vorzeitig ab, und 2 (66,7%) wurden aus der Gruppe ausgeschlossen. Zwei (66,7%) der Patienten waren vor ihrem Tod rückfällig geworden. Einer (33,3%) war dauerhaft abstinent, jedoch stand sein Suizid – mit aktiver Sterbehilfe – in Zusammenhang mit einem fortgeschrittenen Larynxkarzinom. Ein Patient nahm sich ein Jahr nach der Therapie im Alter von 32 Jahren das Leben, ein weiterer 56jährig im 7. poststationären Jahr und einer im 10. Jahr im Alter von 55 Jahren.

Etablierte Risikofaktoren, wie etwa Suizidversuche in der Anamnese, finden sich also nicht bei den drei Patienten, die ihr Leben durch Suizid beendet haben.

Unter den 4 Patienten, die über **Suizidversuche im Katamnesezeitraum** berichtet haben, waren 3 (75%) Männer und eine Frau (25%). 3 Patienten (75%) hatten bereits Suizidversuche in der Anamnese. Bei der Aufnahme litt einer von ihnen (25%) an einer Angststörung und 3 (75%) hatten keine zusätzliche psychiatrische Diagnose. Auf dem BDI zeigten alle 3 Patienten, die das BDI bearbeiteten, eine leichte depressive Symptomatik. Bei der Katamnese bearbeiteten ebenfalls 3 Patienten das BDI: 2 (66,7%) von ihnen lagen im unauffälligen Bereich und einer (33,3%) hatte mäßige, aber relevante depressive Symptome.

Die soziale Integration war bei der Aufnahme bei 3 Patienten (75%) gut und bei einem (25%) mäßig, zum Katamnesezeitpunkt dagegen bei je zweien (je 50%) gut bzw. mäßig. 3 Patienten (75%) lebten bei der Katamnese in einer festen Partnerschaft und ein Patient (25%) hatte keine Partnerschaften. Bezüglich der Erwerbstätigkeit fällt auf, dass bei 3 Patienten (75%) die derzeitige Tätigkeit unter dem Ausbildungsniveau lag.

Alle Patienten mit Suizidversuchen in der Katamnese (100%) hatten Rückfälle erlitten, und auch im Jahr vor der Katamnese hatte nur eine Patientin (25%) keinen Alkohol getrunken – sie war seit ihrem dritten Suizidversuch über

mehrere Jahre abstinent. Die mittlere Anzahl der Abstinenzmonate in den 10 Jahren betrug 59,8 Monate, der Median lag jedoch bei 45 Abstinenzmonaten. Das ambulante Jahr im Anschluss an die stationäre Therapie hatten 3 Patienten (75%) regulär beendet, einer (25%) hatte die Therapie abgebrochen. Ein Patient (25%) war im Katamnesezeitraum zweimal zur Krisenintervention auf der Station B6.

3.9 Zusammenfassung der Ergebnisse

Nach 10 Jahren waren 65,6% der 215 in die Studie aufgenommenen Patienten am Leben, 13% waren verstorben, und bei 21,4% konnte nicht ermittelt werden, ob sie noch leben. Bei 58,6% ist ein Rückfall bekannt, 23,3% waren dauerhaft abstinent, und bei 18,1% ist das Trinkverhalten unklar. Bei 13,5% der Ausgangsstichprobe konnten keinerlei Informationen gewonnen werden.

Das mittlere Sterbealter lag bei 47,8 Jahren. 57,1% der Todesursachen waren Alkoholfolgen. 78,6% der Verstorbenen waren rückfällig, 10,7% dauerhaft abstinent, und bei 10,7% ist das Trinkverhalten unklar.

Prognosefaktoren für eine erhöhte Mortalität waren Alkoholfolgeerkrankungen, stärkerer täglicher Konsum, Krampfanfälle und Clomethiazolbehandlungen, eine schwerere Suchterkrankung, mehr stationäre Behandlungen und eine längere Dauer der Abhängigkeit. Eine niedrigere Mortalität hatten Patienten mit familiärer Belastung oder depressiver Symptomatik, Delirien und Benzodiazepingebrauch.

Die Situation der 93 ausführlich befragten Patienten hatte sich insgesamt verbessert. 43% waren dauerhaft abstinent, 57% hatten einen Rückfall.

Prognosefaktoren für Abstinenz waren eine gute Prognoseeinschätzung durch den Arzt und ein regulärer Abschluss der Therapie, geringere psychische Beeinträchtigung, familiäre Belastung und weniger stationäre Entgiftungen, Medikamentenmissbrauch und eine gute Therapiemotivation.

Im Verlauf hatten die schwer rückfälligen Patienten deutlich mehr Folgeerkrankungen, Komplikationen und eine schlechtere soziale Integration. Ihre Krankheitseinsicht war schlechter.

17,7% der Ausgangsstichprobe hatten komorbide psychiatrische Störungen. Im Verlauf unterschieden sich die befragten komorbiden Patienten in wenigen Merkmalen von den nicht komorbiden. Patienten mit depressiven Symptomen hatten bei der Aufnahme Zeichen einer schwereren Alkoholkrankheit, unterschieden sich bei der Katamnese aber lediglich in einer etwas schlechteren sozialen Integration. Hinweise auf einen späteren Tod durch Suizid gab es bis auf einen Therapieabbruch nicht. Auffallend ist, dass alle 4 Patienten mit Suizidversuchen in der Katamnese rückfällig waren.

4. DISKUSSION

4.1 Gliederung

Im Folgenden soll die vorliegende Studie im Kontext der Literatur diskutiert werden. Zunächst wird auf einige Aspekte der Methodik eingegangen werden (Kapitel 4.2). Im Kapitel 4.3 folgt die Diskussion der Ergebnisse anhand der eingangs vorgestellten Fragestellungen, abschließend sollen mögliche Schlussfolgerungen aus der vorliegenden Studie gezogen werden (Kapitel 4.4).

4.2 Methodik

In die Studie aufgenommen wurden alle 215 **Patienten**, die in den Jahren 1993 und 1994 am oben beschriebenen Entwöhnungsprogramm teilgenommen haben. Die Ausgangsstichprobe ist somit größer als bei einem Großteil der Studien, die einen ähnlichen Katamnesezeitraum umfassen und etwa vergleichbar mit derjenigen von Cross et al. (1990), die 200 Patienten beobachteten. Der Frauenanteil ist in den 10-Jahres-Katamnesen sehr unterschiedlich, mit 25% liegt er im mittleren Bereich (Längle 1990, Shaw et al. 1997, Cross et al. 1990, Wutzke et al. 2002). Auch das durchschnittliche Alter von 40,4 Jahren entspricht demjenigen mehrerer Studien (Liskow et al. 2000, Powell et al. 1998, Shaw et al. 1997, Wutzke et al. 2002). Bezüglich des Familienstandes liegt die vorliegende Studie mit 53,5% Verheirateten zwischen sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Die Arbeitslosenquote entspricht etwa derjenigen bei Längle (1990), dessen Studie auf der gleichen Station durchgeführt wurde. Die durchschnittliche Dauer der Abhängigkeit entspricht mit 8,8 Jahren derjenigen von Shaw et al. (1997) und Smith et al. (1983), deren Patienten seit durchschnittlich 9 Jahren Problemtrinker waren.

Eine gewisse Selektion der Patienten ergibt sich aus den Aufnahmekriterien des speziellen Settings (vgl. Kapitel 2.1), verglichen mit anderen Studien – etwa

denjenigen von Liskow et al. (2000) oder Nordström & Berglund (1987), die nur Veteranen bzw. nur ausgewählte gut sozial integrierte Patienten untersuchten – ist sie jedoch eher gering.

Die **Ausgangserhebung** der vorliegenden Studie erfolgte mit Hilfe eines standardisierten Interviews, dessen Validität und Reliabilität geprüft wurde (Jung 2001, Mann et al. 1995) und mit sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Forschung bewährten Instrumenten (vgl. Kapitel 2.3).

Die **Katamnese** der befragten Patienten bezieht sich zum großen Teil ausschließlich auf die Aussagen der befragten Patienten selbst. Der Verzicht auf die konsequente Befragung von Ersatzinformanten oder eine Kontrolle durch biologische Marker wie Laboruntersuchungen scheint vertretbar, da sich in mehreren Studien die Aussagen der Patienten im Rahmen katamnestischer Untersuchungen als valide erwiesen haben. So fanden Mundle et al. (1995 und 1999) ein hohes Maß an Übereinstimmung zwischen Laborparametern und den konsumbezogenen Aussagen der Patienten. Bei Babor et al. (2000) waren die Selbstaussagen von 1726 freiwilligen Patienten sogar deutlich sensitiver als die Laboruntersuchungen. Selbst- und Fremdaussagen stimmten zu 97% überein, wobei die Selbstaussagen am vollständigsten waren. Falsche Angaben der Patienten ergaben sich meist aus Gedächtnisverlusten, wobei die Patienten eher über zu große Trinkmengen berichteten. Veltrup et al. (1995) kamen zu dem Ergebnis, dass im Rahmen katamnestischer Untersuchungen bei guter Compliance auch postalische Befragungen möglich seien. In der vorliegenden Studie wurde dennoch versucht, möglichst viele Patienten für ein persönliches Interview zu gewinnen, die von zwei Doktorandinnen durchgeführt wurden. Damit wurde der Beobachtung von Finney et al. (2003) Rechnung getragen, dass die Aussagen der Patienten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit akkurat waren, wenn der Befrager nicht im direkten Zusammenhang mit der Therapie des Patienten stand. Dem steht die geringere therapeutische Erfahrung der Befragerinnen als Nachteil gegenüber.

Der lange Katamnesezeitraum von etwa 10 Jahren bietet die Möglichkeit, nicht nur die kurzfristigen Therapieerfolge zu beurteilen, sondern den längerfristigen Verlauf der Patienten mit und ohne Rückfälligkeit zu beschreiben und zu vergleichen. Interessant wären jedoch weitere Befragungen in den 10 Jahren gewesen, wie auch von Allen (2003) gefordert. Diese hätten insbesondere dem Problem, dass genauere Inhalte über einen so langen Zeitraum zum Teil schwer erinnerlich sind, Abhilfe geschaffen. Auch wäre es so eher möglich, kausale Zusammenhänge, z.B. zwischen Aspekten der sozialen Integration und der Rückfälligkeit, zu erkennen. Andererseits können häufige Befragungen auch den Verlauf der Krankheit beeinflussen (Allen 2003) und müssen daher als zusätzliche Interventionen betrachtet werden.

Den Empfehlungen von Babor et al. (1994), Allen (2003) und anderen für einheitliche Kriterien zur Beurteilung des Therapieerfolges wurde nur teilweise entsprochen, was sich u.a. aus der Notwendigkeit ergibt, die Katamnese zwecks der Vergleichbarkeit den in der Ausgangsstudie erhobenen Daten anzupassen.

Ein in unserer Studie unberücksichtigter Aspekt ist der Vergleich unterschiedlicher Therapiesettings und Therapiebestandteile, wie dies in multizentrischen Studien möglich ist. Eine Beurteilung des Einflusses verschiedener Therapiebestandteile auf den Verlauf ist so schwer möglich. Neben dem Project MATCH (1998) berichteten Monasor et al. (2003) u.a. über Vorteile bestimmter Therapien für unterschiedliche Patientengruppen, und auch Karno et al. (2002) fanden Interaktionen zwischen verschiedenen Patientenmerkmalen und dem Therapieprozess. In einer Metaanalyse von Monahan & Finney (1996) hatte neben den gerade genannten Variablen auch das Studiendesign einen Einfluss auf die gefundenen Therapieergebnisse.

In vielen Arbeiten wurde auf den Unterschied der Alkoholkrankheit bei Frauen im Vergleich zu Männern hingewiesen (Mauthe 1996, Bächle 2003, Jung 2001, Zilberman et al. 2003 u.a.). Darauf geht die vorliegende Arbeit nicht ein, da sich

eine weitere Arbeit im Rahmen dieser Studie im Besonderen diesem Thema widmet (Kraus 2006).

4.3 Ergebnisse

4.3.1 Interviewprotokoll

Abb. 42 stellt die vorliegende Studie einigen 10-Jahres-Katamnesen gegenüber.

Studie	Anzahl Patienten	Katamnese-dauer	Aus-schöpfung	Mortalität	% dauerhaft Abstinente
Vorliegende Studie (2004)	215	10 Jahre	86,5%	13%	23,3%
Montero Pérez-Barquero et al. (2001)	162	10 Jahre	71%	34,6%	
Powell et al. (1998)	360 Männer	10 Jahre	99,2%	26,4%	13,6% (auch kontrolliert tr.)
Finney & Moos (1992)	113	10 Jahre	72,6% interviewt	18%	
Längle (1990)	96	10 Jahre	94%	21,9%	26%
Cross et al. (1990)	200	10 Jahre	79%	27%	40,5% (dauerhaft?)
Edwards et al. (1988)	99	10 Jahre	86,9%	18%	3%
Smith et al. (1983)	100 Frauen	11 Jahre	97%	31%	17%

Abb. 42: Daten des Interviewprotokolls im Vergleich mehrerer Studien

Trotz intensiver Suche und Recherche über die Einwohnermeldeämter und Krankenakten konnten zu 13,5% der Ausgangsstichprobe keinerlei zuverlässige Informationen gewonnen werden. Dies entspricht etwa der Katamnese von Edwards et al. (1988). Die Mortalität von 13% ist auffallend niedrig. Dies legt

den Verdacht nahe, dass unter den 21,4%, bei denen nicht bekannt ist, ob sie noch leben, einige weitere verstorben sind.

Der Anteil der dauerhaft abstinenten Patienten liegt mit 23,3% im Bereich der übrigen Studien, auch wenn nicht immer – wie in der vorliegenden Studie – jeder Alkoholkonsum als Rückfall gewertet wurde. 58,6% waren mit diesen harten Kriterien sicher rückfällig. Bei 18,1% konnte das Trinkverhalten nicht ermittelt werden. Da bei 41,2% der nicht gefundenen Patienten ein Rückfall bekannt ist und bei keinem eine dauerhafte Abstinenz, sollte bei den 18,1% – auch entsprechend der Intention-to-treat-Methode – von Rückfälligkeit ausgegangen werden.

Da nur 93 Patienten (43,3% der Ausgangsstichprobe) interviewt werden konnten, sind die Stichproben insbesondere bei den Vergleichen zwischen verschiedenen Patientengruppen teilweise sehr klein, was bezüglich der Aussagekraft eine Einschränkung bedeutet. Zur Absicherung wurde die Vergleichbarkeit der befragten Patienten mit den nicht befragten geprüft und in der Regel bestätigt:

4.3.2 Repräsentativität der befragten Patientenstichprobe

Um zu überprüfen, ob die Personen, die zu einem Interview bereit waren (N=93), sich signifikant von den Nichtbefragten (N=122) unterschieden, wurde die Verteilung verschiedener Merkmale in diesen beiden Gruppen untersucht. Soziodemographische Merkmale, die Komorbidität und alkoholbezogene Kennwerte wurden als aussagekräftige Kriterien ausgewählt. Da insgesamt 16 Merkmalsverteilungen überprüft wurden, wurden auch hier die Signifikanzniveaus mit dem Bonferoni-Holm-Verfahren adjustiert. Die statistische Überprüfung ergab schließlich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Lediglich die Erwerbstätigkeit mit den Kategorien „erwerbstätig“ vs. „nicht erwerbstätig“ ($p=0.03$) und der MALT ($p=0.04$) waren Merkmale, in denen ein (nach Adjustierung nicht signifikanter) Unterschied ersichtlich wurde. Von den befragten Patienten waren zum

Aufnahmenzeitpunkt 71% erwerbstätig, wohingegen bei den nicht befragten Personen damals nur 57% erwerbstätig waren. Der durchschnittliche Summenwert des MALT lag bei den Befragten bei 31,2 Punkten und bei den Nichtbefragten bei 33,1 Punkten. Zu den Werten der Signifikanzüberprüfung siehe auch Abb. 60 im Anhang.

4.3.3 Langzeitverlauf

Im Verlauf der 10 Jahre hat sich das Trinkverhalten der befragten Patienten insgesamt deutlich gebessert (82,8% der Befragten hatten im Jahr vor dem Katamneseinterview mehr Abstinenzwochen als vor der Aufnahme, die mittlere tägliche Trinkmenge ging um 96,2g reinen Alkohols zurück). Ähnlich beschrieben auch frühere Studien eine allmähliche Verbesserung des Trinkverhaltens der nachbeobachteten Patienten (Längle & Schied 1990, Taylor et al. 1985, Noda et al. 2001, Shaw et al. 1997, Ehlers et al. 2004). Dies ist nach einem so langen Katamnesezeitraum sicher nur teilweise auf eine erfolgreiche Therapie zurückzuführen. Sowohl Ehlers et al. (2004) als auch Edwards (1984) und Cutler & Fishbain (2005) weisen auf eine hohe Rate an spontanen Remissionen bei alkoholkranken Menschen hin. So beobachteten Ehlers et al. bei 61% von 243 Alkoholikern eine Besserung, obwohl nur 28% von ihnen jemals eine Therapie gemacht hatten. Sie sprechen von einem „Herauswachsen“ aus dem Alkoholismus. Auch Fillmore (1987) kam in einer Kohortenstudie an der Allgemeinbevölkerung zu dem Ergebnis, dass schwerer Alkoholismus im mittleren Lebensalter die höchste Prävalenz hat, später aber seltener ist. Diese Aspekte sind bei der Beurteilung des insgesamt positiven Verlaufs zu berücksichtigen, ebenso die Tatsache, dass sich unter den nicht interviewten Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit einige Patienten mit einem schlechten Verlauf befinden.

Von den 58,1% aller interviewten Patienten, die nach der Therapie mindestens 5 Jahre lang dauerhaft abstinent waren, waren 74,1% bis zum Katamnesezeitpunkt durchgehend abstinent. Ein ähnliches Ergebnis findet sich in der Langzeitkatamnese von Smith et al. (1983), wo 68% der in den ersten 3

Jahren dauerhaft abstinenten Patientinnen nach 11 Jahren immer noch abstinent waren. Der Anteil der dauerhaft abstinenten Patienten nach 5 und 10 Jahren ist in unserer Studie entsprechend ähnlich (58,1% vs. 43%). Im Gegensatz zu der Studie von Schäfer (1996), wo sich 85% der Rückfälle bereits in den ersten 2 Jahren nach der Therapie ereigneten, waren dies in unserer Stichprobe nur 58,5%. 45% der befragten Patienten wurden bereits im ersten Jahr rückfällig. Auffallend ist dabei jedoch, dass dies unter den schwer rückfälligen Patienten (>80 Trinkmonate) 78,6% waren, dagegen nur 7,1% der Patienten mit langfristiger Abstinenz. Alle schwer rückfälligen Patienten waren bereits nach 2 Jahren rückfällig.

In einer Metaanalyse kommt Süß (1995) zu dem Ergebnis, dass zur Bewertung einer Therapie ein Katamnesezeitraum von einem Jahr geeignet sei, da sich die Besserungs- und Abstinenzraten dann bereits stabilisierten. Bezüglich des Vergleiches der „extremen“ Verläufe kann diese Annahme durch unsere Ergebnisse weitgehend unterstützt werden. Auch bei Öjehagen et al. (1994) hatten 80% der Patienten, die nach 2 Jahren einen guten Verlauf zeigten, nach 6 Jahren einen ähnlichen Verlauf. Bei Mann et al. (2005) waren die Raten der Abstinenten und der nicht gebesserten Patienten über einen Zeitraum von 16 Jahren relativ konstant.

Es wäre interessant, zu erfahren, ob sich ein Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt und der Schwere eines Rückfalls zeigt. Auffallend ist der höhere Anteil der Rückfälle im ersten Jahr nach der Entlassung bei den schwer rückfälligen gegenüber den langfristig abstinenten Patienten. Dagegen hatte die Patientin, die erst im 10. Jahr nach der Therapie rückfällig wurde, zwei Rückfälle von wenigen Wochen. Da die Dauer jedes einzelnen Rückfalls nicht standardisiert erfasst wurde, kann diese Frage jedoch nicht geklärt werden.

De Soto et al. (1985) fanden bei abstinenten Alkoholikern eine über einige Jahre allmählich zunehmende multidimensionale Verbesserung. In unserer Stichprobe verbesserten sich neben dem Trinkverhalten auch die allgemeine gesundheitliche Situation und die Depressivität in der Gruppe aller Befragten. Die soziale Integration war insgesamt relativ stabil – bei 64,5% der befragten

Patienten war die soziale Integration anhand der Skala (vgl. Kapitel 2.5.1) zu beiden Erhebungszeitpunkten gleich –, jedoch war die diesbezügliche Entwicklung bei den schwer rückfälligen Patienten deutlich schlechter: verschlechtert hatte sich die soziale Integration bei 42,9% der schwer Rückfälligen, aber nur bei 12,5% der Patienten mit einem guten Verlauf; stabil war sie dagegen bei 71,4% der langfristig abstinenten und nur 35,7% der schwer rückfälligen Patienten. In einigen früheren Studien fanden sich ebenfalls Zusammenhänge zwischen der Rückfälligkeit und der Entwicklung der sozialen Situation bzw. Integration (Zywiak et al. 2002, Längle & Schied 1990, Vaillant et al. 1983, Gerteis 2002).

Schon Wieser & Kunad (1965) beschrieben den Zerfall der sozialen Beziehungen bei chronischen Alkoholikern, wobei in ihrer Studie zunächst anspruchsvollere Beziehungen, wie etwa die zum Ehepartner, oberflächlicher wurden und dann eine äußerliche Desintegration hinzukam. Diese Beobachtung steht im Einklang mit unserem Ergebnis, dass die Partnersituation zum Katamnesezeitpunkt bei den schwer rückfälligen Patienten deutlich schlechter war. Diese Ergebnisse erlauben jedoch keine Rückschlüsse darauf, ob diese Entwicklung eine Ursache oder eine Folge der Rückfälligkeit ist. So besagt die „Feedback-Hypothese“, dass ein stärkerer Alkoholkonsum zu weniger Kontakt mit der Familie und den Freunden führt (Peirce et al. 2000); umgekehrt fanden aber Temple et al. (1991) einen Anstieg des Konsums nach Trennungen. Während Wieser & Kunad (1965) den Rückzug des alkoholkranken Patienten aus der Beziehung beschreiben, untersuchten Hansson et al. (2004) die Ehefrauen von Alkoholikern und fanden u.a. eine erhöhte Prävalenz an psychischen Störungen sowie Störungen in der Kommunikation, wobei die Scheidungsrate nach 2 Jahren bei den Frauen, die am Studienbeginn psychische Symptome hatten, höher war. Die Partnersituation ist also nicht nur als Folge des Alkoholismus anzusehen (auch wenn offen ist, inwiefern eventuelle psychische Symptome bei den Ehepartnern durch den Alkoholismus verursacht oder begünstigt sind – oder umgekehrt). Auch in dieser Studie zeigte sich ein positiverer Verlauf des Trinkverhaltens der alkoholkranken Männer, wenn es nicht zur Scheidung kam. Dass die Partnersituation keine

prognostische Bedeutung hatte, könnte jedoch auf die ursächliche Bedeutung der Rückfälligkeit hindeuten, was aber nicht geklärt werden kann, da der zeitliche Zusammenhang der Rückfälle und der Veränderungen in der Partnersituation nicht erfasst wurde. Dies wäre in weiteren Studien wünschenswert.

Ähnlich den Ergebnissen früherer Studien (Bächle 2003, Schäfer 1996) hatten auch bei uns abstinente Patienten eine bessere berufliche Weiterentwicklung. Dass sowohl der Verlust der Erwerbstätigkeit als auch eine neue Arbeitslosigkeit bei den schwer rückfälligen Patienten häufiger war und ihre derzeitige Tätigkeit häufiger unter dem Ausbildungsniveau lag, könnte einerseits die „Drift-Hypothese“ bestätigen, die davon ausgeht, dass der Alkoholismus zu zunehmendem sozialen Abstieg führt, andererseits konnte in früheren Studien auch gezeigt werden, dass sich bei Arbeitslosen häufiger als bei Erwerbstätigen der Alkoholkonsum – insbesondere mit pathologischem Konsumverhalten – verstärkte (Henkel 1992), und ökonomische Probleme führten zu stärkerem Konsum (Peirce et al. 1996). Arbeitslosigkeit war bei unseren Patienten jedoch kein Prognosefaktor für Rückfälle.

