

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt

**Geschlechtsspezifische Unterschiede alkoholabhängiger
Patientinnen und Patienten in der Entzugsbehandlung -
eine prospektive, multizentrische Studie**

INAUGURAL DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor rerum medicinalium

der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von André Thomas Lammers

aus Nordhorn

2004

gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. H. Jürgens

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. Arolt

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. soc. F. Rist

Tag der mündlichen Prüfung: 15.11.2004

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. H. Jürgens
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. soc. F. Rist

Zusammenfassung: Geschlechtsspezifische Unterschiede alkoholabhängiger Patientinnen und Patienten in der Entzugsbehandlung - eine prospektive, multizentrische Studie.

Verfasser: André Thomas Lammers

Ziel der naturalistischen und prospektiven Studie war es, geschlechtsspezifische Unterschiede bei alkoholabhängigen Patienten in einer akutpsychiatrischen Entzugsbehandlung zu evaluieren. In einer Katamnesebefragung drei Monate nach der Indexbehandlung wurden kurzfristige Effekte der stationären Akutbehandlung erhoben. Kriterien für den Behandlungserfolg waren Abstinenzquoten und Besserungsraten sowie die Inanspruchnahme sozialer und medizinischer Hilfen.

Frauen verfügen häufiger über Schulabschlüsse im mittleren Bildungsniveau und sind häufiger verheiratet als Männer. Die Männer sind häufiger arbeitslos. Frauen haben eine höhere Anzahl an Vertrauenspersonen und verbringen ihre Freizeit weniger oft alleine. Hinsichtlich suchtspezifischer Parameter sind Frauen älter, wenn sich erste alkoholbezogene Probleme einstellen, Männer nehmen stationäre Entzugsbehandlungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen deutlich häufiger wahr als Frauen und berichten über mehr schwerwiegende Entzugskomplikationen.

Frauen erhalten während der Indexbehandlung häufiger die Diagnose einer depressiven Störung und berichten häufiger von Suizidgedanken und -versuchen. Dabei geben Frauen eine höhere psychische Belastung in der SCL-90-R und dem SF-12 an. Bei Frauen und Männern zeigt sich jedoch eine Verbesserung im subjektiven psychischen Befinden nach Abklingen des akuten Alkohol-Entzugssyndroms.

In der Katamnesebefragung finden sich signifikant mehr abstinente Frauen. Bei den alkoholrückfälligen Patienten zeigt sich für beide Geschlechter nach der Indexbehandlung eine signifikante Reduktion im Konsumverhalten. Männer treten häufiger innerhalb des Katamnesezeitraumes eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme an.

Ein signifikanter Prädiktor für einen erneuten Alkoholrückfall ist für beide Geschlechter die Höhe der Anzahl der bisherigen Entzugsbehandlungen. Bei den Frauen erweisen sich jüngeres Alter und berichtete Suizidgedanken als die stärksten Prädiktoren für einen erneuten Alkoholrückfall innerhalb der ersten drei Monate nach der Indexbehandlung. Bei den Männern prädizieren hingegen eine geringe Behandlungsmotivation (gemessen mit dem SOCRATES) während der Indexbehandlung und eine überwiegende Freizeitgestaltung mit Personen, die ebenfalls Alkoholprobleme haben, einen erneuten Alkoholrückfall.

Tag der mündlichen Prüfung: 15.11.2004

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Tabellen

Verzeichnis der Abbildungen

1. Einleitung	1
2. Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Alkoholabhängigen	3
2.1. Epidemiologie: Alkoholranke Frauen versus Männer	3
2.2. Abhängigkeitsentwicklung	4
2.3. Alkoholbedingte Folgeschäden	6
2.4. Ursachen für den „Teleskopeffekt“ bei Frauen	13
2.5. Genetische Einflussfaktoren	14
2.6. Soziale Einflussfaktoren	17
2.7. Komorbide psychische Störungen	19
2.8. Inanspruchnahme von medizinischen und sozialen Hilfen	27
2.9. Die Behandlungsmotivation	30
2.10. Therapie- und Katamneseuntersuchungen	32
2.11. Zusammenfassung	37
3. Methode und Fragestellung	39
3.1. Untersuchungsablauf	40
3.2. Ein- und Ausschlusskriterien	42
3.3. Beschreibung der teilnehmenden Kliniken	43
3.4. Untersuchungs- und Erhebungsinstrumente	44
3.4.1. Halbstandardisierter Interviewleitfaden	44
3.4.2. Selbstbeurteilungsverfahren	46
3.4.3. Fremdbeurteilungsskalen	50
3.5. Stichprobenrekrutierung	51
3.6. Statistische Auswertung	53
3.7. Datenausschöpfung	56
3.8. Fragestellungen	58

4. Ergebnisse	59
4.1. Soziodemografische Angaben	59
4.1.1. Geschlechterverteilung	59
4.1.2. Altersverteilung	59
4.1.3. Schulbildung	59
4.1.4. Berufsausbildung	60
4.1.5. Beschäftigungsstatus	60
4.1.6. Lebensunterhalt	61
4.1.7. Durchschnittliches Monatseinkommen	62
4.1.8. Aktuelle Wohnsituation und Wohnungslosigkeit	62
4.1.9. Delinquentes Verhalten	63
4.2. Soziales Netz	63
4.2.1. Familienstand und Partnerschaft	63
4.2.2. Vertrauenspersonen und Personen in der Freizeit	64
4.2.3. Zusammenfassung der soziodemografischen Anamnese und des sozialen Netzes	65
4.3. Anamnestische Angaben zur Suchterkrankung	65
4.3.1. Alter des ersten Konsums bis zur Trunkenheit und subjektive Einschätzung der „Probleme mit Alkohol“	65
4.3.2. Anzahl der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen	66
4.3.3. Entzugskomplikationen	69
4.3.4. Konsumverhalten vor der Indexaufnahme	70
4.3.5. Inanspruchnahme sozialer und medizinisch/psychologischer Hilfen in den letzten vier Wochen vor der Indexaufnahme	73
4.3.6. Suizidalität	74
4.3.7. Zusammenfassung der Suchtanamnese	75
4.4. Indexbehandlung	76
4.4.1. Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten	76
4.4.2. Intoxikationsgrad zum Aufnahmezeitpunkt	77
4.4.3. Psychiatrische Diagnosen	77
4.4.4. Die Behandlungsdauer	78
4.4.5. Psychopharmakotherapie	80
4.4.6. Behandlungsmotivation (SOCRATES)	81
4.4.7. Subjektive Einschätzung des psychischen und körperlichen	

Gesundheitszustandes (SF-12)	82
4.4.8. Subjektive Einschätzung der psychischen Belastung (SCL-90-R)	83
4.4.9. Interkorrelationen zwischen SCL-90-R und SF-12	85
4.4.10. Interkorrelationen zwischen den Selbstbeurteilungsfragebögen und ausgewählten Parametern der Suchtanamnese	85
4.4.11. Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Schwere der Symptomatik (GAF und CGI)	88
4.4.12. Zusammenfassung der Ergebnisse der Indexbehandlung	89
4.5. Katamnese	91
4.5.1. Abstinenzraten	91
4.5.2. Abstinenzdauer der alkoholrückfälligen Patienten	92
4.5.3. Differenzierung des Alkoholkonsums der rückfälligen Patienten	92
4.5.4. Besserungsraten in der untersuchten Stichprobe	93
4.5.5. Konsumverhalten im Prä-post-Vergleich	95
4.5.6. Interaktion von Abstinenzraten und Behandlungsdauer	96
4.5.7. Inanspruchnahme medizinischen und sozialen Hilfen	97
4.5.7.1. Medizinische Rehabilitationsmaßnahme	97
4.5.7.2. Erneute Entzugsbehandlung nach der Indexaufnahme	98
4.5.7.3. Interaktion von Behandlungsdauer und erneuter Entzugsbehandlung	98
4.5.7.4. Hausarzt	99
4.5.7.5. Niedergelassener Psychiater	100
4.5.7.6. Niedergelassener Psychologe	100
4.5.7.7. Selbsthilfegruppen	100
4.5.7.8. Suchtberatungsstellen	101
4.5.8. Interkorrelationen zwischen den Selbstbeurteilungs- fragebögen und ausgewählten Parametern der Katamnese	101
4.5.9. Zusammenfassung der Katamneseergebnisse	104
4.6. Prädiktoren für einen Alkoholrückfall	105
4.6.1. Univariate Logistische Regressionsanalyse für die Männer	105
4.6.2. Logistisches Regressionsmodell für die Männer	109
4.6.3. Univariate Logistische Regressionsanalyse für die Frauen	110
4.6.4. Logistisches Regressionsmodell für die Frauen	114

5. Diskussion	116
5.1. Methodische Aspekte	116
5.1.1. Vergleichbarkeit der Stichprobe	116
5.1.2. Datenausschöpfung	119
5.1.3. Diagnostik komorbider psychischer Störungen	119
5.1.4. Durchführung der Katamnese	120
5.2. Diskussion geschlechtsspezifischer Unterschiede und Gemeinsamkeiten	122
5.2.1. Soziodemografischen Angaben und das soziale Netz	122
5.2.2. Suchtanamnese	124
5.2.3. Behandlungsverlauf	127
5.2.4. Komorbide psychische Störungen	127
5.2.5. Selbstbeurteilungsinventare	130
5.2.6. Behandlungsergebnisse	133
5.2.7. Inanspruchnahme von medizinischen und sozialen Hilfen im Katamnesezeitraum	138
5.2.8. Einfluss der Behandlungsdauer	140
5.2.9. Geschlechtsspezifische Prädiktoren für einen Alkoholrückfall	141
6. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	149
7. Literaturverzeichnis	155
8. Anhang	188
I. Halbstandardisierter Interviewleitfaden	188
II. SOCRATES – Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale	204
III. SF-12 – Fragebogen zum Gesundheitszustand	206
IV. GAF – Global Assessment of Functioning Scale	209
V. CGI – Clinical Global Impressions-Skala	211
Lebenslauf	212
Danksagung	214

Abbildungsverzeichnis

1. Alkoholinduzierte und alkoholunabhängige Störungen nach DSM-IV
2. Erhebungszeitpunkte und Methoden im Überblick
3. Kategoriale Verteilung der Dauer der subjektiven Alkoholprobleme
4. Anzahl der durchgeführten Entzugsbehandlungen
5. Anzahl der Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Monaten
6. Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen
7. Trinktage in den letzten vier Wochen vor der Aufnahme
8. Rauschtage in den letzten vier Wochen vor der Aufnahme
9. Behandlungsdauer im Geschlechtervergleich
10. Abstinenzraten
11. Rückfallzeitpunkt im Katamnesezeitraum
12. Konsummengen vor der Katamnesebefragung
13. Abstinente, Gebesserte und Ungebesserte
14. Interaktion von Behandlungsdauer und Abstinenz
15. Interaktion zwischen Behandlungsdauer und erneuter Entzugsbehandlung

Tabellenverzeichnis

1. Trinkverhalten in der deutschen Bevölkerung
2. Die Versorgung der Alkoholabhängigen im Überblick
3. Datenausschöpfung
4. Altersgruppen
5. Schulbildung
6. Berufsausbildung
7. Beschäftigungsstatus
8. Lebensunterhalt
9. Aktuelle Wohnsituation
10. Delinquentes Verhalten
11. Familienstand und Partnerschaft

12. Vertrauenspersonen und Personen in der Freizeit
13. Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen
14. Zusammenhänge zwischen Delir/Entzugsanfall und Anzahl der Entzugsbehandlungen, der Abhängigkeitsdauer und der medikamentösen Behandlung
15. Art der konsumierten alkoholischen Getränke
16. Signifikante Zusammenhänge zwischen Suizidgedanken/Suizidversuch und Parameter der Anamnese und der Selbstbeurteilungsfragebögen
17. Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten
18. Komorbide psychische Störungen
19. Komorbidität der länger als 21 Tage behandelten Patienten
20. Ergebnisse des Sokrates zur Aufnahme und eine Woche später
21. Ergebnisse des SF-12 zur Aufnahme und eine Woche später
22. Ergebnisse der SCL-90-R zur Aufnahme und eine Woche später
23. Interkorrelationen zwischen SF-12 und SCL-90-R (Männer)
24. Interkorrelationen zwischen SF-12 und SCL-90-R (Frauen)
25. Interkorrelationen zwischen den Selbstbeurteilungsfragebögen und der Suchtanamnese
26. Einschätzungen durch GAF und CGI
27. Konsumverhalten im Prä-Post-Vergleich
28. Interkorrelationen zwischen den Selbstbeurteilungsfragebögen und ausgewählten Parametern der Anamnese
29. Univariat signifikante Parameter in einer Logistischen Regression ($p < 0,05$) – Kriterium Alkoholrückfall - Männer
30. Logistisches Regressionsmodell – signifikante Prädiktoren für die Männer
31. Univariat signifikante Parameter in einer Logistischen Regression ($p < 0,05$) – Kriterium Alkoholrückfall - Frauen
32. Logistisches Regressionsmodell – signifikante Prädiktoren für die Frauen

1. Einleitung

Der Alkoholverbrauch je Einwohner in Deutschland betrug im Jahre 2000 10,5 Liter reinen Alkohol bei einer staatlichen Steuereinnahme von 125,5 Millionen DM. Im selben Jahr lag die geschätzte Mortalitätsrate durch direkte oder indirekte Folgen eines Alkoholmissbrauches bei 42.000 Personen (Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS), 2002). Im Jahr 2000 starben mehr Menschen im Zusammenhang mit Alkohol als durch Suizide (11.065) oder Transportmittelunfälle (7.747). Die volkswirtschaftlichen Kosten wurden in 2000 auf 40 Milliarden DM, davon 13,7 Milliarden durch alkoholbezogene Mortalität, geschätzt (DHS, 2002).

Bis 1997 legte die DHS regelmäßig Prävalenzzahlen über Suchterkrankungen in Deutschland vor. Die Zahl behandlungsbedürftiger Alkoholabhängiger wurde bis Mitte der neunziger Jahre auf 2,5 Millionen Menschen geschätzt (DHS, 1996). In aktuellen großangelegten Studien fanden sich davon abweichende Prävalenzzahlen. Auf Berechnungsgrundlage der „Bundesstudie 1997“ (Kraus & Bauernfeind, 1998) und der „Bundesstudie 2000“ (Kraus & Augustin, 2001) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ermittelten die Autoren circa 1,5 Millionen alkoholabhängige Personen. In der „Bundesstudie 2000“ wurden 8139 18 bis 59-Jährige befragt. Das „Institut für Therapieforchung (IFT)“ ermittelte eine Prävalenz von 1,7 Millionen Alkoholabhängigen in der 18 bis 69-jährigen Bevölkerung. Dabei wurde von den 18 bis 59-Jährigen auf die 18 bis 69-Jährigen extrapoliert, indem für die 60 bis 69-Jährigen der Prävalenzwert der 50 bis 59-Jährigen zu Grunde gelegt wurde (IFT, 2002). Der Grund für die korrigierten Prävalenzzahlen dürfte die Orientierung an den operationalisierten Kriterien für Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch nach dem amerikanischen Klassifikationssystem „Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – vierte Version (DSM-IV, Saß, 1996)“ sein (Küfner & Kraus, 2002).

Wenn auch die Erforschung geschlechtsspezifischer Unterschiede bei Suchterkrankungen zunehmend an Bedeutung gewinnt (vgl. z. B. Angove & Fothergill, 2003; Brady & Randall, 1999; Brienza & Stein, 2002; El-Guebaly et al., 1995; Graham et al., 1998; Greenfield, 2002; Franke et al., 1998; Jarvis, 1992; Mann et al., 1996, 2000; Schreiberhuber et al., 2001; Smith & Weisner, 2000; Wheterington, 2000; Wilsnack et al., 1997,

2000), wurden und werden in empirischen Untersuchungen und Studien bei der Beschreibung und Evaluation alkoholabhängiger Patienten sowie in den Behandlungsverläufen alkoholabhängiger Patienten und deren katamnestischer Erfolgsquoten Geschlechterunterschiede in der nationalen und internationalen Literatur zumeist nicht beschrieben. Vannicelli und Nash (1984) fanden in einer Metaanalyse in 259 Studien über Alkoholabhängige mit 64.000 untersuchten Probanden heraus, dass in lediglich 37 % der Untersuchungen Geschlechtsunterschiede berichtet wurden, nur in 11 % der Studien wurde in der Datenauswertung explizit auf Geschlechtsdifferenzen eingegangen. Der Anteil der untersuchten Frauen in den einbezogenen Studien betrug lediglich 7,8 %. Frauen sind demnach in empirischen Studien unterrepräsentiert.

Der Anteil alkoholerkrankter Frauen war lange Jahre deutlich niedriger als der alkoholerkrankter Männer. Schätzungen zufolge wurde 1960 auf zehn alkoholerkrankte Männer eine alkoholerkrankte Frau gezählt (Feuerlein et al., 1999). In neueren deutschen und internationalen epidemiologischen Studien wird hingegen von einem Verhältnis von 3:1 bis 4:1 (vgl. z. B. Franke et al., 1998; Greenfield, 2002; Kraus, 1998; Kraus & Augustin, 2000; Simon und Palazzetti, 1999) ausgegangen.

Wilsnack et al. (2000) schlagen gegenwärtig zwei Perspektiven zur Erklärung und Beschreibung von Geschlechtsunterschieden vor. Ein Erklärungsansatz betont psychische, biologische, neuropsychiatrische und physiologische Unterschiede. Der andere akzentuiert soziale und/oder kulturelle Einflüsse zur Begründung von Geschlechtsdifferenzen. Im Folgenden werden empirische geschlechtsspezifische Befunde und Merkmale bei alkoholabhängigen Frauen und Männern aufgeführt.

2. Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Alkoholabhängigen

2.1. Epidemiologie: Alkoholranke Frauen versus Männer

Frauen trinken circa 2,5mal weniger Alkohol als Männer (Franke, 2000). In der erwachsenen Bevölkerungsgruppe (18 bis 59 Jahre) fanden sich in der Repräsentativbefragung von Kraus & Bauernfeind (1998) 3,8 Millionen Männer und zwei Millionen Frauen, die riskanten Alkoholkonsum betreiben. Zu Grunde gelegt wurden durchschnittliche Konsummengen von mehr als 40 Gramm bei den Männern und mehr als 20 Gramm reinen Alkohol pro Tag bei den Frauen. Nach den in dieser Untersuchung verwendeten Kriterien des DSM IV (Saß, 1996) konsumieren 8,1 % der Männer und 1,9 % der Frauen missbräuchlich Alkohol. 4,9 % der Männer und 1,1 % der Frauen wurden als alkoholabhängig eingestuft.

In der „Bundesstudie 2000“ (Kraus & Augustin, 2001) wurde „gefährlicher“ Konsum (Männer: 60 bis 120 Gramm und Frauen: 40 bis 80 Gramm reinen Alkohol am Tag) bei 6 % der Männer und 4 % der Frauen festgestellt. „Hochkonsum“ (Männer: über 120 Gramm und Frauen: über 80 Gramm reinen Alkohol am Tag) wurde bei 0,9 % der Männer und 0,7 % der Frauen vorgefunden. Vergleichbare Prävalenzzahlen zur oben zitierten Studie von Kraus & Bauernfeind (1998) zeigten sich hinsichtlich der Schätzung einer Alkoholabhängigkeit. 5,4 % der Männer und 1,2 % der Frauen wurden als alkoholabhängig eingestuft. 21,3 % der Alkoholabhängigen waren also Frauen. Auch Franke (1998) fand in ihren Studien zur Prävalenz von Alkoholabhängigkeit bei Frauen einen Anteil von 1,1 % in den westdeutschen und von 1,0 % in den ostdeutschen Bundesländern. Die Gesamtzahl alkoholabhängiger Frauen wird aktuell von der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren (2002) auf 400.000 bis 530.000 geschätzt.

Etwa ein Viertel der alkoholabhängigen Personen sind in den aktuellen bundessdeutschen Studien also Frauen. Simon und Palazzetti (1999) berichten in der EBIS-Statistik von einem relativ konstanten Anteil von Frauen in der Population alkoholabhängiger und behandelter Personen von 21,5 – 23 % in den Jahren 1992 bis 1998. Im angloamerikanischen Raum werden vergleichbare Prävalenzzahlen mit einem Verhältnis von 3:1 bis 4:1

berichtet (Schober & Annis, 1996). Fleming (1996) befragte 6000 australische Frauen anhand des AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) und fand in der Stichprobe 1 % alkoholabhängige Frauen und 4 % Frauen mit gefährlichem Alkoholkonsum.

In Anlehnung an Kufner & Kraus (2002) zeigt die Tabelle 1 zusammenfassend das Trinkverhalten der deutschen Bevölkerung differenziert nach Frauen und Männern. Kufner orientierte sich hierbei an den von Bühringer et al. (2000) definierten Konsumgruppen.

Tabelle 1: Trinkverhalten in der deutschen Bevölkerung

	Konsum *	Frauen	Konsum	Männer
<i>abstinent</i>	- ¹	6,2 %	-	4,8 %
<i>risikoarmer Konsum</i>	< 20 g	82,9 %	< 30 g	73,7 %
<i>riskanter Konsum</i>	20 – 40 g	8,3 %	30 – 60 g	14,9 %
<i>gefährlicher Konsum</i>	40 – 80 g	1,0 %	60 – 120 g	5,2 %
<i>Hochkonsum</i>	> 80 g	0,6 %	> 120 g	0,9 %

* täglicher Alkoholkonsum

¹kein Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten

2.2. Abhängigkeitsentwicklung

Frauen sind weniger lange alkoholkrank als Männer, wenn sich erste alkoholbezogene Probleme manifestieren (z. B. Piazza et al., 1989; Brady & Randall, 1999). Eine Alkoholabhängigkeit sowie psychische und körperliche Folgeschäden entwickeln sich in einem deutlich kürzeren Zeitraum. Diese Beobachtung wird als „Teleskopeffekt“ („telescoping“) bezeichnet (z. B. Greenfield, 2002; Mann und Ackermann, 1996; siehe auch ausführlich Abschnitt 2.4.).

Nach Piazza (1989) konsumieren Frauen knapp zwei Jahre später erstmals Alkohol als Männer (Frauen: 17,5 und Männer: 15,7 Lebensjahre) und drei Jahre später kommt es zu einer ersten Alkoholintoxikation (Männer: 17,3 und Frauen: 20,3 Lebensjahre). Randall et al. (1999) gingen anhand der Daten des „Projekt MATCH“ (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity) der Frage nach dem Beginn der Abhängigkeit von Frauen und Männern nach. Das Durchschnittsalter für den Beginn eines „regelmäßigen

Alkoholkonsums“ lag bei den Frauen bei 26,6 und bei den Männern bei 22,7 Lebensjahren. Erste manifeste Alkoholfolgeprobleme zeigten sich bei den Frauen im Alter von durchschnittlich 27,5 Jahren und bei den Männern bei 25,0 Jahren. Der Kontrollverlust hinsichtlich ihrer Suchterkrankung wurde von den Frauen durchschnittlich im Alter von 29,8 Jahren und von den Männern mit 27,2 Jahren angegeben. Die Autoren schlussfolgern, dass Frauen in der Abhängigkeitsentwicklung signifikant schneller fortschreiten als die Männer. Weiterhin suchen Frauen früher suchtspezifische Hilfsmöglichkeiten auf. Frauen begeben sich durchschnittlich nach 11,6 Jahren und Männer erst 15,8 Jahre nach Beginn von regelmäßigem Alkoholkonsum in professionelle suchtspezifische Hilfe. Schuckit et al. (1998) fanden in einer Befragung (knapp 1.000 alkoholranke Frauen und 2.000 alkoholranke Männer) für Frauen bezogen auf das Lebensalter eine um ein bis zwei Jahre spätere Manifestation von Alkoholproblemen. Auch in dieser Studie begaben sich Frauen früher in professionelle suchtspezifische Behandlung. Insgesamt, so argumentieren die Autoren jedoch, sind die Unterschiede in der Abhängigkeitsentwicklung eher gering.

Holdcraft & Iacono (2002) konnten in einer longitudinalen Kohortenstudie (Vergleich der vor und nach 1950 geborenen Probanden in einer amerikanischen Stichprobe) signifikante Erhöhungen der Lebenszeitprävalenz hinsichtlich der Entwicklung einer Alkoholkrankung nachweisen. Bei den Frauen stieg die Lebenszeitprävalenz im Kohortenvergleich von 6 % auf 13 %. In einer großen niederländischen Studie untersuchten Neve et al. (1996) das Trinkverhalten in den Jahren 1958 bis 1993 im Geschlechtervergleich. Sie formulierten u. a. eine „convergence hypothesis“ und erwarteten eine Angleichung des Trinkverhaltens der Frauen an das der Männer. Kriterien waren Abstinenzrate, durchschnittlicher Alkoholkonsum pro Woche und Anzahl der Tage mit „heavy drinking“ pro Woche (definiert durch mehr als sechs „drinks“ an mindestens einem Tag in der Woche. Ein „drink“ entspricht 11,6 Gramm reinen Alkohol). Zwar zeigte sich die Tendenz, dass Frauen sich zunehmend dem Trinkverhalten der Männer annähern, das Ergebnis ließ sich jedoch statistisch nicht absichern, so dass die Hypothese letztlich nicht bestätigt werden konnte.

Greenfield (2002) gibt für die Lebenszeitprävalenz einer Alkoholabhängigkeit für die beginnenden 80er Jahre ein Verhältnis von knapp 5:1 und für die frühen 90er Jahre ein Verhältnis von 2,5:1 zugunsten der Männer an und beruft sich dabei auf amerikanische

epidemiologische Untersuchungen mit großen Stichprobenumfängen. Kraus et al. (2000) fanden in einer deutschen Studie für beide Geschlechter einen früheren Beginn für kritischen Alkoholkonsum in jüngeren Kohorten. Auch hier war die Prävalenz für regelmäßigen Alkoholkonsum bei den Frauen für jüngere Kohorten stärker erhöht. In einer amerikanischen Studie konnten McGue et al. (2001) in einer sehr jungen Kohorte von 11 bis 14-Jährigen zeigen, dass sich in dieser Altersgruppe der Beginn des Alkoholkonsums und die konsumierten Alkoholmengen zwischen den Geschlechtern nahezu angleichen. Bongers et al. (1993) formulierten die Hypothese, dass in einer niederländischen Stichprobe Frauen bei vergleichbaren Trinkmengen mehr alkoholbezogene Probleme angeben als Männer. Sie untersuchten die Problembereiche „Psychische Abhängigkeit“, „Trinkverhalten“, das Auftreten „sozialer Probleme“, „alkoholassoziierte körperliche Folgeerkrankungen“ sowie „Unfälle unter Alkoholeinfluss“. Sie bildeten über alle separaten Problembereiche einen additiven Score und fanden überraschenderweise schließlich keine Unterschiede im Schweregrad alkoholbezogener Probleme.

Nach den vorliegenden Befunden zeigt sich insgesamt bei den Frauen eine später einsetzende, dann aber schneller verlaufende Abhängigkeitsentwicklung. Es besteht die Tendenz, dass sich die Prävalenzraten zwischen Männern und Frauen hinsichtlich einer Alkoholerkrankung sukzessive angleichen.

2.3. Alkoholbedingte organische Folgeschäden

Männer sterben deutlich häufiger an den Folgen überhöhten Alkoholkonsums als Frauen. Feuerlein et al. (1998) geben in einer Übersicht die alkoholbezogene Mortalität für die Männer mit 31,87 Todesfällen auf 100.000 Personen und für die Frauen mit 9,84/100.000 an. Vergleichbare Zahlen gab das Statistische Bundesamt (2001) für das Jahr 2000 an. Es starben 31 Männer je 100.000 Einwohner und damit dreimal so viel wie bei den Frauen (10 je 100.000 Einwohnerinnen). In der MEAT-Studie (im Überblick Feuerlein et al., 1998) lag die „standardisierte Mortalitätsrate“ im Mittel für Männer bei 8,07 und für Frauen bei 7,57. Sie fiel in der Altersgruppe der 20 bis 29-Jährigen bei beiden Geschlechtern am höchsten aus (Männer: 16,87; Frauen: 10,1) und sank in der Altersgruppe der 40 bis 49-Jährigen auf 6,9 bei den Männern und 4,86 bei den Frauen.

Lindberg und Agren (1988) berechneten für schwedische Alkoholabhängige bei den Männern die häufigsten Todesursachen in der Leberzirrhose (15,6 %), in ischämischen Herzerkrankungen (14,7 %) und durch Suizide (12,6 %). Alkoholranke Frauen starben am häufigsten an einer Leberzirrhose (19,8 %) gefolgt von den Suiziden (15,4 %). Insgesamt ergibt sich eine geschätzte Verminderung der statistischen Lebenserwartung im Vergleich zur Normalbevölkerung um 15 % bei Männern und 12 % bei Frauen (Teysen, 2002).

Bis zu 75 % aller Alkoholabhängigen, die eine stationäre Entzugsbehandlung antreten, leiden an mindestens einer Alkoholfolgeerkrankung. Bei bis zu 29 % der Männer und 9 % der Frauen, die in ein Allgemeinkrankenhaus eingewiesen werden, liegt eine alkoholassoziierte Erkrankung vor (Teysen, 2002).

Übermäßiger Alkoholkonsum kann zu vielfältigen organischen Erkrankungen führen. Es gibt kaum ein Organ, welches nicht infolge eines Alkoholmissbrauches geschädigt werden kann. Insbesondere sind die inneren Organe, das Nervensystem und das Herz-Kreislaufsystem betroffen. Die schädigende Wirkung durch Alkohol erfolgt entweder durch direkte Einwirkung auf die Zelle und lokale Gewebeschädigungen oder indirekt durch Stoffwechselstörungen (z.B. Malnutrition und Hypovitaminosen). Auch die Metaboliten vom Ethanol (z. B. Acetaldehyd) wirken toxisch (im Überblick Lieber, 1994). Übermäßiger Alkoholkonsum führt zu Vitaminmangel, besonders der Vitamine des B-Komplexes. Dieser wiederum führt insbesondere zu Schädigungen des Nervensystems und neurologischen Begleiterkrankungen (akute Wernicke-Enzephalopathie, Wernicke-Korsakow-Syndrom, Hirnatrophien insbesondere des Zerebellum, Polyneuropathien etc.).

Erkrankungen der Leber

Lebererkrankungen (Fettleber, Alkoholhepatitis, Leberzirrhose) gehören zu den häufigsten Alkoholfolgeerkrankungen (Seitz et al., 1993). Es ist von einer deutlichen Risikosteigerung für Lebererkrankungen bei Männern ab einem Konsum von 40 – 60 Gramm und bei Frauen von 20 – 30 Gramm reinen Alkohol pro/d auszugehen. Nach Bode et al. (1999) ist bei Männern das Risiko für eine Lebererkrankung bei einem Alkoholkonsum von bis zu 60 Gramm pro/d sechsfach und bei bis zu 80 Gramm pro/d 14fach erhöht. Das Risiko der Frauen, an einer Leberstörung zu erkranken, ist bei vergleichbarem Alkoholkonsum nahe-

zu doppelt so hoch. Wobei das Risiko an einer Leberstörung zu erkranken, für beide Geschlechter linear mit der Menge des konsumierten Alkohols ansteigt (vgl. Kwo et al., 1998).

Bei chronischem Alkoholkonsum ist nach Singer und Teysen (2001) in 90 % mit einer Fettleber, in 50 % mit einer Leberhepatitis und in 20 – 30 % mit einer Leberzirrhose zu rechnen. Kielstein (1990) berichtet für die Fettleber von einer Lebenszeitprävalenz von 50 % bei den Männern und 30 % bei den Frauen. Die Leberverfettung ist bei Alkoholkarenz relativ gut restituierbar.

Bei der Alkoholhepatitis werden zwei Verlaufsformen beobachtet. Die chronisch-persistierende Hepatitis mit schleichendem Verlauf und die chronisch-aggressive Hepatitis als akute Verlaufsform. Transaminasen und Leberenzyme erholen sich auch hier relativ zügig, Gewebeschädigungen der Leber sind jedoch auch bei Alkoholenthaltsamkeit nicht reversibel (Becker, 1996).

Es besteht eine enge Beziehung zwischen Alkoholkonsum und Zirrhosesterblichkeit. Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren (2002) versterben 17.000 Menschen an einer Leberzirrhose infolge eines Alkoholabusus (das Statistische Bundesamt (2001) gibt die alkoholische Leberzirrhose als häufigste alkoholbedingte Todesursache im Jahr 2000 mit 9.550 Verstorbenen an). Der Anstieg der Zirrhosesterblichkeit in Deutschland zwischen 1950 und 1980 betrug circa 400 Prozent. In den USA ist die Leberzirrhose die neunthäufigste Todesursache (Nalpas et al., 1995). Becker et al. (1996) geben bereits für Frauen ein erhöhtes Risiko an einer Leberzirrhose zu erkranken bei täglichen Trinkmengen von 12 Gramm reinen Alkohol pro/d an.

Lewis et al. (1995) beobachteten 156 alkoholabhängige Männer und 103 alkoholabhängige Frauen seit 1967/68 über mindestens zwanzig Jahre hinweg. Die Entwicklung einer Leberzirrhose war für beide Geschlechter der stärkste Prädiktor für frühzeitige Mortalität. Klinisch sind dekompenzierte und kompensierte Leberzirrhosen zu unterscheiden. Die kompensierte Leberzirrhose geht mit leichter bis mäßiger Leberfunktionsstörung einher, die dekompenzierte Verlaufsform wird von Aszites, Ikterus, Gerinnungsstörungen etc. und oft von Ösophagusvarizen begleitet und führt zu schwerwiegenden Leberfunktionsstörungen bis hin zur völligen Leberinsuffizienz und folgender

Letalität. Die Leberzirrhose verläuft zumeist progredient und ist durch Alkoholkarenz bestenfalls zum Stillstand zu bringen (Soyka, 1997). Auch die Entwicklung einer Leberzirrhose wird bei Frauen bei weitaus kürzerer Trinkdauer und geringeren Trinkmengen beobachtet (van Thiel et al., 1989).

Erkrankungen der Pankreas

Klinisch lässt sich eine akute (reversible) und eine chronische Pankreatitis unterscheiden (Soyka, 1997). 75 % aller Pankreatitiden sind alkoholtoxisch bedingt, wobei ein bis vier Prozent aller Alkoholabhängigen eine chronische Pankreatitis entwickeln und 30 bis 60 % eine Schädigung der Bauchspeicheldrüse zeigen. Die chronische Verlaufsform ist also ein relativ seltenes Ereignis bei Alkoholabhängigen. Die Mortalitätsrate ist jedoch hoch. Häufig findet sich eine Assoziation mit Diabetes mellitus, Adipositas und einer Leberschädigung. Bei Männern kommt es nach durchschnittlich 17 Jahren und bei Frauen nach durchschnittlich zehn Jahren nach fortgesetztem Alkoholabusus zur Manifestation einer Pankreatitis (Singer und Teysen, 2001, vgl. auch Sarles, 1991). Auch hier ist also ein deutlich früherer Krankheitsbeginn bei Frauen zu beobachten.

Herzerkrankungen

Hinsichtlich koronarer Herzerkrankungen scheint das Mortalitätsrisiko für Frauen geringer als für Männer zu sein, wobei die Rate alkoholassoziierter Kardiomyopathien zwischen den Geschlechtern vergleichbar sein soll (Morhart-Klute und Soyka, 2002).

Blutdruckerkrankungen

Alkohol wird als eine der bedeutendsten und häufigsten Ursachen der sekundären Hypertonie und auch der therapieresistenten Hypertonie beschrieben. Eine klinisch manifeste Hypertonie kommt bei Alkoholkonsumenten doppelt so häufig vor wie bei Nichtkonsumenten. Zwischen dem Alkoholkonsum und dem Blutdruck besteht eine mehr oder weniger lineare Beziehung. Aufgrund der Blutdruckeffekte ist der Alkoholkonsum mit einem deutlich erhöhten Schlaganfallrisiko verbunden. Ab einem Alkoholkonsum von 30 Gramm für Männer und 20 Gramm Alkohol am Tag für Frauen muss mit der Entwicklung einer Hypertonie gerechnet werden (Singer und Teysen, 2001). Ashley (1977) stellte fest, dass sich eine alkoholassozierte Hypertension bei Männern nach durchschnittlich 19,7 Jahren und bei den Frauen nach 12,1 Jahren einstellt.

Einflussfaktoren auf die Intensität des Alkoholentzugssyndroms

Neben verschiedenen Faktoren hängt die Intensität des Alkoholentzugssyndroms (AES) nach Schuckit et al. (1995) u. a. mit der Anzahl vorheriger Entzüge zusammen. Ein mit dieser Beobachtung kohärentes Erklärungsmodell bietet die Kindling-Hypothese von Ballanger und Post (1978). Durch wiederholte Abstinenzphasen oder „kleine Entzüge“ (z. B. auch bei einem Abfall des Alkoholspiegels während des Schlafes) und den mit ihnen einhergehenden neurochemischen Veränderungen (reduzierte Funktion inhibitorischer und erhöhte Funktion excitatorischer Systeme) sollen nicht nur Entzugssymptome entstehen, sondern auch ein Kindling-Prozess angestoßen werden, wodurch die Erregbarkeit des Gehirns und damit das Risiko für schwere Entzugssymptome steigt (Glue & Nutt, 1990). Klinische Studien (Lechtenberg & Wojnar et al., 1999) zeigen, dass Personen mit multiplen Entzügen in der Vergangenheit mit größerer Wahrscheinlichkeit einen epileptischen Entzugsanfall erleiden als Personen, die zum ersten Mal einen Alkoholentzug durchführen. Sowohl Untersuchungen am Menschen, als auch tierexperimentelle Befunde sprechen für eine höhere Wahrscheinlichkeit schwerer Entzugssymptome bei Patienten mit einer größeren Anzahl vorheriger Entzüge (Finn & Crabbe, 1997). Geschlechtsspezifische Unterschiede werden nicht berichtet.

Neuropsychiatrische Folgeschäden

Nach einer Kategorisierung von Günthner et al. (1995) lassen sich circa 90 % aller Alkoholabhängigen in ein Intermediärstadium eingruppiert, in dem sich leichte bis mittelgradige kognitive Beeinträchtigungen vorfinden. Etwa 10 % der Alkoholabhängigen zeigen im Verlauf ihrer Erkrankung eine degenerative hirnorganische Entwicklung mit schwersten psychiatrischen Krankheitsbildern- und verlaufen im Rahmen einer demenziellen Erkrankung oder eines Wernicke-Korsakow-Syndroms. Die Wernicke-Enzephalopathie und das Korsakow-Syndrom werden nach heutigem Stand als nosologische Einheit bzw. als eine Krankheitsentität aufgefasst (Soyka, 1997, Feuerlein, 1989, Steingass, 1995). Die Wernicke-Enzephalopathie wird als akute und initiale Erkrankungsmanifestation betrachtet. Bei der persistierenden und chronischen Verlaufsform wird von dem Korsakow-Syndrom (Korsakow-Psychose) gesprochen. Victor (1992) gibt die Morbiditätsrate bei der akuten Form mit 17 % und bei chronischem Verlauf mit 20 % an. Überleben die Patienten, zeigen lediglich ein Fünftel der Betroffenen eine vollständige Restitution. Der gleiche Anteil bleibt unge bessert, die restlichen Betroffenen zeigen eine ausgeprägte Residualsymptomatik. Nach Feuerlein (1989) wird die Prävalenz mit 3 – 5 %,

teilweise bis 12,5 % angegeben. In den neuen Klassifikationssystemen wird dieses Störungsbild nicht explizit aufgeführt. Es kann in der ICD 10 (Dilling et al., 1993) unter F 10.6 und in dem DSM-IV (Saß, 1996) unter 291.2 als amnestisches Syndrom verschlüsselt werden. Männer sind insgesamt deutlich häufiger betroffen als Frauen, wobei bei jüngeren Patienten aber Frauen dominieren sollen (Soyka, 1997).

Mann et al. (1992, 1996, siehe auch Mann und Ackermann, 2000) untersuchten Unterschiede in der Hirnmorphologie mittels Computertomographie bei alkoholabhängigen Frauen und Männern. Sie fanden zwar keine Unterschiede in dem Ausmaß hirnatrophischer Veränderungen zwischen den Geschlechtern, konnten aber nachweisen, dass bei Frauen die Abhängigkeitsdauer deutlich kürzer als bei den Männern ist. Somit ist die Expositionszeit, in der durch Alkohol Schädigungen am Gehirn verursacht werden, deutlich kürzer bei Frauen als bei.

Hommer et al. (2001) untersuchten mittels Magnet-Resonanz-Tomographie neuropsychologisch und klinisch unauffällige alkoholabhängige Frauen und Männer sowie eine gesunde Kontrollgruppe. Sie fanden bei den alkoholabhängigen Frauen eine signifikante Verringerung im intrakraniellen Volumen (der „weißen“ und „grauen“ Masse) gegenüber den alkoholabhängigen Männern. Im Vergleich mit den Kontrollgruppen zeigten die Frauen größere Unterschiede in der Verringerung der Volumina als die alkoholkranken Männer. Die Autoren interpretieren die Ergebnisse im Sinne einer größeren Sensitivität der Frauen hinsichtlich der neurotoxischen Alkoholwirkung.

Sowohl Nixon & Glenn (1995) als auch Mann et al. (1996) beschreiben kognitive Defizite gleichen Ausmaßes bei Frauen und Männern. Es zeigen sich Beeinträchtigungen in der Verarbeitungsgeschwindigkeit und visuell-motorischen Koordinationsfähigkeit, im Abstraktionsvermögen, in verschiedenen Parametern zur Gedächtnisleistung sowie in der allgemeinen Aufmerksamkeitsleistung (Lammers et al., 1998). Steingass (1995) beschreibt kognitive Leistungseinbußen in Form von zeitlicher und örtlicher Orientierungsschwäche, Störungen des Gedächtnisses und der Wahrnehmung, der Handlungsplanung und Problemlösefähigkeit, der Aufmerksamkeit und Konzentration sowie einer erhöhten Ablenkbarkeit. Bei angenommener monotoner Zunahme der Schädigung auf das Gehirn (Mann et al., 1996) entwickeln weibliche Alkoholabhängige jedoch deutlich schneller kognitive Defizite (vgl. auch Nixon und Glenn, 1995). Frauen haben signifikant kürzere

Trinkvorgeschichten (Scheurich, 2002). Mann et al. (1996) beschreiben diesen Zusammenhang ebenfalls als „Teleskopeffekt“ kognitiver Beeinträchtigungen bei alkoholabhängigen Frauen.

Biologische State-Marker bei Alkoholabhängigkeit

Allen et al. (2000) untersuchten die oft verwendeten Laborparameter („Biomarker“) Carbohydrat defizientes Transferrin (CDT), Gamma-Glutamyltransferase (γ -GT) und das Mittlere corpusculäre Erythrocytenvolumen (MCV) auf geschlechtsspezifische Unterschiede. Die Sensitivität (Wahrscheinlichkeit, durch ein diagnostisches Instrument richtige Diagnosen zu stellen) zeigt zwischen Frauen und Männern bei CDT und γ -GT keine Unterschiede. Die Spezifität (Wahrscheinlichkeit, durch ein Verfahren keine falsch positiven Diagnosen zu stellen) des CDT ist bei Männer jedoch deutlich höher. Die Spezifität von CDT sei bei Frauen mit der von γ -GT und MCV gleichzusetzen. Verantwortlich dafür seien bei den Frauen geschlechtsspezifische Faktoren wie Estrogen- und Eisenhaushalt sowie die Gravidität. Bei Frauen wurden in der Prämenopause, in der Postmenopause bei Östrogensubstitution (Stauber et al., 1996), unter oraler Antikonzeptiva (La Grange et al., 1995) und während der Gravidität (Stauber et al., 1996a) höhere CDT-Werte auch ohne Alkoholbelastung gemessen als bei gleichaltrigen Männern (siehe auch im Überblick Berg, 2002).

Junghanns & Wetterling (2002) untersuchten die Serumkonzentrationen von den Leberenzymen γ -GT, GOT und GPT sowie des MCV und des CDT bei alkoholabhängigen Patienten. Erhöhte Serumkonzentrationen wurden für CDT bei 74 %, für das γ -GT bei 71,4 % und für das MCV bei 59,6 % der zu einer Entzugsbehandlung aufgenommenen Patienten gefunden. Jedoch zeigten sich erhebliche Geschlechtsunterschiede. Im CDT wiesen zwar 84,3 % der männlichen Patienten pathologische Werte auf, bei den Frauen waren es hingegen nur 42,5 %. Die Autoren erklären die unterschiedlich Werte durch das Trinkverhalten der Patienten. Für episodisches Trinken ist die Sensitivität der Verfahren am geringsten, während bei „Spiegeltrinkern“ die höchste Sensitivität der Alkoholismuskmarker zu verzeichnen ist (Männer: 80 % und Frauen: 70 %). Der beste Prädiktor für ein schweres Alkoholentzugssyndrom sollen bei den Männern der CDT-Wert (86,7 %) und bei den Frauen der MCV-Wert (77,8 %) sein.

2.4. Ursachen für den „Teleskopeffekt“ bei Frauen

Der Körperwassergehalt

Als Ursache für sich schneller entwickelnde somatisch-neurologische Folgestörungen und Begleiterkrankungen wird der geringere Körperwassergehalt bei Frauen im Vergleich zu Männern diskutiert (Ely et al., 1999; Morhart-Klute & Soyka, 2002). Frauen zeigen im Vergleich zu Männern bei gleicher Alkoholmengen- und Trinkgeschwindigkeit durchschnittlich höhere Blutalkoholwerte und höhere Alkoholkonzentrationen im Gewebe (vgl. auch Graham et al., 1998). Dafür soll der geringere Körperwasserhaushalt und der höhere Körperfettanteil bei Frauen verantwortlich sein.

Alkohol ist wasser-, jedoch nicht fettlöslich. Der aufgenommene Alkohol verteilt sich über das Blut nur im wässrigen Körpergewebe (im „Körperwasser“), nicht jedoch im Knochen- und Fettgewebe, das im Mittel bei Männern zwischen 60 – 70 % und bei Frauen zwischen 50 – 60 % des Körpergewichtes ausmacht (El-Guebaly, 1995). Eine höhere Menge an Fettgewebe erschwert also die Verteilung des Alkohols im Gewebe. Durch den generell höheren Fettanteil im Körper von Frauen zeigt sich somit bei Frauen bei gleicher Trinkmenge und -geschwindigkeit durch ein geringeres Verteilungsvolumen eine höhere Alkoholkonzentration im Blut. In der erhöhten Blut-Alkoholkonzentration bei den Frauen wird eine erhöhte Vulnerabilität für Alkoholfolgeerkrankungen vermutet (Graham et al., 1998; Mann und Ackermann, 2000) und in der Folge sollen bei Frauen alkoholassoziierte Erkrankungen in geringerer Alkoholexpositionszeit auftreten.

Alkoholischer Metabolismus

Neben der Metabolisierung in der Leber wird angenommen, dass ein geringer Teil des Alkohols bereits im Magen-Darm-Trakt mit Hilfe des Enzyms Alkoholdehydrogenase (ADH) metabolisiert wird (vgl. Baraona et al., 2001; Frezza et al., 1990; Graham et al., 1997; Lieber, 1997 und 2001). Frezza et al. (1990) argumentieren, dass im Gastrointestinaltrakt bei Frauen die ADH-Aktivität verringert ist. Die Autoren gehen in ihren früheren Artikeln von nur 25 % gastrointestinaler ADH-Aktivität bei den Frauen im Vergleich zu den Männern aus. 2001 konnte Lieber nachweisen, dass bei Frauen die III-ADH-Enzyme im Magen um 58 % weniger aktiv waren als bei Männern. Sie wiesen weiterhin nach, dass sich die Alkoholabbaugeschwindigkeit bei alkoholischen Getränken bis

maximal 5 % Alkoholgehalt bei Frauen und Männern nicht unterscheidet. Trinken Frauen Alkoholika mit einem Alkoholgehalt zwischen 10 und 40 %, ist ein verlangsamter gastro-intestinaler Alkoholabbau bei den Frauen zu beobachten.

Baraona et al. (2001) gaben einer gesunden Stichprobe von Frauen und Männern 0,3 Gramm Ethanol pro Kilogramm Körpergewicht. Die Resorption des Ethanols durch Alkoholdehydrogenase war bei den Frauen gastrointestinal um 42 % verringert, die Oxidation in der Leber jedoch um 10 % erhöht. Auch sie fanden die erniedrigte „first-pass-Metabolisierung“ nur bei einer Alkoholkonzentration ab 10 %.

Kwo et al. (1998) fanden bei intravenöser und dem Körpergewicht angepasster Verabreichung von 6-prozentigem Ethanol keine signifikant unterschiedliche hepatische Eliminationsrate. Jedoch war der „Lean body mass“ (fettgewebefreie Körpermasse) bei den Männern im Gruppendurchschnitt 42 % größer. Sie berechneten, dass die korrigierte hepatische Eliminationsrate unter Einbeziehung des „Lean body mass“ um bis zu 38 % bei den Frauen erhöht ist.

Männer bauen also bereits im Gastrointestinaltrakt durch erhöhte ADH-Aktivität mehr Alkohol als Frauen ab. Frauen eliminieren vergleichsweise mehr Alkohol in der Leber. Die verringerte gastrointestinale ADH-Aktivität bei Frauen wird als Erklärung herangezogen, warum Frauen bei vergleichbarem Gewicht und gleicher konsumierter Alkoholmenge höhere Blutalkoholkonzentrationen aufweisen als Männer.

2.5. Genetische Einflussfaktoren

Alkoholerkrankungen sind multifaktorieller Genese. Genetische Faktoren werden derzeit etwa gleichgewichtig zu Umgebungsfaktoren bewertet (Maier, 1996). Schuckit (1996) geht davon aus, dass das Risiko, eine Alkoholerkrankung zu entwickeln, mit der Anzahl alkoholkranker Verwandter und mit dem Ausmaß der genetischen Nähe zu den alkoholkranken Angehörigen wächst. Gleichwohl gebe es viele Merkmale, die in Familien gehäuft auftreten und nicht durch Erbfaktoren bedingt sind, so dass Umweltfaktoren zwingend berücksichtigt werden müssen. Die Alkoholerkrankung sei keine Erbkrankheit im

Sinne einfacher Mendelscher Vererbungsmuster. Wie bei nahezu allen psychischen Störungen geht man heute von einem allgemeinen Diathese-Stress-Modell aus (Comer, 1995).

Um genetische Einflüsse zu bestimmen, werden in Familienstudien familiäre Häufungsmuster von Erkrankungen beschrieben. Jennison und Johnson (1998) beobachteten die Entwicklung von knapp 12.500 weiblichen und männlichen Heranwachsenden in einer prospektiven Studie über fünf Jahre hinweg. Sie bildeten zwei Beobachtungsgruppen, eine mit und eine ohne Alkoholvorbelastung in der Familie. Die Söhne alkoholvorbelasteter Familien experimentierten signifikant früher mit Alkohol, tranken heftiger („heavy drinking“) und entwickelten schneller eine Alkoholabhängigkeit als die familiär alkoholvorbelasteten Töchter und die nicht vorbelasteten Kinder beider Geschlechter.

Eine Zielgruppe für genetische Untersuchungen in so genannten Adoptivstudien, sind Kinder, die getrennt von ihren alkoholkranken Eltern in Pflegefamilien aufwachsen. Cloninger et al. (1981) untersuchten 151 schwedische männliche Adoptivpersonen mit Alkoholproblemen und errechneten 44 % biologische Väter und 10 % biologische Mütter, die ebenfalls Alkoholprobleme aufwiesen. In einer Kontrollgruppe mit Adoptivpersonen ohne Alkoholabusus fanden sich 18 % der biologischen Väter und 5 % der biologischen Mütter mit Alkoholproblemen. Nach Kendler (1994) wird die genetische Vulnerabilität sowohl von den Vätern als auch von den Müttern an ihre Kinder weitergegeben.

In Zwillingsstudien werden die Konkordanzraten von monozygoten und bizygoten Zwillingspaaren miteinander verglichen. Dabei ist zumindest ein Zwilling von einer Erkrankung betroffen (im folgenden zitiert nach Maier, 1996). Pickens et al. (1991) fanden bei männlichen Zwillingspaaren bei einer relativ kleinen Stichprobengröße von 50 Paaren eine Konkordanzrate für eine Alkoholabhängigkeit von 59 % bei monozygoten und von 36 % bei bizygoten Zwillingen. Er berichtete von einer Heredität von 60 %. Hrubec und Omenn (1981) berichteten in einer früheren Studie (N = 730) von Konkordanzraten bei eineiigen männlichen Zwillingen von 26 % und bei zweieiigen von 12 % bei einer statistisch berechneten Heredität von 31 %.

In der bereits zitierten Studie von Pickens et al. (1991) fanden sich bei den weiblichen Zwillingspaaren deutlich niedrigere Konkordanzraten (monozygot: 25 % und bizygot: 5 %

bei einer Heredität von 42 %). Kendler et al. (1992) untersuchten 510 weibliche Zwillingspaare (unselektiert) aus der Allgemeinbevölkerung und fanden Konkordanzraten von 26 % für monozygote und von 12 % für biziogote Zwillingspaare bei einer Heredität von 50 %. Heath et al. (1997) untersuchten eine große australische Stichprobe (5889) von Zwillingen und fanden hingegen unter Adjustierung von psychologischen und psychiatrischen (Major Depression, „psychische Robustheit“, Novelty-Seeking, Extraversion und Neurotizismus) sowie sozialen Einflussfaktoren (Religiosität, Bildungsstatus und Alter) in einem Logistischen Regressionsmodell keine Unterschiede in der Heredität (knapp 60 %) zwischen weiblichen und männlichen Zwillingspaaren.

Alkoholdehydrogenase (ADH) und die Aldehyddehydrogenase (ALDH)

Neuere Untersuchungen beschäftigen sich mit den genetisch bedingten Wirkungen und Konsequenzen bei einem Konsum von Alkohol (im Überblick Heinz & Mann, 2001). Die wichtigsten Enzyme für die Alkoholverstoffwechslung sind die Alkoholdehydrogenase (ADH) und die Aldehyddehydrogenase (ALDH, vgl. auch Kapitel 2.4). Für diese Enzymsysteme konnten genetische Varianten beim Menschen aufgezeigt werden (Maier, 1996). Es sollen Varianten vorhanden sein, die zu einer deutlichen Verminderung der Metabolisierungsfähigkeit von Alkohol im Körper führen (Heinz und Mann, 2001). Wird von solchen Genträgern Alkohol konsumiert, ist die Wirkung vergleichbar mit der von Antabus (Maier, 1996). Bei Personen ohne diese Genvariante ruft Alkoholkonsum offensichtlich deutlich weniger aversive Reaktionen hervor. Schuckit et al. (1994a, 1994b, 1996) untersuchten in einer prospektiven „high risk Studie“ die akuten Auswirkungen bei einer Alkoholexposition. Dazu wurden die Kinder alkoholkranker Eltern im Längsschnitt beobachtet. Nach Maier (1996) lassen sich die Ergebnisse von der Arbeitsgruppe um Schuckit wie folgt zusammenfassen:

- Söhne von Alkoholabhängigen zeigen eine höhere Toleranz und eine geringere aversive und toxische Reaktion auf eine Alkoholexposition
- Söhne von Alkoholabhängigen, die diese Merkmale aufweisen, zeigen das höchste Risiko, später alkoholabhängig zu werden.

In einer aktuellen Studie von Schuckit et al. (2000) konnten schließlich die gefundenen Ergebnisse früherer Untersuchungen bei Männern auch für die Frauen annähernd repliziert

werden. Demnach sind insbesondere Frauen und Männer gefährdet, die weniger aversive Reaktionen bei einem Alkoholkonsum zeigen, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln.

Maier (1996) merkt insgesamt kritisch an, dass aufgrund der vorliegenden Datenlage und der empirisch oft widersprüchlichen Befunde die Stärke von genetischen und umweltbezogenen Einflussfaktoren letztlich derzeit nicht sicher beurteilbar ist. Auch wenn der Einfluss von ADH und ALDH als gesichert gilt, modulieren auch weitere (noch nicht identifizierte) Gene die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit.

2.6. Soziale Einflussfaktoren

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts ist eine Erhöhung des Alkoholkonsums bei Frauen zu beobachten (Holdcraft & Iacono, 2001). Veränderungen kultureller Normen und Werteeinstellungen sowie emanzipatorische Bewegungen, eine Veränderung im Selbstverständnis und eine veränderte Rolle der Frauen werden als Erklärungen herangezogen (vgl. auch Morhart-Klute & Soyka, 2002).

Gmel et al. (2000) untersuchten in einer multikulturellen Vergleichsstudie (Daten aus Deutschland, Finnland, Frankreich und der Schweiz) die Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen Rollen der Frauen und gefährlichem Alkoholkonsum. Sie fanden für die deutsche Stichprobe signifikant mehr Frauen mit gefährlichem Alkoholkonsum in der Altersklasse zwischen 45 bis 59 Jahren, die nicht verheiratet waren, die kinderlos waren und in einem Beschäftigungsverhältnis standen. In einem Logistischen Regressionsmodell waren eine „höhere Schulbildung“ und „nicht verheiratet sein“ die stärksten univariaten Prädiktoren für einen gefährlichen Alkoholkonsum. Wenn verschiedene Rollenfunktionen kombiniert werden, zeigte die Gruppe von Frauen, die nicht verheiratet, älter und berufstätig waren (unabhängig, ob mit oder ohne Kinder), die höchsten Raten an gefährlichem Alkoholkonsum.

Thundal et al. (1999) befragten 416 Frauen aus Göteborg mit Alkoholproblemen nach ihrem Freizeitverhalten. Sie fanden erhöhte Alkoholabhängigkeitsraten bei Frauen mit

keiner oder nur einer Vertrauensperson. Alkoholabhängige Frauen nahmen signifikant weniger an gesellschaftlichen Aktivitäten teil.

Beschäftigungsstatus

In verschiedenen Untersuchungen wird Berufstätigkeit und beruflicher Erfolg mit erhöhtem Alkoholkonsum bei Frauen assoziiert (vgl. Gmel et al., 2000; Gomberg, 1997; Wilsnack et al., 1987). Johnson & Gerstein (1998) sehen in der Doppelbelastung durch Beruf und Familie ein erhöhtes Risiko für einen Alkoholabusus. In Studien von Franke (1998, 2001) waren bis zu 82,4 % der alkoholabhängigen Frauen erwerbstätig. Im Vergleich fanden sich bei den medikamentenabhängigen Frauen nur 25 % Beschäftigte. In einer niederländischen Studie von Neve et al. (1996) fanden sich über nahezu alle untersuchten Jahrgänge signifikante Konsumunterschiede zwischen nicht berufstätigen und in einem Beschäftigungsverhältnis stehenden Frauen. Bei den letztgenannten Frauen war der durchschnittliche Alkoholkonsum pro Woche etwa doppelt so hoch.

Henkel (1998, 2000) fand in einer Übersichtsarbeit signifikant erhöhte Arbeitslosenquoten bei alkoholkranken Männern, nicht hingegen bei den Frauen. Er beschrieb dabei einen ausgeprägten und nahezu linearen Zusammenhang zwischen der allgemeinen Arbeitslosenquote (von 1975 bis 1998) und der Arbeitslosenquote bei alkoholabhängigen Männern, die sich in fachklinische Behandlung begeben. Curran et al. (1999) untersuchten den Einfluss von sozioökonomischen Faktoren (Einkommen und Beschäftigungsverhältnis) versus alkoholvorbelasteten Eltern an Probanden mit Alkoholproblemen (931 Männer und 385 Frauen). In einer Logistischen Regressionsanalyse stellten sich bei den Männern die sozioökonomischen Faktoren (geringes Einkommen und Beschäftigungslosigkeit) als die stärksten Prädiktoren heraus, während sich bei den Frauen eine alkoholvorbelastete Familie als stärkster Prädiktor fand. Allerdings verweisen die Autoren auf Interaktionen dieser beiden Faktoren.

