

# Deskriptive Ergebnisdarstellung und Evaluierung der Entwöhnungsbehandlung in der Therapiestation Carina 2000 bis 2003

**Oliver Bachmann**

Die deskriptive Darstellung und Evaluierung der Ergebnisse ermöglicht einen Überblick über allgemeine und spezifische Quantitäts- und Qualitätskriterien der stationären Langzeitbehandlung von Suchterkrankungen und komorbiden psychischen Störungen für die Jahre 2000 bis 2003 in der Therapiestation Carina, Krankenhaus Maria Ebene. Dabei finden folgende Parameter Berücksichtigung:

- Gesamtanzahl der im Berichtszeitraum behandelten Patienten (S1) und Anzahl jener Patienten, die ihre Therapie im Berichtszeitraum beendet, d.h. regulär abgeschlossen oder abgebrochen haben (S2), sowie Anzahl getrennt für weibliche (SW2) und männliche Patienten (SM2)
- Patientenverteilung gesamt (S) und getrennt für weibliche (W) und männliche (M) Patienten bzgl. der Hauptdiagnosen Abhängigkeits- und Persönlichkeitsstörungen
- Haltequote gesamt (S) und getrennt für weibliche (W) und männliche (M) Patienten
- Abbruchquote gesamt (S) und getrennt für weibliche (W) und männliche (M) Patienten
- Durchschnittliche Therapiedauer (S)

gesamt und getrennt für weibliche (W) und männliche (M) Patienten mit regulären Therapieabschluss.

Die sogenannte **Haltequote**, bzw. negativ formuliert, die **Abbruchquote**, kann als relatives Erfolgskriterium einer stationären Einrichtung für Abhängigkeitserkrankungen gewertet werden (vgl. Kufner 1995, 62ff.). Insgesamt gelten Haltequoten von 70-80% als Qualitätsmerkmal erfolgreicher stationärer Einrichtungen (Kufner 1995, 66f.). Dies vor jenem Hintergrund, dass nur über einen kontinuierlichen Therapieprozess auch effektive und effiziente therapeutische Arbeit mit Suchtklientel möglich ist. Die Haltequote korreliert allgemein positiv mit Maßnahmen, die die Identifikation, Zugehörigkeit und Bindung an die Einrichtung, die Patientengemeinschaft bzw. das therapeutische Team betreffen, und negativ mit jenen, die Ausdruck von strenger Kontrolle, Sanktionen und starren therapeutischen Strukturen darstellen. Die Hoffnung auf ein erfülltes, drogenfreies Leben in selbstbestimmter Autonomie verringert die Abbruchquote und erhöht ebenfalls die Haltequote. Hoffnungslosigkeits- und

Sinnlosigkeitsgefühle erhöhten sowohl Abbruch- als auch Rückfallquote. Therapieabbrüche, eventuell ohne die Möglichkeit der Wiederaufnahme eines Patienten, stellen dabei den schlechtesten Therapieausgang dar, da jene Patienten zu einem sehr hohen Anteil ihre Suchtkarriere fortsetzen (vgl. Körkel, Schindler 2003, 22ff.). Mögliche Rückfälle während und auch nach der Therapie werden als „natürliche“ Elemente eines längerfristigen therapeutischen Prozesses und nicht als Versagen bzw. Misslingen der Therapie gewertet (vgl. Lindenmeyer 1999, 77ff.). Die „Arbeit mit dem Rückfall“ stellt somit eine sinnvolle therapeutische Strategie dar – unter bestimmten Voraussetzungen. Wesentliche Bedeutung erlangt dabei eine klare und flexible Regelung bezüglich jener Bedingungen, unter denen ein rückfälliger Patient weiterbehandelt werden kann bzw. entlassen oder überstellt werden muss. Hier sind in erster Linie medizinische und therapeutische Gesichtspunkte (z.B.: körperlicher Entzug, akute Suizidalität) sowie grundlegende Behandlungsrichtlinien (z.B.: nachgewiesene Suchtgiftabstinenz als Voraussetzung für eine Aufnahme) zu beachten.