Die Verbesserung der gesundheitlichen Situation, insbesondere in Bezug auf Alkoholfolgekrankheiten, steht im Einklang mit der Beobachtung von Kane et al. (2004), dass nach einer Therapie die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe abnimmt. Wie bei Bächle (2003) unterschieden sich die abstinenten aber deutlich von den schwer rückfälligen Patienten. Entsprechend den häufigeren Komplikationen, Folgekrankheiten und dem Alkoholkonsum nahmen Letztere zum Katamnesezeitpunkt auch mehr Hilfe vom Suchthilfesystem in Anspruch und waren weniger zufrieden mit dem körperlichen Zustand. Dagegen konnte in Bezug auf die Depressivität im Gegensatz zu zahlreichen Studien (Bottlender & Soyka 2005a, Perreira & Sloan 2002, Driessen et al. 2001, Hodgins et al. 1999 u.a.), bei denen die Rückfälligkeit positiv mit der Depressivität korrelierte, kein Zusammenhang zur Rückfälligkeit gefunden werden. Die allgemeine Besserung der Depressivität steht aber im Einklang mit Shaw et al. (1997) bei deren

Patienten sich die psychopathologische Situation kontinuierlich im Langzeitverlauf besserte.

4.3.4 Prognosefaktoren

Bezüglich der **Mortalität** konnten einige Prognosefaktoren gefunden werden. Am deutlichsten war der Zusammenhang zwischen einer familiären Belastung mit Alkoholabhängigkeit und einer höheren Wahrscheinlichkeit zu überleben. Auch wenn in unserer Studie eine familiäre Belastung ebenfalls ein Prognosefaktor für dauerhafte Abstinenz war, ist dieses Ergebnis erstaunlich, da in der Literatur bei familiärem Alkoholismus meist von einem schlechteren Verlauf ausgegangen wird. So beschrieben Babor et al. (1992) in ihrer Typologie eine schlechtere Prognose für Typ B-Alkoholiker. Nimmt man diese Typologie zu Hilfe, so fallen auch Widersprüche mit weiteren Ergebnissen unserer Studie auf: sowohl eine schwerere Abhängigkeit als auch mehr bzw. schwerere Folgeerkrankungen – nach Babor et al. beide Merkmale der Typ B-Alkoholiker – erhöhten die Mortalität. Jedoch hatten bei unseren Patienten weder der Beginn der Abhängigkeit, der bei Typ B-Alkoholikern laut Babor et al. früher liegt, noch die psychosoziale Funktion (anhand der GAF-Skala) einen Einfluss auf die Mortalität. Die Tatsache, dass eine längere Abhängigkeitsdauer in unserer Studie eine höhere Mortalität prädizierte (s.u.) könnte darauf hinweisen, dass sich Alkoholranke mit familiärer Belastung früher in eine Behandlung begeben, da die Krankheit eventuell eher als solche erkannt wird. Diese Hypothese wird von den Ergebnissen einer großen Studie an psychiatrisch kranken Menschen gestützt (Mojtabai et al. 2002). In dieser Studie sahen die Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen bei den Eltern häufiger als die Übrigen die Notwendigkeit professioneller Hilfe für sich selbst. Jedoch hatte die Familienanamnese keinen Zusammenhang mit dem Schritt, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Die erhöhte Mortalität unter den Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt an Folgeerkrankungen litten, und insbesondere der Zusammenhang zwischen

einer Leberzirrhose und der Mortalität, stimmen mit mehreren 10-Jahres-Katamnesen überein (Lewis et al. 1995a und 1995b, Montero Pérez-Barquero et al. 2001, Finney & Moos 1992, Powell et al. 1998). Sie sind im Einklang mit der Beobachtung, dass eine Leberzirrhose in unserer Studie, ähnlich wie in früheren Studien (Montero Pérez-Barquero et al. 2001, Finney & Moos 1992), neben Suizid die häufigste Todesursache war. Wie in einer Studie von Conigrave et al. (1995) stieg die Mortalität auch mit zunehmender Höhe der γ GT.

Die Beobachtung, dass pro Woche stationärer Behandlung (außer Alkoholentzug oder -entwöhnung) die Mortalität um 40% stieg, lässt vermuten, dass zumindest ein Teil der stationären Behandlungen aufgrund von Alkoholfolgeerkrankungen notwendig wurde. Auch in anderen Studien prädizierten mehr Krankenhausaufenthalte eine höhere Mortalität (Shaw et al. 1997, Moos et al. 1994). Bei Liskow et al. (2000) führte ein schlechterer Gesundheitszustand zu erhöhter Mortalität.

Die Beobachtung von Smith et al. (1983), dass die Intensität des Alkoholismus ein wesentlicher Prognosefaktor für die Mortalität sei, konnte in unserer Studie bestätigt werden. So stieg die Mortalität pro zusätzlichen Punkt auf dem MALT um 6%. Die erhöhte Mortalität mit zunehmender Trinkmenge, sowohl im letzten Jahr als auch in den 5 Jahren vor der Aufnahme, stimmt mit der Studie von Finney & Moos (1992) überein, die ebenfalls eine größere Trinkmenge als Prognosefaktor für Mortalität fanden. Bei Powell et al. (1998) sagten mehr Trinktage eine höhere Mortalität voraus. Dass die verstorbenen Patienten unserer Studie sowohl mehr Alkohol konsumiert als auch mehr Folgeerkrankungen gehabt haben, spricht für einen direkten Zusammenhang zwischen den beiden Merkmalen.

Entzugskrampfanfälle und Behandlungen mit Clomethiazol können als weitere Merkmale einer schwereren Abhängigkeit angesehen werden. Auch diese erwiesen sich in unserer Studie als Prognosefaktoren für Mortalität, was mit dem Ergebnis von Shaw et al. (1997) übereinstimmt, bei denen die

verstorbenen Patienten bei der Aufnahme mehr physische und psychische Komplikationen hatten.

Dagegen haben in unserer Studie alle Patienten mit Entzugsdelirien in der Vorgeschichte überlebt. Dies überrascht, da das Delirium tremens die oberste Stufe des Alkoholentzugssyndroms darstellt (Wetterling 1994) und so eher ein schwererer Verlauf erwartet werden könnte. Auch die Äußerungen einzelner interviewter Patienten, die Erfahrung eines Deliriums habe sie anhaltend zur Abstinenz bewogen, können dieses Ergebnis nicht erklären, da sich in Bezug auf langfristige Abstinenz kein Zusammenhang mit anamnestischen Delirien zeigte. Bei Lewis et al. (1995b) und Smith et al. (1994) sagten Delirien eine höhere Mortalität voraus. Dagegen hatten bei Nordström & Berglund (1986) Patienten mit Delirium tremens einen besseren Verlauf; jedoch weisen die Autoren darauf hin, dass diese Patienten weniger soziale Komplikationen und eine geringer ausgeprägte Psychopathologie hatten, sodass der jeweilige Einfluss nicht eindeutig zugeordnet werden kann.

Im Gegensatz zur Einteilung der Abhängigkeitsschwere anhand des GABS, wo kein Zusammenhang mit der Mortalität bestand, war die Mortalität bei den auf dem CGI als schwer oder extrem schwer suchtkrank eingestuften Patienten doppelt so hoch wie bei den weniger schwer Suchtkranken. Dies unterstützt die obigen Ergebnisse und steht im Einklang mit Studien von Shaw et al. (1997) und Powell et al. (1998). Auch bei Marshall et al. (1994) war die Mortalität unter den schwerer Abhängigen höher, wenn auch nicht signifikant. Powell et al. (1998) stellen zur Erklärung die plausible Überlegung auf, dass chronische Alkoholiker ihren somatischen Problemen weniger Beachtung schenken und deshalb eher an diesen versterben.

Eine erhöhte Mortalität bei längerer Dauer der Abhängigkeit fanden mehrere Studien (Lewis et al. 1995a, Montero Pérez-Barquero et al. 2001, Smith et al. 1994). Auch in unserer Patientenstichprobe stieg die Mortalität bei doppelter Abhängigkeitsdauer um 30%. Dies könnte damit erklärt werden, dass mit zunehmender Dauer der Abhängigkeit durch die chronische Schädigung auch zunehmend körperliche Folgen zu erwarten sind. Auch bei Monras et al. (2005)

hatten Patienten, die spät eine Behandlung begannen, einen schlechteren Verlauf in Bezug auf körperliche Folgen.

Keine prognostische Bedeutung hatte dagegen – im Widerspruch zu mehreren Arbeiten (Smith et al. 1983, Liskow et al. 2000 u.a.) – das Alter bei Beginn der Abhängigkeit.

Ähnlich wie in einigen anderen Studien hatte auch in unserer Studie die soziale Integration eine prognostische Bedeutung für die Mortalität: die anhand der Skala zur Erfassung der sozialen Integration (vgl. Kapitel 2.5.1) als schlecht sozial integriert eingestuften Patienten hatten eine 9mal so hohe Mortalität wie die besser sozial integrierten. Shaw et al. (1997) fanden eine höhere Mortalität bei sozial instabileren Patienten, bei Finney & Moos (1992) war die Mortalität unter Patienten, die weniger vertraute Personen hatten, erhöht, und bei Liskow et al. (2000) und Powell et al. (1998) starben – im Gegensatz zu unserer Studie – die Patienten mit einer eingeschränkten psychosozialen Funktion (auf der GAF-Skala) früher. Es besteht allgemeiner Konsens darüber, dass der Mangel an sozialer Unterstützung ein Risikofaktor auch für die Mortalität ist (Mann et al. 2004). Der Zusammenhang zwischen der Partnersituation, den einige Studien fanden (Montero Pérez-Barquero et al. 2001, Lewis et al. 1995a und 1995b, Moos et al. 1994), konnte einzeln betrachtet jedoch nicht bestätigt werden, auch wenn die Partnersituation in die Einschätzung der sozialen Integration mit einfließt. Neben dem Aspekt der sozialen Unterstützung kann eine schlechte soziale Integration ein Hinweis auf eine schwerere Alkoholkrankheit sein. So hatten z.B. bei Gerteis (2002) die rückfälligen Frauen ein signifikant kleineres soziales Netzwerk als die abstinenten. Es muss einschränkend jedoch noch einmal betont werden, dass es sich bei der Skala um ein neu entworfenes, ungeprüftes Instrument handelt.

Ein weiteres Ergebnis, das die Beobachtungen mehrerer Studien bestätigt, ist die Depressivität (anhand des BDI) als positiver Prognosefaktor für das Überleben. Auch bei Rounsaville et al. (1987), Smith et al. (1994) und Lewis et al. (1995b) hatten die depressiven Patienten eine höhere Überlebenschance.

Lewis et al. erklären dies damit, dass depressive Patienten häufig stärker an das therapeutische Netz angebunden sind. Auch Fehr (2001) beschreibt, dass depressive Patientinnen länger und häufiger in Behandlung bleiben, und in einer 2-Jahres-Katamnese von Kelly et al. (2003) nahmen alkoholranke Patienten mit einer komorbiden Major Depression mehr professionelle Hilfe in Anspruch als die nur Alkoholkranken. Auf die Rückfälligkeit hatte die Depressivität bei unseren Patienten jedoch keinen signifikanten Einfluss, so dass das Ergebnis nicht über das Trinkverhalten erklärt werden kann. Nimmt man auf die Hypothese von Powell et al. (1998) Bezug, dass die chronischen Alkoholiker ihre körperlichen Probleme weniger wahrnehmen und deshalb eher an ihnen versterben, so könnte umgekehrt vermutet werden, dass sich depressive Patienten frühzeitiger als andere in eine entsprechende Behandlung begeben, da sie sensibler für ihre körperlichen Probleme sind, wodurch die Mortalität sinkt. Auch ist eine frühzeitige Reaktion auf körperliche Probleme bei kontinuierlichem Arztkontakt wahrscheinlicher. Bezüglich der Bedeutung der sozialen Unterstützung vermuten Mann et al. (2004), dass depressive Patienten mehr soziale Unterstützung erhalten als nicht depressive Alkoholiker. Demgegenüber verweisen Berglund & Öjehagen (1998) in ihrer Metaanalyse auf Studien, in denen die alkoholkranken Patienten mit zusätzlichen Depressionen weniger soziale Unterstützung erhielten.

Zur Erklärung der Beobachtung, dass alle Patienten unserer Stichprobe, die Benzodiazepine eingenommen haben, bei der Katamnese noch am Leben waren, könnte ebenfalls mit der Anbindung an das therapeutische System argumentiert werden.

Entgegen der Erwartung, dass Alkoholismus in Kombination mit einer Nikotinabhängigkeit die Sterblichkeit deutlich erhöht, hatte eine zusätzliche Nikotinabhängigkeit keinen signifikanten Einfluss auf die Mortalität. Der Anteil der Nikotinabhängigen war unter den Überlebenden sogar eher höher als bei den Verstorbenen. Montero Pérez-Barquero et al. (2001) sehen ihr ähnliches Ergebnis als Unterstützung der Feststellung, dass der Alkoholkonsum auch

unabhängig von eventuellem Beigebrauch von Nikotin ein Mortalitätsrisiko darstellt.

Die in unserer Studie gefundenen Prognosefaktoren für **Abstinenz bzw. Rückfälle** stehen zum großen Teil im Einklang mit früheren Studien.

Die Prognoseeinschätzung des Arztes ist von besonderer Relevanz für den klinischen Alltag, da diese in die Beurteilung jedes Patienten einfließt. Sowohl für langfristige als auch für durchgehende Abstinenz war diese ein signifikanter Prognosefaktor. Bei Jülch et al. (2003) erwies sich das Therapeutenurteil in Bezug auf einen Therapieabbruch als besonders aussagekräftig. Dass in dieser Studie dagegen disziplinarische Entlassungen nicht durch die Einschätzung der Therapeuten vorhergesagt werden konnte, werteten die Autoren als Hinweis darauf, dass es sich bei dem Zusammenhang nicht um sich selbst erfüllende Prophezeiungen handelte. Widersprechende Ergebnisse wurden in der Literatur nicht gefunden. Insofern diese Ergebnisse von den an der Ausgangserhebung beteiligten Ärzten auf andere übertragen werden können (was dadurch wahrscheinlicher wird, dass im Laufe der Ausgangserhebung einige Stationsärzte beteiligt waren und das Ergebnis nicht nur auf der Einschätzung eines Einzelnen beruht), hat die Einschätzung des Arztes eine wichtige Bedeutung, obwohl sie weniger als andere Kriterien auf standardisierten Fakten beruht, sondern neben den allgemein als wichtig anerkannten Prognosefaktoren besonders auf dem persönlichen Eindruck, der in der Interaktion entsteht, und vor dem Hintergrund der täglichen klinischen Erfahrung. Es entsteht die Frage, ob vielleicht gerade solch eine Einschätzung geeignet ist, jedem einzelnen Patienten gerecht zu werden.

Die Patienten mit einer guten oder sehr guten Therapiemotivation (ebenfalls nach Einschätzung des Arztes) hatten eine 3mal so hohe Chance auf langfristige Abstinenz wie die schlechter Motivierten. Schon im Project MATCH (1998) hatten die Motivation und Veränderungsbereitschaft große prognostische Bedeutung, auch bei Staines et al (2003) hatten die besser motivierten Patienten einen besseren Verlauf. Dass in unserer Studie die

Therapiemotivation nur in Bezug auf langfristige Abstinenz vs. schwere Rückfälligkeit eine – wenn auch nicht signifikante – Bedeutung hatte, könnte damit zusammenhängen, dass auch Patienten zu den Rückfälligen gezählt wurden, die eigentlich einen sehr erfolgreichen Verlauf hatten. Diese ähneln in Bezug auf die Motivation wahrscheinlich eher den dauerhaft Abstinenten. Beim Project MATCH (1998) und Staines et al. (2003) wurden die Trinkintensität bzw. -frequenz als Verlaufskriterien benutzt, was unserem Vergleich der schwer rückfälligen mit den langfristig abstinenten Patienten entspricht. Dagegen fand Zeissler (1999), der dauerhaft Abstinente mit Rückfälligen verglich, ähnlich unserem Ergebnis bezüglich der dauerhaften Abstinenz keinen Zusammenhang zwischen der Therapiemotivation und dem späteren Trinkverhalten.

Die Beobachtung, dass der reguläre Abschluss der gesamten Therapie ein wichtiger Prädiktor für Abstinenz ist, deckt sich mit vielen früheren Studien (Bottlender & Soyka 2005b, Powell et al. 1998, Mundle et al. 2001, Haver et al. 2001 u.a.). In mehreren Studien hatten ebenfalls Patienten mit Rückfällen während der Therapie bzw. im ersten Jahr nach der Entlassung einen schlechteren Verlauf (Öjehagen et al. 1994, Weisner et al. 2003, Shaw et al. 1997). Während auch Bamford et al. (2003) auf die Bedeutung eines regulären Therapieabschlusses hinweisen, hatte ein Therapieabbruch bei Pfeiffer et al. (1987) keine Auswirkung auf das Trinkverhalten nach 6 Jahren. Dass in unserer Studie 78,6% der als schwer rückfällig eingestuften Patienten (>80 Monate Trinkzeit) ihren ersten Rückfall bereits im ersten poststationären Jahr hatten und nur bei 8,7% derjenigen, die die Therapie nicht regulär beendet haben, eine dauerhafte Abstinenz bekannt ist, spricht jedoch für einen Zusammenhang zwischen dem Trinkverhalten und dem Therapieabschluss. Auch bei Stetter & Mann (1997) ereignete sich ein Großteil der Rückfälle in den ersten poststationären Monaten. Laut Jülch et al. (2003) stimmen die Prädiktoren für einen Therapieabbruch größtenteils mit denen für den Behandlungserfolg überein.

Stationäre Entgiftungen in der Anamnese, die bei uns Rückfälligkeit prädizierten, scheinen in der Literatur ein einheitlich negativer Prognosefaktor zu sein (Wagner et al. 2004, Soyka et al. 2003, Mundle et al. 2001, Powell et al. 1998, Feuerlein & Kufner 1989).

Die familiäre Belastung mit Alkoholabhängigkeit als Prognosefaktor für dauerhafte Abstinenz in unserer Studie widerspricht dem allgemeinen Konsens. Sowohl Babor et al. (1992) als auch Yoshino & Kato (1996) fanden bei Typ-B-Alkoholikern ein schlechteres Ergebnis. Im Project MATCH (1998) hatten zwar schwerer Abhängige und Typ-B-Alkoholiker einen besseren Verlauf, jedoch unterscheiden sich unsere Patienten mit familiärer Belastung weder bezüglich des Schweregrades noch des Beginns der Abhängigkeit und anderer suchtanamnestischer Parameter von den übrigen. Vaillant et al. (1983) bewerteten die Selbstheilung des Patienten als wichtigen Einfluss auf den Verlauf, die u.a. durch das Spüren der negativen Konsequenzen des Alkohols gefördert werde. Es kann gefragt werden, ob Patienten, die z.B. bei den Eltern die Folgen des Alkohols erleben, dadurch früher als andere den Anstoß bekommen, gegen ihre eigene Krankheit zu kämpfen (vgl. Mojtabai et al. 2002) oder bereits umfangreichere Kenntnisse des Suchthilfesystems besitzen. Diese Hypothese kann jedoch nicht wie bezüglich der Mortalität durch die Dauer der Abhängigkeit unterstützt werden: diese hatte keinen Zusammenhang mit dem Trinkverhalten. In einer vergleichenden Studie von Pastor & Evans (2003) an Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit positiver bzw. negativer Familienanamnese sanken die Erwartungen an den Alkohol bei den Frauen mit familiärer Belastung, als im Verlauf Folgen des Alkohols auftraten, nicht dagegen bei den Frauen ohne familiäre Belastung.

Das Ergebnis, dass die schwerere psychosoziale Beeinträchtigung ein Prognosefaktor für Rückfälligkeit ist, steht mit mehreren Studien im Einklang. Bei Rounsaville et al. (1987) sowie bei Jin et al. (1998) sagte eine ausgeprägtere Psychopathologie einen schlechteren Verlauf voraus, und bei Burtscheidt et al. (2002) hatten Patienten mit kognitiven Schäden einen

schlechteren Verlauf. Auch bei Finney & Moos (1992) wirkten sich soziale Ressourcen und aktive Copingstrategien positiv auf den allgemeinen Verlauf aus. Dagegen hatten im Project MATCH (1998) Patienten mit einer schlechteren psychosozialen Funktion ein besseres Outcome. Da in die Beurteilung auf der GAF-Skala Faktoren des sozialen Beziehungsgefüges des Patienten einfließen, kann das Ergebnis auf eine positive Bedeutung der sozialen Unterstützung für das Trinkverhalten im Langzeitverlauf hindeuten, auch wenn in unserer Studie verschiedene Aspekte der sozialen Integration keine prognostische Bedeutung hatten. Dass die Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus prognostisch bedeutsam war, nicht dagegen anhand der soziodemographischen Daten erhobene Merkmale der sozialen Integration, steht im Einklang mit der Metaanalyse von Beattie (2001), wo Qualitäts- und Funktionseigenschaften des sozialen Netzes einen stärkeren Einfluss auf den Verlauf hatten als strukturelle Aspekte. Auf die Bedeutung der sozialen Unterstützung und des sozialen Netzwerks für den Verlauf des Trinkverhaltens haben weitere Studien hingewiesen (Zywiak et al. 2002, Günthner et al. 1995, Finney & Moos 1991), jedoch hatten bei Beattie & Longabaugh (1997) lediglich alkoholbezogene Faktoren des sozialen Netzes einen Einfluss.

Patienten mit Medikamentenmissbrauch hatten eine 3mal höhere Chance, dauerhaft abstinent zu sein. Dieses unerwartete Ergebnis unterstützt die Beobachtung einer positiven Auswirkung von Ersatzabhängigkeiten auf das Trinkverhalten, die mehrere Studien fanden (Öjehagen et al. 1994, Vaillant 1988, Vaillant et al. 1983). Es wurden jedoch nur im Verlauf aufgetretene Ersatzabhängigkeiten als positiv bewertet. Dagegen prädizierte bei Haver et al. (2001) der Konsum von Sedativa einen schlechteren Verlauf. Eine endgültige Erklärung muss offen bleiben.

Alkoholanamnestic Parameter wie z.B. Abstinenzperioden vor der Therapie, die in einigen Studien prognostische Bedeutung hatten (Gual et al. 1999, Llinares Pellicer et al. 2002, Zeissler 1999, Loosen et al. 1990), zeigten in

unserer Patientenstichprobe keinen Zusammenhang mit dem Verlauf, ebenso wenig die Komorbidität, was im Gegensatz zu zahlreichen Studien (Haver & Gjestad 2005, Kushner et al. 2005, Haver 2003, de Lucas-Taracena et al. 2002 u.a.) mit den Ergebnissen von Mann et al. (2004) und Ouimette et al. (1999) übereinstimmt. Eine mögliche Erklärung gibt die Feststellung von Cuadrado Callejo (1999), dass es sich bei den komorbiden Alkoholikern um eine sehr heterogene (und entsprechend schwer in ihrer Gesamtheit beurteilbare) Gruppe handelt. Auch die fehlende prognostische Bedeutung der Depressivität widerspricht zahlreichen Studien (Greenfield et al. 1998, Conner et al. 2005, Bottlender & Soyka 2005a, Kranzler et al. 1996, Davidson & Blackburn 1998 u.a.).

Ein Grund dafür, dass einige Merkmale nur in der großen Stichprobe in Bezug auf eine dauerhafte Abstinenz unterschiedlich waren, kann die kleine Stichprobengröße bei dem Vergleich der schwer Rückfälligen und der langfristig Abstinente sein.

4.3.5 Komorbidität

Die Prävalenz zusätzlicher psychiatrischer Störungen ist in der vorliegenden Studie auffallend niedrig. Nur 17,7% der Ausgangsstichprobe litten an nicht substanzbezogenen psychiatrischen Störungen. Bei Driessen et al. (2001) lag die 1-Jahres-Prävalenz allein für depressive und Angststörungen bei 30%.

Ein Grund für die niedrige Prävalenz kann die Selektion sein, die sich aus den Aufnahmekriterien des oben beschriebenen Settings ergibt. Zum Zeitpunkt der Ausgangsstudie wurden Patienten mit schwereren psychiatrischen Einschränkungen weniger aufgenommen, als dies heute der Fall ist. Kranzler & Rosenthal (2003) weisen jedoch darauf hin, dass zusätzliche psychiatrische Störungen bei alkoholkranken Menschen häufig unterdiagnostiziert und entsprechend ungenügend behandelt werden. Da zur Beurteilung der Komorbidität die klinischen Diagnosen aus den Krankenakten verwendet wurden, muss gefragt werden, ob eventuell auch einige Erkrankungen unserer

Patienten nicht erkannt wurden oder angesichts der vordringlichen Alkoholproblematik nicht ausreichend Beachtung fanden. Auffallend ist z.B., dass bei keinem Patienten eine begleitende antisoziale Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, während diese bei Kranzler & Rosenthal (2003) sowie bei Lewis et al. (1995a) als eine der häufigsten zusätzlichen Störungen angegeben wird.

In vielen Studien machen, neben den oben genannten, auch insbesondere affektive und Angststörungen den Hauptteil der zusätzlichen Störungen aus (Driessen et al. 1998, Jung 2001, Schneider et al. 2001, Cuadrado Callejo 1999, Kushner et al. 2005 u.a.).

