



*Praxisrelevante  
Suchtforschung*

19./20. November 1996  
Schloß Eringerfeld

Dokumentation

Forum Sucht  
Band 14

ISSN 0942-2382



Landschaftsverband  
Westfalen-Lippe

**Herausgeber:**

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Abteilung Gesundheitswesen  
Dezernent: Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich

Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung  
Leiter: Wolfgang Rometsch  
Hörsterplatz 4  
48133 Münster

1. Auflage  
1. - 1.500

Münster 1997

# **Praxisrelevante Suchtforschung**

**- Fachtagung -**

**19./20. November 1996  
Schloß Eringerfeld**



## Inhaltsverzeichnis

### **Vorwort**

### **Referat**

Grundlagen praxisrelevanter Suchtforschung

**Dr. Hans Watzl, Konstanz**

7 - 20

### **Referat**

Die "Rauchfreie Schule": Studie zu primär- und sekundärpräventiven Interventionen für Eltern, Lehrer und Schüler

**Dr. Reiner Hanewinkel, Kiel**

21 - 38

### **Referat**

Kurze qualifizierte Entzugsbehandlung  
alkoholkranker Männer  
Erfahrungen und Katamnesen

**Dr. Fred Rist, Münster**

39 - 54

### **Referat**

Zusammenhänge zwischen Drogennot- und Drogentodesfall

**Dr. Alexa Franke, Dortmund**

55 - 72

### **Referat**

Rückfallkritische Situationen;  
Rückfälle und Veränderungen der  
allgemeinen Lebenssituation nach  
einer Therapie

**Dr. Julia Bieler, Bamberg**

73 - 100

### **Referat**

Ausblick: Praktische Forschung oder forschende Praxis

**Dr. Fred Rist, Münster**

101 - 107



## Vorwort

In unserem Gesundheitswesen erleben wir zur Zeit einen großen Umstrukturierungsprozeß. Immer deutlicher zeichnet sich ab, daß auch die Suchtkrankenhilfe von diesem Prozeß stärker betroffen sein wird, als ihr lieb ist. Ihren bisherigen Status wird sie nicht in vollem Umfang aufrecht erhalten können. Alle Beteiligten sind sich jedoch einig, daß die notwendigen Kosteneinsparungen nicht zu Lasten einer qualifizierten Behandlung gehen dürfen.

Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund erhält eine praxisrelevante Suchtforschung neue Aktualität. Mit teilweise einfachen Mitteln können oftmals Bedingungsbeziehungen, die ihrerseits neue Ansatzpunkte für die Praxis eröffnen, aufgezeigt werden. Gleichzeitig können daraus ebenso Argumente für die Weiterentwicklung der Suchtpolitik resultieren.

Wir freuen uns, Ihnen mit der vorliegenden Tagungsdokumentation neuere Forschungsergebnisse aus den Bereichen Prävention, Niedrigschwelligkeit, Therapieforschung und Alkoholentzug vorlegen zu können. Eine grundsätzliche Einführung in die Thematik stellen wir voran. Mit der durchgeführten Tagung wollten wir insbesondere Praktiker ermutigen, im Kontakt mit wissenschaftlichen Institutionen Fragestellungen aus der eigenen Praxis zu entwickeln und zu evaluieren.

Wir verbinden mit dieser Dokumentation die Hoffnung, daß sie der praxisrelevanten Forschungsarbeit weitere Impulse gibt.

Dr. Wolfgang Pittrich  
Landesrat



## **Grundlagen praxisrelevanter Suchtforschung**

Dr. Hans Watzl  
Universität Konstanz  
Sozialwissenschaftliche Fakultät - Psychologie  
Forschungsgruppe Reichenau  
Postfach 55 60  
78434 Konstanz

## **Inhalt**

- I. Was heißt praxisrelevant?
- II. Ist Prävention, Beratung und Behandlung ohne Forschung möglich?
- III. Welche Gründe führen zu "hausinterner" Forschung?
- IV. Entwicklungstendenzen in der Suchttherapie
- V. Ansatzpunkte klinikinterner Forschung

## I. Was heißt praxisrelevant?

Der Titel dieser Tagung legt nahe, daß es offenbar eine sinnvolle Unterscheidung zwischen praxisrelevanter und -irrelevanter Suchtforschung gibt. Tatsächlich weisen in den letzten Jahren Politiker und Medien häufiger auf eine solche Unterscheidung hin: Die Wissenschaft müsse ihren Elfenbeinturm verlassen. Es solle die anwendungsbezogene Forschung stärker gefördert und die Grundlagenforschung gekürzt werden. Die Fachhochschulen (im Gegensatz zu den Universitäten) sollten aufgrund ihrer Praxisnähe besser ausgebaut werden. Das Thema ist also aktuell.

Was vordergründig einfach aussieht, wie eine solche Unterscheidung, ist dann im Konkreten aber oft gar nicht so leicht nachzuvollziehen. Aus der vermeintlich praxisfernen Grundlagenforschung entwickeln sich manchmal weitreichendere "praxisrelevante" Erkenntnisse als aus streng anwendungsbezogenen Untersuchungen. Dies zeigt sich rückblickend an Beispielen aus Chemie, Technik oder Medizin in Deutschland im letzten Jahrhundert oder in den USA in den letzten Jahrzehnten. Man findet dafür auch Beispiele in der neueren Suchtforschung (vergl. LADEWIG 1994).

1. Studien über genetische Faktoren, die zum Risiko einer Abhängigkeitserkrankung beitragen, sind zunächst gewiß der Grundlagenforschung zuzurechnen. Mögliche Resultate solcher Untersuchungen über Besonderheiten des Genoms, biologische oder psychologische Vulnerabilitätsmerkmale könnten aber die Prävention vom derzeitigen "Gießkannen-Prinzip" zur gezielten Förderung umschriebener Risikogruppen wandeln. Möglicherweise könnte auch die Bestätigung eines stärker genetisch bedingten Alkoholiker-Typus im Gegensatz zu einer eher milieubedingten Abhängigkeit, wie etwa von CLONINGER oder BABOR postuliert, zu differenzierteren Indikationen bestimmter Behandlungsstrategien führen. Hinsichtlich Prävention und Praxis ist daher diesen Studien eine potentielle Praxisrelevanz nicht abzustreiten (vergl. dazu MAIER 1995; LACHNER & WITTCHEN 1995).
2. Zahlreiche neuropathologische Untersuchungen beschäftigen sich mit den Auswirkungen akuten oder chronischen Alkoholkonsums auf das Gehirn. Neuere Arbeiten mit bildgebenden Verfahren stützen die Ansicht, daß alkoholbedingte atrophische Veränderungen von Hirnrinde und Marklager bei längerer Abstinenz teilweise re-

versibel sind. Unklar ist, ob neben der Abstinenz noch andere Bedingungen, wie etwa systematische Übung, einen Einfluß auf Regenerations- und Restitutionsprozesse ausüben können. Wäre dies der Fall, könnte die derzeitige stationäre und ambulante Behandlungspraxis durch eine Reihe spezifischer Trainingsprogramme ergänzt werden. Die diagnostische Praxis müßte um die systematische Erfassung des neuropsychologischen Status und seiner Veränderungen in Abstinenz- und Therapieverlauf ergänzt werden (vergl. MANN & DENGLER 1995; PARSONS & NIXON 1996).

3. Untersuchungen über den Einfluß von Neurotransmittern und Rezeptoren auf die Wirkung von Suchtstoffen, die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeiten, auf dringhaftes Verlangen nach Alkohol sind ebenfalls der Grundlagenforschung zuzuordnen. In Tierversuchen und einer Reihe klinischer Studien zeigte sich ein Einfluß eines Glutamatantagonisten (AKAMPROSAT) auf Trinkverhalten und Rückfallhäufigkeit (MANN & MUNDLE 1996; SOYKA 1997). Innerhalb kurzer Zeit scheint sich dadurch die Struktur der Suchtbehandlung in Deutschland zu ändern: niedergelassene Ärzte übernehmen häufiger Behandlungen von Alkoholabhängigen, der medizinische Aspekt von Behandlungen wird stärker beachtet, bisher nicht zugängliche Gruppen von Abhängigen scheinen eher zu Behandlungsversuchen bereit.

Diese Beispiele zeigen, daß der Gegensatz zwischen praxisrelevanter Forschung und Grundlagenforschung bei genauerer Betrachtung oft nicht aufrechtzuerhalten ist. Vielleicht sollte besser von direkter versus potentieller Praxisrelevanz in der Suchtforschung gesprochen werden. Davon abgesehen besteht sicher eine Polarität zwischen institutioneller Forschung, etwa an Universitäten, Max-Planck-Instituten und anderen Großforschungseinrichtungen, und jener Forschung im weiteren Sinne, wie sie in Kliniken, anderen Behandlungseinrichtungen oder Beratungsstellen von den Mitarbeitern mit dem Ziel einer Dokumentation des eigenen Vorgehens und seiner Wirkungen durchgeführt wird. Bevor auf diesen Bereich ausführlicher eingegangen wird, sei noch ein weiterer Aspekt der Interdependenz von Forschung und Praxis erwähnt.

Forschung und ihre Ergebnisse fördern die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf bestimmte Gebiete. Dies zeigte sich etwa bei den vielzitierten Themen "Waldsterben" und "Ozonloch", aber in letzter Zeit auch an Alzheimer-Demenzen. Diese Aufmerksamkeit wiederum schafft Voraussetzungen für verbesserte Hilfsangebote, mehr

Verständnis der Öffentlichkeit etc. Nach unserer Einschätzung besteht häufig ein Zusammenhang zwischen dem Stand der Forschung und jenem des Behandlungssystems. Die Psychiatrie blieb ab der Zeit des Nationalsozialismus hinter der Entwicklung anderer medizinischer Disziplinen zurück, wobei der Bereich der Suchtkrankheiten gewiß ganz am Ende lag (vielleicht abgesehen von der Forensik). Der zögerliche Aufschwung der Suchtforschung in den letzten Jahren, von dem auch eine Verbesserung der Behandlungsstrukturen zu erhoffen war, trifft nun allerdings auf die Verknappung der öffentlichen Finanzen in der Bundesrepublik. Eine Darstellung der Lage der Suchtforschung in Deutschland liefert MANN (1997). Aus seinem Bericht stammt Tabelle 1. Sie läßt erkennen, in welchem geringem Maße in Deutschland Suchtforschung gefördert wurde, obwohl hier der Alkoholkonsum - und damit auch seine Folgen - jenen der USA und Finnlands um etwa 100 % übertrifft. Anzumerken ist, daß seit 1987 ein deutlicher Zuwachs an geförderten Projekten zu verzeichnen ist (wenngleich damit das finnische Niveau noch nicht erreicht wird).

**Tabelle 1**

<b>Mittel für Alkoholforschung 1987 (alte Bundesländer)</b>	
USA	350.00 Mio. DM
Finnland	5.70 Mio. DM
England	2.20 Mio. DM
Schweden	1.50 Mio. DM
Frankreich	0.35 Mio. DM
BRD	0.18 Mio. DM

Quelle: Nach ROMMELSPACHER et al. 1989

## **II. Ist Prävention, Beratung und Behandlung ohne Forschung möglich?**

Natürlich kann diese rhetorische Frage grundsätzlich mit "ja" beantwortet werden. Dies gilt vor allem unter zwei Bedingungen:

1. Wenn man über keine Erkenntnisse verfügt, aber rasch handeln muß oder will. Die aktuelle Diskussion um die Rinderseuche BSE zeigt, daß auch ohne genaue Kenntnis der Übertragungsrisiken und -mechanismen, die Empfehlung, bestimmte Nahrungsmittel zu meiden, durchaus vernünftig erscheint. So etwas ist meist der Fall, wenn ein bislang wenig bekanntes Problem auftritt. Ende der 60er Jahre zwang die rasch zunehmende Zahl Drogenabhängiger zu Präventionsversuchen und Behandlungsverfahren, die weit eher auf Plausibilität als auf gesicherten Erkenntnissen, d. h. Forschungsergebnissen, beruhten. Im letzten Jahrzehnt haben wir ähnliches bei der Prävention und Behandlung von AIDS erlebt. Da erhebliche finanzielle Mittel auf Dauer wohl nicht nur mit dem Hinweis auf die Plausibilität der Maßnahmen oder auf humanitäre Überzeugungen zur Verfügung gestellt werden, sollte auch bei solchen neuartigen Störungen möglichst rasch eine Evaluation der Maßnahmen erfolgen.
2. Wenn der Eindruck besteht, daß man schon genug weiß ....  
In allen Wissensgebieten gibt es wohl immer wieder solche Phasen, bis neue Forschungsmethoden, ungewöhnliche Betrachtungsweisen oder veränderte gesellschaftliche Bedingungen dieses Gefühl rasch auflösen. So ging man hierzulande bis etwa Ende der 70er Jahre davon aus, daß die regelrechte Behandlung einer Alkoholabhängigkeit aus einer kurzen körperlichen Entgiftung, einer 6 - 9 monatigen Entwöhnung und der langfristigen Beteiligung an einer Selbsthilfe besteht. Mittlerweile ist eine Differenzierung der Behandlungsverfahren, der Behandlungsdauer bzw. -intensität und der Behandlungsziele erfolgt. Aber auch die gegenwärtigen Ansichten werden genauso zeitbedingt sein und weiterentwickelt werden müssen.

### **III. Welche Gründe führen zu "hausinterner" Forschung?**

#### **1. Rechtfertigung gegenüber Kostenträgern**

Gerade in einer Phase allgemeiner Ausgabensenkungen kann es nützlich sein, die Besonderheiten der Behandelten (z. B. sozial Entwurzelte, Gehörlose, mehrfach stationär Behandelte, Patienten mit weiteren psychiatrischen Störungen) zu dokumentieren oder das Erreichen bestimmter Behandlungsziele (z. B. Arbeitsfähigkeit, Hausarztbesuche, unspezifische Krankenhausaufenthalte, Sozialversicherungsbeiträge) zu erfassen. Es wäre zu hoffen, daß solche Kosten-Nutzen-Analysen bei Sparzwängen die gegenwärtig manchmal zu beobachtende Auseinandersetzung mit humanitären Appellen und "Rasenmäher"-Kürzungsvorschlägen ablösen (vergl. CIOMPI & DAUWALDER 1992; HÄFNER & an der HEIDEN 1991; HESS et al. 1986).

#### **2. Rechtfertigung gegenüber Patienten und Angehörigen**

Es ist das Recht der Patienten und ihrer Angehörigen, Sinn und Notwendigkeit bestimmter therapeutischer Maßnahmen in Zweifel zu ziehen. Je besser wir unsere Vorgehensweise begründen können, je mehr wir dafür Verständnis bei Patienten und Angehörigen gewinnen, umso eher können wir sie zu einer aktiven Teilnahme am Therapieprozess bewegen.

#### **3. Rechtfertigung gegenüber Kollegen**

Die Beziehungen zwischen einzelnen Gliedern der Behandlungskette (Hausarzt, Beratungsstellen, stationäre Einrichtungen, Selbsthilfegruppen) sind nie völlig spannungsfrei und vorurteilslos. Dies gilt auch für Vertreter unterschiedlicher psychotherapeutischer Richtungen. Auch hier geht es nicht um das gebetsmühlenhafte Wiederholen altbekannter Argumente und Überzeugungen, sondern um eine Versachlichung der Diskussion, für die eine Definition der jeweiligen Ziele, eine Dokumentation der Patientenmerkmale, eine Effektivitätskontrolle der jeweiligen Vorgehensweise die entscheidenden Voraussetzungen bilden (z. B. OLSON et al. 1981; GUNDERSON et al. 1984).

Nachdem zuletzt immer wieder "Rechtfertigung" oder "Effizienz" betont wurden, soll noch ein weiterer, oft nicht minder wichtiger Aspekt her-

vorgehoben werden. Hausinterne Forschung soll auf dem Interesse und der Neugier der Mitarbeiter beruhen und ihre Neugier an ihrer Tätigkeit anregen: "Wie geht es mit den Patienten weiter, nachdem meine Behandlung abgeschlossen ist? Entsprechen meine prognostischen Einschätzungen dem katamnesticen Verlauf? Mit welchen Patienten glaube ich in der Einzeltherapie gut zurechtzukommen, bei welchem mein/e Kollege/in? Führen die Patienten das Entspannungstraining auch alleine aus; setzen sie es in realen Situationen ein?" Es ist eine Fülle von Fragen denkbar. Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen und ihrer Klärung kann zur Verhinderung von Klinikmonotonie und therapeutischer Treitmühle beitragen. Diese in-Fragen-stellende, neugierige Haltung ist immer wieder erforderlich, um den stets vorhandenen Hang zu unbegründeten Traditionen und unreflektierten Gewohnheiten in therapeutischen Institutionen zurückzudrängen.

#### **IV. Entwicklungstendenzen in der Suchttherapie**

Bei den Tübinger Suchttherapie-Tagen 1996 gab K. MANN eine Übersicht über die gegenwärtig erkennbaren Entwicklungen der Suchtbehandlung in Deutschland.

**Tabelle 2**

<b>Entwicklungstendenzen der Suchtbehandlung</b> (nach MANN, 1996)	
●	früher
●	kürzer
●	differenzierter
●	ambulanter
●	integrativer
●	qualifizierter
●	internationaler

Bisher vergehen zwischen den ersten Zeichen einer Alkoholabhängigkeit und der ersten spezifischen Behandlung im Durchschnitt fast zehn Jahre. Um Chronifizierung und Folgeschäden (gesundheitlich, psychisch, sozial) zu verringern, müssen die Behandlungen **f r ü h e r** erfolgen. Die Dauer stationärer Behandlungen ist in Deutschland immer noch erheblich höher als in anderen Ländern, was zum Teil durch günstigere Behandlungsergebnisse gerechtfertigt ist (vergl. SÜSS 1995). Während für bestimmte Patientengruppen mit vielfältigen Störungen (z. B. weitere körperliche oder psychiatrische Erkrankungen, desolater soziale Situation) längere Behandlungen angezeigt sein können, müssen für prognostisch günstigere Patienten in höherem Maße **k ü r z e r e** Behandlungen verfügbar sein, ambulante und teilstationäre Behandlungen systematisch entwickelt und untersucht werden. Das Behandlungsangebot muß hinsichtlich Dauer und Intensität **d i f f e r e n z i e r t e r** werden, wobei zunächst das am wenigsten aufwendige Verfahren zum Einsatz kommen sollte. Eine weitere Differenzierung erscheint auch hinsichtlich bestimmter Angebote für besondere Patientengruppen geboten, z. B. Alkoholmißbrauch und Problemtrinken, komorbide Angst- und Persönlichkeitsstörungen. Das Schlagwort "**i n t e g r a t i v e r**" bezieht sich auf die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und Denkrichtungen innerhalb einer Behandlungseinrichtung, aber auch zwischen den verschiedenen Gliedern einer Behandlungskette. Suchtbehandlung muß die Möglichkeiten der Sozialarbeit, der Psychotherapie, neuropsychologischen Diagnostik, der Organmedizin, der Pharmakotherapie etc. prinzipiell einbeziehen. Wie WIENBERG z. B. 1995) darstellte, wird nur ein kleiner Teil der Menschen mit Alkoholproblemen in dafür spezialisierten Einrichtungen behandelt; weitaus mehr finden sich in Hausarzt-Praxen, auf Inneren und Chirurgischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern. Es geht darum, auch diese Personengruppe einer **q u a l i f i z i e r t e n** Beratung und Behandlung zuzuführen (vergl. JOHN et al. 1996). "Internationaler" bezieht sich auf die Beachtung von Entwicklungen der Behandlungsverfahren in anderen Ländern, wie z. B. Hilfsangebote für Problemtrinker in den USA, intensive Beratungen oder Kurzbehandlungen in Großbritannien.

## V. Ansatzpunkte klinikinterner Forschung

Abschließend und als Anregung für die Teilnehmer sei auf einige Punkte hingewiesen, welche als Ansatzpunkte für erste Erhebungen in stationären oder ambulanten Einrichtungen dienen können.

**Tabelle 3**

<b>Ansatzpunkte klinikinterner Forschung</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Welche Patienten kommen?</b></li><li>● <b>Welche Patienten brechen die Therapie ab?</b></li><li>● <b>Welchen erhofften / tatsächlichen Nutzen bringen bestimmte Therapieverfahren?</b></li><li>● <b>Welche Untergruppen von Patienten sind besonders zu beachten?</b></li><li>● <b>Wie beurteilen die Patienten das Therapieangebot?</b></li><li>● <b>Wie beurteilen die überweisenden Stellen das Therapieangebot?</b></li><li>● <b>Wie geht es den Patienten nach Therapieende?</b></li><li>● <b>Wie können rückfällige Patienten aufgefangen werden?</b></li></ul>

Ein Beispiel für eine solche Evaluation geben ZÄHRES et al. (1993). Umfangreiche methodische Anregungen, einschließlich der Vorlagen zur Dokumentation von Patienten, Therapieangebot, Verlauf nach Behandlungsende, liefern die "Dokumentationsstandards" der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1992).

## Literatur

CIOMPI, L. & DAUWALDER, H.P. (1992)  
Moderne Sozial- und Gemeindepsychiatrie: Aktuelle in- und ausländische Nutzen-Kosten-Untersuchungen.  
Neue Zürcher Zeitung, 272, 25

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SUCHTFORSCHUNG UND SUCHTTHERAPIE (1992)  
Dokumentationsstandards (2) für die Behandlung von Abhängigen.  
Freiburg: Lambertus Verlag

GUNDERSON, J.G., FRANK, A.F., KATZ, H.M., VANICELLI, M.L., FROSCH, J.P. & KNAPP, P.H. (1984)  
Effects of psychotherapy in schizophrenia: Comparative outcome of two forms of treatment.  
Schizophrenia Bulletin, 10, 564-598

HÄFNER, H. & an der HEIDEN, W. (1991)  
Evaluating effectiveness and cost of community care for schizophrenic patients.  
Schizophrenia Bulletin, 17, 441-451

HESS, D., CIOMPI, L. & DAUWALDER, H.P. (1986)  
Nutzen- und Kosten-Evaluation eines sozialpsychiatrischen Dienstes.  
Nervenarzt, 57, 204-213

JOHN, U., HAPKE, U., RUMPF, H.J., HILL, A. & DILLING, H. (1996)  
Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung.  
Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 71.  
Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.

LADEWIG, D. (1994)  
Biologische und psychosoziale Faktoren von Drogenmißbrauch und Drogenabhängigkeit.  
BMFT-Förderkonzept "Suchtforschung 1994". Sucht 40, 352-358

LACHNER, G. & WITTCHEN, H.-U. (1995)  
Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit.  
Zeitschrift für Klinische Psychologie, 24, 118-146

MAIER, W. (1995)  
Mechanismen der familiären Übertragung von Alkoholabhängigkeit  
und Alkoholabusus.  
Zeitschrift für Klinische Psychologie, 24, 147-158

MANN, K. (1997)  
Suchtforschung: Zahlen und Fakten.  
In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Jahrbuch  
Sucht 1997. Geesthacht: Neuland Verlag

MANN, K. & DENGLER, W. (1995)  
Zerebrale Veränderungen bei Alkoholabhängigen.  
Zeitschrift für Klinische Psychologie, 24, 159-165

MANN, K. & MUNDLE, G. (1996)  
Die pharmakologische Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigen:  
Bedarf und Möglichkeiten.  
In: Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg.), Sucht: Grundlagen, Diagnostik,  
Therapie (S. 317-322). Stuttgart: Gustav Fischer Verlag

OLSON, R. P., GANLEY, R., DEVINE, V.T. & DORSEY, G.C. (1981)  
Longterm effects of behavioral versus insight-oriented therapy with  
inpatient alcoholics.  
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 866-877

PARSONS, O. & NIXON, S. (1996)  
Die Neuropsychologische Diagnostik des Alkoholismus: Gegenwärtiger  
Stand und künftige Perspektiven.  
In: Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg.), Sucht: Grundlagen, Diagnostik,  
Therapie (S. 121-134). Stuttgart: Gustav Fischer Verlag

SOYKA, M. (1997)  
Neuere medikamentöse Ansätze in der Alkoholismus-Therapie.  
In: Watzl, H. & Rockstroh, B. (Hrsg.), Abhängigkeit und Mißbrauch von  
Alkohol und Drogen, Göttingen: Hogrefe Verlag

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

WIENBERG, G. (1995)

Das Alkoholproblem in der medizinischen Primärversorgung.

In: K. Mann & G. Buchkremer (Hrsg.), Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland (S. 13-17). Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft

ZÄHRES, S., STETTER, F. & MANN, K. (1993)

Behandlungskomponenten einer Entgiftungs- und Motivationstherapie aus der Sicht der Alkoholkranken.