Bildungsniveau

Neve et al. (1996) fanden bei Frauen bis in den Jahrgang 1989 erhöhten Alkoholkonsum in Abhängigkeit vom Bildungsniveau. Frauen mit höherer Bildung tranken signifikant mehr Alkohol. Bei den Männern konnte ein Bildungseinfluss nicht nachgewiesen werden. Auch Franke (2001) fand bei substanzabhängigen Frauen die höchsten Schulabschlüsse. In der „Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie“ (Bloomfield & Mannsmann, 1997) fand sich ein positiver Zusammenhang zwischen „höheren sozioökonomischen Status“ bei Frauen mit erhöhtem Alkoholkonsum.

Ehe und Partnerschaft

Greenfield et al. (2002) stellten für Frauen und Männer schlechtere 1-Jahreskatamneseergebnisse nach einer Entzugsbehandlung für die Kriterien „Abstinenz“ und „verbessertes Trinkverhalten“ fest, wenn die Patienten nicht verheiratet waren.

Schneider et al. (1995) befragten 180 Frauen und 410 Männer nach der Entlassung aus einer suchtspezifischen Behandlung nach 3 – 15 Monaten. Bei den Männern war eine bestehende Ehe und eine Zusammenleben mit der Ehefrau ein Prädiktor für „verbessertes“ Trinkverhalten, während bei den Frauen erstaunlicherweise eine Ehe mit schnellem Rückfall nach der Entlassung korreliert war.

In ihrer Untersuchung an 156 alkoholkranken Männer und 103 Frauen über einen Beobachtungszeitraum von über 20 Jahren fanden Lewis et al. (1995) hingegen, dass eine Ehescheidung für die Männer ein signifikant stärkerer Prädiktor für eine frühzeitige Mortalität war als für die Frauen.

2.7. Komorbide psychische Störungen

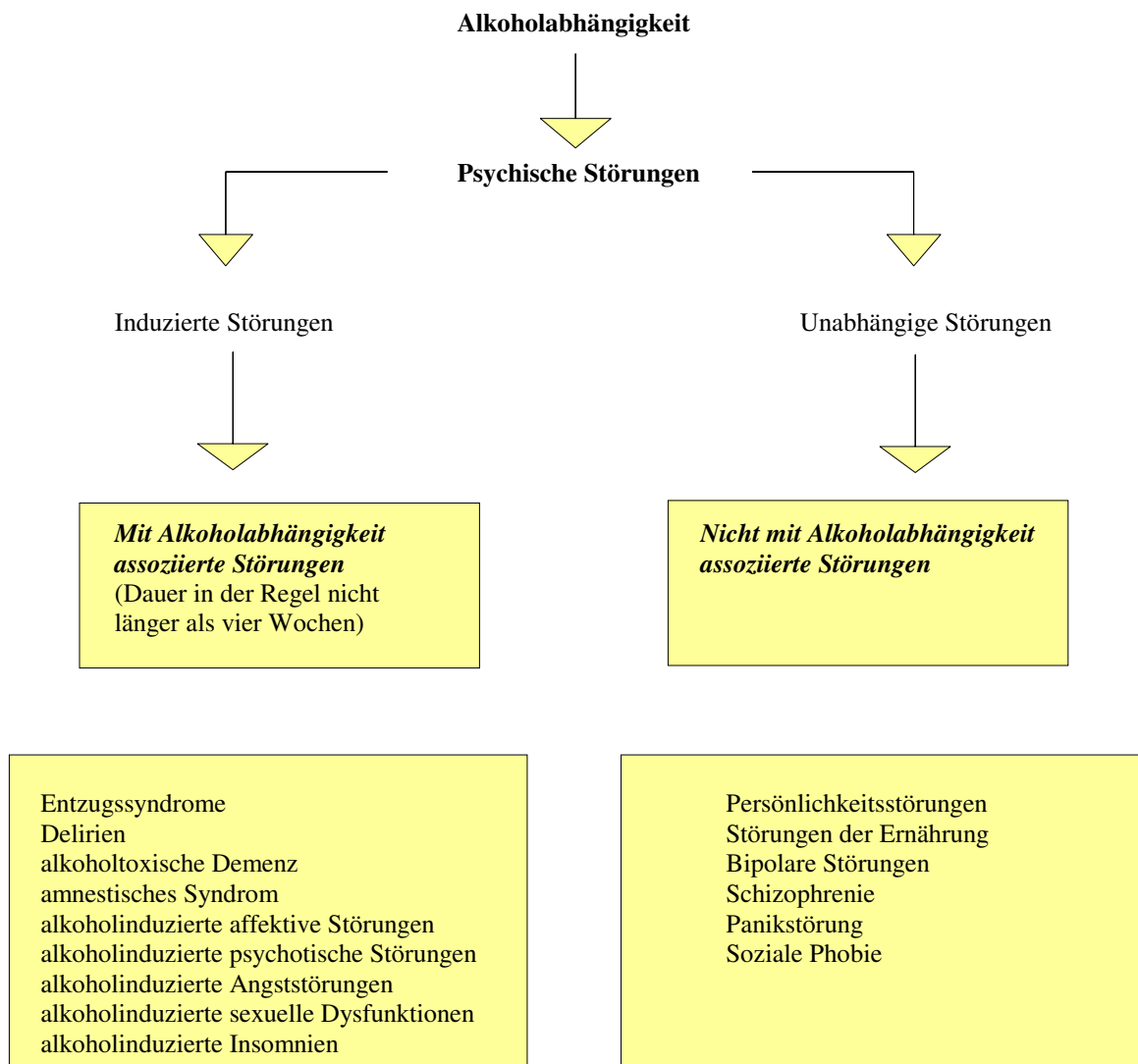
Komorbidität bedeutet das gemeinsame Auftreten psychischer Erkrankungen bei einer Person (Stieglitz & Freyberg, 1998). Zu unterscheiden sind komorbide Störungen zwischen verschiedenen Hauptkategorien, dessen Klassifikation nach Einführung der multiaxialen Diagnosesysteme in ICD 10 (Dilling et al., 1993) und DSM-III-R (APA, 1987; Wittchen et al., 1989) ermöglicht wurde, und komorbide Störungen innerhalb einer

Hauptkategorie. Das Komorbiditätsprinzip von ICD-10, DSM-III-R und DSM-IV beruht auf einer deskriptiven Psychopathologie; Doppel- und Mehrfachdiagnosen sind demzufolge nicht gleichzusetzen mit Mehrfacherkrankungen im nosologischen Sinn (Zeiler, 1991). Schwoon (2001) vermerkt kritisch, dass die neuen Diagnosesysteme des DSM und der ICD parallele Diagnosen begünstigen und damit die Komorbidität überschätzen.

Zahlreiche deutsche und internationale Studien belegen hohe Komorbiditätsraten bei Alkoholabhängigen (vgl. z. B. Brady & Randall, 1999; Mann & Günthner, 1998; Wittfoot & Driessen, 2000). Je nach Studie werden bei alkoholkranken Männern Komorbiditätsraten von 20 – 40 % und bei Frauen zwischen 30 – 60 % angegeben. Bott et al. (2002) geben das Risiko für Abhängige, an einer weiteren psychischen Störung zu erkranken, um das Zweifache erhöht gegenüber Nichtabhängigen an. Nach der Therapievergleichsstudie „Projekt MATCH“ (1997, 1998) werden Alkoholabhängige mit einer oder mehreren komorbiden psychischer Störungsbildern häufiger akutpsychiatrisch behandelt, lassen sich aber seltener zu weiterführenden Maßnahmen bewegen und zeigen in den Katamneseuntersuchungen weniger gute Abstinenz- bzw. Besserungsraten.

Untersuchungen zur Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und anderen psychischen Störungen beziehen sich zumeist auf stationär behandelte Patienten mit alkoholbezogenen Problemen (Wittfoot & Driessen, 2000). Mann und Günthner (1998) halten zum Konzept der Komorbidität fest, dass gerade nach längerfristig erhöhtem Alkoholkonsum und während bzw. unmittelbar nach akuten Entzugssyndromen häufig ausgeprägte Angst- und Depressionssymptome aufzufinden sind. Schuckit und Hesselbrock (1994) bewerten in Untersuchungen gefundene Prävalenzzahlen zu komorbiden psychischer Störungen bei Alkoholabhängigen gar als Artefakt. Die Autoren schlagen daher vor, zwischen durch den Entzug hervorgerufenen Störungen und entzugsunabhängigen Störungen zu unterscheiden. Diese Unterscheidung in „alkoholinduzierte bzw. alkoholunabhängige Störungen“ ist nach Gammeter (2002) prognostisch und therapeutisch wesentlich, da psychische Symptome, die vielfach als komorbide Störungen diagnostiziert werden, zumeist nach vier bis sechs Wochen remittieren. Die Abb. 1 zeigt die von Schuckit (2000) vorgenommene und von Gammeter (2002) adaptierte Taxonomie psychischer Störungen bei Alkoholabhängigen.

Abb. 1: Alkoholinduzierte und alkoholunabhängige Störungen (Gammeter, 2002)



Alkoholabhängigkeit und affektive Störungen

Insgesamt weisen Studien über Prävalenz und Inzidenz in Abhängigkeit von den untersuchten Stichproben und des eingesetzten Methodeninventars hohe Streuungen auf (Jung, 1996). Bei Alkoholabhängigen liegen die Lebenszeit-Prävalenzraten für das gesamte Spektrum depressiver Syndrome zwischen 30 % und 60 % (Soyka, 1996, 1997). Schuckit et al. (1997) berichten von 15,2 % depressiver Störungen bei Alkoholabhängigen, die sich vor der Erkrankung bzw. während einer langfristigen Abstinenzphase manifestieren und von 26,4 % alkoholassoziierter depressiver Störungen. Gleichwohl berichten Schuckit et al. (1997b) in einer großen Studie mit über 2000 Alkoholabhängigen und 900 nicht suchtabhängigen „Kontrollen“ von keinen Unterschieden hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz für das Auftreten von depressiven Störungen (jeweils knapp 15 %).

Rounsaville et al. (1987) konnten zeigen, dass ein Jahr nach Therapie bei depressiven Alkoholikerinnen lediglich leicht erhöhte „psychopathologische Scores“ und körperliche Symptome sowie eine signifikante Verbesserung hinsichtlich des Trinkverhaltens nachweisbar waren, während es bei den depressiven männlichen Alkoholabhängigen zu einer weiteren Progredienz mit höheren Trinkmengen, schwereren Entzugssymptomen und ausgeprägteren körperlichen und sozialen Folgen gekommen war. Driessen et al. (1994) gehen jedoch davon aus, dass komorbide Alkoholabhängige in einer zwölfmonatigen Nachuntersuchung keinen ungünstigeren Verlauf ihrer Abhängigkeit zu verzeichnen haben.

Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich depressiver Störungen bei Alkoholabhängigen werden z. B. von Jung (1995) beschrieben, der eine Punktprävalenzrate von 38 % für Frauen und lediglich eine von 10 % für Männer in einer deutschen Studie vorfand. In einer amerikanischen repräsentativen Komorbiditätsstudie fanden Kessler et al. (1997) bei 24 % der alkoholkranken Männer und bei 48 % der alkoholkranken Frauen eine depressive Störung. El-Guebaly (1995) berichtet für den angloamerikanischen Raum von einer Lebenszeitprävalenz von 15 – 20 % für alkoholranke Frauen und 5 % für alkoholranke Männer. Punktprävalenzen hinsichtlich depressiver Störungen gibt sie mit 66 % für die Frauen und 22 % für die Männer an. Helzer und Pryzbeck (1988) zeigten in ihren früheren Untersuchungen für depressive Störungen bei männlichen Alkoholabhängigen ein Lebenszeitrisiko von 5 %, bei weiblichen von 19 % und damit vergleichbare Ergebnisse.

Lindeman et al. (2000) fanden in einer großen finnischen Studie altersadjustierte Einjahresprävalenzen für eine Major Depression von 7,2 % für Männer und 10,9 % für Frauen. Täglicher Alkoholkonsum erhöht dabei die Auftretenswahrscheinlichkeit („odds ratio“) für Frauen um den Faktor 1,60 und für die Männer um den Faktor 1,34. Mindestens einmal pro Woche „bis zum Rausch trinken“ erhöht die Wahrscheinlichkeit um den Faktor 3,88 bei den Männern und um 10,05 bei den Frauen. Der letztgenannte Prädiktor zeigte in dieser Untersuchung im Vergleich zu allen anderen erhobenen soziographischen Merkmale die höchsten „odds ratio“.

In einer Studie von Hasin und Grant (2002) wurden 6050 aktuell abstinente US-Amerikaner mit Alkoholproblemen in der Vorgeschichte befragt. Sie unterteilten die

Stichprobe zunächst in Alkoholabhängige und Alkoholmissbraucher nach DSM-IV-Kriterien. Anschließend berechneten sie die Beziehungen zwischen einer früheren Alkoholkrankung und einer aktuell vorliegenden „Major Depression“ in einer logistischen Regression. Bei 7,6 % der Alkoholabhängigen wurde eine depressive Störung diagnostiziert, bei den Missbrauchern lediglich 2 %. In dem logistischen Regressionsmodell ergab sich entsprechend eine hohe Auftretenswahrscheinlichkeit von 4,21 für die „trockenen“ Alkoholabhängigen für eine depressive Störung, bei den Alkoholmissbrauchern ergab sich eine Auftretenswahrscheinlichkeit von 1,39. Das Geschlecht spielte dabei keine Rolle als Prädiktor für eine depressive Störung bei abstinenten Alkoholkranken (Auftrittswahrscheinlichkeit 0,44).

Moscato et al. (1997) stellten die Hypothese auf, dass eine depressive Störung bei Frauen ein signifikanter Prädiktor für ein Alkoholproblem darstellt, während bei Männern ein Alkoholproblem depressive Symptome bedingt. In einer Längsschnittstudie befragten sie 1400 repräsentative US-Amerikaner über insgesamt sieben Jahre hinweg. Für Frauen konnte die Hypothese nach drei- und vierjähriger Nachbefragung verifiziert werden. Bei den Männern konnte die formulierte Hypothese jedoch nicht bestätigt werden.

Alkoholabhängigkeit und Angststörungen

Neben den depressiven Störungen sind die Angsterkrankungen bei Alkoholabhängigen am häufigsten untersucht worden. Die pathogenetischen Zusammenhänge zwischen Angst und Suchtmittelabusus sind jedoch bisher nur unzureichend geklärt (Krausz & Müller-Thomsen, 1994). In das Spektrum der Angststörungen werden die Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie, die Agoraphobie, die soziale Phobie, einfache und isolierte Phobien, die generalisierte Angststörung sowie die posttraumatischen Belastungsstörungen subsumiert. Im DSM-IV (Saß, 1996) werden auch die Zwangsstörungen den Angsterkrankungen zugeordnet, nicht jedoch in der ICD 10 (Dilling et al., 1993).

Sehr viele Studien belegen eine hohe Komorbiditätsrate von Alkoholabhängigkeit und Angststörungen. Jung (1996) berichtet von Prävalenzschätzungen in verschiedenen Studien mit einer großen Spannweite, die von 1 % bis 69 % reicht. Krausz (1994) gibt in klinischen Studien von Alkoholabhängigen die Prävalenzen mit 20,8 % für Panikerkrankungen, 22,9 % für generalisierte Angststörungen und 33 % für Phobien an. Dem-

nach litten insgesamt 44 % der untersuchten Stichproben an einer Angsterkrankung nach den Kriterien des DSM-III. Frauen sind dabei häufiger betroffen als Männer.

Jung et al. (1995) geben Prävalenzraten für Angsterkrankungen insgesamt bei Alkoholabhängigen für die Frauen mit 44 % und für die Männer mit 20 % an. Ross et al. (1985) untersuchten stationäre und ambulante alkoholabhängige Patienten (241 Frauen und 260 Männer). Die Lebenszeitprävalenzen für Angststörungen wurden für die Frauen mit 51,9 % und für die Männer mit 35,1 % angegeben. Dabei wiesen die Frauen vor allem höhere Prävalenzen für Agoraphobie, einfache Phobien und Panikstörungen auf.

Hesselbrock et al. (1985) geben in einer früheren Untersuchung bei 321 stationär behandelten Alkoholabhängigen Phobien bei 44 % der Frauen und 20 % der Männer und Panikstörungen bei 14 % der Frauen und 8 % der Männer an.

Schuckit und Hesselbrock (1994) fanden nach einem Literaturüberblick lediglich für Panikstörungen, Generalisierte Angststörung und Soziale Phobien leicht erhöhte Prävalenzraten für Alkoholabhängige im Vergleich zu der Normalbevölkerung. Bei Agoraphobie und Zwangsstörungen fanden sie keine höhere Auftretenswahrscheinlichkeit. Weiterhin untersuchten sie, ob es sich um primäre (schon vor der Alkoholkrankung bestehende) oder um sekundäre (erst nach der Alkoholkrankung sich manifestierende) Angsterkrankungen handelte. Der Anteil an „sekundären Angststörungen“ war signifikant höher. Kushner et al. (1990) argumentieren in ähnlicher Weise und berichten von einem erheblichen Anteil von Angstsymptomen, die dem Beginn der Alkoholkrankung erst folgen. Schuckit und Hesselbrock (1994) merken weiterhin kritisch an, dass viele Alkoholabhängige im akuten Alkoholentzug schwere Angstsymptome bis hin zur paroxysmalen Panikattacken zeigen. Im protrahierten Alkoholentzug zeigen sich diffuse Angstgefühle, emotionale Instabilität, autonome Überaktivität und Schlafstörungen, die vielfach als Angstsymptome verstanden werden und über Wochen und Monate andauern können. Schuckit et al. (1997b) geben jedoch für Alkoholabhängige, die sich *nicht* in stationärer Behandlung befinden, mit knapp 10 % deutlich geringere Lebenszeitprävalenzen an. Die Lebenszeitprävalenz ist jedoch auch in ihren Studien gegenüber nicht abhängigen Kontrollpersonen dreifach erhöht.

Missbrauchserfahrungen

Das Risiko, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln, sei für Frauen die sexuelle oder physische Missbrauchserfahrungen erlebt haben, höher als bei den Männern (Brienza & Stein, 2002). Galaif et al. (2001) untersuchten in einer prospektiven Längsschnittstudie 300 Frauen und 100 Männer. Für beide Geschlechter ergaben sich signifikante Zusammenhänge zwischen körperlichen Misshandlungen und sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und der Entwicklung von Alkoholproblemen. Die Alkoholprobleme erwiesen sich dabei als über die Zeit stabil. Frauen berichteten zu einem höheren Prozentanteil von sexuellen Missbrauchserfahrungen. Im Projekt MATCH wurden die Patienten nach emotionalen, physischen und sexuellen Missbrauchserfahrungen befragt. Rice et al. (2001) berichten dabei von einem hohen Anteil für beide Geschlechter, aber auch von deutlichen Geschlechterunterschieden. 77 % der Frauen und 54 % der Männer berichteten irgendeine Form des definierten Missbrauchs. Während 6 % der Männer einen physischen und sexuellen Missbrauch angaben, taten dies 31 % der Frauen.

Windle et al. (1995) befragten knapp 500 alkoholabhängige Männer und 300 alkoholabhängige Frauen während einer stationären suchtspezifischen Behandlung. Demnach berichteten 33 % der Frauen und 24 % der Männer von physischen Missbrauch in der Kindheit und 19 % der Frauen und 12 % der Männer von sexuellen Missbrauchserfahrungen.

Greenfield et al. (2002) befragten in einer prospektiven Studie jeweils 59 Männer und Frauen über ein Jahr lang nach einer stationären Behandlung. Sexuelle Missbrauchserfahrungen waren dabei assoziiert mit einem früheren Rückfall bei beiden Geschlechtern. Auch sie fanden eine höhere Rate von sexuellen Missbrauch bei den Frauen. Chermack et al. (2000) befragten 110 männliche und 103 weibliche Alkoholabhängige während einer stationären suchtspezifischen Behandlung hinsichtlich ihrer Gewalterfahrungen in der Familie. Auch sie kamen zu dem Ergebnis, dass Gewalt in der Kindheit und Adoleszenz für Männer und Frauen gleichermaßen ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit darstellt.

Suizid und Suizidversuch

Nach einer Literaturübersicht schätzen Wolfersdorf und Mäulen (1992), dass in Deutschland der Anteil Alkoholabhängiger unter den durch Suizid verstorbenen psychisch

erkrankten Personen 20 – 30 % beträgt (im Vergleich: Depressive Störungen werden mit 40 – 70 % und die Schizophrenie mit 2 – 12 % angegeben). Der Anteil der Suizidversuche wird bei Alkoholabhängigen um das etwa 10fache höher eingeschätzt als vollendete Selbsttötungen (Wolfersdorf, 1998). Der Anteil der Suizidversuche liegt in der Diagnosegruppe der Alkoholabhängigen bei 3 – 25 %. Die Rezidivhäufigkeit bei Personen mit einem Suizidversuch ist hoch. 10 – 15 % begehen einen erneuten Suizidversuch bei einer Suizidmortalität von 5 % (Wolfersdorf, 1998).

Das Lebenszeitrisko bei Alkoholabhängigen für einen Suizid wird mit 11 – 15 % angegeben (Murphy et al., 1992). In einer schwedischen Stichprobe von 313 alkoholabhängigen Frauen fanden Waern et al. (2002) eine Einjahresprävalenz von 6,6 %. Murphy und Wetzel (1990) gehen von einer Erhöhung der Suizidrate bei Alkoholabhängigen gegenüber der Normalbevölkerung von dem 60 bis 120fachen aus, wobei abstinente Alkoholabhängige kein erhöhtes Suizidrisiko zeigen sollen. Driessen et al. (1994) geben das Suizidversuchsrisiko bei Alkoholabhängigen in Deutschland gegenüber der Allgemeinbevölkerung als 22 bis 44fach erhöht an. In einer deutschen Studie untersuchten Driessen et al. (1998) Suizidversuch und Suizidphantasien an 250 stationär behandelten Alkoholabhängigen zum Behandlungszeitpunkt und ein Jahr später. Anamnestisch berichteten 29 % der Patienten von einem Suizidversuch in der Vorgeschichte. Während des Einjahres-Katamnesezeitraumes gaben 5,4 % der Patienten einen Suizidversuch und 14 % Suizidideen an. Dabei fanden sich keine Geschlechtsunterschiede.

In einer dänischen Bevölkerungsumfrage fanden Qin et al. (2003) für einen vollendeten Suizid in einer psychischen Erkrankung den stärksten Prädiktor für beide Geschlechter. Psychische Erkrankungen und eine suizidvorbelastete Familie erhöhen das Risiko für Frauen mehr als für Männer. Geringes Einkommen und Beschäftigungslosigkeit erhöhen das Risiko mehr für Männer. Grant und Hasin (1999) berichteten in einer amerikanischen Bevölkerungsbefragung, dass neben einer depressiven Störung und nicht verheiratet zu sein, eine Alkoholabhängigkeit für beide Geschlechter das Risiko für Suizidgedanken erhöht. Beschäftigungslosigkeit war nur für die Männer ein Prädiktor für Suizidphantasien. Preuss et al. (2002) fanden in einer Stichprobe von 3190 amerikanischen Alkoholabhängigen mit einem oder mehreren Suizidversuchen in der Vorgeschichte einen schlechteren Verlauf der Suchterkrankung und eine höhere Prävalenz von substanzinduzierten komorbiden Störungen (siehe auch Schuckit, 2000) sowie höheren

Gebrauch anderer psychoaktiver Substanzen. Dieselbe Stichprobe wurde in einer prospektiven Studie in 5-Jahreskatamnesen nachbefragt (Preuss et al., 2003). 56 unternahmen einen Suizidversuch, wobei sich keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigten. Ein früherer Suizidversuch war dabei ein signifikanter Prädiktor für einen erneuten Suizidversuch im Katamnesezeitraum.

2.8. Inanspruchnahme von suchspezifischen Behandlungsmaßnahmen

Deutschland verfügt nach Ansicht von Süß (1995) über das beste, aber auch aufwendigste Suchtbehandlungsnetz der Welt. Es existiert ein flächendeckendes Netz ambulanter Beratungsstellen und stationärer Behandlungseinrichtungen (Mann & Mundle, 1997). Die Tabelle 2 zeigt die Versorgungslage der Alkoholabhängigen in Deutschland im Überblick.

Tabelle 2: Die Versorgung der Alkoholabhängigen * (nach Mann & Mundle, 1997)

Einrichtungen	Anzahl der Behandlungen pro Jahr	Prozentsatz der erreichten Alkoholabhängigen
Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (Entwöhnungstherapien)	25.000	1 %
Entzugsbehandlungen in psychiatrischen Kliniken	62.000	3,1 %
Beratungsstellen	250.000	10 %
Innere und chirurgische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern	600.000	24 %
Hausärztliche Versorgung	1.800.000	70 – 80 %

* Für diese Untersuchungen sind die Prävalenzzahlen von 2.5 Millionen Alkoholabhängigen (DHS, 1996) zugrunde gelegt.

Versorgung durch psychiatrische Fachkrankenhäuser und Fachkliniken

Trotz eines breiten Angebotes von spezialisierten Fachkliniken und -abteilungen und Suchtabteilungen innerhalb psychiatrischer Kliniken mit entsprechenden suchtspezifischen Behandlungsangeboten und hochqualifiziertem Personal, nehmen nur ein geringer Prozentsatz der alkoholabhängigen Patienten störungsspezifische Behandlungsmöglichkeiten wahr. Mann (2002) berichtet, dass sich lediglich 3,1 % der Alkoholabhängigen in einer Suchtabteilung einer psychiatrischen Klinik behandeln lassen, in spezialisierten Fachkliniken sind es nur 1,7 % der Betroffenen. In Untersuchungen Anfang der 90er Jahre gelang Wienberg (1995) zu ähnlichen Ergebnissen. Er berichtet von 6 % der Alkoholabhängigen, die auf Suchterkrankungen spezialisierte Kliniken aufsuchen. Dabei wird in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen die Belegung durch Suchtkranke von Mann (1997) auf 40 % und von Wienberg (1992) auf circa 45 – 50 % geschätzt. Entsprechend hoch ist der Anteil der stationären Aufnahmen von Alkoholkranken, insbesondere bedingt durch häufige Wiederbehandlungen.

Entzugsbehandlungen in Allgemeinkrankenhäusern weisen hohe Rückfallraten auf. Werden zugleich psychotherapeutische Maßnahmen wie in der „Qualifizierten Entzugsbehandlung“ etabliert, können die Abstinenzraten deutlich verbessert werden. Unter den Bedingungen einer „Qualifizierten Entzugsbehandlung“ können sich circa 50 % der Alkoholabhängigen zu weiterführenden Behandlungsmaßnahmen entscheiden (Mann, 1997).

Versorgung durch medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (Entwöhnungstherapien)

Neben der Qualifizierten Entzugsbehandlung in überwiegend psychiatrischen Kliniken stehen circa 10.000 Therapieplätze (DHS, 2002) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen in Kostenträgerschaft der Rentenversicherungsträger mit regelhaften Behandlungszeiten zwischen 8 – 16 Wochen zur Verfügung. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen werden lediglich von 1 % der Alkoholabhängigen wahrgenommen (Mann & Mundle, 1997).

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme suchtspezifischer Behandlungsmaßnahmen

Dawson (1996) befragte 7359 alkoholmissbrauchende und alkoholabhängige amerikanische Erwachsene. Nur 23 % der Männer und 15,1 % der Frauen nahmen zu irgendeinem Zeitpunkt ihrer Erkrankung eine suchtspezifische Behandlung in Anspruch

(ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Selbsthilfegruppen). Bis zur Inanspruchnahme irgendeiner suchtspezifischen Hilfe vergingen bei den Männern 5,0 Jahre und bei den Frauen 2,1 Jahre (Angaben in Median) nach Manifestation ihrer Alkoholerkrankung. Frauen nehmen dabei signifikant weniger Hilfe des Suchtsystems in Anspruch (vgl. dazu auch Murphy et al., 2000). Die Frauen, die Hilfen beanspruchen, initialisieren deutlich früher eine Behandlung als die Männer (vgl. im Überblick auch Greenfield, 2002).

Piazza (1989) gibt an, dass sich Frauen 4,3 Jahre früher in stationäre Behandlung begeben. Er berichtet von durchschnittlich 10,4 vergehenden Jahren bei den Frauen und 14,7 Jahren bei den Männern seit Beginn erster Alkoholprobleme und Inanspruchnahme einer Suchtbehandlung. Nach den vorliegenden Befunden begeben sich Frauen deutlich früher in suchtspezifische Behandlung als Männer.

Callaghan und Cunningham (2002) beobachteten knapp 2500 amerikanische alkohol- kranke Patienten hinsichtlich der Inanspruchnahme einer erneuten Entzugsbehandlung. Signifikante Prädiktoren waren keine berufliche Beschäftigung, nicht verheiratet sein, ein Alter über 37 Jahre und mindestens ein vorheriger Therapieabbruch. Dabei fanden sie zwischen den Geschlechtern keine Unterschiede.

Selbsthilfegruppe

Nach Zeitler (2001) leisten Selbsthilfegruppen einen unverzichtbaren Beitrag gerade bei der Nachsorge nach einer abgeschlossenen suchtspezifischen Behandlung. Eine Phase, in der aufgrund der hohen Vulnerabilität des Patienten eine umfassende Unterstützung nötig ist. Der Einfluss von Selbsthilfegruppen auf eine kontinuierliche Abstinenz ist nach Miller et al. (1999) empirisch recht gut belegt. Schuckit et al. (1997) untersuchten 1853 alkohol- kranke Frauen und Männer hinsichtlich drei Monate oder länger andauernder Abstinenzphasen. 55,6 % der rekrutierten Alkoholabhängigen berichteten von mindestens einer definierten Abstinenzphase, 43 % von zwei und mehr. In einer logistischen Regression erwies u. a. die regelmäßige Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe der „Anonymen Alkoholiker (AA)“ als einer der stärksten Prädiktoren für mehrmonatige Abstinenzperioden. Den stärksten Einfluss zeigte dabei die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe bei den mehr als fünf Jahre abstinent lebenden Alkoholabhängigen.

Küfner et al. (1988) konnten zeigen, dass vier Jahre nach einer stationären Therapie 71 % der regelmäßig an einer Selbsthilfegruppe teilnehmenden Männer alkoholabstinent lebten, bei den regelmäßig teilnehmenden Frauen lag die Rate jedoch nur bei 45 %. Männer profitieren von diesem Angebot also offensichtlich besser als Frauen.

Bischof et al. (2000, 2001) berichten von einem hohen Prozentsatz an Alkoholabhängigen, die ohne professionelle Hilfe und Behandlung remittieren („natural remitters“). Sie untersuchten 38 Frauen und 106 Männer, die ohne Inanspruchnahme formeller Hilfen zur Alkoholabstinenz zurückfanden und verglichen diese Stichprobe mit abstinenten Alkoholabhängigen, die Teilnehmer an einer Selbsthilfegruppe waren. Sie fanden in ihrer Befragung insgesamt nur wenige Unterschiede. Teilnehmer einer Selbsthilfegruppe informieren häufiger ihr soziales Umfeld über ihre überwundenen Alkoholprobleme, nutzen aber vor allem soziale Unterstützung bei aufkommendem Suchtmittelverlangen („Craving“) im Sinne einer Copingstrategie.

In einer Studie von Timko et al. (2002) wurde die Stichprobe in vier Gruppen unterteilt:

- keine suchtspezifische Inanspruchnahme
- nur Teilnahme bei den Anonymen Alkoholikern
- stationäre Behandlung
- stationäre Behandlung und Teilnahme bei den Anonymen Alkoholikern

Generell fanden sich keine Unterschiede in der Inanspruchnahme der Hilfesysteme zwischen den Geschlechtern. Bei den Frauen ist jedoch in Abhängigkeit von der Schwere ihrer Suchterkrankung die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppen wahrscheinlicher als bei den Männern. Bezogen auf den langfristigen Verlauf der Suchterkrankung scheinen Frauen mehr von einer Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe zu profitieren.

2.9. Die Behandlungsmotivation

Ferstl (1998) operationalisiert den Begriff der Motivation als Grad der Veränderungsbereitschaft im Hinblick auf

- den Beginn einer Behandlung
- die aktive Mitwirkung an der Erreichung der Therapieziele bis zum planmäßigen Abschluss
- und die Vermeidung von Rückfällen nach der Behandlung.

Prochaska und DiClemente erarbeiteten 1982 erstmals ein umfassendes theoretisches Modell zur Beschreibung von auf Motivation und Volontation basierenden Verhaltensveränderungen. Ihr Modell fand vor allem im angloamerikanischen Sprachraum Verbreitung und reges Forschungsinteresse. Das Stadienmodell der Veränderungen beinhaltet die Zielsetzung, jegliche Form menschlicher Verhaltensänderung modellhaft abbilden zu können (Heidenreich & Hoyer, 2001). In der Erforschung von Abhängigkeits-erkrankungen findet es vor allem Anwendung in der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. Prochaska und DiClemente beschrieben die folgenden fünf Phasen von Veränderungseinstellungen und Veränderungsverhalten (in Anlehnung an Maurischat, 2001, vgl. auch Prochaska & DiClemente, 1982 und Prochaska et al. 1992):

Precontemplation („Ahnung“, „fehlende Problembewusstheit“) ist die erste Phase, in der Menschen keine Absicht haben, ihr Verhalten und ihre Überzeugungen zu ändern. Die Personen sind sich ihres Problems nicht bewusst, bagatellisieren, verdrängen oder verleugnen es. Hinweise aus dem sozialen Umfeld hinsichtlich des Alkoholkonsums werden nicht ernst genommen.

Contemplation („Absicht“, „Nachdenklichkeit“) ist die zweite Phase, in der sich die Menschen mehr und mehr ihrer Problematik bewusst werden und über Veränderungen nachdenken; Selbstreflektion und Selbstaufmerksamkeit nehmen zu.

Preparation („Vorbereitung“) oder Determination („Entschlossenheit“) ist die dritte Phase, in der die Personen die Absicht äußern, Verhalten zu ändern bzw. schon erfolglose Veränderungsversuche unternommen haben. Negative Konsequenzen eines Problemverhaltens überwiegen gegenüber den positiven.

Action („Handlung“) ist die vierte Phase, in der die Menschen ihr Verhalten aktiv verändern und ihre Erfahrungen neu strukturieren, um ihr Problem zu lösen. Diese Phase gilt

als die aktivste, da das neue Verhalten in Alltagsroutinen integriert wird und das soziale Umfeld die Veränderungen vermehrt wahrnimmt.

Maintenance („Aufrechterhaltung“) ist die fünfte Phase, in der die Menschen ihre Verhaltensveränderungen beibehalten und möglichen Rückfällen vorbeugen. Die Anwendung der erlernten Fähigkeiten und Strategien wird nun zur Routine.

Während in den beiden initialen Phasen „Precontemplation und Contemplation“ Einstellungen und Kognitionen überwiegen, stehen in den Phasen „Preparation und Action“ Verhaltensaspekte und Verhaltensveränderungen im Zentrum. Die letzte Phase „Maintenance“ ist wiederum maßgeblich von neu gewonnenen Überzeugungen und Einstellungen bestimmt. Die verschiedenen Phasen des Modells werden dabei aufsteigend durchlaufen. Nach Keller et al. (2001) ist jedoch jederzeit ein Rückschritt in eine vorherige Phase möglich. Eine Regression von den Phasen „Action“ und „Maintenance“ wird als Rückfall („relapse“) definiert. Eine konkrete Aussage darüber, wie lange der gesamte Prozess der Verhaltensänderung bzw. das Durchlaufen eines einzelnen Stadiums andauert, wird nicht getroffen. Je nach Person kann der Veränderungsprozess sowohl äußerst kurz als auch sehr langwierig sein (Heidenreich & Hoyer, 2001).

Erste empirisch fundierte Operationalisierungen zur psychometrischen Messbarkeit und Überprüfung des transtheoretischen Modells bei alkoholabhängigen Personen führten Miller & Tonigan (1996) durch. Sie entwickelten den Fragebogen „Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale“ (SOCRATES). Eine Übersetzung des Instruments in die deutsche Sprache und eine testtheoretische Überprüfung des SOCRATES nahmen 1997 Wetterling & Veltrup vor. Eine detaillierte Beschreibung des Verfahrens findet sich in Abschnitt 3.4.2.

2.10. Therapie- und Katamneseuntersuchungen

Die Forderung nach Effektivitätsnachweisen führte in den vergangenen 30 Jahren auf allen Gebieten der Psychiatrie und Psychotherapie zu klinischen Evaluationsstudien (Küfner, 2001). Im Folgenden sollen ausgewählte nationale und internationale

Katamnesestudien dargestellt werden. Ergebnisse angloamerikanischer Studien sind jedoch nicht ohne weiteres mit den Ergebnisse deutscher Studien vergleichbar, da zwei verschiedene Suchtversorgungssysteme vorliegen.

Frühe Überblicksarbeiten von Emrick (1974, 1975) zum Behandlungserfolg bei Alkoholabhängigen führten zur „Ein-Drittel-Regel“, wonach ein Drittel der alkoholkranken Personen als abstinent bzw. sehr gut gebessert, ein Drittel als gebessert und ein Drittel als ungebessert kategorisiert wurden. In einer Übersichtsarbeit (1975) wurden von Emrick 126 Studien mit einem Katamnesezeitraum von mindestens sechs Monaten zusammengefasst. Er fand eine 28 % abstinente, 35 % gebesserte und 37 % ungebesserte Alkoholabhängige (im Überblick Rist, 1996). In der bislang aufwendigsten Untersuchung von Therapieeffekten wurden im „Projekt MATCH“ (z. B. 1997, 1998; Donovan et al., 2002) 1726 alkoholkranken Personen untersucht. Sie wurden initial drei Therapieformen im Rahmen einer suchtspezifischen Behandlung zugeteilt:

- Kognitive Verhaltenstherapie zur Förderung von Bewältigungsverhalten
- Behandlung zur Motivationsförderung
- Behandlung nach den Prinzipien der Anonymen Alkoholiker

Diese drei Behandlungsformen wurden unter zwei parallelen, unabhängigen Bedingungen verglichen. Als Anschlussbehandlung an eine mindestens siebentägige stationäre oder intensive tagesklinische Behandlung („aftercare“, $n = 774$, 80 % männlich) oder eine rein ambulante Behandlung („outpatient“, $n = 952$, 72 % männlich). Es wurde also ein sechs-armiges Studiendesign entwickelt. Über alle drei Therapieformen hinweg waren in einer 12-Monatskatamese 35 % der „aftercare“-Gruppe und 19 % der „outpatient“-Gruppe abstinent. 25 % der „aftercare“-Gruppe und 35 % der „outpatient“-Gruppe zeigten gebessertes Trinkverhalten. Gebessertes Trinken wurde definiert durch weniger als sechs „Drinks“ pro Tag für Männer und weniger als vier „Drinks“ pro Tag für Frauen. 40 % der „aftercare“-Gruppe und 46 % der „outpatient“-Gruppe waren ungebessert („Heavy drinking“). Zwischen den drei Therapieformen wurden keine Unterschiede in den Abstinenzraten gefunden. Diese großangelegte Studie wird jedoch vielerorts aufgrund des hohen Aufwandes kritisiert. Insbesondere werden die Aussagen kritisiert, dass psychotherapeutische Maßnahmen in der Behandlung Alkoholabhängiger die Abstinenzraten beeinflussen, da trotz des immensen Aufwandes keine unbehandelten Kontrollgruppen

parallel untersucht wurden (vgl. z. B. Watzl, 2001; Weithmann & Hoffmann, 2002). Ein weiterer Kritikpunkt ist die fehlende Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Suchtsysteme anderer Länder (im Überblick Velasquez, 2000).

Jedoch konnten Weisner et al. (2003) Unterschiede im Behandlungs-Outcome zwischen einer behandelten und einer nicht behandelten Stichprobe zeigen. Sie verglichen 111 suchtspezifisch stationär bisher unbehandelte Patienten (im Sinne einer Kontrollgruppe) mit einer Stichprobe von 371 stationär behandelten Patienten und befragten sie ein Jahr lang telefonisch nach. Wichtigste Kriterien waren Abstinenz und „verbessertes“ Trinkverhalten. Die stationär behandelte Stichprobe zeigte signifikant höhere Abstinenz- und Besserungsraten. Einen signifikanten Einfluss auf die Rückfallraten bei stationär behandelten Patienten hatte vor allem das Vorliegen einer komorbiden psychischen Störung (vgl. auch Schuckit et al., 1998). Die Autoren interpretieren ihre Ergebnisse als Beleg für eine Therapieeffektivität von suchtspezifischen Behandlungsmaßnahmen.

Stetter und Mann (1997) befragten 469 Patienten in einer deutschen Untersuchung nach einer Entzugsbehandlung („Motivationsbehandlung“) in einer 8-Monatskatamnese nach dem Krankheitsverlauf. Bei konservativer Handhabung („Intent-to-treat-Methode“: alle Patienten, die nicht erreichbar waren, wurden als alkoholrückfällig klassifiziert) fanden sie eine Abstinenzrate von 43 %. Eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme traten im Katamnesezeitraum 46 % der untersuchten Stichprobe an. Bauer und Hasenöhl (2000) verglichen in ihrer Studie die Abstinenzraten zweier Behandlungsstichproben. Die eine Gruppe unterzog sich einer „Qualifizierten Entzugsbehandlung“, die andere einer konventionellen psychiatrischen Entzugsbehandlung (Behandlungsdauer: 42,2 vs. 7,5 Tage). 28 Monate nach der stationären Entlassung fanden sie circa 41,2 % Abstinente in der erstgenannten Untersuchungsgruppe, in der zweiten 20,2 %. Im Katamnesezeitraum absolvierten 20,7 % der in einem „Qualifizierten Entzug“ behandelten Patienten eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, in der Gruppe der konventionellen Entzugsbehandlung waren es hingegen nur 10 %.

Katamneseuntersuchungen mit Geschlechtervergleich

Vanicelli und Nash (1984) fanden in einer frühen Metaanalyse, in der 18 anglo-amerikanische Studien einbezogen wurden, keine signifikanten Geschlechtsunterschiede im Behandlungserfolg. Bewertungskriterien waren Abstinenz- und Verbesserungsraten.

Vier Studien zeigten jedoch ein besseres Behandlungsergebnis für Frauen. Ähnliche Ergebnisse fanden Annis und Liban (1980), die in 15 Studien keine signifikant unterschiedlichen Effektstärken zwischen Männern und Frauen fanden, in fünf Studien wurden bessere Ergebnisse für Frauen und in drei Studien bessere Ergebnisse für Männer vorgefunden. Die Autoren verweisen jedoch auf eine starke Heterogenität in den vorgefundenen Ergebnissen und fordern eine geschlechterdifferenzierende Datenexploration- und Auswertung.

Timko et al. (2002) untersuchten jeweils knapp 230 alkoholabhängige Männer und Frauen über acht Jahre hinweg (Ein- Drei- und Achtjahres-follow-up). Generell fanden sich keine oder nur moderate Unterschiede in der Inanspruchnahme der Hilfesysteme und im langfristigen Verlauf der Suchterkrankung (Outcome: Krankenhausbehandlung, Abstinenz). In einer kleineren Studie (90 Männer, 35 Frauen) fanden Annis et al. (1998) vergleichbare Abstinenzraten zwischen Männern (58 %) und Frauen (54 %) innerhalb eines Befragungszeitraumes von 12 Wochen. Sie untersuchten insbesondere den Zusammenhang zwischen „Copingstrategien“ in Rückfallsituationen (in Anlehnung an Marlatt & Gordon, 1985). Es wurden telefonische Interviews in der vierten, achten und zwölften Woche nach der Entlassung aus der stationären Behandlung durchgeführt. Sie fanden keine signifikanten Geschlechtsunterschiede im Hinblick auf „kritische Rückfallsituationen“ (z. B. negative Emotionen, soziale Situationen), die zum erneuten Rückfall führten. Auch hinsichtlich verwendeter „verhaltensorientierter bzw. kognitiver „Copingstrategien“ in Hochrisikosituationen zeigten sich keine bedeutenden Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

Foster et al. (2000) untersuchten eine kleine Stichprobe (Männer und Frauen: jeweils $n = 41$) ebenfalls 12 Wochen nach Abschluss einer Entzugsbehandlung. Zum Katamnesezeitpunkt fanden sie keine Geschlechterunterschiede in der Abstinenzrate und in der vergangenen Zeit bis zum erneuten Rückfall. Die rückfälligen Frauen zeigten jedoch eine signifikante Reduktion der durchschnittlich pro Woche konsumierten Alkoholmenge. Es fanden sich also mehr „gebesserte“ Rückfällige unter den Frauen.

Es finden sich in der deutschen Literatur kaum Katamneseuntersuchungen, in denen geschlechtsspezifische Merkmale alkoholabhängiger Patienten detailliert erforscht bzw. berichtet werden. Eine Ausnahme bildet eine deutsche Studie von Mann et al. (1996, vgl. auch Mann & Ackermann, 2000), die im Folgenden in für die vorliegende Untersuchung

relevanten Aspekten kurz skizziert werden soll. In einer hypothesengeleiteten und prospektiven Längsschnittstudie wurde eine weibliche Stichprobe von 106 alkoholabhängigen Frauen beobachtet. Es lag ein Kontrollgruppen-Verlaufs-Design zugrunde. Im Sinne einer Kontrollgruppe wurden 110 nach Alter und Bildung parallelisierte ebenfalls entzugsbehandelte männliche Alkoholabhängige ausgewählt. Alle Patienten wurden während einer sechswöchigen Entzugsbehandlung in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen rekrutiert und nahmen nach der akutpsychiatrischen Behandlung an einem einjährigen ambulanten gruppenpsychotherapeutischen Programm teil. Es sollten insbesondere neurobiologische und psychosoziale Beeinträchtigungen von weiblichen Alkoholabhängigen untersucht werden. Als Voraussetzung zur Teilnahme an der Studie galt eine erhaltene familiäre und/oder berufliche Integration. Die Untersuchungsstichprobe und Kontrollgruppe wurden parallel nach sechs Wochen, 12 Monaten und 18 Monaten katamnestisch untersucht. Es lassen sich folgende wichtige Ergebnisse zusammenfassen:

- Frauen entwickeln in signifikant kürzerer Zeit („Teleskopeffekt“) ein den Männern vergleichbares Ausmaß an Folgeschäden (z. B. Hirnatrophie, kognitive Defizite)
- das Ausmaß der Folgeschäden korreliert lediglich in geringerem Umfang mit den späteren Therapieergebnissen (Abstinenz- und Besserungsraten)
- Größe und Qualität des sozialen Netzwerkes korrelieren positiv mit den Therapieergebnissen
- die Schwere der Alkoholabhängigkeit korreliert nicht mit den Therapieergebnissen
- Frauen weisen eine höhere Prävalenz an komorbiden Störungen (z. B. Angst- und depressive Störungen) auf
- Das globale Therapieergebnis ist gut (nach 12 Monaten 50 % abstinent und 17 % gebessert). Es finden sich dabei keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern in den Abstinenz- und Besserungsraten.

Bischof et al. (2003) untersuchten 230 alkoholabhängige Patienten (28 % Frauen) während einer dreiwöchigen stationären Motivationstherapie im Lübecker Universitätsklinikum. Sie analysierten Geschlechtsunterschiede mittels logistischer Regressionsanalysen. In ihren Ergebnissen fanden die Autoren multiple Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Frauen berichteten u. a. über signifikant weniger Suchtmittelverlangen und höhere Selbstwirksamkeitserwartungen, dem erneuten Trinken widerstehen zu können. In soziodemo-

grafischen Parametern fanden sie bei den Männern mehr Trunkenheit am Steuer und höheren sozialen Druck, ihr Trinkverhalten zu verändern. Frauen zeigten mehr familiäre Probleme.

2.11. Zusammenfassung

Bei etwa 1,7 Millionen alkoholabhängigen Personen in Deutschland im Alter von 18 – 69 Jahren liegt der Frauenanteil bei circa 25 %. Neuere Studien belegen unterschiedliche physiologische Abbauprozesse und eine geschlechtsunterschiedliche Vulnerabilität und Verträglichkeit sowie neuropsychiatrische, neuropsychologische und psychosoziale Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Risiken für hepatische Komplikationen und Erkrankungen des Nervensystems korrelieren bei den Frauen mit geringeren Trinkmengen und zeigen einen deutlich schnelleren Verlauf im Längsschnitt (zusammenfassend Mann & Ackermann, 2000). Bei den Frauen stellen sich also bei einer kürzeren Expositionszeit von Alkohol psychische und körperliche Folgeschäden („Teleskopeffekt“) ein. Frauen sind älter als Männer beim ersten Alkoholkonsum und Frauen sind weniger lange alkoholkrank als Männer, wenn sich erste alkoholbezogene Probleme manifestieren. Die frühere Manifestation von somatischen und neurologischen Erkrankungen und das erhöhte Erkrankungsrisiko werden in der aktuellen Forschung durch ein geringeres Verteilungsvolumen von Alkohol im Körper und einer erniedrigten gastrointestinalen ADH-Aktivität bei den Frauen erklärt (Lieber, 2001, 1997; Graham et al., 1997; El-Guebaly, 1995). Baraona et al. (2001) sprechen von einer erhöhten Vulnerabilität hinsichtlich der Effekte von Alkohol bei den Frauen. Frühzeitigere Erkrankungen bei alkoholabhängigen Frauen gehören zu den konsistentesten geschlechtsspezifischen Befunden (Holdcraft & Iacono, 1997; Fillmore et al., 1997; Mann et al., 1996; Mann & Ackermann, 2000).

Maier (1995, 1996) fasst die Ergebnisse von Zwillings- und Adoptivstudien zusammen und geht von einem Beleg für genetische Bedingungsfaktoren bei männlichen Alkoholabhängigen aus. Das genetische Transmissionsrisiko bei männlichen Nachkommen ist hoch. Es finden sich in Zwillingsstudien hohe Konkordanzraten und auch bei den getrennt von den Eltern in Pflegefamilien aufgewachsenen Söhnen eine deutlich erhöhte Alkoholismus-

rate. Bei den weiblichen Alkoholabhängigen lässt sich dagegen keine so eindeutige Beziehung feststellen, es findet sich nur ein mäßiger Anteil genetisch erklärbarer Varianz. Der genetische Einfluss bei Frauen sei noch weiter klärungsbedürftig.

Insgesamt zeigen die vorliegenden Studien hinsichtlich sozialer Einflussfaktoren, dass bei den Frauen eine feste Beschäftigung und Berufstätigkeit (Franke, 2001; Gmel et al., 2000) die Entwicklung von Alkoholproblemen eher fördert, während bei den Männern vor allem Arbeitslosigkeit (Henkel, 2000) einen ungünstigen Verlauf einer Alkoholkrankung nach sich zieht. Alkoholabhängige Frauen verfügen häufig über ein vergleichbar hohes Bildungsniveau (z. B. Franke, 2001; Neve et al., 1996), das mit erhöhtem Alkoholkonsum assoziiert ist.

Zahlreiche deutsche und internationale Studien belegen hohe Komorbiditätsraten bei Alkoholabhängigen (vgl. Schneider et al., 2001; Schuckit, & Hesselbrock, 1994; Schuckit, et al., 1997; Wittfoot & Driessen, 2000). Zusammenfassend ergibt sich bei alkoholabhängigen Frauen ein deutlich höheres Komorbiditätsniveau bei Angst- und depressiven Störungen (vgl. im Überblick Brady & Randall, 1999; Brienza & Stein, 2002; Jung, 1996). In nahezu allen epidemiologischen Untersuchungen finden sich für depressive Störungen etwa doppelt so häufig erkrankte Frauen wie Männer.

Frauen nehmen früher medizinische und soziale Hilfen wahr. Als Grund dafür wird die frühere Manifestation von alkoholassozierten körperlichen Begleiterkrankungen und sozialen Problemen angesehen (im Überblick Greenfield, 2002; Morhart-Klute & Soyka, 2002). Dennoch begibt sich insgesamt nur ein kleiner Teil der Alkoholabhängigen in spezialisierte Fachkliniken und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen.

In Therapie- und Katamneseuntersuchungen mit Geschlechtervergleich finden sich im Überblick keine oder nur geringfügige Geschlechtsunterschiede im Behandlungserfolg, in den Abstinenz- und Besserungsraten (vgl. z. B. Jarvis, 1992; Mann & Ackermann, 2000; Timko et al., 2002; Vanicelli & Nash, 1984).

3. Methode und Fragestellung

Die Therapieergebnisse von Evaluationsstudien bilden die Grundlage einer evidenzbasierten Therapie der Sucht (Küfner, 2001). Der vorliegenden Untersuchung liegt eine summative Evaluationsstrategie zugrunde. Im summativen Evaluationsansatz soll eine Gesamtmaßnahme an ihren Zielsetzungen gemessen werden. Der Schwerpunkt liegt auf einer abschließenden Beurteilung von Maßnahmen und wird zumeist nach Beendigung einer Maßnahme durchgeführt. Anhand von Ziel- und Qualitätskriterien auf der Grundlage von möglichst objektiven und quantitativen Daten soll der Erfolg und Nutzen einer Maßnahme bewertet werden (Jöns, 1992). In Anlehnung an Henninger (2000) lässt sich eine Evaluationsstrategie auf vier Achsen beschreiben:

- Der *Evaluationsfokus* legt die inhaltliche Schwerpunktsetzung der jeweiligen Evaluationsstudie fest
- Die *Evaluationsebenen* (-dimensionen) beschreiben die verschiedenen Bewertungs- bzw. Erfolgskriterien, die in Bezug auf die Studie untersucht werden sollen
- Die *Erhebungszeitpunkte* definieren die Untersuchungszeitpunkte im Längsschnitt
- Die *Untersuchungsinstrumente* dienen der Operationalisierung zur Messung der festgelegten Bewertungs- bzw. Erfolgskriterien

In dieser Studie liegt der *Evaluationsfokus* auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Entzugsbehandlung alkoholabhängiger Patienten. Die verschiedenen *Evaluationsebenen* setzen sich aus deskriptiven und erfolgsorientierten (Outcome-) Elementen zusammen. Auf der deskriptiven Ebene werden grundlegende Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der soziodemografischen- und Suchtanamnese und im Behandlungsverlauf beschrieben. Erfolgsorientierte Kriterien sind die Abstinenz- bzw. Besserungsraten und die Inanspruchnahme von sozialen und medizinischen Hilfssystemen sowie die Einleitung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme (Entwöhnungstherapie) nach Abschluss der Entzugsbehandlung.

Es werden vier *Erhebungszeitpunkte* während der Evaluationsplanung festgelegt. Zu Beginn der Entzugsbehandlung, eine Woche nach der Erstexploration, am Entlassungstag und in einer Katamnesebefragung drei Monate nach der Indexbehandlung.

Die *Methoden* zur Datenerhebung lassen sich wie folgt skizzieren: Eine Patientenbefragung mit einem halbstandardisierten Interviewleitfaden (Reker et al., 2003), der in der Erstexploration und in der Katamnesebefragung zum Einsatz kam. Die Diagnosen einer Abhängigkeitserkrankung sowie komorbider psychischer und somatischer Störungen wurden durch die klinisch zuständigen Oberärzte gestellt. Am Entlassungstag wurden anhand der Krankenakte Behandlungs- und Patientenparameter (z.B. ein medikamentös behandlungsbedürftiges Entzugssyndrom etc.) notiert. Durch Selbstbeurteilungsverfahren (SF-12, SCL-90-R und SOCRATES) wurden im Behandlungsverlauf die psychische und körperliche Beanspruchung sowie motivationale Aspekte gemessen. Abb. 2 zeigt die Erhebungszeitpunkte und die eingesetzten Verfahren im Überblick. Alle Erhebungsverfahren können im Anhang eingesehen werden.

3.1. Untersuchungsablauf

Die vorliegende naturalistische, prospektive und multizentrische Untersuchung fand zeitgleich in fünf psychiatrischen Kliniken (Dortmund, Hemer, Lengerich, Münster und Warstein) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe statt. Die Datenerhebung wurde von Januar bis Juli 2001 durchgeführt. Alle vom 01. Januar bis 31. März stationär aufgenommenen alkoholabhängigen Patienten in den Suchtabteilungen der Kliniken wurden darauf hin überprüft, ob sie die Einschlusskriterien (s.u.) erfüllten. War dies der Fall, wurden sie konsekutiv in die Studie aufgenommen. Zwischen dem zweiten und vierten Tag nach der Aufnahme wurden die Patienten anhand des halbstandardisierten Interviewleitfadens befragt. Die Befragung fand in jedem Falle erst nach vollständiger Detoxikation und in Abhängigkeit von der Intensität eines Entzugssyndroms statt. Im Anschluss bearbeiteten die Patienten die Selbstbefragungsinventare. Die drei Selbstbeurteilungsverfahren wurden eine Woche später nochmals appliziert. Am Entlassungstag wurden psychiatrische Diagnosen, ggf. somatische Erkrankungen, pharmakotherapeutische Behandlungen und die Behandlungsdauer anhand der Krankenakte in einem standardisierten Datenblatt dokumentiert. Drei Monate nach ihrer Entlassung aus der Indexbehandlung wurden die in die Untersuchung aufgenommenen Patienten für die Katamneseuntersuchung erneut kontaktiert und befragt.

Abb. 2: Erhebungszeitpunkte und Methoden im Überblick

Erhebungszeitpunkte							
1. Erstexploration (2-4 Tage nach Aufnahme)		2. 7 Tage nach Erstexploration		3. Entlassungstag		4. Katamnese (drei Monate nach Entlassung)	
<i>Parameter</i>	<i>Methode</i>	<i>Parameter</i>	<i>Methode</i>	<i>Parameter</i>	<i>Methode</i>	<i>Parameter</i>	<i>Methode</i>
Suchtanamnese	standardisiertes Interview	psychische Befindlichkeit	SCL 90-R	Diagnostik komorbider somatischer und psychischer Störungen	klinische Diagnose durch Oberärzte	aktuelle Suchtanamnese	standardisiertes Interview
Biographie		körperliches Befindlichkeit	SF 12			aktuelle soziale Integration	
soziale Integration		Motivation	SOCRATES	Entzugs-syndrom		Inanspruch-nahme des Hilfesystems	
Inanspruch-nahme des Hilfesystems						erneute Entzugs-behandlung	
psychische Befindlichkeit	SCL-90-R			antidepressive Pharmako-therapie	Auszug aus der Krankenakte	Antritt einer Rehabilitations-maßnahme	
körperliches Befindlichkeit	SF-12			Aufnahme- und Entlassungs-modalitäten		Rückfall, Abstinenz, gebessertes Trinkverhalten	
Motivation	SOCRATES			Behandlungs-dauer			

Die Katamnesebefragung wurde bei zwei Drittel der Patienten mit Hilfe des halbstandardisierten Interviewleitfadens telefonisch durchgeführt. Bei einem Drittel der Patienten erfolgte die Nachuntersuchung im persönlichen Gespräch. Die Befragung der Patienten wurde von hierfür in den verschiedenen Kliniken eigens freigestellten Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern sowie vorab geschulten Studenten der Psychologie durchgeführt.