In unserer Stichprobe litten 52,6% der komorbiden Patienten an depressiven Störungen. Bei Lewis et al. (1995a) machten Depressionen 67,2% der Erkrankungen außer der antisozialen Persönlichkeitsstörung aus. Bezogen auf die Gesamtstichprobe litten hier jedoch nur 9,3% der Patienten an depressiven Erkrankungen. Diese Prävalenzrate entspricht etwa den von Möller et al. (2001) für die Allgemeinbevölkerung angegebenen Prävalenzraten für Depressionen: hier geben die Autoren eine Punktprävalenz von 5-10% an. In klinischen Studien an alkoholabhängigen Patienten in Behandlung ist die Prävalenz meist deutlich höher. So geben Schneider et al. (2001) als 6-Monats-Prävalenz für affektive Störungen 24,3% an, bei Hodgins et al. (1999) waren 23% der Patienten depressiv. Auch bei Jung (2001) lag die 12-Monats-Prävalenz für affektive Störungen bei 16,95%.

Während in mehreren Studien Angststörungen am häufigsten waren (Schneider et al. 2001, Jung 2001), hatten nur 3,7% unserer Patienten bzw. 21,1% der komorbiden Patienten Angststörungen – ebenso viele wie diejenigen, die an einer Persönlichkeitsstörung litten. Die Prävalenz beider Störungsklassen liegt deutlich unter derjenigen in der Allgemeinbevölkerung: Möller et al. (2001) geben eine Punktprävalenz von 7% für Angststörungen und 5-18% für Persönlichkeitsstörungen an.

Mit 0,5% (2,6% der Komorbiden) war eine posttraumatische Belastungsstörung deutlich seltener als bei Schneider et al. (2001), wo 6,1% der Patienten an

dieser Störung litten. Die ebenso hohe Prävalenz für eine Anorexia nervosa entspricht etwa der von Meyer et al. (2000) in der TACOS-Studie an der Allgemeinbevölkerung gefundenen Lebenszeitprävalenz von 0,7%.

King et al. (2003) beschreiben deutlich mehr Depressionen, Angststörungen und Neurotizismus bei alkoholabhängigen Frauen gegenüber Männern. Diese Geschlechterunterschiede wurden – auch angesichts der ohnehin schon kleinen Teilstichprobe – nicht berücksichtigt, können aber die niedrige Prävalenz in unserer Stichprobe beeinflussen.

In vielen Studien wird zwischen primären und sekundären zusätzlichen Störungen unterschieden. Meist wird diese Unterscheidung anhand der zeitlichen Reihenfolge des Auftretens vorgenommen. Jedoch ist ein ursächlicher Zusammenhang meist nur schwer zu beurteilen, weshalb Gouzoulis-Mayfrank (2004) ein integratives Modell für die Entstehung zusätzlicher Störungen vorschlägt (hier bezüglich begleitender Schizophrenie ausgearbeitet, jedoch im Grunde auch auf andere Störungen übertragbar). Entsprechend den Modellen der sekundären Suchtentwicklung (Selbstmedikationshypothese oder Affektregulationsmodell) kann der Alkoholabusus als ungünstiger Copingversuch bei beginnender Symptomatik einer Erkrankung verstanden werden. Ebenso begünstigt aber auch der Alkoholismus die Manifestation verschiedener psychiatrischer Erkrankungen. So fanden auch Kushner et al. (1999) in einer prospektiven Studie eine reziproke kausale Beziehung zwischen Angststörungen und Alkoholismus. Schneider et al. (2001) kommen zu dem Schluss, dass die Therapie weder nur auf den Alkoholismus noch ausschließlich auf eine zugrundeliegende Störung (in dem Fall die posttraumatische Belastungsstörung) eingehen sollte, sondern stets beide Krankheiten behandelt werden müssen, da sich der Alkoholismus auch dann, wenn er sekundär aufgetreten ist, nach seinen eigenen Gesetzmäßigkeiten entwickelt.

Die Frage, welche der Erkrankungen als primär und welche als sekundär anzusehen ist, kann anhand der vorliegenden Daten nicht geklärt werden, da der zeitliche Zusammenhang des Auftretens nicht erhoben wurde. Es wurde

vielmehr die Bedeutung der Komorbidität für den Langzeitverlauf nach der Entwöhnungstherapie beobachtet. Diese wird in der Literatur sehr heterogen beurteilt. Immer wieder wurde auf die Unterschiede der verschiedenen psychiatrischen Störungen (Cuadrado Callejo 1999, Schneider et al. 2001, Driessen et al. 2001) sowie auf den unterschiedlichen Verlauf bei primären und sekundären begleitenden Erkrankungen hingewiesen (Pettinati et al. 1997, Preuss et al. 2002 u.a.). Insgesamt fanden sich in der vorliegenden Studie wenige Unterschiede zwischen den Patienten mit und ohne psychiatrische Begleiterkrankungen.

Ein einzelner Unterschied zwischen den komorbiden und nicht komorbiden Patienten zeigte sich in Bezug auf die Besserung des Trinkverhaltens. Im Vergleich der Abstinenzwochen im Jahr vor der jeweiligen Befragung hatten 100% der komorbiden Patienten bei der Katamnese mehr Abstinenzwochen, während es bei den übrigen nur 78,7% waren. Auch bei Kranzler et al. (1996) hatten depressive Patienten nach 2 Jahren weniger Trinkintensität, und bei Rounsaville et al. (1987) hatten die Frauen mit Depressionen die besten Verläufe. Bei Mann et al. (2004) hatten dagegen nur die komorbiden Frauen weniger Rückfälle; bei den Männern zeigte sich kein Unterschied. In einer Metaanalyse von Schadé et al. (2003) fand sich kein sicherer Hinweis auf eine negative Beeinflussung des Verlaufs durch eine begleitende Angststörung. Bezüglich der Rückfälle konnte jedoch auch in unserer Studie kein signifikanter Unterschied zwischen den komorbiden und nicht komorbiden Patienten gefunden werden. Ein Grund dafür könnte die Heterogenität der Gruppe der komorbiden Patienten sein.

Ähnlich wie bei Ouimette et al. (1999) fand sich auch bei unseren Patienten kein signifikanter Unterschied bezüglich der Anzahl der Trinkmonate im Katamnesezeitraum.

Dass die komorbiden Patienten bei der Aufnahme eine 1,6mal höhere Wahrscheinlichkeit auf Abstinenzperioden in den beiden vorausgegangenen Jahren hatten als die Patienten ohne zusätzliche Störungen, könnte als Ausdruck einer weniger schweren Abhängigkeit verstanden werden. Jedoch

widerspricht dies der Tatsache, dass sich beide Patientengruppen auf der CGI-Skala nicht signifikant unterschieden, auch wenn eine schwere oder sehr schwere Abhängigkeit bei den Patienten ohne begleitende Störungen häufiger war. Thomas et al. (1999) fanden umgekehrt in einer Studie an jeweils 397 Patienten mit und ohne begleitende soziale Phobie keine Unterschiede bezüglich des Konsums und der Abstinenztage, trotzdem aber ausgeprägtere Abhängigkeitszeichen bei den komorbiden Patienten. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass die Entzugssymptome zum Teil den Symptomen der Angsterkrankung entsprechen. Dies könnte der Grund für unser abweichendes Ergebnis sein, da bei uns nur 21,1% der komorbiden Patienten an Angststörungen litten und so die Schweregradeinteilung der Suchterkrankung vielleicht eher die tatsächliche Suchtsymptomatik beschreibt.

Während Currie et al. (2001) für depressive Alkoholiker eine stärkere Gefährdung zu rauchen fanden, hatten die komorbiden Patienten unserer Stichprobe eine 2,5mal höhere Chance als die Übrigen, bei der Katamnese Nichtraucher zu sein oder maximal 5 Zigaretten am Tag zu rauchen.

Erstaunlich ist die Tatsache, dass die Patienten, die nicht an einer zusätzlichen Störung litten, ein 2,5mal so hohes Risiko auf familiäre Belastung mit Alkoholismus hatten wie die Komorbiden. Dies widerspricht sowohl der Studie von Driessen et al. (1998), wo Typ-B-Alkoholiker häufiger an zusätzlichen psychiatrischen Störungen litten, als auch mehreren Studien, die erwachsene Kinder von Alkoholikern mit nicht familiär belasteten Probanden verglichen haben. Bei Harter (2000) hatten die Alkoholikerkinder deutlich mehr Angststörungen und depressive Symptome (was im Übrigen auch mit unseren Ergebnissen bezüglich der depressiven Patienten übereinstimmt). Eine mögliche Erklärung bietet die Beobachtung von Hall & Webster (2002), dass Alkoholikerkinder noch im Erwachsenenalter weniger effektive Strategien zum Stressmanagement aufweisen als Personen, die in der Kindheit andere oder keine Traumata erlitten haben. Ähnliche Ergebnisse berichten auch Sher et al. (2005a), Kelley et al. (2005) und Griffin et al. (2005).

Der Anteil der Patienten, die bei der Aufnahme angaben, keine Partnerschaften gehabt zu haben, war bei den Komorbiden deutlich höher als bei den Patienten, die an keiner begleitenden Störung litten. Dies stimmt mit der Studie von Schadé et al. (2004) überein, in der die an Angststörungen leidenden Alkoholiker ebenfalls häufiger keinen Partner hatten als die reinen Alkoholiker. Meyer et al. (2000) fanden eine niedrigere Morbidität psychiatrischer Störungen in der verheirateten Bevölkerung. Auch wenn dieser Unterschied in der Katamnese aufgehoben war, fällt bezüglich des Familienstandes auf, dass sich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten bei den komorbiden Patienten der Anteil der Geschiedenen mehr als verdoppelt hat (von 16,6% auf 44,4%), während er bei den nicht komorbiden Patienten konstant blieb (20%). Die Tatsache, dass die komorbiden Patienten bezüglich des Alkohols nicht stärker beeinträchtigt waren als die übrigen Patienten, könnte ein Hinweis darauf sein, dass die zusätzlichen Störungen einen stärkeren Einfluss auf die Partnersituation haben als die Alkoholabhängigkeit. Jedoch zeigte sich bei der Katamnese auch ein deutlich größerer Anteil ohne Partnerschaften lebender Patienten unter den schwer Rückfälligen.

Auf die Erwerbstätigkeit hatte die Komorbidität entgegen früheren Studien (Schadé et al. 2004, Ouimette et al. 1999) keinen signifikanten Einfluss, sodass nicht von einer allgemeinen psychosozialen Beeinträchtigung durch die Komorbidität ausgegangen werden muss.

Ein auch nach der Adjustierung signifikanter Unterschied im Langzeitverlauf der Patienten mit und ohne begleitenden psychiatrischen Störungen konnte also entgegen den sehr unterschiedlichen Ergebnissen zahlreicher früherer Studien nicht gefunden werden.

4.3.6 Depressivität

Sehr auffallend ist das Ergebnis, dass sich die Patienten, die auf dem BDI eine relevante oder schwere depressive Symptomatik zeigten, bezüglich der

psychiatrischen Diagnosen nicht von den weniger depressiven Patienten unterschieden. Während unter den Patienten, die zu beiden Erhebungszeitpunkten das BDI bearbeitet haben, nur bei einem der depressiven Patienten auch klinisch eine depressive Störung diagnostiziert wurde, zeigten 4 weitere Patienten mit der klinischen Diagnose einer depressiven Störung auf dem BDI nur leichte depressive Symptome.

Ähnlich fanden auch Huertas et al. (1999) eine hohe Prävalenz depressiver Symptome, obwohl die meisten Patienten keine standardisierten Diagnosekriterien für affektive Störungen erfüllten. Allerdings gingen Huertas et al. (1999) schon bei mehr als 9 Punkten von erhöhten BDI-Werten aus, während in der vorliegenden Studie entsprechend den Angaben von Hautzinger et al. (1996) erst ab 18 Punkten von einer „mäßigen, aber relevanten“ depressiven Symptomatik ausgegangen wurde.

Mann et al. (1996b) fanden unabhängig von psychiatrischen Diagnosen eine depressiv-ängstliche Grundstimmung bei vielen Alkoholabhängigen. Ebenso ist der Alkoholentzug eine Risikoperiode für Depressionen (Driessen et al. 2001), was zu falsch positiven Ergebnissen führen kann. Fehr (2001) wies darauf hin, dass die auf dem BDI erhobenen Symptome nicht spezifisch für Depressionen sind und so die Depressivität überschätzt werden kann.

Im Widerspruch zu unserem Ergebnis hatten in mehreren Studien die komorbiden Patienten eine deutlich ausgeprägtere depressive Symptomatik als die nicht komorbiden Patienten (Jung 2001, Thomas et al. 1999, Schadé et al. 2004).

Insgesamt hat sich die depressive Symptomatik deutlich gebessert. Doch zeigte sich hier ein signifikanter Unterschied, indem sich die Depressivität bei 95% der früher depressiven Patienten verbessert hat, dagegen nur bei 57,3% der früher weniger depressiven. Während sich bei Czisch et al. (1995) und Jung (2001) die depressiven Symptome schon innerhalb der sechswöchigen stationären Therapie zurückbildeten, beobachteten Kelly et al. (2003) noch nach 2 Jahren weiterhin depressive Symptome, und bei Finney & Moos (1992) waren die bei

der Aufnahme depressiven Patienten meist nach 10 Jahren weiterhin depressiv. In mehreren Studien nahmen die psychopathologischen Symptome (Depressivität und Angst) spontan mit längerer Abstinenz ab (Wetterling & Junghanns 2000). Dies steht im Einklang mit dem Ergebnis, dass sich nicht nur die Depressivität, sondern auch das Trinkverhalten im Langzeitverlauf verbessert hat, jedoch widerspricht der fehlende Unterschied bezüglich der Depressivität im Vergleich der rückfälligen und abstinenten Patienten einem möglichen Zusammenhang.

Entgegen den Ergebnissen bezüglich der komorbiden Patienten, deren Abhängigkeit bei der Aufnahme eher weniger stark ausgeprägt war, hatten die depressiven Patienten gegenüber den weniger depressiven deutlich weniger Abstinenzperioden und höhere Summenwerte auf dem MALT. Während nur 40% der Depressiven überhaupt Abstinenzperioden hatten, waren es bei den übrigen Patienten 75,7%. Bei Pettinati et al. (1997) waren die depressiven Männer schwerer abhängig, bei den Frauen bestand hingegen kein Unterschied.

Die depressiven Patienten hatten ein 3mal so hohes Risiko für familiäre Belastung mit Alkoholismus als die weniger depressiven Patienten. Babor et al. (1992) beschreiben sowohl eine schwerere Abhängigkeit als auch mehr psychopathologische Störungen bei familiären Typ-B-Alkoholikern. Dies könnte auf eine primäre Alkoholkrankheit und sekundäre Depressivität hinweisen, da auch genetische Faktoren bei der Entstehung der Alkoholabhängigkeit zu berücksichtigen sind (Hasin et al. 2005, Feuerlein et al. 1998, Schuckit 1996) und Patienten mit familiärer Vorbelastung häufig früher eine Abhängigkeit entwickeln (Babor et al. 1992). Unterstützt wird dies durch die Beobachtung, dass sich die depressiven Patienten unserer Stichprobe bezüglich einer familiären Belastung mit anderen psychiatrischen Erkrankungen nicht von den Übrigen unterscheiden. Dagegen sind die Kinder von Alkoholikern auch prädisponiert für depressive Symptome (Harter 2000) sowie für geringer effektive Copingstrategien (Hall & Webster 2002, Kelley et al. 2005), nicht nur

infolge einer Alkoholabhängigkeit. Kahler et al. (2002) beobachteten bei primär depressiven Alkoholikerinnen ein Copingdefizit gegenüber Patientinnen mit alkoholinduzierten bzw. ohne Depressionen, was sie als eine Ursache für die Entstehung der Depression ansehen. Sher (2004) beschreibt dagegen eine größere Anfälligkeit primär depressiver Menschen für die Alkoholabhängigkeit.

Bezüglich der Entwicklung des Trinkverhaltens im Verlauf der 10 Jahre unterschieden sich die depressiven Patienten nicht signifikant von den weniger depressiven Patienten. Dies steht im Einklang mit zahlreichen Studien (Kelly et al. 2003, Cuadrado Callejo 1999, Jin et al. 1998, Davidson & Blackburn 1998, Driessen et al. 1998). Während in der Studie von Greenfield et al. (1998) eine aktuelle Major Depression mit einer kürzeren Zeitspanne bis zu einem Rückfall verbunden war, hatte das BDI keine prognostische Bedeutung. Dagegen hatten bei Soyka et al. (2003) sowie bei Bottlender & Soyka (2005a) Patienten mit höheren Summenwerten auf dem BDI ein höheres Rückfallrisiko. Ähnlich hatten in mehreren Studien depressive Patienten einen schlechteren Verlauf des Trinkverhaltens (Driessen et al. 2001, Haver 2003, Hodgins et al. 1999), in anderen wiederum hatten depressive Patienten weniger Rückfälle (Huertas et al. 1999, Kranzler et al. 1996, Westermeyer & Neider 1984). Um die Widersprüchlichkeit der Studienlage zu klären sind sicher noch einige Studien notwendig, die speziell diese Problematik bearbeiten.

Ähnlich dem Ergebnis bezüglich der komorbiden Patienten haben die depressiven Patienten sowohl bei der Aufnahme als auch zum Katamnesezeitpunkt weniger geraucht als die weniger depressiven. Dies widerspricht den Ergebnissen von Currie et al. (2001).

Die soziale Situation unterschied sich in einigen Aspekten sehr deutlich zwischen den depressiven und den weniger depressiven Patienten.

So waren die bei der Aufnahme depressiven Patienten bei der Katamnese deutlich häufiger arbeitslos, und die weniger depressiven Patienten hatten eine 2,5mal so hohe Chance, erwerbstätig zu sein. Auch bei Ouimette et al. (1999)

waren die komorbiden Patienten nach einem Jahr im Beschäftigungsstatus beeinträchtigt, und bei Hodgins et al. (1999) waren im Verlauf über 3 Jahre komorbide Depressionen mit psychosozialer Instabilität assoziiert.

Zwar fanden sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Partnersituation, doch hatten die depressiven Patienten ein 2,4mal höheres Risiko, bei der Katamnese alleine zu leben. Berglund & Öjehagen (1998) weisen darauf hin, dass in einigen Studien depressive alkoholranke Patienten weniger soziale Unterstützung bekommen. Daneben könnte auch die Neigung depressiver Patienten zu sozialem Rückzug eine Erklärung sein.

Thase et al. (2001) beschreiben ein hohes Risiko für einen schlechten Verlauf in der häuslichen wie der Arbeitssituation sowohl für den Alkoholismus als auch für Depressionen. Dass sowohl die Depressivität als auch eine schwere Rückfälligkeit bei unseren Patienten mit einer erhöhten Arbeitslosigkeit bei der Katamnese assoziiert sind, Depressivität und Rückfälligkeit aber keinen Zusammenhang gezeigt haben, unterstützt das Ergebnis von Thase et al. (2001) und deutet auf eine unabhängige Auswirkung beider Merkmale auf die soziale Integration hin. Erstaunlich ist jedoch, dass eine frühere Depressivität ein Risiko für eine schlechtere Situation nach 10 Jahren darstellt, obwohl die Depressivität der beiden Patientengruppen zum Katamnesezeitpunkt fast identisch war. Hier wären Zwischenbefragungen interessant gewesen, um Aufschluss über den zeitlichen Zusammenhang zu bekommen.

Dass anamnestische Suizidversuche bei den nicht depressiven Patienten ebenso häufig wie bei den depressiven waren, überrascht. Bei Berglund & Öjehagen (1998) hatten die Suizidenten häufig zusätzliche depressive Störungen, und auch Sher et al. (2005b) beschreiben ein erhöhtes Suizidrisiko bei depressiven Patienten mit zusätzlichem Alkoholismus. Dagegen lagen in unserer Studie auch alle 3 Patienten, von denen ein späterer Suizid bekannt ist, sowie alle Patienten mit Suizidversuchen im Katamnesezeitraum auf dem BDI im unauffälligen Bereich. Laut Berglund & Öjehagen (1998) sind 1/5 bis 1/3 der erhöhten Sterberate alkoholabhängiger Menschen auf Suizide zurückzuführen. Unser Ergebnis unterstützt die Annahme, dass auch der Alkoholismus an sich –

unabhängig von einer begleitenden Depression – ein erhöhtes Suizidrisiko bedeutet. Zwei der Suizidenten waren rückfällig, der Dritte nahm sich im Zusammenhang mit seiner Alkoholfolgeerkrankung das Leben, und alle befragten Patienten mit Suizidversuchen in der Katamnese hatten ebenfalls Rückfälle erlitten.

4.4 Schlussfolgerungen

Sowohl für die weitere Forschung als auch für die Entwöhnungstherapie ergeben sich aus der vorliegenden Studie Anregungen.

Bezüglich der in unserer Stichprobe gefundenen Zusammenhänge wäre eine nähere Erforschung der zeitlichen Zusammenhänge interessant, um Aufschluss über die kausalen Beziehungen z.B. bezüglich Aspekten der sozialen Integration zu bekommen. Auch wäre es sinnvoll, einzelne Aspekte gesondert zu beobachten; möglichst mit größeren Teilstichproben, als es in der vorliegenden Studie möglich war. Angesichts des insgesamt zufriedenstellenden Langzeitverlaufs unserer Patienten wäre ein Vergleich mit anderen Therapiekonzepten ein weiterer lohnender Beitrag zur Evaluation. Dabei könnten einzelne Aspekte der Therapie näher auf ihren Nutzen für bestimmte Patienten hin untersucht werden.

Aus den gefundenen Prognosefaktoren ergeben sich vor allem für die Aufnahmepraxis auf der Station Konsequenzen.

Patienten mit einer schwereren bzw. weiter fortgeschrittenen Erkrankung hatten bezüglich der weiteren Entwicklung des Trinkverhaltens keinen schlechteren Therapieerfolg als weniger schwer abhängige Patienten, und insbesondere Patienten mit einer familiären Belastung scheinen von der Tübinger Therapie zu profitieren.

Auch komorbide Patienten scheinen mindestens so sehr wie nicht komorbide von der Therapie zu profitieren, sodass die vorliegenden Ergebnisse die Entwicklung der Station hin zu einer großzügigeren Aufnahme auch komorbider

Patienten unterstützen; schwerer psychosozial beeinträchtigte Patienten (anhand der GAF-Skala) scheinen dagegen weniger von dem Programm zu profitieren. Möglicherweise könnte durch weiterreichende oder frühzeitigere flankierende Therapiemaßnahmen die Prognose dieser Patientengruppe verbessert werden.

Bei der Aufnahme wird eine weitgehende soziale Integration des Patienten als Kriterium genannt. Bezüglich des Therapiezieles der Abstinenz hatten jedoch sämtliche die soziale Integration betreffenden Merkmale keine prognostische Bedeutung. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Therapie auch für schlechter sozial integrierte Patienten hilfreich ist. Dagegen fällt die deutliche Verschlechterung der Integration schwer rückfälliger Patienten sowie eine eingeschränkte Integration der Depressiven auf. Es sollte daher versucht werden, bei den entsprechend gefährdeten Patienten auf eine Verbesserung der sozialen Integration hinzuarbeiten, möglichst bereits während der Therapie. Die Einschätzung der Prognose durch den Arzt scheint höchst zuverlässig zu sein. Insgesamt scheint ein möglichst starker Einbezug der Angehörigen und weiterer Bezugspersonen plausibel, nachweisen konnten wir die Bedeutung jedoch nicht.

Dass der reguläre Abschluss des ambulanten Therapieteiles ein weiterer Prognosefaktor für einen positiven Verlauf war, führt zu der Frage, ob stärker versucht werden sollte, die Patienten in der Therapie zu halten. Dies muss sicher im Einzelfall entschieden werden. Auch hier könnte eine enge Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld des Patienten hilfreich sein.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Studie verfolgt den Langzeitverlauf von 215 alkoholabhängigen Patienten über 10 Jahre nach einer Entwöhnungstherapie in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen. Durchgeführt wurde die Untersuchung auf der Basis des BMBF-Projektes „Langzeitverlauf und Rückfallprophylaxe bei alkoholabhängigen Frauen und Männern“ (Mann et al. 1996a).

Nach 10 Jahren waren 66% der Gesamtstichprobe am Leben, 13% waren verstorben, bei 21% konnte zum Untersuchungszeitpunkt keine Information gewonnen werden. Zentrales Zielkriterium war das Trinkverhalten im letzten Jahr sowie im 10-Jahres-Verlauf. Bei 59% ist mindestens ein Rückfall bekannt, 23% waren dauerhaft abstinent, bei 18% ist das Trinkverhalten unbekannt. 43% der Gesamtstichprobe (N=93) konnte ausführlich befragt werden. Diese unterschieden sich bei der Aufnahme nicht signifikant von den nicht befragten. Bei 13,5% konnte keinerlei Information gewonnen werden.