Sucht, 39, 332-342



## **Die "Rauchfreie Schule": Studie zu primär- und sekundärpräventiven Interventionen für Eltern, Lehrer und Schüler<sup>1</sup>**

Dr. Reiner Hanewinkel  
IFT Nord Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung  
Düsternbrooker Weg 2  
24105 Kiel

---

1 verändert nach folgender Veröffentlichung: KRÖGER, Ch. & HANEWIN-  
KEL, R. (1996). Prävention des Rauchens in der Schule. *Praxis der  
Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 9, 134-139

## **Inhalt**

- I. Einleitung
- II. Klassifikation der Präventionsprogramme
- III. Bewertung
- IV. Prävention des Rauchens, eine empirische Studie
- V. Ergebnisse der empirischen Studie
- VI. Diskussion der Ergebnisse der empirischen Studie

## **I. Einleitung**

Die meisten Raucher beginnen zwischen dem 10. und 20. Lebensjahr mit dem Rauchen. Das Durchschnittsalter beim Probieren der ersten Zigarette liegt bei etwa 14 Jahren (BZGA, 1994). 9% der Hauptschüler und 4% der Hauptschülerinnen im Alter von 11 Jahren haben bereits öfter geraucht (WALDEN, KRÖGER, KUTZA, 1996). Prävention zur Verhinderung des Rauchens muß daher frühzeitig beginnen, da im Sinne der Primärprävention die Maßnahmen vor dem Auftreten des Rauchens einsetzen müssen. Seit etwa 20 Jahren gibt es Bemühungen, die Effekte der Programme zur Prävention des Rauchens wissenschaftlich zu evaluieren. Die weitaus meisten Forschungsberichte kommen aus den USA; doch hat die Forschungsaktivität zu diesem Thema in den letzten Jahren in Europa deutlich zugenommen. Die Bedeutung der Prävention des Tabakkonsums und die Förderung des Nichtrauchens wird auch in Deutschland zunehmend gewürdigt. Nachdem über viele Jahre die Erforschung und Entwicklung der Raucherentwöhnung im Mittelpunkt des Interesses stand, ist in den letzten Jahren viel getan worden, Programme zur Prävention des Rauchens und des Substanzmißbrauchs generell zu entwickeln, zu implementieren und zu evaluieren. Dennoch herrscht unter Praktikern eine große Unsicherheit, wie Präventionsprogramme sinnvoll aussehen sollen. Der vorliegende Beitrag möchte zunächst einen Überblick über bestehende Schulprogramme zur Prävention des Rauchens, deren theoretische Ausrichtung, deren Methoden und deren Effektivität geben. Im zweiten Teil wird eine empirische Studie zu primär- und sekundärpräventiven Interventionen an Schulen vorgestellt.

## II. Klassifikation der Präventionsprogramme

Bei der Klassifikation von Präventionsprogrammen, mit deren Hilfe Individuen vom Rauchen abgehalten werden sollen, hat sich die 1985 von BATTJES eingeführte Unterscheidung in Informationsvermittlung, affektive Erziehung, Vermittlung von Alternativen, Standfestigkeitstraining gegen sozialen Druck und Training sozialer Fertigkeiten durchgesetzt (vgl. Tabelle 1).

Orientierung	Ansatz	Fokus	Typische Methoden
rational	Information	Vermitteln substanzspezifischer Informationen über Tabak, deren Effekte und Konsequenzen	Vorträge; Fragen und Antworten; Zeigen von Tabakprodukten (Filme, Dias, Bücher); Diskussionen
entwicklungsorientiert	Affektive Erziehung	Aufbau des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens, Entwicklung von differenzierten und kritischen Entscheidungs- und/oder Kommunikationsfertigkeiten; typischerweise, substanzunspezifisch	Vorträge; Diskussionen, Gruppendynamik; minimale Rollenspiele
Soziale Normen	Alternative zu Drogen	Abbau von Entfremdung (Integration); Aufbau von Selbstsicherheit und /oder Abbau von Langeweile; typischerweise, unspezifisch	Teilnahme an sozialen Aktivitäten; handwerkliche und kreative Tätigkeiten; Freizeitgestaltung
Soziale Verstärkung	a) Standfestigkeitstraining	Entwicklung von Fertigkeiten, sozialen Druck auf das Rauchen zu erkennen und ihm zu widerstehen, Identifizierung von unmittelbaren sozialen und physischen Auswirkungen des Tabaks, typischerweise, substanzspezifisch	Diskussionen, Modeling, Rollenspiel, praktische Übungen in vivo, Bekenntnis zum Tabakverzicht

Orientierung	Ansatz	Fokus	Typische Methoden
	b) allgem. Lebenskompetenzen (life skills approach)	wie beim Standfestigkeitstraining, darüber hinaus aber Entwicklung von grundlegenden personalen und sozialen Fertigkeiten; in der Regel sowohl substanzspezifisch als auch -unspezifisch	wie beim Standfestigkeitstraining darüber hinaus: - Problemlösetechniken - Streßmanagement - Entspannungsverfahren

*Tabella 1: Klassifikation von Präventionsprogrammen.*

### *Informationsvermittlung, Aufklärung*

Die am weitesten verbreitete und, historisch gesehen, älteste präventive Strategie ist die der Informationsvermittlung. Dieser Ansatz wird beispielsweise im Buch von AJZEN und FISHBEIN (1980) theoretisch ausgeführt. Er basiert auf der Annahme, daß ein verbessertes Wissen über die psychoaktive Substanz, deren Konsum, Wirkung und Konsequenzen dazu beiträgt, auf die Substanz bezogene Einstellungen und Verhaltensweisen zu verändern. Das Vorgehen bei der Informationsvermittlung beinhaltet die Gabe von sachlichen Informationen und Fakten zum Tabak und Tabakkonsum, dessen kurz- und langfristigen Wirkungen. Dies erfolgt durch Vorträge und in Form von Fragen und Antworten. Tabak in seinen verschiedenen Darreichungsformen wird gezeigt und seine Wirkungen werden demonstriert.

### *Affektive Erziehung*

Der entwicklungspsychologische Ansatz der affektiven Erziehung, der u.a. von ROSENBERG (1979) beschrieben wurde, stellt das Individuum und dessen Persönlichkeit in den Mittelpunkt der Präventionsbemühungen, ausgehend von der Annahme, daß Substanzgebrauch/mißbrauch mit personeninternen Defiziten einhergeht, wie z.B. einem zu geringen Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, der Unfähigkeit, Gefühle ausdrücken zu können, fehlender Entschlußfähigkeit und fehlender oder negativer Werte hinsichtlich des Lebensinhalts oder der eigenen Person. Der Abbau dieser Defizite und die Umwandlung in positive und konstruktive Fähigkeiten und Fertigkeiten wird als Möglichkeit gesehen, daß der Gebrauch von Substanzen

automatisch abnehmen bzw. aufhören wird. In den Programmen der effektiven Erziehung wird gar nicht oder nur am Rande auf das Rauchen eingegangen. Vielmehr sollen Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen gestärkt, die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen und Probleme zu lösen, sowie andere interpersonelle Fertigkeiten entwickelt werden. Dies geschieht in Form von Vorträgen, durch Diskussionen und gemeinsames Problemlösen in der Gruppe. Rollenspiele kommen kaum zum Einsatz.

### *Alternative Erlebnisformen*

Den Programmen, die unter dem Oberbegriff "Alternative Erlebnisformen" zusammengefaßt werden, liegt die Theorie des Problemverhaltens (JESSOR & JESSOR, 1977) zugrunde. Hiernach versucht ein Jugendlicher mit einem Problemverhalten, für ihn persönlich wichtige Ziele zu erreichen. Beispielsweise mag das Rauchen dazu dienen, die Gemeinsamkeit mit der gleichaltrigen Gruppe zu dokumentieren, soziale Anerkennung bei Gleichaltrigen zu erhalten, Probleme zu überwinden. Das Risiko, regelmäßig eine psychoaktive Substanz wie Tabak zu benutzen, nimmt gemäß dieser Theorie zu, je weniger Möglichkeiten ein Heranwachsender hat, seine persönlichen Ziele über alternatives Verhalten zu erreichen. Jugendliche beenden demnach ihren Konsum von psychoaktiven Substanzen, wenn sie eine für sich befriedigende Alternative gefunden haben. Durch alternative Erlebnisformen sollen die Jugendlichen Verhaltensweisen erlernen, mit denen sie ihre Ziele erreichen können. Selbstentfremdung und Langeweile sollen überwunden werden. Aufbau von sozialen Beziehungen, Erreichen von sozialer Anerkennung, Umgang mit Unsicherheiten und Ängsten, Förderung von Selbstvertrauen werden angestrebt. Gewöhnlich wird kein oder nur minimaler Bezug auf psychoaktive Substanzen genommen. Vielmehr werden kreative, intellektuelle und zwischenmenschliche Erfahrungen, sowie soziales und politisches Engagement durch Aktivitäten und Erfahrungen in der Schule, in Beruf und Freizeit angeregt und gefördert.

### *Standfestigkeitstraining*

Die theoretische Grundlage für die Standfestigkeitstrainings bildet die Theorie des sozialen Lernens von BANDURA (1969, 1988), wonach ein Verhalten durch seine nachfolgenden negativen oder positiven Konsequenzen und die Nachahmung eines Modells erlernt wird. So-

ziale Beeinflussung wird als wesentlicher Faktor für den Beginn des Konsums psychoaktiver Substanzen angesehen. Ziel von Standfestigkeitstrainings ist es, daß ein Individuum erlernt, sozialen Druck zu erkennen und ihm zu widerstehen. Dieser Druck kann sowohl durch andere Personen, meist Gleichaltrige, aber auch durch Massenmedien ausgeübt werden. Methoden des Standfestigkeitstrainings sind Modelllernen, Rollenspiele, soziale Verstärkung, praktische Übungen in Alltagssituationen, öffentliches Bekenntnis zum Nichtrauchen. Durch den Einsatz von älteren oder gleichaltrigen "peer leaders" im Unterricht sollen die Jugendlichen Situationen erkennen, in welchen sozialer Einfluß und Druck ausgeübt wird, und angemessenes ablehnendes Verhalten einüben.

### *Förderung der Lebenskompetenz*

In den 80er Jahren wurden insbesondere in den USA sogenannte "life-skills-Programme" entwickelt (vgl. BOTVIN & TORTU, 1988). Sie verstehen sich als eine neue Generation von Programmen, die ein umfangreiches Bündel an Maßnahmen umfassen und sowohl substanzspezifische Themen, als auch unspezifische Aspekte beinhalten. Es werden Teile aus den vier zuvor genannten Ansätzen einbezogen. Den Programmen zur Förderung der Lebenskompetenz liegt ein umfassendes Verständnis von den komplexen Bedingungen der Entstehung und Aufrechterhaltung des Substanzmißbrauchs zugrunde. Die Programme zur Förderung der Lebenskompetenz legen ihren Schwerpunkt auf die Vermittlung lebenspraktischer Verhaltensweisen und weniger auf Wissenvermittlung und Einstellungsänderung. Informationsvermittlung erfolgt in Form einer Aufklärung über die kurzfristigen Konsequenzen des Rauchens (wie: schlechter Atem oder gelbe Zähne) oder über die Konsumraten in der Gesellschaft, die von den Jugendlichen oft weit überschätzt werden (normative Daten). Durch Rollenspiele, Verhaltensübungen in Alltagssituationen, positive Verstärkung und Hausaufgaben werden soziale und kognitive Fertigkeiten vermittelt und gefördert.

Gemäß einer Definition der WHO (1994) sind Lebenskompetenzen Fähigkeiten zu anpassungsfähigem, positivem Verhalten, das es einem Individuum erlaubt, erfolgreich mit Anforderungen und Herausforderungen des täglichen Lebens umzugehen. Die folgenden zehn Fertigkeiten bilden das **Grundgerüst der Lebenskompetenzen**: Problemlösung, Entscheidungsfindung, Kreatives Denken, Kritisches Denken, Effektive Kommunikation, Fertigkeiten in zwischenmensch-

lichen Beziehungen, Selbstbewußtsein, Einfühlungsvermögen, Umgang mit Gefühlen und Umgang mit Stress.

### **III. Bewertung**

Die Ergebnisse zur Effektivität von Prävention in Schulen wurde in einigen Übersichtsartikeln und Metaanalysen zusammengetragen und bewertet (BRUVOLD, 1993; KÜNZEL-BÖHMER, BÜHRINGER, JANIK-KONECNY, 1993; BRUVOLD, RUNDALL, 1988; BANGERT-DROWNS, 1988; TOBLER, 1986). Die entscheidende Variable für die Bewertung ist das **Rauchverhalten**, als weniger wichtig werden **Veränderungen des Wissens** und der **Einstellung** erachtet, da deren Beziehung zum tatsächlichen Rauchverhalten unklar ist. Als Ergebnis der bisherigen Forschungstätigkeit zur Prävention des Rauchens läßt sich zusammenfassen: Die größten Verhaltensänderungen werden bei den Interventionen mit sozialer Verstärkung (Standfestigkeitstraining, Lebenskompetenztraining) festgestellt, weniger stark sind sie bei Interventionen aus dem Bereich affektive Erziehung und alternative Erlebnisformen und gering bei Interventionen mit traditioneller Informationsvermittlung. Auch Einstellungsänderungen folgen dem selben Muster, während Wissensänderungen über alle Präventionskonzepte hinweg annähernd gleich sind. Schulprogramme sollten daher Interventionen einbeziehen, die auf sozialer Verstärkung, sozialer Normierung (affektive Erziehung) oder Entwicklungsansätzen (alternative Erlebnisformen) basieren.

### **IV. Prävention des Rauchens eine empirische Studie**

Im folgenden wird ein konkretes Beispiel für ein komplexes, verhaltensmodifikatorisches Programm zur Prävention des Rauchens an Schulen vorgestellt, welches in einer empirischen Studie überprüft wurde. Teilaspekte dieser Studie wurden bereits publiziert (HANEWINKEL, FERSTL, BUROW, 1994; HANEWINKEL, BUROW, FERSTL, 1996).

Um die Schule möglichst als Gesamtheit zu involvieren, wurden an den Projektschulen drei Programme angeboten:

1. Programm zur Förderung der Lebenskompetenzen von sozial unsicheren Kindern

Durch ein spezifisches Training sozialer Kompetenzen sollen Schüler der Klassenstufen fünf und sechs, die noch nicht rauchen, aber als „gefährdet“ gelten, in ihren sozialen Kompetenzen so gestärkt werden, daß sie erst gar nicht mit dem Rauchen beginnen. Als "gefährdet" werden selbstunsichere Schüler betrachtet. Eine Adaptation des Trainings für sozial unsichere Kinder von PETERMANN und PETERMANN (1994) für den schulischen Bereich, sowie Ergänzungen aus dem Training mit Jugendlichen (PETERMANN & PETERMANN, 1996) stellt die Basis zur Förderung der allgemeinen Kompetenzen zur Lebensbewältigung dar. Dieses Trainingskonzept wird ergänzt durch ein spezifisches Standfestigkeitstraining. Die Lehrgangsdauer beträgt elf Wochen, wobei je eine Doppelstunde von 90 Minuten pro Woche vorgesehen ist. In der "Vorstellungs- und Schnupperstunde", zu der die sozial unsicheren Kinder gezielt aufgrund des Urteils des Klassenlehrers eingeladen werden, machen sich die Schüler gegenseitig bekannt und der Ablauf des Trainings wird erläutert. Das jeweilige Sitzungsthema wird mit unterschiedlichen Medien erarbeitet. Es schließen sich Rollenspiele an, in denen sozial kompetente Verhaltensweisen ausprobiert und neu eingeübt werden können. Dabei geht es um verbale wie nonverbale Verhaltensfertigkeiten genauso wie um die damit möglicherweise verbundenen Gefühle, die als förderlich oder hemmend für eine angemessene Selbstbehauptung reflektiert werden. Basisübungen zur Wahrnehmungsfähigkeit von Mimik, Gestik und Zusammenhängen sozialer Situationen werden durchgeführt.

Der Umgang mit dem Zigarettenrauchen wird im Sinne des Standfestigkeitstrainings thematisiert und das Widerstehen des Gruppendrucks im Rollenspiel geübt. Dies verdeutlicht folgende Rollenspielsituation:

Thema:	Das Jugendzentrum.
Hintergrund:	Lena hat in der letzten Zeit das Gefühl, von ihrer Clique nicht richtig akzeptiert zu werden. Besonders schlimm ist es, seitdem die anderen rauchen und sie nicht mitmacht.
Spielszene:	Nach der Schule trifft sich die Clique (Janine, Anna, Lena, Markus, Philipp, Thomas) am Jugendzentrum. Thomas kommt etwas später dort an und zündet sich gleich eine Zigarette an und hält auch Lena die Schachtel hin. Lena möchte nicht rauchen, aber auch nicht Außenseiterin sein.

Der Ablauf aller Sitzungen ist identisch und durch vier strukturierende Schritte gekennzeichnet:

- Auswertung der Hausaufgabe: Vorsätze zur Verhaltensänderung im Alltag werden vereinbart und besprochen.
- Entspannungsübungen: Kindgerechte, imaginative Entspannungsverfahren, wie z. B. die Kapitän-Nemo-Geschichte (PETER-MANN, 1994) kommen zum Einsatz.
- Erarbeitung des Themas: Mit Hilfe von Bildern, Bildergeschichten, Comics, Strichmännchen, Situationsschilderungen etc. wird das jeweilige Sitzungsthema erarbeitet. Hierzu werden Alltagssituationen herangezogen. In anschließenden Rollenspielen werden Verhaltensweisen ausprobiert und eingeübt. Dann findet ein Transfer zu anderen Alltagsproblemen gleicher Art statt. Sofern es möglich ist, spielen die Kinder auch diese durch, um das neu erlernte Verhalten zu festigen.
- Ruhiger Ausklang - Abschlußrunde

## 2. Rückfallpräventionsprogramm für rauchende Schüler

Schüler, die bereits Erfahrungen mit dem Rauchen gemacht haben, hatten die Möglichkeit, an einem speziell für Jugendliche (Schüler der Klassenstufen sieben bis zehn) konzipierten, verhaltenstherapeutischen Raucherentwöhnungsprogramm teilzunehmen. Das sekundärpräventive Programm umfaßt elf Interventionseinheiten mit einer Dauer von jeweils einer Doppelstunde. Neben Informationen zum Rauchen, Kontraktmanagement, Motivationsanalyse, Entspannungsübungen und Rollenspielen zum „Nein-Sagen“ in der Gruppe, ist die Selbstbeobachtung des Zigarettenkonsums und die Analyse schwieriger bzw. rückfallkritischer Situationen wesentlicher Bestandteil des Programms. Das Programm wird eingeleitet durch eine „Vorstellungs- oder Schnupperstunde“, in der die Jugendlichen einen Überblick über den Kurs erhalten. Beendet wird der Kurs mit der Darstellung der Arbeit und Aufklärung anderer Schüler auf dem Schulhof (im Sinne einer tutoriellen Schülerarbeit). Der Ablauf der einzelnen Sitzungen ist in der Regel wie folgt:

- Auswertung der Hausaufgaben: Auswertung des Wochendiagramms der Anzahl gerauchter Zigaretten für jeden einzelnen Schüler und die Gruppe insgesamt; Realisierung von individuellen Selbstkontrollregeln im Alltag
- Entspannungsübung: Progressive Muskelentspannung

- Schwerpunkt der Arbeit: Identifizierung und Analyse von Versuchssituationen. Nach der Situationsanalyse werden die Reaktionen der Schüler mit Hilfe des 3-Ebenen-Modells des Verhaltens beschrieben (kognitiv, physiologisch und motorisch). Mit Hilfe von Rollenspielen werden die aktive Auseinandersetzung mit dem Gruppendruck und alternative Handlungsmöglichkeiten eingeübt. Die Übertragung des Erlernten in den Alltag erfolgt in Form von Selbstkontrollregeln und Vorsatzbildungen.
- Ruhiger Ausklang, Abschlußrunde

### 3. Raucherentwöhnungsprogramm für erwachsene Raucher (Lehrer und Eltern)

An den Schulen wurde für die rauchenden Lehrer und Eltern das sekundärpräventive Programm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung "Eine Chance für Raucher. Nichtraucher in 10 Wochen" (BZGA, 1988) angeboten. Hierbei handelt es sich um ein verhaltenstherapeutisches Raucherentwöhnungsprogramm, das mit Hilfe einer schrittweisen, selbstkontrollierten Reduktion des Zigarettenkonsums die vollständige Abstinenz anstrebt.

Diese drei Interventionsmaßnahmen wurden während eines halben Schuljahres durch entsprechend ausgebildete Lehrkräfte der Schulen angeboten. Begonnen wurde die Aktion an den Schulen jeweils mit einer Eröffnungsveranstaltung, zu der nicht nur die Schüler und Lehrer der Schule, sondern auch die Eltern geladen waren. Die Eröffnungsveranstaltung schloß mit einer Unterschriftenaktion ab, wobei jeder, der an der Maßnahme teilnehmen wollte, sich auf einer Tafel eintragen konnte. Dadurch sollte das Engagement der Beteiligten gesteigert werden.

Die Eltern erhielten anlässlich der Eröffnungsveranstaltung Informationen über die Möglichkeit der Teilnahme an Raucherentwöhnungskursen. Alle übrigen Eltern wurden durch ein Rundschreiben der Schule über dieses Angebot unterrichtet. Gleichzeitig befanden sich die teilnehmenden Schulen in einem Wettbewerb: Die erfolgreichste Schule, d.h. die Schule, an der nach Beendigung der Intervention am wenigsten geraucht wurde, ist mit einem Preis einer Krankenkasse prämiert worden.

### *Stichprobe*

Versuchspersonen waren Schüler aus 6 Schulen des allgemeinbildenden Schulsystems in Schleswig-Holstein. Es handelt sich um drei Haupt-, zwei Realschulen und ein Gymnasium. Das Projekt wurde mit Unterstützung des schleswig-holsteinischen Bildungsministeriums im Rahmen des Programms "Europa gegen den Krebs" der Europäischen Union durchgeführt.

Insgesamt besuchten 1.299 Schüler diese Schulen. Von diesen wurden per Zufall in der Baselineerhebung 650 Schüler (339 Jungen und 311 Mädchen) und in der Erhebung unmittelbar nach der Intervention 658 Schüler untersucht. Die Schüler waren zwischen 10 und 18 Jahren alt (im Mittel 13.8; SD = 1.87).

### *Design und Ablauf der Untersuchung*

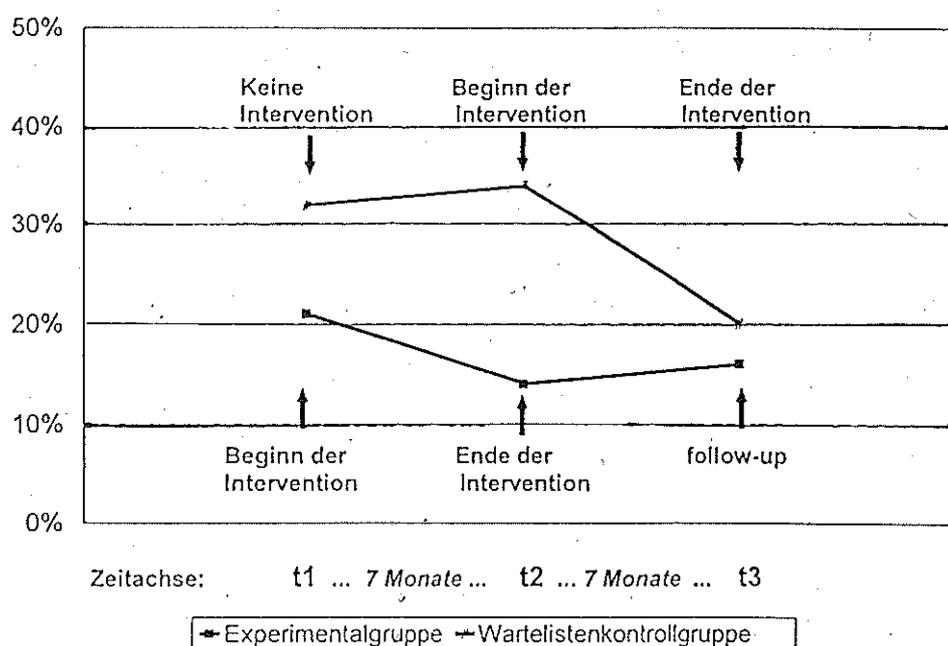
Die Untersuchung verlief nach einem Wartelisten-Kontrollgruppen-Design. Es liegen drei Meßzeitpunkte vor (Mai/Juni 1992 vs. Januar 1993 vs. August 1993). Während die Studie an vier Schulen lief, dienten zwei weitere Schulen als Kontrollgruppe. Nach dem vorgesehenen Projektzeitraum von einem halben Jahr wurde dann auch an diesen Schulen die spezifischen Angebote des Projekts gemacht, während die Maßnahme an den anderen Schulen auslaufen sollte. Die dritte Datenerhebung an den Schulen diente zur Beurteilung der mittelfristigen Effektivität der Intervention ("follow-up"). Die Wartelistenkontrollgruppe wurde im Gegensatz zur Experimentalgruppe ausschließlich aus Hauptschulen gebildet. Obwohl ursprünglich alle Schultypen in der Experimental- und der Kontrollgruppe enthalten sein sollten, war dies aus organisatorischen Gründen im Projekt nicht realisierbar. Hauptursache war eine verzögerte Beschlußfassung der Schulkonferenzen, die nach dem schleswig-holsteinischem Schulgesetz zu befragen waren.