3.2. Ein- und Ausschlusskriterien

In die Studie wurden alle Patienten aufgenommen, die folgende Ein- bzw. Ausschlusskriterien erfüllten:

- 1) stationäre Aufnahme innerhalb des dreimonatigen Rekrutierungszeitraumes
- 2) ein Alkoholabhängigkeitssyndrom nach ICD 10-Kriterien als Hauptdiagnose
- 3) Alter zwischen 18 und 60 Jahre
- 4) Lebensmittelpunkt im Versorgungsgebiet der beteiligten Kliniken
- 5) für die Untersuchung und Befragung ausreichende kognitive Leistungsfähigkeit (nach klinischer Beurteilung)
- 6) für die Untersuchung und Befragung ausreichende deutsche Sprachkenntnisse
- 7) Patienten mit einem primär polytoxikomanem Konsummuster wurden nicht in die Stichprobe aufgenommen. Dagegen führte gelegentlicher, missbräuchlicher Konsum anderer Suchstoffe (z. B. Cannabinoide, Benzodiazepine etc.) nicht zum Ausschluss
- 8) Einverständnis zur Teilnahme an der Untersuchung und Erlaubnis zur Datenverarbeitung persönlicher Angaben (informed consent)
- 9) Mindestdauer der stationären Behandlung von drei Tagen

3.3. Beschreibung der teilnehmenden Kliniken

Aus den Suchtabteilungen der folgenden psychiatrischen Fachkliniken in Trägerschaft des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe wurden die Patienten für die Untersuchung rekrutiert:

- Westfälisches Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Dortmund
- Hans-Prinzhorn-Klinik Hemer
- Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Lengerich
- Westfälische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster
- Westfälische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Warstein

Alle Suchtabteilungen der genannten Kliniken bieten ein etwa vergleichbares Behandlungsprogramm, das psychiatrische und somatische Diagnostik, Pharmakotherapie des Entzugssyndroms, Diagnostik und Therapie komorbider psychischer Störungen, ärztliche bzw. psychologische Einzel- und Gruppentherapie, psychoedukative Gruppen, Kontakte zu Selbsthilfegruppen, sozialarbeiterische Beratung, pflegerische Maßnahmen sowie soziotherapeutische Angebote umfasst. Die Vergleichbarkeit der Behandlungsprogramme ergibt sich u. a. durch die für alle Abteilungen geltende Personalverordnung Psychiatrie (Psych-PV) sowie durch die gemeinsame Trägerschaft der Kliniken durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

3.4. Untersuchungs- und Erhebungsinstrumente

3.4.1. Halbstandardisierter Interviewleitfaden

Zur Beschreibung der biografischen und suchtspezifischen Anamnese, zum Behandlungsverlauf und katamnestischer Parameter wurde ein eigens für die vorliegende Untersuchung erstellter Interviewleitfaden eingesetzt. In Anlehnung an den EuropASI (Gsellhofer, et al., 1994, 1999; amerikanische Version siehe McLellan et al., 1980, 1992) wurde von Reker & Richter (2003) ein standardisierter Erhebungsbogen entwickelt. Mit dem Interviewleitfaden wurden alle wichtigen soziodemografischen und anamnestischen Parameter, das soziale Netz, die Behandlungsvorgeschichte und der Behandlungsverlauf sowie die Daten zur Katamnese erhoben.

Zwei bis vier Tage nach der stationären Aufnahme wurde die biografische Anamnese und die sozialen Integration der teilnehmenden Patienten erfragt. Sie wurden nach ihrer Sucht-anamnese, ihrem Trinkverhalten sowie der Inanspruchnahme sozialer und medizinischer Hilfen befragt. Erhoben wurde unter anderem die Anzahl der Entzugsbehandlungen und medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen über die gesamten Erkrankungszeitraum und die in Anspruch genommenen Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Monaten. Die Patienten wurden nach dem Alter beim ersten „Konsum bis zur Trunkenheit“, wie lange „subjektiv Probleme mit Alkohol bestehen“ und nach Entzugskomplikationen (Delirium tremens und entzugsbedingte epileptische Anfälle) befragt. Das Trinkverhalten wurde durch die Fragen nach der „Anzahl der Trinktage“ und dem „Alkoholkonsum bis zum Rausch“ in den letzten 28 Tagen erhoben. Die genaue Trinkmenge und die Art der konsumierten alkoholischen Getränke wurde für die letzten sieben Tage vor der Indexaufnahme detailliert ermittelt. Hinsichtlich der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen (Selbsthilfegruppe, Suchtberatungsstellen, ambulante ärztliche Kontakte etc.) wurde wiederum der Zeitraum der letzten 28 Tage gewählt.

Der Fragenkatalog besteht aus geschlossenen Fragen mit vorgegebenen Antwortalternativen (z. B. „Traten jemals Krampfanfälle im Entzug auf?“ Antwortmöglichkeit: Ja/nein/unbekannt) bzw. offen formulierten Fragen (z. B. „Anzahl der Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Monaten?“ Antwortmöglichkeit: Anzahl der Behandlungen). Die Bearbeitung für diesen Fragebogenabschnitt dauerte etwa 20 – 30 Minuten.

Zum Entlassungszeitpunkt aus der Indexbehandlung wurden die Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten, die Behandlungsdauer, die medikamentöse Behandlung eines Alkoholentzugssyndroms und psychiatrische Pharmakotherapie sowie das von den Bezugstherapeuten eingeschätzte psychosoziale Funktionsniveau (Global Assessment of Functioning Scale, GAF) und der Schweregrad der Erkrankung (Clinical Global Impressions-Skala, CGI) zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt protokolliert. Als psychiatrische Diagnosen (Abhängigkeitserkrankungen sowie komorbide psychische Störungen) wurden die klinischen Diagnosen, die von den Oberärzten der Abteilung überprüft worden waren, übernommen. Alle Daten zur Indexbehandlung wurden am Entlassungstag nach Rücksprache mit den zuständigen Oberärzten und anhand der Krankenakte notiert. Die Einträge nahmen circa 10 – 15 Minuten in Anspruch.

Drei Monate nach der Entlassung wurden die eingangs untersuchten Patienten zu ihrem Trinkverhalten im Katamnesezeitraum, ihrer derzeitigen sozialen Situation (z. B. Beschäftigung, Partnersituation, Wohnsituation etc.) sowie zu der Inanspruchnahme sozialer und medizinischer Hilfen in den letzten drei Monaten nach der Entlassung aus der Indexbehandlung untersucht.

Zum Katamnesezeitpunkt wurde das „Trinkverhalten“ und die „Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen“ wie bei der Befragung zur Indexbehandlung erfragt. Es wurde der aktuelle Stand hinsichtlich dieser Parameter erhoben. Die Änderungen des Trinkverhaltens wurden in folgender Weise operationalisiert:

- Abstinenz- und Alkoholrückfallraten im Katamnesezeitraum
- die vergangene Zeit bis zum ersten Alkoholrückfall (Abstinenzdauer)
- Besserungskriterien für die rückfälligen Patienten (relative Verbesserung im Trinkverhalten):
 - Reduktion der Trinkmenge in den letzten sieben Tagen vor der Katamnesebefragung
 - Reduktion der Trinktage in den letzten 28 Tagen vor der Katamnesebefragung
 - Reduktion der Trinktage bis zum Rausch in den letzten 28 Tagen vor der Katamnesebefragung

Als Kriterium zur Verbesserung des Alkoholkonsums (Reduktion der Trinkmenge) wird in Anlehnung an die Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Therapie (2001) ein Konsum von weniger als 60 Gramm bei den Männern und weniger als 40 Gramm reinen Alkohol pro Tag bei den Frauen definiert. Zugrunde gelegt wird der durchschnittliche tägliche Alkoholkonsum in den letzten sieben Tagen vor der Katamnesebefragung. Patienten, die entsprechend der festgelegten Kriterien weniger Alkoholkonsum aufweisen, werden als „gebessert“ klassifiziert und Patienten die mehr konsumieren als „ungebessert“.

Das Kriterium „Inanspruchnahme sozialer und medizinischer Maßnahmen“ wurde operationalisiert als

- Rate der Patienten, die im Katamnesezeitraum eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme (Entwöhnungstherapie) angetreten haben
- Einbindung in das Suchthilfesystem (Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen, psychiatrische und/oder psychotherapeutische Weiterbehandlung) nach der Indexbehandlung
- Rate der Patienten, die im Katamnesezeitraum eine erneute Entzugsbehandlung in Anspruch genommen haben

Die Katamnesebefragung dauerte circa 15 - 20 Minuten.

3.4.2. Selbstbeurteilungsverfahren

Die im folgenden beschriebenen Fragebögen wurden von den Patienten bearbeitet.

Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-12)

Zur Erfassung körperlicher und psychischer Belastungen wurde der SF-12 eingesetzt. 1993 entwickelte die Arbeitsgruppe um Ware den SF-12. Er stellt eine 12-Items umfassende Kurzversion des SF-36 dar. Die beiden Subskalen „körperliche und psychische Gesundheit“ klären 80 – 85 % der Varianz der acht Skalen des SF-36 auf (McHorney et al., 1993; vgl. auch Sanderson & Andrews, 2002). Der SF-12 ermöglicht somit eine solide Reproduktion der Varianz durch körperliche und psychische Gesundheit (Ware, 1993), wie sie im SF-36 erfasst wird, jedoch nur mit einem Drittel Zeitaufwand und Belastung für

den Befragten. Der SF-12 erfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität spezifischer, durch Erkrankungen definierter Populationen (Bullinger & Kirchberger, 1998). Dabei soll der SF-12 als krankheitsspezifisches Instrument therapiebedingte Veränderungen des Erlebens und Verhaltens von Patientengruppen ermitteln. Der SF-12 wird als Messinstrument zur Lebensqualitätsforschung und zur Evaluation von medizinischen und psychologischen Therapien genutzt. Er wird zur Bewertung und Deskription im Rahmen epidemiologischer Studien und Rehabilitationsforschung und insbesondere zur Beschreibung erkrankter Populationen eingesetzt. Eine deutschsprachige Adaption sowie eine Normierung an einer deutschen Normstichprobe erschien 1998 von Bullinger & Kirchberger.

Der SF-12 erfasst Dimensionen, operationalisiert durch zwölf Items, die sich in die folgenden Bereiche einordnen lassen:

körperliche Gesundheit („Physical Component Summary, PCS“) mit den Skalen

- körperliche Funktionsfähigkeit (2 Items: mittelschwere Tätigkeiten, mehrere Treppenabsätze steigen)
- körperliche Rollenfunktion (2 Items: weniger geschafft, nur bestimmte Dinge tun)
- Schmerz (1 Item: Behinderung durch Schmerz)
- allgemeine Gesundheitswahrnehmung (1 Item: Gesundheitszustand im Allgemeinen)

psychische Gesundheit („Mental Component Summary, MCS“) mit den Skalen

- Vitalität (1 Item: voller Energie)
- soziale Funktionsfähigkeit (1 Item: in Kontakten beeinträchtigt)
- emotionale Rollenfunktion (2 Item: weniger geschafft, nicht so sorgfältig)
- psychisches Wohlbefinden (2 Item: ruhig und gelassen vs. entmutigt und traurig).

Der Patient hatte die Aufgabe, für jedes Item Antwortalternativen anzukreuzen, die seinem Erleben am nächsten kamen. Die Fragen sind entweder binär (ja/nein) oder durch drei- bis sechststufigen Antwortskalen zu beantworten. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit beträgt circa zwei Minuten. Der zeitliche Bezugsrahmen der Beurteilung umfasst die vergangenen sieben Tage bis zum Zeitpunkt der Beantwortung des Fragebogens.

Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)

Mit dem SOCRATES sollen motivationale Aspekte gemessen werden. Erste empirisch fundierte Operationalisierungen zur psychometrischen Messbarkeit und Überprüfung des transtheoretischen Modells von Prochaska und DiClemente (z. B. 1982, 1992, vgl. auch Abschnitt 2.9) bei alkoholabhängigen Personen führten Miller & Tonigan (1996) durch. Sie entwickelten den Fragebogen „Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale“ (SOCRATES). Der SOCRATES wurde zur dimensionalen Erfassung der Veränderungsmotivation bei Alkohol- und Drogenproblemen entwickelt. Es sollen eher kontinuierlich verteilte motivationale Prozesse erfasst werden (Miller & Tonigan, 1996). In verschiedenen Studien konnte das Veränderungsstufenmodell von Prochaska und DiClemente mit dem SOCRATES faktorenanalytisch jedoch nicht bestätigt werden (vgl. Isenhardt et al., 1998; Miller und Tonigan, 1996). In der großangelegten amerikanischen Studie „Projekt MATCH“ (1997, 1998) wurde der SOCRATES 1672 Personen vorgelegt. Die heutige Version liegt der dort gefundenen Faktorenstruktur zugrunde. Es fanden sich die folgenden drei anstatt der von Prochaska und DiClemente postulierten fünf Faktoren:

- *Taking Steps (Initiative, Veränderungsbereitschaft)*, bestehend aus den Items der ursprünglichen Skalen „Maintenance“ (4 Items) und „Action“ (4 Items). Erfasst wird Veränderungsbereitschaft und Handlungsvorbereitung
- *Recognition (Problembewusstsein)*, bestehend aus den Skalen „Precontemplation“ (3 Items) und „Preparation“ (4 Items). Erfasst wird das Abwägen von positiven und negativen Folgen des Alkoholkonsums
- *Ambivalence (Ambivalenz)*, der aus der früheren Skala „Contemplation“ (4 Items) besteht. Erfasst wird das Infragestellen des Alkoholproblems.

In neueren deutschen Studien (vgl. Heidenreich et al., 2002; Beck, 2003) konnte die Drei-Faktorenstruktur von Miller & Tonigan bei alkoholabhängigen Stichproben mit der deutschen Version des SOCRATES repliziert werden. Der SOCRATES enthält insgesamt 19 Items, die auf einer vierstufigen Likertskala („stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme voll zu“) beantwortet werden sollen. Eine Übersetzung des Instruments in die deutsche Sprache und eine testtheoretische Überprüfung des SOCRATES nahmen 1997 Wetterling & Veltrup vor. In der vorliegenden Untersuchung kam die von Wetterling und Veltrup publizierte deutsche Fassung zum Einsatz. Der SOCRATES erfordert eine Bearbeitungszeit von 5 – 10 Minuten.

Symptom-Checkliste 90-Revision (SCL-90-R)

Zur Messung der psychischen Beanspruchung in unterschiedlichsten Bereichen kam die SCL-90-R zum Einsatz. Das Messinstrument wurde von Derogatis (1977, 1977a) für den angloamerikanischen Sprachraum entwickelt und von Franke (1995) in die deutsche Sprache übersetzt, test- und faktorenanalytisch validiert sowie manualisiert vorgelegt. Die SCL-90-R ist ein weit verbreitetes Verfahren in psychologischer, medizinischer und pharmakologischer Forschung und Praxis. Hauptschwerpunkte im Einsatz der SCL-90-R sind heute Patienten mit psychischen Störungen, insbesondere zur Messung von Psychotherapieeffekten und -verläufen (vgl. Davies-Osterkamp & Kriebel, 1993; Eckert & Strauß, 1993). Sie soll als Messverfahren die diagnostische Lücke zwischen extrem variabler Befindlichkeit und einer zeitlich überdauernden Persönlichkeit schließen (Franke, 1995). Die SCL-90-R misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Sie bietet eine mehrdimensionale Auswertung mit der Möglichkeit der Messwiederholung zum Einsatz in Verlaufsuntersuchungen. Die 90 Items der SCL-90-R beschreiben die Bereiche:

- *Somatisierung*: einfache körperliche Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen (zwölf Items)
- *Zwanghaftigkeit*: leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit (zehn Items)
- *Unsicherheit im Sozialkontakt*: leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit (neun Items)
- *Depressivität*: Traurigkeit bis hin zur schweren Depression (dreizehn Items)
- *Ängstlichkeit*: körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst (zehn Items)
- *Aggressivität/Feindseligkeit*: Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten (sechs Items)
- *Phobische Angst*: leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst (sieben Items)
- *Paranoides Denken*: Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoiden Denken (sechs Items)
- *Psychotizismus*: mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz einer Psychose (zehn Items)

- *Zusatzfragen*: Sie werden keiner Skala zugeordnet und umfassen Appetit, dem Drang sich zu überessen, Schlafstörungen, Gedanken an Tod und Sterben sowie Schuldgefühle.

Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten aller Items:

- der „*Global Severity Index*“ (GSI) misst die grundsätzliche psychische Belastung
- der „*Positive Symptom Distress Index*“ (PSDI) misst die Intensität der Antworten
- und der „*Positive Symptom Total*“ (PST) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Der Patient hatte die Aufgabe, für jedes Item Antwortalternativen anzukreuzen. Die Fragen sind 5-stufig likertskaliert. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit beträgt üblicherweise zwischen zehn bis fünfzehn Minuten. Der zeitliche Bezugsrahmen der Beurteilung umfasst die vergangenen sieben Tage bis zum Zeitpunkt der Beantwortung des Fragebogens.

3.4.3. Fremdbeurteilungsskalen

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Sowohl in der „International Classification of Diseases“ (ICD 10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1993) als auch im amerikanischen Klassifikationssystem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV) der American Psychiatric Association (APA, 1994) finden sich im Rahmen eines multiaxialen Diagnostikansatzes skalenbezogene Einschätzungen der psychosozialen Funktionsniveaus. Die GAF ist eine Operationalisierung der Achse V des DSM-IV und ist im psychiatrischen Bereich weit verbreitet. Die globale Beurteilung des Funktionsniveaus kann mit der auf der Achse I diagnostischen Störung in Zusammenhang stehen. Nach Hall (1995) bildet die GAF die "funktionale Kapazität" des Patienten ab. Die GAF wird üblicherweise für die letzten sieben Tage eingeschätzt. Die Ratingskala reicht von 1 bis 100 (100 = bestmögliches Niveau), wobei für jede Zehnerstufe detaillierte Verankerungen angegeben sind (beispielhaft):

11 – 20: Selbst- und Fremdgefährdung (Suizidabsichten, manische Erregung)

41 – 50: Ernste Symptome (Suizidgedanken, Zwangsrituale oder Beeinträchtigungen der beruflichen, sozialen und schulischen Leistungsfähigkeit)

81 – 90: Keine oder nur minimale Symptome (z.B. Prüfungsangst, sonst gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten).

In dieser Studie erfolgte die Ergebnisdokumentation des psychosozialen Funktionsniveaus zu Behandlungsbeginn und nach Behandlungsabschluss. Es handelt sich also um eine allgemeine Veränderungsdokumentation von Befindensstörungen und Problembereichen des Patienten über den Behandlungsverlauf aus Therapeutesicht.

Clinical Global Impressions-Skala (CGI)

Die CGI wurde ursprünglich zur Nutzen-Risiko-Bewertung bei der medikamentösen Behandlung psychisch Kranker entwickelt. Es soll ein „Wirksamkeits-Index“ ermittelt werden, der die Beeinträchtigungen des therapeutischen Effekts der medikamentösen Behandlung durch das Auftreten von Nebenwirkungen angibt (National Institute of Mental Health, 1996). Weiterhin dient die CGI der Beurteilung der Psychopathologie bzw. des klinischen Gesamteindrucks. Dazu nutzt die CGI die folgende Subskala (Skala I des CGI):

Schwergrad der Krankheit (Antwortrubriken von 1 = „Patient ist überhaupt nicht krank“ bis 7 = „Patient gehört zu den extrem schwer Kranken“; 0 = nicht beurteilbar)

In der vorliegenden Studie wurde die CGI lediglich zur Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung eingesetzt. Die Einschätzung wurde unmittelbar nach der stationären Aufnahme und zu Behandlungsende von den behandelnden Ärzten und Therapeuten vorgenommen.

3.5. Stichprobenrekrutierung

Zur Indexaufnahme

Alle in den Suchtabteilungen im Untersuchungszeitraum aufgenommenen Patienten wurden bei der Aufnahme daraufhin untersucht, inwieweit sie die genannten Aufnahme-

kriterien erfüllten. Die geforderten Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten 579 Patienten. 100 Patienten, die die Kriterien erfüllten, lehnten im Vorfeld eine Teilnahme an der Untersuchung ab, so dass 479 Patienten in die Untersuchung aufgenommen werden konnten. 106 (22,1 %) der teilnehmenden Patienten waren Frauen, 373 (77,9 %) waren Männer.

Zur Katamnese

Drei Monate nach der Entlassung konnten 411 Patienten (85,8 % der Ausgangstichprobe) nachbefragt werden. 68 (14,2 %) Patienten konnten unter den angegebenen Telefonnummern und Adressen nicht erreicht werden, bzw. lehnten eine erneute Befragung ab. Auf eine weitere detaillierte Stichprobenbeschreibung soll an dieser Stelle verzichtet werden, da sie ein wesentliches Merkmal zur Deskription geschlechtsspezifischer Unterschiede darstellt und im Ergebnisteil weiter expliziert wird (vgl. Abschnitt 4.1. bis 4.3.). Umfassend beschrieben werden dort biografische, soziale und suchtspezifische Merkmale der vorliegenden Stichprobe.

Vergleich der an der Katamnese teilnehmenden und nichtteilnehmenden Patienten

Für 15,3 % ($n = 57$) der Männer und 10,4 % ($n = 11$) der Frauen ($\chi^2(1) = 1,630, p = 0,202$) liegen keine katamnestischen Daten vor. Sie verweigerten eine Katamneseteilnahme bzw. waren nicht erreichbar.

Insgesamt unterscheiden sich die nicht wiederbefragten Patienten in den meisten soziodemographischen und anamnestischen Merkmalen nicht signifikant von der Katamnese-Stichprobe. Folgende Unterschiede zwischen den Substichproben konnten jedoch ermittelt werden.

Bei den Männern finden sich in der Stichprobe der nicht Wiederbefragten signifikant mehr Patienten (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 6,586, p = 0,037$), die während der Indexbehandlung von Suizidgedanken berichteten. Die nicht Wiederbefragten wurden häufiger auf geschlossenen Stationen aufgenommen (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 6,794, p = 0,009$).

In der therapeutischen Einschätzung des GAF wurden die Nichtwiederbefragten zum Aufnahmezeitpunkt signifikant niedriger eingestuft (T-Test: $t(364) = 2,932; p = 0,004$). Ebenso finden sich zum Entlassungszeitpunkt im GAF niedrigere (T-Test: $t(365) = 2,266;$

$p = 0,024$) und im CGI höhere (T-Test: $t(365) = 3,196$; $p = 0,002$) Einstufungen durch die Therapeuten für die Nichtwiederbefragten.

Bei den Frauen finden sich ebenfalls nur vereinzelte Unterschiede zwischen an der Katamnese teilnehmenden und nichtteilnehmenden Patientinnen. Die nicht wiederbefragten Frauen erhielten häufiger eine medikamentöse Behandlung eines Entzugssyndroms (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 6,528$, $p = 0,011$).

Die Behandlungsdauer der teilnehmenden Patientinnen ($Md = 11$) war signifikant länger (Mann-Whitney-U-Test: $Z = 2,222$, $p = 0,026$), als die der nicht teilnehmenden ($Md = 8$).

3.6. Statistische Auswertung

Alle Daten wurden auf die Voraussetzungen für eine metrische Datenanalyse überprüft. Zur Überprüfung der Normalverteilungsannahme wurde der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest angewandt. Zur Überprüfung der Varianzhomogenität kam der Levene-Test zur Anwendung, der die Gruppenvarianzen auf Varianzgleichheit testet (Bortz, 1993). Sofern die Voraussetzungen nicht erfüllt waren, wurden nichtparametrische Verfahren berechnet. Die statistische Analyse wurde mit dem Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for Social Sciences, 2000), Version 11.0 für Windows, durchgeführt. Die folgenden Analyseverfahren wurden angewandt.

Parametrische Signifikanz-Tests

Zur Berechnung von Mittelwertsdifferenzen bei intervallskalierten *unabhängigen* Variablen sind T-Tests für unabhängige Stichproben eingesetzt worden. Im T-Test bei unabhängigen Stichproben werden die Mittelwerte von zwei Fallgruppen verglichen. Zur Berechnung von Mittelwertsdifferenzen bei intervallskalierten *abhängigen* Variablen wurden T-Tests für abhängige Stichproben eingesetzt. Mit der Prozedur „T-Test bei gepaarten Stichproben“ werden die Mittelwerte zweier Variablen bei Messwiederholungen verglichen.

Nicht-Parametrische Signifikanz-Tests

Zur Berechnung von Mittelwertsdifferenzen bei nicht-parametrischen *unabhängigen* Variablen auf Ordinalskalenniveau kamen der Mann-Whitney-U-Test zum Einsatz. Es wird getestet, ob zwei unabhängige Stichproben aus der gleichen Grundgesamtheit stammen. Der Wilcoxon-Test wurde für den Vergleich zweier *abhängigen* Verteilungen auf Ordinalskalenniveau durchgeführt. Der Wilcoxon-Test und der Mann-Whitney-U-Test können analog zum den T-Test's eingesetzt werden, wenn die Voraussetzungen für eine metrische Datenanalyse nicht erfüllt sind.

Korrelative Zusammenhänge

Korrelative Zusammenhänge zwischen zwei Variablen wurden mit bivariaten Korrelationen unter Verwendung des Pearson-Korrelationskoeffizienten bei *intervallskalierten* Variablen berechnet. Waren die Daten ordinalskaliert wurde der Korrelationskoeffizient nach Spearman genutzt.

Bei Messwiederholungen von binären Daten wurde der McNemar-Test verwendet. Dieser Test wird üblicherweise genutzt, wenn ein festgelegtes Ereignis wiederholt gemessen wird (z. B. Inanspruchnahme einer Selbsthilfegruppe vor und nach einer Entzugsbehandlung). Dieser Test ist für das Erkennen von Änderungen in sogenannten "Vorher-und-Nachher-Designs" nützlich.

Berechnungen mit nominalskalierten Daten

Hier wurde der Chi-Quadrat-Test (χ^2) eingesetzt. Es wird überprüft, ob die Kategorien den gleichen Anteil an Werten enthalten oder ob es sich um Abweichungen von erwarteten Werten handelt (z. B. ob sich die Anzahl von Alkoholrückfällen zwischen Männern und Frauen in Abhängigkeit von der vorgefundenen Stichprobengröße unterscheidet). Signifikante Ergebnisse wurden nach der Formel zur Berechnung des Chi-Quadrat-Wertes von Pearson interpretiert.

Logistische Regressionsanalysen

Die logistische Regression ist ein mittlerweile weit verbreitetes Verfahren in der epidemiologischen und medizinischen Forschung. Levy & Stolte (2000) schätzen, dass von 1990 bis 1998 in 30 % aller amerikanischen Studien aus verschiedenen Forschungsgebieten logistische Regressionsmodelle zum Einsatz kamen.

Die logistische Regression kommt in Untersuchungen zum Einsatz, in denen anhand der Werte von Einflussvariablen das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Eigenschaft oder eines Ergebnisses vorhersagt werden soll. Zur Untersuchung dichotomer abhängiger Variablen ist die logistische Regressionsanalyse am besten geeignet (Baltes-Götz, 2002). Sie ist für Modelle geeignet, in denen die abhängige Variable dichotom ist. Das Modell kann verwendet werden, um wie viel wahrscheinlicher der Einfluss der unabhängigen Variablen das Vorhandensein eines Ereignisses macht (so genannte „Odds ratio“). Kleinbaum (1994) gibt für die Modellbildung in einer Logistischen Regression die folgenden Empfehlungen:

- es sollten alle Regressoren, die in eine Logistische Regression eingeführt werden, nach inhaltlichen Überlegungen ausgewählt werden
- sind im Modell Wechselwirkungen zu erwarten, werden diese zuerst überprüft
- weiterhin sollte die Stichprobengröße für jede Ausprägung mindestens $n = 25$ betragen (Backhaus, 2000).

Festlegung des Signifikanzniveaus

Nach gängiger Konvention wird für diese Untersuchung ein Signifikanzniveau von $\alpha < 0.05$ festgelegt, d.h. es wird zugunsten der Alternativhypothese entschieden, wenn die Nullhypothese höchstens mit einer Wahrscheinlichkeit von 5 % auftritt. Tendenzielle Signifikanzunterschiede auf dem Niveau von $\alpha < 0.10$ werden dargestellt. In der Regel wird zur Überprüfung der Hypothesen ein zweiseitiges Signifikanzniveau zugrunde gelegt. Signifikante Ergebnisse werden wie folgt deklariert:

$$+ \quad p < 0.10 \quad * \quad p < 0.05 \quad ** \quad p < 0.01 \quad *** \quad p < 0.001$$

Statistische Auswertung der Katamnese-daten

Zur Auswertung der Katamnese-daten der vorliegenden Untersuchung bieten sich prinzipiell zwei verschiedene Analyse-möglichkeiten an (vgl. Fleiss, 1999; Trampisch & Windeler, 1997):

Per-Protocol-Analyse: Bei der „Per-Protocol-Analyse“ (On-Treatment, Observed-Data-Analyse) gehen nur die Patienten in die statistische Auswertung ein, die bis zum Ende an der Studie teilgenommen haben, für die also Katamnesedaten vorliegen. Die „Per-Protocol-Analyse“ entspricht dem Katamnesestandard 3 der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und wird als DGSS₃ bezeichnet.

Intent-to-treat: Die „Intent-to-treat-Methode“ (full analysis set) ist die strengste statistische Methode. Hier gelten alle Patienten, die die Studie nicht wie vorgesehen beendeten, als „Nonresponder“. Patienten, für die in dieser Untersuchung keine Katamnesedaten vorliegen, werden bspw. als alkoholorückfällig klassifiziert. Die „Intent-to-treat-Methode“ entspricht dem Katamnesestandard 4 der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und wird als DGSS₄ bezeichnet.

3.7. Datenausschöpfung

Die folgende Tabelle 3 zeigt die Ausschöpfungsquoten für die einzelnen Untersuchungsverfahren über die verschiedenen Erhebungszeitpunkte. Datenverluste kamen durch mangelnde Bereitschaft der Patienten oder durch Entlassungen zwischen den Erhebungszeitpunkten zustande. Insgesamt ist die Datenqualität als gut zu bewerten (vgl. detailliert Abschnitt 5.1.2.).

Tabelle 3: Datenausschöpfung

Untersuchungsinstrument	Erhebungszeitpunkte											
	1. Indexaufnahme			2. eine Woche später			3. Entlassung			4. Katamnese		
	gesamt	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer
standardisiertes Interview	479 (100)	106 (100)	373 (100)							411 (85,8)	95 (89,6)	316 (84,7)
SCL-90-R	473 (98,7)	104 (98,1)	369 (98,9)	332 (69,3)	72 (67,9)	260 (69,7)						
SF-12	405 (84,6)	81 (76,4)	324 (86,9)	293 (61,2)	54 (50,9)	239 (64,1)						
SOCRATES: Skala Initiative	364 (76,0)	72 (67,9)	292 (78,3)	254 (53,0)	55 (51,9)	199 (53,4)						
Skala Ambivalenz	370 (77,2)	74 (69,8)	296 (79,4)	256 (53,4)	56 (52,8)	200 (53,6)						
Skala Problembewusstsein	367 (76,6)	70 (66,0)	297 (79,6)	262 (54,7)	56 (52,8)	206 (55,2)						
GAF	470 (98,1)	104 (98,1)	366 (98,1)				472 (98,5)	105 (99,1)	367 (98,4)			
CGI	470 (98,1)	104 (98,1)	366 (98,1)				472 (98,5)	105 (99,1)	367 (98,4)			
Dokumentenanalyse							472 (98,5)	105 (99,1)	367 (98,4)			

Prozentangaben in Klammern

3.8. Fragestellungen

Ziel dieser Studie ist es, geschlechtsspezifische Unterschiede bei alkoholabhängigen Patienten zu untersuchen, die eine Entzugsbehandlung in einer psychiatrischen Klinik in Anspruch nahmen. Als Studiendesign wurde im Rahmen eines summativen Evaluationsansatzes ein vierstufiges Untersuchungsmodell gewählt. Neben der detaillierten Beschreibung biografischer und suchtanamnestischer Merkmale zu Beginn der Indexbehandlung wird der Verlauf der Entzugsbehandlung beschrieben. Hier wurde eine Vielzahl von relevanten Parametern erfasst. Als Untersuchungsinstrumente wurden dazu der SF-12, die SCL-90-R, der SOCRATES und ein halbstandardisierter Interviewleitfaden einschließlich der Dokumentation des Behandlungsverlaufs ausgewählt. Es wurde eine Katamneseuntersuchung nach drei Monaten durchgeführt, um kurzfristige Effekte der stationären Behandlung nachzuweisen und geschlechtsspezifische Unterschiede im poststationären Verlauf zu beschreiben. Entsprechend der Intention einer „Qualifizierten Entzugsbehandlung“ wurden die Erfolgskriterien „Trinkverhalten“ im Katamnesezeitraum und „Inanspruchnahme weiterer suchtt therapeutischer Hilfen“ erhoben. Abschließend werden für beide Geschlechter signifikante Prädiktoren für einen ungünstigen poststationären Verlauf (Alkoholrückfall) aus den erhobenen Parametern bestimmt.

Folgende Fragestellungen lassen sich formulieren:

- Unterscheiden sich alkoholabhängige Männer und Frauen, die sich in eine Entzugsbehandlung begeben, in ihrer Suchtanamnese, in ihrer soziodemografischen Biographie und in ihrer aktuellen sozialen Situation?
- Sind geschlechtsspezifische Unterschiede in der Indexbehandlung zu finden? Insbesondere soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit es im Behandlungsverlauf Unterschiede hinsichtlich motivationaler Aspekte und in der psychischen Belastung gibt.
- Unterscheiden sich Frauen und Männer hinsichtlich der Alkoholrückfall- und relativen Besserungsraten, der Wiederaufnahme einer Entzugsbehandlung, der Inanspruchnahme des suchtspezifischen Hilfesystems und der Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen?
- Finden sich geschlechtsspezifische Prädiktoren für einen erneuten Alkoholrückfall?

4. Ergebnisse

4.1. Soziodemografische Angaben

4.1.1. Geschlechterverteilung

77,9 % ($n = 373$) der untersuchten Ausgangsstichprobe sind Männer und 22,1 % ($n = 106$) Frauen.

4.1.2. Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der gesamten Stichprobe beträgt 42,3 ($sd = 8,6$) Jahre. Die Frauen sind im Mittel 43,1 ($sd = 8,4$) Jahre und die Männer 42,1 ($sd = 8,7$) Jahre alt. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht im Altersdurchschnitt (T-Test: $t(477) = 0,933$, $p = 0,321$). Tabelle 4 zeigt die Altersverteilungen in 10-Jahres-Kategorien. Auch hier zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Tabelle 4: Altersgruppen

Altersgruppe	% (n)		p (t)
	Frauen	Männer	
21 – 30 Jahre	7,5 (8)	9,1 (34)	.389
31 – 40	32,1 (34)	34,6 (129)	.360
41 – 50	38,7 (41)	37,3 (139)	.483
51 – 60	21,7 (23)	19,0 (71)	.315

⁺ $=p < 0.10$; * $=p < 0.05$; ** $=p < 0.01$; *** $=p < 0.001$

4.1.3. Schulbildung

Bezüglich des Bildungsniveaus finden sich weniger Frauen als Männer mit einem Hauptschulabschluss (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 4,995$, $p = 0,017$) und nahezu doppelt so viele Frauen mit einem Abschluss der Mittleren Reife (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 9,440$, $p = 0,002$). Mehr Frauen verfügen also über ein mittleres Bildungsniveau (Tabelle 5). Bei den Patienten ohne abgeschlossene Schulausbildung/Sonderschulabschluss finden sich auf dem 10%- α -Signifikanz-Niveau (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 2,330$, $p = 0,055$) mehr

Männer als Frauen. Im hohen Bildungsniveau mit Fachabitur/Abitur ergeben sich zwischen Frauen und Männern keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Tabelle 5: Schulbildung

Schulbildung	% (n)		p (χ^2)
	<u>Frauen</u>	<u>Männer</u>	
Keine/Sonderschule	4,7 (5)	10,2 (38)	.055 ⁺
Hauptschule	46,2 (49)	58,4 (218)	.017 [*]
Realschule	32,1 (34)	18,2 (68)	.002 ^{**}
(Fach-) Abitur	17,0 (18)	13,1 (49)	.196

⁺= $p < 0.10$; ^{*}= $p < 0.05$; ^{**}= $p < 0.01$; ^{***}= $p < 0.001$

4.1.4. Berufsausbildung

Ungefähr zwei Drittel der untersuchten Stichprobe haben eine Berufsausbildung absolviert (Tabelle 6). Ein Drittel verfügt über keinen Ausbildungsnachweis. Zwischen Frauen und Männern finden sich keine statistischen Unterschiede.

Tabelle 6: Berufsausbildung

Berufsausbildung	% (n)		p (χ^2)
	<u>Frauen</u>	<u>Männer</u>	
ja	68,9 (72)	73,5 (274)	.232
nein	32,1 (34)	26,5 (99)	.159

⁺= $p < 0.10$; ^{*}= $p < 0.05$; ^{**}= $p < 0.01$; ^{***}= $p < 0.001$

4.1.5. Beschäftigungsstatus

In der Eingangsuntersuchung finden sich circa doppelt so viele arbeitslose Männer wie Frauen (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 27,217, p < 0,000$). Etwa die Hälfte der untersuchten Männer sind arbeitslos. Männer in einem Beschäftigungsverhältnis sind zumeist vollbeschäftigt. Der Anteil an Teilzeitbeschäftigten ist bei den Männern sehr gering.

Ein Viertel der Frauen ist ohne Arbeit. Neben den 20 % vollbeschäftigten Frauen ist der Anteil bei den Frauen mit einer Teilzeitbeschäftigung mit 14 % deutlich höher als bei den

Männern (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 40,656, p < 0,000$). Ein Viertel der befragten Frauen gaben an, Hausfrau zu sein. Circa 10 % beider Geschlechter sind berentet (Tabelle 7).

Tabelle 7: Beschäftigungsstatus

Beschäftigung	% (n)		p (χ^2)
	Frauen	Männer	
arbeitslos	25,5 (27)	53,6 (202)	.000***
Vollzeit	19,8 (21)	29,0 (108)	.038*
beschäftigt			
Teilzeit beschäftigt	14,2 (15)	0,8 (3)	.000***
beschütztes Arbeiten	0,9 (1)	4,0 (15)	.097 ⁺
berentet	11,3 (12)	9,7 (36)	.365
Haufrau/Hausmann	26,4 (28)	0	.000***

⁺=p < 0.10; * = p < 0.05; ** = p < 0.01; *** = p < 0.001

4.1.6. Lebensunterhalt

Der Anteil der Patienten, die ihren Lebensunterhalt durch ein eigenes Einkommen bestreiten, liegt für beide Geschlechter bei knapp 30 % und unterscheidet sich statistisch nicht (Tabelle 8). 33,5 % der Männer und 20 % der Frauen leben von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenunterstützung (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 8,386, p = 0,002$).

Tabelle 8: Lebensunterhalt

Unterhalt	% (n)		p (χ^2)
	Frauen	Männer	
Eigenes Einkommen	28,3 (30)	32,1 (120)	.263
Rente	11,3 (12)	9,7 (36)	.365
Partner/Eltern	27,4 (29)	1,6 (6)	.000***
Krankengeld	1,9 (2)	4,0 (15)	.234
Arbeitslosengeld	18,9 (20)	33,5 (125)	.002**
Sozialhilfe	11,3 (12)	16,4 (61)	.130

⁺=p < 0.10; * = p < 0.05; ** = p < 0.01; *** = p < 0.001

27,4 % der Patientinnen werden finanziell von ihrem Partner oder ihren Eltern unterstützt. Nur ein geringer Teil der Männer ist auf diese Form des Unterhalts angewiesen. Die

Angaben unterscheiden sich entsprechend signifikant (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 80,807$, $p < 0,000$). Hinsichtlich des Lebensunterhaltes durch Renten, Sozialhilfe und Krankengeld ergeben sich zwischen Frauen und Männern keine statistisch bedeutsamen Unterschiede.

4.1.7. Durchschnittliches Monatseinkommen

Das durchschnittliche monatliche zur Verfügung stehende Geld beträgt bei den Männern 1805,- DM¹ ($sd = 1410$) und bei den Frauen 1950,- DM ($sd = 1314$). Ein Mittelwertvergleich mit einem T-Test zeigt keinen signifikanten Unterschied ($t (471) = 0,35$, $p = 0,350$). Bei einer zu erwartenden großen Streuung des monatlichen Einkommens zeigt ein Medianvergleich eine größere Diskrepanz zwischen Frauen ($Med = 1700,-$ DM) und Männern ($Med = 1400,-$ DM). Ein Mann-Whitney-U-Test weist hier auf einen tendenziellen statistischen Unterschied hin. Das 5%- α -Niveau wird nur knapp verfehlt ($Z = 1,880$, $p = 0,060$). Frauen haben demnach ein höheres monatliches Einkommen.

4.1.8. Aktuelle Wohnsituation und Wohnungslosigkeit

27,0 % ($n = 101$) der Männer und 12,3 % ($n = 13$) der Frauen gaben an, in ihrem Leben zeitweise wohnungslos gewesen zu sein (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 9,988$, $p = 0,001$). In der Tabelle 9 ist die aktuelle Wohnsituation der Patienten aufgelistet.

Tabelle 9: Aktuelle Wohnsituation

Wohnsituation	% (n)		p (χ^2)
	Frauen	Männer	
eigene Wohnung	91,5 (97)	75,1 (280)	.000***
Eltern/Familie	3,8 (4)	7,5 (28)	.174
betreutes Wohnen	1,9 (2)	4,8 (18)	.182
Heim	0,9 (1)	2,4 (9)	.350
Obdachlosenwohnheim	0,9 (1)	3,2 (12)	.204
ohne festen Wohnsitz	0,9 (1)	4,6 (17)	.084 ⁺
sonstige Wohnformen	-	2,1 (8)	

⁺= $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

¹ Angaben in Deutsche Mark. Umrechnung: 1805 DM = 922,88 €, 1950 DM = 997,02 €, 1700 DM = 869,20 €, 1400 DM = 715,81 €.

Deutlich mehr Frauen leben demnach in einer eigenen Wohnung (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 13,315, p < 0,000$). Hinsichtlich betreuter Wohnformen, Wohnen in einem Heim sowie Wohnen bei den Eltern oder bei Familieangehörigen zeigen sich zwischen den Geschlechtern keine Unterschiede.

4.1.9. Delinquentes Verhalten

Ein Viertel der Männer sind vorbestraft, bei den Frauen sind es hingegen nur circa 5 % (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 21,834, p < 0,000$). Knapp die Hälfte der Männer haben zu irgendeinem Zeitpunkt aufgrund einer Alkoholintoxikation den Führerschein verloren, bei den Frauen sind es circa 30 % (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 14,04, p < 0,000$). Auch über einen Führerscheinentzug zum Zeitpunkt der Befragung berichteten deutlich mehr Männer als Frauen (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 9,601, p = 0,001$). Eine aggressive Tätlichkeit unter Alkoholeinfluss berichteten Frauen und Männer etwa gleich häufig (Tabelle 10).

Tabelle 10: Delinquentes Verhalten

Delinquenz	% (n)		p (χ^2)
	Frauen	Männer	
Vorstrafen	5,7 (6)	27,1 (100)	.000***
jemals Führerscheinverlust	32,1 (34)	52,7 (196)	.002**
derzeitiger Führerscheinverlust	20,8 (22)	36,8 (137)	.001**
Tätliches Verhalten	32,1 (34)	35,7 (132)	.685

⁺ = $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

4.2. Soziales Netz

4.2.1. Familienstand und Partnerschaft

Etwa 40 % der Männer sind ledig, der Anteil lediger Frauen beträgt hingegen nur 15 % (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 20,11, p < 0,000$). Es finden sich circa 40 % verheiratete Frauen und nur ein Viertel verheiratete Männer (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 12,790, p < 0,000$). Die Scheidungsrate liegt für beide Geschlechter bei circa 30 % und unterscheidet sich nicht. Auch bei den zum Untersuchungszeitpunkt getrennt lebenden Patienten zeigen sich keine Geschlechterunterschiede (Tabelle 11). Der Anteil der Frauen, die angaben,

derzeit in einer Partnerschaft zu leben, ist deutlich höher als der in einer Partnerschaft lebenden Männer (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 31,447, p < 0,000$).

Tabelle 11: Familienstand und Partnerschaft

Familienstand & Partnerschaft	% (n)		p (χ^2)
	Frauen	Männer	
ledig	15,1 (16)	38,3 (143)	.000***
verheiratet	42,2 (45)	24,7 (92)	.000***
geschieden	29,2 (31)	28,7 (107)	.500
verwitwet	5,7 (6)	1,6 (6)	.030*
getrennt	7,5 (8)	6,7 (25)	.452
in Partnerschaft lebend	74 (78)	56,4 (210)	.000***

+ = $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

4.2.2. Vertrauenspersonen und Personen in der Freizeit

Etwa gleich viele Frauen wie Männer gaben an, über keine Vertrauenspersonen zu verfügen (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 5,46, p = 0,298$). Auf ein bis drei Personen können sich 45 % der Frauen und 53 % der Männer verlassen (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 2,01, p = 0,095$). Hier findet sich eine statistische Tendenz auf 10-%- α -Niveau. Etwa ein Drittel der Männer verfügen über mehr als drei Bezugspersonen, bei den Frauen sind es knapp die Hälfte der Befragten (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 3,32, p = 0,044$). In der letzten Kategorie finden sich also signifikant mehr Frauen (Tabelle 12).

Tabelle 12: Vertrauenspersonen und Personen in der Freizeit

Vertrauenspersonen	% (n)		p (χ^2)
	Frauen	Männer	
keine Vertrauensperson	7,6 (8)	10,3 (38)	.298
1 – 3 Vertrauenspersonen	45,7 (48)	53,2 (199)	.095+
> 3 Vertrauenspersonen	46,7 (50)	36,7 (137)	.044*
Freizeitgestaltung überwiegend alleine	22,6 (24)	31,1 (116)	.0058+
Freizeitgestaltung mit Personen <i>ohne</i> Suchtprobleme	52,8 (60)	46,1 (172)	.133
Freizeitgestaltung mit Personen <i>mit</i> Suchtprobleme	24,5 (28)	22,8 (85)	.399

+ = $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

Ein Fünftel der Frauen gaben an, den größten Teil ihrer Freizeit alleine zu verbringen. Der Anteil der Männer ist diesbezüglich mit knapp 30 % höher als bei den Frauen (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 2,854$, $p = 0,058$, statistische Tendenz auf 10-%- α -Niveau). Jeweils circa die Hälfte der Frauen und der Männer verbringen ihre Freizeit mit Freunden oder Angehörigen, die keine Suchtprobleme haben (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 1,493$, $p = 0,133$). Etwa ein Viertel beider Geschlechter verbringen ihre Freizeit mit Personen, die ebenfalls Alkoholprobleme haben (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 1,40$, $p = 0,399$). Hier unterscheiden sich die Angaben zwischen Frauen und Männern nicht.

4.2.3. Zusammenfassung der soziodemografischen und sozialen Anamnese

Frauen verfügen häufiger über Schulabschlüsse im mittleren Bildungsniveau. Hinsichtlich des Familienstandes finden sich mehr verheiratete und weniger ledige Frauen als Männer. Die Männer sind signifikant häufiger arbeitslos, Frauen erwartungsgemäß häufiger teilzeitbeschäftigt und weitaus häufiger als die Männer auf finanzielle Unterstützung durch den Partner oder die Familie angewiesen. Die Frauen haben signifikant häufiger eine eigene Wohnung, jedoch finden sich keine Unterschiede hinsichtlich betreuter Wohnformen. Männer sind tendenziell häufiger obdachlos. Gleichwohl ist der Anteil der Patienten ohne festen Wohnsitz relativ gering. Frauen haben eine höhere Anzahl an Vertrauenspersonen und verbringen ihre Freizeit weniger oft alleine. Dabei verbringen ein Viertel beider Geschlechter ihre Freizeit mit Personen, die ebenfalls suchtkrank sind. Männer sind signifikant häufiger vorbestraft und haben häufiger ihren Führerschein verloren.

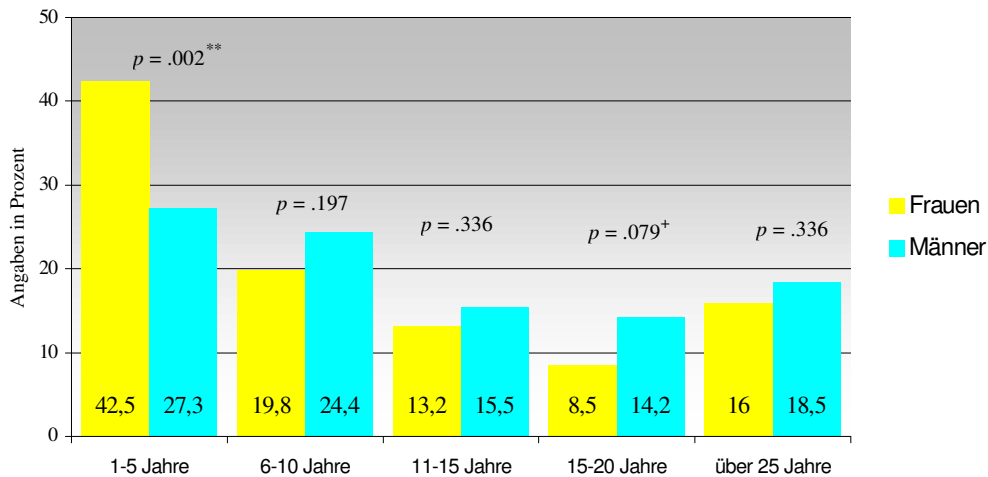
4.3. Anamnestische Angaben zur Suchterkrankung

4.3.1. Alter des ersten Konsums bis zur Trunkenheit und subjektive Einschätzung der „Probleme mit Alkohol“

Beim ersten Konsum bis zur Trunkenheit zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede. Die Männer gaben einen Mittelwert von 17 ($sd = 4,9$) Jahren an, die Frauen einen Mittelwert von 21 ($sd = 8,8$) Jahren. Die Mediane liegen bei den Männern bei 16 und bei den Frauen bei 18 Jahren (Mann-Whitney-U-Test: $Z = 5,298$, $p < 0,000$). Weiterhin wurden

die Patienten nach ihrer Einschätzung befragt, wie lange schon „Probleme mit Alkohol“ bestünden.

Abbildung 3: Kategoriale Verteilung der Dauer der Alkoholprobleme



$^{+} = p < 0.10$; $^{*} = p < 0.05$; $^{**} = p < 0.01$; $^{***} = p < 0.001$

Während die Männer die Dauer ihrer Alkoholprobleme im Mittelwert mit 12,6 ($sd = 8,7$) Jahren angaben, waren es bei den Frauen 10,6 ($sd = 9,2$) Jahre.

Die Mediane zeigen einen noch größeren Unterschied in der Dauer der Alkoholprobleme. Er liegt bei den Männern bei 10 Jahren und bei den Frauen bei 7 Jahren (Mann-Whitney-U-Test: $Z = 2,743$, $p = 0,006$). Abbildung 3 zeigt die Dauer der Alkoholprobleme in 5-Jahres-Kategorien. Es finden sich vor allem in der Kategorie „1-5 Jahre“ deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. In dieser Kategorie befinden sich die meisten Frauen. Ein Chi-Quadrat-Test zeigt ein entsprechend signifikantes Ergebnis in dieser Kategorie ($\chi^2(1) = 8,856$, $p = 0,002$). Hinsichtlich des Beginns der Alkoholprobleme sind die Männer 29 und die Frauen 32 Jahre alt (Mediane). Frauen sind diesbezüglich signifikant älter (Mann-Whitney-U-Test: $Z = 2,781$, $p = 0,005$).

4.3.2. Anzahl der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen

Tabelle 13 zeigt einen Überblick über die von Frauen und Männern absolvierten Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.

Tabelle 13: Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen

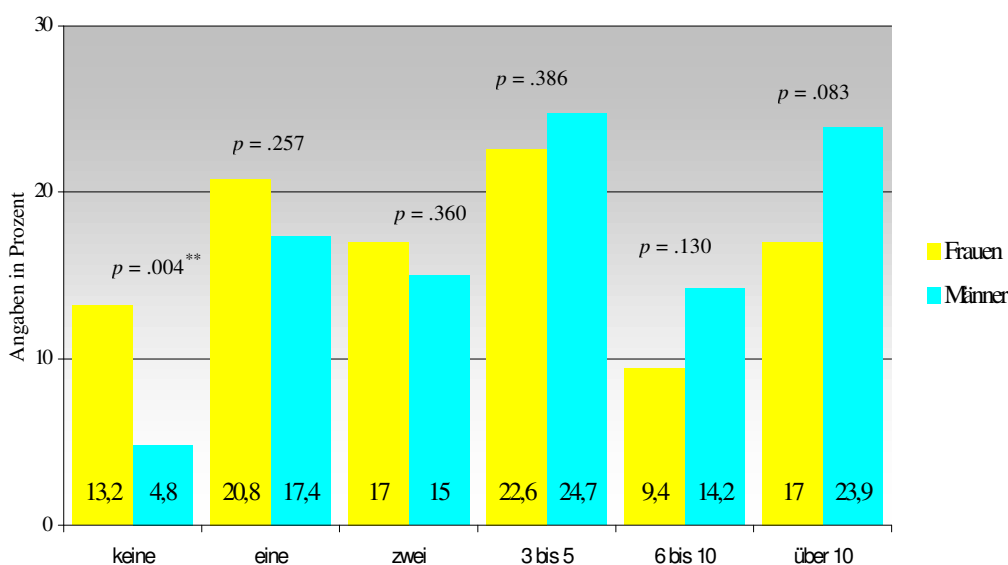
	Frauen		Männer		p (Z)
	M (sd)	Md	M (sd)	Md	
Anzahl der Entzugsbehandlungen insgesamt	6,11 (9,42)	2	9,45 (15,9)	4	.002**
Anzahl der Entzugsbehandlungen im letzten ½ Jahr	0,94 (1,19)	1	1,64 (2,14)	1	.000***
Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen	0,85 (1,08)	0	1,02 (1,21)	1	.168

⁺= $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$; M = Mittelwert, sd = Standardabweichung

Anzahl der stationären Entzugsbehandlungen vor der Indexbehandlung

Die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Entzugsbehandlungen unterscheidet sich zwischen Frauen und Männer signifikant (Mann-Whitney-U-Test: $Z = 3,075$, $p = 0,002$). Männer nehmen stationäre Entzugsbehandlungen deutlich häufiger in Anspruch als Frauen (Abbildung 4). In der untersuchten Stichprobe begaben sich 13,2 % ($n = 14$) der Frauen erstmalig in stationäre Behandlung, bei den Männern waren es lediglich 4,8 % ($n = 18$) (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 9,302$, $p = 0,004$). Dagegen haben 53,6 % ($n = 200$) der Männer und 34,9 % ($n = 40$) der Frauen mehr als drei Entzugsbehandlungen wahrgenommen (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 11,564$, $p < 0,000$).

Abbildung 4: Anzahl der durchgeführten Entzugsbehandlungen

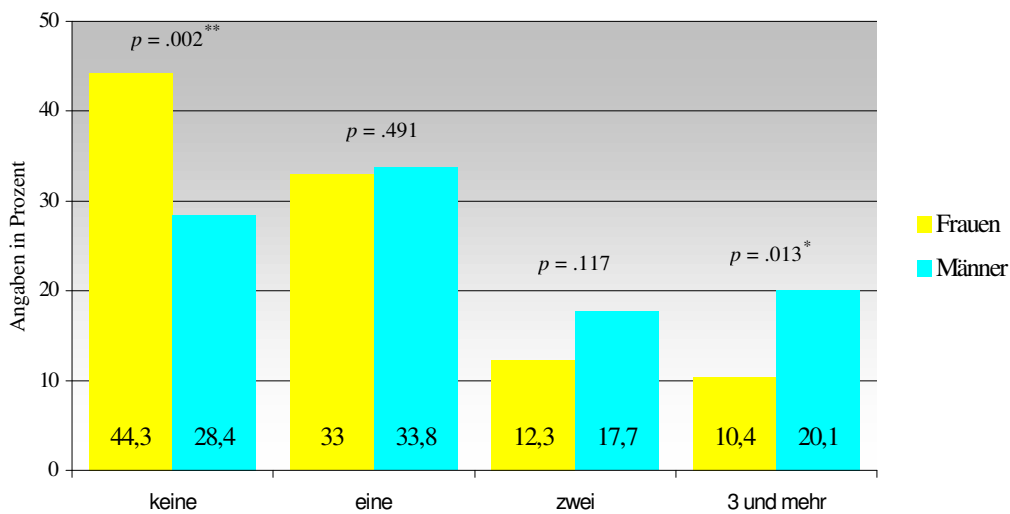


⁺= $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

Anzahl der stationären Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Monaten vor der Indexaufnahme

Ein vergleichbares Bild (Abbildung 5) zeigt sich bei der Inanspruchnahme von Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Monaten vor der Indexaufnahme. 55,7 % ($n = 59$) der Frauen und 71,6 % ($n = 267$) der Männer nahmen eine Entzugsbehandlung in dem genannten Zeitraum in Anspruch (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 9,625, p = 0,002$).

Abbildung 5: Anzahl der Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Monaten



$^+ = p < 0.10$; $^* = p < 0.05$; $^{**} = p < 0.01$; $^{***} = p < 0.001$

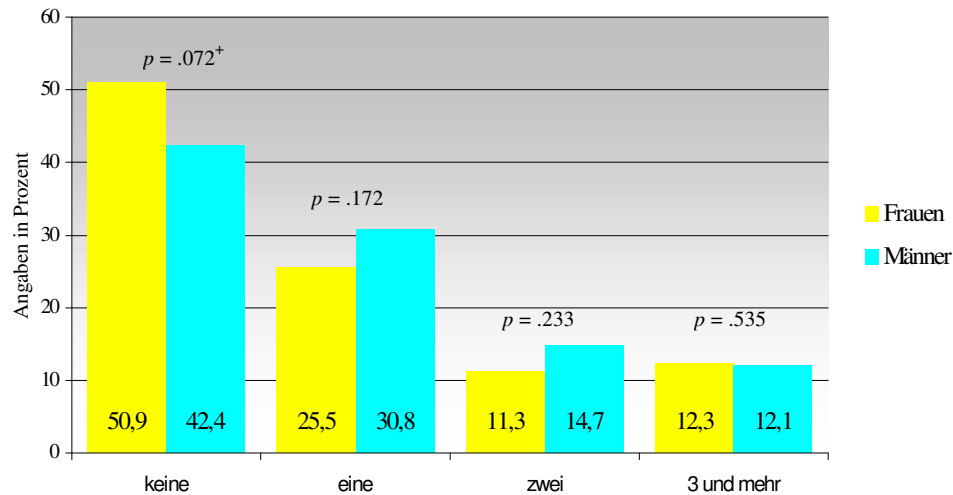
Zwischen der Inanspruchnahme einer oder zwei Entzugsbehandlungen zeigen sich keine Geschlechtsunterschiede. Drei und mehr Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Monaten vor der Indexaufnahme nahmen etwa doppelt so viele Männer wie Frauen wahr (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 5,305, p = 0,013$).

Entwöhnungsbehandlungen

Hinsichtlich der Durchführung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (Entwöhnungstherapien) unterscheiden sich die Geschlechter nicht signifikant (Mann-Whitney-U-Test: $Z = 1,379, p = 0,168$). Es findet sich in der statistischen Auswertung lediglich ein tendenzieller Unterschied auf dem 10%- α -Niveau zwischen Frauen und Männern, die bis zum Befragungszeitpunkt noch keine Entwöhnungstherapie angetreten hatten (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 2,465, p = 0,072$). In dieser Kategorie befinden sich

weniger Frauen. In allen anderen gebildeten Kategorien der Abbildung 6 zeigen sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede.

Abbildung 6: Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen



$^+ = p < 0.10$; $* = p < 0.05$; $** = p < 0.01$; $*** = p < 0.001$

4.3.3. Entzugskomplikationen

Entzugsbedingte epileptische Gelegenheitsanfälle

Signifikant mehr männliche Patienten (28,6 %; $n = 105$) als weibliche (19,8 %; $n = 21$) Patientinnen berichteten von epileptischen Entzugsanfällen in der Vorgeschichte (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 3,258$, $p = 0,044$).