Im **Verlauf** hatte sich die Situation der 93 ausführlich befragten Patienten insgesamt verbessert. 43% von ihnen waren dauerhaft abstinent, 58% der Befragten waren nach der Therapie zumindest für 5 Jahre durchgehend abstinent. Im Jahr vor der Befragung hatten 63% keinen Alkohol konsumiert. Da viele Patienten nur sehr kurze Rückfälle hatten wurden die Abstinenzzeiten kumuliert. Über 75% der Patienten hatten weniger als 1 Monat Trinkzeit. Dies ist ein sehr positives Ergebnis.

Das mittlere Sterbealter lag bei 48 Jahren (Median: 46). 79% der 28 Verstorbenen waren zuvor rückfällig gewesen, 11% dauerhaft abstinent, und bei weiteren 11% ist das Trinkverhalten unklar. Bezüglich der **Mortalität** hatten vor allem alkoholbezogene Parameter eine prognostische Bedeutung: während eine familiäre Belastung mit Alkoholismus signifikant die Überlebenschance erhöhte ($p=0.0002$), waren Alkoholfolgeerkrankungen ($p=0.001$) und insbesondere Lebererkrankungen ($p<0.0003$) signifikante Prognosefaktoren für eine erhöhte Mortalität. Weitere deutliche negative Prognosefaktoren (jedoch

nach der Adjustierung nach Bonferoni-Holm nicht signifikant) waren höherer täglicher Konsum (in den 5 Jahren vor Aufnahme $p=0.001$, im letzten Jahr $p=0.007$), Clomethiazolbehandlungen ($p=0.007$) und Krampfanfälle in der Entzugsphase ($p=0.02$). Eine niedrigere Mortalität hatten Patienten mit depressiver Symptomatik (erhoben anhand des BDI; $p=0.009$). Trends zeigten sich in Bezug auf die Höhe der γ GT, schwerere Abhängigkeit (anhand MALT und CGI), längere Abhängigkeitsdauer und mehr stationäre Behandlungen als negative und eine bessere soziale Integration, Delirien und Benzodiazepingebrauch als positive Prognosefaktoren.

Bezüglich des **Trinkverhaltens** wurde anhand der befragten Patienten nach Prognosefaktoren für eine langfristige Abstinenz (weniger als 6 Monate Trinkzeit) gesucht. Nach der Adjustierung war die Prognoseeinschätzung des Arztes ein signifikanter Prognosefaktor ($p=0.0002$), deutliche positive Prognosefaktoren waren weiterhin der reguläre Therapieabschluss ($p=0.01$) und eine geringere psychische Beeinträchtigung (anhand der GAF-Skala; $p=0.03$). Ein Trend zeigte sich in Bezug auf die Therapiemotivation. Für dauerhafte Abstinenz (anhand aller Patienten, von denen das Trinkverhalten bekannt war) fand sich nach der Adjustierung kein signifikanter Wert, deutlich positiv waren jedoch ebenfalls der Therapieabschluss ($p=0.002$), die Prognoseeinschätzung ($p=0.02$) und geringere psychische Beeinträchtigung ($p=0.03$) sowie eine familiäre Belastung ($p=0.007$), negativ dagegen stationäre Entgiftungen ($p=0.009$). Ein Trend zeigte sich beim Medikamentenmissbrauch. Im Verlauf zeigten die schwer rückfälligen Patienten deutliche Einschränkungen im medizinischen und sozialen Bereich gegenüber den Patienten, die kaum Alkohol konsumiert hatten.

17,7% der Ausgangsstichprobe hatten **zusätzliche psychiatrische Störungen**. Die komorbiden Patienten unterschieden sich im Verlauf kaum von den Übrigen. Sie lebten aber bei der Aufnahme häufiger ohne Partner ($p=0.04$), und ihr Trinkverhalten besserte sich häufiger als bei den anderen ($p=0.03$). Trends zeigten sich bezüglich Abstinenzperioden vor Aufnahme, Nikotinkonsum und familiärer Belastung. **Patienten mit depressiver Symptomatik** (anhand des BDI) hatten bei der Aufnahme höhere Punktwerte auf dem MALT ($p=0.04$) und

weniger Abstinenzperioden ($p=0.02$), und ihre Depressivität verbesserte sich signifikant mehr ($p=0.002$). Trends zeigten sich bei Erwerbstätigkeit und Hausstand zum Katamnesezeitpunkt, familiärer Belastung und dem Nikotinkonsum.

Prognosefaktoren für einen späteren Suizid fanden sich aus den Aufnahmedaten leider nicht.

Im Kontext früherer Untersuchungen konnte in der vorliegenden Studie bezüglich der Mortalität und der Rückfälligkeit ein erfreuliches Ergebnis erzielt werden. Auch wenn die eingeschränkte Vergleichbarkeit katamnestischer Studien berücksichtigt werden muss, konnten mehrere Prognosefaktoren bestätigt werden. Insbesondere bezüglich der Komorbidität und der familiären Belastung bei Alkoholikern bleiben hier aber Fragen offen.

Von der Tübinger Entwöhnungstherapie scheinen recht unterschiedliche Patienten gleichermaßen zu profitieren. Insbesondere scheint es sinnvoll, psychisch stärker beeinträchtigte Patienten intensiver zu fördern und bei besonders gefährdeten Patienten auf eine gute soziale Integration nach Ende der Therapie hinzuarbeiten.

6. LITERATURVERZEICHNIS

Abrolat C (2002): Schweregradbestimmung bei chronischer Alkoholabhängigkeit. Die Evaluation des EuropASI-Interviews im Hinblick auf Reliabilität und Validität an einer Stichprobe von 65 Tübinger Alkoholkranken. Inaugural-Dissertation, Tübingen

Allen JP (2003): Measuring outcome in interventions for alcohol dependence and problem drinking: executive summary of a conference sponsored by the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 27: 1657-1660

Babor TF, Hofmann M, Del Boca FK, Hesselbrock V, Meyer RE, Dolinsky ZS, Rounsaville B (1992): Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry* 49: 599-608

Babor TF, Longabaugh R, Zweben A, Fuller RK, Stout RL, Anton RF, Randall CL (1994): Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol* 55: 101-111

Babor TF, Steinberg K, Anton R, Del Boca F (2000): Talk is cheap: measuring drinking outcomes in clinical trials. *Journal of Studies on Alcohol* 61: 55-63

Bächle HF (2003): Langzeiterfolg der Entwöhnungstherapie alkoholabhängiger Frauen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen. Inaugural-Dissertation, Tübingen

Bamford Z, Booth PG, McGuire J, Salmon P (2003): Treatment outcome following day care for alcohol dependency: the effects of reducing programme length. *Health and Social Care in the Community* 11: 440-445

Batra A, Dengler W, Stetter F, Mann K (1995): Die Reliabilität der subjektiven Wahrnehmung der Alkoholabhängigkeit im Verlauf einer stationären Entwöhnungstherapie – Der Münchner Alkoholismustest – ein stabiles diagnostisches Instrument – . In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg.): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sonderband der Zeitschrift „Sucht“: 166-171

Beattie MC (2001): Meta-analysis of social relationships and posttreatment drinking outcomes: comparison of relationship structure, function and quality. *Journal of Studies on Alcohol* 62: 518-27

Beattie MC, Longabaugh R (1997): Interpersonal factors and post-treatment drinking and subjective wellbeing. *Addiction* 92: 1507-1521

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4: 561-571

Beck AT, Steer RA, Garbin MG (1988): Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. *Clinical Psychological Review* 8: 77-100

Berglund M, Öjehagen A (1998): The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22: 333S-345S

Bottlender M, Soyka M (2005a): Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: predictors of outcome 6 months after treatment. *European Addiction Research* 11 (3): 132-137

Bottlender M, Soyka M (2005b): Outpatient alcoholism treatment: predictors of outcome after 3 years. *Drug and Alcohol Dependence* 80 (1): 83-89

Brown TG, Seraganian P, Tremblay J, Annis H (2002): Process and outcome changes with relapse prevention versus 12-Step aftercare programs for substance abusers. *Addiction* 97: 677-689

Burtscheidt W, Wölwer W, Schwarz R, Strauss W, Gaebel W (2002): Out-patient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106: 227-232

Conigrave KM, Saunders JB, Reznik RB (1995): Predictive capacity of the AUDIT questionnaire of alcohol-related harm. *Addiction* 90: 1479-1485

Conner KR, Sorensen S, Leonard KE (2005): Initial depression and subsequent drinking during alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 66 (3): 401-406

Cross GM, Morgan CW, Mooney AJ, III, Martin CA, Rafter JA (1990): Alcoholism treatment: a ten-year follow-up study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 14: 169-173

Cuadrado Callejo P (1999): Enfermos con dependencia al alcohol y comorbilidad psiquiátrica: un grupo heterogéneo. *Actas Españolas de Psiquiatría* 27: 235-244

Currie SR, Hodgins DC, el Guebaly N, Campbell W (2001): Influence of depression and gender on smoking expectancies and temptations in alcoholics in early recovery. *Journal of Substance Abuse* 13: 443-458

Cutler RB, Fishbain DA (2005): Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data. *BMC Public Health* 14, 5: 75

Czisch P, Böser H, Mundle G, Plauth I, Mann K (1995): Depressive Symptome im Verlauf der stationären Therapie von Alkoholabhängigen. In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg.): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sonderband der Zeitschrift „Sucht“: 80-82

Davidson KM, Blackburn IM (1998): Co-morbid depression and drinking outcome in those with alcohol dependence. Alcohol & Alcoholism 33: 482-487

de Lucas-Taracena MT, Maldonado D, Tossio-González C, Bravo-Ortiz MF (2002): Abandono del tratamiento para dependencia alcohólica en medio ambulatorio: estudio prospectivo de dos años. Actas Españolas de Psiquiatría 30: 273-278

de Pablo J, Pollán M, Varo JR (2001): Análisis de comorbilidad entre síndrome de dependencia del alcohol y ludopatía en pacientes en tratamiento en centros de salud mental. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 25 (1)

De Soto CB, O'Donnell WE, Allred LJ, Lopes CE (1985): Symptomatology in alcoholics at various stages of abstinence. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 9: 505-512

Driessen M, Meier S, Hill A, Wetterling T, Lange W, Junghanns K (2001): The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. Alcohol & Alcoholism 36: 249-255

Driessen M, Veltrup C, Wetterling T, John U, Dilling H (1998): Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 22: 77-86

Echeburua E, De Medina RB, Aizpiri J (2005): Alcoholism and personality disorders: an exploratory study. Alcohol and Alcoholism 40 (4): 323-326

Edwards G (1984): Drinking in longitudinal perspective: career and natural history. British Journal of Addiction 79: 175-183

Edwards G, Brown D, Oppenheimer E, Sheehan M, Taylor C, Duckitt A (1988): Long term outcome for patients with drinking problems: the search for predictors. British Journal of Addiction 83: 917-927

Ehlers CL, Wall TL, Betancourt M, Gilder DA (2004): The clinical course of alcoholism in 243 Mission Indians. American Journal of Psychiatry 161: 1204-1210

Fehr M (2001): Depressive Störungen bei stationär behandelten AlkoholikerInnen und deren Einteilung in „primäre“ und „sekundäre Depression. Dissertation, Zürich

Feuerlein W, Kűfner H (1989): A prospective multicentre study of in-patient treatment for alcoholics: 18- and 48-month follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 239: 144-157

Feuerlein W, Kűfner H, Soyka M (1998): Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. Thieme: Stuttgart; New York

Feuerlein W, Ringer C, Kűfner H, Antons K (1977): Diagnose des Alkoholismus. Der Műnchener Alkoholismustest (MALT). *Műnchener Medizinische Wochenschrift* 119: 1275-1282

Fichter MM, Frick U (1992): Therapie und Verlauf von Alkoholabhűngigkeit: Auswirkungen auf Patient und Angehűrige. Springer: Berlin; Heidelberg; New York; London; Paris; Tokyo; Hong Kong; Barcelona; Budapest

Fillmore KM (1987): Prevalence, incidence and chronicity of drinking patterns and problems among men as a function of age: a longitudinal and cohort analysis. *British Journal of Addiction* 82: 77-83

Finney JW, Moos RH (1991): The long-term course of treated alcoholism: I. mortality, relapse and remission rates and comparisons with community controls. *Journal of Studies on Alcohol* 52: 44-54

Finney JW, Moos RH (1992): The long-term course of treated alcoholism: II. predictors and correlates of 10-year functioning and mortality. *Journal of Studies on Alcohol* 53: 142-153

Finney JW, Moyer A, Swearingen CE (2003): Outcome variables and their assessment in alcohol treatment studies: 1968-1998. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 27: 1671-1679

Gerteis C (2002): Das soziale Netzwerk alkoholabhűngiger Frauen im Langzeitverlauf der Erkrankung. Inaugural-Dissertation, Tűbingen

Gouzoulis-Mayfrank E (2004): Doppeldiagnose Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis. *Der Nervenarzt* 75: 642-650

Greenfield SF, Weiss RD, Muenz LR, Vagge LM, Kelly JF, Bello LR, Michael J (1998): The effect of depression on return to drinking. *Archives of General Psychiatry* 55: 259-265

Griffin ML, Amodeo M, Fassler I, Ellis MA, Clay C (2005): Mediating factors for the long-term effects of parental alcoholism in women: the contribution of other childhood stresses and resources. *American Journal of Addictions* 14 (1): 18-34

Gual A, Lligona A, Colom J (1999): Five-year outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. *Alcohol & Alcoholism* 34: 183-192

Günthner A, Schwärzler F, Frittrang T, Stetter F und Mann K (1995): Die Bedeutung psychosozialer Aspekte in der Behandlung alkoholabhängiger Patienten. In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg.): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sonderband der Zeitschrift „Sucht“: 83-86

Guy W (Hrsg.) (1976): Clinical Global Impression. In: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised. National Institute of Mental Health, Rockville, MD

Hall CW, Webster RE (2002): Traumatic symptomatology characteristics of adult children of alcoholics. *Journal of Drug Education* 32: 195-211

Hansson H, Zetterlind U, Aberg-Orbeck K, Berglund M (2004): Two-year outcome of coping skills training, group support and information for spouses of alcoholics: a randomized controlled trial. *Alcohol & Alcoholism* 39: 135-140

Harter SL (2000): Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: a review of the recent empirical literature. *Clinical Psychology Review* 20: 311-337

Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF (2005): Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry* 62 (10): 1097-1106

Hautzinger M (Hrsg.), Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1996): Kognitive Therapie der Depression. Psychologie Verlags Union: Weinheim

Haver B (2003): Comorbid psychiatric disorders predict and influence treatment outcome in female alcoholics. *European Addiction Research* 9: 39-44

Haver B, Dahlgren L, Willander A (2001): A 2-year follow-up of 120 Swedish female alcoholics treated early in their drinking career: prediction of drinking outcome. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 25: 1586-1593

Haver B, Gjestad R (2005): Phobic anxiety and depression as predictor variables for treatment outcome. A LISREL analysis on treated female alcoholics. *Nordic Journal of Psychiatry* 59 (1): 25-30

Henkel D (1992): Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge. Deutscher Studien Verlag: Weinheim

Hodgins DC, el-Guebaly N, Armstrong S, Dufour M (1999): Implications of depression on outcome from alcohol dependence: a 3-year prospective follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 23: 151-157

Huertas D, Bautista S, Sanjoaquin A, Chamorro L, Gilaberte I (1999): Semiología depresiva subsindrómica en el alcoholismo severo. *Actas Españolas de Psiquiatría* 27: 223-227

Jackson KM, Sher KJ, Wood PK, Bucholz KK (2003): Alcohol and tobacco use disorders in a general population: short-term and long-term associations from the St. Louis Epidemiological Catchment Area Study. *Drug and Alcohol Dependence* 71: 239-253

Jacobi C, Brand-Jacobi J, Marquardt F (1987): Die „Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS)“: Ein Verfahren zur differentiellen Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit. *Suchtgefahren* 1: 23-36

Jin H, Rourke SB, Patterson TL, Taylor MJ, Grant I (1998): Predictors of relapse in long-term abstinent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol* 59: 640-646

Jülch F, Süß H-M, Langer W, Hippen S (2003): Vorhersage von Therapieabbrüchen alkoholabhängiger Patienten in stationärer Entwöhnungsbehandlung. *Sucht* 49: 19-27

Jung M (2001): Komorbide psychische Störungen bei alkoholabhängigen Frauen und Männern in stationärer Behandlung. Dissertation, Tübingen

Jung M, Hensel B, Ackermann K, Stetter F, Plauth I und Mann K (1995): Lebenszeit-Prävalenz psychiatrischer Störungen bei alkoholabhängigen Männern während einer Entzugs- und Motivationsbehandlung. In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg.): *Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sonderband der Zeitschrift „Sucht“*: 77-79

Kahler CW, Ramsey SE, Read JP, Brown RA (2002): Substance-induced and independent major depressive disorder in treatment-seeking alcoholics: associations with dysfunctional attitudes and coping. *Journal of Studies on Alcohol* 63: 363-371

Kane RL, Wall M, Potthoff S, Stromberg K, Dai Y, Meyer ZJ (2004): The effect of alcoholism treatment on medical care use. *Medical Care* 42: 395-402

Karno MP, Beutler LE, Harwood TM (2002): Interactions between psychotherapy procedures and patient attributes that predict alcohol treatment effectiveness: a preliminary report. *Addictive Behaviors* 27: 779-797

Kelley ML, Nair V, Rawlings T, Cash TF, Steer K, Fals-Stewart W (2005): Retrospective reports of parenting received in their families of origin: relationships to adult attachment in adult children of alcoholics. *Addictive Behaviors* 30 (8): 1479-1495

Kelly JF, McKellar JD, Moos R (2003): Major depression in patients with substance use disorders: relationship to 12-Step self-help involvement and substance use outcomes. *Addiction* 98: 499-508

Kern E, Jahrreiss R (1990): Klientel und katamnestische Ergebnisse einer Kurzzeitentwöhnungstherapie. *Suchtgefahren* 36: 167-177

King AC, Bernardy NC, Hauner K (2003): Stressful events, personality, and mood disturbance: gender differences in alcoholics and problem drinkers. *Addictive Behaviors* 28: 171-187

Kranzler HR, Del Boca FK, Rounsaville BJ (1996): Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: A posttreatment natural history study. *Journal of Studies on Alcohol* 57: 619-626

Kranzler HR, Rosenthal R (2003): Dual diagnosis: alcoholism and co-morbid psychiatric disorders. *American Journal on Addictions* 12: 26-40

Kraus E: 10-Jahres-Katamnese bei Alkoholkranken unter besonderer Berücksichtigung der Frauen. Inaugural-Dissertation, Tübingen (in Vorbereitung)

Küfner H, Feuerlein W, Huber M (1988): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4 –Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren* 34: 157-271

Kushner MG, Abrams K, Thuras P, Hanson KL, Brekke M, Sletten S (2005): Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients. *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 29 (8): 1432-1443

Kushner MG, Sher KJ, Erickson DJ (1999): Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders. *American Journal of Psychiatry* 156: 723-732

Längle G (1990): Zehn-Jahres-Katamnesen nach einer Alkoholentwöhnungsbehandlung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen. Inaugural-Dissertation, Tübingen

Längle G, Mann K, Buchkremer G (Hrsg.; 1996): „Sucht“: Die Lebenswelten Abhängiger. Attempto Verlag: Tübingen

Längle G, Mann K, Mundle G, Schied HW (1993): Ten years after – the post-treatment course of alcoholism. *European Psychiatry* 8: 95-100

Längle G, Schied HW (1990): Zehn-Jahres-Katamnesen eines integrierten stationären und ambulanten Behandlungsprogrammes für Alkoholiker. *Suchtgefahren* 36: 97-105

Lange C, Heuft G (2002): Die Beeinträchtigungsschwere in der psychosomatischen und psychiatrischen Qualitätssicherung: Global Assessment of Functioning Scale (GAF) vs. Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 48: 256-269

Lewis CE, Smith E, Kercher C, Spitznagel E (1995a): Predictors of mortality in alcoholic men: a 20-year follow-up study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 19: 984-991

Lewis CE, Smith E, Kercher C, Spitznagel E (1995b): Assessing gender interactions in the prediction of mortality in alcoholic men and women: a 20-year follow-up study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 19: 1162-1172

Liskow BI, Powell BJ, Penick EC, Nickel EJ, Wallace D, Landon JF, Campbell J, Cantrell PJ (2000): Mortality in male alcoholics after ten to fourteen years. *Journal of Studies on Alcohol* 61: 853-861

Llinares Pellicer MC, Palau Muñoz C, Albiach Catalá C, Santos Diez P (2002): Variables predictoras de adherencia al tratamiento en pacientes alcohólicos. *Actas Españolas de Psiquiatría* 30: 370-375

Loosen PT, Dew BW, Prange AJ (1990): Long-term predictors of outcome in abstinent alcoholic men. *American Journal of Psychiatry* 147: 1662-66

Mann K, Ackermann K, Günthner A, Jung M, Morlock P, Mundle G (1996a): Langzeitverlauf und Rückfallprophylaxe bei alkoholabhängigen Frauen und Männern. Unveröffentlichter Abschlußbericht des BMBF-Projekts an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Mann K, Ackermann K, Günthner A, Jung M, Mundle G (1996b): Veränderungen des Selbstbilds alkoholabhängiger Frauen und Männer während stationärer Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 46: 350-355

Mann K, Batra A (1993): Die gemeindenahere Versorgung von Alkoholabhängigen. Evaluation eines kombinierten stationären und ambulanten Behandlungskonzeptes. *Psychiatrische Praxis* 20: 102-105

Mann K, Buchkremer G (Hrsg.; 1995): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sonderband der Zeitschrift „Sucht“

Mann K, Hermann D, Heinz A (2000): One hundred years of alcoholism: the twentieth century. *Alcohol & Alcoholism* 35: 10-15

Mann K, Hintz T, Jung M (2004): Does psychiatric comorbidity in alcohol-dependent patients affect treatment outcome? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 254: 172-181

Mann K, Kapp B, Kühnel P, Federle E, Abel M (1995): Good estimates for reliability and validity in alcoholics' self reports. *Alcohol & Alcoholism* 30: 545 (Abstract)

Mann K, Schäfer DR, Längle G, Ackermann K, Croissant B (2005): The long-term course of alcoholism, 5,10 and 16 years after treatment. *Addiction* 100 (6): 797-805

Marshall EJ, Edwards G, Taylor C (1994): Mortality in men with drinking problems: a 20-year follow-up. *Addiction* 89: 1293-1298

MATCH Research Group (1998): Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22: 1300-1311

Mauthe K (1996): Zur Bedeutung wahrgenommener sozialer Unterstützung bei Frauenalkoholismus. Dissertation, Tübingen

Meyer C, John U (2003): Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: *Jahrbuch Sucht 2003*, Neuland-Verlagsgesellschaft mbH: Geesthacht

Meyer C, Rumpf H-J, Hapke U, Dilling H, John U (2000): Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. *Der Nervenarzt* 71: 535-542

Möller H-J, Laux G, Deister A (2001): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Thieme: Stuttgart

Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D (2002): Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Archives of General Psychiatry* 59: 77-84

Monahan SC, Finney JW (1996): Explaining abstinence rates following treatment for alcohol abuse: a quantitative synthesis of patient, research design and treatment effects. *Addiction* 91: 787-805

Monasor R, Jiménez M, Paloma T (2003): Intervenciones psicosociales en alcoholismo. *Trastornos Adictivos* 5: 22-26

Monras M (2000): Indicaciones de terapia grupal para alcohólicos. Actas Españolas de Psiquiatría 28: 298-303

Monras M, Mondon S, Ortega L, Gual A (2005): Alcoholismo en el hospital general: mortalidad y hospitalizaciones a los 4 años de su detección. Medicina Clinica (Barcelona) 125 (12): 441-447

Montero Pérez-Barquero M, Vega Reyes JA, de la Fuente Dader B, Sanchez Guijo P (2001): Factores pronósticos de supervivencia en el alcoholismo crónico en un estudio de seguimiento a 10 años. Medicina Clinica (Barcelona) 117: 281-284

Moos RH, Brennan PL, Mertens JR (1994): Mortality rates and predictors of mortality among late-middle-aged and older substance abuse patients. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 18: 187-195

Mundle G, Ackermann K, Günthner A, Munkes J, Mann K (1999): Treatment outcome in alcoholism – a comparison of self-report and the biological markers carboanhydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl transferase. European Addiction Research 5: 91-96

Mundle G, Ackermann K, Günthner A, Stetter F und Mann K (1995): Der Behandlungserfolg bei Alkoholabhängigen. Ein Vergleich von Selbstaussagen und biologischen Markern. In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg.): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sonderband der Zeitschrift „Sucht“: 90-92

Mundle G, Brügel R, Urbaniak H, Längle G, Buchkremer G, Mann K (2001): Kurz- und mittelfristige Erfolgsraten ambulanter Entwöhnungsbehandlungen für alkoholabhängige Patienten. Eine 6-, 18- und 36-Monats-Katamnese. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 69: 374-378