## Ergebnisdarstellung

Berichtszeitraum	Klientenanzahl			Haltequote			Abbruchquote			Ø Therapiedauer in Tagen		
	S <sub>1</sub> /S <sub>2</sub>	S <sub>W2</sub>	S <sub>M2</sub>	S <sub>W+M</sub>	W	M	S <sub>W+M</sub>	W	M	S <sub>W+M</sub>	W	M
2000	60/44	18	26	21	9	12	23	9	14	221,9	259,4	211,4
2001	78/65	28	37	44	19	25	21	9	12	157,4	186,3	135,4
2002	63/45	21	24	32	11	21	13	10	3	160,3	164,5	158,1
2003	60/43	16	27	31	12	19	12	4	8	205,7	238,4	185,1

**Tabelle 1:** Tabellarische Darstellung der absoluten Halte- und Abbruchquoten sowie der durchschnittlichen absoluten Therapiedauer in Tagen.

Berichtszeitraum	Klientenanzahl			Haltequote			Abbruchquote			Ø Therapiedauer in Tagen + %-Abweichung		
	S <sub>1</sub> /S <sub>2</sub>	S <sub>2</sub> W%	S <sub>2</sub> M%	S <sub>W+M</sub> %	W%	M%	S <sub>W+M</sub> %	W%	M%	S <sub>W+M</sub>	W%	M%
2000	60/44	40,9	59,1	<b>47,7</b>	50	44	<b>52,3</b>	50	56	221,9	+16,9	-4,7
2001	78/65	43,1	56,9	<b>67,7</b>	67,8	67,6	<b>32,3</b>	32,2	32,4	157,4	+18,4	-14
2002	63/45	46,7	53,3	<b>71,1</b>	52,4	87,5	<b>28,9</b>	47,6	12,5	160,3	+2,6	-1,4
2003	60/43	37,2	62,8	<b>72,1</b>	75	70,4	<b>27,9</b>	25	29,6	205,7	+15,9	-10

**Tabelle 2:** Tabellarische Darstellung der prozentuellen Halte- und Abbruchquoten sowie der prozentuellen Abweichung von der durchschnittlichen Therapiedauer in Tagen

Für die **Therapiestation Carina** zeigt sich im Berichtszeitraum 2000 bis 2003 ein deutlicher Anstieg der Haltequote von 47,7% (2000) auf 72,1% (2003), in direkter negativer Korrelation mit Verringerung der Abbruchquote von 52,3% (2000) auf 27,9% (2003). Mit Ausnahme des Jahres 2002, wo die Haltequote für männliche Patienten beachtliche 87,5% erreichte und jene für weibliche Patienten 52,4% betrug (Differenz: über 35%), zeigen sich keine signifikanten Differenzen in der Haltequote bzw. Abbruchquote im Vergleich zwischen weiblichen und männlichen Patienten.

Sehr wohl lassen sich für das Merkmal der durchschnittlichen Therapiedauer große Differenzen im direkten Vergleich der einzelnen Berichtszeiträume, sowie auffällige Geschlechtsunterschiede erkennen. Zwischen dem Jahr 2000 mit der höchsten durchschnittlichen Therapiedauer von 221,9 Tagen bzw. 7,3 Monaten und dem Jahr 2001 mit der niedrigsten durchschnittlichen Therapiedauer von 157,4 Tagen bzw. 5,2 Monaten ergibt sich somit eine Differenz von 64,5 Tagen bzw. 2,1 Monaten. Insgesamt ist hier kein einheitlicher Trend zu einer höheren bzw. niedrigeren durchschnittlichen Therapiedauer festzustellen. Eine deutliche Tendenz zu einer durchschnittlich höheren Therapiedauer für weibliche Patienten ist hingegen bei allen Jahren im Berichtszeitraum, mit Ausnahme des Jahres 2002, evident. Weibliche Patienten waren durchschnittlich zwischen 6,4 Tagen (2002) und 53,3 Tagen (2003) länger in stationärer Behandlung als männliche Patienten.

**Evaluierung**

Der **Therapiestation Carina** ist es gelungen, die Haltequote, d.h. jene Anzahl von Patienten, die ihre Entwöhnungsbehandlung erfolgreich regulär abschließen, im Berichtszeitraum 2000 bis 2003 wesentlich zu erhöhen. In den Jahren 2002 und 2003 haben damit jeweils umgerechnet 7 von 10 Patienten ihre Therapie positiv beendet. Entsprechend der vorliegenden Forschungsergebnisse kann die Therapiestation Carina damit bezüglich dieses Qualitätsparameters als „sehr erfolg-

reich“ in der stationären Langzeitbehandlung von Suchterkrankungen eingestuft werden.