Delirium tremens

Ebenso berichteten signifikant mehr Männer (24,1 %; $n = 89$) als Frauen (12,4 %, $n = 13$) von einer deliranten Symptomatik (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 6,609$, $p = 0,006$).

Sowohl Entzugsanfälle als auch Delirien werden in der vorliegenden Untersuchung von Männern anamnestisch häufiger berichtet. Eine Korrelation nach Pearson zwischen den Parametern „Delirium tremens“ und „Entzugsanfall“ zeigt einen Koeffizienten von $r = .358$ ($p < 0.000$). Die Zusammenhangsmaße unterscheiden sich dabei zwischen Männern ($r = .345$) und Frauen ($r = .390$) nicht signifikant. Der Zusammenhang ist nach Cohens

Konvention (vgl. Bortz, 1993) als „mittel stark“ einzuordnen und unterstreicht das häufige gemeinsame Auftreten dieser schwerwiegenden Entzugskomplikationen.

Signifikante Zusammenhänge zwischen Entzugsanfall und Delirium tremens in der Vorgeschichte und der Anzahl von durchgeführten Entzugsbehandlungen zeigen sich bei den Frauen und bei den Männer (vgl. Tabelle 14). Bei beiden Geschlechtern interagiert eine medikamentöse Behandlung eines Alkoholentzugssyndroms mit den berichteten Entzugsanfällen. Die „Dauer der Alkoholprobleme“ korreliert hingegen nur bei den Frauen mit schwerwiegenden Entzugskomplikationen.

Tabelle 14: Zusammenhänge zwischen Delir/Entzugsanfall und Anzahl der Entzugsbehandlungen, der Abhängigkeitsdauer und der medikamentösen Behandlung

	<u>Frauen</u>		<u>Männer</u>	
	Entzugsanfall	Delir	Entzugsanfall	Delir
Entzugsbehandlungen insgesamt	.385**	.568**	.290**	.314**
Dauer der Alkoholprobleme	.332**	.265**	.081	.072
AES*	.276**	.074	.225**	.021

*Medikamentöse Behandlung des Alkoholentzugssyndroms (AES)

Korrelationskoeffizienten nach Pearson

* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$

4.3.4. Konsumverhalten vor der Indexaufnahme

Alkoholkonsum in den letzten sieben Tagen vor der Indexaufnahme

In der letzten Woche vor der Aufnahme tranken die Männer im Mittel 1534 Gramm ($sd = 1272$, $Median = 1315$) reinen Alkohol (Tabelle 15). Das entspricht einer mittleren Tagesdosis von 219 Gramm reinen Alkohols. Erwartungsgemäß liegen die Trinkmengen der Frauen deutlich niedriger. Frauen berichteten von einem durchschnittlichen Konsum von 902 Gramm ($sd = 620$, $Median = 756$) reinen Alkohols in den letzten sieben Tagen vor der Aufnahme (129 Gramm pro/d). Ein Medianvergleich zeigt einen entsprechenden signifikanten Unterschied (Mann-Whitney-U-Test: $Z = 5,389$, $p < 0,000$).

72,9 % ($n = 272$) der Männer und 49 % ($n = 52$) der Frauen tranken Bier (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 21,479, p < 0,000$). Die Frauen tranken zu 49,2 % ($n = 52$) Wein, hingegen nur 14,7 % ($n = 54$) der Männer (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 56,014, p < 0,000$). Spirituosen wurden von 56,6 % ($n = 211$) der Männer und von 48,1 % ($n = 51$) der Frauen konsumiert (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 2,381, p = 0,076$).

Tabelle 15: Art der konsumierten alkoholischen Getränke

	% (n)		$p(\chi^2)$
	Frauen	Männer	
Bier	49 (52)	72,9 (272)	.000***
Wein	49,2 (52)	14,7 (54)	.000***
Spirituosen	48,1 (51)	56,6 (211)	.0076 ⁺
Likör	4,7 (5)	3,8 (14)	.567

⁺= $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

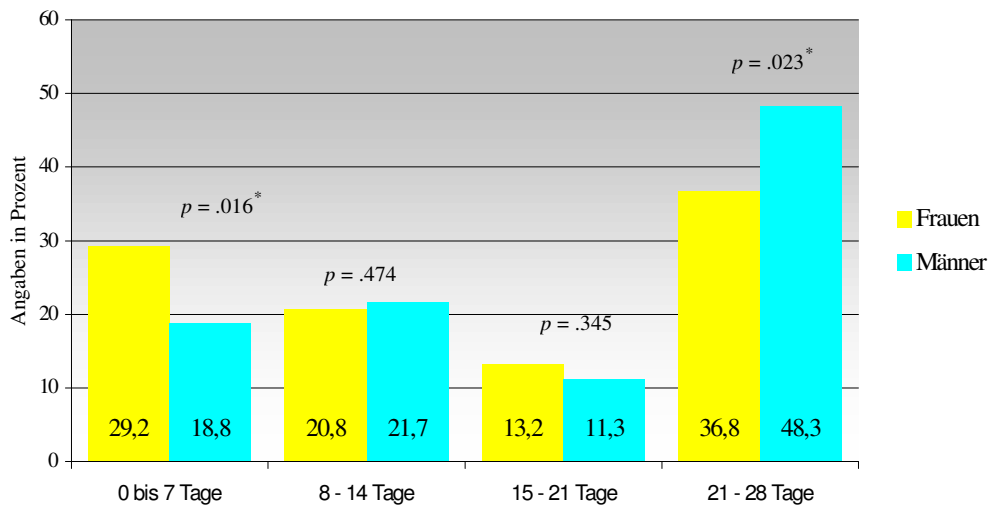
Mehrfachnennungen möglich.

Trinktage in den letzten 28 Tagen vor der Indexaufnahme

Die Männer gaben an, während der letzten vier Wochen an durchschnittlich 19 Tagen ($sd = 9,6$, Median = 21 Tage) Alkohol konsumiert zu haben. Der Mittelwert der Trinktage innerhalb des definierten Zeitraumes liegt bei den Frauen bei 16 Tagen ($sd = 9,9$, Median = 16 Tage). Ein Medianvergleich ergibt zwischen den Geschlechtern einen signifikanten Unterschied (Mann-Whitney-U-Test: $Z = 2,023, p = 0,043$).

41,3 % ($n = 154$) der Männer und 33 % ($n = 35$) der Frauen tranken nach ihren Angaben in den letzten vier Wochen täglich Alkohol. Hier zeigt sich ein tendenzieller statistischer Unterschied zwischen den Geschlechtern (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 2,362, p = 0,076$). Abbildung 7 zeigt, dass Frauen häufiger angaben, bis zu sieben Tage in den letzten vier Wochen Alkohol getrunken zu haben (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 5,447, p = 0,016$). Männer tranken hingegen signifikant häufiger über den annähernd gesamten Befragungszeitraum, also zwischen 22 und 28 Tagen (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 4,372, p = 0,023$).

Abbildung 7: Trinktage in den letzten vier Wochen vor der Aufnahme

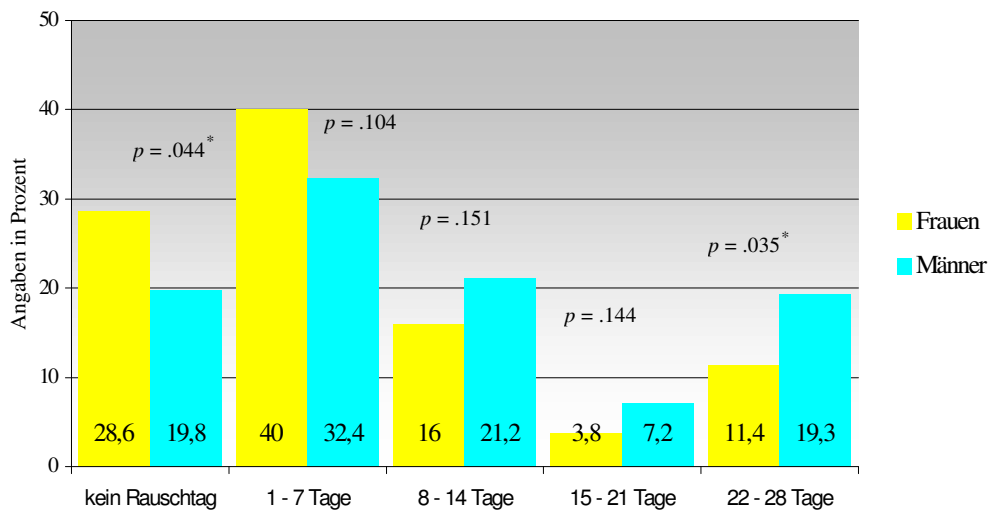


$^+ = p < 0.10$; $^* = p < 0.05$; $^{**} = p < 0.01$; $^{***} = p < 0.001$

Trinktage bis zum Rausch in den letzten 28 Tagen vor der Indexaufnahme

Die Männer berichteten im Mittel von 10 Tagen ($sd = 10$; $Median = 7$) an denen sie in den letzten vier Wochen vor der Indexaufnahme bis zum Rausch getrunken zu haben. Frauen gaben einen Mittelwert von 7 Tagen ($sd = 8,7$; $Median = 4$) an. Entsprechend zeigt ein Mann-Whitney-U-Test zwischen den Geschlechtern einen signifikanten Unterschied ($Z = 2,811$, $p = 0,005$).

In der Abbildung 8 wird die Anzahl der Rauschtage in Wochen kategorisiert. 19,8 % ($n = 74$) der Männer und 28,3 % ($n = 30$) der Frauen tranken an keinem Tag im letzten Monat bis zum Rausch (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 3,478$, $p = 0,044$). Hingegen tranken 15,8 % ($n = 60$) der Männer und 9,5 % ($n = 10$) der Frauen an allen Tagen des letzten Monats bis zum Rausch (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 2,728$, $p = 0,063$). Der Anteil der Männer, die annähernd jeden Tag (zwischen 22 und 28 Tage) bis zum Rausch tranken, ist höher als bei den Frauen (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 3,637$, $p = 0,035$).

Abbildung 8: Rauschtage in den letzten vier Wochen vor der Aufnahme

$^+ = p < 0.10$; $^* = p < 0.05$; $^{**} = p < 0.01$; $^{***} = p < 0.001$

Nikotinkonsum

Nur 10,1 % ($n = 38$) der Männer und 13,3 % ($n = 14$) der Frauen waren Nichtraucher. Diesbezüglich liegt kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 0,938$, $p = 0,212$) vor. Die Frauen rauchten im Schnitt 26 ($sd = 13,7$; $Median = 20$) und die Männer 28 ($sd = 12,8$; $Median = 25$) Zigaretten am Tag. Statistisch rauchen die Frauen signifikant weniger als die Männer (Mann-Whitney-U-Test: $Z = 2,488$, $p = 0,013$). Bezogen auf die Mittelwerte gehören allerdings beide Geschlechter zu starken Rauchern.

4.3.5. Inanspruchnahme sozialer und medizinisch/psychologischer Hilfen in den letzten vier Wochen vor der Indexaufnahme

Hausarzt

Jeweils 66 % (Männer: $n = 246$, Frauen: $n = 70$) beider Geschlechter hatten in den letzten vier Wochen vor der Aufnahme mindestens einmal Kontakt zu ihrem Hausarzt.

Psychiater

15,3 % der Männer und 17,9 % der Frauen konsultierten in diesem Zeitfenster einen Psychiater (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 0,432, p = 0,301$).

Psychologische Psychotherapeuten

4,6 % ($n = 17$) der Männer und 10,4 % ($n = 11$) der Frauen wurden von einem Psychologischen Psychotherapeuten behandelt. Der Anteil der Frauen, die psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nahmen, ist statistisch höher (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 5,079, p = 0,027$).

Selbsthilfegruppe

18,8 % ($n = 70$) der Männer und 21,7 % ($n = 23$) der Frauen gaben an, eine Selbsthilfegruppe besucht zu haben (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 0,741, p = 0,235$).

Suchtberatungsstellen

Die Hilfe einer Suchtberatung nahmen 22,8 % ($n = 85$) der Männer und 18,9 % ($n = 20$) der Frauen in Anspruch (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 0,453, p = 0,293$). Hier zeigen sich keine Unterschiede.

4.3.6. Suizidalität

Die Patienten wurden befragt, ob sie jemals Suizidgedanken hatten. 43,2 % ($n = 160$) der Männer und 50,9 % ($n = 52$) der Frauen berichteten über Suizidgedanken in der Vorgeschichte. Hier findet sich ein tendenzieller statistischer Unterschied zwischen den Geschlechtern auf dem 10%- α -Niveau (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 1,974, p = 0,098$). Weiterhin wurden die Patienten nach durchgeführten Suizidversuchen befragt. 20,8 % ($n = 77$) der Männer und 32,1 % ($n = 34$) der Frauen gaben einen Suizidversuch in der Vergangenheit an (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 5,918, p < 0,012$). Sowohl Suizidgedanken als auch Suizidversuche werden also von Frauen häufiger berichtet. In der Tabelle 16 werden signifikante Korrelationen zwischen Suizidgedanken/Suizidversuch und Parametern der Anamnese aufgeführt.

Tabelle 16: Signifikante Zusammenhänge zwischen Suizidgedanken/ Suizidversuch und Parametern der Anamnese und der Selbstbeurteilungsfragebögen

Suizid-	Frauen		Männer	
	gedanken	versuch	gedanken	versuch
Dauer der Alkoholprobleme			.158**	.146**
Anzahl der Rauschtage vor der Indexaufnahme	.223*	.212*	.109*	.133*
jemals aggressive Tätlichkeit unter Alkoholeinfluss	.351**	.264**	.387**	
jemals Wohnungslosigkeit			.195**	.169**
Anzahl der Vertrauenspersonen	-.204*	-.193*		
SCL-90-R (GSI) zur Aufnahme	.361**		.223**	.177**
SCL-90-R (GSI) 7 Tage nach Erstapplikation		.277*	.320**	.142*
SF 12 (Psychische Summenskala) zur Aufnahme	.376**	.282*		
SF 12 (Psychische Summenskala) 7 Tage nach Erstapplikation			.336**	

Korrelationskoeffizienten nach Pearson bei intervallskalierten Variablen

Korrelationskoeffizienten nach Spearman bei dichotomen Variablen

* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$

4.3.7. Zusammenfassung der Suchtanamnese

Männer trinken signifikant früher als Frauen erstmals bis zur Trunkenheit. Frauen sind älter, wenn sich erste alkoholbezogene Probleme einstellen. Männer nehmen stationäre Entzugsbehandlungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen deutlich häufiger wahr als Frauen und berichten über mehr schwerwiegende Entzugskomplikationen wie einen entzugsbedingten epileptischen Anfall oder ein Delirium tremens. Frauen trinken erwartungsgemäß weniger Alkohol als die Männer, berichten aber auch über weniger Trink- und Rauschtage in den vergangenen vier Wochen vor der Indexaufnahme. Hinsichtlich der Inanspruchnahme von sozialen und medizinischen Hilfen finden sich keine Unterschiede. Frauen beanspruchen lediglich häufiger ambulante psychotherapeutische Behandlungen.

4.4. Indexbehandlung

4.4.1. Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten

Die Tabelle 17 zeigt zunächst die Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten im Überblick.

Tabelle 17: Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten

	Frauen (%)	Männer (%)	<i>p</i> (χ^2)
Aufnahmemodalitäten			
angemeldete Aufnahme	80,0	71,4	.005 ⁺
Aufnahme während der Dienstzeit	76,4	78,8	.407
Aufnahme auf einer geschützten Station	44,3	48,2	.274
freiwillige Aufnahme	96,2	94,8	.399
Einweisung durch Fachärzte und Institutionen			
Allgemeinmediziner/Internist	41,5	45,0	.55
Psychiater	6,6	7,8	.687
anderer Facharzt	6,6	4,3	.325
eigene Ambulanzen	7,5	4,3	.175
andere somatische Kliniken	7,5	5,1	.334
sonstige ¹	5,8	11,5	.540
ohne Einweisung	24,5	21,9	.614
Entlassungsmodalitäten			
Regulär	87,7	88,9	.476
Entweichung	0	0,8	.471
gegen ärztlichen Rat	10,4	7,5	.222
mangelnde Motivation	0,9	1,1	.693
Verlegung	0,9	1,6	.518
Entlassung wohin?			
nach Hause	72,6	64,9	.083 ⁺
medizinische Rehabilitation	6,6	13,4	.036 [*]
sonstige ²	11,3	7,1	.25
keine Angabe	9,4	14,5	

¹ = andere Ambulanzen, Notarzt, Sozialpsychiatrischer Dienst, Arzt anderer öffentlicher Stellen, andere psychiatrische oder psychosomatische Kliniken

² = Heim/betreutes Wohnen, Adaptionseinrichtung, ohne festen Wohnsitz, Verlegung

⁺ = $p < 0.10$; ^{*} = $p < 0.05$; ^{**} = $p < 0.01$; ^{***} = $p < 0.001$

Die meisten Patienten kamen nach vorheriger Kontaktaufnahme mit den Kliniken zur stationären Aufnahme. Wobei Frauen circa 10 % häufiger ihre Aufnahme ankündigten als die Männer (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 3,074$, $p = 0,05$). Hinsichtlich einer stationären Aufnahme während der regulären Aufnahmezeiten zwischen 8 bis 17 Uhr, einer Aufnahme auf geschützt geführten Stationen und einer Aufnahme auf der Rechtsgrundlage eines PsychKG bzw. eines Beschlusses einer gesetzlichen Vertretung finden sich allesamt keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Etwa dreiviertel der Patienten kamen mit einer ärztlichen Einweisung zur Aufnahme. Hinsichtlich „Einweisungen durch Fachärzte und Institutionen“ zeigen sich keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Auch bezüglich der Entlassungsmodalitäten finden keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Männer wurden jedoch etwa doppelt so häufig direkt in eine Entwöhnungstherapie (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 3,642$, $p = 0,036$) entlassen.

4.4.2. Intoxikationsgrad zum Aufnahmezeitpunkt

Die durchschnittliche Alkohol-Atemluftkonzentration betrug bei den Männern 1,44 ‰ und bei den Frauen 1,29 ‰. Hinsichtlich des Intoxikationsgrades zeigen sich im Medianvergleich keine Unterschiede (Mann-Whitney-U-Test: $Z = 1,056$, $p = 0,291$). Nicht alkoholisiert kamen 28,3 % ($n = 30$) der Frauen und 26,5 % ($n = 99$) der Männer zur Aufnahme (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 1,30$, $p = 0,718$).

4.4.3. Psychiatrische Diagnosen

Alle in die Untersuchung eingeschlossenen Patienten erfüllten die von der ICD 10 geforderten Kriterien für die Diagnose eines Alkoholabhängigkeitssyndroms (ICD 10 F10.2). Darüber hinaus erhielten 187 Männer (50,1 %) und 74 Frauen (69,8 %) eine weitere psychiatrische Diagnose neben der Alkoholabhängigkeit. Frauen erhielten demnach häufiger eine Zusatzdiagnose (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 12,888$, $p < 0,000$). Die Diagnosen wurden klinisch durch Fachärzte für Psychiatrie, in der Regel Oberärzte, gestellt. Die erfassten komorbiden psychischen Störungen sind in Tabelle 18 aufgeführt.

Tabelle 18: Komorbide psychische Störungen

Diagnose ICD 10	% (n)		p
	Frauen	Männer	
F.2xxx Schizophrene Störungen	2,8 (3)	2,7 (10)	.890
F.3xxx Depressive Störungen	44,3 (47)	24,9 (93)	.000***
F.4xxx Belastungs- und neurotische Störungen	17,9 (19)	13,1 (49)	.340
F.6xxx Persönlichkeitsstörungen	29,2 (31)	17,7 (66)	0.008**

⁺= $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

Depressive Störungen sind bei Männern und Frauen die häufigsten Nebendiagnosen und wurden bei den Frauen deutlich häufiger diagnostiziert als bei den Männern (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 15,029$, $p < 0,000$). Persönlichkeitsstörungen werden ebenfalls häufiger bei Frauen diagnostiziert (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 6,819$, $p = 0,008$). Bei den Belastungsstörungen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis lassen sich keine statistischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern nachweisen. Einschränkend muss erwähnt werden, dass die beschriebenen psychiatrischen Diagnosen nicht mit standardisierten diagnostischen Instrumenten erhoben wurden und darüber hinaus die Entzugsituation die Diagnostik komorbider Störungen erheblich erschwert (vgl. dazu auch Abschnitt 5.1.4.).

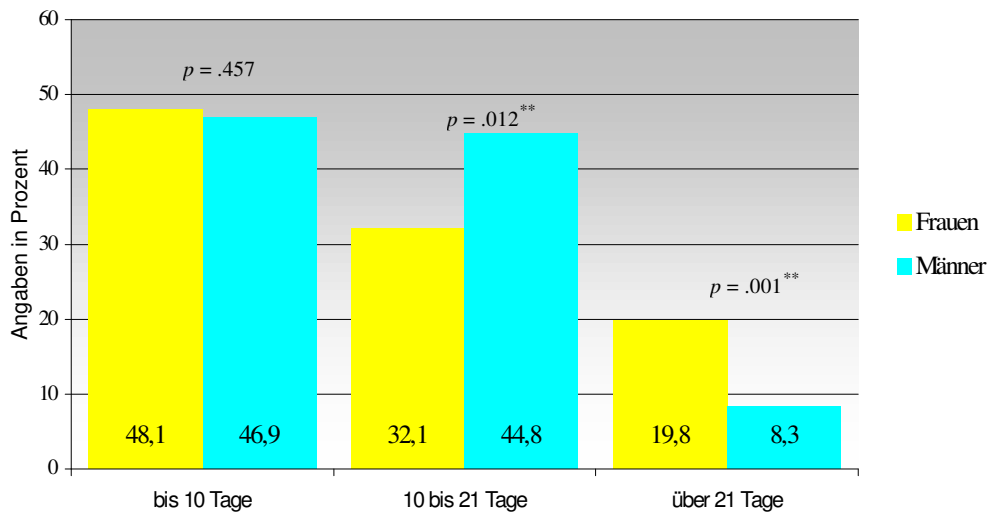
4.4.4. Die Behandlungsdauer

Als Einschlusskriterium für die vorliegende Untersuchung wurde eine mindestens dreitägige Behandlungsdauer gefordert. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich demnach nur auf Patienten mit einer längeren Verweildauer. Wird der arithmetische Mittelwert zu Grunde gelegt, unterscheidet sich die Behandlungsdauer zwischen Männern ($M = 13,34$ Tage, $sd = 8,96$) und Frauen ($M = 15,89$ Tage, $sd = 13,07$) signifikant (T-Test: $t(477) = 2,311$, $p = 0,021$). Aufgrund der hohen Varianz (Levene-Test: $F = 19,987$, $p < 0,000$) und Verletzung der Normalverteilungsannahme (Kolmogorov-Smirnov-Test: $Z = 4,069$, $p < 0,000$) ist keine auf Intervallskalenniveau basierende bzw. metrische statistische Auswertung gerechtfertigt. Wird ein Medianvergleich durch den Mann-Whitney U-Test durchgeführt, unterscheidet sich die Behandlungsdauer zwischen Männern ($Median = 11$) und Frauen ($Median = 11$) nicht mehr ($Z = 0,487$, $p = 0,626$). Die Behandlungsdauer soll im Folgenden nochmals differenziert betrachtet werden. Dazu wird die Behandlungsdauer in drei Kategorien eingeteilt:

- 3 – 10 Tage
- 11 – 21 Tage
- mehr als 21 Tage

Abbildung 9 veranschaulicht die Behandlungsdauer in den gewählten Kategorien. Hier wird ersichtlich, dass sich Frauen und Männer in der Behandlungsdauer bis 10 Tagen nicht unterscheiden. Etwa die Hälfte der Patienten beider Geschlechter wurden bis zu 10 Tage stationär behandelt. In der mittleren gebildeten Kategorie von 11 – 21 Tagen unterscheidet sich die Behandlungsdauer zwischen Männern und Frauen. Es finden sich deutlich weniger Frauen, die in dieser Kategorie behandelt wurden (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 5,464$, $p = 0,012$). In den Behandlungszeiten über 21 Tage finden sich hingegen mehr Frauen als Männer (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 11,281$, $p = 0,001$).

Abbildung 9: Behandlungsdauer im Geschlechtervergleich



$^+ = p < 0.10$; $^* = p < 0.05$; $^{**} = p < 0.01$; $^{***} = p < 0.001$

Die Patienten, die länger als 21 Tage stationär behandelt wurden, hatten allesamt mindestens eine weitere psychiatrische bzw. schwerwiegende somatische Erkrankung. Tabelle 19 zeigt die Komorbiditätsraten.

Tabelle 19: Komorbidität der länger als 21 Tage behandelten Patienten

	% (n)	
	Frauen	Männer
Schizophrene Psychosen	0	0,8 (3)
Affektive Störungen	7,5 (8)	2,4 (9)
Persönlichkeitsstörungen	7,5 (8)	3,0 (11)
Angst-/Belastungsstörungen	2,8 (3)	0,8 (3)
Amnestisches Syndrom	1,9 (2)	0,8 (3)
Somatische Erkrankungen	0	0,5 (2)

Mehrfachnennungen möglich.

Die Behandlungsdauer korreliert signifikant mit komorbiden Störungen. Bei den Frauen zeigen sich signifikante Zusammenhänge zu depressiven Störungen von $r = .339$ ($p < 0,000$) und zu Persönlichkeitsstörungen von $r = .329$ ($p = 0,001$). Bei den Männern ergeben sich ebenso signifikante Zusammenhänge, die allerdings schwächer ausfallen. Zwischen der Behandlungsdauer und depressiven Störungen zeigt sich eine Korrelation von $r = .231$ ($p < 0,000$) und bei Persönlichkeitsstörungen von $r = .124$ ($p = 0,016$). Die statistischen Zusammenhänge liegen also bei den Frauen im mittlerem Niveau. Bei den Männern finden sich nur schwache Zusammenhänge.

4.4.5. Psychopharmakotherapie

Medikamentöse Behandlung des Alkoholentzugssyndroms

76 % ($n = 81$) der Frauen und 80 % ($n = 299$) der Männer erhielten eine pharmakotherapeutische Behandlung von Entzugssymptomen (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 0,706$, $p = 0,401$). Da die multizentrische Untersuchung in fünf verschiedenen Kliniken durchgeführt wurde, kamen unterschiedliche Medikamente zum Einsatz. Am häufigsten Clomethiazol, Benzodiazepine und Carbamazepin.

Antidepressive Pharmakotherapie

13 % ($n = 49$) der Männer und 23 % ($n = 24$) der Frauen erhielten eine antidepressive Pharmakotherapie. Entsprechend der häufigeren Diagnose einer komorbiden depressiven Störung erhielten Frauen signifikant häufiger eine antidepressive Medikation während der stationären Behandlung als Männer (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 5,773$, $p = 0,014$).

4.4.6. Die Behandlungsmotivation (SOCRATES)

Der SOCRATES¹ misst motivationale Prozesse bei Alkoholabhängigen auf den Skalen

"Initiative" (Veränderungsbereitschaft und Handlungsvorbereitungen)

"Problembewusstsein" (Abwägen von positiven und negativen Folgen des Alkoholkonsums)

"Ambivalenz" (Infragestellung des Alkoholproblems)

Eine Zunahme der Ausprägung der Werte ist auf den Skalen „Initiative“ und „Problembewusstsein“ und eine Abnahme auf der Skala „Ambivalenz“ als positiv zu bewerten. Wie der Tabelle 20 zu entnehmen ist, unterscheiden sich die ermittelten Werte zwischen Männern und Frauen auf allen Skalen des SOCRATES zu beiden Erhebungszeitpunkten nicht signifikant. Zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten zeigt sich lediglich auf der Skala „Initiative“ bei den Männern eine signifikante Zunahme der Werte (T-Test: $t(220) = 4,996, p < 0,000$).

Tabelle 20: Ergebnisse des SOCRATES zur Aufnahme und eine Woche später

Skalen	Erstbefragung bei Aufnahme			7 Tage nach Erstbefragung		
	Frauen (n = 70)	Männer (n = 292)	p (t)	Frauen (n = 56)	Männer (n = 199)	p (t)
	Mittelwerte (sd)			Mittelwerte (sd)		
Initiative	24,31 (5,40)	23,38 (6,20)	0,248	25,01 (5,95)	25,49 (5,34)	0,561
Problem- bewusstsein	23,81 (4,03)	24,18 (3,79)	0,475	25,04 (3,36)	24,07 (3,99)	0,100
Ambivalenz	9,76 (4,77)	10,29 (4,14)	0,337	9,95 (4,29)	9,77 (4,45)	0,792

⁺ = $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$; M = Mittelwert, sd = Standardabweichung

¹ Anmerkung: In einer Klink wurde fälschlicherweise eine veraltete Fragebogenversion des SOCRATES eingesetzt. Die Daten wurden nicht verwendet, so dass sich bei allen Auswertungen zum SOCRATES die Stichprobe um $n = 94$ verringert.

4.4.7. Subjektive Einschätzung des psychischen und körperlichen Gesundheitszustandes (SF-12)

Der SF-12 erfasst zwei Dimensionen, die sich in die Bereiche „körperliche Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“ einordnen lassen. In der SF-12 zeigen sich höhere körperliche und psychische Beanspruchungen in einer niedrigen Werteausprägung. Auf der „Körperlichen Summenskala“ finden sich in der Erstbefragung und eine Woche später keine Geschlechtsunterschiede (Tabelle 21).

Tabelle 21: Ergebnisse des SF 12 zur Aufnahme und eine Woche später

Faktoren	Erstbefragung bei Aufnahme			7 Tage nach Erstbefragung		
	Frauen (n = 81)	Männer (n = 324)	p (t)	Frauen (n = 54)	Männer (n = 239)	p (t)
	Mittelwerte (sd)			Mittelwerte (sd)		
Körperliche Summenskala	42,40 (10,35)	42,66 (9,99)	0,837	43,88 (8,55)	43,91 (9,40)	0,98
Psychische Summenskala	33,46 (10,38)	37,48 (11,53)	0,004**	35,79 (11,35)	38,55 (11,47)	0,11

⁺= $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$; M = Mittelwert, sd = Standardabweichung

Auf der „Psychischen Summenskala“ zeigt ein T-Test für die Befragung bei der Aufnahme signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen (T-Test: $t(403) = 2,864$, $p = 0,004$). Frauen gaben geringe Werte an. Das bedeutet, dass die psychische Beanspruchung der Patientinnen größer war. Paarvergleiche mittels T-Test für unabhängige Stichproben zeigen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten auf der „Körperlichen Summenskala“ für die Männer eine signifikante Zunahme der Werte (T-Test: $t(216) = 2,817$, $p = 0,005$) innerhalb einer Woche. Bei den Frauen erweist sich der Unterschied zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten als nicht signifikant (T-Test: $t(42) = 2,434$, $p = 0,375$). Bei den Männern zeigt sich im Gegensatz zu den Frauen also in der Selbstbeschreibung eine Verbesserung der körperlichen Verfassung. Auf der „Psychischen Summenskala“ lässt sich bei den Männern eine statistische Zunahme auf dem 10%- α -Niveau (T-Test: $t(216) = 1,658$, $p = 0,099$) feststellen. Bei den Frauen zeigt sich auf dieser Skala eine signifikante Zunahme der Einschätzungen (T-Test: $t(42) = 2,434$, $p = 0,019$). Auf der Dimension der „psychischen Gesundheit“ finden sich demnach bei den Frauen und Männern innerhalb einer Woche eine Besserung des psychischen Befindens nach den Operationalisierungen der SF-12.

4.4.8. Subjektive Einschätzung der psychischen Belastung (SCL-90-R)

Die nachfolgende Tabelle 22 zeigt zunächst die Rohwerte der zehn Skalen der SCL-90-R zur Erstbefragung nach der Aufnahme und zur zweiten Einschätzung der psychischen Belastung eine Woche später.

Tabelle 22: Ergebnisse der SCL-90-R zur Aufnahme und eine Woche später

	<i>Erstbefragung bei Aufnahme</i>			<i>7 Tage nach Erstbefragung</i>		
	<u>Frauen</u> (n = 104)	<u>Männer</u> (n = 369)	<i>p (t)</i>	<u>Frauen</u> (n = 72)	<u>Männer</u> (n = 260)	<i>p (t)</i>
	<i>Mittelwerte (sd)</i>			<i>Mittelwerte (sd)</i>		
Somatisierung	1,10 (0,86)	1,01 (0,81)	0,340	0,72 (0,61)	0,58 (0,56)	0,532
Zwanghaftigkeit	1,37 (80,9)	1,28 (0,85)	0,328	0,91 (0,74)	0,87 (0,64)	0,574
Unsicherheit im Sozialkontakt	1,42 (1,05)	1,14 (0,91)	0,006*	0,86 (0,78)	0,74 (0,68)	0,038*
Depressivität	1,74 (1,04)	1,45 (0,93)	0,004*	1,05 (0,74)	0,90 (0,67)	0,181
Ängstlichkeit	1,55 (1,12)	1,28 (0,94)	0,013*	0,83 (0,72)	0,84 (0,75)	0,646
Aggressivität / Feindseligkeit	0,90 (0,88)	0,70 (0,69)	0,014*	0,55 (0,59)	0,48 (0,61)	0,037*
Phobische Angst	1,06 (1,11)	0,81 (0,93)	0,312	0,68 (0,81)	0,44 (0,64)	0,726
Paranoides Denken	1,22 (0,98)	1,08 (0,85)	0,134	0,82 (0,65)	0,70 (0,65)	0,006***
Psychotizismus	0,83 (0,75)	0,83 (0,75)	0,300	0,52 (0,54)	0,47 (0,54)	0,726
Zusatzidems	1,58 (0,92)	1,44 (0,91)	0,169	0,93 (0,73)	0,89 (0,71)	0,708
GSI	1,30 (0,83)	1,10 (0,73)	0,022*	0,80 (0,61)	0,69 (0,55)	0,129

M = Mittelwert, sd = Standardabweichung

+ = $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

Wie der Tabelle 22 zu entnehmen ist, unterscheiden sich in der Erstbefragung die Mittelwerte zwischen den Geschlechtern auf den Skalen „Unsicherheit im Sozialkontakt“ (T-Test: $t(471) = 2,501, p = 0,006$), „Depressivität“ (T-Test: $t(471) = 2,889, p = 0,004$), „Ängstlichkeit“ (T-Test: $t(472) = 2,495, p = 0,013$) und „Aggressivität“ (T-Test: $t(471) = 2,473, p = 0,014$). Auf allen genannten Skalen ergeben sich für die Frauen höhere Werte, d. h. sie beschrieben eine höhere subjektive psychische Belastung.

Nach einer Woche unterscheiden sich die Werte zwischen Männern und Frauen noch auf den Skalen „Unsicherheit“ (T-Test: $t(330) = 2,087, p = 0,038$) und „Aggressivität“ (T-Test: $t(330) = 2,098, p = 0,037$). Im Unterschied zur Erstbefragung findet sich nun auch auf der Skala „Paranoides Denken“ ein signifikanter Unterschied (T-Test: $t(330) = 2,741, p = 0,006$). Auf allen anderen Skalen gleichen sich die Werte zwischen Männern und Frauen an.

Im Gesamt-Score-Index (GSI) unterscheiden sich die Geschlechter in der Erstbefragung signifikant (T-Test: $t(472) = 2,294, p = 0,022$). Das heißt, über den Mittelwert aller Skalen der SCL-90-R hinweg, gaben Frauen eine höhere psychische Belastung an.

Nach einer Woche zeigen sich im GSI zwischen den Geschlechtern keine signifikanten Unterschiede mehr (T-Test: $t(331) = 0,994, p = 0,129$). Ein T-Test für gepaarte Stichproben zeigt für Männer ($t(259) = 9,895, p < 0,000$) und für Frauen ($t(70) = 6,646, p < 0,000$) eine signifikante Reduktion der Werte im GSI innerhalb einer Woche. Über alle Subskalen findet sich im Wochenverlauf eine Reduktion mit einer statistischen Signifikanz von $p < 0,000$ (Berechnungen werden nicht weiter aufgeführt).

4.4.9. Interkorrelationen zwischen SF-12 und SCL-90-R

Die Tabellen 23 und 24 zeigen einen Überblick über die Interkorrelationen unterteilt nach Männern und Frauen. Von besonderem Interesse sind die Korrelationen zwischen dem GSI der SCL-90-R und der „Psychischen Summenskala“ des SF-12. Zu beiden Erhebungszeitpunkten liegen hierbei die Korrelationen bei Männern und Frauen über $r = .50$ und zeigen mittlere bis hohe und somit befriedigende Zusammenhänge.

Tabelle 23: Interkorrelationen zwischen SF-12 und SCL-90-R (Männer)

	SF 12 PS (t ₂)	GSI (t ₁)	GSI (t ₂)
SF 12 PS (t ₁)	.649** (217)	.592** (322)	.430** (231)
SF 12 PS (t ₂)		.563** (238)	.612** (236)
GSI (t ₁)			.632** (260)

Tabelle 24: Interkorrelationen zwischen SF-12 und SCL-90-R (Frauen)

	SF 12 PS (t ₂)	GSI (t ₁)	GSI (t ₂)
SF 12 PS (t ₁)	.491** (43)	.640** (79)	.228 (57)
SF 12 PS (t ₂)		.584** (53)	.570** (54)
GSI (t ₁)			.533** (71)

t₁ = Aufnahmebefragung; t₂ = Befragung eine Woche nach Aufnahme; PS =Psychische Summenskala, n in Klammern.

⁺= $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

4.4.10. Interkorrelationen zwischen den Selbstbeurteilungsfragebögen und ausgewählten Parametern der Suchtanamnese

In der Tabelle 25 sind die Interkorrelationen der Selbstbeurteilungsverfahren mit ausgewählten Parametern der Suchtanamnese beschrieben. Damit können Aussagen hinsichtlich der Validität der eingesetzten Verfahren gemacht werden. Alle Angaben zu den Korrelationen wurden mittels Streudiagrammen nach Augenschein überprüft.

Tabelle 25: Interkorrelationen zwischen den Selbstbeurteilungsfragebögen und der Suchtanamnese

	<u>Socrates- Skalen</u>			SCL-90-R (GSI)	SF-12 körperlich	SF-12 psychisch
	Initiative	Problem- bewusstsein	Ambivalenz			
<u>Frauen</u>						
Erstbefragung						
Dauer Alkoholprobleme					-.339** (81)	
Entzug absolut	-.274*** (95)					
Entzug letzte 6 Monate		.221* (95)		.194+ (92)		
Anzahl Entwöhnung	-.357*** (94)	.257+ (95)	-.229* (97)	.164+ (103)	-.243* (80)	
Trinktage letzte 28 Tage			.313** (98)			-.212+ (81)
Rauschtage letzte 28 Tage						-.287* (53)
Zweitbefragung						
Entzug absolut				.235* (72)		
Entzug letzte 6 Monate			-.351** (64)	.365** (71)	-.235+ (53)	-.235+ (53)
Anzahl Entwöhnung				.230+ (71)		
Rauschtage letzte 28 Tage	-.250+ (62)					
<u>Männer</u>						
Erstbefragung						
Dauer Alkoholprobleme		.119* (360)				
Entzug absolut	-.266*** (348)		-.204** (355)	.161* (366)	-.100+ (321)	-.113* (321)
Entzug letzte 6 Monate	-.252*** (348)		.176** (355)			
Anzahl Entwöhnung	-.247*** (348)	.141* (358)	-.225*** (355)	.169** (366)		
Trinktage letzte 28 Tage			.106* (358)			
Rauschtage letzte 28 Tage	-.102+ (350)	.188** (360)		.230*** (369)	-.127* (324)	-.178** (324)
Zweitbefragung						
Dauer Alkoholprobleme		.110+ (246)				
Entzug absolut	-.197** (246)		-.155* (250)			
Entzug letzte 6 Monate	-.179** (246)		.182* (249)			
Anzahl Entwöhnung	-.251*** (247)	.163** (255)	-.245*** (251)			
Rauschtage letzte 28 Tage		.161** (256)				

n in Klammern; zweiseitiges Signifikanzniveau

+ = $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

Frauen

Erstbefragung zur Aufnahme

Bei den Frauen korreliert die Dauer der Alkoholprobleme mit der subjektiv eingeschätzten körperliche Verfassung im SF-12. Die absolute Anzahl der bisher durchgeführten Entzugsbehandlungen geht mit geringen Werten auf der Skala „Initiative“ des

SOCRATES einher. Die Anzahl der kurzfristiger Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Monaten vor der Indexaufnahme interagiert mit höheren Werten im GSI der SCL-90-R sowie mit erhöhten Werten auf der Skala „Problembewusstsein“ des SOCRATES. Um so mehr medizinische Rehabilitationsmaßnahmen von den Frauen durchgeführt wurden, um so geringer sind die Ausprägungen auf allen Skalen des SOCRATES, im GSI und auf der Dimension „Körperliche Gesundheit“ der SF-12. Die Trinktage korrelieren in den letzten 28 Tagen vor der Indexaufnahme mit der Skala „Ambivalenz“ des SOCRATES und der Dimension „Psychische Gesundheit“ der SF-12. Die Anzahl der Rauschtage innerhalb der letzten vier Wochen vor der Indexaufnahme korreliert schließlich ebenfalls mit der Dimension „Psychische Gesundheit“ der SF-12.

Zweitbefragung eine Woche später

Eine Woche nach der Erstbefragung zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl der bisherigen Entzugsbehandlungen und dem GSI der SCL-90-R. Für die Anzahl der Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Monaten finden sich bis auf die beiden Skalen „Initiative“ und „Problembewusstsein“ des SOCRATES für alle eingesetzten Selbstbeurteilungsinventare signifikante Korrelationen. Umso höher die psychische Belastung im Gesamtscore der SCL-90-R, desto höher ist die Anzahl der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen. Die Anzahl der Rauschtage steht mit einer geringen Veränderungsbereitschaft auf der Skala „Initiative“ des SOCRATES in Zusammenhang.

Männer

Erstbefragung zur Aufnahme

Bei den Männern finden sich positive Korrelation zwischen der „Dauer der Alkoholprobleme“ und der Skala „Problembewusstsein“ des SOCRATES. Die absolute Anzahl der Entzugsbehandlungen in der Vorgeschichte zeigt mit allen eingesetzten Fragebögen außer der Skala „Problembewusstsein“ des SOCRATES signifikante Zusammenhänge. Die Anzahl der Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Wochen korreliert mit den Skalen „Initiative“ und „Ambivalenz“ des SOCRATES. Die Häufigkeit von wahrgenommenen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen korreliert mit allen Skalen des SOCRATES und der psychischen Beanspruchung in der SCL-90-R positiv. Die Anzahl der Trinktage korreliert lediglich mit höheren Ausprägungen auf der Skala „Ambivalenz“ vom SOCRATES. Bei der Anzahl der „Trinktage“ bis zum Rausch finden sich hingegen

vielfältige Korrelationen. Geringe Ausprägungen in den Skalen „Initiative“ und „Problembewusstsein“ sowie höhere Einschätzungen in der GSI der SCL-90-R gehen mit häufigeren Trinktagen bis zum Rausch in dem letzten Monat vor der Indexaufnahme einher. Ebenso finden sich Beziehungen zwischen den Rauschtagen und den beiden Dimensionen der SF-12.

Zweitbefragung eine Woche später

Bei den Männern finden sich wie schon zum ersten Erhebungszeitpunkt zur Aufnahme positive Korrelation zwischen der „Dauer der Alkoholprobleme“ und der Skala „Problembewusstsein“ des SOCRATES. Die absolute Anzahl der Entzugsbehandlungen und die Inanspruchnahme von stationärer Behandlung in den vergangenen sechs Monaten zeigen wiederum mit den beiden Skalen „Initiative“ und „Ambivalenz“ des SOCRATES signifikante Zusammenhänge. Die Anzahl der absolvierten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen korreliert auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt mit allen Skalen des SOCRATES. Mehr Rauschtage interagieren schließlich mit der Skala „Problembewusstsein“ des SOCRATES. Für den GSI der SCL-90-R und die beiden Dimensionen der SF 12 finden sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt keinerlei signifikante Korrelationen mehr.

4.4.11. Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Schwere der Symptomatik (GAF und CGI)

Die Einschätzungen zum GAF¹ und CGI² wurden zu Beginn der Behandlung und zum Entlassungszeitpunkt durch den behandelnden Arzt bzw. Therapeuten vorgenommen.

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Weder zum Aufnahmezeitpunkt noch zur Entlassung unterscheiden sich die Einschätzungen des psychosozialen Funktionsniveaus zwischen Männern und Frauen. Paarvergleiche mittels T-Test im GAF zwischen den Einschätzungen zur Aufnahme und Entlassung zeigen sowohl für die Männer (T-Test: $t(364) = 17,238, p < 0,000$) als auch für die Frauen (T-Test: $t(102) = 9,702, p < 0,000$) deutlich verbesserte Einschätzungen und somit eine Verbesserung im eingeschätzten psychosozialen Funktionsniveau.

¹ Anmerkung: In der GAF weisen höhere Werte auf eine Verbesserung im psychosozialen Funktionsniveau hin.

² Anmerkung: In der CGI weist eine Erniedrigung der Werte auf eine Verbesserung der Schwere der Symptomatik hin.

Clinical Global Impressions-Skala (CGI)

Entsprechende positivere Einschätzungen zum Entlassungszeitpunkt finden sich im CGI. Hier finden sich bei den Männer (T-Test: $t(364) = 21,157, p < 0,000$) und bei den Frauen (T-Test: $t(102) = 10,685, p < 0,000$) signifikant geringere Einschätzungen auf der Skala, die eine verbesserte Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung zeigen (Tabelle 26). Die Korrelationskoeffizienten zwischen GAF und CGI liegen zum Aufnahmezeitpunkt für die Männer ($r = 0,45$) und für die Frauen ($r = 0,46$) nach Cohens Konvention im mittleren Niveau. Zum Entlassungszeitpunkt zeigen sich sowohl für die Männer ($r = 0,69$) als auch für die Frauen ($r = 0,68$) deutlich höhere Korrelationen zwischen GAF und CGI auf höherem Niveau.

Tabelle 26: Einschätzungen durch GAF und CGI

	<i>Aufnahme</i>			<i>Entlassung</i>		
	<u>Frauen</u>	<u>Männer</u>	<i>p (t)</i>	<u>Frauen</u>	<u>Männer</u>	<i>p (t)</i>
GAF	44,33 (14,25)	44,16 (13,46)	0,913	56,44 (14,06)	56,65 (14,41)	0,892
GGI	6,08 (0,77)	6,00 (0,72)	0,392	4,77 (1,24)	4,57 (1,34)	0,167

Angaben in Mittelwerte, Standardabweichung in Klammern.

*= $p < 0.10$; *= $p < 0.05$; **= $p < 0.01$; ***= $p < 0.001$

4.4.12. Zusammenfassung der Ergebnisse der Indexbehandlung

Hinsichtlich der Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten finden sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Auch unterscheidet sich der Grad der Alkoholintoxikation in der Aufnahmesituation nicht zwischen den Geschlechtern. Jedoch werden Männer signifikant häufiger nach der Entzugsbehandlung nahtlos in eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme entlassen. Während der Indexbehandlung erhielten Frauen signifikant häufiger eine Diagnose einer komorbiden Störung. Im Hinblick auf die Behandlungsdauer werden Frauen signifikant häufiger länger als 10 Tage behandelt. Frauen und Männer erhalten gleich häufig eine Medikation zur Behandlung eines Alkoholentzugssyndroms. Frauen werden jedoch häufiger auf eine antidepressive Medikation während des stationären Aufenthaltes eingestellt. Sowohl Suizidgedanken als auch Suizidversuche wurden von den Frauen häufiger berichtet. Frauen geben in den Selbstbeurteilungsfragebögen zum Aufnahmezeitpunkt eine höhere psychische Belastung

an. Für beide Geschlechter findet sich jedoch eine signifikante Abnahme innerhalb einer Woche nach der Erstbefragung zum Aufnahmezeitpunkt. Hier zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem psychischen Befinden und dem akuten Alkohol-Entzugssyndrom. In der Behandlungsmotivation während der stationären Entzugsbehandlung finden sich zwischen Frauen und Männern keine Geschlechtsunterschiede. Die Interkorrelationen der Selbstbeturteilungsfragebögen ist dabei für die SCL-90-R und den SF-12 zufriedenstellend. In der ärztlich/therapeutischen Einschätzung in der GAF und der CGI finden sich keine Geschlechtsunterschiede und eine signifikante Verbesserung der Einschätzung zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt.

4.5. Katamnese

Drei Monate nach der Indexbehandlung konnten 84,7 % ($n = 316$) Männer und 89,6 % ($n = 95$) Frauen nachbefragt werden.

4.5.1. Abstinenzraten

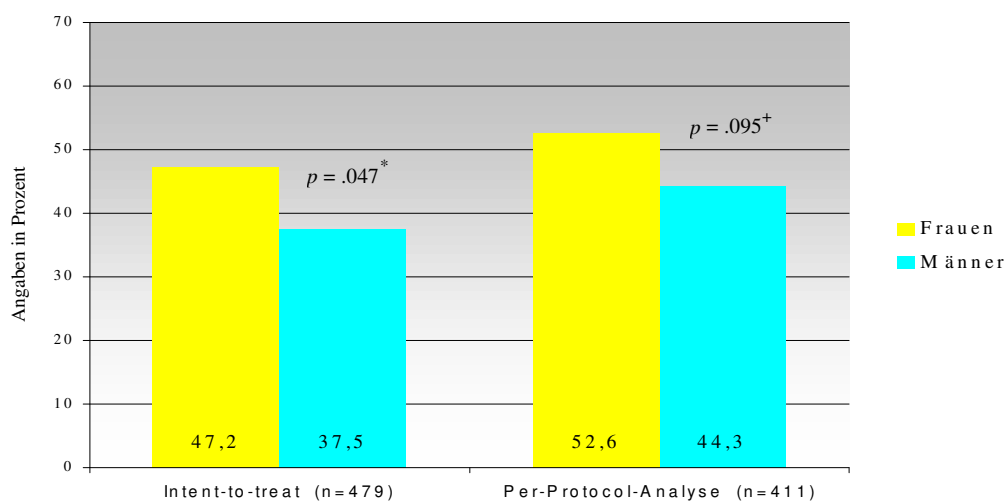
„Intent-to-treat (DGSS₄)“

Werden auch die nicht nachbefragten Patienten als alkoholrückfällig klassifiziert, finden sich drei Monate nach der Indexbehandlung 39,7 % ($n = 190$) alkoholabstinente Patienten. 37,5 % ($n = 140$) der Männer und 47,2 % ($n = 50$) der Frauen gaben eine alkoholabstinente Lebensführung an. Hier zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 3,203$, $p = 0,047$) zugunsten der Frauen.

„Per-Protocol-Analyse (DGSS₃)“

Wird nur die Stichprobe der nachbefragten Patienten in die Analyse einbezogen, gaben 46,2 % ($n = 190$) der Patienten an, abstinent zu leben. 44,3 % ($n = 140$) der Männer und 52,6 % ($n = 50$) der Frauen verneinten erneuten Alkoholkonsum. Hier zeigt sich ein tendenzieller statistischer Unterschied auf dem 10%- α -Niveau (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 2,038$, $p = 0,095$). Abbildung 10 zeigt nochmals die Abstinenzraten im Überblick.

Abbildung 10: Abstinenzraten

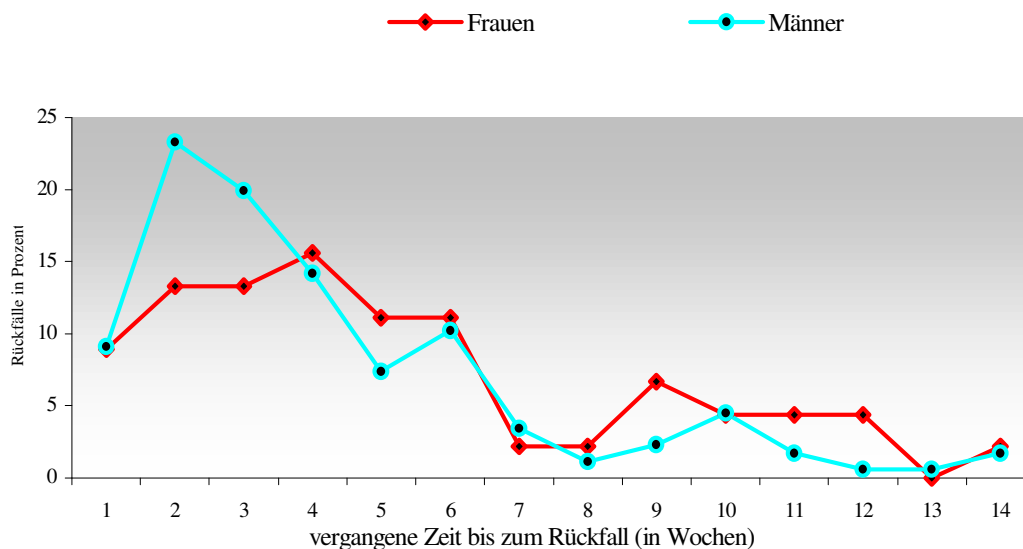


+ = $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

4.5.2. Abstinenzdauer der alkoholrückfälligen Patienten

Die durchschnittliche Abstinenzdauer der alkoholrückfälligen Frauen liegt bei 29,9 Tagen und bei den rückfälligen Männern bei 20,8 Tagen (T-Test: $t(219) = 2,578; p = 0,011$). Die Frauen unter den rückfälligen Patienten wurden demnach später alkoholrückfällig. 9,1 % ($n = 40$) der rückfälligen männlichen und 8,9 % ($n = 9$) der weiblichen Patienten tranken noch am Entlassungstag erneut Alkohol (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 0,115, p = 0,492$). Die meisten Patienten wurden innerhalb des ersten Monats alkoholrückfällig. 79,4 % ($n = 296$) der Männer und 69,6 % ($n = 74$) der Frauen tranken innerhalb der ersten vier Wochen nach der Entlassung aus der Indexbehandlung erneut Alkohol ($\chi^2(1) = 2,807, p = 0,059$). Abbildung 11 zeigt die „Überlebenskurven“ der rückfälligen Patienten unter Beachtung des Geschlechts über den gesamten Katamnesezeitraum von drei Monaten in Wochen unterteilt. Es wird ersichtlich, dass der größte Teil der Stichprobe innerhalb der ersten vier Wochen alkoholrückfällig wurde, wobei Frauen tendenziell später rückfällig wurden.

Abbildung 11: Rückfallzeitpunkt im Katamnesezeitraum



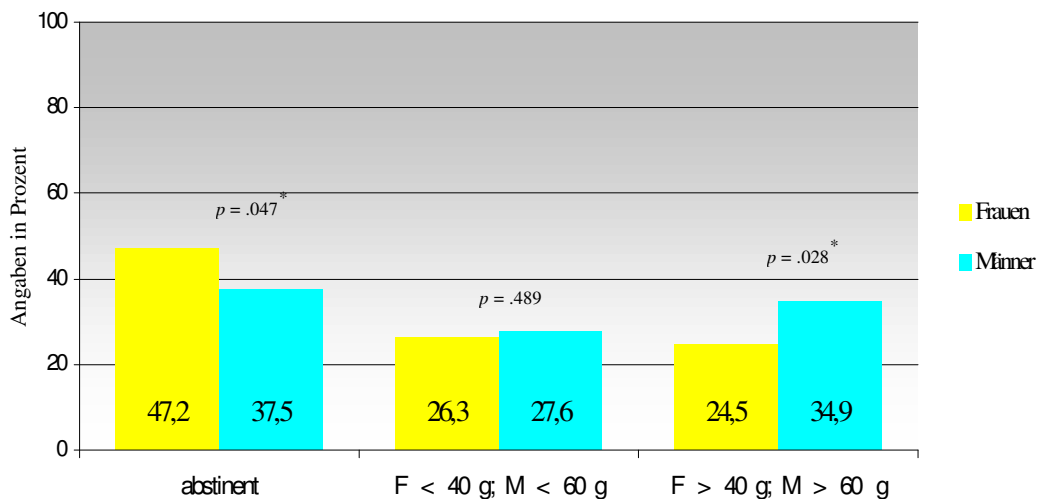
4.5.3. Differenzierung des Alkoholkonsum der rückfälligen Patienten

Als Kriterium wird ein Alkoholkonsum von weniger als 60 Gramm bei den Männern und weniger als 40 Gramm reinen Alkohol pro Tag bei den Frauen zugrunde gelegt (vgl. Abschnitt 2.1.). Erhoben wurde der durchschnittliche tägliche Alkoholkonsum in den letzten sieben Tagen vor der Katamnesebefragung. Patienten für die keine Katamnese-daten vorliegen, werden der Gruppe mit gefährlichem- oder Hochkonsum zugeordnet („DGSS₄“). In der Gesamtstichprobe der untersuchten Patienten sind:

- 39,6 % ($n = 190$) abstinent
- 32,6 % ($n = 144$) tranken durchschnittlich *unterhalb* der definierten Alkoholmengen
- 27,8 % ($n = 114$) tranken durchschnittlich *oberhalb* der definierten Alkoholmengen.

Abbildung 12 zeigt die prozentualen Verteilungen im Geschlechtervergleich. Für Alkoholkonsummengen unterhalb „60 g reinen Alkohol pro/d für die Männer“ und unterhalb „40 Gramm reinen Alkohol für die Frauen pro/d“ finden sich keine statistischen Unterschiede (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 0,19, p = 0,489$). Für höhere durchschnittliche Alkoholmengen finden sich hingegen signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 4,006, p = 0,028$). In dieser Kategorie befinden sich mehr Männer.

Abbildung 12: Konsummengen vor der Katamnesebefragung



F = Frauen, M = Männer. Konsummengen in Gramm reinen Alkohol pro Tag
⁺ = $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

4.5.4. Besserungsraten in der untersuchten Stichprobe

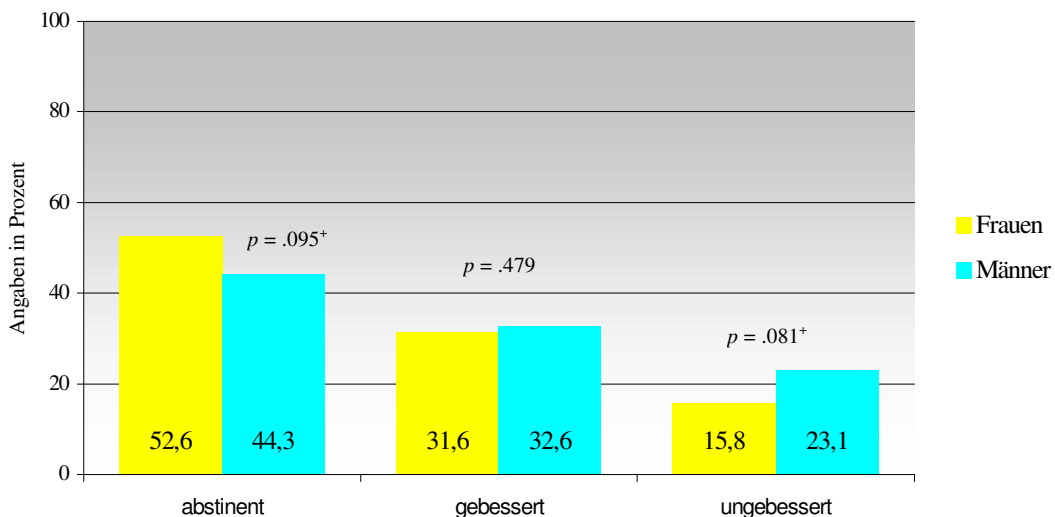
Als Kriterium zur Verbesserung des Alkoholkonsums wird analog zum Vorgehen im vorherigen Abschnitt ein Konsum von weniger als 60 Gramm bei den Männern und weniger als 40 Gramm reinen Alkohol pro Tag bei den Frauen zugrunde gelegt. Konsumierten die Patienten oberhalb der Alkoholmengen, werden sie entsprechend als „Ungebesserte“ eingestuft. Erhoben wurde der durchschnittliche tägliche Alkoholkonsum in den letzten sieben Tagen vor der Katamnesebefragung.