Noda T, Imamichi H, Kawata A, Hirano K, Ando T, Iwata Y, Yoneda H (2001): Long-term outcome in 306 males with alcoholism. Psychiatry and Clinical Neurosciences 55: 579-586

Nordström G, Berglund M (1986): Delirium tremens: A prospective long-term follow-up study. Journal of Studies on Alcohol 49: 178-185

Nordström G, Berglund M (1987): A prospective study of successful long-term adjustment in alcohol dependence: social drinking versus abstinence. Journal of Studies on Alcohol 48: 95-103

O'Connor A, Daly J (1985): Alcoholics. A twenty year follow-up study. British Journal of Psychiatry 146: 645-647

O'Connor PG, Gottlieb LD, Kraus ML, Segal SR, Horwitz RI (1991): Social and clinical features as predictors of outcome in outpatient alcohol withdrawal. Journal of General Internal Medicine 6: 312-316

Öjehagen A, Berglund M, Moberg A-L (1994): A 6-year follow-up of alcoholics after long-term outpatient treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 18: 720-725

Ouimette PC, Kristian G, Moos RH, Finney JW (1999): A comparative evaluation of substance abuse treatment IV. The effect of comorbid psychiatric diagnoses on amount of treatment, continuing care, and 1-year outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 23: 552-557

Pastor AD, Evans SM (2003): Alcohol outcome expectancies and risk for alcohol use problems with and without a family history of alcoholism. *Drug and Alcohol Dependence* 70: 201-214

Peirce RS, Frone MR, Russell M, Cooper ML (1996): Financial stress, social support, and alcohol involvement: a longitudinal test of the buffering hypothesis in a general population survey. *Health Psychology* 15: 38-47

Peirce RS, Frone MR, Russell M, Cooper ML, Mudar P (2000): A longitudinal model of social contact, social support, depression and alcohol use. *Health Psychology* 19: 28-38

Perreira KM, Sloan FA (2002): Excess alcohol consumption and health outcomes: a 6-year follow-up of men over age 50 from the health and retirement study. *Addiction* 97: 301-310

Perula de Torres LA, Fernandez-Garcia JA, Arias-Vega R, Muriel-Palomino M, Marquez-Rebollo E, Ruiz-Moral R (2005): Utilidad del cuestionario MALT (Münchener Alkoholismus Test) para el diagnóstico de alcoholismo en mujeres. *Medicina Clinica (Barcelona)* 125 (12): 453-455

Pettinati HM, Pierce JD, Wolf AL, Rukstalis MR, O'Brien CP (1997): Gender differences in comorbidly depressed alcohol-dependent outpatients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21: 1742-1746

Pfeiffer W, Fahrner EM, Feuerlein W (1987): Katamnestiche Untersuchung von ambulant behandelten Alkoholabhängigen. *Suchtgefahren* 33: 309-320

Ponzer S, Johansson SE, Bergman B (2002): A four-year follow-up study of male alcoholics: factors affecting the risk of readmission. *Alcohol-Fayetteville, NY* 27: 83-88

Powell BJ, Landon JF, Cantrell PJ, Penick EC, Nickel EJ, Liskow BI, Coddington TM, Campbell JL, Dale TM, Vance MD, Rice AS (1998): Prediction of drinking outcomes for male alcoholics after 10 to 14 years. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22: 559-566

Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GR, Dasher AC, Hesselbrock MN, Hesselbrock VM, Nurnberger JI (2002): A comparison of alcohol-induced and independent depression in alcoholics with histories of suicide attempts. *Journal of Studies on Alcohol* 63: 498-502

Raabe A (2003): Emotionale Verarbeitung visueller Reize bei abstinenten Alkoholabhängigen, sozialen Trinkern und gesunden Personen unter Berücksichtigung des Alkoholverlangens. Dissertation, Tübingen

Reker T, Richter D, Bätz B, Luedtke U, Koritsch HD, Reymann G (2004): Kurzfristige Effekte der stationären Akutbehandlung alkoholabhängiger Patienten. Eine prospektive, multizentrische Evaluationsstudie. *Der Nervenarzt* 75: 234-241

Rössler W, Riecher-Rössler A, Meise U (1993): Von der stationären Langzeitentwöhnung zur ambulanten gemeindenahen Versorgung Alkoholkranker. *Nervenheilkunde* 12: 438-444

Rounsaville BJ, Dolinsky ZS, Babor TF, Meyer RE (1987): Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Archives of General Psychiatry* 44: 505-513

Roy-Byrne P, Dagadakis C, Unutzer J, Ries R (1996): Evidence for limited validity of the revised global assessment of functioning scale. *Psychiatric Services* Washington, D.C. 47: 864-866

Sachs L (2002): *Angewandte Statistik: Anwendung statistischer Methoden.* Springer-Verlag: Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Hongkong; London; Mailand; Paris; Tokio

Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M (1998): Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV, 4. Auflage. Hogrefe: Göttingen

Schadé A, Marquenie LA, Van Balkom AJLM, De Beurs E, Van Dyck R, Van Den Brink W (2003): Do comorbid anxiety disorders in alcohol-dependent patients need specific treatment to prevent relapse? *Alcohol & Alcoholism* 38: 255-262

Schadé A, Marquenie LA, Van Balkom AJ, Koeter MW, De Beurs E, Van Den Brink W, Van Dyck R (2004): Alcohol-dependent patients with comorbid phobic disorders: a comparison between comorbid patients, pure alcohol-dependent and pure phobic patients. *Alcohol & Alcoholism* 39: 241-246

Schäfer D (1996): Langzeitverläufe bei Alkoholabhängigen. In: Längle G, Mann K, Buchkremer G (Hrsg.): „Sucht“: Die Lebenswelten Abhängiger: 154-164; Attempto Verlag: Tübingen

Schneider U, Altmann A, Baumann M, Bernzen J, Bertz B, Bimber U, Broese T, Broocks A, Burtscheidt W, Cimander KF, Degkwitz P, Driessen M, Ehrenreich H, Fischbach E, Folkerts H, Frank H, Gurth D, Havemann-Reinecke U, Heber W, Heuer J, Hingsammer A, Jacobs S, Krampe H, Lange W, Lay T, Leimbach M, Lemke MR, Leweke M, Mangholz A, Massing W, Meyenberg R, Porzig J, Quattert T, Redner C, Ritzel G, Rollnik JD, Sauvageoll R, Schläfke D, Schmid G, Schröder H, Schwichtenberg U, Schwoon D, Seifert J, Sickelmann I, Sieveking CF, Spiess C, Stiegemann HH, Stracke R, Straetgen HD, Subkowski P, Thomasius R, Tretzel H, Verner LJ, Vitens J, Wagner T, Weirich S, Weiss I, Wendorff T, Wetterling T, Wiese B, Wittfoot J (2001): Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first multicentre study in Germany. *Alcohol & Alcoholism* 36: 219-223

Schuckit M (1996): Auf der Suche nach Prädiktoren für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit: Eine prospektive Studie. In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg.): *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Fischer: Stuttgart

Schulz C (2002): Hilfe – Hoffnung – Hindernis. Die Bedeutung des Religiösen in der Lebensgeschichte von Alkoholabhängigen. Diagonal-Verlag: Marburg

Shaw GK, Waller S, Latham CJ, Dunn G, Thomson AD (1997): Alcoholism: a long-term follow-up study of participants in an alcohol treatment programme. *Alcohol & Alcoholism* 32: 527-535

Sher L (2004): Depression and alcoholism. *QJM* 97: 237-240

Sher L, Oquendo MA, Conason AH, Brent DA, Grunebaum MF, Zalsman G, Burke AK, Mann JJ (2005a): Clinical features of depressed patients with or without a family history of alcoholism. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112 (4): 266-71

Sher L, Oquendo MA, Galfalvy HC, Grunebaum MF, Burke AK, Zalsman G, Mann JJ (2005b): The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism. *Addictive Behaviors* 30 (6): 1144-1153

Smith EM, Cloninger CR, Bradford S (1983): Predictors of mortality in alcoholic women: a prospective follow-up study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 7: 237-243

Smith EM, Lewis CE, Kercher C, Spitznagel E (1994): Predictors of mortality in alcoholic women: a 20-year follow-up study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 18: 1177-1186

Soyka M (1998): Sozialpsychiatrische Aspekte der Alkoholkrankheit: Epidemiologie, Versorgungsstrukturen und neuere Ergebnisse der Therapieforschung. *Gesundheitswesen* 60: 87-94

Soyka M (1999): Alkoholabhängigkeit. Grundlagen und Therapie. Springer-Verlag: Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Hongkong; London; Mailand; Paris; Singapur; Tokio

Soyka M, Hasemann S, Scharfenberg CD, Löhnert B, Bottlender M (2003): Prospektive Untersuchung zur Effizienz der ambulanten Entwöhnungstherapie bei alkoholabhängigen Patienten. Ergebnisse zur Haltequote und Katamnese. Der Nervenarzt 74: 226-234

Spearing MK, Post RM, Leverich GS, Brandt D, Nolen W (1997): Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. Psychiatry Research 73: 159-171

Staines G, Magura S, Rosenblum A, Fong C, Kosanke N, Foote J, Deluca A (2003): Predictors of drinking outcomes among alcoholics. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 29: 203-218

Stetter F, Mann K (1997): Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. Der Nervenarzt 68: 574-581

Stetter F, Zähres S, Kapp B, Günthner A, Mann K (1995): Die Tübinger Entgiftungs- und Motivationsstation für Alkoholabhängige: Erste Erfahrungen und Behandlungsergebnisse. In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg.): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sonderband der Zeitschrift „Sucht“: 59-61

Süß H-M (1995): Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau 46: 248-266

Taylor C, Brown D, Duckitt A, Edwards G, Oppenheimer E, Sheehan M (1985): Patterns of outcome: drinking histories over ten years among a group of alcoholics. British Journal of Addiction 80: 45-50

Temple MT, Fillmore KM, Hartka E, Johnstone B, Leino EV, Motoyoshi M (1991): The collaborative alcohol-related longitudinal project. A meta-analysis of change in marital and employment status as predictors of alcohol consumption on a typical occasion. British Journal of Addiction 86: 1269-1281

Thase ME, Salloum IM, Cornelius JD (2001): Comorbid alcoholism and depression: treatment issues. The Journal of Clinical Psychiatry 62: 32-41

Theobald H, Johansson S-E, Bygren L-O, Engfeldt P (2001): The effects of alcohol consumption on mortality and morbidity: a 26-year follow-up study. Journal of Studies on Alcohol 62: 783-789

Thomas SE, Thevos AK, Carrie LR (1999): Alcoholics with and without social phobia: a comparison of substance use and psychiatric variables. *Journal of Studies on Alcohol* 60: 472-479

Timko C, Moos RH, Finney JW, Lesar MD (2000): Long-term outcomes of alcohol use disorders: comparing untreated individuals with those in Alcoholics Anonymous and formal treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 61: 529-540

Tómasson K, Vaglum P (1995): A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: a study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 92: 378-385

Vaillant GE (1988): What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction? *British Journal of Addiction* 83: 1147-1157

Vaillant GE (1996): A longterm follow-up of male alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry* 53: 243-249

Vaillant GE, Clark W, Cyrus C, Milowsky ES, Kopp J, Wells Wulsin V, Mogielnicki NP (1983): Prospective study of alcoholism treatment. Eight-year-follow-up. *The American Journal of Medicine* 75: 455-463

Veltrup C, Weber J, Metten D, Driessen M, John U (1995): Katamnestische Untersuchungen bei Alkoholabhängigen. In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg.): *Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sonderband der Zeitschrift „Sucht“*: 172-173

Wagner T, Krampe H, Stawicki S, Reinhold J, Jahn H, Mahlke K, Barth U, Sieg S, Maul O, Galwas C, Aust C, Kroner-Herwig B, Brunner E, Poser W, Henn F, Ruther E, Ehrenreich H (2004): Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment – results of a prospective study. *Journal of Psychiatric Research* 38: 619-635

Weisner C, Thomas-Ray G, Mertens JR, Satre DD, Moore C (2003): Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. *Drug and Alcohol Dependence* 71: 281-294

Westermeyer J, Neider J (1984): Depressive symptoms among native American alcoholics at the time of a 10-year follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 8: 429-434

Westermeyer J, Peake E (1983): A ten-year follow-up of alcoholic Native Americans in Minnesota. *American Journal of Psychiatry* 140: 189-194

Wetterling T (1994): Delir – der Stand der Forschung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 62: 280-289

Wetterling T, Junghanns K (2000): Psychopathology of alcoholics during withdrawal and early abstinence. *European Psychiatry* 15: 483-488

Wieser S, Kunad E (1965): Katamnestische Studien beim chronischen Alkoholismus und zur Frage von Sozialprozessen bei Alkoholikern. *Der Nervenarzt* 36: 477-483

Wutzke SE, Conigrave KM, Saunders JB, Hall WD (2002): The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up. *Addiction* 97: 665-675

Yamauchi K, Ono Y, Baba K, Ikegami N (2001): The actual process of rating the Global Assessment of Functioning Scale. *Comprehensive Psychiatry* 42: 403-409

Yates WR, Reed DA, Booth BM, Masterson BJ, Brown K (1994): Prognostic validity of short-term abstinence in alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 18: 280-283

Yoshino A, Kato M (1996): Prediction of 3-year outcome of treated alcoholics by an empirically derived multivariate typology. *American Journal of Psychiatry* 153: 829-830

Zeissler E (1999): Indikationsorientierte Evaluation einer ambulanten Alkoholentwöhnungsbehandlung: Erste katamnestische Ergebnisse. *Sucht* 45: 100-107

Zilberman M, Tavares H, el-Guebaly N (2003): Gender similarities and differences: the prevalence and course of alcohol- and other substance-related disorders. *Journal of Addictive Diseases* 22: 61-74

Zywiak WH, Longabaugh R, Wirtz PW (2002): Decomprising the relationships between pretreatment social network characteristics and alcohol treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol* 63: 114-121

7. ANHANG

7.1 Abbildungen

Auf den folgenden Seiten sind ergänzende Abbildungen zusammengestellt. Sie enthalten jeweils einen Hinweis auf das entsprechende Kapitel, in dem auf sie verwiesen wird.

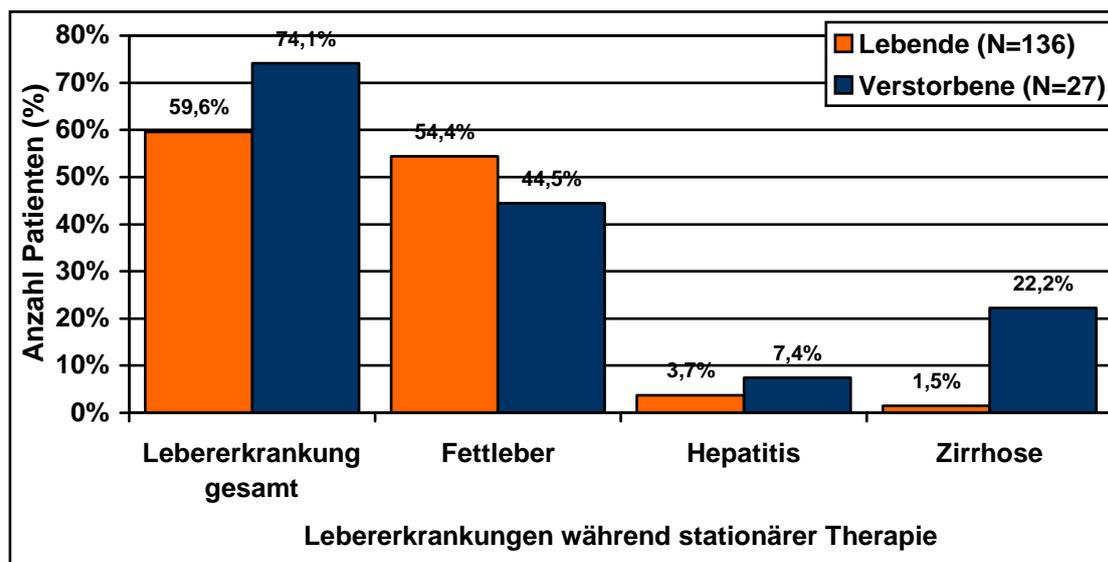


Abb. 43: Alkoholbedingte Lebererkrankungen bei Studienbeginn im Vergleich zwischen den Lebenden und Verstorbenen (vgl. Kapitel 3.6.1)

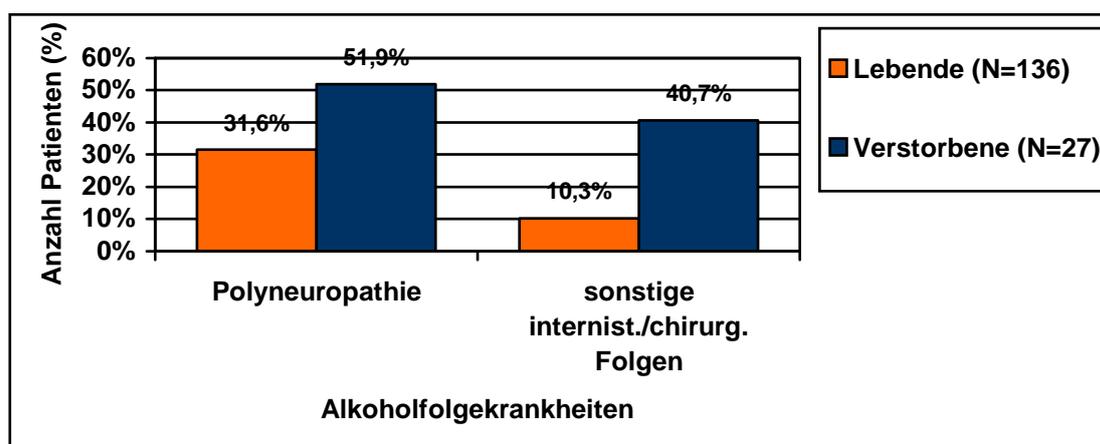


Abb. 44: Vorkommen häufiger Alkoholfolgekrankheiten bei den Lebenden und Verstorbenen bei Studienbeginn (vgl. Kapitel 3.6.1)

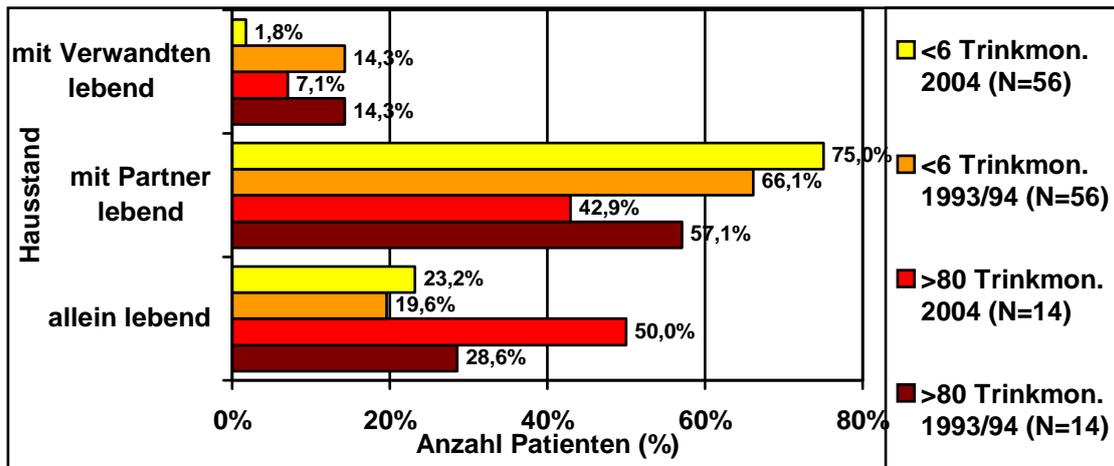


Abb. 45: Der Hausstand bei Anamnese und Katamnese bei Patienten mit mehr als 80 oder weniger als 6 Monaten Trinkzeit (vgl. Kapitel 3.6.3)

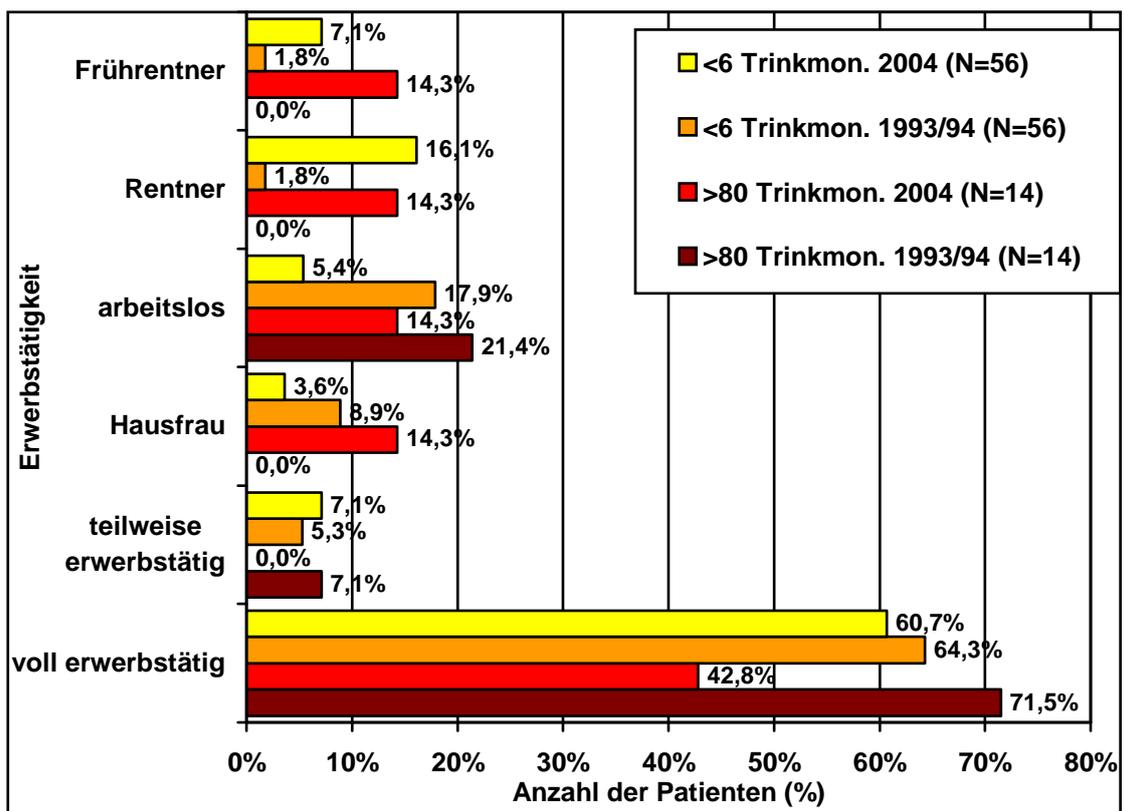


Abb. 46: Die Erwerbstätigkeit bei Anamnese und Katamnese bei Patienten mit weniger als 6 bzw. mehr als 80 Trinkmonaten (vgl. Kapitel 3.6.3)

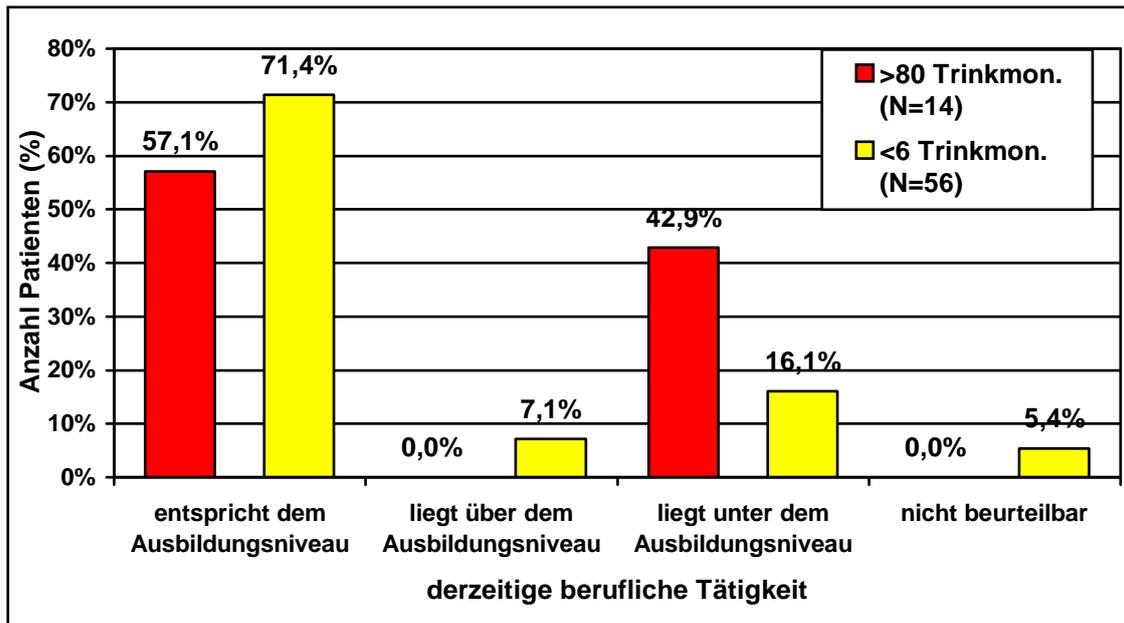


Abb. 47: Die Einschätzung der zum Katamnesezeitpunkt ausgeübten Tätigkeit bei den Patienten mit weniger als 6 bzw. mehr als 80 Monaten Trinkzeit (vgl. Kapitel 3.6.3)