### *Prozedur*

Die Diagnose des Raucherstatus erfolgte über Fragebogenitems. Zur Objektivierung der subjektiven Angaben wurde zusätzlich auch der Kohlenmonoxid(CO)-Gehalt in der ausgeatmeten Luft erfaßt. Die Datenerhebung erfolgte unangekündigt. Lediglich der Schulleiter wurde vorab über den Zeitpunkt der Datenerhebung informiert, aber gleichzeitig instruiert, diese Information weder an das Kollegium, noch die Schülerschaft weiterzugehen.

## V. Ergebnisse der empirischen Studie

Abbildung 1 zeigt als Hauptergebnis der Studie die Prozentsätze der Jugendlichen, die die Frage "Hast Du während der letzten 7 Tage geraucht" bejaht haben, in Abhängigkeit vom Meßzeitpunkt. Das 7-Tage-Kriterium kann insofern als konservativ angesehen werden, als daß nicht nur permanente Raucher, sondern auch rückfällige und experimentell rauchende Jugendliche als Raucher gezählt werden.



**Abbildung 1:** Prozentsatz der rauchenden Schüler unmittelbar vor und nach der Intervention, sowie im follow-up.

Deutlich wird, daß der Prozentsatz jugendlicher Raucher an den Schulen direkt nach der Intervention geringer ist als in der Baselinephase. Dies belegt auch der statistische Test ( $\chi^2(1) = 30,8; p < 0,01$ ) Während sich für die Wartelistenkontrollgruppe keine Veränderung in Bezug auf die Anzahl jugendlicher Raucher im Untersuchungszeitraum zeigt (t1 vs. t2;  $\chi^2 = 2,73; n.s.$ ), verringert sich die Anzahl rauchender

Schüler in der Experimentalgruppe bedeutsam ( $t_1$  vs.  $t_2$ ;  $\chi^2 = 15,61$ ;  $p < 0.01$ ). Nachdem dann auch in der Wartelistenkontrollgruppe die Maßnahmen eingeführt worden sind, zeigt sich auch an diesen Schulen ein deutlicher Effekt der Intervention. Für vier Schulen war die Erhebung eines follow-ups nach 7 Monaten nach Ende der Intervention möglich. Die Gesamtzahl der Rückfälle ist statistisch unbedeutend ( $\chi^2 (1) = 1$ ; n.s.). Demnach bleiben die Ergebnisse auch im Follow-up-Zeitraum stabil.

## **VI. Diskussion der Ergebnisse der empirischen Studie**

Die vorliegende Untersuchung zeigt die Effektivität verhaltensorientierter Interventionen in der Schule auf. Auf der konzeptionellen Ebene wurde versucht, die Schulen möglichst umfassend einzubeziehen. Diese Grundidee leitet sich aus empirischen Befunden ab, wonach Bezugspersonen eines Kindes, insbesondere gleichaltrige peers, einen unmittelbaren Einfluß darauf ausüben, ob mit dem Rauchen experimentiert wird. Daher wurden nicht nur zwei Angebote für Schüler, sondern auch eines für Lehrer und Eltern gemacht. Ein primärpräventives Programm wurde ergänzt durch zwei sekundärpräventive Programme für noch nicht rauchende, selbstunsichere Schüler, rauchende Schüler und rauchende Erwachsene. Diese Programme waren eingebettet in eine Eröffnungsveranstaltung und in einen Wettbewerb unter den Schulen.

Zur Evaluation des Programmpakets wurde ein Wartelisten-Kontrollgruppen-Design gewählt. Während die Aktion an vier Schulen lief, dienten zwei weitere Schulen als Kontrollgruppe. Diese konnten zu einem späteren Zeitpunkt mit in das Projekt einsteigen. Aufgrund von organisatorischen Schwierigkeiten sind in der Wartelistenkontrollstichprobe ausschließlich Hauptschulen und nicht, wie geplant, alle Schularten vertreten. Dies führt dazu, daß das Baselineniveau zwischen Experimental- und Kontrollgruppe unterschiedlich ist. Die zentrale Fragestellung der Untersuchung, d.h. der Nachweis eines differentiellen Effekts der Intervention über die Zeit, bleibt hiervon allerdings unberührt.

Die hier dargestellte Studie konnte im großen und ganzen wie geplant durchgeführt werden. Organisatorische Schwierigkeiten behindern die Durchführung von Präventionsprogrammen an Schulen jedoch oftmals, sie lassen die Bemühungen von motivierten und engagierten

Personen und Schulen scheitern. Da Präventionsmaßnahmen mit einer gewissen Intensität und einem ausreichenden zeitlichen Umfang durchgeführt werden müssen, ist deren Integration in den Unterrichtsablauf bei den bestehenden Lehrplänen kaum zu leisten. In dieser Studie waren die angebotenen Programme, die 22 Schulstunden dauerten, freiwillig. Die am Projekt beteiligten Lehrer waren freigestellt, die Schulen nahmen freiwillig an dem Projekt teil. Um die Implementierung von Präventionsprogrammen an Schulen zu gewährleisten, müssen politische Entscheidungen für die Integration von Präventionsmaßnahmen in die Schulen getroffen werden. Die positiven Ergebnisse dieser Studie mögen dazu beitragen, den Nutzen solcher Maßnahmen zu unterstreichen.

Die Intervention kann insgesamt betrachtet als außerordentlich erfolgreich angesehen werden. Ein Vergleich der Schulen direkt vor und im Anschluß an die Maßnahme zeigt, daß an den Schulen die Anzahl jugendlicher Raucher im Untersuchungszeitraum zurückging. Setzt man die Anzahl der Raucher zum ersten Erhebungszeitpunkt gleich 100 %, so zeigt sich, daß diese um 37,1 % gesenkt werden konnte. Dieser Effekt ist auf die Intervention zurückzuführen, da sich die Anzahl jugendlicher Raucher in der Kontrollgruppe im selben Zeitraum nicht verändert hat. Die Stabilität der Befunde konnte durch die Erhebung eines follow-ups nach 7 Monaten belegt werden. Frühestens nach diesem Zeitraum lassen sich seriöse Aussagen über die Stabilität suchttherapeutischer Maßnahmen treffen (HUNT, BARNETT & BRANCH, 1971). Es zeigt sich kein bedeutsamer Anstieg der Rückfallzahlen. Allerdings ist hier kritisch anzumerken, daß es sich bei dem vorliegenden follow-up nicht um einen Zeitraum ohne jegliche therapeutische Interventionen handelt. Bis auf eine Schule haben die geschulten Lehrer die erlernten Maßnahmen auch im neuen Schuljahr weiterhin angeboten. Dies kann als weiterer positiver Effekt des Projekts angesehen werden, weil offenbar die Lehrkräfte und Schulleiter von den angebotenen Maßnahmen so überzeugt sind, daß sie freiwillig ohne projektbezogene Teilfreistellung von der Unterrichtsverpflichtung die präventiven Maßnahmen im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften über die Projektphase hinaus an den Schulen angeboten haben. Somit konnte ein wichtiges Kriterium erfolgreicher Präventionsarbeit (langfristige und kontinuierliche Maßnahmen, vgl. KÜNZEL-BÖHMER et al., 1993) erreicht werden.

Die positive Bewertung der Maßnahmen zeigt sich auch im Schülerurteil: 68,7 % der befragten Schüler (n = 572) stimmen der Aussage uneingeschränkt zu, daß die Aktion sinnvoll gewesen sei. 50,9 % der

befragten Schüler meinen darüber hinaus, daß das Nichtraucherimage gestärkt worden sei. Die Veränderung dieses Images und die Tatsache, daß ein Angebot für alle Gruppen, Schüler, Eltern und Lehrer und nicht nur ausschließlich für die Schüler gemacht worden ist, dürfte nicht unwesentlich zum Erfolg der Intervention beigetragen haben.

## Literatur

- AJZEN, I., FISHBEIN, M. (1980)  
Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior.  
Englewood Cliffs. New York: PrenticeHall
- BANDURA, A. (1969)  
Principles of behavior modification.  
New York: Holt, Rinehart & Winston
- BANDURA, A. (1988)  
Social Foundations of Thought and Action.  
Englewood Cliffs. New York: Prentice Hall
- BANGERT-DROWNS, R.L. (1988)  
The effects of school-based substance abuse education: a meta-analysis.  
Journal for Drug Education, 18, 243-264
- BATTJES, R.J. (1985)  
Prevention of adolescent drug abuse.  
International Journal Addict, 20, 1113-1134
- BOTVIN, G., TORTU, S. (1988)  
Preventing adolescent substance abuse through life skills training. In Price, R.H., Cowen, E.L., Lorion, R.P., Ramos, J., McKay (Eds.), Fourteen Ounces of Prevention (pp 98-110).  
Washington D.C.: American Psychological Association
- BRUVOLD, W.H., RUNDALL, T.G. (1988)  
A meta-analysis and theoretical review of school based tobacco and alcohol intervention programs.  
Psychological Health, 2, 5378

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG  
(BzgA)(1988)

Eine Chance für Raucher.  
Nichtraucher in 10 Wochen. Köln

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG  
(BzgA)(1994)

Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland.  
Wiederholungsbefragung 1993/1994, Köln

HANEWINKEL, R., BUROW, F. & FERSTL, R. (1996)

Verhaltenstherapeutische Primär- und Sekundärprävention des Rauchens am Beispiel einer Interventionsstudie an Schulen. In H.S. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.), Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement (S. 417-433).

Göttingen: Hogrefe

HANEWINKEL, R., FERSTL, R. & BUROW, F. (1994)

Konzeption und Evaluation einer verhaltensorientierten Nichtraucherförderung an Schulen.

Verhaltenstherapie, 4,104-110

HUNT, W.A., BARNETT, L.W., BRANCH, L.G. (1971)

Relapse rates in addiction programs.

Journal of Clinical Psychology, 27, 455-456

JESSOR, R., JESSOR, S.L. (1977)

Problem behavior and psychosocial development.

New York: Academic Press

KÜNZEL-BÖHMER, J., BÜHRINGER, G., JANIK-KONECNY, T. (1993)

Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 20).

Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

PETERMANN, U. (1994)

Die Kapitän-Nemo-Geschichten. In F. Petermann, D. Vaitl (Hrsg.), Handbuch der Entspannungsverfahren.

Band 2: Anwendungen (S. 311-345). Weinheim: Beltz

PETERMANN, F., PETERMANN, U (1996)  
Training mit Jugendlichen.  
Weinheim: Psychologie Verlags Union. 5. Auflage

PETERMANN, U., PETERMANN, F (1994)  
Training mit sozial unsicheren Kindern.  
Weinheim: Psychologie Verlags Union. 5. Auflage

ROSENBERG, M. (1979)  
Conceiving the Self New York: Basic Books

TOBLER, N.S. (1986)  
Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group.  
Journal of Drug Issues, 16, 537-567

WALDEN, K., KRÖGER, C., KUTZA, R. (1996)  
Interventionsstudie bei Schülern/Schülerinnen zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs. Vortrag, gehalten auf der Fachtagung der DG-Sucht, März 1996 in Lübeck

WHO (World Health Organisation)  
Devison of Mental Health (1994). Life skills education in schools.  
Genf

## **Kurze qualifizierte Entzugsbehandlung alkoholkranker Männer**

***- Erfahrungen und Katamnesen -***

Prof. Dr. Fred Rist  
Petra Häger  
Robert Olbrich  
Westf. Wilhelms-Universität Münster  
Psychologisches Institut I  
Psychologische Diagnostik und Klinische Psychologie  
Fliednerstraße 21  
48149 Münster

## **Inhalt**

### **Evaluation einer qualifizierten Entzugsbehandlung für alkoholranke Männer**

- I. Formulierung von Aufnahmekriterien
- II. Wesentliche Komponenten des Behandlungsangebots
- III. Welche Einrichtungen vermitteln Patienten zur qualifizierten Entzugsbehandlung?
- IV. Sind die Patienten in unserem Behandlungsprogramm vergleichbar mit Patienten in Fachkliniken für Suchtkranke?
- V. Wie wirksam ist die qualifizierte Entzugsbehandlung mit ambulanter Nachbetreuung?
- VI. Wie gut ist das Behandlungsergebnis im Vergleich zu anderen Behandlungsprogrammen?
- VII. Zusammenfassung: Was können wir nun über unser Behandlungsprogramm aussagen?

## **Evaluation einer qualifizierten Entzugsbehandlung für alkoholranke Männer**

In den letzten 2 Jahrzehnten hat die durchschnittliche Dauer stationärer Entwöhnungsbehandlungen für alkoholranke Patienten kontinuierlich abgenommen. Eine Verkürzung von Behandlungen unter Beibehaltung der Effektivität ist nicht nur unter dem Aspekt der Kosten erstrebenswert. Bedeutsam ist der Trend zu kurzen Entwöhnungsbehandlungen insofern, als kurze Behandlungen das Instrumentarium bewährter Entwöhnungsbehandlungen sinnvoll ergänzen können. Sofern Patienten derartige Kurzbehandlungen in unmittelbarer Wohnortnähe absolvieren können, lassen sich sowohl die Vorbereitung wie eine Weiterbehandlung gut mit der stationären Behandlung koordinieren. Aus der Kombination einer Kurzbehandlung mit anderen Maßnahmen der Primärversorgung kann also eine eigenständige, wirksame Behandlungsform resultieren, die für bestimmte Patienten vorteilhafter ist als eine stationäre Behandlung in einer abgelegenen Suchtfachklinik.

Dieser Bericht hat jedoch nicht zum Ziel, einen systematischen Vergleich zwischen einer solchen Kurzbehandlung und einer herkömmlichen Behandlung oder auch einer ambulanten Behandlung durchzuführen. Dazu müßten eine Reihe von Bedingungen erfüllt sein, die in der Erprobungsphase unseres Behandlungsprogramms nicht gegeben waren. Um Beispiele für diese Bedingungen zu nennen: Es müßte eine Vergleichsmöglichkeit mit einer herkömmlichen Behandlung realisiert werden, möglichst durch zufällige Zuteilung einer großen Zahl von Patienten zu einer der beiden Behandlungsformen. Weiter sollte der Vergleich auch andere Bereiche des Lebens berücksichtigen als nur das Trinkverhalten. Schließlich sollte geprüft werden können, ob nicht manche Patienten von der einen Behandlung, andere von der anderen Behandlung mehr profitieren (vgl. RIST, 1996). Diese Voraussetzungen eines systematischen Vergleichs von Behandlungsformen sind in unserer Untersuchung nicht erfüllt, so daß dieser Bericht keine weitreichenden Aussagen zur Bewertung der qualifizierten Entzugsbehandlung machen kann. Zweck dieses Berichts ist vielmehr, an einem Beispiel auszuführen, wie praxisrelevante Forschung aus Fragen zur eigenen praktischen Tätigkeit entsteht, daß solche Fragen auch mit einfachen Mitteln beantwortet werden können, und daß die Antworten auch Bedeutung für die eigene Tätigkeit haben.

## I. Formulierung von Aufnahmekriterien

Wir berichten über eine qualifizierte Entzugsbehandlung von 2 - 3 Wochen Dauer, die für alkoholabhängige Männer seit April 1993 am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim angeboten wird. Als Behandlungsplätze stehen bis zu 5 Betten auf einer psychiatrischen Station der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Zentralinstitut zur Verfügung. Wesentlicher Bestandteil der Behandlung ist eine ambulante Anbindung nach der Entlassung aus der stationären Behandlung. Ursprünglich war das Behandlungsprogramm für solche Alkoholabhängige gedacht, die noch keine sozialen Folgeschäden erlitten hatten, bei denen also weder ein Verlust der Arbeitsstelle noch das Scheitern einer Beziehung wegen Alkohol vorlag. Diese Einschränkung war geplant, um das Behandlungsangebot möglichst auf jene Patienten zu beschränken, die nach unserer Einschätzung auch am meisten von der Kombination einer derart kurzen Behandlung und der ambulanten Nachbetreuung profitieren könnten. Die Nachfrage nach Behandlungsplätzen machte es uns jedoch unmöglich, diese Kriterien einzuhalten, so daß wir schließlich erweiterte Kriterien formulierten. Um in das Programm aufgenommen zu werden, sollten die Patienten die folgenden Merkmale erfüllen:

- a) Alter unter 55 Jahren und keine schweren körperlichen Erkrankungen
- b) mindestens eines der drei folgenden Kriterien:
  - Arbeitsverhältnis oder nicht länger als zwei Jahre zurückliegender Verlust des Arbeitsplatzes
  - nicht mehr als 1 Entwöhnung bzw. 3 Entgiftungen in den letzten 5 Jahren
  - der Patient sollte in einer Partnerschaft leben.

Diese Erweiterung geschah, um den vielen Nachfragen nach einer Behandlung mit kurzer Wartezeit und kurzer Dauer entsprechen zu können. Wir hielten aber an der grundsätzlichen Einschränkung des Zugangs zur Behandlung fest und begrenzten durch diese Kriterien den Zugang auf Patienten mit noch nicht weit fortgeschrittenen körperlichen, psychischen und sozialen Folgeschäden. Jede Behandlungseinrichtung hat mehr oder weniger explizit formulierte Kriterien, die gewährleisten sollen, daß die danach aufgenommenen Patienten von der Behandlung profitieren. Solche Kriterien haben sich oft über Jahre hin herausgebildet, selten werden sie aber daraufhin geprüft, ob damit auch tatsächlich eine optimale Zuordnung von Patienten zu Behand-

lungen erreicht wird. Auch unsere Kriterien basieren zwar auf Erfahrungen, die andernorts mit Kurzbehandlungen gemacht wurden, sie sind aber zunächst reichlich beliebig. Wir müssen diese vorläufigen Kriterien also daraufhin prüfen, ob sie tatsächlich jene Patienten der Behandlung zuführen, die davon profitieren.

## **II. Wesentliche Komponenten des Behandlungsangebots**

Die "qualifizierte Entzugsbehandlung für alkoholabhängige Männer" wird auf einer Station mit psychiatrischen Patienten durchgeführt. Jeweils bis zu 5 Betten können dafür bereitgestellt werden. Die Regelbehandlungsdauer ist 2-3 Wochen, wird aber im Falle von Komplikationen verlängert. Zusätzlich zum allgemeinen therapeutischen Angebot der psychiatrischen Klinik wurde ein spezielles Behandlungsprogramm zusammengestellt. Die Ausrichtung ist verhaltenstherapeutisch (vgl. WATZL, 1991). Daraus ergeben sich besondere Schwerpunkte der Behandlung

- a) in der Vermittlung eines Erklärungsmodells für das eigene Trinken,
- b) in der Umgestaltung des Lebensstils zur Aufrechterhaltung von Abstinenz und
- c) in der Sensibilisierung für und Vorbereitung auf mögliche Rückfallsituationen.

Zunächst wird den Patienten ein einfaches Bedingungsmodell der Entstehung und Aufrechterhaltung des Trinkens vermittelt. In den gruppentherapeutischen Sitzungen wird dieses Modell von jedem Patienten mit biographischen Informationen für das eigene Trinken spezifiziert. Viel Raum nimmt die Planung und Einübung von solchen Änderungen im Lebensstil ein, die einer Aufrechterhaltung der Abstinenz dienlich sind. Dazu werden die Patienten zur Selbstbeobachtung angehalten und auch regelmäßig mit den Situationen konfrontiert, in denen sie früher habituell tranken. Wesentliche Komponenten der Behandlung sind regelmäßige gruppentherapeutische und einzeltherapeutische Sitzungen, eine Informationsveranstaltung und ein "Alkoholkompetenztraining". In diesem Programm lernen die

Patienten in standardisierten Übungen durch Rollenspiel und Rückmeldung, Einladungen zu alkoholischen Getränken kompetent abzulehnen und auch, sich gedanklich auf Rückfallsituationen vorzubereiten.

Um Wartezeiten gering zu halten, erfolgen die Aufnahmen nicht als geschlossene Gruppen, sondern sukzessiv. Von Anfang an wird den Patienten die Wichtigkeit der ambulanten Nachbetreuung nahegebracht. Eine Möglichkeit zur Weiterbetreuung besteht in der Ambulanz der Psychiatrischen Klinik durch Teilnahme an der wöchentlichen Gruppentherapie für die Patienten, die das Programm absolviert haben und durch Einzelgespräche nach Bedarf. Noch während der stationären Behandlung werden die Patienten dazu angehalten, an dieser Gruppe sowie an mindestens zwei Selbsthilfegruppen außerhalb der Klinik besuchsweise teilzunehmen. Bei der Entlassung entscheiden sich die Patienten zur Teilnahme an einer der angebotenen Möglichkeiten.

### **III. Welche Einrichtungen vermitteln Patienten zur qualifizierten Entzugsbehandlung?**

Statistiken über Patienten in Behandlungseinrichtungen beschränken sich in der Regel auf jene Patienten, die in der Einrichtung aufgenommen und auch regulär entlassen wurden. Man erfährt dabei selten, welche Einrichtungen vermittelt haben oder wie oft die Vermittlungsversuche bei welchen Einrichtungen gescheitert sind. Gerade solche Informationen erlauben jedoch Aussagen über unser Versorgungssystem für Suchtkranke und geben Hinweis auf besondere Bedarfsstellen. Dies soll beispielhaft an unseren eigenen Daten ausgeführt werden.

Nachdem wir unser Programm bekannt gemacht hatten, registrierten wir jeden persönlichen oder telefonischen Erstkontakt, der sich aus der Vermittlung einer Einrichtung ergab. Dieser Erstkontakt enthielt in der Regel eine allgemeine Information über das Behandlungsprogramm, die Nennung der aktuellen Wartezeit (in der Regel nicht länger als zwei Wochen, in Ausnahmefällen konnte auch sofort aufgenommen werden) und das Angebot für ein Informationsgespräch auf der Station. Erst bei diesem Informationsgespräch wurde der Aufnahme Termin festgelegt. Die ersten insgesamt 159 Vermittlungsversuche resultierten in nur 59 Aufnahmen, bei denen unsere Kriterien der sozialen Integration und der Abwesenheit von schweren Folgeerkrankungen erfüllt waren. Dabei war jedoch nur ein geringer Teil der

Patienten wegen fehlender Aufnahmekriterien nicht aufgenommen worden, der überwiegende Teil war nach dem Vermittlungsversuch nicht zur weiteren Information oder zur Behandlungsaufnahme bereit. In Tabelle 1 sind die Einrichtungen dargestellt, die uns Patienten vermittelten.

	Vermittlungsver- suche	Ausschöpfungs- quote (%)
Psychiatrischer Konsiliardienst im Klinikum	40	38
Niedergelassene Ärzte	32	53
Ambulante Dienste des Zentral- instituts	29	17
Gastroenterologie im Klinikum	27	22
Notfallaufnahmen	10	50
Suchtberatungsstellen	9	56
Verlegung innerhalb der psychiatri- schen Klinik	7	29
Betriebsärzte	5	80
<b>insgesamt</b>	<b>159</b>	<b>37</b>

**Tabelle 1**  
Vermittlungsversuche zuweisender Einrichtungen und Anteil geeigneter Patienten  
(Stand 31. 12. 95)

Wenig motivierte und nach unseren Kriterien geeignete Patienten fanden sich unter den vom psychiatrischen Konsiliardienst im Klinikum gesehenen Patienten, unter den ambulant, d.h. vor allem im Bereitschaftsdienst gesehenen Patienten der psychiatrischen Klinik des Zentralinstituts, und auch unter den in der gastroenterologischen Ambulanz des Klinikum angesprochenen Patienten. Gut geeignet waren Patienten, die von den werksärztlichen Diensten geschickt wurden, allerdings sind dies sehr wenig Meldungen im Vergleich zu den anderen Einrichtungen. Vermittlungsversuche der niedergelassenen Ärzte waren ebenfalls häufig erfolgreich.

Speziell die niedergelassenen Allgemeinärzte machen also viele Vermittlungsversuche von gut für das Programm geeigneten Patien-

ten. Bemerkenswert ist, daß wir von den werksärztlichen Diensten kaum in Anspruch genommen wurden, obwohl deren Patienten durch die noch vorhandene soziale Integration über die Arbeitsstelle die Zielgruppe unserer Behandlung darstellen. Auch die Suchtberatungsstellen machten nur wenig Gebrauch von unserem Angebot.

#### **IV. Sind die Patienten in unserem Behandlungsprogramm vergleichbar mit Patienten in Fachkliniken für Suchtkranke?**

Die Erfassung von demographischen Merkmalen der Patienten ist inzwischen in vielen Einrichtungen Routine geworden. Selbst wenn sie nur im Jahresbericht verwendet werden, so können sie doch Veränderungen in der Zusammensetzung der Patienten erkennen lassen, die sich in der täglichen Arbeit nicht so klar abzeichnen. Sofern solche Daten in ähnlicher Weise in verschiedenen Einrichtungen erfaßt werden, besteht jedoch auch die Möglichkeit zum Vergleich der Patientenmerkmale verschiedener Einrichtungen. Dies kann helfen, den besonderen Bedarf einer Einrichtung im Vergleich zu einer anderen kenntlich zu machen. In unserem Fall ging es uns darum, zu prüfen, ob wir durch die Einführung unserer Kriterien der sozialen Integration möglicherweise eine untypische Gruppe von alkoholabhängigen Männern behandeln. Für eine solche Frage bietet sich der Vergleich der eigenen Patienten mit einer großen, überregionalen Studie an, die die Arbeitsgruppe von Prof. Feuerlein am Max-Planck-Institut in München in den achziger Jahren durchführte ( KÜFNER, FEUERLEIN und FLOHRSCHÜTZ, 1986; KÜFNER, FEUERLEIN und HUBER, 1988). In dieser Untersuchung wurden Patienten aus zahlreichen stationären Einrichtungen systematisch beschrieben; dabei wurden neben Patientenmerkmalen auch Merkmale der Einrichtung festgehalten. Wir fanden keinen Unterschied im Alter der Patienten, im Zivilstand, im Anteil verschiedener Berufsgruppen oder in der täglichen Trinkmenge. Diesen einfachen Angaben zufolge unterscheiden sich unsere Patienten in der Zusammensetzung nicht von Patienten in anderen stationären Einrichtungen.