Vor der Indexbehandlung tranken lediglich 8,2 % ($n = 26$) der Männer und 8,4 % ($n = 8$) der Frauen unterhalb der definierten Gefährdungsgrenzen. In der Katamnesebefragung tranken 58,5 % ($n = 103$) der rückfälligen Männer und 66,7 % ($n = 30$) der rückfälligen Frauen unterhalb der Gefährdungsgrenzen (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 2,321, p = 0,128$). Sowohl für die Männer (McNemar-Test: $\chi^2(1) = 80,61, p < 0,000$) als auch für die Frauen (McNemar-Test: $\chi^2(1) = 25,037, p < 0,000$) zeigt sich eine signifikante Reduktion im Trinkverhalten. Abbildung 13 zeigt die prozentualen Verteilungen im Geschlechtervergleich. Für die in der Katamnese nachuntersuchte Stichprobe („DGSS₃“) sind nach Angaben der Patienten:

- 46,2 % ($n = 190$) abstinent
- 32,4 % ($n = 133$) „gebessert“
- 21,4 % ($n = 88$) „ungebessert“.

Für die Kategorie „gebessert“ finden sich keine statistischen Unterschiede (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 0,34, p = 0,479$) zwischen den Geschlechtern. Für die Kategorie „ungebessert“ finden sich tendenzielle Unterschiede auf dem 10%- α -Niveau (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 2,321, p = 0,081$). In dieser Kategorie befinden sich mehr Männer.

Abbildung 13: Abstinente, Gebesserte und Ungebesserte



$^+ = p < 0.10$; $* = p < 0.05$; $** = p < 0.01$; $*** = p < 0.001$

4.5.5. Konsumverhalten im Prä-post-Vergleich

Die Anzahl der Trinktage und Trinktage bis zum Rausch innerhalb der letzten 28 Tage und die durchschnittliche Alkoholkonsum vor der Katamnesebefragung in den letzten sieben Tagen können als erweiterte Bewertungskriterien herangezogen werden. In die Darstellung werden nur Patienten einbezogen, für die zum Katamnesezeitpunkt Daten vorlagen („DGSS₃“).

„Trinktage“

Für die letzten vier Wochen vor der Katamneseuntersuchung gaben die 176 rückfälligen Männer und die 45 rückfälligen Frauen etwa gleich viele Trinktage an (Tabelle 27). Die Werte unterscheiden sich zwischen den Geschlechtern nicht signifikant (Mann-Whitney-U-Test: $Z = 0,796$, $p = 0,426$). Ein Vergleich der Trinktage zwischen Katamnesebefragung und Befragung vor der Indexaufnahme zeigt bei den Männern (Wilcoxon-Test: $Z = 7,043$, $p < 0,000$) und bei den Frauen (Wilcoxon-Test: $Z = 4,190$, $p < 0,000$) eine signifikante Reduktion.

„Trinktage bis zum Rausch“

Auch hinsichtlich der angegebenen Rauschtage findet sich bei den rückfälligen Patienten zwischen den Geschlechtern kein signifikanter Unterschied (Mann-Whitney-U-Test: $Z = 0,217$, $p = 0,828$). Es gaben 56,8 % ($n = 100$) der Männer und der 57,8 % ($n = 26$) Frauen an, im Katamnesezeitraum an keinem Tag bis zum Rausch getrunken zu haben. Ebenso zeigt ein Vergleich der Rauschtage zwischen Katamnesebefragung und Befragung vor der Indexaufnahme bei den Männern (Wilcoxon-Test: $Z = 5,83$, $p < 0,000$) und bei den Frauen (Wilcoxon-Test: $Z = 2,653$, $p = 0,008$) eine signifikante Abnahme.

„Menge des Alkoholkonsums“

Eine Woche vor der Indexbehandlung tranken die Männer durchschnittlich 227 Gramm reinen Alkohol pro Tag. Eine Woche vor der Katamnesebefragung gaben die rückfälligen Patienten einen Konsum von 68 Gramm pro Tag an (T-Test: $t(168) = 11,845$; $p < 0,000$). Bei den Frauen reduzierte sich die durchschnittliche konsumierte Alkoholmenge von 143 Gramm auf 41 Gramm reinen Alkohol pro Tag (T-Test: $t(45) = 7,320$; $p < 0,000$).

Tabelle 27: Konsumverhalten im Prä-Post-Vergleich

Erhebungszeitpunkt	<u>Frauen</u>		<i>p</i>	<u>Männer</u>		<i>p</i>
	<i>prä</i> ¹	<i>post</i> ²		<i>prä</i>	<i>post</i>	
Trinktage	16,4 (10)	4 (8,1)	.000 ^{***}	18,6 (9,6)	5,6 (9,4)	.000 ^{***}
Trinktage bis zum Rausch	7,1 (8,7)	2,1 (6,3)	.000 ^{***}	10,1 (10)	2,6 (6,4)	.000 ^{***}
Alkoholmenge pro Tag	143	41	.000 ^{***}	227	68	.000 ^{***}

Standardabweichung in Klammern; ¹in den letzten vier Wochen vor der Indexaufnahme; ²in den letzten vier vor Wochen vor der Katamnesebefragung;

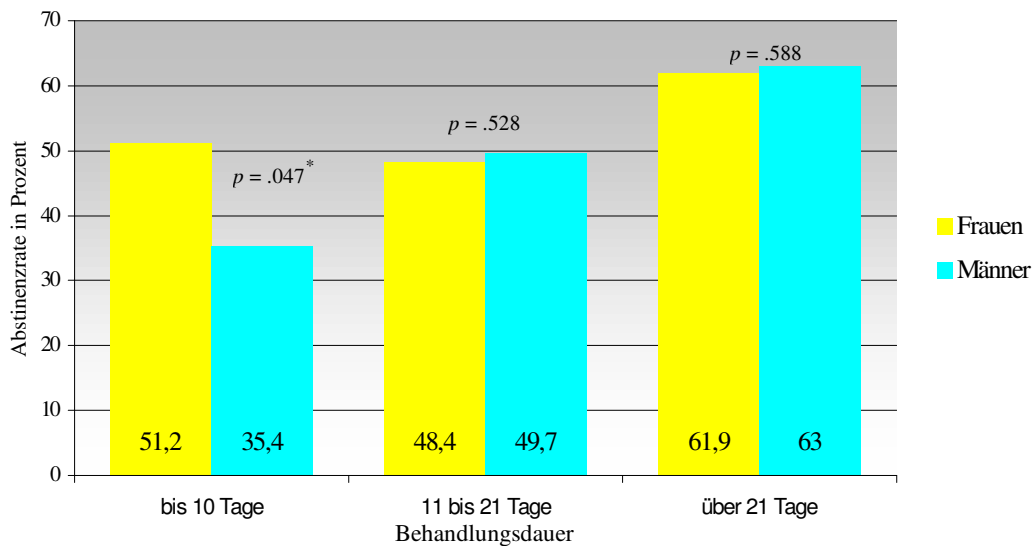
⁺= $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

4.5.6. Interaktion von Abstinenzraten und Behandlungsdauer

In Abschnitt 4.4.4. wurde die Behandlungsdauer bereits detailliert beschrieben. An dieser Stelle soll auf die Interaktion zwischen den dort gebildeten Kategorien und den Abstinenzraten im Geschlechtervergleich eingegangen werden. In der Abbildung 14 finden sich die Abstinenzraten in den gebildeten Kategorien zur Behandlungsdauer. Je länger bei den Männern die Behandlung andauerte, umso höher ist die Abstinenzquote. Zwischen der ersten Kategorie (Behandlungsdauer weniger als 11 Tage) und der zweiten Kategorie (Dauer zwischen 11 und 21 Tagen) zeigt sich ein signifikanter Unterschied (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 5,992$, $p = 0,01$). Männliche Patienten, die unter 11 Tagen behandelt wurden, zeigen eine deutliche geringe Abstinenzrate. Der Vergleich der ersten mit der dritten Kategorie (Dauer über 21 Tage) zeigt ein ebensolches Ergebnis (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 7,203$, $p = 0,007$). Zwischen der zweiten und dritten Kategorie findet sich kein signifikanter Unterschied (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 1,164$, $p = 0,144$).

Bei den Frauen ist ein solcher Haupteffekt nicht zu festzustellen. Alle Einzelvergleiche zwischen den Kategorien zeigen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede (Kategorie eins vs. zwei (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 0,056$, $p = 0,500$); Kategorie eins vs. drei (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 0,657$, $p = 0,295$); Kategorie zwei vs. drei (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 0,920$, $p = 0,250$).

Abbildung 14: Interaktion von Behandlungsdauer und Abstinenz



Behandelte Männer: 45,6 % (n = 144) 45,9 % (n = 145) 8,5 % (n = 27)
 Behandelte Frauen: 45,3 % (n = 43) 32,6 % (n = 31) 22,1 % (n = 21)

+ = $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

In der ersten Kategorie unterscheiden sich die Werte zwischen Männern und Frauen (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 3,009$, $p = 0,047$). Männer, die sich bis zu 10 Tage behandelt haben lassen, wurden häufiger rückfällig als Frauen, die ebenso lange behandelt wurden. Der korrelative Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Alkoholrückfall ist bei den Männern $r = .167$ ($p = .001$) und bei den Frauen $r = .088$ ($p = .198$) und somit bei den Frauen nicht signifikant.

4.5.7. Inanspruchnahme sozialen und medizinischen Hilfen

4.5.7.1. Medizinische Rehabilitationsmaßnahme

18,9 % (n = 18) der Frauen und 30,4 % (n = 96) der Männer traten in den ersten drei Monaten nach der Indexaufnahme eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme an. Der Anteil der Männer ist signifikant höher (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 4,763$, $p = 0,029$). Von den nachbefragten Patienten befanden sich 20,6 % (n = 65) der Männer und 10,5 % (n = 10) der Frauen zum Zeitpunkt der Katamnesebefragung in einer stationären Rehabilitationseinrichtung (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 4,939$, $p = 0,026$).

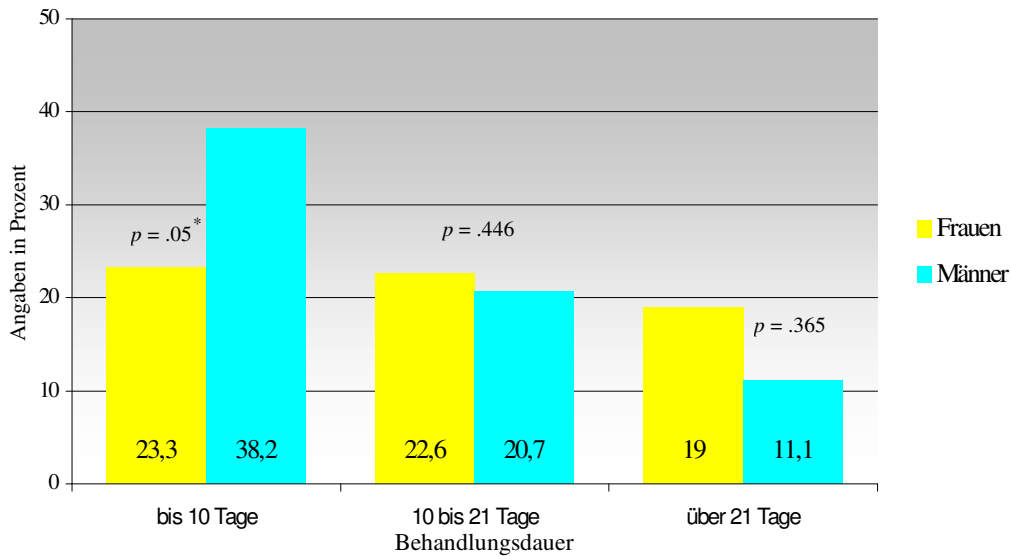
4.5.7.2. Erneute Entzugsbehandlung nach der Indexaufnahme

22,1 % ($n = 21$) der Frauen und 27,8 % ($n = 88$) der alkoholrückfälligen Männer begaben sich im Katamnesezeitraum erneut in eine stationäre Entzugsbehandlung. Es zeigt sich dabei kein statistischer Unterschied zwischen den Geschlechtern (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 1,236, p = 0,266$).

4.5.7.3. Interaktion der Behandlungsdauer und einer erneuten Entzugsbehandlung

Analog zu dem Vorgehen in Abschnitt 4.5.6. sollen die Interaktionen zwischen der Behandlungsdauer und der Inanspruchnahme einer erneuten Entzugsbehandlung untersucht werden. Abbildung 15 zeigt vergleichbare Ergebnisse zu der Interaktion zwischen Behandlungsdauer und Abstinenz. Männer, die sich unter 11 Tage behandelt haben lassen, wurden am häufigsten wieder stationär aufgenommen. Die Werte der ersten Kategorie unterscheiden sich signifikant von der zweiten (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 10,663, p = 0,001$) und von der dritten Kategorie (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 7,441, p = 0,04$). Die zweite und dritte Kategorie unterscheiden sich nicht (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 1,347, p = 0,188$).

Bei den Frauen finden sich zwischen den Kategorien wiederum keine Unterschiede. Alle Einzelvergleiche zwischen den Kategorien zeigen keine statistisch signifikanten Unterschiede (Kategorie eins vs. zwei (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 0,005, p = 0,587$); Kategorie eins vs. drei (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 1,46, p = 0,485$); Kategorie zwei vs. drei (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 0,94, p = 0,521$). In der ersten Kategorie unterscheiden sich die Werte zwischen Männern und Frauen (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 3,259, p = 0,05$). Männer die nur kurzzeitig behandelt wurden, begaben sich häufiger als Frauen erneut in stationäre Behandlung.

Abbildung 15: Interaktion zwischen Behandlungsdauer und erneuter EntzugsbehandlungBehandelte Männer: 45,6 % ($n = 144$)45,9 % ($n = 145$)8,5 % ($n = 27$)Behandelte Frauen: 45,3 % ($n = 43$)32,6 % ($n = 31$)22,1 % ($n = 21$)+ = $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

4.5.7.4. Hausarzt

42,7 % ($n = 135$) der Frauen und 50,5 % ($n = 48$) der Männer kontaktierten in den letzten vier Wochen vor der Katamnesebefragung ihren Hausarzt (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 1,801$, $p = 0,111$). Im Vergleich zur Erstbefragung (68,4 %) konsultierten die Männer weniger häufig ihren Hausarzt (McNemar-Test: $\chi^2(1) = 41,290$, $p < 0,000$). Auch Frauen suchten im Vergleich zur Erstbefragung (67,4 %) weniger häufig ihren Hausarzt auf (McNemar-Test: $\chi^2(1) = 5,921$, $p = 0,015$).

48,3 % ($n = 85$) der alkoholrückfälligen und 35,7 % ($n = 50$) der abstinenten Männer suchten ihren Hausarzt auf. Die wieder trinkenden Männer nahmen signifikant häufiger ihren Hausarzt in Anspruch (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 5,004$, $p = 0,016$). Bei den Frauen sind es 53,3 % ($n = 24$) der rückfälligen und 48,0 % ($n = 24$) der abstinenten Personen, die im Katamnesezeitraum mindestens einmal ihren Hausarzt aufsuchten. Hier findet sich hingegen kein signifikanter Unterschied (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 0,270$, $p = 0,377$). Zwischen den Geschlechtern zeigt sich im Hausarztkontakt bei den abstinenten Personen ein tendenzieller Unterschied auf dem 10%- α -Niveau (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 2,339$, $p = 0,087$). Abstinente Frauen nahmen den ihren Hausarzt häufiger in Anspruch. Bei den

rückfälligen Personen zeigt sich im Geschlechtervergleich hinsichtlich der Hausarztkontakte kein statistischer Unterschied (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 0,364, p = 0,311$). Alkoholrückfällige Männer und Frauen kontaktierten gleichermaßen häufig ihren Hausarzt.

4.5.7.5. Niedergelassener Facharzt für Psychiatrie

12 % ($n = 38$) der Männer und 21,1 % ($n = 20$) der Frauen konsultierten in den letzten vier Wochen im Katamnesezeitraum einen Psychiater (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 4,911, p = 0,023$). Bei den Männern findet sich eine leichte Abnahme der psychiatrischen Kontakte im Vergleich zur Befragung während der Indexaufnahme (McNemar-Test: $\chi^2 (1) = 2,817, p = 0,093$). Dort berichteten 16,5 % ($n = 52$) der Männer von psychiatrischen Konsilen. Bei den Frauen bleibt das Verhältnis in etwa gleich (McNemar-Test: $\chi^2 (1) = ,528, p = 0,581$). In der Erstbefragung zur Indexbehandlung gaben 17,9 % ($n = 17$) der Frauen an, die fachärztliche Hilfe eines Psychiaters in Anspruch genommen zu haben.

4.5.7.6. Niedergelassener Psychologe

Psychotherapeutische Behandlung durch einen Psychologen gaben 5,1 % ($n = 16$) der Männer und 6,3 % ($n = 6$) der Frauen an. Hier findet sich kein statistischer Unterschied (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 0,226, p = 0,399$). Bei den Frauen nimmt der Anteil im Vergleich zur Erstbefragung (10,5 %, $n = 10$) leicht ab, erreicht aber keine statistische Signifikanz (McNemar-Test: $\chi^2 (1) = 0,888, p = 0,388$). Bei den Männer bleibt der Anteil im Vergleich zur Erstbefragung unverändert (5,1 %, $n = 15$).

4.5.7.7. Selbsthilfegruppen

39,2 % ($n = 124$) der Männer und 33,7 % ($n = 32$) der Frauen gaben an, in den letzten vier Wochen vor der Wiederbefragung Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe gehabt zu haben (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 (1) = 0,958, p = 0,196$). Vor der Indexbehandlung gaben 18,8 % ($n = 70$) der Männer und 21,7 % ($n = 23$) Frauen an, regelmäßig Kontakt zu Selbsthilfegruppen zu haben. Im Vergleich zwischen der Erst- und Katamnesebefragung (DGSS₃) besuchten knapp 20 % mehr Männer eine Selbsthilfegruppe (McNemar-Test: $\chi^2 (1) = 33,028, p < 0,000$). Der Anteil der Frauen erhöhte sich zum Katamnesezeitpunkt um

11 %. Der Unterschied zeigt sich auf dem 10%- α -Niveau (McNemar-Test: $\chi^2(1) = 3,488$, $p = 0,063$) tendenziell signifikant.

4.5.7.8. Suchtberatungsstellen

21,2 % ($n = 67$) der Männer und 24,2 % ($n = 23$) der Frauen hatten nach ihren Angaben innerhalb der letzten vier Wochen vor der Wiederbefragung Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 0,386$, $p = 0,312$). Vor der Indexbehandlung lag der Anteil bei den Männern bei 24,1 % ($n = 76$) und bei den Frauen bei 20,0 % ($n = 19$). Im statistischen Vergleich zwischen Erst- und Zweitbefragung finden sich weder bei den Männern (McNemar-Test: $\chi^2(1) = ,790$, $p = 0,374$) noch bei den Frauen (McNemar-Test: $\chi^2(1) = 0,321$, $p = 0,571$) Unterschiede. Es zeigen sich also weder zwischen den beiden Befragungszeitpunkten noch zwischen den Geschlechtern Unterschiede im Kontakt zu den Suchtberatungsstellen.

4.5.8. Interkorrelationen zwischen den Selbstbeurteilungsfragebögen und ausgewählten Parametern der Katamnese

Im Folgenden sollen die in der Indexbehandlung von den Patienten ausgefüllten Selbstbeurteilungsfragebögen im Hinblick auf Interkorrelationen zu ausgewählten Parametern der Katamnesebefragung berichtet werden (vgl. Tabelle 28). Dadurch kann wiederum eine Aussage über die Validität der eingesetzten Verfahren gemacht werden.

Frauen

Erstbefragung zur Aufnahme

Bei den Frauen korreliert höhere Ambivalenz gemessen mit dem SOCRATES mit der Anzahl der Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. Geringe Werte auf der Dimension „Körperliche Gesundheit“ interagieren mit der Anzahl der Rauschtage innerhalb der letzten 28 Tage vor der Katamnesebefragung. Die Inanspruchnahme einer erneuten Entzugsbehandlung innerhalb des Katamnesezeitraumes korreliert positiv mit hohen Ausprägung in der psychischen Beanspruchung gemessen mit dem GSI der SCL-90-R und der Dimension „Psychische Gesundheit“ der SF-12, d. h. die Frauen, die weniger psychische Probleme berichteten, nahmen auch weniger häufig erneut eine Entzugsbehandlung war.

Tabelle 28: Interkorrelationen zwischen den Selbstbeurteilungsfragebögen und ausgewählten Parametern der Katamnese

	<i>Socrates- Skalen</i>					
	<i>Initiative</i>	<i>Problem- bewusstsein</i>	<i>Ambivalenz</i>	<i>SCL-90-R (GSI)</i>	<i>SF-12 körperlich</i>	<i>SF-12 psychisch</i>
Frauen						
Erstbefragung						
Teilnahme Entwöhnung						
Rauschtage					-.212 ⁺ (73)	
erneute Entzugsbehandlung				.294 ^{**} (94)		-.294 ^{**} (94)
Zweitbefragung						
Abstinenz	.287 ⁺ (56)	-.230 ⁺ (61)		-.265 ⁺ (85)	.265 [*] (49)	
Rauschtage		.262 ⁺ (41)				
erneute Entzugsbehandlung				.225 ⁺ (85)		
Männer						
Erstbefragung						
Abstinenz	.330 ^{***} (299)		.212 ^{**} (305)			
Teilnahme Entwöhnung	.167 ^{**} (299)	.140 [*] (305)				
Teilnahme Selbsthilfegruppe	.142 [*] (299)	.113 [*] (305)	.150 [*] (305)			
Rauschtage	-.195 ^{**} (299)					
Trinktage	-.196 ^{**} (299)		-.142 [*] (305)			
erneute Entzugsbehandlung	-.220 ^{**} (299)		-.137 [*] (305)			
Gramm Alkohol post	-.188 ^{**} (299)					
Zweitbefragung						
Abstinenz	.336 ^{***} (216)	.153 [*] (221)				
Teilnahme Entwöhnung		.183 [*] (221)				
Rauschtage	-.249 ^{***} (216)					
Trinktage	-.280 ^{***} (216)				-.150 [*] (205)	
erneute Entzugsbehandlung	-.196 ^{**} (216)					
Gramm Alkohol post	-.203 ^{**} (216)				-.143 ⁺ (205)	

n in Klammern; nominalskalierte Korrelationen mittels Spearman-Rho; zweiseitiges Signifikanzniveau.

⁺= $p < 0.10$; ^{*}= $p < 0.05$; ^{**}= $p < 0.01$; ^{***}= $p < 0.001$

Zweitbefragung eine Woche später

Hier finden sich zahlreiche signifikante Zusammenhänge mit der Abstinenz der Frauen. Eine größere Veränderungsbereitschaft und ein größeres Problembewusstsein auf den Skalen des SOCRATES gehen mit einer höheren Abstinenzquote ebenso einher, wie eine niedriger psychische Belastung im GSI der SCL-90-R und eine bessere subjektive körperliche Befindlichkeit auf der Dimension „Körperliche Summenskala“ der SF-12. Die Inan-

spruchnahme einer erneuten Entzugsbehandlung im dreimonatigem Katamnesezeitraum korreliert positiv mit einer größeren Belastung im GSI der SCL-90-R.

Männer

Erstbefragung zur Aufnahme

Bei den Männern korreliert die Skala „Initiative“ des SOCRATES mit allen ausgewählten Parametern der Katamnesebefragung. Insbesondere finden sich verhältnismäßig hohe Korrelationen zwischen der Abstinenz und der Skala „Initiative“, mit der Veränderungsbereitschaft gemessen wird. Um so veränderungsbereiter die Männer waren, umso häufiger leiteten sie eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme ein und nahmen an einer Selbsthilfegruppe teil. Die Anzahl der Trinktage und Trinktage bis zum Rausch, der durchschnittliche Alkoholkonsum pro Tag in den letzten sieben Tagen vor der Katamnesebefragung und die Inanspruchnahme einer erneuten Entzugsbehandlung im Katamnesezeitraum korrelieren negativ mit der Skala „Initiative“. Das heißt, um so höher die Veränderungsbereitschaft der männlichen Patienten war, um so geringer waren die Trink- und Rauschtage und die Trinkmengen und umso weniger häufig nahmen sie eine erneute Entzugsbehandlung in Anspruch.

Die Skala „Problembewusstsein“ zeigt Zusammenhänge mit der Einleitung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme und der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe im Katamnesezeitraum. Ein uneinheitliche Bild zeigt die Skala „Ambivalenz“ des SOCRATES. Hier zeigen sich bei den Männern mit höherer Ambivalenz erstaunlicherweise positive Korrelationen zu den Abstinenzraten und der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe. Ebenso erstaunlich ist die Korrelation, dass Männer mit niedriger Ambivalenz negative Zusammenhänge zu der Anzahl der Trinktage und der Inanspruchnahme einer erneuten Entzugsbehandlung zeigen. Das heißt, dass diese weniger ambivalenten Patienten mehr Trinktage hatten und häufiger Entzugsbehandlungen im Katamnesezeitraum in Anspruch genommen haben. Für den GSI der SCL-90-R und den beiden Dimensionen der SF-12 finden sich bei den Männern keine signifikanten Interaktionen mit den ausgewählten Parametern der Katamneseuntersuchung.

Zweitbefragung eine Woche später

Zur Zweitbefragung zeigt sich für die Skala „Initiative“ ein ähnliches Bild wie zur Erstbefragung. Außer für die Einleitung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zeigen

sich für alle Parameter signifikante Korrelationen. Für die Skala „Problembewusstsein“ gehen höhere Werte mit Abstinenz und der Einleitung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme einher. Schließlich zeigten Männern mit einer höheren Ausprägung an subjektiven körperlichen Beschwerden gemessen mit der entsprechenden Dimension der SF-12 weniger Trinktage und einen geringeren Alkoholkonsum in den definierten Zeiträumen vor der Katamneseuntersuchung.

4.5.9. Zusammenfassung der Katamneseergebnisse

In der Katamnesebefragung liegt eine befriedigende Wiederbefragungsquote vor. Bei konservativer Betrachtung finden sich signifikant mehr Frauen, die angaben im dreimonatigen Katamnesezeitraum alkoholabstinent gelebt zu haben. In den Besserungsraten zeigen sich bei den gebesserten alkoholrückfälligen Patienten keine Geschlechtsunterschiede, bei den ungebessert Alkoholrückfälligen finden sich hingegen mehr Männer. Unter den alkoholrückfälligen Patienten zeigen Frauen eine längere Abstinenzdauer nach der stationären Behandlung als die Männer.

Als erweiterte Besserungskriterien wurden die Trink- und Rauschtage in den letzten vier Wochen und die durchschnittlich konsumierte Alkoholmenge in den letzten sieben Tagen vor der Wiederbefragung herangezogen. Hier zeigt sich im Vergleich zur Erstbefragung für Frauen und Männer eine signifikante Reduktion im Konsumverhalten. Frauen und Männer besuchen im Katamnesezeitraum häufiger eine Selbsthilfegruppe als vor der Indexbehandlung. Bei den rückfälligen Patienten unterscheiden sich die Geschlechter nicht in der Inanspruchnahme einer erneuten Entzugsbehandlung. Die Wiederaufnahmeraten sind für beide Geschlechter hoch. Männer treten häufiger innerhalb des Katamnesezeitraumes eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme an.

Bei den Männern findet sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Behandlungsdauer während der Indexbehandlung und der Abstinenzquote und der Inanspruchnahme einer erneuten Entzugsbehandlung. Männer die weniger lange behandelt wurden, berichten häufiger über einen Alkoholrückfall und nehmen häufiger eine erneute Entzugsbehandlung innerhalb der ersten drei Monate nach der Entlassung wahr. Bei den Frauen lassen sich solche Zusammenhänge nicht nachweisen.

4.6. Prädiktoren für einen Alkohorrückfall

Zunächst wurden alle relevanten Parameter einzeln in Logistische Regressionsanalysen berechnet und univariat auf ihren prädiktiven Wert überprüft. Im zweiten Schritt wurden die signifikanten Regressoren, sofern sie keine binären Variablen sind, kategorisiert. Dieser Schritt war aufgrund hoher Varianzen in den metrischen Variablen erforderlich. Es wurden anschließend für beide Geschlechter getrennt logistische Regressionsmodelle generiert. In die Logistischen Regressionsmodelle sind die univariat signifikanten Prädiktoren für einen erneuten Alkohorrückfall innerhalb des Katamnesezeitraumes einbezogen worden.

4.6.1. Univariate Logistische Regressionsanalysen für die Männer

In der Tabelle 29 finden sich die univariat signifikanten Parameter. In der *Suchtanamnese* zeigt eine hohe Anzahl von Entzugshandlung einen prädiktiven Wert für einen erneuten Alkohorrückfall. Insbesondere Männer mit mehrfachen Entzugsbehandlungen während ihrer Alkoholerkrankung sind rückfallgefährdet. Sie zeigen ein knapp dreifach erhöhtes Risiko gegenüber Männern, die zwei oder weniger Entzugsbehandlungen durchgeführt haben. Männer, die in den letzten sechs Monaten vor der Indexbehandlung mehr als zwei Entzugsbehandlungen in Anspruch nahmen, zeigen ein 2,5-fach erhöhtes Rückfallrisiko gegenüber Patienten, die über weniger als zwei Entzugsbehandlungen berichteten. Das Auftreten von schwerwiegenden Entzugskomplikationen wie ein „Delirium tremens“ erhöht die Rückfallwahrscheinlichkeit 2,5-fach, ein entzugsbedingter epileptischer Anfall 1,5-fach.

In der *aktuellen sozialen Anamnese* hat die Anzahl der Personen, mit denen der Patient seine Freizeit verbringt und die ebenfalls Alkoholprobleme haben, einen signifikanten Einfluss auf einen erneuten Alkohorrückfall. Sie erhöhen das Rückfallrisiko um das 2,5-fache. Keine Vertrauenspersonen zu haben erhöhen das Risiko für einen Rückfall um das 2,5-fache, nur wenige Vertrauenspersonen um das circa 1,5-fache. Kein eigenes Einkommen zur Bestreitung des Lebensunterhaltes sowie keine aktuelle Partnerschaft prädiszieren einen erneuten Alkohorrückfall um das jeweils knapp 1,5-fache.

Im Verlauf der *Indexbehandlung* zeigen bei den Männern die Einschätzungen im SOCRATES die stärksten Prädiktoren für einen erneuten Alkoholrückfall. Je weniger motiviert die Männer nach den Operationalisierungen des SOCRATES sind, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit nach der Indexbehandlung alkohlrückfällig zu werden. Auf der Skala „Initiative“, mit der eine aktive Verhaltensänderungen operationalisiert wird, zeigen Patienten mit geringer Motivationsausprägung ein knapp 4-fach erhöhtes Rückfallrisiko. Hier zeigt sich univariat der stärkste Einflussfaktor für eine Rückfall der Männer. Niedrige Werte auf der Skala „Recognition“ des SOCRATES, mit dem das Abwägen von positiven und negativen Folgen des Alkoholkonsums erfasst wird, erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalles um das 1,7-fache. Auf der Skala „Ambivalenz“ des SOCRATES verweisen hohe Werte auf eine Infragestellung des Alkoholproblems und erhöhen das Rückfallrisiko um das 2-fache.

Die ärztlich/therapeutische Einschätzung über den Schweregrad der Erkrankung im CGI sagt signifikant rückfällige Patienten voraus. Schließlich hat die Behandlungsdauer einen signifikanten Einfluss auf eine Alkoholrückfall bei den Männern. Das Risiko für einen Alkoholrückfall für Patienten, die weniger als neun Tage¹ behandelt wurden, ist zweifach erhöht gegenüber Patienten, die länger behandelt wurden. Männer, die sich nach der Indexbehandlung keiner Selbsthilfegruppe anschlossen, haben ein 1,8-fach erhöhtes Risiko für einen erneuten Alkoholrückfall.

¹ Die Behandlungsdauer wird in < 9; 10-13 und >13 Behandlungstagen kategorisiert um gleichmäßige Zellenbesetzungen zu erhalten.

Tabelle 29: Univariat signifikante Parameter in einer Logistischen Regression ($p < 0,05$) – Kriterium Alkoholrückfall - Männer

	Variable	Rk	Sf	Wald	df	p	Odds Ratio	95 % KI
Suchtanamnese	Entzugsbehandlung in den letzten 6 Monaten (metrisch)	.293	.083	12.510	1	.000***	1.341	1.140 - 1.577
	> 2 (kategorial)	.978	.248	15.487	1	.000***	2.658	1.634 - 4.326
	Entzugbehandlungen insgesamt (metrisch)	.038	.013	9.193	1	.002**	.963	.939 - .987
	< 2 (kategorial)			17.928	2	.000***	1	
	2 – 7	.520	.280	3.449	1	.063+	1.683	.972 - 2.914
	> 7	1.200	.283	17.922	1	.000***	3.321	1.905 - 5.788
	anamnestisch Delirium tremens (kategorial)	.876	.288	9.222	1	.002**	2.401	1.364 - 4.225
anamnestisch Entzugsanfall (kategorial)	.582	.260	5.014	1	.025*	1.789	1.075 - 2.976	
soziale Anamnese	eigener Unterhalt (kategorial)	.579	.232	6.244	1	.012*	1.785	1.133 - 2.811
	Personen mit Alkoholproblemen (kategorial)	.956	.335	8.122	1	.004**	2.600	1.348 - 5.016
	keine aktuelle Partnerschaft	.526	.230	5.231	1	.022*	1.691	1.078 - 2.654
	Anzahl der Vertrauenspersonen							
	0	.997	.432	5.337	1	.021*	2.710	
	1 -3	.509	.240	4.511	1	.034*	1.664	1.040 - 2.662
> 3			7.663	2	.022*	1	1.163 - 6.314	
Indexbehandlung	SOCRATES Initiative. <i>MZ I</i> (metrisch)	.128	.025	26.273	1	.000***	.880	.837 - .924
	< 23 (kategorial)	1.478	.302	23.929	1	.000***	4.385	2.425 - 7.927
	23 – 25	.534	.277	3.727	1	.054+	1.706	.992 - 2.934
	> 25			24.127	2	.000***	1	
	SOCRATES Recognition. <i>MZ I</i> (metrisch)	.079	.037	4.604	1	.032*	.924	.860 - .993
	< 25 (kategorial)	.543	.273	3.961	1	.047*	1.721	1.008 - 2.937
	25	.235	.279	.712	1	.399	1.265	.733 - 2.184
	> 25			3.963	2	.138	1	

...Fortsetzung

	Variable	Rk	Sf	Wald	df	p	Odds Ratio	95 % KI
	SOCRATES Ambivalence. MZ I (metrisch)	.102	.033	9.826	1	.002**	.903	.847 - .962
	< 10 (kategorial)			6.695	2	.035*	1	
	10 – 11	.478	.275	3.030	1	.082 ⁺	1.613	.942 - 2.763
	> 11	.698	.280	6.218	1	.013*	2.009	1.161 - 3.477
	Behandlungsdauer (metrisch)	.048	.016	9.315	1	.002**	.953	.924 - .983
	< 9 (kategorial)	.695	.269	6.668	1	.010 ⁺	2.003	1.182 - 3.393
	10 – 13	.012	.293	.002	1	.968	.988	.557 - 1.755
	> 13	.037	.192	.037	1	.847	1	
	CGI am Entlassungstag (metrisch)	.256	.086	8.878	1	.003**	1.291	1.091 - 1.528
Inanspruchnahme	kein Besuch einer Selbsthilfegruppe	.596	.233	6.528	1	.011 ⁺	1.815	1.149 - 2.650

Legende: Rk = Regressionskoeffizient; Sf = Standardfehler. df = Freiheitsgrade; p = Signifikanzniveau. KI = Konfidenzintervall MZ = Messzeitpunkt.

⁺=p < 0.10; * = p < 0.05; ** = p < 0.01; *** = p < 0.001

4.6.2. Logistisches Regressionsmodell für die Männer

Die univariat signifikanten Parameter wurden für die Analyse in einem Logistischen Regressionsmodell (Tabelle 30) vorab auf Interaktions- und Konfundierungseffekte überprüft. Die Parameter „Delirium tremens“ und „Entzugsanfall“ korrelieren signifikant miteinander ($r = .326$), so dass aufgrund der höheren univariaten Signifikanz der Parameter „Delirium tremens“ in die Analyse eingeführt wurde. Alle Subskalen des „SOCRATES“ sowie die Parameter „Entzugsbehandlungen insgesamt“ und „Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Wochen vor der Indexbehandlung“ sind hochkonfundiert. In das Logistische Regressionsmodell wurden lediglich die Skala „Initiative“ des SOCRATES zum Erhebungszeitpunkt der Erst-Applikation und die „Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Wochen“ einbezogen. Weiterhin wurde aus logischen Gesichtspunkten auf den Parameter „Anzahl der Vertrauenspersonen“ verzichtet, da eine Interaktion mit einer zum Katamnesezeitpunkt bestehenden Partnerschaft zu erwarten ist. Es ist zu vermuten, dass Patienten in einer festen Partnerschaft den Partner auch als Vertrauensperson angaben.

Werden die selektierten univariat signifikanten Parameter in ein Logistisches Regressionsmodell eingeführt, haben schließlich die Variablen „Inanspruchnahme von Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Monaten vor der Indexaufnahme“, die „überwiegende Freizeitgestaltung mit Personen, die ebenfalls Alkoholprobleme haben“ und die Skala „Initiative“ des SOCRATES einen signifikanten Vorhersagewert für einen erneuten Alkoholrückfall im Katamnesezeitraum. Auf dem 10 % α -Niveau haben weiterhin ein anamnestisch berichtetes „Delirium tremens“ und „keine Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe“ einen prädiktiven Wert.

Mehr als zwei Entzugsbehandlungen innerhalb der letzten sechs Monate vor der Indexbehandlung erhöhen das Rückfallrisiko um das 1,9-fache. Umgang in der Freizeit mit Personen mit Alkoholproblemen um das 2,2-fache und eine geringe Motivation zur Veränderungsbereitschaft um das 2,7-fache. Eine geringe Motivation ist der stärkste Prädiktor für einen erneuten Alkoholrückfall. Schlossen sich die Patienten nach der Indexbehandlung keiner Selbsthilfegruppe an, erhöhen sie ihr Risiko rückfällig zu werden um das 1,5-fache. Hatten sie im Verlauf ihrer Alkoholkrankung ein Delirium tremens, erhöht sich die Rückfallwahrscheinlichkeit um das 1,7-fache.

Tabelle 30: Logistisches Regressionsmodell – signifikante Prädiktoren für die Männer

Variable	Rk	Sf	Wald	df	p	Odds Ratio	95 % KI
> 2 Entzugsbehandlung letzte 6 Monate	.638	.288	4.916	1	.027*	1.892	1.077 - 3.324
anamnestisch Delirium tremens	.564	.327	2.971	1	.085⁺	1.758	.926 - 3.339
kein eigener Unterhalt	.070	.276	.065	1	.799	1.073	.625 - 1.842
Umgang mit Personen mit Alkoholproblemen	.795	.376	4.465	1	.035*	2.215	1.059 - 4.631
keine aktuelle Partnerschaft	.319	.265	1.454	1	.228	1.376	.819 - 2.313
SOCRATES Initiative							
< 23	1.014	.334	9.213	1	.002**	2.758	1.432 - 5.309
23 – 25	.352	.304	1.347	1	.246	1.422	.784 - 2.579
> 25			9.311	2	.010*	1	
Behandlungsdauer							
< 9	-.308	.337	.835	1	.361	.735	.380 - 1.423
10 – 13	.232	.303	.586	1	.444	1.262	.696 - 2.287
> 13			2.696	2	.260	1	
GAF am Entlassungstag	-.015	.009	2.641	1	.104	.985	.968 - 1.003
kein Besuch einer Selbsthilfegruppe	.435	.265	2.703	1	.10⁺	1.545	.920 - 2.595

Legende: Rk = Regressionskoeffizient; Sf = Standardfehler. df = Freiheitsgrade; p = Signifikanzniveau, KI = Konfidenzintervall MZ = Messzeitpunkt.

⁺= $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

4.6.3. Univariate Logistische Regressionsanalysen für die Frauen

In der Tabelle 31 finden sich die univariat signifikanten Parameter. In der *Suchtanamnese* zeigt ebenso wie bei den Männern eine hohe Anzahl von Entzugshandlung einen prädiktiven Wert für einen erneuten Alkoholrückfall. Auch hier sind Frauen mit mehrfachen Entzugsbehandlungen gegenüber Frauen mit anamnestisch weniger Entzugsbehandlungen gefährdeter und zeigen ein 7-fach erhöhtes Risiko für einen erneuten Alkoholrückfall. Für Frauen mit mehr als einer Entzugsbehandlung im letzten halben Jahr zeigt sich eine um das 3-fach erhöhte Rückfallwahrscheinlichkeit.

In der *aktuellen sozialen Anamnese* zeigen Frauen, die über keinen eigenen Unterhalt verfügen und auf die Unterstützung von Arbeitslosengeld /-hilfe bzw. Sozialhilfe angewiesen sind, ein 2,5-fach erhöhtes Rückfallrisiko.

Im Gegensatz zu den Männern hat bei den Frauen die Schulbildung einen prädiktiven Einfluss. Hierzu wurden die Patientinnen mit Sonderschulabschluss, Hauptschulabschluss und kein Schulabschluss sowie die Patientinnen mit Realschul- bzw. Gymnasialabschluss jeweils in Gruppen zusammengefasst. Frauen mit einem mittleren und hohen Bildungsniveau haben eine 2,2-fache erhöhte Alkoholrückfallwahrscheinlichkeit.

Jüngere Frauen sind deutlich stärker rückfallgefährdet. Frauen unter 39 Jahren haben gegenüber den über 47 Jahre alten Frauen ein 3,6-fach erhöhtes und die 39 bis 47-Jährigen gegenüber den über 47-Jährigen ein 2,2-fach erhöhtes Rückfallrisiko. Der Intoxikationsgrad bei der Aufnahme hat einen prädiktiven Wert. Je höher der gemessene Alkoholgehalt in der Atemluft war, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit für einen Alkoholrückfall. Die Frauen, die während der Behandlung eine antidepressive Pharmakotherapie erhielten, haben eine ungünstigere Prognose für eine Alkoholabstinenz. Pharmakologisch behandelte Patientinnen haben ein 3-fach erhöhtes Rückfallrisiko.

Der Gesamtscore der SCL-90-R und fünf ihrer Subskalen zeigen zum zweiten Erhebungszeitpunkt eine Woche nach der Erst-Applikation einen Einfluss auf die Rückfallwahrscheinlichkeit. Frauen, die über hohe psychische Belastungen außerhalb des akuten Entzugssyndroms berichteten, zeigen eine ungünstigere Prognose (Odds ratio im Einzelnen vgl. Tabelle 30).

Schließlich haben Frauen, die sich im Katamnesezeitraum in Behandlung bei einem niedergelassenen Psychiater befanden, eine erhöhte Rückfallwahrscheinlichkeit um das circa 3-fache. Ebenso wie bei den antidepressiv behandelten Patientinnen dürfte hier eine psychiatrische Komorbidität die Rückfallwahrscheinlichkeit beeinflussen.

Tabelle 31: Univariat signifikante Parameter in einer Logistischen Regression ($p < 0.05$) – Kriterium Alkoholrückfall - Frauen

	Variable	Rk	Sf	Wald	df	p	Odds Ratio	95 % KI
Suchtanamnese	Entzugsbehandlung in den letzten 6 Monaten (metrisch)	.537	.227	5.582	1	.018*	1.711	1.096 - 2.670
	0 (kategorial)			4.230	2	.121	1	
	1	.523	.474	1.219	1	.270	1.687	.667 - 4.272
	> 1	1.142	.565	4.086	1	.043*	3.134	1.035 - 9.485
	Entzugbehandlungen insgesamt (metrisch)	.056	.027	4.338	1	.037*	1.057	1.003 - 1.114
	< 2 (kategorial)			6.007	2	.050 ⁺	1	
	2 – 7	1.621	.821	3.897	1	.048*	5.058	1.012 - 25.291
> 7	2.061	.844	5.965	1	.015*	7.855	1.502 - 41.066	
soziale Anamnese	Alter (metrisch)	.071	.026	7.315	1	.007**	.931	.884 - .981
	> 47 (kategorial)			5.737	2	.057 ⁺	1	
	39 – 47	.788	.513	2.361	1	.124	2.199	.805 - 6.010
	< 39	1.281	.540	5.619	1	.018*	3.599	1.248 - 10.377
	eigener Unterhalt (kategorial)	.970	.449	4.677	1	.031*	2.639	1.095 - 6.358
	Personen mit Alkoholproblemen (kategorial)	1.409	.621	5.143	1	.023*	4.091	1.211 - 13.822
	Schulbildung (kategorial)	.811	.419	3.738	1	.053 ⁺	2.250	.989 - 5.119
	Suizidgedanken (kategorial)	.811	.419	3.738	1	.053*	2.250	.989 - 5.119

<i>...Fortsetzung</i>	Variable	Rk	Sf	Wald	df	p	Odds Ratio	95 % KI
	Suizidversuch (kategorial)	.860	.457	3.538	1	.060 ⁺	2.364	.965 - 5.792
Indexbehandlung	antidepressive Pharmakotherapie (kategorial)	1.197	.541	4.890	1	.027 [*]	.302	.105 - .873
	Atemalkohol bei der Aufnahme (metrisch)	.400	.178	5.021	1	.025 [*]	1.491	1.051 - 2.115
	SCL-90-R – GSI. <i>MZ II</i> (metrisch)	1.335	.574	5.400	1	.020 [*]	3.798	1.232 - 7.068
	SCL-90-R – Somatisierung. <i>MZ II</i> (metrisch)	1.002	.487	4.238	1	.040 [*]	2.723	1.049 - 7.068
	Variable	Rk	Sf	Wald	df	p	Odds Ratio	95 % KI
	SCL-90-R – Zwang. <i>MZ II</i> (metrisch)	.969	.398	5.928	1	.015 [*]	2.635	1.208 - 5.747
	SCL-90-R – Ängstlichkeit. <i>MZ II</i> (metrisch)	.896	.404	4.926	1	.026 [*]	2.449	1.110 - 5.401
	SCL-90-R – Aggressivität. <i>MZ II</i> (metrisch)	.926	.436	4.512	1	.034 [*]	2.525	1.074 - 5.937
	SCL-90-R – Paranoides Denken. <i>MZ II</i> (metrisch)	.960	.390	6.064	1	.014 [*]	2.612	1.216 - 5.609
Inanspruchnahme	Konsultation eines niedergelassenen Psychiaters	1.197	.541	4.890	1	.027 [*]	3.310	1.146 - 9.565

Legende: Rk = Regressionskoeffizient; Sf = Standardfehler. df = Freiheitsgrade; p = Signifikanzniveau. KI = Konfidenzintervall MZ = Messzeitpunkt.

⁺= $p < 0.10$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

4.6.4. Logistisches Regressionsmodell für die Frauen

Auch bei den Frauen wurden die univariat signifikanten Parameter in ein Logistisches Regressionsmodell (Tabelle 32) eingeführt. Allerdings konnten aufgrund zu kleiner Stichprobenumfänge die Parameter „Antidepressive Pharmakotherapie“ und „Konsultation eines niedergelassenen Psychiaters im Katamnesezeitraum“ nicht in das Logistische Regressionsmodell eingeschlossen werden. Die Stichprobengröße sollten nach Backhaus (2000) mindestens „ $n = 25$ “ betragen. Auch auf eine Kategorisierung der Variablen „Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Monaten vor der Indexbehandlung“ und des „Gesamtscores der SCL-90-R“ wurde aufgrund zu kleiner Stichprobenumfänge verzichtet. Die Subskalen der SCL-90-R werden wegen starker Konfundierungseffekte untereinander nicht mit in die Analyse einbezogen. Weiterhin korrelieren die beiden Parameter „Suizidgedanken“ und „Suizidversuch“ stark miteinander ($r = .67$), so dass nur die „Suizidgedanken“ in die Analyse einbezogen wurden. Hinsichtlich des „eigenen Unterhaltes“ und der „Schuldbildung“ finden sich hingegen keine signifikanten Interaktionseffekte, so dass beide Parameter in das Modell einbezogen werden konnten.

Im abschließenden Logistischen Regressionsmodell finden sich drei signifikante Parameter. Ähnlich wie bei den Männern erhöht die Anzahl der „Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Monaten“ vor der Indexbehandlung das Rückfallrisiko um das 2,5-fache. Haben die Patientinnen in der Erstuntersuchung Suizidgedanken bejaht, erhöht sich für diese Teilstichprobe die Rückfallwahrscheinlichkeit um das 2-fache.

Den stärksten Prädiktor bildet schließlich das Alter. Unter 39-jährige Frauen haben ein 3-fach und zwischen 39 bis 47-jährige Frauen ein 2-fach erhöhtes Rückfallrisiko gegenüber älteren Frauen.

Tabelle 32: Logistisches Regressionsmodell – signifikante Prädiktoren für die Frauen

Variable	Rk	Sf	Wald	Df	p	Odds Ratio	95 % KI
Anzahl Entzugsbehandlungen letzte 6 Monate	.934	.454	4.236	1	.040*	2.545	1.046 - 6.195
Atemalkoholgehalt bei der Aufnahme	.237	.300	.627	1	.429	1.268	.704 - 2.282
Alter							
< 39 Jahre	2.082	.997	4.361	1	.037*	3.023	1.136 - 56.636
39 - 47 Jahre	1.673	.862	3.764	1	.052⁺	2.126	.983 - 28.851
> 47 Jahre			5.101	2	.078 ⁺	1	
eigener Unterhalt	1.134	.731	2.406	1	.121	3.107	.742 - 13.016
Bildungsniveau	1.020	.691	2.179	1	.140	2.773	.716 - 10.739
Suizidgedanken	1.395	.731	3.641	1	.046*	2.036	.963 - 16.917
SCL-90-R eine Woche nach Erst-Applikation	.717	.719	.994	1	.319	2.047	.501 - 8.374

Legende: Rk = Regressionskoeffizient; Sf = Standardfehler. df = Freiheitsgrade; p = Signifikanzniveau. KI = Konfidenzintervall MZ = Messzeitpunkt.

⁺=p < 0.10; * = p < 0.05; ** = p < 0.01; *** = p < 0.001

5. Diskussion

Ziel der vorliegenden multizentrischen Studie ist es, geschlechtsspezifische Unterschiede bei alkoholabhängigen Patienten in einer akutpsychiatrischen Entzugsbehandlung zu evaluieren. Neben einer umfassenden Beschreibung der Stichprobe und des stationären Behandlungsverlaufes wurden in einer Katamnesebefragung kurzfristige Effekte der stationären Akutbehandlung erhoben.

5.1. Methodische Aspekte

Vor der detaillierten Diskussion der vielfältigen Ergebnisse soll zunächst eine kritische Betrachtung der Vergleichbarkeit, Datenqualität und Methodik erfolgen.

5.1.1. Vergleichbarkeit der Stichprobe

Wir befragten 78 % Männer und 22 % Frauen. Auch in verschiedenen deutschen Studien, in denen Patienten aus einer stationären Entzugsbehandlung rekrutiert wurden, fanden sich zwischen 20 und 30 % Frauen. In Untersuchungen mit einer vergleichbaren Stichprobengröße fanden Driessen et al. (1999) und Stetter et al. (1997) jeweils knapp 25 % Frauen. Schwärzler et al. (1997) berichten von 26 %, Keller et al. (2002) von 21,5 % Frauenanteil unter den stationär behandelten Patienten. Wienberg (1993) untersuchte Alkoholabhängige in 14 psychiatrischen Kliniken bundesweit und fand 24 % alkoholabhängige Frauen. Auch in aktuellen deutschen epidemiologischen Studien beträgt der Anteil von Frauen circa ein Viertel der Alkoholabhängigen (vgl. Bauernfeind, 1998; Franke, 1998; Simon & Palazzetti, 1999). Ebenso werden in internationalen epidemiologischen Studien vergleichbare Prävalenzzahlen mit einem Verhältnis von 3:1 bis 4:1 angegeben (z. B. Fleming, 1996; Greenfield, 2002; Schober & Annis, 1996; Wilsnack et al., 2000). Die Prävalenzzahlen in epidemiologischen Studien spiegeln sich also in der prozentualen Verteilung von stationär behandelten Frauen und Männern in etwa wieder. Frauen und Männer unter-

scheiden sich in der vorliegenden Untersuchung nicht im Alter. In den allermeisten deutschen Studien, in denen Patienten während einer stationären Behandlung untersucht wurden, zeigt sich äquivalent ein Alterdurchschnitt von circa 40 Jahren (vgl. z. B. Bauer & Hasenöhrl, 2000; Stetter et al, 1997; Schwärzler et al., 1997; Veltrup et al., 1996; Wienberg, 1993).

Kritisch ist die Einordnung der Befunde in internationale Studien zu sehen. Die Stichprobe dieser Studie ist im internationalen Vergleich nicht ohne Weiteres mit den dort untersuchten Personen vergleichbar, da sich insbesondere das deutsche und angloamerikanische System zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen in vielerlei Hinsicht unterscheidet (vgl. z. B. Kufner & Kraus, 2002; Velasquez, 2000). Oft beziehen sich die in verschiedenen Studien berichteten Ergebnisse zu geschlechtsspezifischen Befunden nicht auf Patienten, die eine stationäre Entzugsbehandlung durchgeführt haben, sondern auf Bevölkerungsumfragen.

In Deutschland fanden sich im Hinblick auf das vorliegende Design und die untersuchte Patientenstichprobe zwei in Teilbereichen vergleichbare Studien (siehe detailliert Abschnitt 2.10.). Aber auch ein Vergleich der vorliegenden Untersuchung mit den Ergebnissen dieser Studien kann aufgrund unterschiedlicher Stichprobenparameter, der unterschiedlichen Behandlungsdauer und des Therapieprogramms nur eingeschränkt erfolgen. Insbesondere gibt es keine Untersuchung, die kurzfristige Effekte einer akutpsychiatrischen Entzugsbehandlung im Geschlechtervergleich analysiert. Insofern haben die Ergebnisse dieser Studie explorativen Charakter. Mann et al. (1996; vgl. auch Mann & Ackermann, 2000) untersuchten in einer prospektiven Studie Geschlechtsunterschiede im Längsschnitt. Als Eingangsvoraussetzung zur Teilnahme an der Studie galt eine erhaltene familiäre und/oder berufliche Integration. Hinsichtlich der Variablen Alter und Bildung wurden die männlichen Patienten dem weiblichen Stichprobenkollektiv parallelisiert. Weiterhin wurden die Patienten in eine kontinuierliche poststationäre ambulante Gruppenpsychotherapie eingebunden. Insofern bestand für die Patienten eine gesicherte qualifizierte Nachsorge und sie befanden sich in einem kontinuierlichem therapeutischen Prozess, der die Abstinenz-, Besserungs- und Haltquoten günstig beeinflusst haben könnte. Insofern fand eine nicht unerhebliche Stichprobenselektion und Weiterbehandlung statt, die die Vergleichbarkeit mit der vorliegenden Stichprobe begrenzt. Bischof et al. (2003) untersuchten Unterschiede zwischen alkoholabhängigen Frauen und Männern

während einer dreiwöchigen stationären Motivationstherapie. Sie überprüften neben soziodemografischen Parametern insbesondere „prozessnahe und therapeutisch beeinflussbare subjektive Patientenmerkmale“ wie das Suchtmittelverlangen die und Selbstwirksamkeitserwartung, deren Untersuchung in der vorliegenden Studie keine Rolle spielte. Sie führten keine katamnestiche Untersuchung durch und formulierten keine Kriterien für einen Behandlungserfolg.

Alle fünf beteiligten Kliniken haben einen Pflichtversorgungsauftrag in ihren jeweiligen Versorgungsgebieten. Das heißt, dass nahezu alle Patienten, auch notfallmäßig und außerhalb der regulären Dienstzeiten, aufgenommen werden (müssen). Eine Ablehnung, Delegation oder Selektion der Patienten ist in der Regel nicht möglich. Die vorliegende Stichprobe beinhaltet dadurch auch chronische Alkoholabhängige mit komplizierten Krankheitsverläufen und schwerer sozialer Desintegration. In spezialisierten Fachkliniken, medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, aber auch in der „Qualifizierten Entzugsbehandlung“ finden stationäre Aufnahmen häufig nach Vorgesprächen und terminlichen Absprachen statt. Notfallmäßige Aufnahmen werden dort kaum oder gar nicht vorgenommen. Die untersuchte Stichprobe ist demnach eher repräsentativ für Kliniken mit Pflichtversorgungsauftrag, weniger für stationäre Einrichtungen, die eine Möglichkeit zur Auswahl ihrer Patienten haben.

Allerdings wurden nur Patienten in die Untersuchung einbezogen, die mindestens drei Tage behandelt wurden. Frühe „Therapieabbrecher“ wurden also nicht weiter untersucht. Es wurden weiterhin nur Patienten mit einem Lebensmittelpunkt im Versorgungsgebiet der beteiligten Kliniken, mit ausreichenden deutschen Sprachkenntnissen sowie ausreichender kognitiver Leistungsfähigkeit nach klinischer Beurteilung befragt. Patienten mit eindeutig multiplen Substanzgebrauch wurden jedoch selektiert. Insofern können die Ergebnisse nicht auf alle in den jeweiligen Suchtabteilungen aufgenommenen Patienten generalisiert werden.

5.1.2. Datenausschöpfung

Von allen Patienten der Stichprobe konnten soziodemografische und suchtanamnestische Daten mittels des von Reker et al. (2003) konzipierten halbstandardisierten Fragebogens erhoben werden. Für die Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassungsmodalitäten und den Komorbiditätsraten sowie den ärztlichen und therapeutischen Einschätzungen zur GAF und zum CGI liegen nahezu komplette Daten vor. Zum Aufnahmezeitpunkt liegt die Akzeptanz und Bearbeitung der Selbstbeurteilungsfragebögen durch die Patienten im befriedigenden Bereich. Beim SOCRATES müssen Einbußen hingenommen werden, da in einer Klinik fälschlicherweise eine veraltete Fragebogenversion des Verfahrens eingesetzt wurde und die Daten nicht mit in die statistische Analyse einbezogen werden konnten. Eine Woche nach der Erstbefragung reduzierte sich die Datenausschöpfung für die Selbstbefragungsinventare beträchtlich. Dennoch können aufgrund des großen Stichprobenumfangs Aussagen über kurzfristige Veränderungen in der subjektiven Einschätzung der psychischen Belastung, der Gesundheitswahrnehmung und hinsichtlich motivationaler Faktoren gemacht werden. Die Gründe für die geringere Datenausschöpfung in den Selbstbeurteilungsfragebögen eine Woche nach der Erstbefragung liegen zumeist in einer frühzeitigen Entlassung aus der stationären Behandlung vor dem zweiten Befragungszeitpunkt. So wurden 47 % der Stichprobe bis zum 10. Tag der Behandlung wieder entlassen, die Erstbefragung fand jedoch in Abhängigkeit vom Intoxikationsgrad und dem Verlauf der Entzugssymptomatik innerhalb der ersten vier Tage nach der Aufnahme statt. Dadurch schieden viele Patienten für die Zweitbefragung aus.