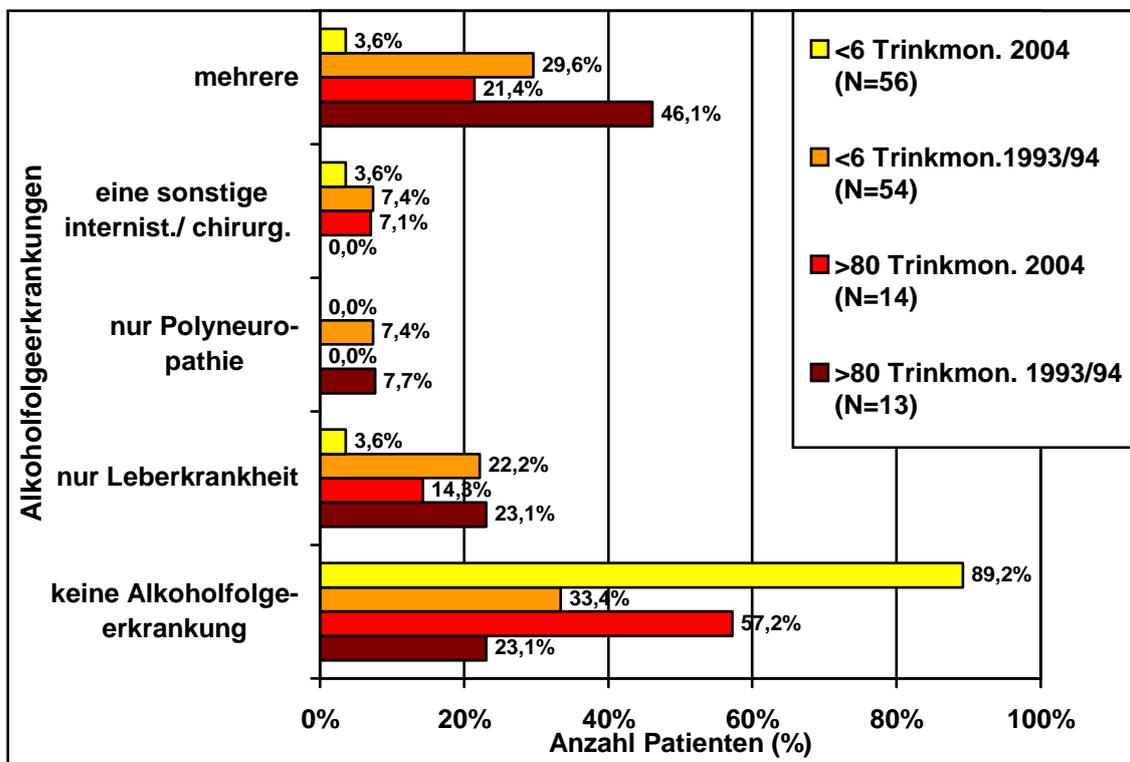


Abb.48: Alkoholfolgeerkrankungen bei Anamnese und Katamnese bei Patienten mit weniger als 6 bzw. mehr als 80 Monaten Trinkzeit (vgl. Kapitel 3.6.3)

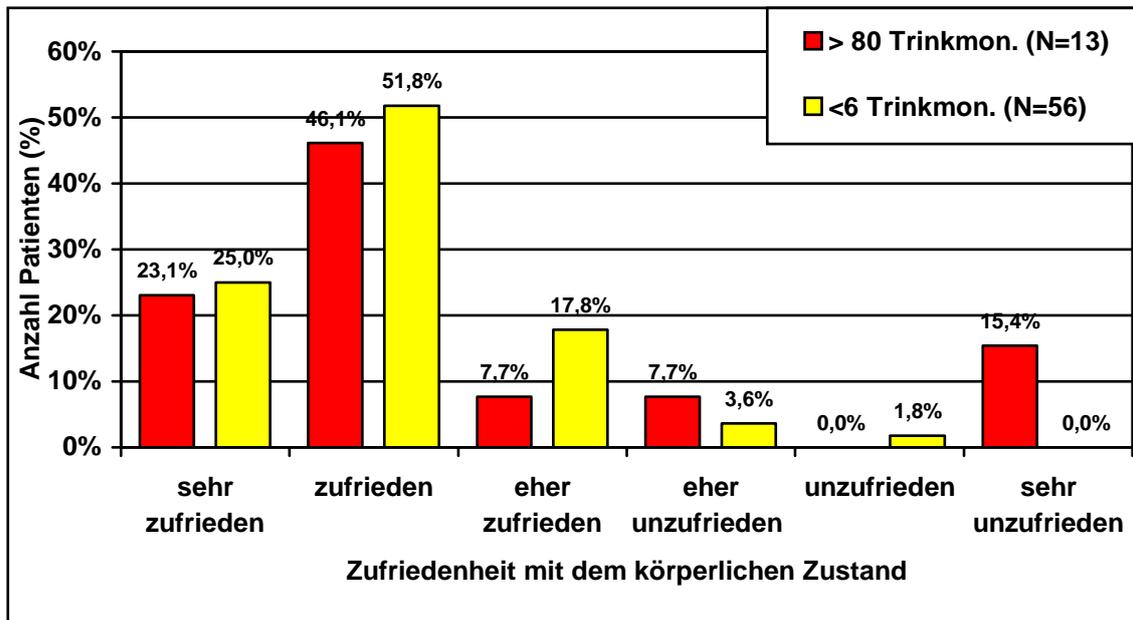


Abb. 49: Die Zufriedenheit mit dem körperlichen Zustand zum Katamnesezeitpunkt bei Patienten mit mehr als 80 bzw. weniger als 6 Monaten Trinkzeit (vgl. Kapitel 3.6.3)

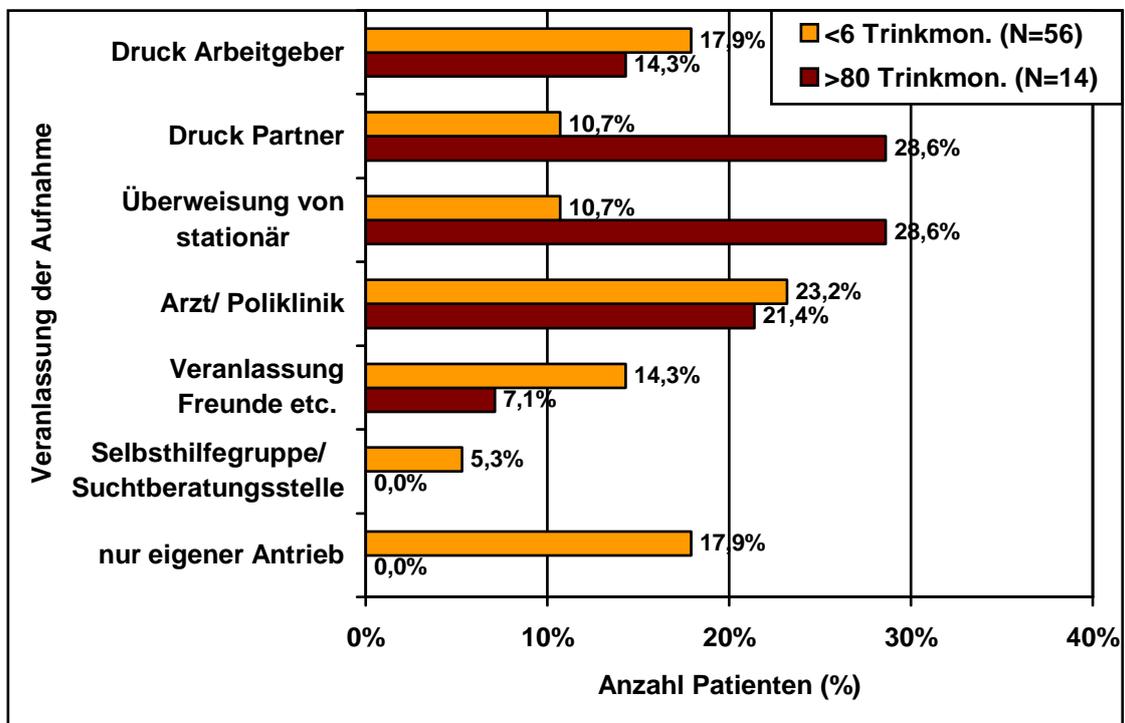


Abb. 50: Veranlassung der Aufnahme zur Entwöhnung bei Patienten mit mehr als 80 bzw. weniger als 6 Monaten Trinkzeit (vgl. Kapitel 3.6.3)

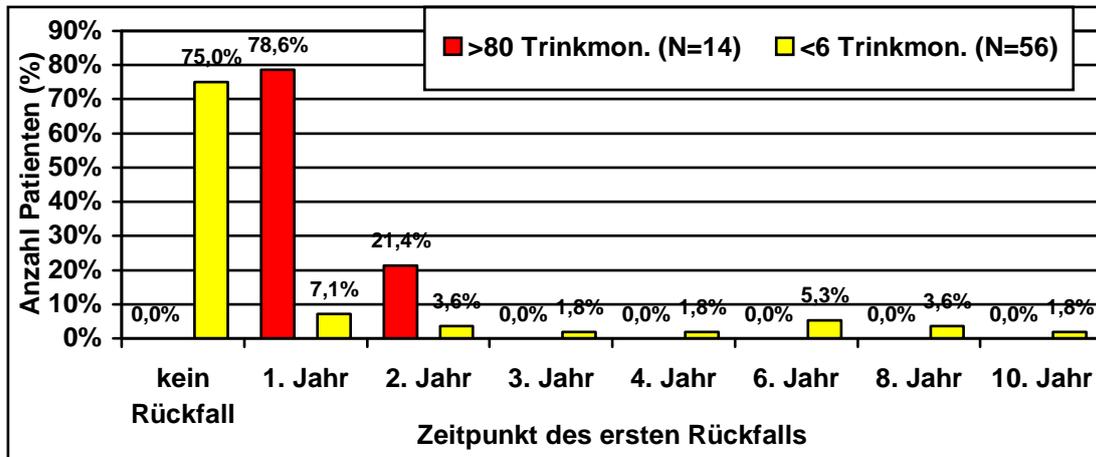


Abb 51: Zeitpunkt des ersten Rückfalls der Patienten mit weniger als 6 bzw. mehr als 80 Monaten Trinkzeit (vgl. Kapitel 3.6.3)

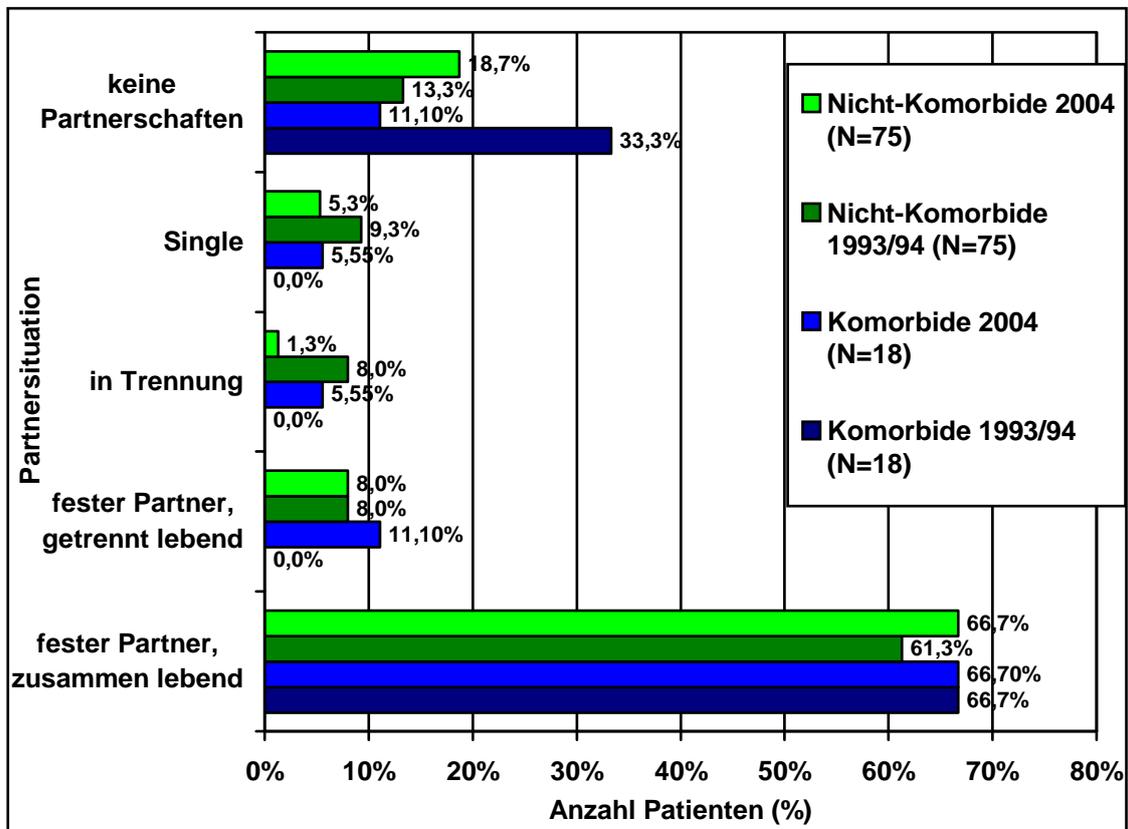


Abb. 52: Die Partnerschaftsituation der komorbiden und nicht komorbiden Patienten bei Anamnese und Katamnese (vgl. Kapitel 3.8.1)

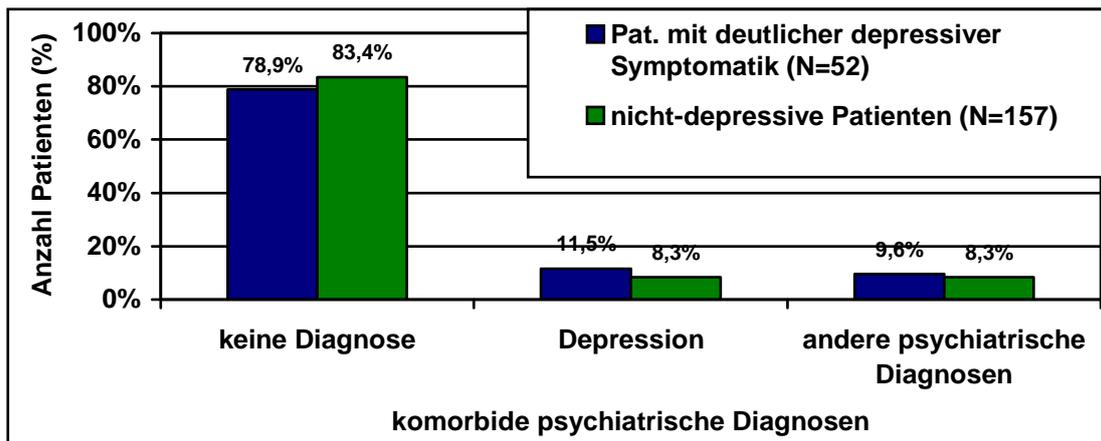


Abb. 53: Depressive Symptomatik anhand des BDI und psychiatrische Diagnosen bei der Aufnahme (vgl. Kapitel 3.8.2)

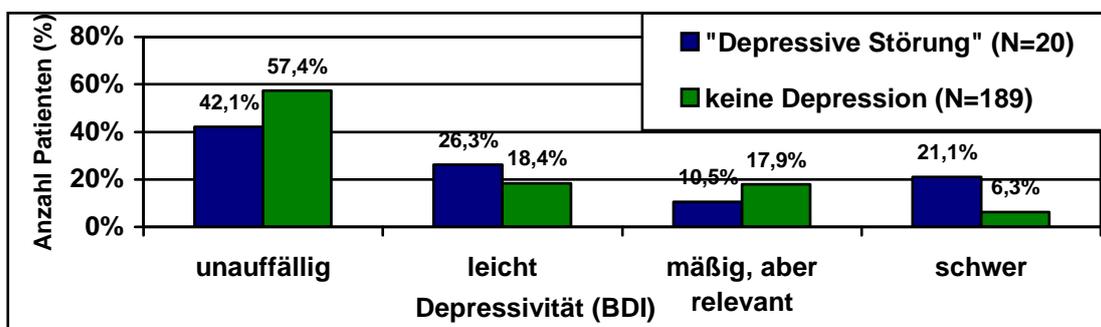


Abb. 54: Die Ausprägung der depressiven Symptomatik bei Patienten mit und ohne die Diagnose „Depressive Störung“ (vgl. Kapitel 3.8.2)

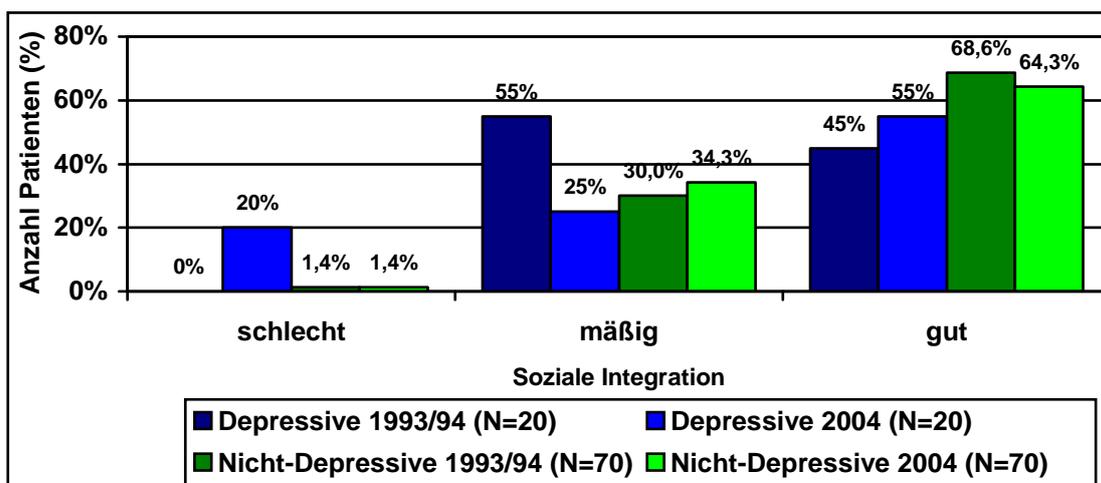


Abb. 55: Soziale Integration der Patienten mit und ohne deutliche depressive Symptomatik (BDI) bei Aufnahme und Katamnese (vgl. Kapitel 3.8.2)

Tabellen zu den p-Werten und der Alpha-Adjustierung nach Bonferoni-Holm

Abb. 56: Prognosefaktoren für die Mortalität bzw. das Überleben (vgl. Kap. 3.6.1 und 3.7.1; Likelihood-Quot. = Likelihood-Quotienten-Test)

Test	p-Wert	Bonferoni-H.-Schranke	Merkmal
Pearson	0.00015306	0.0012195121951	Familiäre Belastung
Pearson	0.00028228	0.00125	Lebererkrankungen b. Aufn. (keine vs. Fettleber vs. Hepatitis o. Zirrhose)
Pearson	0.00126478	0.0012820512821	Alkoholfolgeerkrankungen
Likelihood-Quot.	0.00160521	0.0013157894737	Mittlere tägl. Trinkmenge in 5 Jahren vor Aufn.
Pearson	0.006511111	0.0013513513514	Clomethiazolbehandlungen
Likelihood-Quot.	0.00708895	0.0013888888889	Mittlere tägl. Trinkmenge im Jahr vor Aufn.
Pearson	0.0086671	0.0014285714286	BDI (depressiv o. nicht?)
Pearson	0.02093868	0.0014705882353	Krampfanfälle
Likelihood-Quot.	0.05537235	0.0015151515152	GGT b. Aufn.
Likelihood-Quot.	0.05631128	0.0015625	GGT b. Entlassung
Likelihood-Quot.	0.06288515	0.0016129032258	MALT
Pearson	0.06737629	0.0016666666667	Delirien auf B6 oder in der Anamnese
Pearson	0.07413262	0.001724137931	Soziale Integration (Skala)
Likelihood-Quot.	0.07664769	0.0017857142857	Stationäre Behandlungen
Likelihood-Quot.	0.08867666	0.0018518518519	Abhängigkeitsdauer
Pearson	0.09199801	0.0019230769231	CGI: schwer vs. nicht schwer
Pearson	0.09445911	0.002	Benzodiazepine
Pearson	0.12716313	0.0020833333333	Nicht-alkoholbedingte organische Erkrankungen
Likelihood-Quot.	0.19041002	0.0021739130435	Beginn der Abhängigkeit (Alter)
Pearson	0.19812704	0.0022727272727	Geschlecht
Pearson	0.21227065	0.002380952381	Stationäre Entgiftungen
Pearson	0.22256932	0.0025	Nikotinabhängigkeit
Pearson	0.25348081	0.0026315789474	Komorbidität
Pearson	0.34729987	0.0027777777778	Toleranzveränderung
Pearson	0.34902337	0.0029411764706	Abstinenzperioden in 2 Jahren vor Aufnahme

Test	p-Wert	Bonferoni-H.-Schranke	Merkmal
Pearson	0.34951932	0.003125	Allein lebend?
Pearson	0.39088597	0.0033333333333333	Kinder
Likelihood-Quot.	0.39433507	0.0035714285714	Krankschreibungen vor Aufn.
Pearson	0.40007502	0.0038461538462	Leitsymptom d. Abhängigkeit
Pearson	0.45824674	0.00416666666667	Erwerbstätig?
Likelihood-Quot.	0.53489902	0.0045454545455	Beginn des Alkoholmissbrauchs (Alter)
Likelihood-Quot.	0.58018542	0.005	GABS-Summenwert
Likelihood-Quot.	0.62559915	0.0055555555556	Alter
Pearson	0.65239401	0.00625	Medikamentenmissbrauch
Likelihood-Quot.	0.67239713	0.0071428571429	Vollständige Abstinenz vor Aufn. (Tage)
Likelihood-Quot.	0.67552453	0.0083333333333333	GAF-Skala
Pearson	0.70011742	0.01	Suizidversuche
Pearson	0.86050311	0.0125	Berufsabschluss?
Pearson	0.92037614	0.01666666666667	Arbeitslos?
Pearson	0.92488802	0.025	Amnestische Episoden
Pearson	0.98114827	0.05	Feste Partnerschaft?