## V. Wie wirksam ist die qualifizierte Entzugsbehandlung mit ambulanter Nachbetreuung?

Drei Monate, sechs Monate und zwölf Monate nach der Entlassung wurden unsere Patienten zu einer Nachuntersuchung einbestellt. Wir berichten hier nur über die ersten 42 unserer Patienten, für die zum Zeitpunkt dieser Auswertung der Zeitpunkt der Entlassung mindestens ein halbes Jahr zurück lag, so daß ihre Halbjahres Katamnesen berücksichtigt werden konnten. Von diesen 42 Patienten konnten 38 erreicht werden. Jeder dieser Patienten wurde als abstinent, gebessert, oder ungebessert beurteilt. Während die Definition von "abstinent" einfach ist, setzt sich das Urteil "gebessert" aus einer Reihe einzelner Kriterien zusammen. Auch hier haben wir uns an die Studie von FEUERLEIN et al. (1986, 1988) angelehnt. Dort wurden Patienten als gebessert beschrieben, wenn sie die folgenden Kriterien erfüllten:

- a) Alkoholkonsum von weniger als 60g pro Tag und
  - keine körperlichen Entzugserscheinungen und
  - nie bis zum Rausch getrunken oder
- b) einmaliger Rückfall, nach weniger als 7 Tagen beendet.

"Ungebessert" sind jene Patienten, die nicht die Kriterien für Abstinenz oder Besserung erfüllen. Im Einzelfall muß dies jedoch nicht heißen, daß der Zustand gegenüber dem vor der Behandlung unverändert ist, aber Verbesserungen schlagen sich in diesem Beurteilungsschema erst nieder, wenn die Kriterien des "gebesserten Trinkens" erfüllt sind. Wenden wir diese Kriterien an, so beurteilen wir ein halbes Jahr nach der Entlassung 39 % der Patienten als abstinent, 18 % als gebessert und 42% als ungebessert. Im ersten Quartal allein waren jedoch 57 % der Patienten abstinent, im zweiten Quartal ähnlich viel, so daß sich bei den zum Halbjahreszeitpunkt als nicht abstinent befundenen Patienten auch ein beträchtlicher Anteil von Patienten findet, die im ersten oder im zweiten Quartal abstinent waren. Eine solche Reduktion des Behandlungserfolgs auf Abstinenzquoten wird häufig als sehr unbefriedigend gesehen, da ja wichtige Lebensbereiche nicht berücksichtigt werden. Abstinenzquoten erlauben aber globale Aussagen über Behandlungen schlicht aus dem Grund, daß Abstinenz nach allen dazu erschienen Untersuchungen mit Besserungen in anderen Lebensbereichen einhergeht. Abstinenz geht also in der Regel auch mit einer Verbesserung der Verhältnisse bei der Arbeit und in Beziehungen und auch mit vermehrter Zufriedenheit mit sich selbst einher.

## **VI. Wie gut ist das Behandlungsergebnis im Vergleich zu anderen Behandlungsprogrammen?**

Zum Vergleich können wir veröffentlichte Abstinenzraten aus anderen Behandlungsprogrammen heranziehen. In ihrer multizentrischen Evaluation herkömmlicher stationärer Entwöhnungsbehandlungen ermittelten KÜFNER et al. (1986) ein halbes Jahr nach Entlassung 69 % Abstinente, also beträchtlich bessere Erfolgsquoten als wir sie erreichen konnten. Wie lassen sich unsere Ergebnisse mit anderen Kurzbehandlungen vergleichen? Ein halbes Jahr nach der Entlassung aus einer Kombination aus dreiwöchiger Entgiftung und anschließender dreiwöchiger Motivationsbehandlung fanden VELTRUP und DRIESSEN (1993) in Lübeck 43 % Abstinente. Die Patienten wurden zwar wie in Mannheim persönlich gesehen, dabei konnten aber nur 75 % erreicht werden. STETTER, LEISS und MANN (1991) in Tübingen ermittelten nach einer zwei- bis dreiwöchigen Entzugsbehandlung 50 % Abstinente. Hier fand die Katamneseerhebung jedoch telefonisch statt.

Stellen wir die Unterschiede in der Katamneseerhebung in Rechnung, so sind die Ergebnisse in Mannheim durchaus denen der beiden anderen Kurzbehandlungen vergleichbar. Im Vergleich zu den Abstinenzraten, die in den längeren stationären Entwöhnungsbehandlungen erreicht wurden, sind sie aber enttäuschend. Sind diese Unterschiede, wie es zunächst scheint, allein auf den unterschiedlichen Behandlungsaufwand zurückzuführen? Man darf bei solchen Vergleichen nicht außer Acht lassen, daß sich Behandlungseinrichtungen auch danach unterscheiden, welchen Anteil prognostisch günstiger Patienten und welchen Anteil prognostisch ungünstiger Patienten sie aufweisen. Was ist damit gemeint?

In der Untersuchung der Arbeitsgruppe von FEUERLEIN wurde auch eine Reihe von Merkmalen daraufhin geprüft, ob sie mit dem Erfolg der Behandlung in Beziehung stehen. Vergleicht man jene Patienten, die in dieser Studie 18 Monate nach der Entlassung abstinent waren, mit jenen Patienten, die in der Zwischenzeit rückfällig geworden waren, dann ergibt sich eine Liste von Merkmalen bereits aus der Zeit vor der Behandlung, in denen sich die abstinenten Patienten von den rückfälligen Patienten unterscheiden und die auch zur Prognose des Behandlungserfolgs verwendet werden können. Diese Merkmale sind bei Männern anders zusammengestellt als bei Frauen. Tabelle 2 enthält die Liste dieser Merkmale für alkoholranke Männer.

### Merkmale:

- lebt mit Partnerin
- Heimatort hat weniger als 100.000 Einwohner
- nur ein Arbeitsplatz während der letzten 2 Jahre
- nicht erwerbslos
- besitzt Wohneigentum
- lebt nicht im Wohnheim oder ohne festen Wohnsitz
- kein Verlust der Arbeit wegen Alkohol
- kein Suizidversuch in der Vorgeschichte
- keine vorausgegangene Behandlung in einer Suchteinrichtung

**Tabelle 2**

Prognostische Merkmale für Männer (nach KÜFNER et al., 1986)

Kein einzelnes dieser Merkmale hat große prognostische Bedeutung; die Arbeitsgruppen von FEUERLEIN zeigte aber, daß von den Patienten, die 7 oder 8 dieser Merkmale erfüllten, nach 18 Monaten ca. dreimal mehr Patienten abstinent waren, als wenn nur eines oder zwei dieser Merkmale erfüllt waren. Es ist offensichtlich, daß ein Behandlungsprogramm, in dem bevorzugt Patienten mit prognostisch günstigen Merkmalen aufgenommen werden, von vornherein mehr Chancen hat, hohe Abstinenzraten zu erreichen, als ein anderes Behandlungsprogramm, in dem der Anteil von prognostisch ungünstigen Patienten höher ist. Deshalb sollte beim Vergleich zweier Behandlungsformen bezüglich der Abstinenzraten also immer auch berücksichtigt werden, ob sie sich im Anteil prognostisch günstiger und prognostisch ungünstiger Patienten gleichen.

Wenden wir nun diese Überlegungen auf den Vergleich unseres Behandlungsprogramms mit den Befunden der Arbeitsgruppe von FEUERLEIN zur konventionellen Entwöhnungstherapie an. Tatsächlich sind dort für 50 % der Patienten mehr als 7 der Prognosemerkmale erfüllt; sie fallen also in die Kategorie der "günstigen Prognose". Nur 27 % der Patienten in unserer qualifizierten Entzugsbehandlung fallen in diese Kategorie. In unserem Klientel ist der Anteil von Patienten mit günstiger Prognose also geringer als in den stationären Ent-

wöhnungsbehandlungen, die von der Arbeitsgruppe von FEUERLEIN berücksichtigt wurden. Ermitteln wir für diese Patienten mit günstiger Prognose die Abstinenzraten gesondert, so steigt die Abstinenzrate auf 60%. Diese Gruppe von Patienten scheint also von unserer qualifizierten Entzugsbehandlung besonders zu profitieren. Der Anteil dieser Patienten in unserer Einrichtung ist jedoch trotz unserer Auswahlbemühungen vergleichsweise gering.

## **VII. Zusammenfassung: Was können wir nun über unser Behandlungsprogramm aussagen?**

**Zur Nachfrage:** Unsere Statistik der zuweisenden Stellen zeigt eine besondere Nachfrage nach unserem Behandlungsangebot bei den niedergelassenen Allgemeinärzten und im Allgemeinkrankenhaus. In diesen Stellen ist häufig ein Bedarf für rasche Behandlung ohne lange Wartezeiten und zunächst auch ohne lange stationäre Behandlungszeiten gegeben. Überraschenderweise wird die Behandlung wenig nachgefragt von zwei Stellen, mit denen wir anfänglich gerechnet hatten: Werksärzte und Suchtberatungsstellen. In beiden Bereichen ist die Versorgung der Suchtkranken jedoch langfristig angelegt, so daß wenig Bedarf für eine qualifizierte Entzugsbehandlung besteht. Die Registrierung und Einteilung der Erstkontakte hat uns geholfen, diese Entwicklung der Nachfrage nach Behandlungsplätzen frühzeitig zu erkennen. In der Folge haben wir besonders die Kontakte mit den Allgemeinärzten intensiviert und versuchen durch Rückmeldung und Information für diese Berufsgruppe, die Zuordnung von Patienten zu unserer qualifizierten Entzugsbehandlung zu verbessern.

**Zur Wirksamkeit der Behandlung:** Die Nachuntersuchungen bis zu einem halben Jahr nach der Entlassung zeigten für jedes der Quartale Abstinenzraten von über 50 %, die Halbjahreskatamnesen liegen deutlich darunter. Im Vergleich zu konventionellen Entwöhnungsbehandlungen schneidet unsere "qualifizierte Entzugsbehandlung" mit ambulanter Nachbetreuung schlechter ab. Andererseits sind die Ergebnisse gut vergleichbar mit denen anderer Kurzbehandlungen.

**Zur Beschreibung der Patienten:** Wir wollten uns einen Eindruck von der Auswahl von Patienten verschaffen, die nach den Auswahlprozessen der zuweisenden Stellen und unseren eigenen Aufnahmekriterien schließlich im Behandlungsprogramm verblieben. Vergleichen wir unsere Patienten mit denen konventioneller Entwöh-

nungsbehandlungen, so finden wir keinen Unterschied hinsichtlich demographischer und suchtanamnestischer Variablen. Berücksichtigen wir die prognostischen Merkmale der Arbeitsgruppe von FEUERLEIN, so stellen wir sogar einen geringeren Anteil prognostisch günstiger Patienten fest als dies üblicherweise in längeren stationären Entwöhnungsbehandlungen der Fall ist. Wir haben also gewiß keine Auswahl von Patienten, die besonders für psychotherapeutische Interventionen geeignet sind.

**Zur Indikation der qualifizierten Entzugsbehandlung:** Wir haben eingangs die Kriterien für die Aufnahme in das Behandlungsprogramm dargelegt und darauf hingewiesen, daß dadurch eine gewisse Absicherung gegen ein Fehlindikation gewährleistet werden sollte. Diese Überlegung konnten wir anhand der prognostischen Kriterien der Arbeitsgruppe von FEUERLEIN überprüfen. Teilen wir die Patienten in prognostisch günstige und prognostisch ungünstige Patienten, so finden wir tatsächlich erheblich höhere Abstinenzraten bei den prognostisch günstigen Patienten als bei den prognostisch ungünstigen. Für prognostisch günstige Patienten stellt die Behandlung einschließlich der Nachbetreuung also wohl eine vollwertige Behandlung dar. Dieser Befund macht das Dilemma eines solchen Behandlungsprogramms deutlich: Wir können eine hohe Effizienz gewährleisten, indem wir uns auf die entsprechenden Patienten beschränken. Andererseits sind organisatorische Vorzüge des Programms, wie kurze Wartezeiten, unkompliziertes Aufnahmeverfahren und psychiatrische Versorgung, gerade für jene Stellen interessant, die mit prognostisch ungünstigen Patienten befaßt sind. Diesen Bedarf können wir nicht abweisen, aber anhand unserer laufenden Auswertungen können wir die Erwartungen der zuweisenden Stellen an die Wirksamkeit des Programms im Einzelfall korrigieren und auch den Bedarf für Anschlußbehandlungen abschätzen. Es wird jedoch weitere Auswertungen brauchen, um diese Einschätzungen differenzierter vornehmen zu können.

Wir wollten in diesem Beitrag exemplarisch ausführen, wie Fragen, die aus der eigenen Tätigkeit erwachsen, die systematische Registrierung von Informationen über die Behandlung bzw. über die Patienten anregen können und weiter, daß diese Informationen Aussagen zur Behandlung erlauben, die über den Erfahrungshorizont des Einzelnen im Team hinausgehen. Dies kann zum Teil mit einfachen Mitteln geschehen. Zum einen sind standardisierte Erhebungsinstrumente vorhanden, mit denen grundlegende Informationen von potentieller Relevanz für ähnliche Fragestellungen erhoben werden können (z.B. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 1992).

Zum anderen enthalten veröffentlichte Arbeiten, im deutschsprachigen Bereich zumeist in der Zeitschrift SUCHT (früher Suchtgefahren), oft so detaillierte Angaben über unterschiedliche Behandlungseinrichtungen, daß man die eigenen Erhebungen gut damit vergleichen kann. Dieses Vorgehen ersetzt zwar keine systematischen Untersuchungen mit randomisierter Zuteilung von Patienten zu Behandlungsformen, aber es kann wichtige Aufschlüsse über Besonderheiten der eigenen Patienten liefern und auf einen besonderen Bedarf aufmerksam machen. Nicht zuletzt sind derartige Vergleiche auch ein Mittel, um gegenüber der Öffentlichkeit und dem Kostenträger die Notwendigkeit bestimmter Maßnahmen zu begründen.

## **Literatur**

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SUCHTFORSCHUNG UND SUCHTTHERAPIE (1992) Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Lambertus Verlag, Freiburg

KÜFNER, H., FEUERLEIN, W. & FLOHRSCHÜTZ, T. (1986)  
Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestische Ergebnisse.  
Suchtgefahren, 32, 1-85

KÜFNER, H., FEUERLEIN, W. & FLOHRSCHÜTZ, T. (1988)  
Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung.  
Suchtgefahren, 34, 157-270

RIST, F. (1996)  
Therapiestudien mit Alkoholabhängigen. In Mann, K. & G. Buchkremer (Hrsg). Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie.  
Fischer Verlag, 1996

WATZL, H. (1991)  
Überlegungen zur Verhaltenstherapie der Alkoholabhängigkeit.  
Verhaltenstherapie, 1, 301-306

STETTER, F., LEISS, D. & MANN, K. (1991)

Untersuchungen zur Effizienz gezielter Motivationsförderung akut behandelter Alkoholkranker.

Nervenheilkunde 10, 12-13

VELTRUP, C. & DRIESSEN, M. (1993)

Erweiterte Entzugsbehandlung für alkoholabhängige Patienten in einer psychiatrischen Klinik.

Sucht, 39, 168-172



## **Zusammenhänge zwischen Drogennot- und Drogen- todesfall**

Prof. Dr. Alexa Franke  
Universität Dortmund  
FB 13: Psychologie in Sondererziehung  
und Rehabilitation  
Klinische Psychologie und Psychosomatik  
44221 Dortmund

## **Inhalt**

- I. Ziel der Untersuchung und Datengrundlage
- II. Ergebnisse
- III. Gemeinsame Hintergründe von Drogennot- und -todesfall
- IV. Einige Konsequenzen aus der Untersuchung

## I. Ziel der Untersuchung und Datengrundlage

Die Entwicklung der Zahl der Drogentoten wird in den vom Bundeskriminalamt veröffentlichten Rauschgiftjahresberichten als positiv bezeichnet:

Nach einem starken Anstieg von 1988 bis 1990 kommt es seit 1991 zu einem kontinuierlichen Rückgang: bundesweit verstarben 1995 1.565 Drogenabhängige gegenüber 2.125 im Jahre 1991. [BKA 1995, 1996]. In der Untersuchung, aus der ich im Folgenden einige Ergebnisse vorstelle, wurden die Drogentodesfälle in der Stadt Dortmund zwischen 1990 und 1993 und die Drogennotfälle zwischen 1991 und 1993 analysiert. Außerdem wurden mit Personen, die bereits mehrere Notfälle überlebt hatten, Interviews durchgeführt. Nach einer von der EG initiierten Übersicht über kommunale Drogenpolitik in Europa rangiert Dortmund, bezogen auf die Bevölkerungsgröße, unter acht deutschen Großstädten an Platz 4 bezüglich der Anzahl der Drogentoten. Im Europäischen Vergleich (ohne Osteuropa) nimmt Dortmund von 22 Großstädten Platz 8 ein [Stadt Dortmund 1993].

Dortmund bot sich mit diesen traurigen Listenplätzen als geeigneter Ort an, Drogennotfälle und Drogentodesfälle zu analysieren und mögliche Zusammenhänge zwischen diesen beiden Ereignissen zu prüfen. Ziel der Untersuchung<sup>1</sup> war es nicht allein, sozio-demographische Daten der Drogenopfer und raum-zeitliche Umstände des Todes- oder Notfallereignisses zu erfassen, sondern auch eventuelle Zusammenhänge zwischen Drogennotfall und Drogentodesfall zu erkennen. Bundesweit gibt es bisher keine Statistik, in der die betroffenen Personen "zusammengeführt" werden, so daß bisher weitgehend unklar ist, wie viele und welche Drogentote zu einem früheren Zeitpunkt einen oder mehrere Notfälle hatten, und inwieweit der Drogennotfall ein Signal für eine letale Gefährdung sein kann. Uns<sup>2</sup> interessierte, ob sich personale und/oder situative Unterschiede zwischen Personen mit Drogennot- und -todesfall ausmachen lassen, ob sich aus dem

---

<sup>1</sup> Die Untersuchung wurde aus Mitteln des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW finanziert, dem an dieser Stelle herzlich gedankt sei.

<sup>2</sup> Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen des Projekts waren Dipl.-Päd. Barbara Hüttmann, Dr. Sabine Kötter und Dipl.-Psych. Maibritt Witte

Notfallgeschehen Hinweise auf das Todesgeschehen ableiten und, als übergeordnete Fragestellung, ob sich Erkenntnisse gewinnen lassen, die als Grundlage für präventive Maßnahmen dienen können.

Für die quantitative Untersuchung standen im wesentlichen folgende Informationsquellen zur Verfügung:

- Staatsanwaltschaftliche Akten der Drogentoten der Jahre 1990 bis 1993
- Rettungsprotokolle der Notarztwagen 1991 bis 1993
- Chemische Untersuchungsergebnisse des Chemischen und Lebensmittel - Untersuchungsamts 1990 bis 1993.

Daneben erhoben wir Daten bei der Polizei, dem Amt für Statistik und Wahlen, der Drogenberatungsstelle DROBS, dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) und der LVA.

Eine vereidigte Mitarbeiterin des Projekts nahm die Daten im Gesundheitsamt und den entsprechenden Dienststellen und Behörden mit einem Identifikationscode auf, der in Absprache mit den Datenschutzbeauftragten der Stadt und des Landes entwickelt worden war.

In der Definition des Drogentodesfalls folgten wir derjenigen des Bundeskriminalamtes, nach der alle Todesfälle, die in einem kausalen Zusammenhang mit dem mißbräuchlichen Konsum von Betäubungsmitteln oder als Ausweichmitteln verwendeten Ersatzstoffen stehen, als Drogentodesfälle bezeichnet werden. Im Sinne dieser Definition gelang es uns, alle laut Ermittlungsdaten der Staatsanwaltschaft identifizierten Drogentoten der Jahre 1990 bis 1993 zu erfassen; dies waren für die Jahre 1990 und 1991 jeweils 54 Tote, für 1992 52 und für 1993 44 Tote.

Als Drogennotfälle wurden alle Rettungseinsätze definiert, in denen ein entsprechendes Notarztprotokoll einen Einsatz als drogenbedingt auswies. Die Erfassung der Daten erfolgte anhand der im Notarztwagen einheitlich verwendeten Protokollbogen.

Wir untersuchten 1.430 Drogennotfälle, die sich - vergleiche Tabelle 1 - auf insgesamt 866 Patientinnen und Patienten bezogen.

	1991	1992	1993	$\Sigma$
Einsätze Rettungswagen mit Notarzt	520 (ab März/April)	499	411	1430
Diese Einsätze bezogen sich auf:				
Notfallpatient/-innen	347	347	308	
Notfallpatient/-innen 91+92		644		
Notfallpatient/-innen 91+92+93		866		

**Tabelle 1**

Häufigkeiten der Notfalleinsätze und Anzahl von betroffenen Patient/-innen 1991-1993

Quelle: Feuerwehr und NAW-Protokolle Dortmund

Projekt: Drogennotfälle und Drogentodesfälle in Dortmund

## II. Ergebnisse

### 1. Geschlecht

Im gesamten Untersuchungszeitraum - siehe Tab. 2 - war der Anteil der Männer sowohl an den Drogentoten als auch an den Personen mit Drogennotfall deutlich höher als der der Frauen.

	Drogentote		NAW-Einsätze		Personen mit Notfall	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1990	87,0 %	13,0 %	-	-	-	-
1991	87,0 %	13,0 %	69,1 %	30,9 %	72,9 %	27,1 %
1992	86,7 %	17,3 %	62,3 %	37,7 %	72,6 %	27,4 %
1993	73,0 %	27,0 %	71,6 %	28,4 %	74,7 %	25,3 %

**Tabelle 2**

Drogentote und Drogennotfälle nach Geschlecht: Anteile 1990 - 1993

Projekt: Drogennotfälle und Drogentodesfälle in Dortmund

Bei dem vergleichsweise hohen Anteil von Frauen an den Drogentoten in 1993 scheint es sich um ein zufälliges Ergebnis zu handeln; in den Jahren nach unserer Untersuchung lag der Anteil 1994 bei 12,5%, 1995 bei 13,6%.<sup>3</sup>

Legt man die Schätzung zugrunde, derzufolge der Anteil von Frauen an der Gesamtgruppe der Abhängigen von illegalen Drogen bei 30 - 40% liegt, so läßt sich festhalten, daß der Anteil der Frauen an den Drogentoten proportional deutlich geringer, der der Männer deutlich erhöht ist. Bezogen auf ihren jeweiligen Anteil an der Gruppe der Abhängigen sind somit die Frauen bei den Drogentoten unter-, die Männer überrepräsentiert.

Dieses Ergebnis zeigt sich - allerdings schwächer ausgeprägt - auch bei den Drogennotfällen. Die Gruppe der Frauen mit Notfall ist kleiner, als es ihrem prozentualen Anteil unter den Drogenabhängigen entspricht, der Anteil der Männer mit Notfall ist dagegen gegenüber ihrem prozentualen Anteil an der Gesamtgruppe der Abhängigen leicht erhöht.

In Bezug auf die Rettungseinsätze wegen Drogennotfalls entspricht die Geschlechterrelation in etwa der in der Szene angenommenen Relation: Es macht jedoch wenig Sinn, diese beiden Größen miteinander in Beziehung zu setzen, da die in Bezug auf Notfälle relevante Vergleichsgröße nicht die Zahl der NAW-Einsätze, sondern die Zahl der diese Einsätze verursachenden Personen ist. Diesbezüglich zeigen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern:

Die Gruppe der Frauen, derentwegen Notfalleinsätze gefahren werden, ist vergleichsweise geringer. Anders ausgedrückt: Mehr Frauen als Männer haben Mehrfach-Notfälle.

## 2. Alter

Das durchschnittliche Alter der Drogentoten zeigt Tabelle 3, das durchschnittliche Alter der Drogennotfälle Tabelle 4.

---

3 Die Daten aus 1994 und 1995 wurden mir vom Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Dortmund zur Verfügung gestellt.