5.1.3. Diagnostik komorbider psychischer Störungen

Die Diagnose eines Alkoholabhängigkeitssyndroms erfolgte anhand des in der ICD 10 (Dilling et al., 1993) aufgeführten Kriterienkatalogs und wurde von allen in die Untersuchung aufgenommenen Patienten erfüllt. Ein gelegentlicher Benzodiazepin- oder Cannabisabusus führte in dieser Studie nicht zwingend zum Ausschluss. Das bedeutet jedoch auch, dass nicht ausschließlich monovalent alkoholabhängige Patienten untersucht wurden. In den Befragungen während der Indexbehandlung und in der Katamneseunter-

suchung wurde der Gebrauch anderer Suchtstoffe außer Alkohol und Nikotin nicht detailliert erfragt. Die Abgrenzung zu einem eindeutig polyvalenten Konsummuster erfolgte nach klinischen Gesichtspunkten. Kritisch müssen die hier angegebenen Komorbiditätsraten betrachtet werden, da keine standardisierte Diagnostik (z. B. SCID I für Achse-I-Störungen und SCID II für Persönlichkeitsstörungen) durchgeführt wurde. Allerdings wurden die Diagnosen durch erfahrene Fachärzte für Psychiatrie gestellt. Eine kritische Diskussion des Verlaufes komorbider psychischer Störungen bei Alkoholabhängigen während der Indexbehandlung erfolgt im Abschnitt 5.2.4.

5.1.4. Durchführung der Katamneseuntersuchung

Es wurde mit drei Monaten nach der Indexbehandlung ein kurzer Zeitraum für die Katamnesebefragung gewählt. Einerseits sollten damit möglichst kurzfristige Effekte der akutpsychiatrischen Entzugsbehandlung gemessen werden, da für eine günstige Prognose eine unmittelbare und rasche Anbindung an ambulante ärztliche und therapeutische Weiterbehandlungsmaßnahmen sowie eine Inanspruchnahme sozialer Hilfen wichtig ist (vgl. z. B. Dawson, 1996; Rumpf et al., 2000; Timko et al., 2002). Andererseits ereignen sich die meisten Alkoholrückfälle innerhalb der ersten Monate nach einer suchtspezifischen Behandlung. Hunt et al. (1971) gehen davon aus, dass sich zwei Drittel der Rückfälle innerhalb der ersten drei Monate nach einer Behandlung ereignen (im Überblick siehe auch Körkel & Lauer, 1995).

In dieser Untersuchung konnten drei Monate nach der Indexbehandlung knapp 86 % der Patienten nachbefragt werden. Ähnliche Wiederbefragungsquoten finden sich in deutschen Studien mit einem vergleichbar kurzen Katamnesezeitraum. Lange et al. (1999) konnten nach vier Monaten 84,5 % ihrer Stichprobe erneut befragen, Stetter & Mann (1997) geben eine Wiederbefragungsquote von 89 % nach acht Monaten an. Kufner et al. (1986) berichten von einer Ausschöpfungsquote von 84 % nach sechs Monaten. Morley et al. (1996) berichten in einer Übersicht über 339 Katamnesestudien mit sehr heterogenen Katamnesezeiträumen von einer durchschnittlichen Rücklaufquote von 82 %. Die vorliegende Untersuchung zeigt somit befriedigende Wiederbefragungsquoten. Obwohl alle Patienten ihren Lebensmittelpunkt im Versorgungsgebiet der beteiligten Kliniken hatten,

wurden die Patienten aus organisatorischen und ökonomischen Gründen überwiegend telefonisch nachbefragt. Es sind durch telefonische Nachbefragungen also ggf. Einschränkungen in der Qualität der Katamnesedaten hinzunehmen. Eine telefonische Nachbefragung ist jedoch nicht zwangsläufig einer persönlichen Nachbefragung unterlegen. Midanik et al. (2001) führten zwei große repräsentative amerikanische Umfragen mit jeweils knapp 2000 teilnehmenden Personen durch. In der einen Befragung wurden die Interviews im Rahmen einer telefonischen Befragung durchgeführt, in der anderen wurden die Personen persönlich befragt („face-to-face-interview“). In beiden Untersuchungen kam ein identisches standardisiertes Interview zum Einsatz. Die Personen, die telefonisch befragt wurden, gaben signifikant mehr alkoholbedingte gesundheitliche und soziale Folgeschäden an. Die Autoren interpretieren dieses Ergebnis in die Richtung, dass im telefonischen Interview weniger „sozial erwünschte“ Antworten gegeben werden und auch die kognitiven Anforderungen an die Interviewten geringer seien. Greenfield et al. (2001) berichten in einer Publikation mit einer weiteren Analyse der Daten von Midanik et al. von keinen Unterschieden in den Angaben der Patienten hinsichtlich Abstinenzraten und des gegenwärtigen Alkoholkonsums. Die Autoren leiten aus den Ergebnissen ab, dass es nur wenige Unterschiede bei dem Vergleich von persönlich oder telefonisch durchgeführten Befragungen in den Aussagen der Personen gibt. Auch Kraus und Augustin (2001) gingen der Frage nach, ob sich zwischen telefonischer und persönlicher Datenerhebung Unterschiede zeigen. Sie befragten jeweils knapp 6000 repräsentative Personen in Deutschland. Für das Ausmaß alkoholassoziierter Probleme fanden sich zwischen beiden Methoden keine Unterschiede. Die telefonisch befragten Personen gaben lediglich geringere Trinkmengen in den letzten 30 Tagen vor der Befragung an.

5.2. Diskussion geschlechtsspezifischer Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Im Folgenden sollen die wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung diskutiert und soweit möglich mit Befunden und Resultaten deutscher und internationaler empirischer Studien verglichen werden. Hierzu wird die im Ergebnissteil zugrunde gelegte Darstellungsreihenfolge weitgehend beibehalten.

5.2.1 Soziodemografische Angaben und das soziale Netz

Bildungsniveau

Der größte Teil der Patienten verfügt über einen Hauptschul- bzw. Realschulabschluss. Es finden sich jedoch mehr Frauen im mittleren bis höheren Bildungsniveau. In verschiedenen Studien konnte ebenfalls ein Einfluss des schulischen Werdeganges auf die Entwicklung eines Alkoholproblems bei Frauen nachgewiesen werden. So wiesen in der relativ vergleichbaren Stichprobe von Bischof et al. (2003) Frauen ebenfalls eine höhere Schulbildung auf. In einer niederländischen Bevölkerungsumfrage von Neve et al. (1996) zeigte sich bei Frauen ein erhöhter Alkoholkonsum in Abhängigkeit vom Bildungsniveau. Frauen mit höherer Bildung tranken signifikant mehr Alkohol. Bei den Männern konnte solch ein Bildungseinfluss nicht nachgewiesen werden. Auch Franke (2001) fand bei substanzabhängigen Frauen höhere Schulabschlüsse. Gmel (2000) errechnete in einem Logistischen Regressionsmodell für eine „höhere Schulbildung“ und „nicht verheiratet sein“ die stärksten Prädiktoren für gefährlichen Alkoholkonsum bei Frauen.

Berufliche Beschäftigung

In verschiedenen Studien wird berichtet, dass der Anteil beruflicher Probleme bei Männern gegenüber Frauen signifikant erhöht ist (vgl. z. B. Brady & Randall, 1999; El-Guebaly et al., 1995; Greenfield, 2002; Wilsnack et al., 1997, 2000). Die Arbeitslosenquote in der untersuchten Stichprobe ist bei den Männern sehr hoch und doppelt so hoch wie bei den Frauen. Werden Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung als eine Kategorie zusammengefasst,

finden sich jeweils etwa nur ein Drittel in einem Arbeitsverhältnis stehende Frauen und Männer mit eigenem Einkommen. Wird jedoch bedacht, dass ein Viertel der Frauen angaben eine Tätigkeit als Hausfrau auszuführen, ist der Anteil beschäftigungsloser Männer deutlich erhöht.

Familienstand

Deutlich mehr Frauen als Männer sind zum Befragungszeitpunkt verheiratet bzw. leben in einer festen Partnerschaft. In der Studie von Bischof et al. (2003) werden hinsichtlich soziodemografischer Variablen vergleichbare Ergebnisse berichtet. Die Scheidungsrate beträgt für beide Geschlechter circa 30 % und liegt damit nicht über den Angaben vom Statistischen Bundesamt (2003), wonach in Deutschland aktuell jede dritte bis vierte Ehe geschieden wird. Gleichwohl berichten z. B. Gmel et al. (2000) in einer deutschen Untersuchung über signifikant mehr Frauen mit gefährlichem Alkoholkonsum, die nicht verheiratet sind. Zu sehr ähnlichen Ergebnissen gelangten Hanna et al. (1993). Sie untersuchten von 1982 bis 1988 über 6000 24 bis 32-Jährige Frauen. Frauen, die in dieser Zeit heirateten oder wieder heirateten, verringerten ihren Alkoholkonsum. Frauen, die geschieden wurden oder getrennt lebten, erhöhten ihren Alkoholkonsum.

Soziales Netz

Nur sehr wenige Frauen und Männer gaben an, sich im Ernstfall, z. B. in einer persönlichen Krisensituation, auf keine Personen vertrauensvoll verlassen zu können. Allerdings verbringen jeweils etwa ein Viertel beider Geschlechter ihre Freizeit mit Personen, die ebenfalls Alkoholprobleme haben. Der Anteil ist somit verhältnismäßig hoch. Havassy et al. (1991) konnten in einer prospektiven Studie den Einfluss einer schlechten sozialen Integration nachweisen. Innerhalb eines Dreimonatszeitraumes wurden knapp 70 % der Alkoholabhängigen mit ebenfalls suchtkranken Personen im sozialen Umfeld rückfällig. Bei den sozial besser integrierten Alkoholabhängigen lag die Rückfallrate bei nur 36 %.

Wohnungslosigkeit

Etwa doppelt so viele Männer wie Frauen waren jemals wohnungslos. Werden die Patienten, die zum Untersuchungszeitpunkt wohnungslos sind bzw. in einem Obdachlosenwohn-

heim leben, in eine Gruppe zusammengefasst, finden sich zum Zeitpunkt der Befragung knapp 8 % Männer und 2 % Frauen ohne festen Wohnsitz. Bauer und Hasenöhl (2000) berichten über vergleichbare Angaben für wohnungslose Frauen und Männer. Insgesamt erscheint das Risiko für eine schwere soziale Desintegration bis hin zum Verlust der Wohnung für Frauen geringer zu sein. Nur ein sehr geringer Anteil der Stichprobe lebt in einer betreuten Wohnform oder in einem Heim. Der größte Teil der untersuchten Stichprobe lebt in einer eigenen Wohnung.

5.2.2. Suchtanamnese

Erste alkoholassoziierte Probleme

Die Frauen dieser Untersuchung sind deutlich älter als die Männer, als sie erstmals bis zur Trunkenheit Alkohol konsumierten. Nahezu identische Altersangaben finden sich in Untersuchungen mit vergleichbaren Stichproben bei Mann und Ackermann (2000) sowie bei Piazza (1989) im Hinblick auf die erste schwere Alkoholintoxikation. Ebenso sind die Frauen signifikant älter, wenn sich erste alkoholassoziierte Probleme einstellen. Allerdings ist die Dauer des kritischen Alkoholkonsum bis zu diesem Zeitpunkt bei den Frauen um zwei Jahre kürzer. Generell berichten Frauen bezogen auf das Lebensalter über einen späteren Beginn ihrer Alkoholprobleme (im Überblick Greenfield, 2002; Wilsnack, 1997, 2000). Schuckit et al. (1998) fanden in einer Befragung von knapp 1.000 alkoholkranken Frauen und 2.000 alkoholkranken Männern für Frauen eine um ein bis zwei Jahre spätere Manifestation von Alkoholproblemen. Mann und Ackermann (2000) gingen dieser Frage genauer nach und befragten alkoholranke Frauen und Männer nach dem Alter, in dem sich erste alkoholbezogene soziale Auffälligkeiten, psychische und somatische Beschwerden ergaben. Auch in dieser detaillierten Befragung zu alkoholassoziierten Problemen waren die Frauen durchweg älter als die Männer. Die Frauen gaben mit 36 Jahren und die Männer mit 34 Jahren jedoch einen späteren Beginn von alkoholassoziierten Problemen im Vergleich zur der hier untersuchten Stichprobe an.

Entzugskomplikationen

Die Lebenszeitprävalenz entzugsbedingter epileptischer Anfälle wird im Allgemeinen mit 20 bis 30 % angegeben (Mann & Buchkremer, 1998). Die Angaben der untersuchten Patienten liegt somit innerhalb der angegebenen Prävalenzzahlen, wobei Frauen jedoch über signifikant weniger Entzugsanfälle berichteten. Es gaben doppelt so viele Männer wie Frauen ein Delirium tremens in der Vorgeschichte an. Die vorgefundene Prävalenz erscheint insbesondere bei den Männern hoch. Mann und Buchkremer (1998) geben die Prävalenz in der Krankheitsgeschichte für ein Delirium tremens bei Männern mit 15 % an. Somit liegt die Prävalenz in der hier untersuchten Stichprobe um knapp 10 % höher. In der Vergleichsstudie von Mann und Ackermann (2000) gaben lediglich 11 % der Männer und 7,5 % der Frauen ein Delirium tremens an.

Konsumverhalten vor der Indexaufnahme

Vor der Indexaufnahme tranken Männer an mehr Tagen und häufiger bis zum Rausch Alkohol als Frauen. Ähnliche Ergebnisse berichten z. B. Rubin et al. (1996), die 130 alkoholabhängige Frauen und 170 Männer aus stationären Suchteinrichtungen befragten. Der durchschnittliche tägliche Alkoholkonsum in der letzten Woche vor der Indexaufnahme beträgt bei den Männern umgerechnet auf alkoholische Getränke einer Trinkmenge von circa 5,5 Liter Bier pro/d (bei geschätztem Alkoholgehalt von 40 Gramm reinen Alkohols auf einen Liter Bier) bzw. circa 0,7 Liter einer hochprozentigen Spirituose (ein Liter Schnaps enthält circa 300 Gramm reinen Alkohol). Circa die Hälfte der Frauen und Männer gaben überwiegenden Spirituosenkonsum an. Der Anteil der Spirituosenkonsumenten ist somit hoch und unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern erstaunlicherweise kaum. Erwartungsgemäß liegen die Trinkmengen bei den Frauen deutlich niedriger (vgl. Rubin et al., 1996; Schuckit et al., 1998). Die Trinkmengen der Frauen und der Männer aus der vorliegenden Untersuchung sind in etwa vergleichbar mit den Ergebnissen von Mann und Ackermann (2000). Die Frauen gaben dort mittlere Alkoholkonsummengen pro Tag von 153 Gramm und die Männer von 182 Gramm reinen Alkohol an.

Inanspruchnahme von stationären Entzugsbehandlungen

Entzugsbehandlungen in Allgemeinkrankenhäusern, Fachkliniken und psychiatrischen Krankenhäusern mit Suchtabteilungen wurden von den Patienten sehr unterschiedlich

häufig in Anspruch genommen und weisen hohe Streuungen auf. Allerdings nehmen in der vorliegenden Studie Männer Entzugsbehandlungen durchschnittlich deutlich häufiger wahr als Frauen. Das gilt sowohl für die absolute Anzahl der durchgeführten Entzugsbehandlungen in der Vorgeschichte als auch für die in den letzten sechs Monaten in Anspruch genommenen stationären Behandlungen. Nur kleiner Anteil der Frauen (13 %) und Männer (5 %) begaben sich erstmalig in stationäre Behandlung. In der Studie von Mann und Ackermann (2000) fanden sich beispielsweise unter den untersuchten Frauen 39 %, und somit drei mal mehr als in der vorliegenden Stichprobe, die bis zum Untersuchungszeitpunkt keine Entzugsbehandlung in Anspruch genommen hatten. Wienberg (1993) fand in einer vergleichbaren Stichprobe mit Alkoholabhängigen 25 % ohne stationäre Entzugsbehandlung in der Vorgeschichte. Lange et al. (1999) und Stetter et al. (1997) berichten gar von 50 % erstbehandelter Patienten. Die Häufigkeit von stationären Behandlungen in der untersuchten Stichprobe ist demnach auch im Vergleich mit anderen deutschen Studien sehr hoch. Dieses Ergebnis wird durch eine relativ hohe Anzahl von durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen unterstützt. Knapp jeweils die Hälfte der Frauen und Männer haben zum Aufnahmezeitpunkt bereits mindestens eine Entwöhnungstherapie absolviert. Auch hier ist der Anteil im Vergleich mit verschiedenen deutschen Studien relativ hoch. Bei Lange et al. (1999) fanden sich knapp 20 % der in der psychiatrischen Abteilung des Lübecker Universitätsklinikums zur Entzugsbehandlung aufgenommenen Patienten, die bereits mindestens eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme absolviert haben. In der bereits zitierten Studie von Wienberg (1993) wird der Anteil mit 34 % angegeben, Zemlin und Herder (1994) berichten von 28 %.

Die hohe Anzahl von Entzugsbehandlung in der untersuchten Stichprobe lässt sich vermutlich mit dem Pflichtversorgungsauftrag der beteiligten Kliniken erklären. Eine Abweisung von Patienten ist in aller Regel nicht möglich, der Anteil an Patienten mit chronifizierten Krankheitsverläufen und schwerer sozialer Desintegration dürfte verhältnismäßig hoch sein. Andererseits kommt hier möglicherweise eine therapeutische Strategie zum tragen. Den Patienten wird im Rahmen der Entzugsbehandlung psychoedukativ häufig vermittelt, bei einer erneuten Alkoholrückfälligkeit alsbald wieder eine stationäre Behandlung aufzusuchen, um die Schwere sozialer und somatischer Folgeschäden zu begrenzen.

5.2.3. Behandlungsverlauf

Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten

Die meisten Patienten kamen nach vorheriger Kontaktaufnahme mit den Kliniken innerhalb der regulären Aufnahmezeiten und mit einer ärztlichen Einweisung zur stationären Aufnahme. Erwartungsgemäß stellten die Hausärzte die größte Gruppe von einweisenden Ärzten dar. Knapp ein Viertel der Frauen und der Männer wurden als Notfälle ohne ärztliche Überweisung aufgenommen. Bauer und Hasenöhr (2000) berichten in einer vergleichbaren Stichprobe von immerhin knapp 50 % der Patienten, die ohne eine ärztliche Einweisung zur stationären Entzugsbehandlung erschienen. Hinsichtlich einer Aufnahme auf einer geschützt geführten Station und einer Aufnahme auf der Rechtsgrundlage eines PsychKG bzw. eines betreuungsrechtlichen Unterbringungsbeschlusses finden keine Geschlechtsunterschiede.

Der allergrößte Teil der Patienten wurde regulär entlassen. Etwa jeder zehnte Patient brach die Behandlung gegen ärztlichen Rat ab. Nach Studien von Längle und Schied (1990) folgt einem Therapieabbruch zumeist auch ein unmittelbarer Alkoholrückfall. Nur ein geringer Prozentsatz der Patienten wurde in betreute Wohnformen oder in die Obdachlosigkeit entlassen. Insgesamt zeigen sich hinsichtlich der Entlassungsmodalitäten keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

5.2.4. Komorbide psychische Störungen

Es finden sich in dieser Untersuchung für Frauen und Männer hohe Punktprävalenzen für komorbide psychische Störungen neben der Diagnose eines Alkoholabhängigkeitssyndroms. Bei der Hälfte der Männer und immerhin 70 % der Frauen wurde eine weitere psychische Störung diagnostiziert. Die in dieser Studie vorgefundenen Komorbiditätsraten liegen über die in der Literatur angegebenen Prävalenzzahlen. Die Komorbiditätsraten bei alkoholkranken Männern wird im Überblick mit 20 – 40 % und bei Frauen mit 30 – 60 % angegeben (vgl. Brady & Randall, 1999; Mann & Günthner, 1998; Schneider et al., 2001).

Bei einer Spezifizierung der Komorbidität sind depressive Störungen einerseits bei Männern und Frauen die häufigsten komorbiden Diagnosen, werden andererseits bei Frauen signifikant häufiger diagnostiziert als bei Männern (vgl. Wittfoot & Driessen, 2000). In der untersuchten Stichprobe wurde bei nahezu der Hälfte der Frauen und bei einem Viertel der Männer zusätzlich eine depressive Störung diagnostiziert. Im Vergleich mit anderen Studien finden sich ähnlich hohe und vergleichbare Prävalenzzahlen für depressive Störungen, insbesondere für die Frauen. Jung (1995) gibt in einer deutschen Stichprobe Alkoholabhängiger eine Punktprävalenzraten für depressive Störungen von 38 % für Frauen und von 10 % für Männer an. Kessler et al. (1997) fanden in einer US-amerikanischen Untersuchung bei 48 % der alkoholkranken Frauen und bei 24 % der alkoholkranken Männer und eine depressive Störung. El-Guebaly (1995) gibt Punktprävalenzen von 66 % für Frauen und 22 % für Männer an.

Schuckit und Hesselbrock (1994) kritisieren jedoch die vorgefundenen Prävalenzzahlen von komorbiden psychischen Störungen bei Alkoholabhängigen. Sie argumentieren, dass komorbide Störungen häufig entzugsassoziiert sind (vgl. auch Soyka, 1996; Mann & Günthner, 1998). Sie unterscheiden zwischen durch den Entzug hervorgerufene komorbide Störungen und entzugsunabhängige komorbide Störungen („alkoholinduzierte bzw. alkoholunabhängige Störungen“). Entzugsassoziierte komorbide Störungen remittieren zu meist nach überstandenem Entzugssyndrom (Gammeter, 2002). Dies soll insbesondere für depressive Symptome gelten.

Soyka (1996) unterteilt die depressiven Erkrankungen in primäre und sekundäre Störungen. Bei den sekundären Störungen soll es sich in Anlehnung an Schuckit (1994, 2000) um solche handeln, die als Konsequenz der Alkoholerkrankung anzusehen sind und unmittelbar mit der Lebensführung, psychosozialen Beeinträchtigungen und körperlichen Folgeschäden sowie der Entwicklung eines Entzugssyndroms bei stationärer Behandlung in Beziehung stehen. Primäre depressive Störungen sind demnach affektive Erkrankungen, deren Ätiologie als unabhängig von der Alkoholabhängigkeit betrachtet werden kann. Nach dieser Unterteilung findet Soyka (1997) für primäre depressive Störungen Prävalenzraten von 2 – 12 %, für sekundäre depressive Störungen zwischen 12 – 21 %. Sekundäre depressive Syndrome sind demnach weitaus häufiger. Folgt man dieser Argumentation, dürften in der untersuchten Stichprobe demnach die hohen Prävalenzzahlen komorbider psychischer Störungen durch entzugsassoziierte psychopathologische Symptome

beeinflusst sein. Behelfsweise können an dieser Stelle die Ergebnisse der SCL-90-R und des SF-12 herangezogen werden. Es zeigt sich für beide Geschlechter innerhalb einer Woche eine signifikante Reduktion in der subjektiv wahrgenommenen psychischen Beanspruchung, die demnach als entzugsassoziiert interpretiert werden kann. Auch in den Einschätzungen der behandelnden Ärzte und Therapeuten in der GAF und in dem CGI zeigen sich zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt für beide Geschlechter deutlich verbesserte Werte im eingeschätzten psychosozialen Funktionsniveau der Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung. Gleichwohl ist die Prävalenz von depressiven Störungen - und seien es auch entzugsassoziierte Symptome - bei den Frauen deutlich höher als bei den Männern.

Suizidalität

Sowohl Suizidgedanken als auch Suizidversuche in der Vorgeschichte werden in der vorliegenden Stichprobe von Frauen häufiger berichtet. Für beide Geschlechter finden sich positive Korrelationen zwischen Suizidgedanken- und versuch und der psychischer Belastungsfaktoren gemessen mit der SCL-90-R und dem SF-12.

Der Anteil der Suizidversuche liegt in einer Überblicksarbeit von Wolfersdorf & Mäulen (1992; siehe auch Wolfersdorf, 1998) in der Diagnosegruppe der Alkoholabhängigen in verschiedenen Studien zwischen 3 – 25 % und somit unter den ermittelten Werten in den Diagnosegruppen der depressiven Erkrankungen (20 – 60 %) und der Schizophrenien (20 – 30 %). In der vorliegenden Stichprobe ist die Anzahl an Suizidversuchen auch im Vergleich zu anderen Studien somit hoch. Die Prävalenzzahlen entsprechen nach der Kategorisierung von Wolfersdorf der Diagnosegruppe der Schizophrenien. Zu vergleichbaren Prävalenzzahlen kommen auch Chignon et al. (1998) in einer französischen Stichprobe von Alkoholabhängigen. Sie fanden in ihren Untersuchungen dabei eine deutlich höhere (und insgesamt sehr hohe) Lebenszeitprävalenz für Suizidversuche bei den Frauen mit 42 % im Vergleich zu den Männern mit 30 %.

5.2.5. Selbstbeurteilungsinventare

Subjektive Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes

In der Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes finden sich in der Erstbefragung und in der Zweitbefragung eine Woche später keine Geschlechtsunterschiede. Ein Vergleich der Daten aus der untersuchten Stichprobe mit der von den Autoren des SF-12 aufgeführten Normstichprobe (vgl. Bullinger & Kirchberger, 1998) zeigt jedoch, dass sowohl Frauen wie Männer in ihren Einschätzungen mehr als eine Standardabweichung unter den angegebenen Werten der Normstichprobe liegen. Hier findet sich ein Hinweis auf eine entsprechende schlechte körperliche Verfassung bedingt durch den Alkoholkonsum. Innerhalb einer Woche zeigt sich bei den Männern im Gegensatz zu den Frauen in der subjektiven Wahrnehmung eine leichte Verbesserung der körperlichen Gesundheitswahrnehmung, die durch die akute Entzugssituation erklärt werden. Mit abklingender Entzugssymptomatik nehmen - nur bei den Männern - körperliche Beschwerden und Unwohlsein ab. Dennoch liegen die Werte auch eine Woche nach der Erstbefragung für beide Geschlechter noch deutlich unter den Werten, die „gesunde“ Personen angeben.

Subjektive Einschätzung der psychischen Belastung

Sowohl die SCL-90-R als auch die „psychische Summenskala“ der SF-12 messen psychische Belastungen und Beanspruchungen. Die Interkorrelationen der „Psychischen Summenskala“ des SF-12 und dem GSI der SCL-90-R liegen zu beiden Erhebungszeitpunkten für beide Geschlechter allesamt über $r = .50$ und zeigen somit befriedigende Zusammenhänge. Wird davon ausgegangen, dass mit dem GSI der SCL-90-R und der „Psychischen Summenskala“ des SF-12 ähnliche Konstrukte gemessen werden, erscheint die Validität der eingesetzten Verfahren zufriedenstellend.

Auf der „psychischen Summenskala“ des SF-12 geben Frauen signifikant geringe Werte als Männer an. Das bedeutet, dass die psychische Beanspruchung alkoholabhängiger Patientinnen offensichtlich größer ist, als die der alkoholkranken Männer. Noch drastischer als auf der Dimension „Körperliche Gesundheit“ fällt auf der Dimension „Psychische Gesundheit“ der Vergleich mit der Normstichprobe von Bullinger & Kirchberger aus. Alkoholabhängige Frauen der hier untersuchten Stichprobe liegen circa 1,5 Standard-

abweichungen unter den ermittelten Werten bei einer gesunden Vergleichspopulation. Bei den alkoholkranken Männern liegen die Mittelwerte knapp zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Normstichprobe. Auch im Vergleich zu den bei Bullinger und Kirchberger aufgeführten Normstichproben für Personen mit „aktuellen und chronischen Erkrankungen (z. B. Herzinfarkte, Diabetes mellitus, Tumorerkrankungen etc.)“ liegen die Werte der untersuchten alkoholabhängigen Patienten noch deutlich niedriger. Die in dieser Untersuchung ermittelten Werte im SF-12 liegen bei alkoholabhängigen Patienten also weit unter den Werten von gesunden und auch „nichtgesunden“ Normstichproben und unterstreicht die psychischen Beeinträchtigungen durch eine Alkoholerkrankung bei Frauen und Männern.

Auf den zehn Subskalen der SCL-90-R zeigen sich zur Erstbefragung nach der Aufnahme signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf den Skalen „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“ und „Aggressivität und Feindseligkeit“. Auf allen genannten Skalen ergeben sich für die Frauen signifikant höhere Werte, d. h. sie beschreiben eine höhere subjektive psychische Belastung. Benishek et al. (1992) untersuchten 373 Männern und 134 Frauen, die sich in einer suchtspezifischen Behandlung befanden, und berichten ebenfalls erhöhte Werte für die Frauen in den Subskalen der SCL-90-R, insbesondere in den Scores „Depression“ und „Ängstlichkeit“.

Für Frauen und Männer finden sich gleichermaßen die höchsten Werte auf der Skala „Depressivität“. In einer Untersuchung von Mercier et al. (1992) an knapp 700 alkoholkranken Personen zeigten sich so wie in der vorliegenden Studie für die Subskala „Depressivität“ die höchsten Werte für beide Geschlechter, gefolgt von den Subskalen „Unsicherheit im Sozialkontakt“ und „Ängstlichkeit“.

Eine Woche nach der Erstbefragung zeigen sich auf den Skalen „Paranoides Denken“ und „Unsicherheit“ für Frauen noch höhere Werte, auf allen anderen Skalen glichen sich die Werte zwischen Männern und Frauen an. Für beide Geschlechter findet sich für alle Subskalen im Wochenverlauf eine signifikante Reduktion in der subjektiv wahrgenommenen psychischen Belastung. Auch in dem Gesamt-Score-Index (GSI) der SCL-90-R zeigen Frauen initial eine höhere psychische Belastung. In der Zweitbefragung glichen sich die Werte im GSI zwischen den Geschlechtern wiederum an. Hier findet sich ein Hinweis darauf, dass das psychische Befinden mit dem Alkoholentzugssyndrom korreliert

ist und sich mit abklingender Entzugssymptomatik verbessert (vgl. Mann & Günthner, 1998; Schuckit & Hesselbrock, 1994). Ähnliche Ergebnisse berichten Wetterling und Junghanns (2000). Sie verglichen eine Stichprobe stationär behandelten Alkoholabhängiger mit Patienten, bei denen eine Depression oder Angststörung diagnostiziert wurde. Sie fanden initial keine Unterschiede im GSI der SCL-90-R zwischen den Störungsgruppen. Bei den alkoholabhängigen Patienten zeigte sich jedoch eine deutliche Verbesserung der allgemeinen psychischen Belastung innerhalb von drei Wochen. Die Autoren verweisen darauf, dass bei Alkoholabhängigen „psychopathologische“ Symptome innerhalb von zwei bis drei Wochen nach abgeklungener Entzugssymptomatik deutlich an Intensität verlieren.

Auch bei der Interpretation der Ergebnisse zum SCL-90-R soll ein Vergleich zu einer „gesunden“ Normstichprobe vorgenommen werden. Dabei soll auf eine neuere Studie von Hessel et al. (2001) zurückgegriffen werden. Hessel et al. überprüften die von Franke (1995) aus dem Amerikanischen übersetzte Version der SCL von Derogatis (1977) testtheoretisch an einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Normstichprobe. Die Autoren machen lediglich Aussagen zum GSI. Sie verzichten auf eine Darstellung der einzelnen Subskalen, da sie die neun Symptombereiche der SCL-90-R faktorenanalytisch nicht bestätigen konnten. Vielmehr werde die allgemeine Symptombelastung einer Person durch einen Generalfaktor („global stress factor“) abgebildet, der die allgemeine Symptombelastung einer Person abbildet. Nach Hessel et al. ist eine valide Erfassung voneinander abgrenzbarer Symptombereiche anhand der Subskalen der SCL-90-R somit nicht möglich (vgl. auch mit ähnlichen Ergebnissen Carpenter & Hittner, 1995; Schmitz et al., 2000). Rauter et al. (1996) berechneten die neun Subskalen der SCL-90-R von 260 psychiatrischen Patienten faktorenanalytisch und fanden ebenfalls nur einen varianzstarken Faktor, der 42 % der Varianz aufklärt. Auch in der vorliegenden Stichprobe Alkoholabhängiger findet sich faktorenanalytisch ein solcher „global stress factor“. In einer Faktorenanalyse zum Aufnahmezeitpunkt lässt sich wie in den zitierten Studien lediglich ein Faktor extrahieren, der 36,8 % Varianz erklärt. Insofern erscheint eine vorrangige Analyse der Ergebnisse der SCL-90-R über den GSI folgerichtig.

Ein Vergleich der Werte aus der vorliegenden Studie mit der „gesunden“ Normstichprobe von Hessel et al. zeigt ein ähnliches Bild wie bei der SF-12. Die Werte der von uns untersuchten Frauen wie Männer liegen an beiden Erhebungszeitpunkten ein bis zwei

Standardabweichungen über denen der Normstichprobe. Im Vergleich zu einer repräsentativen Normstichprobe zeigen die Frauen und die Männer der untersuchten Stichprobe demnach stark erhöhte Werte in der psychischen Belastung. Innerhalb einer Woche zeigt sich eine Abnahme der Werte, die aber im Vergleich zur Normstichprobe weiterhin deutlich erhöht ist.

Die Behandlungsmotivation

Trotz widersprüchlicher Befunde konnte die Dreifaktorenstruktur im SOCRATES in verschiedenen Studien belegt werden (z. B. Miller & Tonigan, 1996; Wetterling & Veltrup, 1997, Heidenreich et al., 2002). Auch in den vorliegenden Daten zum SOCRATES konnten die drei Faktoren repliziert werden (vgl. Beck, 2003; Demmel et al., 2003). Der SOCRATES misst motivationale Prozesse bei Alkoholabhängigen. Auf den drei Skalen „Initiative“, „Problembewusstsein“ und „Ambivalenz“ finden sich zum Zeitpunkt der Erstbefragung und eine Woche später keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Bei einem Vergleich der Einschätzungen zum SOCRATES zeigt sich zwischen Erst- und Zweitbefragung nur auf der Skala „Initiative“ für die Männer eine signifikante Zunahme der Werte. Die Männer zeigen innerhalb der ersten Behandlungswoche also eine höhere Veränderungsbereitschaft und Bereitwilligkeit, ihre Erfahrungen neu strukturieren und ihre suchtspezifischen Probleme zu lösen. Eine Erklärung für die fehlende Veränderung zwischen den beiden Befragungszeitpunkten könnte darin liegen, dass ein über die Zeit stabiles komplexes Gefüge von Einstellungen, alkoholbezogener Kognitionen und Verhaltensweisen durch therapeutische Maßnahmen innerhalb einer Woche nur geringfügig beeinflussbar und erst in einem längerfristigen Behandlungsprozess modifizierbar ist.

5.2.6. Behandlungsergebnisse

Abstinenzraten

Nach der „Intent-to-treat-Methode (DGSS₄)“ gaben in der Stichprobe insgesamt 39,7 % der Patienten an, im Katamnesezeitraum von drei Monaten alkoholabstinent gewesen zu sein. In der nationalen und internationalen Literatur finden sich sehr heterogene Abstinenzraten. Nach Kufner (2001) sind in den meisten deutschen (zumeist älteren) Über-

sichtsarbeiten die dort untersuchten Behandlungsprogramme nicht repräsentativ für das aktuelle Behandlungssystem für Abhängigkeitserkrankungen. Die dort evaluierten Therapie- und Behandlungsprogramme weisen häufig deutlich längere Behandlungszeiten auf. Eine Ausnahme stellt nach Kufner (2001) die Studie von Sonntag und Künzel (2000) dar. Sonntag und Künzel fanden in 12 neueren Studien mit Katamnesen von 12 Monaten Abstinenzraten von 12 – 80 % bei einem ungewichteten Mittelwert von 49 %. Die Abstinenzraten in mit der vorliegenden Studie vergleichbaren deutschen Evaluationsstudien einer qualifizierten Entzugbehandlungen neueren Datums betragen bei Lange et al. (1999) nach vier Monaten 34,5 %, bei John et al. (2000) in einer Nachbefragung nach sechs Monaten 29 %. Veltrup (1995a) berichtet nach einer dreiwöchigen „Motivationsbehandlung“ für den ersten Monat Rückfallraten von 42 % und nach einem Jahr gar von 84 %. Stetter und Mann (1997) befragten eine vergleichbar große Stichprobe acht Monate nach einer Entzugsbehandlung und berichten von einer Abstinenzrate von 43 %. Im Projekt MATCH (1999) waren über alle drei Therapieformen hinweg in einer 12-Monatskatamnese 35 % der zuvor stationär oder intensiv teilstationär behandelten Patienten abstinent. Miller et al. (2001) berichten in einer aktuellen Literaturübersicht über amerikanische Studien jedoch von nur 24 % innerhalb eines Jahres konsequent alkohol-abstinenten Patienten.

Nach Geschlecht getrennt sind in dieser Stichprobe 37,5 % der Männer und 47,2 % der Frauen zum Katamnesezeitpunkt nach konservativer Berechnung (DGSS₄) abstinent. Wird nur die Stichprobe der nachbefragten Patienten (DGSS₃) in die Analyse einbezogen, gaben 44,3 % der Männer und 52,6 % der Frauen an, innerhalb des Katamnesezeitraumes abstinent gelebt zu haben. Frauen gaben demnach häufiger an, innerhalb der ersten drei Monate nach der Indexbehandlung keinen Alkohol getrunken zu haben. Einschränkend muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass sich zum Katamnesezeitpunkt 33 % der abstinenten Männer und 14 % der abstinenten Frauen in einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme befanden.

Verschiedene Studien berichten von niedrigeren Abstinenzraten bei Männern (z. B. Corrigan, 1980; Glenn & Parsons, 1991). Andererseits fanden Kufner et al. (1988) in der MEAT-Studie in den ersten drei Jahren nach einer suchtspezifischen Behandlung (i .d. R. Entwöhnungstherapie) höhere Abstinenzraten für die Männer. Nach vier Jahren zeigten allerdings die Frauen eine höhere Abstinenzquote. Verschiedene Autoren gehen jedoch

davon aus, dass hinsichtlich des Behandlungserfolges zwischen Frauen und Männern keine signifikanten Unterschiede bestehen (z. B. De Soto et al., 1989; Jarvis, 1992; O'Connor et al., 1993). Auch Körkel und Schindler (2003) sehen in der Rückfallhäufigkeit in Abhängigkeit vom Geschlecht keinen eindeutigen Trend. So konnten auch Vanicelli und Nash (1984) in einer Metaanalyse mit 18 Studien keine signifikanten Geschlechtsunterschiede nachweisen. Gleichwohl lagen vier Studien mit besseren Behandlungsergebnissen für Frauen vor (vgl. auch mit ähnlichen Ergebnissen Annis und Liban, 1980 sowie Timko et al., 2002). Auch im Projekt MATCH (1997) fanden sich keine Unterschiede in den Abstinenzquoten zwischen den Geschlechtern. Annis et al. (1998) und Foster et al. (2000) fanden in ihren Studien ebenfalls keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Abstinenzraten von Männern und Frauen. Interessant an den beiden letztgenannten Untersuchungen ist für die vorliegende Studie der Befragungszeitraum von jeweils 12 Wochen, der sich mit dem Design dieser Studie deckt. In der prospektiven Untersuchung von Mann et al. (1996) sind sechs Monate nach einer Entzugsbehandlung 53 % der Frauen und 59 % der Männer abstinent. Der Unterschied ist nicht signifikant. Nach 12 Monaten berichten immerhin noch 50 % der Frauen und 51 % der Männer, alkoholabstinent gewesen zu sein.

Eine Erklärung für die von uns höher vorgefundenen Abstinenzraten bei Frauen lässt sich aus einer Metaanalyse von Jarvis (1992) ableiten. Er fasste die Behandlungsergebnisse von 20 Studien zusammen und bildete drei Kategorien im Nachbefragungszeitraum. In den Studien mit einem Katamnesezeitraum von drei bis sechs Monaten und von sieben bis zwölf Monaten zeigten sich günstigere Abstinenz- und Besserungsraten für die Frauen. In den Untersuchungen mit einer Wiederbefragung über ein Jahr hinaus zeigten die Männer bessere Behandlungsergebnisse. Der Autor berichtet jedoch von moderaten Effektstärken und sehr heterogenen Ergebnissen. Er argumentiert, dass Frauen initial besser auf eine Entzugsbehandlung ansprechen, im Längsschnittverlauf die Männer hingegen günstigere Prognosekriterien aufweisen.

Abstinenzdauer der alkoholrückfälligen Patienten

In den ersten Monaten nach einer stationären Behandlung sind Alkoholabhängige besonders vulnerabel für einen Alkoholrückfall. Nahezu jede Verlaufsstudie dokumentiert, dass die ersten Monate nach einer abstinenzorientierten Behandlung die Zeit des größten

Risikos für einen erneuten Alkoholrückfall darstellen (vgl. z. B. Förster, 1993; Körkel, 2001). In der vorliegenden Studie werden Frauen nach der Entlassung aus der Indexbehandlung signifikant später alkoholrückfällig als Männer. Ähnliche Ergebnisse berichten Maffli et al. (1995), die innerhalb der ersten sechs Monate tendenziell höhere Abstinenzraten bei Frauen vorfanden. Im Gegensatz dazu berichten Greenfield et al. (2000) in ihrer Nachbefragung von rückfälligen Alkoholabhängigen von knapp 30 Tagen Abstinenzdauer und fanden keine Geschlechterunterschiede. Auch Foster et al. (2000) fanden in einer Nachbefragung ihrer Patienten 12 Wochen nach Beendigung einer Entzugsbehandlung zwischen den Geschlechtern keine Unterschiede in der vergangenen Zeit bis zum erneuten Rückfall.

Die Rückfallrate innerhalb der ersten vier Wochen nach der Entlassung ist für beide Geschlechter allerdings deutlich höher als in der angegebenen Literatur. 80 % der rückfälligen Männer und 70 % der Frauen tranken in diesem Zeitfenster erneut Alkohol. Jeder zehnte Mann und jede zehnte Frau wurden bereits am Entlassungstag alkoholrückfällig. Kufner (1986) untersuchte die Rückfallquoten über verschiedene Zeitintervalle. In seiner Untersuchung ereigneten sich lediglich 37 % der Alkoholrückfälle innerhalb der ersten vier Wochen nach Therapiebeendigung. Veltrup (1995) untersuchte den poststationären Verlauf von Patienten, die sich einer Entzugsbehandlung in einer psychiatrischen Klinik unterzogen und berichtet, dass sich 42 % der Rückfälle innerhalb des ersten Monats nach der Behandlung ereigneten.

Besserungskriterien

In den meisten Darstellungen globaler Therapieergebnisse erfolgt eine Beschränkung auf nur ein Erfolgskriterium, der Abstinenz (vgl. Kufner, 2001). Nach den Ergebnissen eines Literaturüberblicks von Miller et al. (2001) finden sich jedoch die wesentlichsten Veränderungen durch eine therapeutische Maßnahme in Bezug auf das Trinkverhalten der alkoholabhängigen Person und weniger hinsichtlich einer konsequenten Abstinenz. Es sollte bedacht werden, dass ein Teil der Alkoholabhängigen wahrscheinlich kein Abstinenzziel verfolgen, sondern eine Verringerung ihres Alkoholkonsum anstreben, um unmittelbare und mittelbare Alkoholfolgeschäden abzuschwächen (Weithmann & Hoffmann, 2002).

Als Kriterien für eine Verbesserung des Konsumverhaltens bei den rückfälligen Patienten wurde nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Therapie (2001) ein Alkoholkonsum bei den Männern von weniger als 60 Gramm und bei den Frauen von weniger als 40 Gramm reinen Alkohol pro Tag zugrunde gelegt. Der Anteil der „gebesserten“ Patienten ist im Geschlechtervergleich mit knapp einem Drittel nahezu identisch. Mann et al. (1996) konnten in ihren Katamnesebefragungen ebenfalls weder nach sechs noch nach 12 Monaten Unterschiede zwischen Frauen und Männern hinsichtlich der dort formulierten Besserungskriterien feststellen. Als „gebessert rückfällige“ Patienten wurden von Mann et al. hingegen diejenigen eingestuft, die während des Behandlungszeitraumes kurzzeitige Alkoholrückfälle einräumten.

Für Frauen und Männer zeigt sich im Nacherhebungszeitraum eine hochsignifikante Reduktion bezüglich der konsumierten Trinkmengen. Von den an der Katamneseuntersuchung teilnehmenden Patienten tranken vor der Indexbehandlung lediglich jeweils jeder zehnte Mann und jede zehnte Frau unterhalb der definierten Gefährdungsgrenzen. Nach der Indexbehandlung konnten über die Hälfte der rückfälligen Männer und Frauen ihren durchschnittlichen Alkoholkonsum unterhalb der definierten Alkoholmengen senken. Der durchschnittliche tägliche Alkoholkonsum reduzierte sich jeweils knapp auf ein Drittel der Menge vor der Indexbehandlung. Vergleichbare Ergebnisse berichten Miller et al. (2001) in ihrer Übersichtsarbeit für amerikanische Stichproben. Sie fanden für beide Geschlechter eine Reduktion der konsumierten Alkoholmenge von knapp 60 % nach einer therapeutischen Intervention.

Als erweiterte Besserungskriterien wurden in vorliegenden Untersuchung die Trinktage und Rauschtage bis zum Rausch vor der Katamnesebefragung definiert. Hinsichtlich der Anzahl der Trinktage und der Rauschtage im Katamnesezeitraum sind im Gegensatz zur Erstbefragung während der Indexbehandlung keine Geschlechterunterschiede festzustellen. Ein Vergleich der Trinktage und Rauschtage zwischen Katamnesebefragung und Befragung vor der Indexaufnahme zeigt bei den Frauen und Männern jedoch ähnlich wie bei konsumierten Alkoholmenge eine deutliche Abnahme. Die rückfälligen Frauen reduzierten die Trinktage und die Rauschtage im letzten Monat vor der Wiederbefragung auf jeweils knapp ein Viertel im Vergleich zum Befragungszeitraum vor der Indexbehandlung. Die Männer gaben eine Abnahme der Trinktage und der Rauschtage auf knapp ein Drittel an. Die beschriebenen Reduktionen der konsumierten Alkoholmenge sowie der

Trink- und Rauschtage bei den rückfälligen Patienten können neben den Abstinenzraten als Behandlungserfolg angesehen werden. Auch Miller et al. (2001) sehen in einer Reduktion der Trinktage von 40 % in ihren untersuchten Stichproben ein wesentliches Ergebnis zur Bestimmung des Therapieerfolges.

Im Anteil „ungebesserter“ Patienten sind in der vorliegenden Studie tendenziell mehr Männer als Frauen vorzufinden. Alle Patienten dieser Gruppe tranken während der letzten sieben Tagen vor der Katamnesebefragung oberhalb der als Kriterium festgelegten Alkoholmengen. Süß (1995) gibt die Rate von „ungebesserten“ Alkoholabhängigen über 36 Studien hinweg mit 23,5 % an. Die von Süß ermittelte Quote „Ungebesserter“ entspricht exakt dem Anteil „Ungebesserter“ in der vorliegenden Untersuchung.

5.2.7. Inanspruchnahme von medizinischen und sozialen Hilfen im Katamnesezeitraum

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Jede fünfte Frau und jeder dritte Mann traten innerhalb der ersten drei Monaten nach der Indexbehandlung eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme an. Es sind also deutlich mehr Männer, die dieses spezifische Behandlungsangebot in Anspruch nehmen. Hier spiegelt sich die allgemeine Tendenz wieder, dass Frauen generell suchtspezifische Angebote seltener wahrnehmen als Männer (vgl. z. B. Kufner et al., 1998). Im Vergleich mit den Angaben in nationalen Studien kann die Vermittlung in eine Entwöhnungstherapie, als eines der vorrangigsten Ziele der Motivationsbehandlung, als zufriedenstellend angesehen werden. In einer Studie von Veltrup et al. (1996) sind es lediglich 12,9 % der Patienten, die nach einem Jahr (27,6 % nach drei Jahren) seit der Inanspruchnahme einer „Motivationsbehandlung“ eine Entwöhnungstherapie antraten. Kufner et al. (1988) fanden vier Jahre nach einer Entzugsbehandlung nur 16,4 % Patienten. Stetter und Mann (1997) berichten jedoch in ihrer Stichprobe von einer sehr hohen Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen. Innerhalb von acht Monaten nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung waren es 46 % der Patienten, die eine Entwöhnungstherapie begannen.

Erneute Entzugsbehandlung nach der Indexaufnahme

Ein Viertel beider Geschlechter begaben sich innerhalb des Katamnesezeitraumes erneut in eine stationäre Entzugsbehandlung. Der Anteil der wiederbehandelten Patienten ist also hoch. Überwiegend wandten sich die hier untersuchten Personen zur erneuten Entzugsbehandlung erneut an psychiatrische Fachkliniken. Lange et al. (1999) berichten von nur 7 % wiederbehandelter Patienten innerhalb der ersten vier Monate nach der Entlassung aus einer Entzugsbehandlung in einer somatischen Klinik. Erstaunlicherweise war in dieser Studie die Wiederbehandlungsrate bei Patienten, die eine dreiwöchige qualifizierte Entzugsbehandlung beendeten, mit 12 % höher. Demnach nehmen alkoholrückfällige Patienten, die eine suchtspezifische Behandlung mit entsprechenden therapeutischen Angeboten wahrgenommen haben, häufiger eine erneute Entzugsbehandlung in Anspruch. Dieses Ergebnis ist möglicherweise mit der therapeutischen Maßnahme zu erklären, dass den Patienten während einer Qualifizierten Entzugsbehandlung psychoedukativ vermittelt wird, nach einem Alkoholrückfall schnellstmöglich erneut suchtspezifische Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Circa ein Drittel der alkoholrückfälligen Männer (bei den Frauen sind es lediglich 5 %) wurden innerhalb der ersten drei Monate nach der Indexbehandlung mehr als einmal wieder stationär aufgenommen. Dabei zeigen sich mittlere Korrelationen zwischen der Inanspruchnahme einer Entzugsbehandlung in den sechs Monaten vor der Indexbehandlung und einer erneuten stationären Wiederaufnahme innerhalb des dreimonatigen Katamnesezeitraumes. Zu vergleichbaren Ergebnissen gelangen bspw. Booth et al. (2000), dass neben der Schwere der Abhängigkeitskrankung zuvor bereits durchgeführte stationäre Behandlungen die stärksten Prädiktoren für eine erneute stationäre Behandlung innerhalb eines 12-Monatszeitraumes darstellen. Es ist anzunehmen, dass es sich in der vorliegenden Studie um eine Subpopulation (circa 10 % der Gesamtstichprobe) von chronisch schwer alkoholabhängigen Patienten handelt, die nur kurz in stationärer Behandlung verbleiben, um alsbald nach schwerem Alkoholrückfall wieder stationär aufgenommen werden zu müssen.

Ambulante Maßnahmen

Jeweils annähernd die Hälfte der Frauen und Männer kontaktierten in dieser Untersuchung in den letzten vier Wochen vor der Katamnesebefragung ihren Hausarzt. Das Ergebnis

unterstreicht die wichtige Funktion des Hausarztes in der Versorgung alkoholabhängiger Patienten. Der größte Anteil der Primärversorgung alkoholabhängiger Patienten wird durch die ambulante ärztliche Behandlung abgedeckt (vgl. Wienberg, 2001). Im Rahmen der TACOS-Bevölkerungsstudie ermittelten Rumpf et al. (2000), dass 80 % der in der Untersuchung befragten alkoholabhängigen Personen mindestens einmal im Jahr einen niedergelassenen Arzt aufsuchen. Die Punktprävalenz von alkoholabhängigen Patienten in Allgemeinpraxen wird zwischen 5 und 7 % angegeben (vgl. Buchholz, 1992; John et al., 1996; Linden et al., 1996).

Frauen lassen sich häufiger ambulant psychiatrisch fachärztlich behandeln. Dieses Ergebnis lässt sich möglicherweise mit den höheren Komorbiditätsraten bei Frauen erklären. Psychotherapeutische Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten gaben innerhalb der letzten vier Wochen des Katamnesezeitraumes für beide Geschlechter nur jeder 20igste Patient an.

Circa ein Drittel der Frauen und Männer nahmen poststationär an einer Selbsthilfegruppe teil. Bei beiden Geschlechtern findet sich nach der Indexbehandlung eine deutliche Zunahme an der Teilnahme einer Selbsthilfegruppe. Die erhöhte Bereitschaft zur aktiven Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe kann als weiterer Behandlungseffekt angesehen werden.

5.2.8. Einfluss der Behandlungsdauer

Sonntag und Künzel (2000) konnten in ihrer Meta-Analyse zum Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg positive Zusammenhänge finden: Je länger die Therapie dauert, desto wahrscheinlicher wird ein Therapieerfolg. Allerdings wurden nur Studien für den Bereich stationärer Entwöhnungsbehandlungen in die Analyse einbezogen. Für den Bereich der deutlich kürzeren Entzugsbehandlung liegen derzeit zu wenige Untersuchungen für eine metaanalytische Auswertung vor. Knapp die Hälfte der Patienten der vorliegenden Studie mit der Eingangsdiagnose einer Alkoholabhängigkeit wurden nur bis zu 10 Tagen behandelt. Hier kommt u. a. der Druck durch die Kostenträger zum Tragen. In der Mehrzahl wird bei dieser Patientengruppe eine reine „Entgiftungsbehandlung“

durchgeführt. Geht man davon aus, dass innerhalb der ersten Woche mehr oder weniger die Behandlung des Entzugssyndroms und organischer Folgerkrankungen im Vordergrund steht, bleibt für therapeutische Maßnahmen (z. B. Erklärungsmodelle für das Suchtverhalten, Rückfallprävention, Ziel- und Perspektivenklärung) kaum noch Platz. Körkel (2003) spricht in diesem Zusammenhang von einer „Fehlplatzierung“, d. h. viele Patienten mit einer von vornherein ungünstigen Prognose müssen einer stationären Kurzzeitbehandlung zugeführt werden. Aber auch bei der insgesamt sehr kurzen Behandlungsdauer lassen sich bei differenzierter Betrachtung Effekte für einen Therapieerfolg nachweisen. Es kann eine Interaktion von Abstinenzraten und Behandlungsdauer festgestellt werden. Bei den Männern findet sich ein signifikanter „Haupteffekt“. Je länger die Behandlung andauerte, desto höher ist die Abstinenzquote in der Katamnesebefragung. Männliche Patienten, die bis zu 10 Tagen behandelt wurden, zeigen eine signifikant geringere Abstinenzrate als Männer, die länger behandelt wurden. Eine entsprechende Interaktion zeigt sich nicht bei den Frauen. Hier hat die Behandlungsdauer keinen Effekt auf die Abstinenzraten.

Analog kann bei den Männern eine Interaktion der Behandlungsdauer und einer erneuten Entzugsbehandlung im Katamnesezeitraum nachgewiesen werden. Männer, die bis zu 10 Tage behandelt wurden, zeigen die stärksten Wiederaufnahmeraten in eine stationäre Behandlung. Bei den Frauen finden sich in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer wiederum keine Unterschiede in den Wiederaufnahmeraten. Reker et al. (2003) sprechen von einem „Circulus Vitiosus“: Chronisch Suchtkranke verbleiben nur kurz in stationärer Behandlung, was wiederum prädiktiv für einen ungünstigen Verlauf mit exzessivem Konsum und baldiger Wiederaufnahme ist. Das gilt offensichtlich vorrangig für die männlichen Patienten.

5.2.9. Geschlechtsspezifische Prädiktoren für einen Alkohorrückfall

In der vorliegenden Studie wurde ein Alkohorrückfall im Katamnesezeitraum als Kriteriumsvariable definiert. Alle relevanten Parameter aus der soziodemografischen- und der Suchtanamnese, aus dem Behandlungsverlauf und aus der Inanspruchnahme poststationärer medizinischer und sozialer Hilfen wurden zunächst einzeln in logistischen

Regressionsanalysen berechnet und univariat auf ihren prädiktiven Wert für einen erneuten Rückfall überprüft. In nachfolgend getrennt für beide Geschlechter erstellten logistischen Regressionsmodellen wurden die univariat signifikanten und nach inhaltlich gerechtfertigten und statistischen Gesichtspunkten selektierten Prädiktoren einbezogen. Die Einordnung der Befunde in die aktuelle Literatur ist jedoch mit erheblichen Einschränkungen verbunden. Es finden sich weder nationale noch internationale Studien, die eine vergleichbare Stichprobe nach einer Entzugsbehandlung mit einem ähnlich kurzen Katamnesezeitraum nachuntersuchten und Aussagen über prädiktive Einflussfaktoren machen. Am häufigsten finden sich zumeist angloamerikanische Studien, die im Rahmen großangelegter Bevölkerungsbefragungen (sog. „Nationale Gesundheitssurveys“) Personen mit Alkoholproblemen oder einer Alkoholabhängigkeit identifizieren und dann anhand der gleichzeitig miterhobenen soziodemografischen und suchtspezifischen Angaben Prädiktoren für die Entwicklung einer Alkoholerkrankung berechnen. Die Erkenntnisse dieser Untersuchungen sind nur begrenzt auf die Ergebnisse der vorliegenden Studie übertragbar.

Prädiktoren für einen Alkoholrückfall bei den Männern

Bei den Männern zeigen in einem logistischen Regressionsmodell folgende Variablen einen signifikanten Vorhersagewert für einen erneuten Alkoholrückfall innerhalb des Katamnesezeitraumes:

- geringe Behandlungsmotivation im Sinne einer geringen Veränderungsbereitschaft hinsichtlich des Alkoholkonsums und damit assoziierter Verhaltensweisen (Skala „Initiative“ des SOCRATES) während der Indexbehandlung
- Häufige Inanspruchnahme von Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Monaten vor der Indexaufnahme
- eine überwiegende Freizeitgestaltung im Katamnesezeitraum mit Personen, die ebenfalls Alkoholprobleme haben

Die univariat signifikanten Prädiktoren „keine aktuelle Partnerschaft zum Katamnesezeitpunkt“, „kein eigenes Einkommen zur Bestreitung des Lebensunterhaltes“, die „Behandlungsdauer“ und die ärztliche/therapeutische „Einschätzung des GAF am Entlassungstag“ zeigen im logistischen Regressionsmodell keinen signifikanten Einfluss mehr.

Ein gemeinsames Problem bei allen Suchterkrankungen stellt oft eine geringe Motivation zur Behandlung dar (Ferstl, 1998). Eine geringe Motivation zur Veränderungsbereitschaft stellte sich bei den Männern als der stärkste Prädiktor heraus und erhöht das Risiko für einen erneuten Alkoholrückfall um das knapp 3-fache. Dieses Ergebnis deckt sich mit denen von Isenhardt (1997), der 125 alkoholabhängige Patienten während einer 21-tägigen stationären Behandlung mit dem SOCRATES befragte. In einer logistischen Regressionsanalyse zeigte ein niedriger Score auf der Skala „Initiative“ den stärksten Prädiktor für einen Alkoholrückfall innerhalb eines Jahres nach der stationären Behandlung.