Abb. 57: Prognosefaktoren für Rückfälligkeit in der Gesamtstichprobe (vgl. Kap. 3.6.2 und 3.7.2; Likelihood-Quot. = Likelihood-Quotienten-Test)

Test	p-Wert	Bonferoni-H.-Schranke	Merkmal
Pearson	0.00177179	0.001163	Regulärer Abschluss des ambulanten Jahres
Pearson	0.00692047	0.00119	Familiäre Belastung
Pearson	0.00948427	0.00122	Stationäre Entgiftungen
Pearson	0.02011474	0.00125	Prognose des Arztes hinsichtl. längerer Abstinenz
Likelihood-Quot.	0.02651121	0.001282	GAF-Skala
Pearson	0.06060617	0.001316	Medikamentenmissbrauch
Likelihood-Quot.	0.10018548	0.001351	Dauer der Abhängigkeit
Pearson	0.1213501	0.001389	Keine Partnerschaften?
Pearson	0.12194905	0.001429	Erwerbstätig?
Pearson	0.13298853	0.001471	Teilnahme der Angehörigen an der Angehörigengruppe
Likelihood	0.14032868	0.001515	Beginn Abhängigkeit (Alter)

Test	p-Wert	Bonferoni-H.-Schranke	Merkmal
-Quot.			
Pearson	0.14616013	0.001563	Soziale Integration (Skala)
Likelihood -Quot.	0.15645829	0.001613	Suizidversuche
Pearson	0.15920896	0.001667	MALT
Pearson	0.21638501	0.001724	Nicht-alkoholbedingte organische Erkrankungen
Pearson	0.21777793	0.001786	Komorbidität
Likelihood -Quot.	0.23036986	0.001852	Wochen vollständiger Abstinenz im Jahr vor Aufn.
Likelihood -Quot.	0.2382956	0.001923	GABS-Summenwert
Pearson	0.24223519	0.002	Feste Partnerschaft?
Pearson	0.24405564	0.002083	Leitsymptom d. Abhängigkeit
Likelihood -Quot.	0.30004815	0.002174	Alkoholbedingte Verkehrsdelikte
Pearson	0.35436155	0.002273	Veranlassung der Aufnahme
Pearson	0.3887057	0.002381	Arbeitslos?
Pearson	0.39427066	0.0025	Therapiemotivation (Einschätzung des Arztes)
Pearson	0.39620891	0.002632	Kinder
Pearson	0.4003274	0.002778	Nikotinabhängigkeit
Pearson	0.43142812	0.002941	Geschlecht
Pearson	0.43517011	0.003125	Dauer der Abstinenz vor Aufnahme (Tage)
Pearson	0.50256704	0.003333	Prognose des Teams hinsichtl. längerer Abstinenz
Likelihood -Quot.	0.5801343	0.003571	Mittlere tägl. Trinkmenge im Jahr vor Aufn.
Pearson	0.59767196	0.003846	Berufsabschluss?
Likelihood -Quot.	0.63981979	0.004167	Beginn Alkoholmissbrauch (Alter)
Pearson	0.66542817	0.004545	Toleranzveränderungen
Pearson	0.71213893	0.005	Amnestische Episoden
Pearson	0.71311938	0.005556	Krampfanfälle
Pearson	0.75754929	0.00625	Krankheitseinsicht (Einschätzung des Arztes)
Likelihood -Quot.	0.82313779	0.007143	BDI-Durchschnittswerte
Likelihood -Quot.	0.834319	0.008333	Mittlere tägl. Trinkmenge in 5 Jahren vor Aufn.
Pearson	0.85167815	0.01	Alkoholfolgeerkrankungen
Pearson	0.91471311	0.0125	Depressivität (Schweregrad anhand des BDI)
Likelihood	0.92572529	0.016667	Alter

Test	p-Wert	Bonferoni-H.-Schranke	Merkmal
-Quot.			
Pearson	0.93553107	0.025	Abstinenzperioden in 2 Jahren vor Aufn.
Pearson	0.94525222	0.05	CGI: schwer vs. nicht schwer

Abb. 58: Gruppenvergleich der Patienten mit einem guten Verlauf und mit schwerer Rückfälligkeit (vgl. Kap. 3.6.3)

Test	p-Wert	Bonferoni-H.-Schranke	Merkmal
Pearson	0.00000314	0.002777777777777778	Krankheitseinsicht b. Kat.: gut vs. schlechter
Pearson	0.000009	0.00294117647058824	Hilfe vom Suchthilfesystem b. Kat.?
Pearson	0.00039891	0.003125	Krampfanfälle b. Kat.
Pearson	0.00050008	0.003333333333333333	Amnestische Episoden b. Kat.
Pearson	0.00072248	0.00357142857142857	Alkoholfolgeerkrankungen b. Kat.
Pearson	0.00410835	0.00384615384615385	Delirien b. Kat.
Pearson	0.00431431	0.004166666666666667	Keine Partnerschaften b. Kat.
Pearson	0.00898787	0.00454545454545455	Soziale Integration verschlechtert?
Pearson	0.01212152	0.005	Feste Partnerschaft b. Kat.
Pearson	0.03884687	0.005555555555555556	Tätigkeit unter dem Ausbildungsniveau?
Pearson	0.04108304	0.00625	Zufriedenheit mit d. körperlichen Zustand: (eher) zufrieden vs. (eher) unzufrieden
Pearson	0.08335442	0.00714285714285714	Erwerbstätig b. Kat.?
Pearson	0.16354085	0.008333333333333333	BDI-Verlauf: verschlechtert?
Pearson	0.21871484	0.01	Alkoholfolgeerkrankungen b. Kat.: gebessert?
Pearson	0.22719549	0.0125	Wohnverhältnisse b. Kat.
Pearson	0.28186238	0.01666666666666667	Suizidversuche b. Kat.
Pearson	0.46647949	0.025	Alleine lebend b. Kat.?
Pearson	0.63244616	0.05	Nicht-alkoholbedingte Erkrankungen b. Kat.

Abb. 59: Prognosefaktoren für langfristige Abstinenz bzw. schwere Rückfälligkeit (vgl. Kap. 3.6.3 und 3.7.2; Likelihood-Quot. = Likelihood-Quotienten-Test)

Test	p-Wert	Bonferoni-H.-Schranke	Merkmal
Pearson	0.00024877	0.00147059	Prognose des Arztes hinsichtlich Abstinenz
Pearson	0.01053585	0.00151515	Abschluss des ambulanten Jahres
Likelihood-Quot.	0.0292786	0.0015625	GAF-Skala
Pearson	0.05138953	0.0016129	Therapiemotivation nach Einschätzung des Arztes
Pearson	0.10456697	0.00166667	Stationäre Behandlungen in psychiatrischen Kliniken
Pearson	0.11972606	0.00172414	Teilnahme von Angehörigen an der Angehörigengruppe
Likelihood-Quot.	0.14157047	0.00178571	Dauer der Abhängigkeit
Pearson	0.16978562	0.00185185	CGI: schwer vs. nicht schwer
Pearson	0.18510968	0.00192308	Alkoholfolgeerkrankungen
Pearson	0.21231716	0.002	Familiäre Belastung
Pearson	0.21233632	0.00208333	Delirium tremens auf B6 oder in der Vorgeschichte
Pearson	0.22647747	0.00217391	Abstinenzperioden vor Aufn.
Pearson	0.26701063	0.00227273	Komorbidität
Pearson	0.27889705	0.00238095	Stationäre Entgiftungen
Pearson	0.28204284	0.0025	Keine Partnerschaften b. Aufn.
Likelihood-Quot.	0.30399447	0.00263158	BDI-Durchschnittswerte
Likelihood-Quot.	0.36816344	0.00277778	Wochen vollständiger Abstinenz im Jahr vor Aufn.
Likelihood-Quot.	0.37236744	0.00294118	Suizidversuche b. Aufn.
Likelihood-Quot.	0.37725008	0.003125	Alkoholbedingte Verkehrsdelikte
Pearson	0.42665833	0.00333333	Amnestische Episoden
Pearson	0.46647949	0.00357143	Allein lebend?
Pearson	0.49292278	0.00384615	Nikotinabhängigkeit
Likelihood-Quot.	0.50453676	0.00416667	Beginn der Abhängigkeit (Alter)
Pearson	0.50833157	0.00454545	Erwerbstätig?
Pearson	0.50833157	0.005	Feste Partnerschaft?
Pearson	0.63428616	0.00555556	Berufsabschluss?
Likelihood-Quot.	0.65212545	0.00625	Dauer der Abstinenz vor Aufnahme (Tage)

Test	p-Wert	Bonferoni-H.-Schranke	Merkmal
Pearson	0.67587561	0.00714286	Kinder
Pearson	0.70268046	0.00833333	Geschlecht
Pearson	0.75857337	0.01	Arbeitslos?
Likelihood-Quot.	0.79667452	0.0125	Alter
Likelihood-Quot.	0.81157942	0.01666667	MALT
Likelihood-Quot.	0.88699387	0.025	Mittlere tägl. Trinkmenge im Jahr vor Aufn.
Likelihood-Quot.	0.89696186	0.05	Beginn Alkoholmissbrauch (Alter)

Abb. 60: Repräsentativitätsprüfung der befragten Stichprobe (vgl. Kap. 3.6.4 und 4.4.2)

Test	p-Wert	Bonferoni-H.-Schranke	Frage
Pearson	0.03033205	0.003125	Erwerbstätig?
t-Test	0.04342635	0.00333333	MALT
Pearson	0.09365312	0.00357143	Berufsausbildung
Pearson	0.09877255	0.00384615	Soziale Integration (Skala)
Pearson	0.10136574	0.00416667	Arbeitslos?
t-Test	0.11321669	0.00454545	Alter
t-Test	0.16897133	0.005	Wochen vollständiger Abstinenz im Jahr vor Aufn.
Pearson	0.19312598	0.00555556	Geschlecht
Pearson	0.28383363	0.00625	Partnerschaftssituation
Pearson	0.2887532	0.00714286	CGI
Pearson	0.37555828	0.00833333	Kinder
Pearson	0.43079045	0.01	CGI: schwer vs. nicht schwer
t-Test	0.50008774	0.0125	GABS-Summenwerte
Pearson	0.57277218	0.01666667	Komorbidität
Pearson	0.61637314	0.025	Feste Partnerschaft?
t-Test	0.82391692	0.05	Dauer der Abhängigkeit

Abb. 61: Gruppenvergleich der Komorbiden mit den Nicht-Komorbiden (vgl. Kap. 3.8.1; Likelihood-Quot. = Likelihood-Quotienten-Test)

Test	p-Wert	Bonferoni-H.-Schranke	Merkmal
Pearson	0.03127285	0.002	Verlauf Trinkverhalten: gebessert?
Pearson	0.04348882	0.002083333333333333	Keine Partnerschaften b. Aufn.
Likelihood-Quot.	0.05806975	0.00217391304347826	Abstinenzperioden b. Aufn.
Pearson	0.08052928	0.00227272727272727	Familiäre Belastung
Pearson	0.08052928	0.00238095238095238	Nikotinkonsum b. Kat.
Pearson	0.10868468	0.0025	Erwerbstätig b. Aufn.?
Pearson	0.11986717	0.00263157894736842	Alkoholfolgeerkrankungen b. Kat.
Pearson	0.17402723	0.00277777777777778	CGI: schwer vs. nicht schwer
Pearson	0.23462233	0.00294117647058824	Kinder
Pearson	0.30642531	0.003125	BDI-Verlauf: gebessert?
Pearson	0.31010158	0.003333333333333333	Alkoholfolgeerkrankungen b. Aufn.
Pearson	0.3111829	0.00357142857142857	Nicht-alkoholbedingte Krankheiten b. Aufn.
Pearson	0.3138263	0.00384615384615385	Hilfe vom Suchthilfesystem b. Kat.
Pearson	0.33037263	0.00416666666666667	Psych. Krankheiten i. d. Fam.
Pearson	0.38925563	0.00454545454545455	Arbeitslos b. Aufn.?
Likelihood-Quot.	0.41023037	0.005	Rückfälligkeit b. Kat.
Pearson	0.42801013	0.00555555555555556	Arbeitslos b. Kat.?
Pearson	0.44562592	0.00625	Keine Partnerschaft b. Kat.?
t-Test	0.56521728	0.00714285714285714	Alter
Pearson	0.57805124	0.008333333333333333	Erwerbstätig b. Kat.?
Pearson	0.65439491	0.01	Geschlecht
Pearson	0.70935113	0.0125	Nicht-alkoholbedingte Krankheiten b. Kat.
Pearson	0.78352132	0.0166666666666667	Feste Partnerschaft b. Kat.?
Pearson	0.8263969	0.025	Feste Partnerschaft b. Aufn.?
Likelihood-Quot.	0.84655108	0.05	Trinkmonate b. Kat.

Abb. 62: Gruppenvergleich der Patienten mit und ohne depressive Symptomatik bei Aufnahme (vgl. Kap. 3.8.2; Likelihood-Quot. = Likelihood-Quotienten-Test)

Test	p-Wert	Bonferoni-H.-Schranke	Merkmal
Pearson	0.00179476	0.00185185185185185	BDI-Verlauf
Likelihood-Quot.	0.01772164	0.00192307692307692	Abstinenzperioden b. Aufn.
t-Test	0.03563023	0.002	MALT b. Aufn.
Pearson	0.04771884	0.00208333333333333	Arbeitslos b. Kat.?
Pearson	0.0537063	0.00217391304347826	Nikotinkonsum b. Kat.
Pearson	0.05949795	0.00227272727272727	Nikotinabhängigkeit b. Aufn.
Pearson	0.06296991	0.00238095238095238	Familiäre Belastung
Pearson	0.07165599	0.0025	Erwerbstätig b. Kat.?
Pearson	0.09694463	0.00263157894736842	Allein lebend b. Kat.?
Pearson	0.10500079	0.00277777777777778	Alkoholfolgeerkrankungen b. Kat.
t-Test	0.14352138	0.00294117647058824	Alter b. Aufn.
Pearson	0.18707773	0.003125	Suizidversuche i. d. Anamnese
Pearson	0.20489389	0.00333333333333333	Hilfe vom Suchthilfesystem b. Kat.
Pearson	0.21382623	0.00357142857142857	Erwerbstätig b. Aufn.?
Pearson	0.24949674	0.00384615384615385	Psychiatrische Komorbidität b. Aufn.
Pearson	0.30226167	0.00416666666666667	Keine Partnerschaft b. Aufn.?
Pearson	0.33248542	0.00454545454545455	Neue psych. Erkrankung b. Kat.
Pearson	0.33810811	0.005	Keine Partnerschaft b. Kat.?
Pearson	0.38012979	0.00555555555555556	Psych. Krankheiten i. d. Fam.
Pearson	0.39869231	0.00625	Fester Partner b. Aufn.?
Pearson	0.42976674	0.00714285714285714	Rückfälligkeit (Trinkmonate?)
Pearson	0.52616848	0.00833333333333333	Arbeitslos b. Aufn.?
Pearson	0.58006941	0.01	Geschlecht
Pearson	0.60535941	0.0125	Fester Partner b. Kat.?
Pearson	0.65014744	0.0166666666666667	Trinkverhalten gebessert o. nicht
Pearson	0.69320991	0.025	Nicht-alkoholbedingte Krankheiten b. Kat.
Pearson	0.70055114	0.05	BDI b. Kat. (depressiv o. nicht)

7.2 Fragebögen (Katamnese)

FRAGEBOGEN FÜR PROBAND

- a) Patienten-Nummer _ _ _ _ _
- b) Verwaltungsnummer _ _ _ _ _
- c) Aufnahme datum _ . _ . _ . _
- d) Entlassungsdatum..... _ . _ . _ . _
- e) Verweildauer..... _ _
- f) Geburtsdatum _ . _ . _ . _
- g) Alter..... _
- h) Geschlecht: männlich=1, weiblich=2..... _
- i) Patientenummer bei voriger Aufnahme (nicht zutreffend=A00000) _ _ _ _ _

- 1. Anzahl der Entgiftungs- und Suchtbehandlungen auf Station B6: _ _
- 2. Anzahl der Kriseninterventionen nach 6-wöchiger B6- Therapie: _ _

- 3. Familienstand: ledig = 1
verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend = 2
verheiratet, vom Ehepartner getrennt lebend = 3
geschieden = 4
verwitwet =5

- 4. aktuelle Partnerschaftssituation:
feste Partnerschaft, gemeinsame Wohnung = 1
feste Partnerschaft, getrennte Wohnung = 2
Trennung vom festen Partner = 3
„Single“ (kurzfristige bzw. zeitweilige Beziehungen) = 4
keine Partnerschaften = 5

- 5. Hausstand bzw. soziale Integration:
allein lebend = 1
im Heim lebend = 2
mit Ehemann/-Frau bzw. Lebensgefährten/-in zusammenlebend = 3
mit Verwandten oder engen Beziehungspersonen zusammenlebend = 4
(Eltern, Geschwistern, Kindern, Großeltern, Wohngemeinschaft;
aber o h n e Ehepartner bzw. Lebensgefährten)

- 6. Wohnverhältnisse: Eigenheim bzw. Eigentumswohnung = 1
Mietwohnung = 2
Zimmer (zur Untermiete bzw. fester Heimplatz) = 3
ohne festen Wohnsitz = 4 (auch Männerwohnheim,
Übernachtungsheim u.ä.)

7. Berufsausbildung: Abschlüsse, die in den letzten 10 Jahren hinzukamen
Anmerkung: Bitte immer die abgeschlossene Berufsausbildung markieren, auch wenn sich der Patient z.Zt. in einem weiteren Ausbildungsverhältnis befindet.

Lehre abgeschlossen = 1

Fachschule abgeschlossen = 2

Fachhochschule bzw. Universität abgeschlossen = 3

z.Zt. in Lehre, Fachschule, Fachhochschule bzw. Universität, aber keine abgeschlossene Berufsausbildung = 4

Kein Berufsabschluss = 5

(Lehre, Fachschule, Fachhochschule bzw. Universität)

8. Erwerbstätigkeit:

Anmerkung: eine bezahlte Berufsausbildung (z.B. Lehre) gilt als erwerbstätig.

Selbständige: je nach Umfang der Tätigkeit bei 1 oder 2 zuordnen

Voll erwerbstätig (mehr als 20 Stunden pro Woche bezahlter Tätigkeit) = 1

Teilweise erwerbstätig (10-19 Stunden pro Woche bezahlter Tätigkeit) = 2

z.Zt. in Schule, Fachschule, Fachhochschule, Universität o.ä. = 3

Hausfrau/ Hausmann = 4 (betragen die Wochenstunden 10-19 Stunden bei zusätzlicher Berufstätigkeit, dann bitte markieren bei teilweise erwerbstätig = 2)

Rentner = 5 (betragen die Wochenstunden 10-19 Stunden bei zusätzlicher Berufstätigkeit, dann bitte markieren bei teilweise erwerbstätig = 2)

arbeitslos = 6

Frührentner (Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente) = 8

(betragen die Wochenstunden 10-19 Stunden bei zusätzlicher Berufstätigkeit, dann bitte markieren bei teilweise erwerbstätig = 2)

9. Wie viele Wochen war der Patient in den letzten 12 Monaten in einem Beschäftigungsverhältnis?

Anmerkung: Bitte jede bezahlte Tätigkeit von mindestens 10

Wochenstunden berücksichtigen (auch, wenn krankgeschrieben).

Wochen:.....

10. Entspricht die derzeitige berufliche Tätigkeit dem Ausbildungsstand?

(Einschätzung des Befragers):

Tätigkeit liegt über dem Ausbildungsniveau = 1

Tätigkeit entspricht dem Ausbildungsstand = 2

Tätigkeit liegt unter dem Ausbildungsniveau = 3

unklar = 4

Rückfälle in den letzten 10 Jahren:

11. Anzahl der Rückfälle (gemeint ist jeder Konsum; zwischen zwei Rückfällen muss mindestens ein Monat Abstinenz liegen): ---
12. in welchem Jahr nach Entlassung von der Station B6 war der erste Rückfall? ---
13. Gesamtdauer der Trinkzeit in Monaten: ---
14. Gesamtdauer der Abstinenz in Monaten: ---

Rückfälle im letzten Jahr:

15. Anzahl der Rückfälle (jeder Konsum; mindestens ein Monat Abstinenz zwischen zwei Rückfällen): ---
16. Gesamtdauer der Trinkzeit in Wochen: ---
17. Gesamtdauer der Abstinenz in Wochen: ---

Suchtbehandlungen in den letzten 10 Jahren:

18. Anzahl der stationären Aufnahmen als Notfall: ---
19. Anzahl der stationären Entgiftungen: ---
20. Anzahl der Entwöhnungstherapien (stationär/ ambulant): ---
21. Gesamtzeit der Teilnahme an Selbsthilfegruppen in den letzten 10 Jahren in Monaten ---
22. Gesamtzeit der Teilnahme an Selbsthilfegruppen im letzten Jahr in Wochen: ---

23. Trinkmengen im letzten Monat:

Pro Tag	Angabe: Liter/ Tag	
	maximale Trinkmenge	durchschnittliche Trinkmenge
Bier:	---	---
Wein:	---	---
Most:	---	---
Schnaps:	---	---
Synthetischer Alkohol:	---	---
Andere Sorten:	---	---

Klartext andere Sorten: _____

Klartext Trinkgewohnheiten: _____

Maximal	Gramm-Angabe/ Tag	durchschnittlich
---	Bier	---
---	Wein	---
---	Most	---
---	Schnaps	---
---	Synthetischer Alkohol	---
---	Andere Sorten Alkohol	---
---	GESAMTSUMME	---

24. Amnestische Episoden: sind in den letzten 10 Jahren vorgekommen = 1
sind nicht vorgekommen = 0 —
25. Delirium tremens:
(Halluzinationen, Illusionen, Denkstörungen, Orientierungsstörungen,
Bewusstseinsstörungen, Tremor, Tachykardie, Temperaturanstieg)
Anzahl der Delirien in den letzten 10 Jahren:.....
sind nicht vorgekommen = 00 — —
26. Krampfanfälle: Anzahl der Krampfanfälle in den letzten 10 Jahren:
sind nicht vorgekommen = 00 — —
27. Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken in den letzten 10 Jahren:
(Alkoholprobleme ausgenommen. Z.B. wegen Depression, Schizophrenie,
Persönlichkeitsstörungen etc.) Anzahl:..... nicht bekannt = 99 — —
28. Suizidversuche sind in den letzten 10 Jahren bekannt:
Anzahl der Suizide:..., nicht bekannt = 99 — —
29. Einnahme von illegalen Drogen in den letzten 10 Jahren in „relevanter
Menge“, d.h. mehr als 5 mal:
nur Heroin = 1 —
nur Haschisch = 2
andere illegale Drogen = 3
Polytoxikomanie = 4
keine illegalen Drogen = 0
Klartext: (bitte ausführen, welche Drogen mehr als 5 mal genommen
wurden) _____

Einnahme von Medikamenten, die eine Abhängigkeit verursachen können, in
den letzten 10 Jahren in relevanter Menge:

Anmerkung: nicht markieren, wenn der Patient während einer akuten
Erkrankung, die nicht länger als 4 Wochen gedauert haben darf, eines dieser
Medikamente auf ärztliche Anordnung hin eingenommen hat. J e d e
Einnahme über den Zeitraum von 4 Wochen hinaus, auch auf ärztliche
Anordnung, ist zu markieren.

30. Benzodiazepine: nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 —
31. Amphetamine oder andere Aufputschmittel:
nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 —
32. Jede Form von Schmerzmitteln: nicht zutreffend = 0,
zutreffend = 1 —

Klartext: _____

Sonstige Medikamenteneinnahme in den letzten 10 Jahren

33. andere Psychopharmaka: nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 _____

wenn ja: Klartext: _____

34. alle anderen Medikamente: nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 _____

wenn ja: Klartext: _____

a) wenn ja: Anzahl der Monate, in denen die Medikamente eingenommen wurden: _____

Medikamenteneinnahme im letzten Jahr

35. Psychopharmaka: nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 _____

wenn ja: Klartext: _____

36. alle anderen Medikamente: nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 _____

wenn ja: Klartext: _____

a) wenn ja: Anzahl der Wochen, in denen Medikamente eingenommen wurden: _____

37. Nikotinkonsum: (seltener Nikotinkonsum = 0) _____

nicht zutreffend = 0, Anzahl pro Tag: 1-5 Zigaretten pro Tag = 1 _____

6-20 Zigaretten pro Tag = 2 _____

über 20 Zigaretten pro Tag = 3 _____

38. Kamen in den letzten 10 Jahre neue Substanzen mit Suchtpotential hinzu? _____

Trifft zu = 1; trifft nicht zu = 0 _____

Wenn ja: Klartext: _____

Verkehrsdelikte in den letzten 10 Jahren:

39. ohne Alkohol: keine Verkehrsdelikte = 0, Anzahl:..... _____

40. mit Alkohol: keine Verkehrsdelikte = 0, Anzahl:..... _____

41. Promillegehalt beim alkoholbedingten Verkehrsdelikt:

1. Delikt: __, __ __ 2. Delikt: __, __ __ 3. Delikt: __, __ __

(Promillegehalt nicht bekannt = 999)

42. Führerscheinenzug in den letzten 10 Jahren: _____

hatte nie einen Führerschein = 9

kein Führerscheinenzug = 0, Anzahl:.....

43. Begutachtung der Verkehrseignung: _____

Gutachten durchgeführt: Verkehrseignung gegeben = 1

Gutachten durchgeführt: Verkehrseignung nicht gegeben = 2

Keine Begutachtung = 0

44. andere Delikte in den letzten 10 Jahren: _____

schweres Gewaltverbrechen = 5 (Tötung, Raub, schwere Körperverletzung)

Einfache Körperverletzung = 4 (Kneipenschlägerei etc.)

Eigentumsdelikte = 3 (Diebstahl, Fälschung etc.)

Straßenverkehrsdelikte = 2

Andere Delikte = 1

Keinerlei Delikte = 0

45. Zufriedenheit mit dem körperlichen Zustand: _____
sehr zufrieden = 1
zufrieden = 2
eher zufrieden = 3
eher unzufrieden = 4
unzufrieden = 5
sehr unzufrieden = 6
- Sind Alkoholfolgeschäden bekannt?
46. Lebererkrankung: _____
Fettleber = 1
Hepatitis = 2
Zirrhose = 3
Lebererkrankung, nicht näher bezeichnet = 4
keine Lebererkrankung = 0
47. Polyneuropathie: _____
nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1
48. Sonstige internistische und/oder chirurgische Alkoholfolgekrankheiten: _____
nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1
49. Einstellung der Partnerin/ des Partners zum derzeitigen Trinkverhalten
des Patienten (nach Aussage des Patienten): _____
unterstützend = 1
gleichgültig = 2
kritisch = 3
ständiger Streit wegen des Alkoholkonsums = 4

SELBSTBEURTEILUNGSBOGEN DES PATIENTEN

Fragebogen nach Fichter und Frick:

Im folgenden finden Sie einige Aussagen über Ihre Gesundheit und Behandlung. Bitte sehen Sie, inwieweit jede der Feststellungen für Sie zutrifft oder nicht und markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz. Es gibt weder richtige noch falsche Antworten. Die Antwort zu den Aussagen soll Ihre persönliche Meinung oder Erfahrung ausdrücken.

Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden und **keinen** Einfluß auf Ihre weitere Behandlung haben.

Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig aus und lassen Sie keine Aussage aus.

	Trifft zu				
	voll und ganz	weitgehend	teilweise	kaum	gar nicht
1. Ich glaube, die anderen Menschen achten mich wegen meiner Alkoholprobleme weniger.	4	3	2	1	0
2. Medikamente verdecken die wahren Probleme und verhindern, dass sie richtig gelöst werden.	4	3	2	1	0
3. Eigentlich nehme ich ungern Medikamente.	4	3	2	1	0
4. Ich glaube, meine Alkoholkrankheit ist hauptsächlich erblich bedingt.	4	3	2	1	0
5. Eine sinnvolle Behandlung muss so angelegt sein, dass sie meine Lebensgewohnheiten nicht wesentlich verändert.	4	3	2	1	0
6. Es ist unwahrscheinlich, dass ich einen Rückfall ins Trinken erleide.	4	3	2	1	0
7. Ich brauche sehr die Unterstützung meiner Familie und Freunde, um weiter trocken zu bleiben zu können.	4	3	2	1	0
8. Auch mein Therapeut kann meinen Zustand nicht richtig beurteilen.	4	3	2	1	0
9. Im Wesentlichen bin ich körperlich und nicht seelisch krank.	4	3	2	1	0
10. In meinem Fall ist das Alkoholproblem nicht besonders groß.	4	3	2	1	0
11. Wenn ich später nicht aufpasse, kann leicht ein Rückfall kommen.	4	3	2	1	0
12. Wenn ich Beschwerden habe, denke ich als erstes daran, ein Medikament einzunehmen.	4	3	2	1	0
13. Ich informiere mich sehr genau über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten, die ich einnehme bzw. einnahm.	4	3	2	1	0

	Trifft zu				
	voll und ganz	weit- gehend	teil- weise	kaum	gar nicht
14.Es gibt nichts, was mich wirklich gesund machen könnte.	4	3	2	1	0
15.Meine persönlichen Probleme sind die Ursache, dass ich krank geworden bin.	4	3	2	1	0
16.Einen Rückfall zu bekommen, ist das Schlimmste, was mir passieren kann.	4	3	2	1	0
17.Es ist einfach eine Folge meiner Lebensumstände und äußeren Einflüsse, dass ich krank geworden bin.	4	3	2	1	0
18.Ich glaube, wenn ich wollte, würde ich es auch ganz alleine schaffen, trocken zu bleiben.	4	3	2	1	0
19.In die jetzige Behandlung bin ich nur auf Drängen anderer gegangen.	4	3	2	1	0
20.Manche Probleme, die meine Alkoholkrankheit betreffen, würde ich nicht einmal meinem Therapeuten erzählen.	4	3	2	1	0
21.Ich glaube, dass ich ein Therapieversager bin.	4	3	2	1	0
22.Den Hauptanteil der Verantwortung für meine Gesundheit und meinen Therapieerfolg trage ich selber.	4	3	2	1	0
23.Ich bin bereit, wesentliche Unannehmlichkeiten in Kauf zu nehmen, wenn dies für den Behandlungserfolg hilfreich ist.	4	3	2	1	0
24.Am besten kann ich selbst meinen jetzigen Gesundheitszustand erkennen und beurteilen.	4	3	2	1	0
25.Ich bin vom Alkohol abhängig.	4	3	2	1	0
26.Es ist meinen Familienangehörigen, Freunden und Bekannten gleichgültig, ob ich eine Behandlung mache oder nicht.	4	3	2	1	0
27.Es macht mir gar nicht so viel aus, einen Rückfall zu bekommen.	4	3	2	1	0
28.Es ist größtenteils die Schuld meiner Familie, meiner Freunde oder Bekannten, dass ich Probleme mit dem Alkohol bekam.	4	3	2	1	0
29.Für mich kommt nur eine Behandlung in Frage, die mich wenig Zeit und Mühe kostet.	4	3	2	1	0
30.Im Falle eines künftigen Rückfalls würde ich eine längere Entwöhnungsbehandlung (6-9 Monate) ablehnen.	4	3	2	1	0
31.Ich vertraue auf das, was der Therapeut empfiehlt, ohne es länger zu hinterfragen.	4	3	2	1	0

	Trifft zu				
	voll und ganz	weitgehend	teilweise	kaum	gar nicht
32. Ich schäme mich, anderen einzugestehen, dass ich Probleme mit dem Alkohol hatte.	4	3	2	1	0
33. Über Entstehung, Ausprägungsformen und Risiken meiner Alkoholkrankung bin ich gut informiert.	4	3	2	1	0
34. Allein der Therapeut ist verantwortlich dafür, dass die Behandlung erfolgreich ist.	4	3	2	1	0
35. Zwar fällt es mir schwer, in einer Gruppe von Alkoholkranken Vertrauliches über mich selbst mitzuteilen, doch es gelingt mir.	4	3	2	1	0
36. Ich habe meine Probleme schon immer alleine gelöst.	4	3	2	1	0
37. Ich brauche zu meiner Stabilisierung einfach nur Ruhe und Erholung.	4	3	2	1	0
38. Nur Menschen, die mich gut kennen, können meinen Zustand erkennen und beurteilen.	4	3	2	1	0
39. Das Risiko von Alkoholfolgekrankheiten (Delir, Anfälle, Magengeschwür, Lebererkrankungen) schreckt mich weniger davor ab, zu trinken.	4	3	2	1	0
40. Ich bin sicher, dass ich das Alkoholproblem mit der Zeit in den Griff bekomme.	4	3	2	1	0
41. Ich habe den Eindruck, dass meinen Therapeuten meine Probleme überhaupt nicht interessieren.	4	3	2	1	0
42. Man sollte so wenig wie möglich Medikamente nehmen.	4	3	2	1	0
43. Ich bin ein sehr schwieriger Mensch.	4	3	2	1	0
44. Da ich krank bin, sollten die anderen rücksichtsvoller und empfindsamer mit mir umgehen.	4	3	2	1	0
45. Meine Abhängigkeit ist verursacht durch:					
a) eine körperliche Störung.	4	3	2	1	0
b) eine gestörte Kindheit.	4	3	2	1	0
c) Überarbeitung, Überlastung, Stress.	4	3	2	1	0
d) andere Umwelteinflüsse.	4	3	2	1	0
e) meine Konstitution, körperl. Verfassung.	4	3	2	1	0
f) gestörte Funktionsabläufe in meinem Körper.	4	3	2	1	0
g) Vererbung.	4	3	2	1	0
46. Mein Ziel ist es, völlig mit dem Trinken aufzuhören (totale Abstinenz).	4	3	2	1	0
47. Ich bin körperlich abhängig vom Alkohol.	4	3	2	1	0
48. Ich bin seelisch abhängig vom Alkohol.	4	3	2	1	0
49. Später werde ich Alkohol in Maßen und kontrolliert trinken.	4	3	2	1	0

BDI

In diesem Fragebogen gibt es Gruppen von Sätzen. Bitte lesen Sie jede Gruppe von Sätzen sorgfältig durch. Dann wählen Sie denjenigen Satz jeder Gruppe aus, der am besten beschreibt, wie Sie sich in der letzten Woche gefühlt haben – einschließlich heute!

Machen Sie einen Kreis um die Nummer vor dem ausgewählten Satz. Wenn mehrere Sätze der Gruppe gleich zu passen scheinen, umkreisen Sie jeden davon. Vergewissern Sie sich, dass Sie alle Sätze der jeweiligen Gruppe gelesen haben. Bevor Sie Ihre Wahl treffen.

1. 0 Ich bin nicht traurig.
1 Ich bin traurig.
2 Ich bin dauernd traurig und kann aus dieser Stimmung nicht herauskommen.
3 Ich bin so traurig und so unglücklich, dass ich es nicht mehr aushalten kann.
2. 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
2 Ich glaube, ich habe nichts mehr zu erwarten.
3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und die Dinge sich nicht zum Besseren wenden können.
3. 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
1 Ich glaube, ich habe öfters versagt als die meisten Menschen.
2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich nur eine Menge Fehlschläge.
3 Ich glaube, ich bin als Mensch ein völliger Versager.
4. 0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.
5. 0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle.
1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
3 Ich habe immer Schuldgefühle.
6. 0 Ich habe nicht das Gefühl, vom Schicksal gestraft zu sein.
1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
3 Ich habe das Gefühl, vom Schicksal bestraft zu werden.
7. 0 Ich bin von mir nicht enttäuscht.
1 Ich bin von mir enttäuscht.
2 Ich ekele mich vor mir selber.
3 Ich hasse mich.
8. 0 Ich meine nicht, dass ich schlechter bin als sonst jemand.
1 Ich bin sehr kritisch, was meine Schwächen und Fehler angeht.
2 Ich mache mir ständig Vorwürfe wegen meiner Fehler.
3 Ich mache mir Vorwürfe bei allem, was schief geht.

9. 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
 1 Ich denke manchmal daran, mir etwas anzutun.
 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich es könnte.
10. 0 Ich weine nicht öfter als früher.
 1 Ich weine häufiger als früher.
 2 Ich weine jetzt dauernd.
 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt habe ich keine Tränen mehr, selbst wenn ich weinen möchte.
11. 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
 1 Ich bin jetzt leichter verärgert als sonst.
 2 Ich bin dauernd gereizt.
 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.
12. 0 Ich habe nicht das Interesse an anderen Menschen verloren.
 1 Mich interessieren andere Leute weniger als früher.
 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.
13. 0 Ich kann Entscheidungen ungefähr so gut treffen wie sonst.
 1 Ich schiebe jetzt Entscheidungen öfter als früher auf.
 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.
14. 0 Ich finde, dass ich nicht schlechter aussehe als früher.
 1 Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.
 2 Ich spüre, dass in meinem Aussehen Veränderungen eingetreten sind.
 3 Ich glaube, dass ich hässlich aussehe.
15. 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
 1 Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich etwas anfangen.
 2 Ich muß mich geradezu zwingen, etwas zu tun.
 3 Ich kann gar nichts mehr arbeiten.
16. 0 Ich schlafe so gut wie immer.
 1 Ich schlafe nicht so gut wie immer.
 2 Ich wache jetzt ein bis zwei Stunden früher auf und schlafe nur schlecht wieder ein.
 3 Ich wache jetzt einige Stunden früher auf und kann nicht wieder einschlafen.
17. 0 Ich ermüde nicht mehr als früher.
 1 Ich ermüde leichter als früher.
 2 Schon die geringste Anstrengung ermüdet mich.
 3 Ich bin zu müde, um irgendetwas zu tun.
18. 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
 1 Mein Appetit ist nicht mehr so wie früher.
 2 Mein Appetit ist viel schlechter als sonst.
 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.
19. 0 Ich habe in letzter Zeit nicht oder kaum abgenommen.
 1 Ich habe mehr als 5 Pfund verloren. Ich esse absichtlich weniger, um
 2 Ich habe mehr als 10 Pfund verloren. abzunehmen:
 3 Ich habe mehr als 15 Pfund verloren. Ja Nein

20. 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
- 1 Ich mache mir Sorgen um körperlich Probleme wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
 - 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwer fällt, an etwas anderes zu denken.
 - 3 Ich mache mir so große Sorgen um meine gesundheitlichen Probleme, dass ich an nichts anderes denken kann.
21. 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderungen in meinem sexuellen Interesse festgestellt.
- 1 Ich habe weniger sexuelles Interesse als früher.
 - 2 Ich habe kaum noch sexuelles Interesse.
 - 3 Ich habe gar kein Interesse mehr an sexueller Betätigung.

FRAGEBOGEN FÜR BEFRAGER

Einschätzung des Befragers zu bestimmten Ausprägungsformen der Erkrankung des Patienten:

1. Krankheitseinsicht: sehr gut = 5, gut = 4, mäßig = 3, gering = 2, keine = 1 ___

Nutzt der Patient im Moment Hilfsangebote im Suchthilfesystem?

- | | | |
|---|------------------------------------|-----|
| 2. Keine | trifft zu = 1, trifft nicht zu = 0 | ___ |
| 3. Selbsthilfegruppe | trifft zu = 1, trifft nicht zu = 0 | ___ |
| 4. Betriebliche Suchthilfe | trifft zu = 1, trifft nicht zu = 0 | ___ |
| 5. Suchtberatungsstelle | trifft zu = 1, trifft nicht zu = 0 | ___ |
| 6. Hausarzt | trifft zu = 1, trifft nicht zu = 0 | ___ |
| 7. Psychiater | trifft zu = 1, trifft nicht zu = 0 | ___ |
| 8. Psychologischer Psychotherapeut | trifft zu = 1, trifft nicht zu = 0 | ___ |
| 9. Psychiatrische Institutsambulanz der Uni | trifft zu = 1, trifft nicht zu = 0 | ___ |

10. Leitsymptom der Abhängigkeit nach Katamneseerhebung und Beurteilung: ___

vorwiegend Kontrollverlust = 1

vorwiegend Spiegeltrinken = 2

Kontrollverlust und Spiegeltrinken = 3

andere Abhängigkeitszeichen dominieren (siehe DSM-III-R, weiter unten) = 4

es lagen keine eindeutigen Abhängigkeitszeichen vor = 0

11. In den letzten 10 Jahren neu aufgetretener Medikamentenmissbrauch bzw. Medikamentenabhängigkeit: ___

Medikamentenmissbrauch = 1, Medikamentenabhängigkeit = 2,
kein Medikamentenmissbrauch, keine Medikamentenabhängigkeit = 0

12. In den letzten 10 Jahren neu aufgetretener Drogenmissbrauch bzw. Drogenabhängigkeit: ___

Drogenmissbrauch = 1, Drogenabhängigkeit = 2,
kein Drogenmissbrauch, keine Drogenabhängigkeit = 0

13. In den letzten 10 Jahren neu aufgetretene Echte Polytoxikomanie:
Anmerkung: echte Polytoxikomanie besteht, wenn Drogen, evtl. auch Alkohol, zugleich konsumiert werden. Keine Droge steht völlig im Vordergrund.

Nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 ___

14. In den letzten 10 Jahren neu aufgetretene Nikotinabhängigkeit: ___

Nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 ___

15. In den letzten 10 Jahren neu aufgetretener andere psychiatrische Erkrankungen: _____
- Hirnorganische Erkrankung (Demenz, Schwachsinn vor dem 65. Lebensjahr) = 1
- Schizophrenie oder schizophreniforme Störungen = 2
- Depressive und Angst-Erkrankung = 3 (Major Depression, bipolare Psychose, depressive Neurose, Angsterkrankung)
- Persönlichkeitsstörung = 4
- Neurose (außer rein depressive Neurose) oder psychosomatische Erkrankung = 5
- Sonstige = 6
- keine andere psychiatrisch relevante Erkrankung bekannt = 0
- Bitte Klartext: _____
16. Relevante organische Erkrankung, die als Alkoholfolgekrankheit zu klassifizieren ist: _____
- nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1
17. Andere organische Erkrankung, die n i c h t als Alkoholfolgekrankheit zu klassifizieren ist: nicht zutreffend = 0, zutreffend = 1 _____

MALT-F

	Trifft zu	trifft nicht zu
1. Lebererkrankung anamnestisch:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Polyneuropathie anamnestisch: nicht bei Diabetes mellitus und anderen chronischen Vergiftungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Delirium tremens jetzt oder in der Vorgeschichte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Alkoholkonsum mindestens über einige Monate Männer: Menge > 120g/d (reiner Alkohol: 150 ml/d) Frauen: Menge > 100 g/d (reiner Alkohol: 120 ml/d)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Alkoholkonsum ein- oder mehrmals im Monat Männer: Menge > 240 g/d (reiner Alkohol: 300 ml/d) Frauen: Menge > 200 g/d (reiner Alkohol: 240 ml/d)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Foetor alcoholicus z.Zt. des Interviews	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Familienangehörige oder engere Bezugspersonen haben In den letzten 10 Jahren Rat gesucht wegen der Alkoholprobleme des Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUSWERTUNG DER ERSTEN KONTAKTAUFNAHME

- a) Patientennummer....._ _ _ _ _
- b) Verwaltungsnummer....._ _ _ _ _
- c) Aufnahmedatum....._ . _ . _
- d) Entlassungsdatum....._ . _ . _
- e) Verweildauer..... _ _ _ _ _
- f) Geburtsdatum..... _ . _ . _
- g) Alter....._ _
- h) Geschlecht: männlich = 1, weiblich = 2_
- i) Patientennummer bei voriger Aufnahme(nicht zutreffend = A00000)_ _ _ _ _

- 1. Es konnte keine Information gewonnen werden. _____
 - a) der Patient wurde nicht gefunden = 1
 - b) der Patient ist verstorben = 2
 - c) der Patient hat eine Teilnahme an der Studie abgelehnt = 3
 - d) trifft nicht zu = 0
- 2. Es wurden Informationen gewonnen. _____
 - a) es wurde nur ein Ersatzinformant erreicht = 1
 - b) der Patient wurde nur telefonisch befragt = 2
 - c) der Patient wurde persönlich befragt = 3
 - d) der Patient wurde nur schriftlich befragt = 4
 - e) trifft nicht zu = 0
- 3. falls Patient verstorben: _____
 - a) Todestag: _____
 - b) Todesursache: _____
Klartext: _____
Alkoholfolgeerkrankung = 1
Keine Alkoholfolgeerkrankung = 2
Nicht bekannt = 9
 - c) Patient lebt = 0
- 4. falls Teilnahme abgelehnt: _____
 - Rückfall in den letzten 10 Jahren = 1
 - Dauerhaft abstinent = 2
 - Nicht bekannt = 9
 - Trifft nicht zu = 0

7.3 Briefe an die Patienten

Das erste Anschreiben

Betreff: Studie zum Krankheitsverlauf bei Alkoholismus nach 10 Jahren

Sehr geehrte,

Vor 10 Jahren waren Sie zur Behandlung auf unserer Station B6. Wir hoffen, dass Ihnen die Therapie geholfen hat und es Ihnen nun gut geht.

Vielleicht erinnern Sie sich, dass Sie damals an einem umfassenden Forschungsprojekt teilgenommen haben. Da wir unsere Therapien immer weiter verbessern wollen, würden wir daran anknüpfend gerne erfahren, wie es Ihnen und Ihren Mitpatienten in der Zwischenzeit ergangen ist. Durch den Vergleich der Krankheitsverläufe hoffen wir, in der Zukunft besser jedem Patienten die für ihn optimale Therapie empfehlen zu können.

Bei einer Teilnahme an der Studie würden Sie einen Fragebogen selbst ausfüllen und einen zweiten Fragebogen gemeinsam mit einer Mitarbeiterin unserer Forschungsgruppe beantworten. Der Zeitaufwand wäre insgesamt etwa eine Stunde. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. In der Studie werden Ihre Daten anonym verwertet. Eine Mitarbeiterin unserer Studie wird in den nächsten Wochen versuchen, Sie telefonisch zu erreichen. Dort haben Sie auch Gelegenheit zu Rückfragen.

(Bzw., falls keine Telefonnummer bekannt war:) Bitte schicken Sie uns den beiliegenden Antwortbogen ausgefüllt zurück.

In der Hoffnung auf Ihre Mitarbeit verbleiben wir mit freundlichem Gruß,

PD Dr. med. Gerhard Längle
Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie
Rehabilitationswesen
Tübinger Forschungsgruppe
Sozialpsychiatrie
Leiter der Studie

Dr. med. Stefan Haug
Stationsarzt Station B6

Cand. med. Carola Flurschütz
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Cand. med. Elvira Kraus
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Antwortbogen an die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität
Tübingen

Bitte kreuzen Sie zutreffende Aussagen an:

- 1.a) **Ja**, ich bin bereit, an der Studie zum Krankheitsverlauf bei Alkoholismus nach 10 Jahren teilzunehmen.

Für die Befragung wären bei mir folgende Termine möglich:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1. __. __. __.04, _____ Uhr | 6. __. __. __.04, _____ Uhr |
| 2. __. __. __.04, _____ Uhr | 7. __. __. __.04, _____ Uhr |
| 3. __. __. __.04, _____ Uhr | 8. __. __. __.04, _____ Uhr |
| 4. __. __. __.04, _____ Uhr | 9. __. __. __.04, _____ Uhr |
| 5. __. __. __.04, _____ Uhr | 10. __. __. __.04, _____ Uhr |
-

- b) Ich bin bereit, zum Gespräch in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie zu kommen.
oder
 Bitte besuchen Sie mich. Meine Anschrift: _____

- c) Den Gesprächstermin teilen Sie mir bitte auf folgendem Wege mit:
Telefon: _____
e-mail: _____
Anschrift: _____

- 2.a) **Nein**, ich bin nicht bereit, an der Studie teilzunehmen.

- b) Falls Sie nicht bereit sind, teilzunehmen, bitten wir Sie um eine kurze Begründung: _____

- c) Wichtig wären uns in jedem Fall noch folgende Angaben:
Rückfälle in den letzten 10 Jahren
 Ja
 Nein

Name des Antwortenden:

Datum/ Unterschrift

Der Begleitbrief zu den Selbstbeurteilungsbögen

Sehr geehrte...

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an der Studie zum Krankheitsverlauf bei Alkoholismus nach 10 Jahren teilzunehmen!

Anbei erhalten Sie nun den Teil des Fragebogens, den Sie selbst ausfüllen sollten. Kreuzen Sie bitte jeweils die Aussage an, die Ihnen am zutreffendsten erscheint. Sollten bei der Bearbeitung Fragen auftreten, so können wir sie gemeinsam bei unserem Gespräch klären.

Der vereinbarte Gesprächstermin ist am, _ _ . 2004 um _ : _ Uhr bei Ihnen zuhause in ... (bzw.) in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Osianderstraße 24 in Tübingen.

Bitte warten Sie an der Pforte auf mich, dort werde ich Sie dann abholen.

Falls Sie den vereinbarten Termin doch nicht wahrnehmen können, rufen Sie mich bitte so bald wie möglich an: ...

Im Voraus vielen Dank für Ihre Hilfe!

Mit freundlichem Gruß,

Carola Flurschütz
Doktorandin

Anlage: Fragebogen

Danksagung

Ganz besonders möchte ich allen ehemaligen Patienten für die meist sehr offenen Gespräche danken, die nicht nur für diese Arbeit die Grundlage, sondern auch für meine weitere Laufbahn eine große Bereicherung sind. Mein herzlicher Dank gilt auch meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Gerhard Längle, der trotz seiner vielen Aufgaben ein stets ermunternder Begleiter war, und meinem Betreuer, Herrn Dr. Stefan J. Haug, der immer Zeit fand, wenn Fragen auftauchten und darüber hinaus auch durch seine Anteilnahme eine Unterstützung war. Mit beiden hatte ich großes Glück! Danken möchte ich außerdem meiner Mitdotorandin Elvira Kraus für die gute Zusammenarbeit und Freundschaft, Herrn Dr. Reinhard Vonthein vom Institut für Medizinische Biometrie für die statistische Beratung, meinen Freunden Julia und Thomas Meyer und Stephanie Weigel für das Korrekturlesen sowie den MitarbeiterInnen der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, die beim „Drumherum“ behilflich waren... und nicht zuletzt meiner Familie und meinen Freunden, die alle Höhen und Tiefen geduldig und liebevoll mitgetragen haben.

Lebenslauf

Carola Flurschütz

Am 08.08.1978 geboren in Hamburg als Tochter der Designerin Claudia Flurschütz und des Malers und Grafikers Prof. Gero Flurschütz

Schulbesuch bis zum Abitur im Juni 1997 in Hamburg

August 1997 bis März 1998 Krankenpflegepraktikum in der Pädiatrischen Abteilung der Filderklinik in Filderstadt

April 1998 bis Februar 1999 Studium der Theologie an der Freien Hochschule der Christengemeinschaft in Stuttgart

April 1999 bis Mai 2006 Studium der Medizin an der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

Ärztliche Vorprüfung im September 2001

Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung im August 2002

Famulaturen im Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, in der Filderklinik, Filderstadt und in der Universitätsklinik Tübingen sowie im Centro de Salud, San Antonio/ Perú und im Centro Materno Infantil, Chilca/ Perú

Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung im April 2005

2005-2006 Praktisches Jahr im Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima/ Perú (Chirurgie), im Instituto Especializado de Salud del Niño und im Instituto Materno Perinatal, Lima/ Perú (Pädiatrie) sowie in der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen (Innere Medizin)

Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung am 23. Mai 2006

Seit August 2006 Ärztin in Weiterbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie im Zentrum für Psychiatrie Münsterklinik, Zwiefalten