NAW = Notarztwagen

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	Ø
Durchschnittliches Alter	29,5	27,8	28,0	27,1	27,1	26,8	27,7
Durchschnittliches Alter (Männer)	29,9	27,9	28,2	28,5	27,3	27,2	28,2
Durchschnittliches Alter (Frauen)	26,9	26,7	27,1	23,1	25,3	24,0	25,5
Altersspanne	20-49	18-41	15-41	16-42	16-44	19-44	
Altersspanne (Männer)	20-49	18-41	15-41	19-42	16-44	19-44	
Altersspanne (Frauen)	20-34	19-36	23-33	16-30	23-29	19-31	

**Tabelle 3**

Alter der Drogentoten 1990 - 1995

Quelle: Polizei und Staatsanwaltschaft Dortmund

Projekt: Drogennotfälle und Drogentodesfälle in Dortmund

	1991	1992	1993	Ø
Durchschnittliches Alter	26,4	25,7	26,4	26,2
Durchschnittliches Alter (Männer)	26,9	26,6	26,9	26,8
Durchschnittliches Alter (Frauen)	25,2	24,4	25,6	25,1
Altersspanne	14-61	14-56	16-42	
Altersspanne (Männer)	14-61	14-56	14-61	
Altersspanne (Frauen)	15-39	14-40	16-43	

**Tabelle 4**

Alter der Personen mit Drogentoten 1991, 1992 und 1993

Quelle: NAW-Protokolle

Projekt: Drogennotfälle und Drogentodesfälle in Dortmund

Das durchschnittliche Alter der Personen mit Drogennotfall ist etwas geringer als das der Todesfälle, bei den Männern ist diese Diskrepanz größer als bei den Frauen. Das Alter der Männer liegt sowohl bei den Todes- als auch bei den Notfällen höher als das der Frauen. Unterschiede zeigen sich auch in den Zeitspannen: bei den Notfällen sind sie insgesamt größer als bei den Todesfällen, bei den Frauen sind sie sowohl in Bezug auf Tod, als auch auf Notfall geringer als bei den Männern.

### 3. Zeitliche Verteilung

Trotz intensiver Suche und Anwendung zahlreicher statistischer Tricks ließ sich keinerlei Systematik in Bezug auf die jahreszeitliche Verteilung des Drogentodes finden. Auch Vergleiche mit den uns vom Chemischen und Lebensmittel-Untersuchungsamt zur Verfügung gestellten täglichen Diamorphingehalten in sichergestellten und analysierten Rauschgiftproben zeigten keinerlei plausible Erklärungen für die z.T. erheblichen Schwankungen.

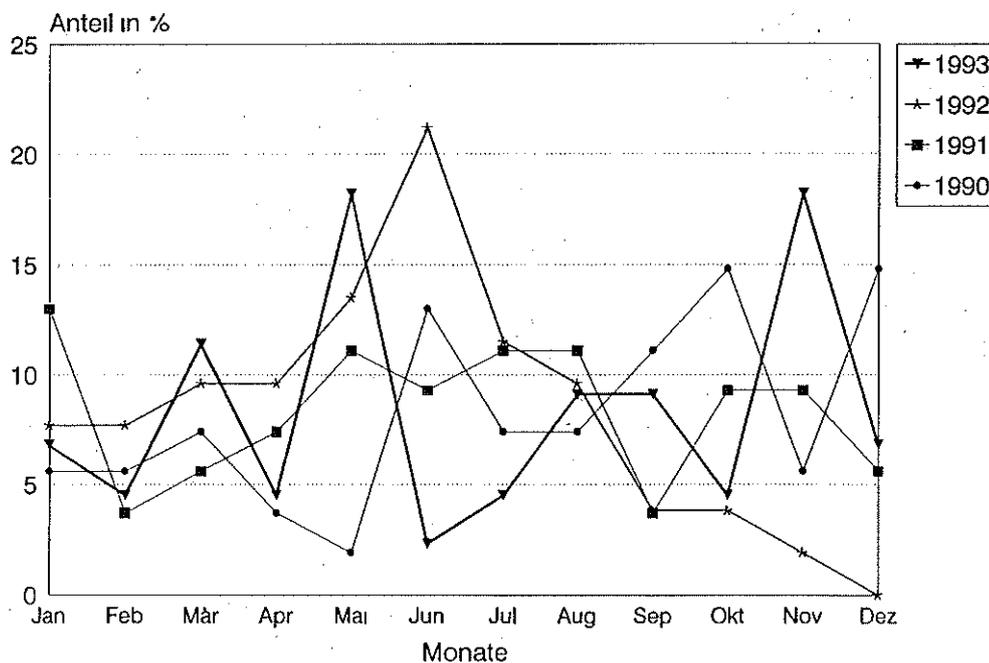


Abbildung 1 zeigt die Anteile der Drogentoten pro Monat in den Jahren 1990 bis 1993  
 Quelle: Staatsanwaltschaft Dortmund  
 Projekt: Drogennotfälle und Drogentodesfälle in Dortmund

Auch in Bezug auf die Wochentage ließ sich keinerlei Systematik finden. Das BKA kommt in seinem jüngsten Rauschgiftjahresbericht zum gleichen Schluß: "Die Auswertung der über ein Jahr hinweg nach Monaten zusammengefaßten Todeszeiten ergibt ein stetiges An- und Absteigen im statistischen Bild. Die Schwankungen im Bereich der Todeszeiten scheinen einen eher zufälligen Charakter zu haben." [BKA, 1996 S. 76].

Demgegenüber kam es bei Notfällen in allen Jahren zu einer Steigerung in der ersten Jahreshälfte und einem deutlichen Rückgang vom dritten zum vierten Quartal. Die meisten Drogennotfälle ereigneten sich zwischen 14 Uhr und 24 Uhr. Für die Wochentage ließ sich nicht mit gleicher Deutlichkeit eine Systematik erkennen; ein in den Jahren 1991 und 1992 deutlicher Rückgang am Wochenende ließ sich für 1993 nicht bestätigen.

#### 4. Letalität des Drogennotfalls

Insgesamt verstarben im Zeitraum 1991 bis 1993 7,2% aller NotfallpatientInnen bei ihrem ersten Notfall. Dieser Anteil ist bei den Männern mit 8,0% deutlich höher als bei den Frauen mit 4,6%.

Insgesamt zeigte sich, daß die Beziehung zwischen Drogennotfall und Drogentod für die beiden Geschlechter deutlich unterschiedlich ist. Die folgenden Tabellen 5 und 6 zeigen einige weitere vergleichende Daten:

	1991 + 1992		1993		1991 - 1993	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
2 und mehr Notfälle	20,0 %	31,6 %	15,1 %	18,0 %	21,8 %	30,1 %

**Tabelle 5**  
Männer und Frauen mit wiederholten Notfällen: Anteile 1991 - 1993  
Projekt: Drogennotfälle und Drogentodesfälle in Dortmund

Notfälle	1991 + 1992		1993		1991 - 1993	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	6,2 %	1,9 %	8,7 %	9,0 %	8,0 %	4,6 %
1	73,8 %	66,5 %	76,1 %	73,1 %	70,2 %	65,3 %
2	12,8 %	13,9 %	10,0 %	12,8 %	12,6 %	12,5 %
3 und mehr	7,2 %	17,7 %	5,1 %	5,2 %	9,2 %	17,6 %

**Tabelle 6**

Männer und Frauen nach Anzahl überlebter Notfälle: Anteile 1991-1993  
Projekt: Drogennotfälle und Drogentodesfälle in Dortmund

Man sieht, daß der Anteil von Männern, die nur einen Notfall haben, gegenüber dem entsprechenden Anteil der Frauen leicht erhöht ist, daß über den gesamten Beobachtungszeitraum der Anteil der Frauen, die zwei und mehr Notfälle haben, höher als derjenige der Männer ist und daß in der Gruppe derer, die mehr als drei Notfälle hatten, die Frauen deutlich gegenüber den Männern überwiegen. Von allen Männern mit Drogennotfall hatten von 1991 bis 1993 insgesamt 0,6% zehn und mehr Notfälle; bei den Frauen betrug der entsprechende Anteil 2,9%.

Zur Frage des Zusammenhangs zwischen Notfall und Todesfall wurden die Datensätze der Rettungswagen mit denjenigen aus den Staatsanwaltschaftlichen Akten zusammengeführt. Geprüft wurde zum einen, wie viele der Personen, die zwischen 1991 bis 1993 Notfälle hatten, im Verlauf dieser Zeit verstarben und zum zweiten, wie viele der drogentot Gemeldeten vorher in der NAW-Kartei registriert waren. Die Ergebnisse zeigen die Tabellen 7 und 8:

Zeitraum	Personen mit wh. Notfall	davon gestorben in							
		1991		1992		1993		1991-1993	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
m 1991	51	1	2,0	2	3,9	0	0,0	3	5,9
m 1992	42	-	0,0	7	16,7	1	2,4	8	19,0
m 1993	35	-	0,0	-	0,0	3	8,6	3	8,6
m 91+92+93	142	1	0,7	9	6,3	4	2,8	14	9,9
w 1991	26	1	3,9	1	3,9	2	7,7	4	15,4
w 1992	23	-	0,0	1	4,4	2	8,7	3	13,0
w 1993	14	-	0,0	-	0,0	1	7,1	1	7,1
w 91+92+93	65	1	1,5	2	3,1	5	7,7	8	12,3

**Tabelle 7**

Sterblichkeit von Personen mit wiederholtem Notfall: Anzahl und Anteil der Drogentoten unter Personen mit wiederholten Notfällen 1991 - 1993 nach Geschlecht

Quelle: NAW-Protokolle und Staatsanwaltschaft Dortmund

Projekt: Drogennotfälle und Drogentodesfälle in Dortmund

Notfälle	Gesamt		Männer		Frauen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0	100	66,7	87	69,6	13	52,0
1	30	20,0	25	20,0	5	20,0
2	11	7,3	9	7,2	2	8,0
3	4	2,7	2	1,6	2	8,0
4	3	2,0	2	1,6	1	4,0
5	1	0,7	0	0,0	1	4,0
6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
...						
18	1	0,7	0	0,0	1	4,0
<b>Summe</b>	<b>150</b>		<b>125</b>		<b>25</b>	

**Tabelle 8**

Drogentote 1991 - 1993 nach Anzahl vorher überlebter Drogennotfälle in 1991 - 1993

Quelle: NAW-Protokolle und Staatsanwaltschaft Dortmund

Projekt: Drogennotfälle und Drogentodesfälle in Dortmund

Diese Daten zeigen meines Erachtens deutlich, daß das Drogennotfallereignis durchaus im Sinne einer Prävention von Drogentodesfällen genutzt werden kann. Von den 26 Frauen etwa mit wiederholten Notfällen im Jahre 1991 waren bis Ende 1993 15,4% gestorben, von allen Männern, die 1992 einen wiederholten Notfall hatten, waren bis Ende 1993 19% verstorben. Wenn auch 66,7% aller Drogentoten nicht in der NAW-Datei verzeichnet waren, so bedeutet dies doch, daß ein Drittel aller Drogentoten der Jahre 1991 bis 1993 in eben diesem Zeitraum irgendwann einmal als NotfallpatientInnen in Erscheinung getreten sind. Dabei ist der Anteil von Frauen, die vor ihrem Drogentod keinen Notfall gehabt haben, deutlich geringer als der der Männer: er beträgt 52%. 20% der drogentoten Frauen der Jahre 1991 bis 1993 hatten irgendwann in diesem Zeitraum einen Notfall, und immerhin 28% waren mit mehrfachen Notfällen registriert.

In der anschließenden qualitativen Interviewstudie mit acht Frauen und vier Männern, die jeweils mehrfache Drogennotfälle überlebt hatten, ließ sich als entscheidende Variable für die Unterschiede zwischen den Geschlechtern die Suizidalität identifizieren. Frauen und Männer unterschieden sich deutlich im Ausmaß der erlebten Suizidalität und in Art und Ausmaß suizidaler Handlungen. Während die Männer alle Überdosierungen als unbeabsichtigt deklarierten und keine weiteren Suizidversuche angaben, gaben bis auf eine Frau alle anderen Suizidversuche mit und ohne Drogenwirkung an. Mehrere Frauen interpretierten im Gespräch eigene Notfälle und die von anderen Frauen als Hilferufe. Den Männern sprechen sie kein vergleichbares Motiv zu, diese wollten vielmehr "den Harten" markieren. Auch die Männer selbst machten keine entsprechenden Interpretationen ihrer Notfälle als Hilferufe, zwei von ihnen äußerten jedoch unmißverständlich, daß sie, wollten sie sich einmal umbringen, dies durch eine Überdosis tun würden.

### **III. Gemeinsame Hintergründe von Drogennot- und -todesfall**

Aus den umfangreichen quantitativen Daten und der sehr intensiven inhaltsanalytischen Auswertung der teilstandardisierten Interviews lassen sich einige Schlüsse ziehen, die die Hintergründe von Drogennotfall und Drogentodesfall erhellen und die einige brauchbare Hypothesen über die Verbindung zwischen diesen beiden Ereignissen ermöglichen.

Zunächst gilt es festzuhalten, daß Drogennotfall und Drogentodesfall Phänomene sind, die entscheidend durch die Variable Geschlecht determiniert werden. In Abhängigkeit vom Geschlecht weisen sie auf unterschiedliche psychologische, soziale und vermutlich auch organische und toxikologische Prozesse hin. Auf letztere Ergebnisse kann in diesem Beitrag nicht eingehend eingegangen werden, doch zeigten sich erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen in den Obduktionsergebnissen und den Konsumgewogenheiten. Die Relation zwischen Drogennotfall und Drogentod wird ebenfalls entscheidend durch das Geschlecht beeinflusst, wobei sich als entscheidend für diese Unterschiede zwischen den Geschlechtern die Suizidalität identifizieren ließ.

Des Weiteren ist davon auszugehen, daß Unkenntnis über die Stoffqualität für einen beträchtlichen Teil von Drogennot- und wahrscheinlich auch Drogentodesfällen verantwortlich gemacht werden kann. Wenn von den männlichen Drogentoten 69,6% und von den weiblichen 52% in den drei Jahren vor ihrem Tod keinen einzigen registrierten Notfall hatten, wenn über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg 70,2% der Männer und 65,3% der Frauen nur einen Notfall hatten, den sie überlebten, dann legen diese Zahlen den Schluß nahe, daß es sich beim Drogentod im wesentlichen nicht um planvoll gehandelte Ereignisse, sondern um Unfälle handelt. Auch wenn, wie bei der Befragung deutlich wurde, "Unfälle" im situativen Kontext durchaus nicht immer zufällig auftreten, so dürfte ein Hauptverursachungsfaktor doch in der Unkenntnis über den Reinheitsgehalt oder in verunreinigtem Stoff liegen. Im Untersuchungszeitraum sank der mittlere Diamorphingehalt in beschlagnahmten Rauschgiftmengen von über 30 auf etwa 13% (mit den bekannten großen Schwankungsbreiten). Es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß dieser niedrige Diamorphingehalt ursächlich für die verbreitete Tendenz zur Polytoxikomanie ist; nur bei einem der von uns untersuchten 204 Drogentoten ließ sich außer Heroin kein weiterer Stoff finden. Polytoxikomanie aber stellt ohne Frage ein gemeinsames Risiko für Drogennotfall und Drogentod dar.

Erstaunliche Ergebnisse zeigten sich bei gleichzeitiger Betrachtung der Variablen Geschlecht, Zusatzkonsum und Applikationsverhalten. Die Hypothese, der geringere Anteil von Frauen an Drogentoten und Notfallpatienten deute darauf hin, daß Frauen risikoärmer applizierten und weniger polytoxikomane Gebrauchsmuster aufwiesen, ließ sich keineswegs erhärten. Nach den Aussagen der von uns Befragten lag sowohl der durchschnittliche Heroinkonsum, als auch der Konsum von Benzodiazepinen und anderen Medikamenten bei den Frauen deutlich

höher als bei den Männern. Alle Befragten waren sich einig, daß Frauen nicht vorsichtiger applizierten als Männer. Im Gegenteil: sie hätten mehr Geld, könnten mehr Drogen kaufen, außerdem seien sie gieriger, unkontrollierter.

Die Angaben, die die Befragten über das Ausmaß ihres Konsums machen, sind schwer mit den Einschätzungen der Schwere des Notfalls durch die Notärzte in Einklang zu bringen. Wie Tabelle 9 zeigt, werden Frauen keineswegs als deutlich schwerer beeinträchtigt beurteilt:

	1991		1992		1993		gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
geringfügig / ambulant	16,2 %	15,0 %	15,1 %	14,9 %	9,0 %	18,2 %	13,7 %	15,8 %
akut / stationär	66,5 %	71,9 %	62,7 %	69,1 %	47,7 %	47,7 %	63,7 %	65,0 %
Reanimation	1,7 %	1,3 %	0,6 %	1,1 %	2,6 %	2,6 %	0,9 %	1,5 %
Tod	5,3 %	5,8 %	5,8 %	0,0 %	4,3 %	4,3 %	5,6 %	1,5 %

**Tabelle 9**  
Einschätzung der "Schwere der Störung" durch Notärzte  
Projekt: Drogennotfälle und Drogentodesfälle in Dortmund

Ein Aspekt, der in der Literatur häufig in Zusammenhang mit Drogentod und Drogennotfall diskutiert wird, ist die allgemeine körperliche und soziale Verelendung. Unsere Daten erlauben keine eindeutigen Aussagen darüber, inwieweit Verelendung wirklich zu Notfall und Tod beiträgt. Auffallend ist jedoch, daß sehr junge Abhängige weder bei den Todes- noch bei den Notfällen eine wesentliche Rolle spielen, was als Hinweis gewertet werden kann, daß erst ab einem gewissen Stadium im Drogenprozeß eine akute Lebensgefährdung gegeben ist. Ein wichtiges Ergebnis in diesem Zusammenhang ist das niedrigere Alter, in dem Frauen Notfälle erleiden und an Drogen sterben. Da es keinen Hinweis darauf gibt, daß das Einstiegsalter der Frauen niedriger ist als das der Männer, scheint es nicht plausibel, das jüngere Alter der gestorbenen Frauen und der Frauen mit Notfall mit Verelendung in Folge langjährigen Konsums in Verbindung zu bringen. Die Ergebnisse der qualitativen Befragung legen vielmehr einen anderen Grund nahe: Frauen sind durch das Leben in der Szene stärker belastet als Männer, und dies führt innerhalb kürzerer Zeit dazu, daß sie

physisch und psychisch am Ende sind. Die Faktoren, die diesen Prozeß vorantreiben, sind im wesentlichen Prostitution, Gewalterfahrung, finanzielle Verstrickungen und das Aushalten von Männern, fehlender Rückhalt bei anderen Frauen, außerdem der körperliche Verfall, und damit der Verlust der Attraktivität und in der Regel eine hochproblematische Beziehung zu einem ebenfalls abhängigen Partner.

Gründe für einen langsameren Verelendungsprozeß der Männer sind nicht nur im Fehlen dieser wesentlichen Belastungsfaktoren zu suchen, sondern auch darin, daß Männer durch Inhaftierungen häufiger längere drogenfreie oder beinahe drogenfreie Intervalle haben. Da anzunehmen ist, daß der körperliche Allgemeinzustand eine Auswirkung auf die Gefährdung für Drogennot- und -todesfall hat, kann hier durchaus ein protektiver Faktor gesehen werden. Dessen Wirkung relativiert sich allerdings auf der psychologischen Ebene: alle Befragten berichten, daß sie unmittelbar nach Haftaufenthalten massive Rückfälle hatten.

Während die Frage der höheren Gefährdung nach einer Abstinenzphase in der Literatur vor allem unter körperlichen Gesichtspunkten diskutiert wird, zeigten sich in unserer Untersuchung auch wichtige psychologische Parameter. Entlassung aus der Haft, Abrüche von Therapie und Entgiftung oder Beendigung einer Clean-Phase sind sehr kritische Phasen, die als komplexer Frust beschrieben werden, ein Konglomerat aus Wut, Enttäuschung, Angst und sich-verlassen-Fühlen. Ist der Abhängige in dieser Situation allein und wohnungslos, so bleibt vielen, angesichts gänzlich mangelnden positiven Bewältigungspotentials, nur die Lösung, sich "zuzumachen".

#### **IV. Einige Konsequenzen aus der Untersuchung**

Von den Drogentoten des Jahres 1993 in Dortmund waren 65,6% der Männer und 75% der Frauen irgendwann einmal in den Jahren 1991 bis 1993 als Drogennotfall registriert; von den Frauen, die 1993 an Drogen verstarben, hatten 41,7% in den zurückliegenden Jahren zwei und mehr Notfälle, bei den Männern waren dies 15,6%. 90,1% der Drogentoten der Jahre 1990 bis 1993 waren der Polizei bekannt.

Die am Anfang des Projekts stehende Idee, man könne - etwas überspitzt formuliert - das Notfallsystem zu einem Frühwarnsystem für Drogentodesfälle verwenden, war angesichts der vorliegenden Befunde naiv. Aber Zahlen und die Aussagen der Abhängigen selbst zeigen, daß Drogentodesfälle sich nicht spontan entwickeln, sondern daß die

später Toten vorher zahlreich auf sich aufmerksam gemacht haben: durch Delikte, durch unbeabsichtigte und beabsichtigte Überdosierungen. Diese Signale werden im bestehenden Hilfesystem noch nicht adäquat verstanden und genutzt.

Besonders wichtig ist, daß die Versorgung unmittelbar nach einem Notfall verbessert wird. Das derzeit auch in Dortmund vom Bundesministerium für Gesundheit durchgeführte Projekt „Drogennotfallprophylaxe/nachgehende Sozialarbeit“ ist als erster Schritt in die richtige Richtung zu bewerten. Drogennotfallpatientinnen und -patienten sind unmittelbar nach einem Notfall in einer labilen Phase, die es für die Prävention auszunutzen gilt. Vergleichbare positive Erfahrungen konnten in der Suizidprophylaxe gemacht werden.

Als besonders kritische Zeiten für eine massive Intensivierung des Konsums, und damit für das Auftreten von Überdosierungen, haben sich Zeiten nach Abbruch von Entgiftung und Therapie und nach Inhaftierung herausgestellt. Entscheidende Faktoren in diesen Phasen sind - neben psychischen - soziale: Wohnung und Arbeitsmöglichkeit. Insbesondere die fehlende Wohnmöglichkeit ist nahezu ein Garant für einen rapiden Verelendungsprozeß. Ein noch so ausgeklügeltes und gut funktionierendes Netz von psychosozialen Hilfeeinrichtungen wird nichts nützen, wenn Abhängige obdachlos sind.

Bei der Organisation von Hilfeangeboten sollte berücksichtigt werden, daß Drogennotfälle und Drogentodesfälle bevorzugt zwischen 14 und 24 Uhr passieren. Hilfeangebote, die zwar zu normalen Bürozeiten, aber eben nicht zu den Zeiten, an denen Abhängige normalerweise wach sind, zur Verfügung stehen, sind überflüssig.

## **Literatur**

BUNDESKRIMINALAMT: Rauschgiftjahresbericht Bundesrepublik  
Deutschland 1994.  
Wiesbaden: 1995

BUNDESKRIMINALAMT: Rauschgiftjahresbericht Bundesrepublik  
Deutschland 1995.  
Wiesbaden: 1996

FRANKE, A.: Drogennotfälle und Drogentodesfälle in Dortmund im  
Zeitraum 1990 - 1993.  
Teil I: Quantitativer Teil.  
Teil II: Qualitativer Teil. Dortmund 1994



## **Rückfallkritische Situationen, Rückfälle und Veränderungen der allgemeinen Lebenssituation nach einer Therapie**

- *Darüber, was Patienten in der Therapie gelernt haben, was sie im Alltag davon umsetzen konnten und wie sie mit rückfallkritischen Situationen und Rückfällen umgegangen sind -*

Dr. Julia Bieler  
Sachsenring 6  
35041 Marburg

## **Inhalt**

- I. Einleitung
- II. Fragestellungen der Untersuchung
- III. Die Vorgehensweise
- IV. Die Auswertung der Fragebögen und des Interviews
- V. Ergebnisse

## I. Einleitung

Suchtkranke werden in der Bundesrepublik zwar nicht nur in den traditionellen Bereichen der Suchtkrankenhilfe betreut, sondern werden zum Teil auch unter anderen Diagnosen von Hausärzten behandelt und / oder in psychosomatische und in andere Kliniken - verdeckt ihres Alkoholproblems wegen - eingewiesen. 1989 wurden von den Versicherungen insgesamt 23.052, 1990 22.592, 1991 24.256 und 1992 25.118 Anträge auf Entwöhnungsbehandlungen mit zum Teil mehrmonatiger stationärer Behandlung und ambulanter Nachsorge allein für Alkoholiker bewilligt. Dabei liegen die Schätzungen für die Folgekosten der Sucht (hier für Alkoholabhängige) derzeit zwischen 30 und 80 Milliarden DM (JANKER & MERKLINGER, 1988, HÜLLINGHORST, 1993).