Nach dem Stadienmodell der Veränderungen von Prochaska und DiClemente (1982, 1992, vgl. auch Maurischat, 2001) dürfte in der vorliegenden Studie der allergrößte Anteil der sich in stationäre Behandlung begebenden Patienten die beiden initialen Phasen des Modells bereits durchschritten haben. Sie befinden sich in aller Regel in den Phasen „Preparation“ und „Action“. Die Inanspruchnahme des suchtspezifischen Behandlungssystem weist auf die Absicht zur Verhaltensänderung („Preparation“) hin. Die Phase „Action“ steht im Zentrum der psychotherapeutischen Interventionen in der „Qualifizierten Entzugsbehandlung“, in der dem Patienten alternative Verhaltensweisen sowie Fertigkeiten im Umgang mit den Suchtstoffen vermittelt werden sollen. Sofern der Patient eine Abstinenzfähigkeit erreicht hat, befindet er sich in der Phase „Maintenance“. Die letzte Phase „Maintenance“ ist maßgeblich von neu gewonnenen Überzeugungen und Einstellungen bestimmt. Regressionen auf zurückliegende Phasen sind nach diesem Modell häufig und selbst nach jahrelanger Abstinenz beobachtbar. Eine Regression von der Phase „Maintenance“ geht mit erneutem Alkoholkonsum einher. Die Skala „Initiative“ des SOCRATES gibt vor, wesentliche Merkmale der Phasen „Preparation“ und „Action“ des Stadienmodells, die Veränderungsbereitschaft und deren Umsetzung und Etablierung in die Alltagsroutine, zu messen. Nach den vorliegenden Ergebnissen bildet die Skala „Initiative“ die Veränderungsbereitschaft der Männer recht gut ab. Unterstützt werden kann diese Aussage durch zahlreiche weitere korellative Zusammenhänge. Die weniger veränderungsbereiten Männer nahmen häufiger stationäre Entzugsbehandlungen vor der Indexbehandlung in Anspruch. Ein moderater positiver Zusammenhang findet sich zwischen der Dauer der Alkoholprobleme und der Höhe der Veränderungsbereitschaft. Das heißt, mit der Dauer der Alkoholprobleme nimmt auch die Veränderungsbereitschaft zu. Neben einer Erklärung, dass Patienten über fehlende Strategien zur Verhaltensänderung verfügen, deutet sich hier möglicherweise ein positiver Zusammenhang zwischen der

Schwere der Alkoholholabhängigkeit und der Veränderungsbereitschaft an. Auch im Hinblick auf die Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme und an einer Selbsthilfegruppe zeigen sich signifikant positive Korrelationen mit der Höhe der Veränderungsbereitschaft.

Bei den rückfälligen Patienten geht eine höhere Anzahl von Trinktagen, Rauschtagen und einer höheren Gesamtmenge des konsumierten Alkohols mit einer geringen Veränderungsbereitschaft einher. Ebenso findet sich bei den im Katamnesezeitraum zur Entzugsbehandlung wiederaufgenommenen Patienten eine geringere Veränderungsbereitschaft. Im Gegensatz zeigt sich bei den Frauen nur ein korrelativer, gleichwohl wichtiger Zusammenhang: Eine höhere Veränderungsbereitschaft während der Indexbehandlung korreliert mit niedrigeren Rückfallquoten in der Wiederbefragung. Insgesamt ist daher die Validität des SOCRATES bei den Männern deutlich besser zu bewerten als bei den Frauen. Möglicherweise zeigt sich in diesen Ergebnissen aber auch ein weiterer geschlechtsspezifischer Unterschied. Indikatoren für eine Veränderungsbereitschaft hinsichtlich der Alkoholerkrankung sind zwischen den Geschlechtern verschieden.

Circa ein verdoppeltes Rückfallrisiko ergibt sich für alkoholabhängige Männer, die mehr als zwei Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Monaten vor der Indexbehandlung wahrgenommen haben. Es ist anzunehmen, dass es sich hier um eine Subpopulation von „heavy user“ handelt. Patienten mit Alkoholrückfällen und stationären Wiederaufnahmen in hoher Frequenz werden als sogenannte „heavy user“ bezeichnet (vgl. z. B. Richter et al., 2002). Unterstützung findet dieser Befund durch die Ergebnisse einer Studie von Spiessl et al. (2002). Sie untersuchten in einer deutschen psychiatrischen Klinik die Wiederaufnahmeraten im Rahmen einer Kohortenstudie mit knapp 1800 Patienten über fünf Jahre hinweg. Ein kleiner prozentualer Anteil von 10 % der Patientenstichproben nahmen dabei 50 % der Aufnahmen in Anspruch. Die stärksten Prädiktoren für eine stationäre Wiederaufnahme waren eine Alkoholabhängigkeit und ein kurzer zeitlicher Intervall zwischen Erst- und Zweitaufnahme. Richter et al. (2002) fanden in einem Vergleich von männlichen Alkoholkranken mit mehr als drei Entzugsbehandlungen bzw. einer oder keiner Entzugsbehandlung in den vergangenen 12 Monaten vor der Indexbehandlung in der Gruppe der „heavy user“ schwere soziale, medizinische und psychische Beeinträchtigungen.

Die Männer in dieser Untersuchung, die ihre Freizeit überwiegend mit ebenfalls alkoholkranken Personen verbringen, erhöhen ihre Rückfallwahrscheinlichkeit um das circa 2-fache. In Anlehnung an das Rückfallmodell von Marlatt und Gordon (1985) stellen solche sozialen Interaktionen mit suchtkranken Personen ein beträchtliches Rückfallrisiko und eine gewichtige Rolle in der Rückfallentstehung dar. Auch abstinenzorientierte Patienten sind in solchen Situationen oft überfordert und verfügen über keine geeigneten Copingstrategien, um einen Alkoholrückfall zu verhindern.

In der Prädiktorenstruktur der logistischen Regressionsanalyse bei den rückfälligen Männern zeichnen sich möglicherweise zwei Gruppen von Patienten ab. Zum einen finden sich sogenannte „heavy user“ mit einer schweren und therapeutisch nur wenig bzw. unzureichend beeinflussbaren Alkoholabhängigkeit und damit verbundenen erheblichen medizinischen und sozialen Beeinträchtigungen. Diese Gruppe von alkoholkranken Männern zeichnet sich durch häufige Inanspruchnahme stationärer Behandlungen und einem sozialen Umfeld mit überwiegend ebenfalls abhängigen Personen aus. Eine zweite Gruppe könnte aus (noch) wenig veränderungsmotivierten Patienten bestehen, die jedoch weniger soziale und medizinische Beeinträchtigungen aufweisen. Diese Patientengruppe ist wohl möglich noch nicht in der Lage neu gewonnene Strategien umzusetzen und ihre Veränderungsbereitschaft in eine Alltagsroutine umzusetzen. Nach dem Stadienmodell von Prohaska und DiClemente finden sich eben hier die Personen, die eine Regression von der Phase „Maintenance“ zeigen oder aber noch keine stabile Abstinenzfähigkeit besitzen. Allerdings muss diese Interpretation auf Grund des vorliegenden Datenmaterials vorerst als spekulativ angesehen werden.

Prädiktoren für einen Alkoholrückfall bei den Frauen

Für die Frauen finden sich in einem logistischen Regressionsmodell drei signifikante Prädiktoren für einen Alkoholrückfall innerhalb des Katamnesezeitraumes:

- Häufigkeit der Inanspruchnahme von Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Monaten vor der Indexaufnahme
- berichtete Suizidgedanken in der Vorgeschichte
- jüngeres Alter

Die univariat signifikanten Parameter „Atemalkoholgehalt bei der Aufnahme“, „kein eigenes Einkommen zur Bestreitung des Lebensunterhaltes“, ein „mittleres bis hohes Bildungsniveau“ sowie erhöhte Werte im GSI der „SCL-90-R“ zeigen im logistischen Regressionsmodell keinen signifikanten Vorhersagewert mehr.

Als einziger gemeinsamer Prädiktor für einen erneuten Alkoholrückfall findet sich für beide Geschlechter die Anzahl der bisher durchgeführten Entzugsbehandlungen. Ähnlich wie bei den Männern erhöht eine hohe Anzahl von „Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Monaten“ vor der Indexbehandlung das Rückfallrisiko um das 2,5-fache. Analog zu den Interpretationen der Ergebnisse bei den Männern dürfte es bei den Frauen eine Gruppe von Patientinnen geben, die unmittelbar nach einer stationären Entzugsbehandlung alkoholrückfällig werden und schnell eine erneute stationäre Wiederaufnahmen wahrnehmen. Diese Patientinnengruppe könnte einerseits aus den sogenannten „heavy user“ bestehen, andererseits könnte es sich auch um Patientinnen handeln, die erst seit kurzer Zeit therapeutische Maßnahmen hinsichtlich ihrer Suchterkrankung wahrnahmen und bei noch nicht ausreichender Selbstwirksamkeitserwartung und damit verbundener Abstinenzfähigkeit alkoholrückfällig werden. Diese Frauen befolgen möglicherweise den ärztlich/therapeutischen Rat, bei einem Rückfall schnellstmöglich erneut suchtspezifische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Neben diesen Erklärungen könnte für Frauen wie für Männer ein neurobiologischer Befund, die Kindling-Hypothese mitverantwortlich für häufige stationären Aufnahmen sein. Neben verschiedenen Faktoren hängt die Intensität des Alkoholentzugssyndroms nach Schuckit et al. (1995) mit der Anzahl vorheriger Entzüge zusammen. Ein mit dieser Beobachtung kohärentes Erklärungsmodell bietet die von Ballanger und Post (1978)

formulierte Kindling-Hypothese. Durch wiederholte (auch kurz andauernde) Abstinenzphasen soll ein Kindling-Prozess angestoßen werden, wodurch das Risiko für schwere Entzugssyndrome steigt (Glue & Nutt, 1990). Klinische Studien (Lechtenberg & Worner, 1991) zeigen, dass Personen mit multiplen Entzügen in der Vergangenheit mit größerer Wahrscheinlichkeit schwerwiegende Entzugskomplikationen in Form eines Delirs oder/und Entzugsanfalles erleiden. Sowohl Untersuchungen am Menschen, als auch tierexperimentelle Befunde sprechen für eine höhere Wahrscheinlichkeit schwerer Entzugssymptome bei Patienten mit einer größeren Anzahl vorheriger Entzüge (Finn & Crabbe, 1997). Die Kindling-Hypothese kann in der vorliegenden Studie als alternatives Erklärungsmodell für häufige Wiederaufnahmen herangezogen werden. Es kann hieraus abgeleitet werden, dass es nach einem Alkoholrückfall und damit verbundenen aversiven und u. U. lebensbedrohlichen Entzugssymptomen, den Patienten schnell wieder in ärztliche Hilfe drängt.

Suizidgedanken in der Vorgeschichte erhöhen in der vorliegenden Stichprobe die Rückfallwahrscheinlichkeit für die Frauen um das 2-fache. Es ist zu vermuten, dass Suizidalität mit generellen psychischen Belastungsfaktoren und einer komorbiden psychischen Störung in Beziehung steht. Diese Annahme wird durch hohe Interkorrelationen zwischen berichteten Suizidgedanken und den Ergebnissen der SCL-90-R und des SF-12 unterstützt. In verschiedenen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass Suizidgedanken häufig gemeinsam mit komorbiden Störungen auftreten. In einer groß angelegten Studie von Grant und Hasin (1999) mit knapp 18.000 Befragten waren für Frauen die stärksten Prädiktoren für Suizidgedanken eine Alkoholabhängigkeit und eine depressive Störung (vgl. mit ähnlichen Ergebnissen Druss & Pincus, 2000 und Pages et al., 1997). Preuss et al. (2002) fanden bei amerikanischen alkoholabhängigen Frauen mit Suizidversuchen- oder gedanken in der Vorgeschichte einen schlechteren und progredienten Verlauf der Suchterkrankung (z. B. eine geringe Abstinenz- und Besserungsrate) sowie eine höhere Prävalenz komorbider Störungen.

Den stärksten Prädiktor in der logistischen Regressionsanalyse bildet schließlich bei den Frauen das Alter. Unter 39-Jährige Frauen haben ein 3-fach und zwischen 39 bis 47-Jährige Frauen ein 2-fach erhöhtes Rückfallrisiko gegenüber älteren Frauen. Insbesondere jüngere Frauen scheinen also unmittelbar nach einer Entzugsbehandlung rückfallgefährdet zu sein. Auch in einer deutschen Studie von Bloomfield und Mannsman (1997) fanden

sich in der Altersgruppe der 30 bis 39-Jährigen Frauen die meisten Alkoholhochkonsumenten im Vergleich zu den anderen Alterskategorien. Dieses Ergebnis ist jedoch schwer zu interpretieren. Sowohl in der soziobiografischen und sozialen Anamnese finden sich nur wenige Unterschiede in den gebildeten Alterskategorien, so dass ebensolche Einflussfaktoren bei einem Vergleich der Altersgruppen als Erklärungen für diesen Befund genügend ausgeschlossen werden können. Jüngere Frauen sind zwar erwartungsgemäß häufiger ledig, befinden sich jedoch ebenso so häufig in Partnerschaften. In der Einschätzung psychischer Belastungsfaktoren finden sich allesamt keine signifikanten Beziehungen zum Alter. Signifikante Korrelationen finden sich indes zwischen Alter und der Veränderungsbereitschaft während der Indexbehandlung. Hier deutet sich an, dass jüngere Frauen womöglich weniger motiviert sind als ältere, eine alkoholabstinente Lebensweise zu führen bzw. noch nicht über ein ausreichendes Repertoire an Strategien und alternativen Verhaltensweisen im Umgang mit Alkohol verfügen.

Einen weiteren möglichen Erklärungsansatz bietet der empirisch mittlerweile gut abgesicherte Befund, dass sich bei den Frauen alkoholassoziierte somatisch-neurologische Folgestörungen und Begleiterkrankungen in einem deutlich kürzeren Zeitraum entwickeln (Ely et al., 1999; Morhart-Klute & Soyka, 2002). Diese von verschiedenen Forschungsgruppen als „Teleskopeffekt“ (z. B. Greenfield, 2002; Mann und Ackermann, 1996) bezeichnete Beobachtung hat möglicherweise bei den älteren Frauen einen Einfluss auf die Abstinenzquote.

6. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie wurde multizentrisch in fünf Kliniken des LWL durchgeführt. Mit einem Umfang von 376 Männern und 106 Frauen konnte eine große Stichprobe befragt werden. Neben einer umfassenden Beschreibung der Stichprobe und des stationären Behandlungsverlaufes wurden in einer Katamnesebefragung mit befriedigende Wiederbefragungsquoten kurzfristige Effekte der stationären Akutbehandlung erhoben. In der Zusammenschau der Ergebnisse zeigen sich zwischen alkoholabhängigen Frauen und Männern in vielerlei Hinsicht Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten. Die Ergebnisse und Erkenntnisse der Untersuchung können als repräsentativ für psychiatrische Kliniken mit Pflichtversorgungsauftrag angesehen werden.

In der Abhängigkeitsentwicklung und in der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen konnten in dieser Studie zuverlässige empirische geschlechtsspezifische Befunde ebenfalls vorgefunden werden (z. B. Greenfield, 2002; Kraus et al., 2000; Schuckit et al., 1998; Wilsnack, 1997, 2000): Männer beginnen früher mit einem kritischen Alkoholkonsum und sind jünger als Frauen, wenn sich erste alkoholbezogene Probleme einstellen. Frauen sind dabei weniger lange alkoholkrank als Männer, wenn sie sich erstmals in eine stationäre Behandlung begeben (vgl. Brady & Randall, 1999; Dawson, 1996; Piazza et al., 1989). Hier finden sich Hinweise auf einen „Teleskopeffekt“. Psychische und körperliche Folgeschäden entwickeln sich bei Frauen in einem deutlich kürzeren Zeitraum (z. B. Greenfield, 2002; Mann und Ackermann, 1996).

Männer nehmen stationäre Entzugsbehandlungen deutlich häufiger als Frauen in Anspruch (vgl. Murphy et al., 2000). In der Inanspruchnahme von ambulanten prästationären sozialen und medizinischen Hilfen finden sich hingegen keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Gegenwärtig wird vor allem die geringe Erreichbarkeitsquote der Alkoholabhängigen durch das suchtspezifische Therapiesystem bemängelt (vgl. Kufner, 2000; Wienberg, 1992). Nach dem Stadienmodell der Veränderungen von Prochaska und DiClemente (1982, 1992, vgl. auch Maurischat, 2001) greifen in der „Vorahnungsphase“ (Precontemplation), die sich bei Alkoholkranken über Jahre hinziehen kann, vor allem Frühinterventionen durch die hausärztliche Versorgung. Hier werden in den letzten Jahren im Rahmen ärztlicher suchtspezifischer Weiterbildung zunehmend motivationale Ge-

sprachsführungstechniken und Beziehungsgestaltung (vgl. Miller & Rollnick, 1991, 1999; im Überblick Demmel, 2003) vermittelt, mit dem Ziel des Aufbaus von Veränderungsbereitschaft alkoholgefährdeter Patienten (Veltrup, 2002). Die nahezu weltweit seit Jahren steigende Prävalenz für Abhängigkeitserkrankungen bei den Frauen (vgl. Greenfield, 2002; Kraus et al., 2000; McGue et al.; 2001) sollte hier nachdrücklich bedacht werden, um die therapeutische Erreichbarkeit für alkoholgefährdete Personen, insbesondere Frauen, und somit die Inanspruchnahme suchtspezifischer Maßnahmen zu erhöhen.

Im Einklang mit den Ergebnissen verschiedener Studien, die soziale Einflussfaktoren untersuchten, verfügen Frauen über höhere Schulabschlüsse als Männer (vgl. Bloomfield & Mannsmann, 1997, Franke, 2001; Neve et al., 1996). Das Risiko für eine Arbeitslosigkeit ist bei den Männern deutlich höher als bei den Frauen (vgl. El-Guebaly et al., 1995; Greenfield, 2002; Wilsnack et al., 1997, 2000). Weder Frauen noch Männer mit Alkoholproblemen sind generell vereinsamt und ohne soziales Netzwerk (vgl. Thundal et al., 1999). Gleichwohl findet sich ein beträchtlicher Anteil unter den untersuchten Patienten, die überwiegend soziale Beziehungen mit ebenfalls suchtkranken Personen unterhalten. Für diese Patientengruppe dürfte ein weiterer Umgang nach der Indexbehandlung mit ebenfalls suchgefährdeten Personen ein erheblicher Rückfallfaktor darstellen. Körkel und Schindler (2003) sehen hierin einen der wichtigsten Faktoren in der Rückfallentstehung. Hier greifen in der stationären Behandlung bereits etablierte verhaltenstherapeutisch orientierte Strategien zur Gestaltung alternativer Freizeitaktivitäten und eines positiven Umgangs mit Hochrisikosituationen für Alkoholabhängige (vgl. Marlatt & Gordon, 1985).

Zahlreiche vergleichbare Studien belegen hohe Komorbiditätsraten bei Alkoholabhängigen (vgl. Brady & Randall, 1999; Mann & Günthner, 1998, Schneider et al., 2001). Die vorgefundenen Komorbiditätsraten sind für Frauen und Männer gleichermaßen hoch. Frauen erhielten allerdings signifikant häufiger eine Diagnose einer komorbiden psychischen Störung. Es finden sich jedoch eindeutige Hinweise für entzugsassoziierte psychopathologische Symptome, insbesondere solche, die einer depressiven Störung zugeordnet werden können (vgl. Gammeter, 2002; Schuckit & Hesselbrock, 1994). In der mehrfachen Applikation von Selbstbeurteilungsfragebögen zeigt sich über den Behandlungsverlauf der untersuchten Stichprobe im Längsschnitt für beide Geschlechter einer deutliche Reduktion in der Selbsteinschätzung psychischer Belastungsfaktoren. Schlussfolgernd argumentieren

Schuckit und Hesselbrock (1994), dass entzugsassoziierte psychopathologische Symptome die zum Teil sehr hohen Prävalenzzahlen in Originalarbeiten relativieren.

Hinsichtlich motivationale Prozesse bei Alkoholabhängigen finden sich während der Indexbehandlung keine wesentlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Dennoch zeigen sich ausschließlich für die Männer zahlreiche korellative Zusammenhänge zwischen gemessener Veränderungsbereitschaft als zentrales Kriterium einer Behandlungsmotivation und ausgewählten Validitätskriterien in der Suchtanamnese und im Katamnesezeitraum. Aus diesem Befund lässt sich spekulativ ableiten, dass einerseits der SOCRATES lediglich für die Männer ein valides Instrument zur Messung motivationaler Einstellungen und Prozesse darstellt, andererseits motivationale Faktoren bei Frauen möglicherweise eine weniger gewichtige Rolle spielen oder aber eine grundsätzlich andere Struktur aufweisen als bei den Männern. Hier bietet sich ein weiterer interessanter Forschungsansatz bezüglich geschlechtspezifischer motivationaler Prozesse an.

Zusammenfassend zeigt sich hinsichtlich der Abstinenz- und Rückfallraten folgendes Bild: Werden die Daten ohne geschlechtsspezifische Differenzierung betrachtet, finden sich bei konservativer Berechnung annähernd 40 % abstinente Personen und jeweils 30 % „gebesserte“ und „ungebesserte“ Alkoholrückfällige. Das entspricht in etwa der viel zitierten 1/3-Faustregel (vgl. z. B. Emrick 1974, 1975; Kufner, 2001; Rist, 1996; Mann, 2002). Werden Geschlechterunterschiede in die Analyse mit einbezogen, ist der Anteil abstinenter Frauen höher, im Anteil der „Gebesserten“ finden sich zwischen Männern und Frauen keine Unterschiede und der Anteil der „Ungebesserten“ ist bei den Männern höher als bei den Frauen. Unter den alkoholrückfälligen Patienten zeigen Frauen eine längere Abstinenzdauer innerhalb des dreimonatigen Katamnesezeitraumes. Ähnlich wie in der Metaanalyse von Jarvis (1992) scheinen Frauen initial besser auf eine stationäre Entzugsbehandlung anzusprechen.

Für die alkoholrückfälligen Patienten finden sich bezüglich der Besserungskriterien „Trinktage“ und „Trinktage bis zum Rausch“ und „Menge des konsumierten Alkohols“ für beide Geschlechter deutliche Reduktionen nach der Indexbehandlung. Weiterhin besuchen Frauen und Männer im Katamnesezeitraum häufiger eine Selbsthilfegruppe als vor der Indexbehandlung. Die aufgeführten Abstinenz- und Besserungsraten lassen sich als Behandlungseffekte interpretieren. Männer traten innerhalb des Katamnesezeitraumes

weitaus häufiger eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme an. Ein zentrales Element der therapeutischen Bemühungen in der Qualifizierten Entzugsbehandlung, die Motivation zur Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, scheint bei den Männern besser zu greifen.

Der einzige gemeinsame Prädiktor für einen erneuten Alkoholrückfall ist für beide Geschlechter die Höhe der Anzahl der Entzugsbehandlungen in den letzten sechs Monaten vor der Indexbehandlung. Ansonsten findet sich eine grundsätzlich verschiedene Prädiktorenstruktur zwischen den Geschlechtern. Eine Begründung für diesen Befund ist neben der Existenz einer Subpopulation von „heavy user“ und der Kindling-Hypothese, dass sich Patienten mit noch nicht ausreichender Selbstwirksamkeitserwartung und Abstinenzfähigkeit nach einem Alkoholrückfall schnell wieder in die Behandlung begeben. Letzteres kann als Behandlungserfolg angesehen werden. Diese Patienten können möglicherweise bei der Wiederbehandlung zu weiterführenden suchtspezifischen Maßnahmen, wie z. B. eine rehabilitative Maßnahme, motiviert werden.

Bei den Frauen erweisen sich jüngeres Alter und berichtete Suizidgedanken als die stärksten Prädiktoren für eine erneuten Alkoholrückfall innerhalb der ersten drei Monate nach der Indexbehandlung. Suizidgedanken können als Indikator für eine komorbide Störung angesehen werden und unterstreichen nochmals die hohe vorgefundene Punktprävalenz von komorbiden psychischen Störungen bei den Frauen sowie die Forderung nach einer adäquaten psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung. Ein schwer zu interpretierender Befund ist schließlich der Einfluss des Lebensalters auf eine erneute Alkoholrückfälligkeit. Potentielle Erklärungen sind ein mangelndes Repertoire an Strategien im Umgang mit Alkohol bei den jüngeren Frauen sowie wiederum der „Teleskopeffekt“, durch den Frauen alkoholtoxische Folgestörungen in einem kürzeren Zeitraum entwickeln.

Bei den Männern hingegen präzisieren eine geringe Behandlungsmotivation während der Indexbehandlung und eine überwiegende Freizeitgestaltung mit Personen, die ebenfalls Alkoholprobleme haben, einen erneuten Alkoholrückfall. Ein überwiegendes Zusammen sein mit Menschen, die ebenfalls Alkohol konsumieren bzw. zum Mittrinken auffordern, ist einer der wichtigsten Rückfallfaktoren (Körkel & Schindler, 2003). Als ein wichtigstes Ergebnis dieser Studie kann die Abbildung motivationaler Einflussfaktoren bei den Männern angesehen werden. Die Motivation zur Veränderungsbereitschaft stellt sich nicht

nur als stärkster Prädiktor für einen erneuten Alkoholrückfall heraus. Es finden sich darüber hinaus Zusammenhänge mit nahezu allen Parametern der Suchtanamnese und des poststationären Verlaufes.

Für die klinische Praxis der Akutbehandlung lassen die vorgefundenen Ergebnisse folgende Schlussfolgerungen zu. Es ist von einer erhöhten Vulnerabilität für komorbide Störungen bei Alkoholabhängigen, insbesondere Frauen, auszugehen. In der suchtspezifischen Therapie sollten komorbide Störungen in der Diagnostik sowie der Psycho- und Pharmakotherapieplanung berücksichtigt werden. Die Diagnose einer komorbiden Störung sollte in Anlehnung an Schuckit (1994, 2000) im Sinne einer gesicherten zusätzlichen psychischer Erkrankung bei bestehender Abhängigkeit jedoch nach dem akuten Entzugssyndrom und unter Berücksichtigung des Lebenszeitverlaufes gestellt werden. Die Schaffung von Therapie- und Abstinenzmotivation gehört zu den zentralen Komponenten einer psychiatrischen Entzugsbehandlung. Die Ergebnisse dieser Studie untermauern die Bedeutung und Relevanz einer Motivationsentwicklung im psychotherapeutischen Prozess. Sie deuten jedoch andererseits auf eine grundsätzlich unterschiedliche Motivationsstruktur bei Frauen und Männern hin, deren detaillierte Erforschung zur Entwicklung geschlechtsspezifischer psychotherapeutischer Behandlungsstrategien beitragen könnte. Die kurzfristigen Wiederaufnahmeraten sind für beide Geschlechter hoch. Die Interaktion zwischen Alkoholrückfall und der Inanspruchnahme von Entzugsbehandlungen weist bei Frauen und Männern auf eine Subpopulation von „heavy user“ hin, die einerseits unter ihren derzeitigen Lebensbedingungen offensichtlich abstinentenzunfähig sind, andererseits häufig und hochfrequent stationäre Behandlung beanspruchen (vgl. Richter et al., 2002; Spiessl et al., 2002). Für diese Patienten kommen insbesondere soziotherapeutische Maßnahmen im Sinne eines Milieuwechsels bis hin zu betreuten Wohnformen bei schwerer sozialer Desintegration in Betracht.

Die Erforschung geschlechtsspezifischer Unterschiede bei alkoholabhängigen Frauen und Männern ist in den letzten Jahren auf zunehmendes Interesse gestoßen. Bischof und John (2003) sehen in den Geschlechterdifferenzen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen eine zentrale Bedeutung für deren Entstehung und Verlauf. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse von männlichen auf weibliche Alkoholabhängige wird dabei gegenwärtig mehr und mehr in Frage gestellt (vgl. z. B. Mann & Ackermann, 2000; Greenfield, 2002; Wilsnack & Wilsnack, 1997). In der empirischen Forschung und in der statistischen Datenaus-

wertung werden Frauen und Männer jedoch zumeist zusammengefasst oder Erkenntnisse nur an männlichen Probanden gewonnen (vgl. Ramlow et al., 1999). Die Studien, die sich in der Literaturrecherche finden lassen, belegen jedoch zahlreiche geschlechtsspezifische Unterschiede und warnen in ihrer Mehrzahl vor einer Generalisierung der an männlichen Probanden gewonnenen Ergebnisse und Erkenntnisse auf Frauen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterstützten die Forderung verschiedener Autoren und Forschungsgruppen (z. B. Brady & Randall, 1999; Brienza & Stein, 2002; El-Guebaly et al., 1995; Greenfield, 2002; Franke et al., 1998; Jarvis, 1992; Mann et al., 1996, 2000; Wilsnack et al., 1997, 2000) geschlechtsspezifische Unterschiede bei Suchterkrankungen zwingend zu berücksichtigen.

7. Literaturverzeichnis

Agosti, V. (1994). The efficacy of controlled trails of alcohol misuse treatments in maintaining abstinence. A Meta-Analysis. *The International Journal of Addictions*, 29 (6), S. 759 – 769.

Allen J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B. & Sillanaukee, P. (2000). Carbohydrate-deficient transferrin, gamma-glutamyltransferase and macrocytic volume as biomarkers of alcohol problems in women. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 24, S. 492 – 496.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3th Ed. (DSM-III-R). APA, Washington, D.C..

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Ed. (DSM-IV). APA, Washington, D.C..

American Psychiatric Association (2002). *Quick Reference to the American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. Compendium 2002*, S. 57 - 82.

Angenendt, J, Frommberger, U., Trabert, W., Stiglmayr, C & Berger, M. (1998). *Angststörungen*. In: Berger, M. (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban und Schwarzenberg.

Angove, R. & Fothergill A. (2003). Women and alcohol: misrepresented and misunderstood. *Journal of Psychiatric Mental Health Nurses*, 10 (2), S. 213 – 219.

Annis, H. M., & Liban, C. B. (1980). Alcoholism in women: treatment modalities and outcomes. In: Kalant, O. J. (Hrsg.). *Alcohol and Drug Problems in Women: Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, New York, S. 384 – 422.

Annis, H. M., Sklar, S. M., & Moser, A. E.(1998). Gender in relation relapse crisis situations, coping, and outcome among treated alcoholics. *Addictive Behaviours*, 23, (1), S. 127 – 131.

Arolt, V., Driessen, M. & Schürmann, A. (1995). Häufigkeit und Behandlungsbedarf von Alkoholismus bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 63, S. 283 – 288.

- Ashley, M. J., Olin, J. S., Le Riche, W. H., Kornaczewski, A., Schmidt, W & Rankin, J. G. (1977). Morbidity in alcoholism: evidence for accelerated development disease in women. *Archives Intern medicine*, 137, S. 883 – 887.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2000). *Multivariate Analyseverfahren*. Springer Verlag, Berlin.
- Ballanger, J.C. & Post, R.M. (1978). Kindling as a model for alcohol withdrawal syndromes. *British Journal of Psychiatry*, 133, S. 1 – 14.
- Baltes-Götz. B. (2002). *Binäre logistische Regressionsanalyse mit SPSS*. Universitäts-Rechenzentrum Trier.
- Banger, M., Philipp, M., Herth, T., Hebenstreit, M. & Aldenhoff, J. (1992) Development of a Rating Scale for Quantitative Measurement of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*; S. 241 – 246.
- Banger, M., v. Wilmsdorff. M. & Baier, M. (1997). Score-gesteuerte Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms. *Krankenhauspsychiatrie*, S. 56 – 61.
- Baraona, E., Abittan, C. S., Dohmen, K., Moretti, M. Pozzato, G. Chayes, Z. W., Schaefer, C. & Lieber, C. S. (2001). Gender differences in pharmacokinetics of alcohol. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 25 (4), S. 502 – 507.
- Bauer, I. & Hasenöhrl, G. (2000). Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter und konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). *Sucht* 2000, 46, S. 250 – 259.
- Beck, B. (2003). *Veränderungsbereitschaft alkoholabhängiger Patienten: Psychometrische Eigenschaften und Faktorenstruktur einer deutschsprachigen Version der „Stages of change Readiness an Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)“*. Unveröffentlichte Diplomarbeit der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.
- Becker, U., Deis, A., Sorensen ,T. A., Gronbaek, M., Borch-Johnsen, K., Müller, C.F., Schnohr, P. & Jensen, G. (1996). Prediction of risk of liver disease by alcohol intake, sex, and age: a prospective population study. *Hepatology*; 23, S. 1025 – 1029.

Beneishek, L. A., Bieschke, K. J., Stöffelmayr, B. E., Mavis, B. E. & Humphreys, K. A. (1992). Gender differences in depression and anxiety among alcoholics. *Journal of Substance Abuse*, 4, S. 235 – 245.

Berg, A. (2002). Die Aussagekraft von biologischen Alkoholismusmarkern im Verlauf einer Alkoholentzugsbehandlung. Inaugural-Dissertation, Medizinische Fakultät der Westfälischen Universitätsklinik Münster.

Berger, M., (1998). Affektive Erkrankungen. In: Berger, M. (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban und Schwarzenberg.

Bischof, G. & John, U. (2003). Suchtmittelabhängigkeit bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann, K. & Kolip, P. (Hrsg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit – Männer und Frauen im Vergleich*. Verlag Hans Huber.

Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2000). Gender differences in natural recovery from alcohol dependence. *Journal of Studies in Alcohol*, 61 (6), S. 783 – 786.

Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2000). Maintenance factors of recovery from alcohol dependence in treated and untreated individuals. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 24 (12), S. 1773 – 1777.

Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2003). Geschlechtsunterschiede in auslösenden Bedingungen für die Therapieaufnahme, Coping-Strategien und Selbstwirksamkeitserwartungen bei alkoholabhängigen in stationärer Behandlung. In: Richter, G., Rommelsbacher, H. & Spies, C. (Hrsg.). *Alkohol, Nikotin, Kokain... und kein Ende?*. 14. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht). Berlin, S. 544.

Bloomfield, K. & Mansmann, U. (1997). Trends in alcohol consumption and predictors for increased alcohol consumption in former East Germany - analysis of the 1st and 2nd stages of the German Cardiovascular Prevention Study. *Gesundheitswesen*, 59 (4), S. 283 – 288.

Bode, C., Bode, J.C., Hahn, E.G., Rossol, S., Schäfer, C. & Schuppan, D. (1999). Alkohol und Leber. In: Singer, M.V., Teysen, S., Hrsg.: *Alkohol und Alkoholfolkrankheiten. Grundlagen – Diagnostik – Therapie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, S. 226 – 269.

Bohmann, M., Sigvardsson, S. & Cloninger, C. R. (1981). Maternal inheritance of alcohol abuse. *Archives Genetic Psychiatry*, 38, S. 965 – 969.

Bongers, I. M., van de Goor, L. A., van Oers, J. A. & Garretsen, H. F. (1998). Gender differences in alcohol-related problems: controlling for drinking behaviour. *Addiction*, 93 (3), S. 411 – 421.

Booth, B. M., Kirchner J., Fortney J. et al. (2000). Rural at-risk drinkers: correlates and one-year use of alcoholism treatment services. *Journal of Studies in Alcohol*, 61(2), S. 267 – 277.

Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Springer, Berlin.

Bott, K., Meyer, C., Rumpf, H. J., Hapke, U. & John, U. (2002). Psychiatrische Lebenszeit-Komorbidität bei Abhängigkeit, Missbrauch und riskanten Konsum von Alkohol in der Allgemeinbevölkerung. In: Richter, G., Rommelspacher, H. & Spies, C. (Hrsg.). *Alkohol, Nikotin, Kokain und kein Ende? 14. wissenschaftliche Tagung der Dt. Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie*.

Brady, K. T. & Randall, C. L. (1999). Gender differences in substance use disorders. *Psychiatric Clinical North America*, 22 (2), S. 241 - 252.

Brienza R. S. & Stein, M. D. (2002). Alcohol use disorders in primary care: do gender-specific differences exist? *Journal Gen Intern Medicine*;17 (5), S. 387 - 397.

Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Mefert-Diete, C., Rumpf, H. J., Simon, R. & Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 128. Nomos, Baden-Baden.

Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). SF-12. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe, Göttingen.

Callaghan, R. C. & Cunningham, J. A. (2002). Gender differences in detoxification: predictors of completion and re-admission. *Journal of Substance Abuse Treat*, 23 (4), S. 399 - 407.

Campbell, W. G. (1997). Evaluation of a residential program using the Addiction Severity Index and stages of change. *Journal of Addictive Disease*, 16 (2), S. 27 – 39.

Carpenter, K. M. & Hittner, J. B. (1995). Dimensional characteristics of the SCL-90-R: evaluation of gender differences in dually diagnosed inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 51 (3), S. 383 – 390.

Chermack, S. T., Stoltenberg, S. F., Fuller, B.E. & Blow, F. C. (2000). Gender differences in the development of substance-related problems: the impact of family history of alcoholism, family history of violence and childhood conduct problems. *Journal of Studies on Alcohol* 2000, 61 (6), S. 845 – 852.

Chignon, J. M., Cortes, M. J., Martin, P. & Chabannes, J. P. (1998). Attempted suicide and alcohol dependence: results of an epidemiologic survey. *Encephale*, 24 (4), S. 347 – 354.

Clark, D. B., Pollock, N., Bukstein, O. G., Mezzich, A. C., Bromberger, J. T. & Donovan, J. E. (1997). Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *Journal of American Academy of Child Adolescence Psychiatry*, 36 (9), S. 1195 – 1203.

Clonninger, C. R., Bohmann, M. & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted men. *Arch. Genetic Psychiatry*, 38, S. 861 – 868.

Comer, R. J. (1995). *Klinische Psychologie*. Spektrum Verlag, Heidelberg.

Conner, K. R., Li, Y., Meldrum, S., et al. (2003). The role of drinking in suicidal ideation: analyses of Project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, (3), S. 402 – 408.

Corrigan, E. M. (1980). *Alcoholic Women in Treatment*. New York: Oxford University.

Cox, B. J., Norton, G. R., Swinson, R. P. & Ender, N. S. (1990). Substance abuse an panic-related anxiety. A critical review. *Behaviour Research Therapy*, 28, S. 385 – 393.

Curran, G. M., Stoltenberg, S. F., Hill, E. M., Mudd, S. A., Blow, F. C. & Zucker, R. A. (1999). Gender differences in the relationships among SES, family history of alcohol disorders and alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 60 (6), S. 825 – 832.

Davies-Oterkamp, S. & Kriebel, R. (1993). Konstruktvalidierung von Symptomskalen und Persönlichkeitstests durch das „Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme“ (IIP). *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, S. 295 – 307.

Dawson, A. D. (1996). Gender differences in the probability of alcohol treatment. *Journal of Substance Abuse*, 8 (2), S. 211 – 225.

De Soto, C. B., O'Donnell, W. E. & De Soto J. L. (1989). Long-Term Recovery in Alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 13, S. 693 – 697.

Deigner, S., Reitze, R. & Horsch, A. (1995). Ergebnisse einer kombinierten Behandlung Alkoholabhängiger durch ein Akutkrankenhaus und eine Beratungsstelle. *Sucht*, 41, S. 342 – 347.

Demmel, R. (2003). *Motivational Interviewing: Ein Leitfaden für die Praxis*. Hogrefe Verlag, Göttingen.

Demmel, R. Beck, B. Richter, D. & Reker, T. (2003): Readiness to Change in a Clinical Sample of Problem Drinkers: Relation to Alcohol Use, Self-efficacy and Treatment Outcome. *European Addiction Research*, in press.

Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version*. John Hopkins University School of Medicine.

Derogatis, L. R. & Cleary, P. A. (1977a). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 16, S. 347-356.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (1996). *Jahrbuch Sucht 1996*. Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2002). *Jahrbuch Sucht 2002*. Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht.

Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Therapie - DG-Sucht (2001). *Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen*. *Sucht*, 47 (Sonderheft 2), S. 3 – 94.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1993): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 3. Auflage, Huber Verlag, Bern.

Donovan, D. M., Kadden, R. M., Di Clemente C. C. et al. (2002). Client satisfaction with three therapies in the treatment of alcohol dependence: results from project MATCH. *American Journal of Addictive*, 11 (4), S. 291 – 307.

Driessen, M. (1999): *Psychiatrische Komorbidität bei Alkoholismus und Verlauf der Abhängigkeit*; Steinkopf Verlag, Darmstadt.

Driessen, M., Arolt, V., John, U., Veltrup, C. & Dilling, H. (1996). Psychiatrische Komorbidität bei hospitalisierten Alkoholikern nach der Entzugsbehandlung. *European Addiction Research*, 2, S. 17 – 86.

Driessen, M., Dierse, B. & Dilling, H. (1994). Depressive Störungen bei Alkoholismus. In: Krausz, M. & Müller-Thomsen, T. (Hrsg.): *Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht. Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation*. Lambertus, S. 35 – 49.

Driessen, M., Veltrup, C., Junghanns, K., Przywara, A. & Dilling, H. (1999). Kosten-Nutzen-Analyse klinisch-evaluierter Behandlungsprogramme. *Erweiterte Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit*. *Nervenarzt*; 70, S. 463 – 470.

Driessen, M., Veltrup, C., Weber, J. et al. (1998). Psychiatric co-morbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. *Addiction*, 93 (6), S. 889 – 894.

Druss, B. & Pincus, H. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Archives Intern Medicine*, 160, (10), S. 1522 – 1526.

Eckert, J. & Strauß, B. (1993). Einleitung und Überblick. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, S. 227 – 294.

El-Guebaly, N. (1995). Alcohol an polysubstance abuse among women. *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 40, S. 73 – 79.

Ely, M., Hardy, R., Longford N. T. & Wadsworth, M. E. (1999). Gender differences in the relationship between alcohol consumption and drink problems are largely accounted for by body water. *Alcohol Alcohol*, 34 (6), S. 894 – 902.

Emrick, C. A. (1974). A review of psychologically orient treatment of alcoholism. I. The use and interrelationship of outcome criteria an drinking behaviour following treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 35, S. 523 – 549.

Emrick, C. A. (1975). A review of psychologically orient treatment of alcoholism. II. The relative effectiveness of different treatments. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, S. 88 – 108.

Ferstl, Roman (1998). Störungen durch psychotrope Substanzen: Intervention. In: Baumann, U., Perez, M. (Hrsg.). *Klinische Psychologie- Psychotherapie*. Hans Huber, Göttingen.

Feuerlein, W. (1989). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit*. 4. Auflage, Stuttgart, Thieme Verlag.

Feuerlein, W., Dittmar, F. & Soyka, M. (1999). *Wenn Alkohol zum Problem wird*. Thieme Verlag, Stuttgart.

Feuerlein, W., Kufner, H. & Soyka, M. (1998). *Alkoholismus-Missbrauch und Abhängigkeit*. Thieme Verlag, Stuttgart.

Finn, D.A. & Crabbe, J. C. (1997). Exploring Alcohol Withdrawal Syndrome. *Alcohol Health & Research World*, 21 (2), S. 149 – 156.

Fleiss, J. L. (1999). *The Design and Analysis of Clinical Experiments*. John Wiley & Sons: New York.

Fleming, J. (1996). The epidemiology of alcohol use in Australian women: findings from a national survey of women's drinking. *Addiction*, 91 (9), S. 1325 – 1334.

Foster, J. H., Peters, T. J. & Marshall, E. J. (2000). Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women. *Alcohol*, 22 (1), S. 45 – 52.

Foster, J. H., Marshall E. J. & Peters, T. J. (2000a). Outcome after in-patient detoxification for alcohol dependence: a naturalistic comparison of 7 versus 28 days stay. *Alcohol & Alcoholism*, 35, S. 580 – 586.

- Förster, C. (1993). Emotionales und körperliches Wohlbefinden sowie kognitive Faktoren als Rückfallprädiktoren nach Entlassung aus stationären Therapien. In: De Jong Meyer, R. & Hyden, T. (Hrsg.): rückfälle bei Alkoholabhängigen, Roederer, München, S. 137 – 153.
- Franke, A. (1997). Prävention der Drogenarbeit bei Drogenabhängigkeit von Frauen. *Sucht*, 43 (2), S. 113 – 120.
- Franke, A. (2000). Frauenspezifische Aspekte der Abhängigkeit. In: Gastpar, M., Mann, K. & Rommelsbacher (Hrsg.): *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Thieme Verlag, Stuttgart.
- Franke, A., Elsesser, K., Algermissen, G. & Sitzler, F. (1998). Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen. Eine salutogenetische Verlaufsstudie. Runge, Cloppenburg.
- Franke, G. (1995): Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Beltz, Göttingen.
- Frezza, M., Di Padova, C., Pozzato, G., Terpin, M., Baraona, E. & Lieber, C. S. (1990). High blood alcohol levels in women: the role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism. *New England Journal of Medicine*, 332, S. 95 – 99.
- Galaif, E. R., Stein, J. A. & Newcomb, M. D. et al. (2001). Gender differences in the prediction of problem alcohol use in adulthood: exploring the influence of family factors and childhood maltreatment. *Journal of Studies in Alcohol*, 62 (4), S. 486 – 493.
- Gammeter, R. (2002). Psychiatrische Begleiterkrankungen bei Alkoholabhängigkeit. *Schweizerisches Medizin Forum*, 23, S. 231 – 236.
- Glenn, S. W. & Parsons, O. A. (1991). Prediction of resumption of drinking in posttreatment alcoholics. *The international Journal of Addictions*, 26, S. 237 – 254.
- Glue, P. & Nutt, D.J. (1990). Overexcitement and disinhibition: dynamic neurotransmitter interactions in alcohol withdrawal. *British Journal of Psychiatry*, 157. S. 491 – 499.
- Gmel, G., Bloomfield, K., Ahlström, S., Choquet, M. & Lecomte, T. (2000). Women's roles and Women's drinking: A comparative study in four European countries. *Substance abuse*, 21, (4), S. 249 – 264.

Gomberg, E. S. (1997). Alcohol abuse: age and gender differences. In: Wilsnack, R. W. & Wilsnack, S. C. (Hrsg.). *Gender and Alcohol: Individual and Social Perspectives*. S. 225 – 244, New York, Brunswick.

Goodwin, D. W., Schulsinger, F., Hermansen, L., Guze, S. B. & Winokur, G. (1973). Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parent. *Archives Genetic Psychiatry*, 28, S. 238 – 243.

Goodwin, D. W., Schulsinger, F., Moller, N., Hermansen, L., Winokur, G. & Guze, S. B. (1974). Drinking problems in adopted and nonadopted daughters of alcoholics. *Archives Genetic Psychiatry*, 31, S. 164 – 169.

Görge, W., Hartmann, R. & Wening, M. (1999). Suchtbezogene Sekundärprävention im Krankenhaus im Rahmen eines regionalen ärztlichen Konsiliar-/Liasiondienstes – Zwischenergebnisse eines Modellversuches. *Sucht aktuell*, 6/2, S. 39 – 43.

Graham, K., Wilsnack, R., Dawson, D. & Vogeltanz, N. (1998). Should alcohol consumption measures be adjusted for gender differences? *Addiction*, 93 (8), S. 1137 – 1147.

Grant, B. F. & Hasin, D. S. (1999). Suicidal ideation among the United States drinking population: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, (3), S. 422 – 429.

Greenfield, S. F., Kolodziej, M. E., Sugarman, D. E. et al. (2002). History of abuse and drinking outcomes following inpatient alcohol treatment: a prospective study. *Drug Alcohol Depend*, 67 (3), S. 227 – 234.

Greenfield, S. F., (2002). Women and alcohol use Disorders. *Harvard Rev Psychiatry*, 10, S. 76 – 85.

Greenfield, S. F., Hufford, M. R., Vagge, L. M., Muenz, L. R., Costello, M. E. & Weiss, R. D. (2000). The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women: a prospective study. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, (2), S. 345 – 351.

Greenfield, T. K., Midanik, L. T. & Rogers, J. D. (2001). Effects of telephone versus face-to-face interview modes on reports of alcohol consumption. *Addiction*, 95 (2), S. 277 – 284.

Gsellhofer, B., Fahrner, E. M., & Paltt, J. J. (1994). European Addiction Severity Index. EuropASI (Deutsche Version). Institut für Therapieforschung, München.

Gsellhofer, B., Kufner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999). European Addiction Severity Index: EuropASI. Schneider Verlag Hohengehren, Baltamnsweiler.

Günthner, A. & Mann, K. (1995). Neuropsychologische Funktionsdefizite bei Alkoholabhängigen. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 24 (2), S. 166 – 169.

Hall, R. C. (1995) Global assessment of functioning: A modified scale. *Psychosomatics* 36, S. 267 – 275.

Hanna, E. Z., Faden, V. B. & Harford, T. C. (1993). Marriage: Does it protect young women from alcohol? *Journal of Substance Abuse*, 5, S. 1 – 14.

Harper, C. (1979). Wernicke's encephalopathy: a more common disease than realised. A neuropathological study of 512 cases. *Journal of Neurosurg Psychiatry*, 42, S. 226 – 231.

Hasin, D. S. & Grant, B. F. (2002). Major depression in 6050 former Drinkers. *Archives of General Psychiatry*, 59, S. 794 – 800.

Havassy, B. E., Hall, S. M. & Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviour*, 16, S. 235 – 246.

Heath, A. C., Bucholz, K. K., Madden, P.A., Dinwiddie, S. H., Slutske, W. S., Bierut, L. J., Statham D. J., Dunne, M. P., Whitfield, J. B. & Martin, N. G. (1997). Genetic and environmental contributions to alcohol dependence risk in a national twin sample: consistency of findings in women and men. *Psychological Medicine*, 27 (6), S. 1381 – 1396.

Hegerl, U. (1999). Kompetenznetz Depression und Suizidalität. Ein bundesweites Projekt zur Optimierung von Therapie und Forschung. Pressemitteilung, München.

Heidenreich, T., Fecht, J. & Hoyer, J. (2002). Deutsche Version der Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). In A. Glöckner-Rist, F. Rist, & H. Kufner (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 2.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.

Heidenreich, Th. & Hoyer, J. (2001). Stadien der Veränderung bei Substanzmissbrauch und –abhängigkeit: eine methodenkritische Übersicht. *Sucht* 47 (3), S. 158 – 170.

Heinz, A. & Mann, K. (2001). Neurobiologie der Alkoholabhängigkeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 98, S. 2279 – 2283.

Helzer, J. D. & Pryzbeck, T. R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of studies in Alcohol*, 49, S. 219 – 224.

Henkel, D. (1998). Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit. *Forschungsergebnisse, Defizite, Hypothesen. Abhängigkeiten*, 3, S. 9 – 29.

Henkel, D. (2000). Zum Konsum von Alkohol, Tabak und psychoaktiven Medikamenten bei Arbeitslosen und Einkommensarmen: eine Auswertung des Nationalen Gesundheitssurveys 1991/1992 der Bundesrepublik Deutschland. *Abhängigkeiten*, 1, S. 26 – 43.

Herrlen-Pelzer, S., Krischker-Kabus, U., Heimpel, H. & Wolfersdorf, M. (1999). Wie sehen Klinikärzte die Alkoholprobleme ihrer Patienten? *Klinikerarzt*, 28, S. 183 – 187.

Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostika*, 47, S. 27 – 39.

Hesselbrock, M. N., Meyer, R. E. & Keener, J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42, S. 1050 – 1055.

Hill, A., Rumpf, H. J., Hapke, U., Driessen & M., John, U. (1998). Prevalence of alcohol dependence and abuse in general practice in Germany. A representative study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, S. 935 – 940.

Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baumann, B. D., Baity, M. R., Smith, S. R., Price, J. L., Smith, C. L., Heindselman, T. L., Mount, M. K. & Holdwick, D. J. (2000). Reliability and validity of DSM-IV axis V. *American Journal of Psychiatry*, 157 (11), S. 1858 – 1863.

Holdcraft, C. & Iacono, W. G. (2002). Cohort effects on gender differences in alcohol dependence. *Addiction*, S. 1025 – 1036.

Hommer, D., Momenan, R., Kaiser, E. & Rawlings, R. (2001). Evidence for a gender-related effect of alcoholism on brain volumes. *American Journal of Psychiatry*, 158 (2), S. 198 – 204.

Hrubec, Z. & Omenn, G. S. (1981). Evidence of genetic predisposition to alcoholics cirrhosis and psychosis: twin concordances for alcoholism and its biological end points by zygosity among male veterans. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 5, S. 207 – 215.

Hunt, W. A., Barnett, L. W. & Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, S. 455 – 456.

ICD-10 (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. 2. korrigierte Auflage. München: Urban & Schwarzenberg.

Institut für Therapieforchung (IFT, 2002). Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen und jährliche Zahl der Behandlungsfälle in Deutschland. München.

Isenhardt, C. E. (1997). Pretreatment readiness for change in male alcohol dependent subjects: predictors of one-year follow-up status. *Journal of Studies in Alcohol*, 58 (4), S. 351 – 357.

Isenhardt, C.E. & Krevelen, S. van (1998). Relationship between readiness for and processes of change in a sample of alcohol dependent males. *Journal of substance abuse*, 10, S. 175 – 184.

Jarvis, T. J. (1992). Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *British Journal of Addiction*, 87, S. 1249 – 1261.

Jennison, K. M. & Johnson, K. A. (1998). Alcohol dependence in adult children of alcoholics: longitudinal evidence of early risk. *Journal of Drug Education*, 28 (1), S. 19 – 37.

John, U. (1985). Alkoholiker in Entzugsbehandlung – Alkoholiker in Therapie. Ein Vergleich. *Suchtgefahren* 31, S. 47 – 56.

John, U., Hapke, U., Rumpf, H. J., Hill, A. & Dilling, H. (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Bd. 71 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos, Baden-Baden.

John, U., Rumpf, H. J. & Hapke, U. (1999). Estimating prevalence of alcohol abuse and dependence in one general hospital: an approach to reduce sample selection bias. *Alcohol & Alcoholism*, 34, (5), S. 786 – 794.

John, U., Veltrup, T., Driessen, M., Wetterling, T. & Dilling, H. (2000). *Motivationsarbeit mit Alkoholabhängigen*. Freiburg, Lambertus.

Johnson, R. A. & Gerstein, D. R. (1998). Initiation of use of alcohol, cigarettes, marijuana, cocaine and other substances in US birth cohorts since 1919. *American journal of Public Health*, 88, S. 27 – 33.

Johnson, T. P. & Mott, J. A. (2001). The reliability of self-reported age of onset of tobacco, alcohol and illicit drug use. *Addiction*, 96 (8), S. 1187 – 1198.

Jöns, I. (1992). Möglichkeiten und Grenzen formativer Evaluation computerunterstützter Lernsysteme im Rahmen anwendungsorientierter Entwicklungsprojekte. In: U. Glowalla; E. (Hrsg.), *Hypertext und Multimedia. Neue Wege in der computerunterstützten Aus- und Weiterbildung*. Springer-Verlag, S. 279 – 295.

Jung, M. (1996). Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität. In: Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg.). *Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

Jung, M. (1998). Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität. In: Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg.). *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Fischer-Verlag, Ulm.

Jung, M., Ackermann, K., Czisch, P. & Mann, K. (1995). Prevalence of mental disorders among alcohol dependent inpatients. *Alcohol and Alcoholism*, 30, (4), S. 134 – 139.

Junghanns, K. & Wetterling, T. (2002). Der Stellenwert der Labordiagnostik in der Behandlung Alkoholabhängiger. In: Richter, G., Rommelsbacher, H. & Spies, C. (Hrsg.). *Alkohol, Nikotin, Kokain... und kein Ende? 14. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchtherapie (DG-Sucht)*. Berlin, S. 314 – 318.

Keller, F., Hoffmann, M. & Weithmann, G. (2002). Psychometrische Eigenschaften des Beck-Depressionsinventars (BDI) bei Alkoholabhängigen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31 (3), S. 169 – 177.

Keller, S., Kaluza, G. & Basler, H.D. (2001). Motivierung zur Verhaltensänderung. *Psychomed*, 13, S. 101 – 111.

Kendler, K. S., Heath, A. C., Neale, M. C., Kessler, R. C. & Eaves, L. J. (1992). A populations-based twin study of alcoholism in women. *Journal of American Medicine Association*, 268, S. 1877 – 1882.

Kendler, K. S., Neale, M. C., Heath, A. C., Kessler, R. C. & Eaves, L. J. (1994). A twin-family study of alcoholism in women. *American Journal of Psychiatry*, 151, S. 707 – 715.

Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A. Nelson, C. B., Schulenberg, J. & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, S. 323 – 321.

Kielstein, V. (1990). *Alkoholismus*. Berlin, Verlag Tribüne.

Kleinbaum, D. G. (1994). *Logistic Regressions. A Self-Learning Text*. Springer, New York.

Körkel, J. & Lauer, G. (1995). Rückfälle Alkoholabhängiger. Ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse und –trends. In: Körkel, J., Lauer G. & Scheller, R. (Hrsg.). *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*, Stuttgart, Enke – Verlag, S. 158 – 185.

Körkel, J. (2001). Rückfall und Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.): *Psychologische Therapie der Sucht*. Hogrefe, Göttingen, S. 519 –547.

Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.*. Springer, Berlin.

Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews. *Addiction*, 96 (3), S. 459 – 471.

Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht* 47, Sonderheft 1.

Kraus, L., Bauernfeind, R. (1998). Repräsentativerhebungen zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht* 44, Sonderheft 1.

Kraus, L., Bloomfield, K., Augustin, R. & Reese, A. (2000). Prevalence of alcohol use and the association between onset of use and alcohol-related problems in a general population sample in Germany. *Addiction*, 95 (9), S. 1389 – 1401.

Krausz, M. (1994). Schwere psychiatrische Krankheit und schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen - Überblick über das Krankheitsspektrum. In: Krausz, M., Müller-Thomsen, T. (Hrsg.). *Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht. Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation*. Lambertus, S. 196 – 208.

Krausz, M. & Müller-Thomsen, T. (1994). *Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht. Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation*. Lambertus.

Kremer, G., Dormann, S., Wessel, T., Pörksen, N. & Wienberg, G. (1997). Die Umsetzung sekundärpräventiver Strategien bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. In: *Aktion Psychisch Kranke* (Hrsg.). *Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen*. Freiburg, Breisgau, Lambertus.

Kremer, G., Wienberg, G., Dormann, S., Wessel, T. & Pörksen, N. (1999). Evaluation von Kurzintervention bei PatientInnen mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus. *Sucht*, 2, S. 181 – 192.

Kremer, G., Wienberg, G., Dormann, S., Wessel, T., Pörksen, N. & Rüter, E. (1998). Erkennung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung für Abhängigkeitskranke. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). *Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen*. Bd. 106 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos, Baden-Baden.

Krystal, J. H., Leaf, P. J., Bruce, M. L. & Charney, D. S. (1992). Effects of age an alcoholism on the prevalence of panic disorder. *Acta Psychiatry Scandinavia*, 85, S. 77 – 82.

Küfner, H. & Feuerlein, W. & Flohrschütz, T. (1986). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestische Ergebnisse. *Suchtgefahren*, 32, S. 1 – 86.

Küfner, H., Feuerlein, W., & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer 4-Jahres-Katamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34, S. 157 – 272.

Küfner, H., Feuerlein, W. (1998). Inpatient treatment for alcoholism, a multi-centre evaluations study. Berlin, Springer-Verlag.

Küfner, H. (2000). Ergebnisse von Kurzinterventionen und Kurztherapien bei Alkoholismus – ein Überblick. Suchtmedizin 2 (4), S. 181 – 192.

Küfner, H. (2001). Therapieevaluation. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht. Hogrefe, Göttingen, S. 549 – 572.

Küfner, H. & Kraus, L. (2002). Epidemiologische und ökonomische Aspekte des Alkoholismus. Deutsches Ärzteblatt, 99, Heft 14, S. 936 – 945.

Kushner, M. D., Sher, K. J. & Beitman, B. D. (1990). The relationship between alcohol problems an anxiety disorders. American Journal of Psychiatry, 147, S. 685 – 695.

Kushner, M. G., Sher, K. J. & Erickson D. J. (1999). Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders. American Journal of Psychiatric, 156, S. 723 – 732.

Kwo, P. Y., Ramchandani, V. A., O'Connor, S., Amann, D., Carr, L. G., Sandrasegaran, K., Kopecky, K. K. & Li, T. K. (1998). Gender differences in alcohol metabolism: relationship to liver volume and effect of adjusting for body mass. Gastroenterology, 115 (6), S.1552 – 1557.

La Grange, L., Anton, R.F., Garcia, S. & Herrbold, C. (1995) Carbohydrate deficient transferrin levels in a female population. Alcohol Clinical Experimental Research, 19 (1), S. 100 – 103.

Längle, G. & Schied, H. W. (1990): Zehn-Jahres-Katamnesen eines integrierten stationären und ambulanten Therapieprogrammes für Alkoholranke. Suchtgefahren, 36, S. 97 – 105.