In den nächsten Jahren werden die Träger der Suchtkrankenhilfe insbesondere im ambulanten Bereich noch stärker um ihre finanzielle Ausstattung kämpfen müssen. Es wird noch wichtiger werden, bei den hohen anfallenden Kosten der ambulanten, stationären und teilstationären Entwöhnungskuren die sozio- und psychotherapeutische Arbeit der Träger nicht nur quantitativ sicherzustellen, sondern auch die Frage der Qualität der Behandlungen noch stärker als bisher zu untersuchen. Dies gilt insbesondere deshalb, da im Suchtbereich zusätzlich mit relativ hohen Therapieabbruchs- und Rückfallquoten zu rechnen ist und Kritiker meinen, daß der enorme Kostenaufwand im ungünstigen Verhältnis zu der Gesamtzahl der Therapieerfolge stehe. So liegen älteren Angaben zufolge die Abbruchraten bei stationären Therapien für Alkoholiker zwischen 13.7% und 39.2% und bei ambulanten Maßnahmen zwischen 52% - 75% (vgl. BAEKELAND & LUNDWALL, 1975).

Die Notwendigkeit, Evaluationen durchzuführen, ist aus wissenschaftlichen, gesundheitspolitischen und ethischen Gründen unumstritten (vgl. BAUMANN & RENECKER-HECHT 1986). Umstritten ist dabei allerdings die Wahl des "richtigen" Evaluationsmodells (vgl. SÜSS, 1988 zum Thema: Modelle der Evaluation von Psychotherapie), bzw. der "richtigen" Vorgehensweise, des "richtigen" Evaluationsgegenstandes und der "richtigen" Evaluationsmotivation (vgl. auch RINK, 1984). Im Folgenden sollen einige Probleme der Evaluationsforschung genannt werden, insofern sie auch Aspekte der Vorgehensweise der vorliegenden Untersuchung bedingen.

- a) Unterschiedlich zugrundeliegende Definitionen des Alkoholismus, bzw. unterschiedliche Abhängigkeitssymptomatiken und -schweregrade.
- b) Unterschiedliche Ausschöpfungs- bzw. Rücklaufquoten bei den Fragebogenerhebungen
- c) Unterschiedliche Erhebungsmodi bei Untersuchungen
- d) Unterschiedlich zugrundeliegende Definitionen des Therapiezieles und daraus resultierende unterschiedliche Bestimmungen des Therapieerfolges
- e) Rückschlüsse vom Therapieerfolg auf die therapeutischen Maßnahmen
- f) Klinikinterne (explizite und implizite) Patientenselektionen bei der Aufnahme in Fachkliniken
- g) Unterschiedliche Katamnesezeitpunkte, unterschiedlich gut berücksichtigte individuelle Veränderungsprozesse
- h) Zurückhaltung bei Veröffentlichungen

Gegenstand dieser Arbeit ist ein Teilaspekt der gemeinsam erarbeiteten Fragestellungen, die im Rahmen der Kooperation zwischen der Fachklinik und der Universität Bamberg vereinbart worden sind. Die Kooperation entstand nach einigen Vorbesprechungen und der Erarbeitung eines gemeinsamen Themenkataloges am 01.03.1990, die Untersuchungen zu dieser Arbeit fanden zwischen 01.07. und 01.12.1990 statt.

Die vorliegende Untersuchung steht im Spannungsfeld zwischen klinisch-psychologischer Forschung und Praxis. Bei dieser Untersuchung konnten nicht alle Kriterien der Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen erfüllt werden, wie sie von der deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) gefordert werden (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V., 1985). Bei diesen Standards sollen grundsätzlich nur prospektive Katamnesen als adäquate Forschungskonzeptionen toleriert werden und deshalb bestehen auch Festlegungen für Eingangs- und Entlassungsuntersuchungen. Von den Kriterien berücksichtigt werden konnte, daß Daten der oben genannten Basisdokumentation der Fachklinik herangezogen und die Patientenstichprobe sehr ausführlich und der Patientenschwund (nicht teilnehmende und nicht auffindbare Patienten) kritisch beschrieben wurden. Es wurde darauf geachtet, die Patientenselektionskriterien möglichst transparent zu gestalten, die Verfahrensweise mit Patienten, die nicht an der Untersuchung teilgenommen haben, zu erläutern und andere relevante Selektionskriterien zu nennen, wenngleich auch nicht angegeben werden konnte, welche Klientel vorrangig in der Fachklinik Aufnahme findet. Rück-

schlüsse darauf wären nur insofern möglich, als einige soziodemographische Daten (Schulbildung und Familienstand, bei einigen Arbeitssituation und Beruf) in der Basisdokumentation der Klinik nachlesbar sind. Es wurde sichergestellt, daß es sich bei allen Patienten um Gamma-Alkoholiker handelte, und daß dem Kriterium der Behandlungsbedürftigkeit entsprochen wurde. Von jedem Patienten wurde die DSM III Diagnose, der Schweregrad und die Aktualität des Alkoholismus und alle vorhandenen soziodemographischen Kennzeichen angegeben.

Abstinenz und Rückfälligkeit wurden definiert, Rückfälle durch den einmaligen Alkoholkonsum (auch wenn es sich dabei um geringe Mengen handelt, so wie beim sogenannten: alkoholfreiem Bier) zu einem beliebigen Zeitpunkt nach Abschluß der Therapie gekennzeichnet. Bei der Bestimmung des "trinkverhaltenbezogenen Therapieerfolges" bzw. bei der Einteilung der Patienten in abstinente, rückfällige und abstinente lebend ehemals rückfällige Patienten mußte ein Zugeständnis an die Praxisnähe der Fragestellung gemacht werden, wie bei der Beschreibung der Patientenstichprobe noch deutlich werden wird. Das Kriterium des Therapieerfolges (Abstinenz oder Rückfälligkeit) wird durch weitere Veränderungsmaße (Veränderungen in anderen Lebensbereichen) angereichert. Die Variable: Behandlung wird durch die detaillierte Erfassung vermittelter Therapieinhalte (Stichwort: Therapie-"vermittlung") ausführlich beschrieben.

### **1. Rückfallmodelle**

Es wurden verschiedene Modelle der Entstehung von Rückfällen entwickelt. Darunter fallen medizinische, psychoanalytische, lerntheoretische, kognitiv-verhaltensorientierte und systemtheoretische Modelle. Auf diese soll hier nicht ausführlich eingegangen werden, sondern es soll lediglich auf die wichtigsten Termini des Modelles von MARLATT Bezug genommen werden, die bei der Konstruktion der Fragebogen dieser Untersuchung eine Rolle gespielt haben.

### **2. Untersuchungen zum Thema: Unterschiede zwischen Rückfälligen und Abstinenten bei rückfallkritischen Situationen und Rückfallsituationen:**

Zum Thema Rückfall, speziell auf die Elemente des Modells von MARLATT bezogen, wurde an der Fachklinik Furth im Wald eine Untersuchung von GÖTZ-SCHIPPER (1988) durchgeführt. Anhand eines

detaillierten Hypothesenkatalogs wurden in dieser Untersuchung Rückfallsituationen von rückfällig gewordenen Alkoholikern mit rückfallkritischen Situationen abstinent lebender Alkoholiker verglichen. Die Ergebnisse ihrer Untersuchung, die als Replikationsstudie zu der von De JONG-MEYER et al. (1988) ausgeführt wurde, sollen hier nicht (nachzulesen in BIELER, 1996) dargestellt werden.

Die bisherigen Ergebnisse zum Thema rückfallkritische Situationen und Rückfallsituationen lassen schließen, daß die Untersuchung und Erforschung von relevanten "äußeren" Situationsmerkmalen zwar bei der Entwicklung von Rückfallpräventionsmaßnahmen dienlich sein können (obwohl hier verschiedene analytische Merkmalseinteilungen von Risikosituationen (bei LITMAN und MARLATT etwa) existieren), daß jedoch aus diesen Merkmalen allein keine Informationen zur Unterscheidung von rückfälligen und abstinenten Alkoholikern gewonnen werden können. Zu vermuten ist, daß entweder die Situations- oder Personenmerkmale zu kurz greifen, d.h. entweder die falschen Merkmale zur Beschreibung einer Situation herangezogen werden, oder die Unterschiede bei den Merkmalen (wie im Falle der Untersuchung von GÖTZ-SCHIPPER durch Testverfahren für Unterschiedshypothesen und Prozentangaben nicht deutlich genug herausgearbeitet werden können.

Vielversprechender scheinen die Ansätze zu Bewältigungsstrategien, da Nichtrückfällige mehr Bewältigungsstrategien einsetzen als Rückfällige (vor allem positives Denken, Denken an die negativen Folgen, und Suchen nach sozialer Hilfe) und nicht rückfällig gewordene Patienten zudem häufig eine Steigerung negativer Gefühle durch Alkoholkonsum erwarten. De JONG-MEYER et al. betonen im weiteren Verlauf der Diskussion, daß "die Ergebnisse den Schluß zulassen, daß die von MARLATT vorgeschlagene Einübung spezifischer Bewältigungsstrategien für rückfallgefährliche Situationen als nicht ausreichend für eine Rückfallprävention anzusehen ist. Vielmehr müsse dies verbunden werden mit einer Veränderung und Flexibilisierung von der Hierarchie höher angesiedelter Denkgewohnheiten und Coping-Strategien. Diese Überlegungen sind auch bei LITMAN et al. (1979) zu finden, die anführen, daß Alkoholiker, die generell eine größere Bandbreite von Bewältigungsstrategien zur Verfügung haben und diese flexibel einsetzen können, eher abstinent bleiben können und daß es daher möglich sein müßte, durch die Erfassung der Veränderung und Flexibilisierung von Bewältigungsstrategien, bessere

Voraussagen über den Verlauf der Abstinenz treffen zu können. Dabei spielen insbesondere der Wechsel von verhaltensmäßigen und emotionalen zu kognitiven Bewältigungsstrategien eine wichtige Rolle.

### **3. Veränderungen**

Veränderungen menschlichen Verhaltens erfordern meist eine schrittweise Aneignung neuer Verhaltensmuster und in vielen Fällen die Aufgabe alter. Diese Aneignung ist für fast alle Menschen mühsam, da es vieler Kraft, Motivation und "awareness" bedarf, nicht in schwierigen Situationen auf alte, automatisierte Verhaltensmuster zurückzugreifen. ORFORD (1986) betont, daß Veränderungen (u.a. von Alkoholikern) in ihrer Richtung nicht vorhersagbar sind, auch außerhalb von Therapien oder ohne Suchtkrankentherapeuten stattfinden, nicht ausschließlich auf spezifische Behandlungsmethoden oder deren Bestandteile zurückzuführen seien und oftmals moralische und spirituelle Momente beinhalten würden. Seine Modellvorstellung vom Prozeß von Veränderungen basieren auf sozialpsychologischen und entscheidungstheoretischen Überlegungen, wie etwa deren von JANIS und MANN (1977). Sie betonen die Rollen des Verlustes bei der Aufgabe des (unerwünschten) Trinkverhaltens und des dadurch entstehenden Appetenzkonfliktes.

Die Bemühung, Modelle für die einzelnen Stadien der Veränderungen auf dem Gebiet der Suchtkrankentherapie zu entwerfen, ist noch sehr neu. Die ersten Arbeiten stammen von PROCHASKA & DICLEMENTI, die solche Stadien der Veränderung bei süchtigen Rauchern thematisierten (PROCHASKA & DICLEMENTI, 1983).

### **4. Ableitung der Fragestellungen der Untersuchung auf der Grundlage theoretischer und empirischer Arbeiten**

Aus den bisherigen Ausführungen geht hervor, daß zum Thema Rückfall von Alkoholikern bisher folgende spezifische Kennzeichen rückfallkritischer Situationen und Rückfallsituationen untersucht wurden:

- a) Faktoren, die der Situation in kurzem zeitlichen Abstand vorausgegangen sind (gefühlsmäßiges und körperliches Befinden und Erleben von Streß in den letzten Wochen und Monaten vor solchen Situationen; scheinbar irrelevante Entscheidungen; kritische Lebensereignisse)

- b) Situationsmerkmale typischer rückfallkritischer Situationen und Rückfallsituationen (Ort, Zeit, Gegebenheiten der Situation, Anwesenheit in der Situation, Vorhandensein von Alkohol in der Situation) und
- c) Personenmerkmale (alkoholbezogene, interpersonale, stabile und situationsbezogene) abstinenter und rückfälliger Patienten in rückfallkritischen Situationen und Rückfallsituationen. Darunter sind zu nennen: Das konkrete Trinkverhalten, sozialer Druck in der Situation, zwischenmenschliche Konflikte, körperliches und emotionales Befinden, das Vorhandensein und der Einsatz von Bewältigungsstrategien, irrationale und rationale Denkgewohnheiten, der Umgang mit kognitiver Dissonanz, die Erwartungen der die behaviorale und emotionale Alkoholwirkung, die Einschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit.

Aus diesen Variablen leitet sich die Fragestellung nach dem konkreten Rückfallgeschehen bzw. dem Vorkommen einer rückfallkritischen Situation ab.

Weniger thematisiert wurden bisher in der Literatur

- d) Faktoren des situationsübergreifenden persönlichen Lebensstils, die das Erleben und Verhalten in rückfallgefährlichen Situationen und Rückfallsituationen beeinflussen oder determinieren. In der vorliegenden Arbeit sollen sowohl sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren: (Arbeit, Einkommen, Entlassungen vom Arbeitsplatz, berufliche Qualifikation, Situation in der Familie, Partnerschaft, Sexualität, Freizeitgestaltung, Hobbies, Interessengebiete, Erleben von Einschränkungen durch Alkoholismus), als auch Faktoren der persönlichen Lebensphilosophie und Sinnorientierung (Schöpferische Werte, Erlebniswerte, Einstellungswerte, innere Sinnerfüllung) berücksichtigt werden. Um sich für eine lebenslängliche Abstinenz zu entscheiden und um bei dieser Entscheidung auch in rückfallgefährlichen Situationen zu bleiben und sie erneut zu treffen, sind eventuell auch Veränderungen der inneren Einstellung zum Alkohol und zum Leben nötig.

Angeregt durch das Veränderungsmodell von PROCHASKA & DICLEMENTI (1982, 1983) sollen vor allem auch die vollzogenen Veränderungen der Patienten im Erleben und Verhalten nach der Therapie erfaßt werden. Es interessiert, welche Veränderungen stattgefunden haben (vgl. Ansatzpunkte der Veränderung), und auch, welchen

Verlauf diese Veränderungen auf längere Sicht hin genommen haben. Wichtig bei der Erfassung der Veränderungen war aber natürlich auch, wodurch diese Veränderungen in Gang gesetzt worden sind. Durch die Therapie? Durch das therapeutische Setting und die Mitpatienten? Welche veränderungsrelevanten Inhalte wurde den Patienten in der Therapie vermittelt? Welche Inhalte waren dann für ihr abstinentes Leben wichtig? Welche Inhalte, welche Zusammenhänge, wurden überhaupt wahrgenommen, aufgenommen und verarbeitet?

## II. Fragestellungen der Untersuchung

Als die Idee zu einer Rückfallstudie entstand, lag das Hauptinteresse zunächst darin, das Phänomen des Rückfalls exakter zu beschreiben und zu verstehen und anders als nur als Therapie-Mißerfolg zu betrachten. Vage ins Auge gefaßt wurde der Plan, die "Gründe" für den Rückfall rückfälliger Patienten und die Bedingungen für die Aufrechterhaltung des Therapieerfolges abstinenter Patienten zu ermitteln und in einem Extremgruppendesign (Einteilung der Patienten nach dem Gesichtspunkt der extrem guten / extrem schlechten Therapeutenprognosen) zu erfassen. Anders als bei einer rein quantitativen Therapieevaluation, die Rückfälligkeit und Abstinenz als (statisches) Therapieergebnis ermittelt, sollte erforscht werden, wie es die einen Patienten geschafft haben, abstinent zu bleiben, oder wie es dazu gekommen ist, daß die anderen rückfällig geworden sind. Eng damit verbunden sollte die Fragestellung behandelt werden, wie den Patienten bei der Einhaltung der Abstinenz das therapeutische Angebot der Fachklinik Furth im Wald geholfen hatte, und was den rückfälligen Patienten am Therapieangebot offensichtlich gefehlt hat, daß sie rückfällig geworden sind.

Natürlich stand am Anfang dieser Fragestellung die Überlegung, ob man aus dem Therapieergebnis (Abstinenz / Rückfälligkeit) schließen dürfe, daß abstinenten Patienten mehr oder bessere Therapieinhalte vermittelt wurden als rückfälligen Patienten. Diskussionswürdig schien, ob man überhaupt einen solch engen Zusammenhang zwischen der Therapie-"Vermittlung" und dem Therapie-"Erfolg" (gemessen am Therapieergebnis: Abstinenz / Rückfälligkeit) annehmen dürfe. (Das Ausmaß an Therapie-"Vermittlung" bezeichnet, **wiev**iel ein Patient von dem **therapeutischen Angebot** der Fachklinik a) wahrnehmen und sich merken b) als ansprechend und hilfreich bewerten und c) im Alltag nach der Therapie anwenden konnte. Anders formuliert:

Das Konstrukt Therapievermittlung bezeichnet, inwieweit einem Patienten Therapieinhalte vermittelt wurden, und wieviel er davon profitieren konnte.

Außerdem blieb zu beantworten, ob, wenn für die abstinenten Patienten einzelne Therapieinhalte hilfreich bei der Einhaltung der Abstinenz gewesen waren, diese Inhalte auch während der Therapie als nützlich und förderlich empfunden worden waren, und ob sich dies dann in einer positiven Bewertung der Therapie insgesamt niederschlagen würde. Umgekehrt galt es, eine Position zu beziehen gegenüber der Frage, ob rückfällige Patienten tatsächlich weniger Therapieinhalte "begriffen" und verarbeitet haben und deswegen wieder rückfällig geworden sind, oder ob sie rückfällig geworden sind, obwohl sie sehr viele Inhalte der Therapie gut verarbeitet und angewendet haben. Welche Variablen bedingen das Therapieergebnis?

Deswegen mußten folgende Grundannahmen expliziert werden:

- a) Patienten, die die Therapie aufmerksam verfolgt haben und dort viel lernen konnten, sollten zumindest einige Therapieinhalte auch noch ein bis zwei Jahren nach der Therapie benennen und schlüssig darstellen können. Einige Rückschlüsse von der Menge der genannten Therapieinhalte auf die Güte der Therapie-"Vermittlung" (was die Patienten von der Therapie wahrgenommen haben und verarbeiten konnten) sind daher prinzipiell möglich.
- b) Patienten, die heute weniger Therapieinhalte benennen und erläutern und in Zusammenhang mit ihrem eigenen Alkoholismus stellen können, sollten auch schon während der Therapie weniger Inhalte wahrgenommen und verarbeitet haben und insgesamt weniger von der Therapie profitiert haben. In dieser Untersuchung wird davon ausgegangen, daß der Faktor "Vergessen" bei beiden Patientengruppen (vgl. Annahme a) und b)) gleich stark ausgeprägt ist.
- c) Patienten, die im Interview einen Therapieinhalt positiv und als hilfreich einstufen, sollten diesen auch während der Therapie oder gegen Ende der Therapie geschätzt haben. Rückschlüsse von den heutigen positiven Bewertungen einzelner Maßnahmen auf die damalige Bewertung der Maßnahmen, und die Bereitschaft diese Inhalte aufzunehmen und weiterzuverarbeiten sind, prinzipiell zulässig.

Schließlich sollte in die Untersuchung die Frage nach möglichen Veränderungen im alltäglichen Erleben und Verhalten der Patienten nach und aufgrund der Therapie miteinfließen. Untersucht werden sollte, ob es den Patienten gelungen war, neue Erlebens- und Verhaltensbereiche und sinnstiftende Elemente in ihr Alltagsleben nach der Therapie zu integrieren, um so eine neue Lebensperspektive für ein Leben ohne Alkohol zu entwickeln. Herausgefunden werden sollte, welche Veränderungen sich im Alltag nach der Therapie (entsprechend einzelner therapeutischer Maßnahmen) realisieren lassen konnten, und wie sich das persönliche Verständnis des Alkoholismus, des eigenen Freizeitverhaltens, der Partnerschaft und des eigenen Umgangs mit sich selbst verändert hatte. Hatten abstinenten Patienten einen neuen "**Lebenssinn**" gefunden und ein anderes persönliches Rückfallverständnis entwickelt? War für sie der erneute Griff zur Flasche immer noch nur ein "Ausrutscher" oder "der Anfang vom Ende" der Abstinenz?

### III. Die Vorgehensweise

#### 1. Die Planungsphase

Zunächst wurde ein internes einmonatiges **Praktikum** absolviert, theoriegeleitete und praxisorientierte Hypothesen formuliert und eine **Vorstudie** mit **zehn Patienten** der Festigergruppe der Fachklinik Furth durchgeführt. Die Fragestellung wurde spezifiziert, Untersuchungsmodus und Untersuchungsmethoden festgelegt und die Patientstichprobe wurde bestimmt. Interessant war hier die Beobachtung, daß sich redundante bzw. zirkuläre Fragestellungen, trotz vermeintlichem Zeitaufwand, als von sehr großem Nutzen für die Datengewinnung erwiesen, da die Patienten "erst mal ins Erzählen oder Beschreiben kommen" mußten und sich manche Informationen erst zufällig bei der zweiten Wiederholung aus anderer Perspektive ergaben. Aus diesem Grund wurde bei der Erstellung der Fragebögen darauf geachtet, die Fragen grundsätzlich möglichst einfach und gut verständlich zu formulieren, und an manchen Stellen redundant und zirkulär zu fragen, um möglichst viele Daten unterschiedlichster Art (bzw. aus unterschiedlicher Perspektive) zu erhalten. Ein Gespräch über den Fragebogen beim Interviewteil sollte dem Zweck dienen, den möglichen Schwierigkeiten beim Ausfüllen der Fragebögen zu begegnen. Schließlich erfolgte die Durchführung der Hauptuntersuchung. Den Patienten wurden zunächst **zwei Fragebögen** zugesandt, die sich zum einen auf die

Fragestellung bezügl. rückfallgefährlicher Situationen und Rückfallsituationen und zum anderen auf allgemeine Fragen zur Lebenssituation des Patienten nach der Therapie bezogen. Nach Rücksendung der Fragebögen fand ein **strukturiertes Interview** mit dem einzelnen Patienten statt, bei dem Zusatzinformationen zu den Rückfallsituationen und außerdem Informationen über die Anwendung verschiedener "Therapieelemente" im Alltag gewonnen werden sollten.

## 2. Die Patientenstichproben

Für die Hauptuntersuchung konnte nicht auf an der Fachklinik anwesende Patienten zurückgegriffen werden, sondern es sollten ehemalige Patienten ermittelt und angeschrieben werden, die eine Festigungsbehandlung in Furth im Wald regulär abgeschlossen hatten. Mit Hilfe der Klinikleitung und durch den Zugriff auf elektronisch im Computer gespeicherte **Daten zur Basisdokumentation** wurden am **Stichtag: 15. Mai 1990** alle vorhandenen Patientenakten der Festigergruppe durchgesehen und nach den vier engeren Kriterien von insgesamt sechzig zu der Zeit verfügbaren Patientenakten **zweiundvierzig** Patienten ausgewählt, die für die Untersuchung in Frage kamen.

Von den **42 Patienten**, die laut Aktenmaterial der Klinik (vgl. Kapitel 5.2.1) die folgenden Kriterien erfüllten:

- **Männlich,**
  - **eigenmotiviert,**
  - **Gamma - Alkoholiker,**
  - **mindestens einmal** zuvor an einer stationären Therapie für Alkoholiker teilgenommen,
  - letzte Therapie in Furth **regulär beendet,**
  - **fester Wohnsitz vorhanden**
- waren **24 (angeschriebene) Patienten der Festigergruppe** bereit, an der Untersuchung teilzunehmen.

Weitere **zehn Patienten** (die nicht zur Festigergruppe gehörten und nicht den Patientenselektionskriterien genügen mußten) haben sich beim **Ehemaligentreffen** (vgl. Kapitel 5.3) dazu bereiterklärt, an der Untersuchung teilzunehmen. Von diesen zehn zusätzlichen Patienten erschienen:

- vier Patienten zu dem dreistündigen Interview,
- sechs Patienten schickten die ausgefüllten Fragebögen vorwie-

gend anonym zurück und konnten daher nicht kontaktiert werden, ob sie an einem Interviewteil nehmen würden.

**18 Patienten** der Festigergruppe (von den ursprünglich 42 Patienten, die den Selektionskriterien entsprachen und aufgrund der Daten der Basisdokumentation für die Untersuchung angeschrieben worden waren) konnten sich aus unterschiedlichen Gründen nicht für eine Teilnahme an der Untersuchung entschließen. Mit den meisten Patienten von ihnen wurden mehrere Gespräche am Telefon geführt; viele entschieden erst beim zweiten oder dritten Anruf eindeutig und klar, die Teilnahme an der Untersuchung abzulehnen, oder erschienen wiederholte Male nicht zu den geplanten Interviewterminen und sagten dann erst die Teilnahme ab.

### **3. Informationen aus den Patientenakten**

Anhand der Daten der Basisdokumentation wurden bei den Patienten folgende Eckdaten ermittelt. Die Patienten wurden nach den Kriterien der Länge ihres Aufenthaltes in der Fachklinik und der Aktualität und Schwere ihres Alkoholismus vor Aufnahme zur Therapie und der Intensität der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten geordnet und zu Gruppen zusammengestellt. Dabei konnten vier Gruppen unterschieden werden, die folgende Kennzeichen tragen:

**Gruppe 1:** sehr kurzer Aufenthalt, wenig aktuelle Problematik, langjährige Abhängigkeit

In der Gruppe 1 befinden sich Patienten, die nur sehr kurz in der Fachklinik geblieben sind und eine wenig aktuelle Problematik nach mehrjähriger Abhängigkeit aufwiesen.

**Gruppe 2:** längerer Aufenthalt in der Fachklinik, aber wenig intensive Auseinandersetzung durch therapeutische Einzelgespräche oder Indikationsgruppen trotz der Schwere und mittleren Aktualität der Problematik

In der Gruppe 2 sind Patienten, die schon länger in der Klinik geblieben sind, aber sich nicht so intensiv in Einzelgesprächen und Indikationsgruppen mit ihrer Problematik auseinandergesetzt haben, wie die Schwere und mittlere Aktualität der Problematik dies ratsam hätte erscheinen lassen.

**Gruppe 3:** mittlere Aufenthaltsdauer, intensivere Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit durch Einzelgespräche und Indikativgruppe bei

erhöhter Aktualität der Abhängigkeitsproblematik

Zur Gruppe 3 gehören Patienten, die eine mittlere Aufenthaltsdauer, eine intensivere Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit durch Einzelgespräche und Indikativgruppe bei erhöhter Aktualität der Abhängigkeitsproblematik aufweisen.

**Gruppe 4:** Die Patienten bleiben lange Zeit zur Therapie in Furth im Wald und nutzen das therapeutische Angebot (Einzelgespräche, Partnerseminar und Indikationsgruppe) sehr intensiv. Bei den meisten Patienten liegt eine sehr schwere Alkoholabhängigkeit mit sehr aktuellem Anlaß zur Bearbeitung vor. Einige Patienten weisen keine so schwere Alkoholabhängigkeit auf und sind auch vor Therapiebeginn weniger aktuell von einem Rückfall betroffen. Es entsteht aber dadurch ein optimales Verhältnis von Ausprägungsgrad der Problematik und der Bereitschaft, das therapeutische Angebot in Anspruch zu nehmen und an der Alkoholproblematik zu arbeiten.

Alles in allem bleiben die Kategorisierungen von Patienten nach Ausprägungsgraden des Krankheitsbildes und Bereitschaft und Intensität der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten selbstverständlich noch oberflächlich. Da bei einigen Patienten Daten der Basisdokumentation fehlen und bei einigen Patienten die Zuordnung zu einzelnen Kategorien schwer fällt, sollte diese Einteilung nicht als Festlegung mit Endgültigkeitscharakter gesehen werden, sondern sollte lediglich eine relativ grobe Gruppierung der Patienten darstellen, durch die Tendenzen aufgezeigt werden können, und durch die Arbeitshypothesen und Interpretationen der Daten möglich werden sollen.

Hilfreich wird diese Einteilung dann, wenn bei der Gesamtdarstellung das Ausmaß der (inhaltlichen, tatsächlichen) Therapie-"Vermittlung" in Bezug zu den Maßen der "äußeren" Indikatoren der Therapie-"Vermittlung" (wie sie Länge und Ausmaß der Inanspruchnahme therapeutischer Maßnahmen beschreiben) gesetzt werden und wenn auch die Schwere und Aktualität des Alkoholismus ein interessantes Bezugsmaß zu dem Therapieergebnis (Abstinenz / Rückfälligkeit) und dem Ausmaß der nach der Therapie im Alltagsleben der Patienten vollzogenen Veränderungen darstellt.

#### 4. Die Untersuchungsmethoden: Fragebogenerhebung und Interview

Zum einen wurden **zwei Fragebögen** eingesetzt, um verschiedene einfache Fragen stellen zu können, die entweder mit ja oder nein oder mit Hilfe von multiple - choice Antwortalternativen beantwortbar waren.

Zum anderen fand mit den Patienten jeweils ein dreistündiges **halbstandardisiertes Interview** statt, um einerseits die Daten der Fragebögen zu vervollständigen und gegebenenfalls zu korrigieren, und um andererseits weitergehende und komplexere Fragen mit den Patienten besprechen zu können, die eher gezieltes Nachfragen und Hilfestellungen im persönlichen Gespräch erforderlich machen würden.

#### 5. Die Fragebögen

Es wurden zwei Fragebögen vorgegeben zur Rückfallsituation:

- a) entweder der Fragebogen: **60 Fragen zur Rückfallsituation** oder der Fragebogen: **56 Fragen zu rückfallkritischen Situationen** und
- b) Es wurden zwei Fragebögen vorgegeben zum Tagesablauf, nämlich entweder der Fragebogen: **25 Fragen zum Tagesablauf für Abstinenzgebliebene** oder der Fragebogen: **26 Fragen zum Tagesablauf für Nicht-Abstinente**.

#### Die Fragebögen zur Rückfallsituation

Bei den beiden für diese Fragestellung eingesetzten Fragebögen: **56 Fragen zu rückfallkritischen Situationen** und **60 Fragen zur Rückfallsituation** handelte es sich um für diese Untersuchung wesentlich überarbeitete und erweiterte Fassungen des Fragebogens zur Rückfallsituation und des Fragebogens zur rückfallkritischen Situation Abstinenzgebliebener von De JONG - MEYER et al., 1988)

Die **Fragen** beziehen sich auf die "äußeren" Umstände der Rückfallsituation, nämlich die

**Situationsvariablen:** Ort, (- besonderes Kennzeichen des Ortes -) Tageszeit, Wochentag der Situation, Verfügbarkeit, Menge und Art des Alkohols, Anwesenheit anderer Personen, sozialer Druck oder Unterstützung,

und auf die "inneren" Umstände der Rückfallsituation, die

**Personenvariablen:** Gefühle und Stimmungen in der Rückfallsituation; die verrichtete Tätigkeit an diesem Ort; Strategien, die ein Patient bisher schon angewendet hat, um sich vom Trinken abzuhalten bzw. Strategien, die ein Patient angewendet hat, um nach einem Rückfall aufzuhören zu trinken; Gedanken und verbal gefaßte Vorsätze in der Rückfallsituation; 'scheinbar irrelevante Entscheidungen' zum Thema; Veränderungserwartungen aufgrund der Einnahme von Alkohol und erwartete Folgen des Alkoholgenusses; Bewertung des Rückfallgeschehens; Körperliche Beschwerden auf das Verlangen nach Alkohol. Es geht um kontrolliertes Trinken, die allgemeine Lebenssituation und belastende Ereignisse.

#### **Die Fragebögen zum Tagesablauf**

Mithilfe dieser Fragebögen sollten im alltäglichen Erleben und Verhalten der Patienten vorgenommene Veränderungen nach und aufgrund der Therapie erhoben werden. Dazu sollten sowohl engumgrenzte als auch weitreichende Veränderungen erfaßt werden, um ein möglichst breites Spektrum der Veränderungsmöglichkeiten abzudecken. Zu dieser Fragestellung sollten auch Fragen zur Bewertung des bisherigen Lebens und der noch bestehenden Veränderungswünsche gehören, wie in den Kapiteln 3 und 4 ausführlicher dargestellt wurde.

Der Fragebogen **25 Fragen zum Tagesablauf für Abstinente** beinhaltet 25 Fragen unterschiedlicher Themenkreise und Auflösungsgrade.

Eine Frage bezieht sich auf Veränderungen im Tagesablauf. Weitere Fragen betreffen: angenehme und unangenehme Beschäftigungen des Alltags; angenehme und schöne und schreckliche und unangenehme Tage in der letzten Woche oder im letzten Monat oder vor der Therapie; die die positiven Verstärker für ein abstinentes Leben, von einem Patienten eingesetzt werden können, und wie oft dies im Alltag vorkommt.

Bei einer Frage geht es ebenfalls um aufrechterhaltende Bedingungen

der Abstinenz. Andere betreffen die Gefährdungen der Abstinenzentscheidung und damit der Aufrechterhaltung der begonnenen Veränderung.

Andere Fragen gehören zum Thema "Veränderung des Lebens nach der Therapie". Diese Fragen sind dem Unterpunkt Hobbies, Freizeit und Ferien zuzuordnen. Ermittelt werden soll, welchen Freizeitaktivitäten die Patienten nachgehen, in welchem Umfang beispielsweise Hobbies freizeitgestaltend fungieren und welche Veränderungen bezüglich der Intensität und der Bedeutungszumessung bei der Freizeitgestaltung vorgenommen worden sind. Die **Fragen 19 bis 21** betreffen die: "Veränderungen der Lebenseinstellung" in komplexerer Weise. Bei diesen Fragen geht es um umfassendere, weltanschauliche Einstellungen. Bei den AA findet man an dieser Stelle als sinnstiftende und kraftspendende Macht Gott, bei anderen Organisationen im suchtherapeutischen Bereich wird das eigene Ich als Veränderungsträger und Motivator genannt. Die letzten Fragen, die **Fragen 24 und 25**, gelten der "Veränderungsmotivation". Gefragt wird, ob sich (und wofür) der Kampf um die Trockenheit und um die Veränderung des Lebens gelohnt hat.

## **6. Das Interview**

Bei dem zweiten Teil der Datenerhebung ging es zum einen darum, im **halbstandardisierten Interview** Zusatzinformationen zu der Rückfallsituation zu sammeln und gegebenenfalls Fehler bei der Beantwortung zu korrigieren. Zum anderen bestand das Hauptziel des Interviews darin, Informationen über die Anwendbarkeit der Therapieelemente des Langzeittherapieangebotes zu erhalten. Von Interesse war, welche Therapieelemente von den Patienten nach der Therapie im Alltag zur Anwendung gekommen waren und welche davon in engem Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung der Abstinenz stehen. Erfragt werden sollte, was die Patienten überhaupt von den Maßnahmen der Therapie wahrgenommen, als positiv und hilfreich für ihr Alltagsleben befunden und nach der Therapie anwenden oder weiter vertiefen konnten. Natürlich interessierte besonders, ob sich Rückfällige und Abstinente diesbezüglich unterscheiden und ob es therapeutische Maßnahmen gab, die von den Patienten als besonders hilfreich eingestuft wurden, und welche Patienten insgesamt am meisten von der Therapie profitierten.

Der Interviewleitfaden ist so aufgebaut, daß die Patienten bei den **Fragen 1 bis 10** nach den wesentlichen Bestandteilen des Therapieangebotes der Fachklinik Furth im Wald gefragt werden. Sie werden gefragt, ob sie sich noch an die Inhalte

- der medizinischen und psychologischen Vorträge erinnern, sie noch wissen,
- was sie in der Sporttherapie geübt haben,
- welcher Beschäftigung sie in der Beschäftigungstherapie nachgegangen sind,
- was in den psychologischen Einzel- und Gruppengesprächen behandelt wurde.

Außerdem werden die Patienten nach

- den Inhalten der Indikationsgruppe,
- der soziotherapeutischen Betreuung,
- den Planungsinhalten der Rehabilitationswoche gefragt.

Die Fragestellung ist dabei so gewählt, daß die Patienten zunächst nur beantworten sollen, an welche Inhalte sie sich erinnern und welche Eindrücke sie dabei im Gedächtnis behalten haben. Sie sollen aufzählen, welche Themen die medizinischen Vorträge hatten, welche Themen in der Gruppe besprochen wurden, und was sie bei den psychologischen Vorträgen erfahren haben. An diese Ausarbeitung soll sich dann erst die eigentliche persönliche Bewertung und Gewichtung der Therapieinhalte für die eigene Abstinenz anschließen. Es wird gefragt nach den Erfahrungen, die die Patienten mit ihren Mitpatienten sammeln konnten.

Das dreistündige Interview wurde für die spätere Auswertung auf Band aufgenommen.

#### **IV. Die Auswertung der Fragebögen und des Interviews**

##### **1. Die Einteilung der Patienten: Abstinente und rückfällige Patienten**

Nachdem die Bearbeitung der Rohdaten der Fragebögen und des Interviews begonnen hatte und die Antwortkategorien zu den insgesamt 103 Fragen erstellt worden waren, wurden die Patienten bezüglich des Kriteriums "Abstinenz und Rückfälligkeit" eingestuft.

## 2. Codierung der Patienten

Die Patienten a Pat ..wurden bei der Auswertung der Fragebögen zur Rückfallsituation als **abstinente Patienten** behandelt und erhielten die **Codierung a Pat** (steht für: abstinenter Patient). Als **abstinente Zusatzpatienten**, deren Daten zusätzlich zu denen der abstinenten Patienten Berücksichtigung finden, werden die Patienten mit der **Codierung Za Pat** (steht für: Zusatzdaten, abstinenter Patient) im Ergebnisteil diskutiert. Ebenfalls als **abstinente Zusatzpatienten** mit der **Codierung Ea** (steht für: Extradaten, abstinenter Patient) und mit der **Codierung Sa** (steht für: geschickte Daten, abstinenter Patient) werden andere Patienten gesondert berücksichtigt. **Rückfällige Patienten** erhalten die **Codierung r Pat** (steht für: rückfälliger Patient). Ebenfalls zu den rückfälligen Patienten zählen die **abstinent lebenden ehemals rückfälligen Patienten**. Diese Patienten leben zwar abstinent, haben aber ihre Rückfälle vor der Festigerkur beschrieben und liefern insofern interessantes Datenmaterial für diesen Teil der Fragestellung. Sie erhalten die **Codierung Ar** (steht für: alter Rückfall) und werden wie die anderen rückfälligen Patienten ausgewertet. Als **rückfällige Zusatzpatienten** mit der **Codierung Zr** (steht für: Zusatzdaten, rückfälliger Patient) werden andere Patienten diskutiert. Ein Patient mit der Codierung Er (Extradaten, rückfälliger Patient) wird ebenfalls gesondert als rückfälliger Zusatzpatient berücksichtigt. Ein Patient wird bei der Darstellung der Ergebnisse nicht mehr einbezogen und von der Untersuchung ausgeschlossen, da er sowohl das Stichprobenkriterium Eigenmotivation nicht erfüllte als auch seine Daten große Lücken aufwiesen.

## V. Ergebnisse

Ausgehend von sozial-kognitiven Modellüberlegungen des Rückfallgeschehens und unter Bezugnahme von Modellen der Verhaltensveränderung und Aufrechterhaltung von Therapieerfolgen bei Alkoholabhängigen wurden in der vorliegenden Untersuchung 24 (von 60 vorliegenden Akten und 42 für die Untersuchung in Frage kommenden Patienten) männliche, eigenmotivierte, Gamma-Alkoholiker der Festigungsgruppe und zehn Patienten der Basisgruppe der Fachklinik Furth im Wald untersucht.

Während bei der Untersuchung von GÖTZ-SCHIPPER (1988) gezeigt werden konnte, daß sich die Angaben von rückfälligen und abstinen-

ten Alkoholikern zu den situativen Faktoren von Rückfallsituationen oder rückfallgefährlichen Situationen (Ort, Zeit, Personen), zum körperlichen und emotionalen Befinden und zum Verlangen nach Alkohol, zu Kognitionen vor und in rückfallkritischen bzw. Rückfallsituationen nicht unterschieden, und die meisten Alkoholabhängigen ein Lokal oder zu Hause, wo sie in erster Linie feiern oder gesellig zusammen sind, als Rückfallort nennen, wurden bei der vorliegenden Untersuchung folgende Ergebnisse erzielt:

- a) Die meisten Rückfälle und rückfallkritischen Situationen finden in der Kneipe oder in einem Restaurant statt. Am zweithäufigsten wird die eigene Wohnung als Rückfallort bzw. rückfallkritischer Ort genannt. Während sich bei Abstinenzpatienten die genannten rückfallkritischen Orte etwa gleich verteilen, wird bei den rückfalligen Patienten am häufigsten die Kneipe als Rückfallort genannt. In den allermeisten Fällen handelt es sich bei dem rückfallkritischen Ort bzw. Rückfallort um einen bekannten Ort, der auch nach der Therapie von den Patienten immer wieder besucht worden ist.

Bei den meisten abstinenten Patienten sind negative Grundstimmungen und positive Veränderungserwartungen aufgrund des einen möglichen Alkoholkonsumes kennzeichnend für die Situation.

Auseinandersetzungen und Probleme in der Familie spielten dabei eine wichtige Rolle. Auch werden sehr oft ein besonderer Anlaß, eine Familienfeier oder andere stark emotional besetzte Ereignisse (wie Geburt, Hochzeit, Weltmeisterschaft) beschrieben. In den allermeisten Fällen war Alkohol leicht verfügbar. Dies gilt in gleichem Maße für rückfallige wie für abstinente Patienten. Diese haben ebenso wie jene zu Hause Alkohol vorrätig.

Die meisten abstinenten und rückfalligen Patienten sagen, daß sie in der Situation gerne ihr Lieblingsgetränk getrunken hätten. Nur ungefähr ein Drittel der abstinenten und rückfalligen Patienten bekunden, daß sie absichtlich ein nicht so präferiertes Getränk gewählt hätten. Fast alle rückfalligen Patienten trinken beim ersten Rückfall nach der Festigertherapie größere Mengen Alkohol, geben aber an, daß sie nicht bis zur Trunkenheit getrunken hätten. Während die meisten Abstinenzpatienten ihre rückfallkritische Situation am Abend und nur selten am Nachmittag erleben, berichten Rückfallige gleichhäufig von Rückfällen, die am Nachmittag oder Abend stattgefunden haben. Die meisten rückfalligen Patienten erinnern sich an das Datum ihres Rückfalls, abstinente Patienten können dies meist nicht nennen.

Die meisten Patienten befinden sich in ihrer rückfallkritischen Situation bzw. Rückfallsituation in Begleitung von guten Freunden, Bekannten oder ihrem Ehepartner, wobei dies häufiger bei Astinenten als bei Rückfälligen vorkommt. Einige wenige (abstinente genauso wie rückfällige) Patienten werden in der rückfallkritischen bzw. Rückfallsituation von anderen zum Trinken verleitet oder zum Trinken aufgefordert. Häufiger jedoch werden die Patienten explizit zum Trinken aufgefordert oder verleitet. Nur wenige Patienten leiden zu dem Zeitpunkt an körperlichen Beschwerden, allerdings berichten sehr viel mehr rückfällige als abstinente Patienten, Verlangen nach Alkohol verspürt zu haben. Rückfällige Patienten gestehen ein, daß sie ihre Entscheidung, Alkohol zu trinken, schon vor der Rückfallsituation getroffen haben oder zumindest schon ein oder mehrmals daran gedacht hatten, Alkohol zu trinken. Alle abstinenten und viele rückfällige Patienten geben an, daß sie in der Situation nicht mit dem Gedanken gespielt haben, kontrolliert zu trinken.

Bei einigen wenigen Patienten, abstinenten wie rückfälligen, ist die Stimmung während der Situation gut und freudig, bei anderen Patienten mittelmäßig ausgeprägt. Die weitaus meisten (abstinente und rückfällige) Patienten fühlten sich in der Situation sehr schlecht.

Die allgemeine Lebenssituation vor dem Rückfall bzw. der rückfallkritischen Situation und hauptsächlicher Grund für die Situation wurde von den Patienten wie folgt beschrieben: Rückfällige Patienten erwähnen die Arbeit oder die Arbeitssituation in negativerem Kontext als dies abstinente Patienten tun. In Bezug auf die Familie überwiegen bei abstinenten Patienten die positiven Erwähnungen der Familie im Vergleich zu den rückfälligen Patienten. Negative Aspekte werden gleich häufig genannt. Rückfällige beschreiben auch ihr Selbst noch negativer als dies Abstinente tun. Beide, Abstinente wie Rückfällige, erwähnen überhaupt eher negative als positive Aspekte ihres Selbst. Die finanzielle Situation bezeichnen nur rückfällige Patienten als negativ, während dies von abstinenten Patienten kaum erwähnt wird. Zum Thema Freizeit äußern sich abstinente Patienten geringfügig weniger negativ als rückfällige Patienten. Bei äußerst wenigen abstinenten und rückfälligen Patienten (hier überwiegen abstinente geringfügig) ließe sich, den Angaben zufolge, die allgemeine Lebenssituation als sehr gut oder gut bezeichnen. Bei zahlenmäßig mehr abstinenten und rückfälligen Patienten ist die Lebenssituation als befriedigend zu bezeichnen. Als "Gründe" und "Anlässe" für die Situation vor dem Rückfall bzw. der rückfallkritischen Situation geben die Patienten Probleme im engeren zwischenmenschlichen Kontaktbereich

an. Mehr abstinente Patienten als rückfällige geben sexuelle Probleme an, Einsamkeit und soziale Isolation sind eher für rückfällige Patienten Anlaß des Rückfalles. Auch nennen Rückfällige mehr Probleme im Bereich Ich-Gefühle und Grundstimmung. Der Arbeitsbereich wird nur selten als "Grund" für den Rückfall genannt. Er wird allerdings deutlich mehr von rückfälligen als von abstinenten erwähnt.

Sowohl Abstinente als auch Rückfällige haben in der rückfallkritischen bzw. Rückfallsituation eher Kognitionen negativen als positiven Inhaltes. Mehr abstinente als rückfällige Patienten berichten, daß sie während und kurz vor der rückfallkritischen bzw. Rückfallsituation an etwas Schönes und Positives gedacht haben.

Abstinente Patienten knüpfen häufiger rein positive Erwartungen an die emotionalen Auswirkungen des Alkoholkonsumes, während rückfällige eher und überwiegend "gemischte" Erwartungen äußern. Rein negative Erwartungen findet man fast nur bei abstinenten Patienten. Abstinente wie rückfällige Patienten erhoffen sich vom Alkoholkonsum in gleichem Maße, daß sie selbstbewußter auftreten können und kontaktfreudiger werden. Negative Folgen der rückfallkritischen bzw. Rückfallsituation nennen deutlich mehr abstinente als rückfällige Patienten. Bei GÖTZ-SCHIPPER (1988) wurde gezeigt, daß sich die Erwartungen der Alkoholwirkung auf das gefühlsmäßige Befinden und Erwartungen der Alkoholwirkung auf das Verhalten bei rückfälligen und abstinenten Alkoholikern nicht unterscheiden. Vor allem rückfällige Patienten geben an, sich entweder überhaupt keine Gedanken über die Folgen gemacht zu haben oder der Meinung gewesen seien, daß der Konsum von Alkohol ohne Folgen bliebe.

Rückfällige nennen vor allem Kontaktabbruch und Schwelgen in negativen Gefühlszuständen als mögliche Weichenstellungen zum Rückfall, während dies abstinente Patienten fast überhaupt nicht tun. Bei abstinenten Patienten besteht eher die Tendenz, gute Stimmungen noch steigern zu wollen und dadurch in rückfallkritische Situationen zu geraten. Bei GÖTZ-SCHIPPER (1988) werden scheinbar irrelevante Entscheidungen nicht häufiger von Rückfälligen als von Abstinenten angegeben werden.

Relativ viele abstinente und rückfällige Patienten benutzen verbale Selbstinstruktionen in kritischen Situationen. Sie beginnen eine interne Diskussion über den Unsinn des Alkohols, die damit endet, daß der Alkohol als Problemlöser ausgeschlossen wird. Einige Patienten operieren mit eigenen Leitsätzen. Abstinente und rückfällige Patienten

vergegenwärtigen sich nur halb so häufig die positiven Seiten der Abstinenz und vor allem die Gewinne für ihre seelische Gesundheit und Lebensqualität, wie sie sich über die negativen Konsequenzen Gedanken machen. Zahlenmäßig mehr abstinente als rückfällige Patienten achten außerdem darauf, daß ihr unmittelbares Umfeld darüber informiert ist, daß sie Alkoholiker sind. Viele abstinente und rückfällige Patienten bemühen sich, schon im Vorfeld einer kritischen Situation zu handeln. Sie versuchen anders mit sich selbst umzugehen, positiver zu denken, autogenes Training zu betreiben und ihre Freizeit anders zu gestalten. Sie besuchen AA Gruppen oder pflegen besser ihre sozialen Kontakte. Die Patienten benutzen als Bewältigungsstrategien in der Situation: "aus der Situation gehen", Alkohol ablehnen, sich konfrontieren mit der Situation und mit anderen Menschen über die Situation reden.

Anhand der Daten konnten **fünf typische rückfallkritische Situationen bzw. Rückfallsituationen unterschieden werden:**

Die erste Rückfallsituation (I) ist eine Situation am Arbeitsplatz während der Arbeit.

Die zweite Situation (II) findet in der Kneipe beim geselligen Beisammensein statt. Dabei scheint es zwei verschiedene typische Konstellationen (in der Kneipe) zu geben. Ein Teil der Patienten (Rückfallsituation IIa) erlebt die kritische Situation in einer kleinen sympathischen Gruppe von Freunden, mit der sie vor der Therapie noch nicht getrunken haben. Es kann aber auch sein, daß in der Situation eine große Gruppe von Personen, mit der die meisten auch schon vor der Therapie getrunken haben und mit der sie sich gut verstehen anwesend ist. Oftmals ist auch die Partnerin in der Situation dabei. In allen Fällen trinken die übrigen anwesenden Personen Alkohol. Alkohol ist überall sichtbar, leicht und in großen Mengen erhältlich. Eine ähnliche Situation ist die andere Situation (IIb), die an einem sonstigen Ort beim Feiern stattfindet. Die Patienten nehmen an einem lustigen Fest teil, umringt von Alkohol trinkenden Personen. Sie sind guter Stimmung, ihre allgemeine Lebenssituation ist sehr gut. Sie erwarten sich nichts besonders Gutes vom Alkoholtrinken und glauben auch nicht, daß es ihnen danach besser gehen wird. Das besondere Kennzeichen der Situation ist der außergewöhnliche (einmalige) Anlaß, eine Hochzeit, eine Ausreiseerlaubnis aus Rumänien etc.