Lammers, A., Rist, F. & Reker, T. (1998). Neuropsychologisches Screening bei Alkoholabhängigen. DGPPN, Postervortrag, Tübingen.

Lange, W., Veltrup, C. & Driessen, M. (1999). Entgiftung und qualifizierte Entzugsbehandlung. Kurz-, mittel- und langfristige Katamnesen. Sucht 45 (4), S.235 – 244.

Lechtenberg, R. & Worner, T. (1991). Relative kindling effect of detoxification and non-detoxification admission in alcoholics. Alcohol and Alcoholism, 26, S. 221 – 225.

Lehmann, K. (1999). Versorgungssysteme der Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik. Beschreibung und Empfehlung zur sozialrechtlichen Weiterentwicklung. In: Gastpar, M., Mann, K., Rommelspacher, H. (Hrsg.). Lehrbuch der Suchterkrankungen. Thieme, Stuttgart.

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

Lieber, C. S. (1994). Alcohol and the liver. *Gastroenterology* 106, S. 1085 – 1105.

Lieber, C. S. (2001). *Alcoholism. Clinical and Experimental Research*.

Lindberg, S. & Agren, G. (1988). Mortality of Swedish hospitalized alcoholics. *British Journal of Addiction*, 83, S. 1193 – 1200.

Lindeman, S., Hämaläinen, J., Isometsä, E., Kaprio, J., Poikolainen, K., Heikkinen, M. & Aro, H. (2000). The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: Representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 102, S. 178 – 184.

Linden, Maier, W., Achberger, M., Herr, R., Helmchen, H. & Benkert, O. (1996). Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinpraxen in Deutschland. *Nervenarzt*, 67, S. 205 – 215.

Lorenz, G. (1999). Alkoholkrankheit: Frühintervention beim Hausarzt – realistische Erwartungen. *Sucht aktuell*, 6/2, S. 45 – 56.

Lucht, M., Barnow, S. & Freyberger, H. J. (2002). The use of a symptom checklist (SCL-90-R) as an easy method to estimate the relapse risk after alcoholism detoxification. *European Addiction Research*, 8 (4), S. 190 – 194.

Maffli, E., Wacker, H. R. & Mathey, M. C. (1995). 7-Jahres-Katamnese von stationär behandelten Alkoholabhängigen in der deutschen Schweiz. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Forschungsbericht Nr. 26/1995, Lausanne.

Maier, W. (1995). Mechanismen der familiären Übertragung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholabusus. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 24, S. 147 – 158.

- Maier, W. (1996). Genetik von Alkoholabusus und Alkoholabhängigkeit. In: Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg.): Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Fischer Verlag, Stuttgart.
- Maier, W., Linz, N., Freyberger, H. (1997). Komorbidität von substanzinduzierten Abhängigkeitsstörungen u. a. psychischen Störungen. In: Soyka, M. & Möller, H.-J. (Hrsg.): Alkoholismus und psychische Störungen. Springer Berlin, S. 75 – 93.
- Mann K. (2002). Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen. Deutsches Ärzteblatt, Heft 10, S. 632 – 644.
- Mann, K. & Ackermann, K. (2000). Geschlechtsspezifische Unterschiede bei alkoholabhängigen Frauen und Männern. In: Stetter, F. (Hrsg.). Suchttherapie an der Schwelle der Jahrtausendwende. Verlag Neuland, Geesthacht.
- Mann, K. & Ackermann, K., Günthner, A., Jung, M., Morlock, P. & Mundle, G. (1996). Langezeitverlauf und Rückfallprophylaxe bei alkoholabhängigen Frauen und Männern. BMBF-Projekt (01 EB 9422), Unveröffentlichtes Manuskript.
- Mann, K., Batra, A., Günthner, A. & Schroth, G. (1992). Do women develop alcoholic brain damage more readily than men? Alcohol Clinical Experimental Research, 16, S. 1052 – 1056.
- Mann, K. & Buchkremer, G. (1998). Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Fischer-Verlag, Ulm.
- Mann, K. & Günthner, A., (1998). Suchterkrankungen. In: Berger, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. München: Urban und Schwarzenberg.
- Mann, K. & Mundle, G. (1997) Neue Wege in der Behandlung von Suchterkrankungen am Beispiel der Alkoholabhängigkeit. Nervenheilkunde, 16, S. 211 – 214.
- Mann, K., Stetter, F., Günthner, A. & Buchkremer, G. (1995). Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. Deutsches Ärzteblatt, 92, S 2217 – 2221.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. New York, Guilford.

Maurischadt, C. (2001). Erfassung der „Stages of Change“ im Transtheoretischen Modell Prohaska's – eine Bestandsaufnahme. Aus: Bengel, J. & Härter, M. (1999). Konstruktion und Validierung einer deutschen Version des Pain Stages of Questionnaire (PSOCQ). Unveröffentlichter DFG-Antrag. DFG-Förderungsnummer: BE 1566/3-1.

McGue, M., Iacono, W. G., Legrand, I. N., Malone, S. & Elkins, J. (2001). Origins and consequences of age at first drink. Associations with substance-use disorders, disinhibitory behavior and psychopathology. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25, S. 1156 – 1165.

McHorney, C. A., Ware J. E. & Raczek A. E. (1993). The MOS 36-item short-form health status survey (SF 36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, S. 247 – 263.

McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissim, G., Pettinati, H. & Argerou, M. (1992). The fifth edition of the addiction severity index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, S. 199 – 213.

McLellan, A. T., Luborsky, L., O'Brien, C. P. & Woddy, G. E. (1980). An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 168, S. 26 – 33.

Melgaard, B. (1993). Chronical encephalopathy and peripheral neuropathy associated with alcoholism. *Danish Medical Bulletin*, 40, S. 31 – 38.

Mercier, C., Brochu, S., Girard, M. et al. (1992). Profiles of alcoholics according to the SCL-90-R: a confirmative study. *International Journal of Addiction*, 27 (11), S. 1267 – 1282.

Meyer, C., Rumpf, H. J., Hapke, U., Dilling H. & John, U. (2000). Prevalence of alcohol consumption, abuse and dependence in a country with high per capita consumption: findings from the German TACOC study. *Social Psychiatry Epidemiology*, 35, S. 539 – 547.

Meyer, C., Rumpf, H. J., Hapke, U., Dilling H. & John, U. (2000a). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt*, 71, S. 535 – 542.

Midanik, L. T., Greenfield, T. K. & Rogers, J. D. (2001). Reports of alcohol-related harm: telephone versus face-to-face interviews. *Journal of Studies in Alcohol*, 62 (1), S. 74 – 78.

Miller, S. A. & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, S. 81 – 89.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing*. Guilford, New York.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Lambertus, Freiburg im Breisgau.

Miller, W. R., Walters, S. T. & Bennett, M. E. (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol*, 62, S. 211 – 220.

Morhart-Klute, V. & Soyka, M. (2002). Alkoholismus bei Frauen – Epidemiologie, Klinisches Erscheinungsbild und Therapie. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 3 (1), S. 35 – 41.

Morley, J. A., Finney, J. W., & Monahan, S. C. (1996). Alcoholism treatment outcome studies, 1980-1992: methodological characteristics and quality. *Addict Behaviour*, 21, (4), S. 429 – 443.

Moscato, B. S., Russell, M., Zielezny, M. et al. (1997). Gender differences in the relation between depressive symptoms and alcohol problems: a longitudinal perspective. *American Journal of Epidemiologie*, 146, (11), S. 966 – 974.

Murphy, G. E. & Wetzel, R. D. (1990). The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 47, S. 383 – 392.

Murphy, G. E., Wetzel, R. D., Robins, E. & McEvoy, L. (1992). Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Archiv of General Psychiatry*, 49, S. 459 – 463.

Murphy, S. A., Connelly, C. D., Evens, C. et al. (2000). Roles, lifestyles, and well-being as predictors of alcohol consumption among young and midlife women. *Health Care Women Int*, 21, (8), S. 677 – 699.

Nalpas, B., Feitelson, M., Bréchet, C. & Rubin, E. (1995). Alcohol, hepatotropic viruses and hepatocellular carcinoma. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 19, S. 1089 – 1095.

National Institute of Mental Health (1996) Clinical Global Impressions. In: CIPS (Hrsg.) Internationale Skalen für Psychiatrie. Beltz, Göttingen, S. 147 – 149.

Neve, R. M., Drop, M. J., Lemmens, P. H. & Swinkels, H. (1996). Gender differences in drinking behaviour in Netherlands: convergence or stability? *Addiction*, 91 (3), S. 357 – 373.

Nixon, S.J., & Glenn, S. W. (1995). Cognitive psychological performance and recovery in female alcoholics. In: Galanter, M. (Hrsg.). *Recent developments in alcoholism. Alcoholism and women*, 12, New York, Plenum Press, S. 287 – 307.

O'Connor, P. G., Horwitz, R. I. Gottlieb, L. D., Kraus, M. L. & Segal, S. R. (1993). The impact of gender on clinical characteristics and outcome in alcohol withdrawal. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, S. 59 – 61.

Olbrich, R. (2001). Die qualifizierte Entzugsbehandlung in der stationären Alkoholismustherapie. In: Olbrich, R. (Hrsg.): *Suchtbehandlung. Neue Therapieansätze zur Alkoholbehandlung und anderen Suchtformen*. Roderer, Regensburg, S. 95 – 108.

Pages, K. P., Russo, J. E. , Roy-Byrne, P. P. et al. (1997). Determinants of suicidal ideation: the role of substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (11), S. 510 – 517.

Perkonig, A. & Wittchen, H. U. (1995). Epidemiologie von Angststörungen. In: Kasper, S. & Möller, H. J. (Hrsg.). *Angst und Panikerkrankungen*, Fischer Verlag, Jena, S. 137 – 156.

Pfeiffer, J. (1985). Zur Frage atrophischer Vorgänge im Gehirn chronischer Alkoholiker. *Nervenarzt*, 56, S. 649 – 657.

Piazza, N., Vrbka, J. L., & Yeager, R. D. (1989). Telescoping of alcoholism in women alcoholics. *The International Journal of the Addictions*, 24 (1), S. 19 – 28.

Pickens, R. W., Svskis, D. S., McGue, M., Lykken, D. T., Heston, L. L. & Clayton, P. J. (1991). Heterogeneity in the inheritance of alcoholism: a study of male and female twins. *Archives Genetic Psychiatry*, 48, S. 19 – 28.

Polich, J. M., Armor, D. J. & Braiker, H. B. (1981). *The course of alcoholism: four years after treatment*. New York, Wiley.

Polte, M., Hapke, U., Rumpf, H. J. & John, U. (1999). Schätzung der Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der Notfallambulanz eines Allgemeinkrankenhauses. *Sucht*, 45, S. 187 – 194.

Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L., Danko, G. P., Bucholz, K. K., Hesselbrock, M. N., Hesselbrock, V. & Kramer, J. R. (2003). Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *American Journal of Psychiatry*, 160, (1), S. 56 – 63.

Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T.L et al. (2003). Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *American Journal of Psychiatry*, 160, (1), S. 56 – 63.

Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith T. L., Danko, G. P., Buckman, K., Bierut, L., Bucholz, K. K., Hesselbrock, M. N., Hesselbrock, V. M. & Reich, T. (2002). Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 26, (4), S. 471 – 477.

Prohaska, J. O., & DiClemente, C. C., (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, S. 267 – 288.

Prohaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, S. 1002 – 1114.

Project MATCH Research group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of studies on alcohol*, 1, S. 7 – 29.

Project MATCH Research group (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research*, 8 (4), S. 455 – 474.

Qin, P., Agerbo, E. & Mortensen, P. B. (2003). Uicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*, 160 (4), S. 765 – 772.

Ramlow, B. E., White, A. L., Watson, D. D. et al. (1997). The needs of women with substance use problems: an expanded vision for treatment. *Substance Use Misuse*, 32 (10) S. 1395 – 1404.

Randall, C.L., Roberts, J. S., Del Boca, F. K., Carroll, K. M., Connors, G. J. & Mattson, M. E. (1999). Telescoping of landmark events associated with drinking: a gender comparison. *Journal of Studies in Alcohol*, 60, (2), S. 252 – 260.

Rauter, U. K., Leonard, C. E. & Swett, C. P. (1996). SCL-90-R factor structure in an acute, involuntary, adult psychiatric inpatient sample. *Journal of Clinical Psychology*, 52, (6), S. 625 – 629.

Reker, T., Lammers, A., Jürgens, B. & Kock, W. (1998). Modifizierte Alkoholentzugssyndrom-Skala (AES-Skala) nach Banger. Unveröffentlichtes Manuskript der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster.

Reker, T., Richter, D., Bätz, B., Luedtke, U., Koritsch, G. & Reymann, G. (2003). Kurzfristige Effekte der stationären Entzugsbehandlung alkoholabgängiger Patienten – eine prospektive, multizentrische Evaluationsstudie. *Nervenarzt*, in press.

Rice, C., Mohr, C. D., Del Boca, F. K. et al. (2001) Self-reports of physical, sexual and emotional abuse in an alcoholism treatment sample. *Journal of Studies in Alcohol*, 62, (1), S. 114 – 123.

Richter, D., Venzke, A., Settelmayer, J. & Reker, T. (2002). Häufige Wiederaufnahmen suchtkranker Patienten in die stationäre psychiatrische Behandlung - "Heavy User" oder chronisch Kranke? *Psychiatrische Praxis*, 29, (7). S. 364 – 368.

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

Ross, H. E., Glaser, F. B. & Stiasney, S. (1988). Sex differences in the prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and drug problems. *British Journal of addiction*, 83, S. 1179 – 1192.

Rounsaville, B. J., Dolinsky, Z. S. & Babor, T. F. (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Archiv of General Psychiatry*, 44, (6), S. 505 – 513.

Rubin, A., Stout, R. L. & Longabaugh, R. (1996). Gender differences in relapse situations. *Addiction*, 91, S. 111 – 120.

Rumpf, H. J., Meyer, C., Hapke, U. Bischof, G. & John, U. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und –missbrauchern. Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *Sucht*, 46, S. 9 – 17.

Sanderson, K. & Andrews, G. (2002). The SF-12 in the Australian population: cross-validation of the item selection. *Australian Public Health*, 26, (4), S. 343 – 345.

Sarles, H. (1991). The geographical distribution of chronic pancreatitis. In: Johnson, C.D. & Imrie, C.W.: *Pancreatic disease. Progress and prospects*. Springer Verlag, S. 177 – 184.

Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Hogrefe, Göttingen.

Saunders, B., Baily, S., Phillips, M. & Allsop, S. (1993). Women with alcohol problems: do they relapse for reasons different to their male counterparts? *Addiction*, 88, (10), S. 1413 – 1422.

Scheurich, A. (2002): *Die Auswirkungen der Leistungsmotivation und der Stressverarbeitung auf die kognitive Leistungen alkoholabhängiger Patienten. Eine experimentelle Untersuchung*. Dissertation, Tübingen.

Schmidt, G. (2001). Internetveröffentlichung. Instituts für Rechtsmedizin der Universität Heidelberg.

Schmitz, N., Hartkamp, N., Kruse, J. et al. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): a German validation study. *Quality Life Research*, 9, (2), S. 185 – 193.

Schneider U., Altmann A., Baumann M., et al. (2001). Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. *Alcohol Alcohol*, 36, (3) S. 219 – 223.

Schneider, K. M., Kviz, F. J., Isola, M. L. & Filstead, W. J. (1995). Evaluating multiple outcomes and gender differences in alcoholism treatment. *Addictive Behaviour*, 20, (1), S. 1 – 21.

Schober, R. & Annis H. M. (1996). Barriers to help-seeking for change in drinking: a Gender-focused review of the literature. *Addictive Behaviours*, Vol. 21, (1), S. 81 – 92.

Schreiberhuber, A., Schlegel, W., Mendelsohn, A. & Fischer, G. (2001). Geschlechtsspezifische Ansätze in der Suchttherapie. Suchttherapie, Sonderheft 2, S. 6 – 10.

Schuckit, M. A. (1994a). A clinical model of genetic influences in alcohol dependence. *Journal of Studies in alcohol*, 55, S. 5 – 16.

Schuckit, M. A. (1994b). Low level of response to alcohol as a predictor of future alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 151, S. 184 – 189.

Schuckit, M. A. (1995). *Drug and Alcohol Abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment*. Fourth edition. New York, London: Plenum Medical Book Company.

Schuckit, M. A. (2000). *Drug and Alcohol Abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment*. Fifth edition. New York, Kluwer Academic/Plenum.

Schuckit, M. A. & Hesselbrock, V. (1994). Alcohol dependency and anxiety disorders. What is the relationship? *American Journal for Psychiatry*. 15, S. 1723 – 1734.

Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Reich, T., Hesselbrock, V. M. & Buchholz, K. K. (1995). The histories of withdrawal convulsions and delirium tremens in 1648 alcohol dependent subjects. *Addiction*, 90, S. 1335 – 1347.

Schuckit, M. A. & Smith, T. L. (1996): An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. *Archives of General Psychiatry*, 53, S. 202 – 210.

Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Bergman, M., Reich, W., Hesselbrock, V. M. & Smith, T. L. (1997). Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 154, (7), S. 948 – 957.

Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Smith, T. L. & Buchholz, K. K. (1997a). Periods of abstinence following the onset of alcohol dependence in 1,853 men and women. *Journal of Studies on Alcohol*; 58, (6), 581 – 589.

Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Buchholz, K. K. et al. (1997b). The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. *Addiction*, 92, (10), S. 1289 – 1304.

Schuckit, M. A., Daepfen, J. B., Tipp, J. E., Hesselbrock, M. & Bucholz, K. K. (1998). The clinical course of alcohol-related problems in alcohol dependent and nonalcohol dependent drinking women and men. *Journal of Studies in Alcohol*, 59, (5), S. 581 – 590.

Schuckit, M. A., Mazzanti, C. & Smith, T. L. (1999). Selective genotyping for the role of 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C}, and GABA alpha 6 receptors and the serotonin transporter in the level of response to alcohol: a pilot study. *Biological Psychiatry*, 45, S. 647 – 651.

Schuckit, M. A., Smith, T.L., Kalmijn, J., Tsuang, J., Hesselbrock, V. & Bucholz, K. (2000). Response to alcohol in daughters of alcoholics: a pilot study and a comparison with sons of alcoholics. *Alcohol Alcohol*, 35, S. 242 – 248.

Schütz, H. (1983). *Alkohol im Blut*. Verlag Chemie GmbH, Weinheim.

Schwärzler, F., Stetter, F., Kühnel, P. & Mann, K. (1997). Zum Stellenwert einer niederfrequenten ambulanten Therapie für Alkoholiker in der Post-Entzugs-Phase. *Nervenheilkunde*, S. 396 – 401.

Schwoon, D. R. (2001). Koinzidenz psychischer Störungen und Sucht. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.): *Psychologische Therapie der Sucht*. Hogrefe, Göttingen.

Seitz, H. K., Egerer, G. & Simanokowski, U. A. (1993). Human gastric alcohol dehydrogenase activity: effects of age, sex and alcoholism. *Gut*, 34, S. 1433 – 1437.

Sellman, J. D. & Joyce, P. R. (1996). Does depression predict relapse in the 6 months following treatment for men with alcohol dependence? *Australian N Z Journal of Psychiatry*, 30 (5), S. 573 – 578.

Simon, R. & Palazzetti, M. (1999). Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. *Sucht*, 45, Sonderheft 1.

Smith, W. B. & Weisner, C. (2000). Women and alcohol problems: a critical analysis of the literature and unanswered questions. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 24, (8) S. 1320 – 1321.

Smyth, N. J. (1993). Differences in situational heavy drinking among alcoholics with and without comorbid personality disorders. VI Congress on the Treatment of Addictive Behaviour. Santa Fé, Abstract.

Sonntag, D. & Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg. *Sucht*, 46, Sonderheft 2, S. 92 – 176.

Soyka M. (1995). *Die Alkoholkrankheit- Diagnose und Therapie*. Chapman & Hall Weinheim.

Soyka, M. (1997). *Alkoholismus - eine Krankheit und ihre Therapie*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m.b.H. Stuttgart.

Soyka, M., Hollweg, M. & Naber, D. (1996). Alkoholabhängigkeit und Depression: Klassifikation, Komorbidität, genetische und neurobiologische Aspekte. *Nervenarzt*, 67, S. 896 – 904.

Spiessl, H., Hubner-Liebermann, B., Binder, H. & Cording, C. (2002). "Heavy Users" in einer psychiatrischen Klinik - Eine Kohortenstudie mit 1811 Patienten über fünf Jahre. *Psychiatrische Praxis*, 29, (7), S. 350 – 354.

SPSS (2000). *SPSS-Standardversion, Benutzerhandbuch*. SPSS Inc., Chicago, USA.

Statistisches Bundesamt (2001). *Todesursachen in Deutschland*. Pressestelle des statistischen Bundesamtes, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2003). *Scheidungsdaten*. Pressestelle des statistischen Bundesamtes, Wiesbaden.

Stauber, R. E., Jauk, B., Fickert, P. & Hausler, M. (1996) Increased carbohydrate deficient transferrin during pregnancy: relation to sex hormones *Alcohol*. *Alcohol*, 31, (4), S. 389 – 392.

Stauber, R. E., Vollmann, H., Pessler, I., Jauk, B., Lipp, R., Halwachs, G. & Wilders-Truschnig, M. (1996a). Carbohydrate deficient transferrin in healthy women: relation to estrogens and iron status. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 20, (6), S. 1114 – 1117.

Steingass, H. P. (1995). Clinical management of memory problems in severe alcoholics. *Alcologia*, 7, (3), S. 185 – 197.

Steingass, H. P. (2002). Neuropsychologische Diagnostik kognitiver Funktionen Alkoholabhängiger. In: Richter, G., Rommelsbacher, H. & Spies, C. (Hrsg.). Alkohol, Nikotin, Kokain... und kein Ende? 14. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchtherapie (DG-Sucht). Berlin, S. 326 – 336.

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

Stieglitz, R. D. & Freyberg, H. J. (1998). Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. In: Berger, M. (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban und Schwarzenberg.

Stoltenberg, S. F., Hill, E. M., Mudd S. A., Blow, F. C. & Zucker, R. A. (1999). Birth cohort differences in features of antisocial alcoholism among men and women. *Alcohol in Clinical and Experimental Research*, 23, (12), S. 1884 – 1891.

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

Teysen, S. (2002). Interdisziplinäres Netzwerk zur Behandlung alkoholkranker Patienten – bei internistischen Patienten. In: Richter, G., Rommelsbacher, H. & Spies, C. (Hrsg.). Alkohol, Nikotin, Kokain... und kein Ende?. 14. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchtherapie (DG-Sucht). Berlin, S. 212 – 225.

Thundal, K. L., Granbom, S. & Allebeck, P. (1999). Women's alcohol dependence and abuse: the relation to social network and leisure time. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27 (1), S. 30 – 37.

Timko, C., Moos, R. H., Finney, J. W. & Connell, E. G. (2002). Gender differences in help-utilization and the 8-year course of alcohol abuse. *Addiction*, 97, (7), S. 877 – 889.

Trampisch, H. J. & Windeler, J. (1997). *Medizinische Statistik*. Springer: Heidelberg.

van Thiel, D. H., Tarter, R. E., Rosenblum, E. & Galvaver, J. S. (1989). Ethanol, its metabolism and gonadal effects: does sex make a difference? In: Gordi, E., Tabakoff, B. & Linnoila, M. (Hrsg.). *Alcohol research from bench to bed-side*. Haworth, New York, S. 131 – 167.

Vanicelli, M. & Nash, L. (1984). Effect of sex bias on women's studies on alcoholism. *Clinical and Experimental Research*, 8, S. 334 – 336.

Velasquez, M. M., Di Clemente, C. C. & Addy, R. C. (2000). Generalizability of project MATCH: a comparison of clients enrolled to those not enrolled in the study at one aftercare site. *Drug Alcohol Depend*, 59, (2), S. 177 – 182.

Veltrup, C. (1995). Eine empirische Analyse des Rückfallgeschehens bei entzugsbehandelten Alkoholabhängigen. In: Körkel, J., Lauer G. & Scheller, R. (Hrsg.). *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*, Stuttgart, Enke – Verlag, S. 25 – 35.

Veltrup C. (1995a). Abstinenzgefährdung und Abstinenzbeendigung nach einer umfassenden stationären Entzugsbehandlung, Waxmann, Münster.

Veltrup, C. (2002). Motivationale Interventionen bei Menschen mit Alkoholproblemen. *Brandenburgisches Ärzteblatt*, 3, S. 82 – 86.

Veltrup C., Junghanns K., Weber J., Urbinat C., Driessen M., Wetterling T., John U. & Dilling H. (1996). Stationäre Motivationstherapie (Entzug II) für alkoholabhängige Patienten. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* 49, S. 364 – 367.

Victor, M. (1992). The effects of alcohol on the nervous system. In: Mendelson J. H. & Mello, N. K. (Hrsg.). *Medical diagnosis and treatment of alcoholism*. New York, McGraw-Hill, S. 201 – 262.

Voß, W. (2000). *Praktische Statistik mit SPSS*. Hanser Verlag, München.

Waern, M., Spak, F. & Sundh, V. (2002). Suicidal ideation in a female population sample. Relationship with depression, anxiety disorder and alcohol dependence/abuse. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 252, (2), S. 81 – 85.

Walton, M. A., Blow, F. C., Bingham, C. R., & Chermack, S. T. (2003). Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive Behaviour*, 28, (4), S. 627 – 642.

Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M. & Gadnek B. (1993). *SF-36. Health Survey manual an interpretation guide*. Boston, MA. New medical center, The Health Institute.

Watzl, H. (2001). Projekt MATCH – ein Meilenstein der Psychotherapieforschung? In: Olbrich, R. (Hrsg.): Suchtbehandlung: Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen. Röderer Verlag, Regensburg.

Weisner, C., Matzger, H. & Kaskutas, L. A. (2003). How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction*, (7), S. 901 – 911.

Weithmann, G. & Hoffmann, M. (2002). Kritische Evaluation von Therapiestudien im Alkoholismusbereich. In: Richter, G., Rommelsbacher, H. & Spies, C. (Hrsg.). Alkohol, Nikotin, Kokain... und kein Ende?. 14. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht). Berlin, S. 140 – 151.

Wetterling, T. (1997). Entzug. In Wetterling, T. & Veltrup, C., Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen, Berlin, Springer Verlag.

Wetterling, T., & Junghanns, K. (2000). Psychopathology of alcoholics during withdrawal and early abstinence. *European of Psychiatry*, 15, (8), S. 483 – 488.

Wetterling, T., & Veltrup, C. (1997). Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Berlin, Springer.

Wheterington, C. L. (2000). Gender differences in the biological basis and progression to drug abuse: Implications for treatment. National Institute on Drug Abuse Research; Monograph series, Problems of Drug Dependence. Proceedings of the 62nd Annual Scientific Meeting.

Wienberg, G. (1992). Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik – ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: Wienberg, G. (Hrsg.). Die vergessene Mehrheit – Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Wienberg, G. (1993). Abhängigkeitskranke in psychiatrischer Krankenhausbehandlung – Ergebnisse einer Erhebung in 14 Kliniken der Bundesrepublik. *Sucht* 39, S. 264 – 275.

Wienberg, G. (1995). Das Alkoholproblem in der medizinischen Primärversorgung. In: Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg.). Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. Sucht, Sonderband, S. 13. – 45.

Wienberg, G. (2001). Die „vergessene Mehrheit“ heute – Teil IV: Zur Situation in der medizinischen Primärversorgung. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Wieser, S. & Kunad, E. (1965). Katamnestiche Studien beim chronischen Alkoholismus und zur Frage von Sozialprozessen bei Alkoholikern. *Nervenarzt*, 36, S. 477 – 483.

Williams, R. J., Connor J.P. & Ricciardelli, L. A. (1998). Self-efficacy for refusal mediated by outcome expectancies in the prediction of alcohol-dependence amongst young adults. *Journal of Drug Education*, 28 (4), S. 347 – 359.

Wilsnack, R. W. & Cheloha, R. (1987). Women´s roles and problem drinking across the lifespan. *Social Problems*, 34, S. 231 – 248.

Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N .D., Wilsnack, S. C. & Harris R. T. et al. (2000): Gender difference in alcohol consumption an adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction*, 95, (2), S. 251 – 265.

Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C. (1997). *Gender and alcohol: Individual and social perspectives*. Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, NJ.

Windle, M., Windle, R. C., Scheidt, D. M. et al. (1995). Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 152 (9), S. 1322 – 1328.

Wittchen, H.U., Saß, H. Zaudig, M. & Koehler, K. (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-III-R)*. Beltz, Weinheim.

Wittfoot, J. & Driessen, M. (2000). Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität – ein Überblick. *Suchtherapie*, 1, S. 8 – 15.

Wojnar, M., Bizon, Z. & Wasilewski, D. (1999). Assessment of the role of kindling in the pathogenesis of alcohol withdrawal seizures and delirium tremens. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23. S. 204 – 208.

Wolfersdorf, M. & Mäulen, B. (1992). Suizidprävention bei psychisch Kranken. In: Wedler, H., Wolfersdorf, M. & Welz, R. (Hrsg.): *Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch*. Roderer Verlag, Regensburg, S. 175 – 197.

Wolfersdorf, M. (1998). Suizidalität. In: Berger, M. (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban und Schwarzenberg.

Zeiler, J. (1991). Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Schizophrenen. *Sucht*, 37, S. 229 – 239.

Zemlin, U. & Herder, F. (1994). Ergebnisse der summativen und differentiellen Evaluation eines individualisierten stationären Behandlungsprogrammes für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 27, S. 128 – 192.

Zemlin, U., Herder, F., Dornbusch, P. (1999). Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingt Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. *Sucht aktuell*, 2, S. 16 – 32.

**Kurzfristige Effekte der stationären Akutbehandlung
alkoholabhängiger Patienten in psychiatrischen Fach-
krankenhäusern des Landschaftsverband Westfalen-Lippe***

*Westf. Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Dortmund

Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Warstein

Westf. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Lengerich

Hans-Prinzhorn-Klinik Hemer

Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster

1. Anamnese

- 1.01 Patienten-ID:
- 1.02 Geschlecht
1=männlich 2 =weiblich
- 1.03 Alter
- 1.04 Geburtsland
1=Deutschland 2=EU-Staat 3=Osteuropa 4=Sonstiges
- 1.05 Höchster erreichter Schulabschluss
0=ohne Abschluß 1=Sonderschulabschl. 2=Hauptschulabschl. 3=Mittl. Reife
4=Fachabitur 5=Abitur 9=unbekannt
- 1.06 Abgeschlossene Berufsausbildung
0=nein 1=ja 2=z.Zt. in Ausbildung 3=abg. Studium
9=unbekannt
- 1.07 Alter bei erstem Alkoholkonsum bis zur Trunkenheit
- 1.08 Wie lange bestehen subjektiv Probleme mit Alkohol?
(Jahre)
- 1.09 Trat jemals ein Delir im Entzug auf?
0=nein 1=ja 9=unbekannt
- 1.10 Traten jemals Krampfanfälle im Entzug auf?
0=nein 1=ja 9=unbekannt
- 1.11 Traten jemals Suizidgedanken auf?
0=nein 1=ja 9=unbekannt
- 1.12 Wurde jemals ein Suizidversuch unternommen?
0=nein 1=ja 9=unbekannt
- 1.13 Wurden jemals aggressive Tötlichkeit gegen andere Personen unter Alkoholeinfluss unternommen?
0=nein 1=ja 9=unbekannt
- 1.14 Anzahl Entgiftungsbehandlungen insgesamt
- 1.15 Anzahl Entgiftungsbehandlungen in den letzten 6 Monaten
- 1.16 Anzahl angetretene Entwöhnungsbehandlungen
- 1.17 Gab es jemals einen Führerscheinverlust aufgrund von Alkohol am Steuer?
0=nein 1=ja 2=nie Führerschein gemacht 9=unbekannt

- 1.18 Momentan ohne Führerschein aufgrund von Alkohol am Steuer?
 0=nein 1=ja 2=nie Führerschein gemacht 9=unbekannt
- 1.19 Vorbestraft?
 0=nein 1=ja 9=unbekannt
- 1.20 Bestand jemals Wohnungslosigkeit?
 0=nein 1=ja 9=unbekannt
- 1.21 Krankenversicherung
 1=AOK 2=DAK 3=BEK 4=IKK 5=BKK 6=TK 7=Privat/Selbst 8=nicht versichert
 9=sonstiges

2. Soziale Integration bei Aufnahme

- 2.01 Familienstand
 1=ledig 2=verheiratet 3=geschieden
 4=verwitwet 5=getrennt
- 2.02 Partnersituation
 1=ohne Partner lebend 2=mit Partner lebend
 3=mit Partner, keine gemeinsame Wohnung
- 2.03 Besteht aktuell eine gesetzliche Betreuung?
 (irgendein Wirkungskreis) 0=nein 1=ja
- 2.04 Aktueller Beschäftigungsstatus
 1=arbeitslos 2=regulär Vollzeit 3=regulär Teilzeit 4=Beschütztes Arbeits-
 verhältnis/Arbeitstherapie 5=Studium 6=berentet 7=Hausfrau 9=keine Angaben
- 2.05 Überwiegender Unterhalt
 1=eig. Einkommen 2=Rente 3=Einkommen von Ehepartner/Eltern
 4=Krankengeld 5=Arbeitslosengeld/-hilfe/BaFög 6=Sozialhilfe 9=unbekannt
- 2.06 Durchschnittliches Monatseinkommen DM (netto)
 (gegenwärtig verfügbares Einkommen)
- 2.07 Aktuelle Wohnsituation
 1=eigene Wohnung 2=betreutes Wohnen 3=bei den Eltern/Familie 4=Heim
 5=Wohnungslosen-/Notunterkunft 6=ohne Wohnsitz 7=sonstiges
 9=keine Angaben
- 2.08 Auf wieviel Personen können Sie sich im Ernstfall
 (z.B. persönliche Krise) vertrauensvoll verlassen?
 1=keine 2=bis drei Personen 3=mehr als drei Personen
- 2.09 Mit wem verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?
 1= Angehörige ohne aktuelle Alkoholprobleme
 2= Angehörige mit aktuellen Alkoholproblemen
 3= Freunde ohne aktuelle Alkoholprobleme
 4= Freunde mit aktuellen Alkoholproblemen
 5=alleine

3. Trinkverhalten und Gesundheitsstatus vor Aufnahme

3.1 An wie vielen Tagen hat der Patient/die Patientin **in den letzten vier Wochen (28 Tage)** vor der Aufnahme Alkohol getrunken?

3.2 An wie vielen Tagen hat der Patient/die Patientin **in den letzten vier Wochen (28 Tage)** vor der Aufnahme so viel Alkohol getrunken, dass er/sie einen Rausch hatte?

3.3 Die folgenden Frage beziehen sich auf die **letzten 7 Tage** vor der Indexaufnahme.
An wie vielen Tagen hat der Patient/die Patientin Alkohol getrunken?
Wie viel hat er/sie getrunken?

Tage	Bier (Liter)	Wein (Liter)	Likör (Liter)	Schnaps (Liter)	g Alkohol
Aufnahmetag	3.3.1	3.3.8	3.3.16	3.3.24	3.3.32
-1	3.3.2	3.3.9	3.3.17	3.3.25	3.3.33
-2	3.3.3	3.3.10	3.3.18	3.3.26	3.3.34
-3	3.3.3	3.3.11	3.3.19	3.3.27	3.3.35
-4	3.3.4	3.3.12	3.3.20	3.3.28	3.3.36
-5	3.3.5	3.3.13	3.3.21	3.3.29	3.3.37
-6	3.3.6	3.3.14	3.3.22	3.3.30	3.3.38
-7	3.3.7	3.3.15	3.3.23	3.3.31	3.3.39

Umrechnung:

1 Liter Bier: ca. 40 g Alkohol
 1 Liter Wein / Sekt: ca. 90 g Alkohol
 1 Liter Likör / Portwein / Sherry etc. ca. 150 g Alkohol
 1 Liter Spirituosen: ca. 300 g Alkohol

3.4 Wie viele Zigaretten hat der Patient/die Patientin in den letzten vier Wochen (28 Tage) vor der Aufnahme durchschnittlich pro Tag geraucht?

3.5 Clinical Global Impressions (bei Aufnahme)

3.6 Global Assessment of Functioning Scale (bei Aufnahme)

4. Inanspruchnahme sozialer/medizinischer Hilfen in den letzten vier Wochen

Häufigkeit

- 4.01 Suchtberatungsstelle
- 4.02 Telefonseelsorge
- 4.03 Alkohol-Selbsthilfegruppe
- 4.04 Kontakt mit gesetzlichem Betreuer
- 4.05 Kontakt mit Bewährungshelfer
- 4.06 Kontakt mit Schuldnerberatung
- 4.07 Haushalts- oder Familienhilfe
- 4.08 Besuch Kontaktzentrum/Tagesstätte/Treffpunkte ...
- 4.09 Betreuer-Kontakte niederschwelliges Betreutes Wohnen
(nicht abstinentorientiert)
- 4.10 Betreuer-Kontakte höherschelliges Betreutes Wohnen
(abstinentorientiert)
- 4.11 *Andere:*
- 4.12 ambulante medizinische Krankenpflege
- 4.13 ambulante **psychiatrische** Krankenpflege
- 4.14 Sozial-Psychiatrischer Dienst (Kontakte)
- 4.15 Niedergelassener Psychiater (auch Ambulanz)
- 4.16 Niedergelassener Psychologe (auch Ambulanz)

- 4.17 Hausarzt/Nicht-Facharzt
- 4.18 Beschütztes Arbeitsverhältnis
- 4.19 *Andere:*

Institutionelle Settings:

Tage in den letzten vier Wochen

- 4.20 stationäre Entgiftung Allgemeinkrankenhaus
- 4.21 stationäre Entgiftung psychiatr. Klinik/Abt.
- 4.22 andere stationäre somatische Behandlung
- 4.23 stationäre Rehabilitationsmaßnahme
- 4.24 teilstationäre psychiatrische Behandlung
- 4.25 Heim und ähnliche Institutionen
- 4.26 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe

5. Aufnahmemodalitäten

- 5.1 Aufnahme datum 2001
- 5.2 Aufnahme angemeldet? (jede Form der Terminabsprache)
 0=nein 1=ja
- 5.3 Einweisung durch:
 01=praktischer Arzt/Allg.med. 06=nicht-psychiatr. Ambulanz 11=and. psychiatr. Klinik oder Abt.
 02=niedergel. Psychiater/Nervenarzt 07=Notarzt/Notdienst 12=and. psychsom./ psychotherap. Klinik
 03=sonst. Facharzt 08=Soz.Psychiatr. Dienst/ Ges.Amt 13=somatische Klinik (stationär)
 04=eigene Ambulanz 09=Arzt and. öff. Stellen 14=ohne Einweisung
 05=andere psychiatr. Ambulanz 10=eig. Förderbereich
- 5.4 Aufnahme innerhalb der Zeit von 8.00 bis 17.00 Uhr?
 0=nein 1=ja
- 5.4 Rechtsgrundlage der Aufnahme
 1=freiwillig 2=freiwillig mit Zust. des Betreuers
 3=unter Betreuungsrecht mit Gerichtsbeschluss 4=PsychKG 5=sonstiges
- 5.5 Aufnahme auf einer geschlossenen Station?
 0=nein, offen 1=ja, geschlossen

6. Labor bei Aufnahme

- 6.1 Atemalkoholkonzentration bei Aufnahme , Promille
- 6.2 γ -GT u/l
- 6.3 GOT u/l
- 6.4 GPT u/l
- 6.5 MCV fl
- 6.6 Thrombozyten tsd/ μ l

7. ICD – 10 Diagnosen bei Entlassung

I. Suchtdiagnosen

Alkoholkrankheit (7.01-7.05)

Als erstes (7.01) soll dabei in Bezug auf die Alkoholkrankheit die Unterscheidung „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeitssyndrom“ codiert werden. Alle weiteren Diagnosen (Intoxikation, Entzugssyndrom, Komplikationen wie Delir, Alkoholpsychosen etc.) folgen.

andere Suchtstörungen (7.06-7.10)

Schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von anderen Substanzen werden getrennt von der Alkoholkrankheit codiert. Nikotinabhängigkeit nicht vergessen!

Alkoholkrankheit

7.01 F10.

7.02 F10.

7.03 F10.

7.04 F10.

7.05 F10.

andere Suchtstörungen

7.06 F1 .

7.07 F1 .

7.08 F1 .

7.09 F1 .

7.10 F1 .

II. Andere psychiatrische Diagnosen

(Alle über die Suchterkrankung und ihre direkten Folgen hinausgehenden psychischen Störungen)

7.11 F .

7.12 F .

7.13 F .

7.14 F .

7.15 F .

III. Somatische Diagnosen

Die wichtigsten körperlichen Diagnosen (maximal 6) werden zusammenfassend nach folgendem Code codiert:

7.16

7.17

7.18

7.19

7.20

7.21

01=Lebererkrankungen
02=Pankreaserkrankungen
03=Herzkrankungen
04=Hypertonie
05=Diabetes mellitus
06=Hauterkrankungen

07=akute Verletzungen, Frakturen etc.
08=Polyneuropathiesyndrom
09=cerebrales Anfallsleiden
10=Erkrankungen des blutbildenden Systems
11=andere

8. Weitere Diagnostik

Welche diagnostischen Maßnahmen über die Basisdiagnostik (Aufnahmegespräch inklusive orientierender biographischer Anamnese, allgemein körperliche und neurologische Untersuchung, Routinelabor) hinaus wurden durchgeführt?
Die Angaben sind der Kurve zu entnehmen bzw. vom Behandler zu erfragen.

0=nein

1=ja

- | | | |
|------|--|--------------------------|
| 8.01 | ausführliche Nachexploration | <input type="checkbox"/> |
| 8.02 | ausführliche biographische Anamnese | <input type="checkbox"/> |
| 8.03 | Fremdanamnese | <input type="checkbox"/> |
| 8.04 | strukturierte psychiatrische Untersuchungsverfahren (z.B. SKID)..... | <input type="checkbox"/> |
| 8.05 | neuropsychologische Testdiagnostik | <input type="checkbox"/> |
| 8.06 | Persönlichkeitstests | <input type="checkbox"/> |
| 8.07 | Labor: Hepatitis-Serologie | <input type="checkbox"/> |
| 8.07 | Labor: CDT-Bestimmung | <input type="checkbox"/> |
| 8.09 | EKG | <input type="checkbox"/> |
| 8.10 | EEG | <input type="checkbox"/> |
| 8.11 | Röntgen | <input type="checkbox"/> |
| 8.12 | CCT / MRT | <input type="checkbox"/> |
| 8.13 | Konsiliaruntersuchungen außerhalb der Abteilung | <input type="checkbox"/> |

9. Pharmakotherapie

- 9.01 War eine medikamentöse Behandlung des Alkoholentzugssyndroms notwendig?
0=nein 1=ja
- 9.02 Für wie viele Tage wurde *Clomethiazol* gegeben?
- 9.03 Anzahl Clomethiazol-Kapseln insgesamt
- 9.04 Gesamtmenge Clomethiazol in ml
- 9.05 Für wie viele Tage wurde *Benzodiazepine* gegeben?
- 9.06 Substanz :
- 9.07 Gesamtmenge in mg:
- 9.08 Für wie viele Tage wurde *Carbamazepin* gegeben?
- 9.09 Gesamtmenge Carbamazepin in mg

Andere Medikamente zur Behandlung des AES

0=nein 1=ja

- 9.10 andere Antiepileptika
- 9.11 Neuroleptika
- 9.12 Antidepressiva
- 9.13 Andere

Über die Behandlung des AES hinausgehende psychiatrische Pharmakotherapie

- 9.14 Anxiolytika/Hypnotika
- 9.15 Niedrig/mittelpotente Neuroleptika
- 9.16 Hochpotente Neuroleptika
- 9.17 Antidepressiva
- 9.18 Phasenprophylaktika
- 9.19 Nootropika
- 9.20 Anticraving Mittel

10. Weitere therapeutische Maßnahmen

Welche therapeutischen Maßnahmen wurden während der stationären Indexbehandlung **über die Basistherapie (Visiten, Pharmakotherapie, pflegerische Beobachtung, Sport etc.) hinaus** tatsächlich durchgeführt?

		Anzahl der Interventionen	
10.01	therap. Einzelgespräche: 10-20 Minuten*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.02	therap. Einzelgespräche: > 20 Minuten*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.03	Einzelgespräche mit Pflegepersonal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.04	Gruppengespräche mit Pflegepersonal (excl. Infogruppe)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.05	Gruppengespräche mit Therapeuten* (excl. Infogruppe)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.06	Infogruppe (Erkrankung/Folgeschäden; festes Programm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.07	Besuche von/Kontakt mit Selbsthilfegruppen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.08	Belastungserprobung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.09	Expositionsbehandlung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.10	Arbeitstherapie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.11	Kreativtherapien	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.12	Kognitives Training	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.13	Rückfallprophylaxe-Training	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.14	Informations- und Beratungsgespräche zu weiteren Therapie- oder RehaMaßnahmen (Sozialdienst/Pflege)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.15	Besuch von Einrichtungen/Kontakte zur weiterführenden Therapie	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Mitarbeiter des ärztlichen, psychologischen Dienstes oder Sozialdienst mit Zusatzausbildung Sucht

11. Verlauf und Entlassung

- 11.01 Erfolgte während der Indexbehandlung eine zwischenzeitliche Verlegung auf eine andere Station ?
0=nein 1=ja
- 11.02 Erfolgte während der Indexbehandlung eine zwischenzeitliche Verlegung in ein anderes Krankenhaus*
0=nein 1=ja
- 11.03 Erfolgte während der Behandlung eine oder mehrere Fixierung(en)?
0=nein 1=ja
- 11.04 Erfolgte die Entlassung von einer geschlossenen Station?
0=nein 1=ja
- 11.05 Entlassungsmodus
1=reguläre Entl. 2=Entweichung 3=Entl.gg.ärztl. Rat/Abbruch der Behandlung durch Pat.
4=Entl. wg. mangelnder Motivation/aus disziplinarischen Gründen 5=Verlegung in
anderes Krankenhaus 6=verstorben
- 11.06 Entlassung wohin?
1=nach Hause 2=o.f.W. 3=Wohnheim/betreutes Wohnen 4=Entwöhnung 5=anderes
Krankenhaus 6=JVA 7=Tagesklinik 8=anderes psychiatr. Krhs. 9=Adaptionseinrichtung
- 11.07 Clinical Global Impressions (bei Entlassung)
- 11.08 Global Assessment of Functioning Scale (bei Entlassung)
- 11.09 Entlassungsdatum: . .2001

*eine interkurrente Verlegung mit Rückkehr in die eigene stationäre Behandlung gilt als eine Behandlung

12. Fragebogen zur Katamneseuntersuchung

- 12.01 Partnersituation
 1=ohne Partner lebend 2=mit Partner lebend
 3=mit Partner, keine gemeinsame Wohnung
- 12.02 Besteht aktuell eine gesetzliche Betreuung?
 (irgendein Wirkungskreis) 0=nein 1=ja
- 12.03 Aktueller Beschäftigungsstatus
 1=arbeitslos 2=regulär Vollzeit 3=regulär Teilzeit 4=Beschütztes Arbeits-
 verhältnis/Arbeitstherapie 5=Studium 6=berentet 7=Hausfrau 9=keine Angaben
- 12.04 Überwiegender Unterhalt
 1=eig. Einkommen 2=Rente 3=Einkommen von Ehepartner/Eltern
 4=Krankengeld 5=Arbeitslosengeld/-hilfe/BaFög 6=Sozialhilfe 9=unbekannt
- 12.05 Durchschnittliches Monatseinkommen DM (netto)
- 12.06 Aktuelle Wohnsituation
 1=eigene Wohnung 2=betreutes Wohnen 3=bei den Eltern/Familie 4=Heim
 5=Wohnungslosen-/Notunterkunft 6=ohne Wohnsitz 7=sonstiges
 9=keine Angaben
- 12.07 Auf wieviel Personen können Sie sich im Ernstfall
 (z.B. persönliche Krise) vertrauensvoll verlassen?
 1=keine 2=bis drei Personen 3=mehr als drei Personen
- 12.08 Mit wem verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?
 1= Angehörige ohne aktuelle Alkoholprobleme
 2= Angehörige mit aktuellen Alkoholproblemen
 3= Freunde ohne aktuelle Alkoholprobleme
 4= Freunde mit aktuellen Alkoholproblemen
 5=alleine
- 12.09 Haben Sie seit der Entlassung jemals Alkohol getrunken?
 0=nein 1=ja
- 12.10 Wenn ja, wie viele Tage dauert(e) die Abstinenz vom
 Alkohol seit der Entlassung bis zum ersten Alkoholkonsum
 an?

Wie viele Tage wurden seit der Entlassung in folgenden Einrichtungen
 verbracht?

- 12.11 stationäre Entgiftung psychiatr. Klinik/Abt.
- 12.12 stationäre Entgiftung Allgemeinkrankenhaus
- 12.13 stationäre Rehabilitation (Entwöhnung).....

12.14	stationäre andere somatische Krankenhausbehandlung	□□□
12.15	Anzahl der Entgiftungen seit Entlassung	□□
12.16	Anzahl der somatischen Krankenhausbehandlungen seit Entlassung	□□

13. Inanspruchnahme sozialer/medizinischer Hilfen in den letzten vier Wochen (nach Entlassung)

Anzahl letzte vier Wochen

13.01	Suchtberatungsstelle	□□
13.02	Telefonseelsorge	□□
13.03	Alkohol-Selbsthilfegruppe	□□
13.04	Kontakt mit gesetzlichem Betreuer	□□
13.05	Kontakt mit Bewährungshelfer	□□
13.06	Kontakt mit Schuldnerberatung	□□
13.07	Haushalts- oder Familienhilfe	□□
13.08	Besuch Kontaktzentrum/Tagesstätte /Treffpunkte ..	□□
13.09	Betreuer-Kontakte niederschwelliges Betreutes Wohnen (nicht abstinentorientiert)	□□
13.10	Betreuer-Kontakte höherschwelliges Betreutes Wohnen (abstinentorientiert)	□□
13.11	Andere:	□□

- 13.12 ambulante medizinische Krankenpflege.....
- 13.13 ambulante **psychiatrische** Krankenpflege
- 13.14 Sozial-Psychiatrischer Dienst (Kontakte).....
- 13.15 Niedergelassener Psychiater (auch Ambulanz).....
- 13.16 Niedergelassener Psychologe (auch Ambulanz).....
- 13.17 Hausarzt/Nicht-Facharzt.....
- 13.18 Beschütztes Arbeitsverhältnis
- 13.19 *Andere:*

Institutionelle Settings:

Tage in den letzten vier Wochen

- 13.20 stationäre Entgiftung Allgemeinkrankenhaus
- 13.21 andere stationäre somatische Behandlung
- 13.22 stationäre Entgiftung psychiatr. Klinik/Abt.
- 13.23 stationäre Rehabilitationsmaßnahme
- 13.24 teilstationäre psychiatrische Behandlung
- 13.25 Heim und ähnliche Institutionen
- 13.26 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.....

14. Trinkverhalten vor Katamneseerhebung

14.1 An wie vielen Tagen hat der Patient/die Patientin **in den letzten vier Wochen (28 Tage)** vor der Befragung Alkohol getrunken?

14.2 An wie vielen Tagen hat der Patient/die Patientin **in den letzten vier Wochen (28 Tage)** vor der Befragung so viel Alkohol getrunken, dass er/sie einen Rausch hatte?

14.3 Die folgenden Frage beziehen sich auf die **letzten 7 Tage** vor der Befragung. An wie vielen Tagen hat der Patient/die Patientin Alkohol getrunken? Wie viel hat er/sie getrunken?

Tage	Bier (Liter)	Wein (Liter)	Likör (Liter)	Schnaps (Liter)	g Alkohol
heute	14.3.1	14.3.8	14.3.16	14.3.24	14.3.32
-1	14.3.2	14.3.9	14.3.17	14.3.25	14.3.33
-2	14.3.3	14.3.10	14.3.18	14.3.26	14.3.34
-3	14.3.3	14.3.11	14.3.19	14.3.27	14.3.35
-4	14.3.4	14.3.12	14.3.20	14.3.28	14.3.36
-5	14.3.5	14.3.13	14.3.21	14.3.29	14.3.37
-6	14.3.6	14.3.14	14.3.22	14.3.30	14.3.38
-7	14.3.7	14.3.15	14.3.23	14.3.31	14.3.39

Umrechnung:

- 1 Liter Bier: ca. 40 g Alkohol
- 1 Liter Wein / Sekt: ca. 90 g Alkohol
- 1 Liter Likör / Portwein / Sherry etc. ca. 150 g Alkohol
- 1 Liter Spirituosen: ca. 300 g Alkohol

14.4 Wie viele Zigaretten hat der Patient/die Patientin in den letzten vier Wochen (28 Tage) vor der Aufnahme durchschnittlich pro Tag geraucht?

14.5 Datum der Befragung . .2001

Socrates

-

	stimme voll zu	stimme zu	bin un- sicher	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Ich will mein Trinkverhalten wirklich ändern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal frage ich mich, ob ich tatsächlich Alkoholiker bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mein Trinkverhalten nicht bald ändere, werden meine Probleme noch schwerwiegender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bereits begonnen, mein Trinkverhalten zu verändern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Früher habe ich zu viel auf einmal getrunken, aber jetzt habe ich es geschafft, mein Trinkverhalten zu verändern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal frage ich mich, ob mein Trinken anderen Menschen tatsächlich schadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin ein Problemtrinker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke nicht nur daran, mein Trinkverhalten zu ändern, ich habe auch bereits einiges dafür getan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mein Trinken bereits geändert und suche nach Möglichkeiten, um zu verhindern, in alte Verhaltensweisen zurückzufallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ernsthafte Schwierigkeiten mit dem Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal frage ich mich, ob ich noch die Kontrolle über mein Trinken habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Trinken verursacht viele Schäden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang II – SOCRATES – Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale

	stimme voll zu	bin zu	stimme un- sicher	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Ich kümmere mich aktiv darum, mein Trinken zu reduzieren oder zu beenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte Hilfe, um meine Trinkprobleme, die ich hatte, zu bewältigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, dass ich Alkohol- probleme habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Zeiten, da frage ich ich mich, ob ich wirklich zu viel trinke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin Alkoholiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bemühe mich darum, mein Trinkverhalten zu verändern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Veränderungen in meinem Trinkverhalten erreicht und brauche Hilfe, um nicht in das gewohnte Trinkmuster zurückzufallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zur Einschätzung der eigenen Gesundheit (SF-12)

□ □ □ □ □ □ □ □ - □

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es nachzuvollziehen, wie sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie **jede** der vorgelegten Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die **am besten** auf Sie zutrifft.

1.01 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben ?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an !)

- Ausgezeichnet..... 1
- Sehr gut 2
- Gut..... 3
- Weniger gut..... 4
- Schlecht 5

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren **derzeitigen Gesundheitszustand** bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt ? Wenn ja, wie stark ?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an !)

Tätigkeiten	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
1.02 mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staub- saugen, kegeln	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
1.03 mehrere Treppenabsätze steigen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den **vergangenen 4 Wochen** aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause ?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an !)

Schwierigkeiten	Ja	Nein
1.04 Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
1.05 Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den **vergangenen 4 Wochen** aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten ?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an !)

Schwierigkeiten	JA	Nein
1.06 Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
1.07 Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

1.08 Wie stark waren Ihre Schmerzen **in den vergangenen 4 Wochen** ?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an !)

Ich hatte keine Schmerzen.....	1 <input type="checkbox"/>
Sehr leicht	2 <input type="checkbox"/>
Leicht	3 <input type="checkbox"/>
Mäßig	4 <input type="checkbox"/>
Stark.....	5 <input type="checkbox"/>
Sehr stark.....	6 <input type="checkbox"/>

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen **in den letzten 4 Wochen** gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie **in den vergangenen 4 Wochen** ...

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an !)

Befinden	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
1.09 ...ruhig und gelassen ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
1.10 ...voller Energie ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
1.11 ...entmutigt und traurig?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

1.12 Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit **oder** seelische Probleme **in den vergangenen 4 Wochen** Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt ?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an !)

Immer..... 1

Meistens..... 2

Manchmal 3

Selten..... 4

Nie..... 5

Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)

Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.

Code (Bitte beachten: Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z. B: 45, 68, 72)

100-91

Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.

90-81

Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leicht Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).

80-71

Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).

70-61

Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit oder einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.

60-51

Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).

50-41

Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).

40-31

Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).

30-21

Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).

20-11

Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).

10-1

Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltausübung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.

0

Unzureichende Informationen

CGI Clinical Global Impressions 1 - Schweregrad der Krankheit

Ziehen Sie Ihren gesamten Erfahrungsschatz an dieser Art von Kranken in Betracht, und geben Sie, wie hoch Sie den jetzigen Grad der seelischen Erkrankung des Patienten einschätzen.

1 Nicht beurteilbar.

2 Patient ist überhaupt nicht krank.

3 Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung.

4 Patient ist nur leicht krank.

5 Patient ist mäßig krank.

6 Patient ist deutlich krank.

7 Patient ist schwer krank.

8 Patient gehört zu den extrem schwer Kranken.

Lebenslauf

1. Angaben zur Person

Name: André Thomas Lammers

Anschrift: Goebenstr. 19
48151 Münster

Geburtsdatum und -ort: 15.01.1963 in Nordhorn

Familienstand: ledig

Staatsangehörigkeit: deutsch

2. Schulische Ausbildung

1969 - 1973 Grundschule Nordhorn

1973 - 1978 Hauptschule Uelsen

1978 - 1981 Handelsschule Nordhorn

1981 - 1984 Stadtring-Gymnasium Nordhorn

3. Zivildienst

10/1984 – 01/1986 Landeskrankenhaus Osnabrück

4. Hochschulausbildung

04/1986 – 03/1989 Jurastudium an der Westfälischen Wilhelms Universität
Münster (ohne Abschluss)

04/1991 – 10/1997 Studium der Psychologie an der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster

5. Beruflicher Werdegang

11/1997 – 12/1998 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Klinische
Psychologie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

seit 11/1998 Anstellung in der Westfälischen Klinik Münster
als Stationspsychologe

seit 2000 Tätigkeit als Dozent in der Krankenpflegeschule der
Westfälischen Klinik Münster

seit 2000 Tätigkeit als Dozent in der „Aus- und Weiterbildung zum
Stationsleiter“ beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe

- 2000-2004 Psychologische Therapieausbildung zum Verhaltenstherapeuten
am „Institut für Psychologische Psychotherapieausbildung“
Münster
- seit 04/2004 Leitender Psychologe im Suchtbereich der Westfälischen
Klinik Münster
- seit 10/2004 Approbation zum „Psychologischen Psychotherapeuten“,
Schwerpunkt Verhaltenstherapie

Münster, 15. November 2004

André Thomas Lammers

Danksagung

Danksagen möchte ich zuvorderst Herrn Prof. Dr. Reker für das Angebot zu dieser Dissertation, seiner hervorragenden und zügigen Betreuung sowie seiner vielfältigen Anregungen.

Herr PD Dr. Richter beriet mich in allen inhaltlichen und methodischen Fragen, ihm sei Dank dafür. Frau Dr. Berg stand mir stets beruhigend, ermutigend und mit fachlichem Rat aus ärztlicher Sicht zur Seite – (zu)viele Abende vergingen mit Diskussionen über diese Arbeit. Frau Köstermann möchte ich für die ausgezeichnete Korrekturlesung der Dissertation danken.

Ohne die rege Beteiligung der vielen Patienten wäre diese Untersuchung natürlich nicht möglich gewesen. Einige von ihnen begleiten mich heute noch hin und wieder in meiner beruflichen Tätigkeit.

Widmen möchte ich diese Arbeit jedoch meinen viel zu früh verstorbenen Eltern.