Die dritte Rückfallsituation (III) findet allein in der Kneipe statt. Die eine Hälfte der Patienten betreten die Kneipe zu einem Zeitpunkt, zu

dem es ihnen allgemein nicht so gut ging. Sie hängen negativen Gedanken nach und waren möglicherweise mit Eheproblemen beschäftigt. Die andere Hälfte der Patienten betritt mit mittelmäßiger oder positiver Grundstimmung ebenfalls allein die Kneipe. Sie wollen einen besonderen Anlaß feiern.

Die vierte Rückfallsituation (IVa) findet zu Hause allein statt. Die Patienten sind alleine, grübeln über ihre Probleme in der Partnerschaft und empfinden ihre allgemeine Lebenssituation als unbefriedigend. Ihre Grundstimmung ist schon seit geraumer Zeit sehr schlecht. Sie erwarten sich zwar vom Alkoholkonsum nichts Positives, spielen aber mit dem Gedanken, zu trinken. Eine ähnliche Situation (IVb) ist die Situation zu Hause nach einem Ehestreit.

Die fünfte Situation (V) findet an einem sonstigen Ort bei sonstiger Tätigkeit statt. Am Rückfallort (z.B. im Krankenhaus) können sehr unterschiedliche Bedingungen auftreten. Die einzige Gemeinsamkeit ist der besondere Umstand, der das Aufsuchen dieses Ortes bedingt.

Diese fünf rückfallkritischen bzw. Rückfallsituationen werden unterschiedlich häufig genannt. Die Situation, von der am häufigsten berichtet wird, ist die Rückfallsituation IIa in der Kneipe beim geselligen Beisammensein. Am zweithäufigsten geben die Patienten an, in solchen Situationen allein in einer Kneipe und von Alkohol trinkenden Leuten umgeben zu sein. Die dritthäufigste Situation ist die Rückfallsituationen am Arbeitsplatz, während der Arbeit. Die übrigen Situationen spielen eine eher untergeordnete Rolle.

Die im alltäglichen Erleben und Verhalten der Patienten vorgenommenen Veränderungen nach und aufgrund der Therapie wurden in **15 Bereichen** erfaßt. Im Vergleich zu abstinenten Patienten haben rückfällige Patienten nur sehr wenige Veränderungen vollzogen. Auf eine Gegenüberstellung von abstinenten und rückfälligen Patienten in Bezug auf einzelne Veränderungsbereiche wurde daher verzichtet. Es wurde der Versuch unternommen, spezifische Veränderungsschwerpunkte der Patienten herauszuarbeiten. Unterschieden wurden Patienten mit verändertem Umgang mit sich selbst und anderer Nutzung der Freizeit (Veränd 1), Patienten mit verändertem Umgang mit sich selbst und neuen Schwerpunkten im Bereich Arbeit (Veränd 2), Patienten mit kleineren Veränderungen in manchen Bereichen (Veränd 3), Patienten mit geringen Veränderungen im Umgang mit sich selbst, aber dafür

Ausbau des Hobbybereiches und neuen Impulsen bei der Arbeit (Veränd 4), Patienten mit sehr wenigen Veränderungen oder nur im Freizeitbereich (Veränd 5) und Patienten mit wenigen oder keinen Veränderungen (Veränd 6).

Einige interessante Einzelergebnisse bei dem Fragebogen zum Tagesablauf waren, daß viele Patienten ihren Therapieerfolg schon bei solchen Anlässen wie der Trennung vom Partner oder aber auch bei Todesfällen in der Familie, momentaner Ziellosigkeit oder Einsamkeit in Frage stellen und riskieren würden. Interessant auch, daß man nur bei rückfälligen Patienten die Aussage findet, daß das Leben keinen Sinn hat. Die meisten Patienten würden ihr Leben völlig anders gestalten, wenn sie noch einmal von vorne anfangen könnten. Auf jeden Fall anders wählen würden sehr viele rückfällige Patienten ihre Ausbildung und Berufstätigkeit. Anders mit sich selbst umgegangen wären vor allem abstinenten Patienten. Die meisten Patienten sind der Ansicht, daß ihr Alkoholismus entweder als Ursache oder als Folgeerscheinung etwas mit ihrer unausgefüllten oder einseitig betriebenen Freizeitgestaltung zu tun habe.

Um die Therapieelemente zu erfassen, die für die Patienten beim Aufbau und bei der Beibehaltung eines abstinenten Lebens besonders nützlich gewesen sind, bzw. den Patienten bei der Therapie gefehlt haben, wurden die Patienten zu den medizinischen und psychologischen Vorträgen, zur Sport- und zur Beschäftigungstherapie, zur Indikationsgruppe, zum Partnerseminar, zu soziotherapeutischen Interventionen, zur Rehabilitationswoche, zur Einzel- und Gruppentherapie und bezüglich der Anregungen durch Mitpatienten befragt. Die therapeutischen Inhalte wurden zu Themenschwerpunkten und die Patienten zu Gruppen zusammengefaßt, je nachdem wieviel die Patienten von welchem therapeutischen Angebot am meisten profitieren konnten.

Zu den Patienten der Gruppe "Verarb **Sehr gut**" zählten diejenigen, die sehr viel vom therapeutischen Angebot insgesamt aufgenommen haben und auch von einigen Anwendungsbereichen im Alltag nach der Therapie berichteten. Zu den Patienten der Gruppe "Verarb sehr gut und gut minus" diejenigen, die sehr viel von der Einzeltherapie verarbeitet haben, mittelmäßig gut von der Gruppentherapie profitierten, ansonsten aber viele Inhalte benannten, differenzierte Darstellungen der Inhalte der psychotherapeutischen Maßnahmen abgaben und bei den medizinischen Vorträgen sehr viele Inhalte noch benennen konnten. Zu den Patienten der Gruppe "Verarb gut" gehörten Patienten, die

ebensoviel von der Einzel- wie von der Gruppentherapie aufgenommen haben, also keine so deutliche Präferenzen für die Einzeltherapie zeigten. Patienten der Gruppe "Verarb befriedigend" hatten meist nur mittelmäßig viele Inhalte der Einzel- oder Gruppentherapie genannt und sie mittelmäßig oder schlechter bewertet. Patienten der Gruppe "Verarb ausreichend" kennzeichnete, daß sie die psychotherapeutischen Maßnahmen nur als befriedigend bis ausreichend bewerteten und inhaltlich nicht sehr viel von ihnen berichten konnten. Sie teilten mit vielen anderen Patienten die schlechte inhaltliche Wiedergabe der psychologischen Vorträge und eine etwas positivere Wiedergabe der medizinischen Vorträge. Im Bereich Sporttherapie lagen sie in Bezug auf Inhalte und Bewertungen sehr weit vorne. Bei den Patienten der Gruppe "Verarb mangelhaft" muß man annehmen, daß sie von den therapeutischen Maßnahmen der Fachklinik Furth im Wald sehr wenig profitieren konnten.

Nach den differenzierten Zuordnungen der Patienten zu den verschiedenen Rückfallsituationen (Rückfallsituationen 1 bis 5), den Veränderungsgruppen (Veränd. 1 bis 6) und den Therapievermittlungsgruppen (Verarb sehr gut bis mangelhaft) wurden die der Untersuchung vorliegenden Teilfragen folgendermaßen beantwortet:

**Diejenigen Patienten, die am meisten von der Therapie vermittelt bekamen, haben am meisten Veränderungen in ihrem Leben realisiert. Diejenigen Patienten, die am wenigsten von der Therapie vermittelt bekamen, haben die wenigsten Veränderungen zu verzeichnen.** Da in dieser Patientenstichprobe viel weniger rückfällige als abstinente Patienten vertreten waren, und das Ausmaß an Therapie-"Vermittlung" bei den rückfälligen Patienten zwischen sehr gut bis gut und mangelhaft lag, konnte anhand der Daten nicht bestätigt werden, daß das Therapieergebnis in eindeutigem Zusammenhang mit dem Ausmaß der Therapie-"Vermittlung" steht. **Es ist aber die Tendenz zu beobachten, daß abstinente Patienten die meisten Veränderungen realisiert und rückfällige Patienten eher weniger in ihrem Leben umstrukturiert haben.** Viele von denjenigen Patienten, denen durch die Therapie am meisten vermittelt wurde, und am meisten Veränderungen in ihrem Leben vollzogen haben, leben abstinent. Von denjenigen Patienten, die wenig von der Therapie vermittelt bekamen und am wenigsten Veränderungen in ihrem Leben gezeigt haben, sind viele rückfällig geworden. Die Annahme, daß es bestimmte Merkmale der Rückfallsituation bzw. der rückfallkritischen Situation gibt, die

Patienten, die viel in ihrem Leben verändert haben, überhaupt nicht antreffen, konnte anhand der Daten dieser Patientenstichprobe nicht bestätigt werden.

## Literatur

BAEKELAND, F. & LUNDWALL, L. (1975): Dropping out of treatment: A Critical review.  
Psych. Bulletin, Vol. 82,5,738-783

BAUMANN, U. & REINECKER-HECHT, Ch. (1986): Psychotherapie-Evaluation. In: Psychiatrie der Gegenwart: Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen.  
Psychotherapie (Bd. 1)., Berlin: Springer

De JONG-MEYER, R., HEYDEM, T., SCHIERECK, H. & SKALETZ, R. (1988): Vergleich rückfälliger und nichtrückfälliger Alkoholabhängiger.  
Suchtgefahren, 2, 1988, 81-89

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SUCHTFORSCHUNG UND SUCHTTHERAPIE e. V. (1985): Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen.  
Freiburg: Lambertus - Verlag

GÖTZ-SCHIPPER, A. (1988): Untersuchung zum Rückfall bei Alkoholabhängigen.  
Diplomarbeit im Fach Psychologie an der München

HÜLLINGHORST, R. (1993): Zur Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: Jahrbuch Sucht '94, Neuland. Geesthacht

JANKER, P. & MERKLINGER, W. (1988): Alkoholismus und soziale Kompetenz.  
Frankfurt: Peter Lang

JANIS, I., MANN, L. (1977): Decision-making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice and Commitment.  
New York: Free Press

LITMAN, G. K., EISER, J. R., RAWSON, N. S. B. & OPPENHEIM, A. N. (1979): Differences in Relapse Precipitants and Coping Behavior between Relapsers and Survivors. Behavior Research and Therapy, 17,89-94

ORFORD, J. (1986): Critical Conditions for Change in the Addictive Behaviors In: Miller, W. E., Heather, N. : Treating Addictive Behaviors. Process of Change. New York: Plenum Press

PROCHASKA, J. O. & DiCLEMENTI, C. C. (1982): Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 390-395

PROCHASKA, J. O. & DiCLEMENTI, C. C. (1986): Toward a Comprehensive Model of Change. In: Miller, W. E., Heather, N. : Treating Addictive Behaviors. Process of Change. New York, Plenum Press

RINK, J. (1984): Probleme bei Untersuchungen zum Therapieerfolg im Suchtbereich. Suchtgefahren, 2, 103-106

SÜSS, H. M. (1988): Evaluation von Alkoholismustherapie. Kapitel 2, Alkoholismus und Alkoholismustherapie. Bern: Huber

## **Ausblick: Praktische Forschung oder forschende Praxis?**

Prof. Dr. Fred Rist  
Westf. Wilhelms-Universität Münster  
Psychologisches Institut I  
Psychologische Diagnostik und Klinische Psychologie  
Fliednerstraße 21  
48149 Münster



## **Ausblick: Praktische Forschung oder forschende Praxis?**

Wenn Forscher die Methoden und Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen vor Kollegen aus der Praxis vortragen, werden diese in der Diskussion früher oder später unweigerlich Fragen nach den Konsequenzen der vorgetragenen Befunde für die Praxis stellen. Gewünscht ist dabei in der Regel eine unmittelbare Handlungsanweisung, die die vielfältigen Aufgaben der Beratung und Behandlung einfacher, wirkungsvoller und mit dauerhafterem Erfolg bewältigen hilft. In solchen Diskussionen fällt auf, wie treffsicher Praktiker den möglichen Anwendungsbereich eines Forschungsergebnisses in ihrem eigenen Arbeitsbereich ausmachen können. Um so unbefriedigender muß es für die Praktiker klingen, wenn die Forscher dann darauf hinweisen, daß ihre Befunde noch auf zu wenigen Probanden beruhen, die statistischen Prüfungen zu uneinheitlich ausgefallen seien oder die gewählte Untersuchungsmethode noch durch mindestens eine weitere ergänzt werden müsse, bevor an Konsequenzen für die Praxis gedacht werden könne. Häufig scheint es, daß der Druck der Fragen nach der praktischen Relevanz die Forscher reflexartig zum Rückzug in methodische Überlegungen treibt, aber auch, daß Fragen nach der Praxisrelevanz den Unmut der Praktiker über ungewohnte, nicht ihrer täglichen Arbeit entlehnte Problemformulierungen zum Ausdruck bringen sollen.

Was konnte eine Tagung zum Thema "praxisrelevante Suchtforschung" an diesem mißlichen Verhältnis von Praxis und Forschung ändern? Das explizite Aufgreifen des geschilderten Dilemmas im Titel forderte dazu auf, zu klären, wie im Suchtbereich Praxis und Forschung aufeinander bezogen sind. Ein wichtiger Schritt zur Förderung des wechselseitigen Verständnisses muß es sein, die Zielsetzung der jeweils anderen Gruppe, ihre Denkweise und ihre Problemformulierung besser kennen zu lernen. Dieser Schritt wird durch die Feststellung, daß weder "Forschung" noch "Praxis" nur einem Schema folgen, erleichtert: Hans Watzl ordnete in seinem Referat Forschungsansätze danach, ob sie eher direkt oder eher potentiell praxisrelevant sind und ob sie eher in forschungsorientierten Institutionen oder aber in Behandlungseinrichtungen verfolgt werden. Die Beiträge der Referenten illustrierten punktweise jeweils andere Probleme praxisrelevant geplanter Forschung von Prävention bis zur Rückfallsystematik und waren durch die Verschiedenheit der Themen und der Methoden gut geeignet, das Spannungsfeld zwischen Forschung und Praxis abzustecken.

In seinem Einführungsreferat legte Hans Watzl dar, daß die Unter-

scheidung zwischen "praxisrelevant" und "praxisirrelevant" nur scheinbar einfach ist, und daß sich die tatsächliche Relevanz eines möglichen Forschungsergebnisses oft kaum erahnen läßt. Aus Gebieten mit langer Forschungstradition können hierzu viele Beispiele zitiert werden. Für den Suchtbereich wurde dies von Watzl u. a. anhand der Grundlagenforschungen zum Transmittersystem illustriert, die schließlich über viele Zwischenschritte zur Erprobung des Medikaments Acamprosat führten. Ähnliche, praxisrelevante Perspektiven lassen sich zu Untersuchungen über genetische Risikofaktoren der Suchtentwicklung und neuropathologische Veränderungen des Gehirns bei chronischem Alkoholkonsum formulieren. Dabei ist festzuhalten, daß auch bei der Beurteilung der Praxisrelevanz selbst verschiedene Effekte unterschieden werden müssen. Der Einfluß von Acamprosat auf bestehende Behandlungsroutinen mag dies illustrieren: Unabhängig von der primär intendierten Senkung des Rückfallrisikos ist ein sekundärer, aber weitreichenderer Effekt zu erkennen: Allgemeinärzte engagieren sich mehr als zuvor in der Behandlung Alkoholkranker, wodurch neue und flexiblere Möglichkeiten in der Betreuung Alkoholkranker geschaffen werden.

Alexa Franke hat in ihrem Referat über Zusammenhänge zwischen Drogennotfall und Drogentodesfall vorgeführt, daß Forschung auch von bestehendem Datenmaterial ausgehen kann und nicht immer eine eigene Datenerhebung braucht. Sie war auf jene Angaben angewiesen, die sich in den Aufzeichnungen von Behörden finden, nämlich die staatsanwaltschaftlichen Akten der Drogentoten und die Rettungsprotokolle der Notarztwagen. Der Wert einer solchen Untersuchung steht und fällt mit der Repräsentativität der ausgewerteten Fälle. Aber Franke ist die Totalerhebung aller Drogentodesfälle über mehrere Jahre gelungen. Ihre eigene Erwartung, daß Drogennotfälle bedeutsame Vorläufer von Drogentodesfällen sein könnten, wurde durch die Daten nicht bestätigt. Hat diese Untersuchung also keine Praxisrelevanz? Im Gegenteil, sie ist ein gutes Beispiel für die Vielschichtigkeit der Bewertung einer Untersuchung als praxisrelevant: Zwar konnte keine einfache Handlungsanweisung für die Identifizierung besonders gefährdeter Drogenabhängiger geliefert werden. Der methodische Weg der Prüfung des Zusammenhangs zwischen Not- und Todesfällen erbrachte jedoch eine Fülle von Informationen über die Lage Drogenabhängiger und über deren Kontakte mit den medizinischen bzw. psychosozialen Diensten. Aufgrund dieser Befunde kann Franke jetzt mit Nachdruck für die Verbesserung der Versorgung unmittelbar nach Notfällen argumentieren.

Prävention spielt gewöhnlich keine große Rolle im Alltag einer Einrichtung, die auf Suchtkranke spezialisiert ist, sieht man einmal von

gelegentlichen Vorträgen an Schulen oder im Rahmen von Veranstaltungen der Volkshochschulen ab. Allenfalls im Sinne der sekundären Prävention, der Verhinderung von Abhängigkeitskarrieren bei bereitsvorhandenen Konsumgewohnheiten, legen Suchtberatungsstellen auch Informationsbroschüren für Interessierte aus. Aber jeder, der Einblick in die Lebensläufe Suchtkranker nehmen konnte, wird sich auch die Frage gestellt haben, ob eine solche Karriere hätte verhindert werden können, wann dafür ein günstiger Zeitpunkt gewesen wäre und auf welche Weise dieses am besten hätte geschehen können. Reiner Hanewinkel trug die Befunde einer systematischen und auf ihre Wirksamkeit hin kontrollierten Untersuchung vor, die genau dies zum Ziel hatte. Schülern, die bereits Erfahrungen mit Rauchen gesammelt haben, wurde ein standardisiertes Informations- und Verhaltensänderungsprogramm angeboten. Die Anzahl rauchender Schüler reduzierte sich durch diese Intervention um jeweils ein Drittel und diese Verbesserungen blieben auch bei einer Nachuntersuchung nach sieben Monaten noch nachweisbar. Diese Untersuchung konnte in befriedigender Weise die Wirksamkeit einer praktisch realisierbaren Intervention nachweisen. Es ist jedoch auch offensichtlich, daß Präventionsarbeit sich mit diesem Erfolg nicht zufriedengeben kann. Aber erst im Anschluß an diesen Befund können sich praxisrelevante Fragen ergeben wie die, welche Schüler auf die Intervention ansprechen, welche nicht, was die wirksamen Komponenten der Intervention sind und wie sie zu verändern sind, um noch größere Wirksamkeit zu erreichen. Der Befund liefert dem Praktiker also eine deutliche Unterstützung im Bemühen um präventive Maßnahmen, läßt aber auch Raum zur Improvisation; was der Praktiker hier improvisiert, etwa in der intuitiven Veränderung von Komponenten des Programms, muß aber wieder durch Forschung überprüft werden.

Frau Bieler hat eine Frage aufgegriffen, die sich vor allem jenen Praktikern häufig stellt, die Suchtpatienten nach der stationären Behandlung in einer Fachklinik weiterbetreuen: Was hat ein Patient vom therapeutischen Angebot der Klinik mitgenommen und in welchem Zusammenhang steht dies mit dem weiteren Verlauf? Frau Bieler machte eindrucksvoll deutlich, daß die Beantwortung einer so allgemeinen Frage nicht möglich ist, und eine Reihe von Entscheidungen getroffen werden muß, um diese globale Frage in verschiedene, besser bearbeitbare Bereiche oder Schritte zu zerlegen. So ist zu unterscheiden zwischen Erinnerungen an die Therapie, Bewertungen des Erinnerten als hilfreich und Anwendungen des Erinnerten im Alltag. Schließlich müßte auch berücksichtigt werden, ob solche Bewertungen und Anwendungen von der Therapie bis zur Nachuntersuchung unverändert blieben, oder ob hier ein Wandel eingetreten ist. Tatsäch-

lich können mehrere Gruppen von Patienten danach unterschieden werden, wobei Patienten mit klaren Erinnerungen, positiven Bewertungen und umfassenden Veränderungen im Alltag am häufigsten abstinent sind. Allerdings reagierte ein großer Teil der Patiententrotz größter Mühe nicht auf das Werben um Mitarbeit. Diese Schwierigkeit teilt die Untersuchung von Frau Bieler jedoch mit vielen anderen, insbesondere retrospektiv angelegten Untersuchungen von Fragestellungen bei Suchtkranken: Problematisch dabei ist, daß Patienten, die sich einer Untersuchung verschließen, häufiger rückfällig und nicht in der Verfassung sind, an einer Untersuchung mitzuwirken. Somit kann dann gerade über die Gruppe wenig gesagt werden, bei der in der Praxis der größte Handlungsbedarf besteht.

In unserer eigenen Untersuchung aus Mannheim wurde eine neu eingeführte stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung mit ambulanter Nachbetreuung vorgestellt. Ziel dabei war, Fragen und Möglichkeiten der Beantwortung im Rahmen der hausinternen Forschungsmöglichkeiten anzuregen. Fragen nach der Art der zugewiesenen Patienten, nach den zuweisenden Stellen oder nach Veränderungen während der Behandlung können wesentliche Hinweise zur weiteren Gestaltung eines Behandlungsprogramms geben und sind mit geringen Mitteln zu beantworten. Lediglich die persönliche Durchführung der Nachuntersuchungen erfordert mehr Kapazität und in der Regel die Zusammenarbeit mit einer anderen Institution. Weiter wollten wir exemplarisch vorführen, daß Angaben über die eigenen Patienten vorteilhaft so erhoben werden können, daß sie den Vergleich mit anderen Untersuchungen, wie sie z.B. in der Zeitschrift "Sucht" veröffentlicht werden, erlauben. Watzl hat in seinem Referat weitere Ansatzpunkte für die klinikinterne Forschung aufgeführt, die zum Teil mit ähnlich geringem Aufwand wenigstens im Ansatz bearbeitet werden können.

Die eingangs skizzierte Anspannung im Verhältnis der Praktiker und Forscher hat ihren Ursprung in den Zielsetzungen dieser beiden Gruppen: In der Regel wollen Forscher etwas erklären und Praktiker etwas verändern. Deshalb sind Forscher zuerst an allgemeinen Aussagen interessiert und lassen diese durch Einzelfälle nur ungern erschüttern. Praktiker sind dagegen am Einzelfall orientiert und verwerfen oder ignorieren allgemeine Gesetzmäßigkeiten, wenn der Einzelfall diesen widerspricht. Die durch das Tagungsthema gegebene Ausrichtung ermutigte dazu, die Konsequenzen dieser Zielsetzungen in der Denkweise, in der Formulierung eines Problems und in der methodischen Bearbeitung in verschiedenen Problembereichen darzulegen und zu vergleichen. Sowohl der Begriff "Forschung" wie auch der Begriff "Praxisrelevanz" wurde dabei differenziert: Forschung beginnt bereits mit der Sichtung demographischer Daten einer Institution unter einer

bestimmten Fragestellung, und nicht erst mit dem Vergleich verschiedener Behandlungsverfahren mit randomisierter Zuweisung und der Beratung durch Statistiker. Praxisrelevanz im Sinne der Bereitstellung eindeutiger, dem bisherigen Vorgehen vielfach überlegener, Handlungsanweisungen kann angesichts des komplizierten Ineinandergreifens psychischer, medizinischer und sozialer Determinanten des Suchtgeschehens zwar angezielt, aber nur selten mit einer einzelnen Untersuchung erreicht werden. Ähnlich wichtig, aber leichter zu gewährleisten, scheinen mir andere Aspekte der Praxisrelevanz. Hans Watzl hat bereits darauf hingewiesen: Die systematische Beantwortung von Fragen, die sich im praktischen Alltag stellen, macht die Funktion der eigenen Institution gegenüber Kostenträgern, Kollegen, Patienten und Angehörigen verständlicher als Illustrationen mithilfe von Einzelfällen. Werden Fragen darüberhinaus aus einer neugierigen Grundhaltung dem eigenen Tun gegenüber gestellt und durch eine systematische Erhebung beantwortet, so schützt dies vor der Überschätzung der klinischen Erfahrung und stereotypen therapeutischen Entscheidungen genauso wie vor Unsicherheit, vor falschem Einsatz eigener Ressourcen und schließlich auch vor "burn out".