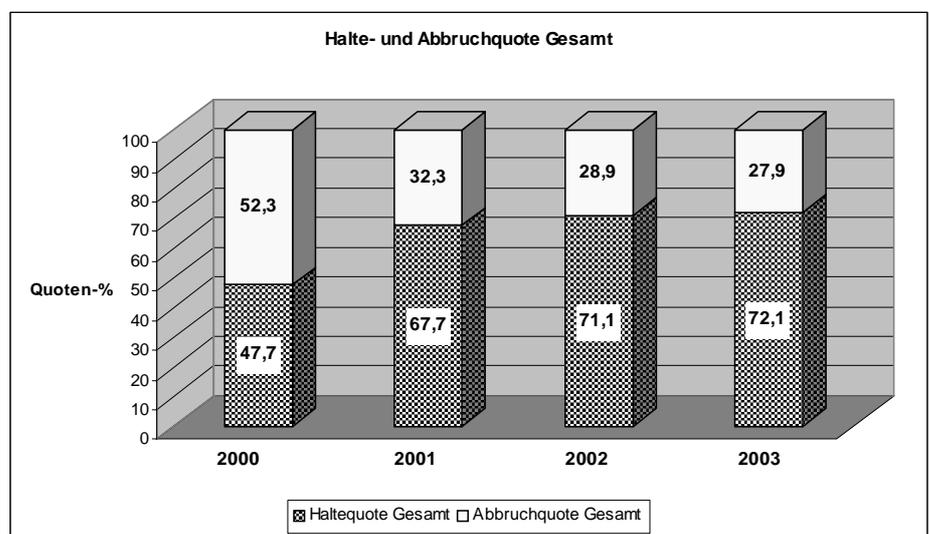
Die deutliche Tendenz zu einer längeren durchschnittlichen Therapiedauer für weibliche Patienten folgt den anamnestisch belegbaren, wesentlich häufiger und schwerwiegenderen Traumatisierungen und Missbrauchserfahrungen weiblicher Patienten. Ein sehr sorgfältiges und sensibles therapeutisches Vorgehen zu deren Aufarbeitung und Bewältigung findet somit seinen Niederschlag in einer längeren durchschnittlichen Therapiedauer von Frauen.

Dieses Ergebnis ist gerade deshalb von besonderer Bedeutung, da in der Therapiestation Carina Patienten behandelt werden, die komorbid eine Persönlichkeits- bzw. Persönlichkeitsentwicklungsstörung aufweisen. Persönlichkeitsstörungen können als komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Interaktions- und Beziehungsverhalten verstanden werden. Sie zeigen sich zumeist als ich-syntone Störungen, bei denen der Patient sein Erleben und Verhalten selbst nicht „psychisch krank“ bzw. „gestört“ begreift, sondern als manifesten Bestandteil seiner Person und seines Menschseins (vgl. Fiedler 2001, 7ff., 419). Für eine erfolgreiche Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und in weiterer Folge von Substanzabhängigkeiten, stellt die „Arbeit an und mit der Beziehung“ eine fundamentale Grundlage therapeutischer Professionalität dar. Auf der Basis dieser Über-

zeugung wird der Entwicklung einer tragfähigen, vertrauensvollen und kooperativen therapeutischen Beziehung in der Therapiestation Carina oberste Priorität eingeräumt. Kontinuität und Nachhaltigkeit in der Beziehungsarbeit stellen unerlässliche Voraussetzungen dafür dar. Der Behandlungsfokus verschiebt sich von der Festschreibung eines problematischen Interaktions- und Beziehungsverhaltens als behandlungsbedürftige Persönlichkeitsstörung hin zur gemeinsamen Arbeit von Therapeut und Patient an ihrer Beziehung, wodurch dem Patienten mit therapeutischer Unterstützung eine schrittweise Veränderung seiner Muster der Beziehungsgestaltung möglich werden kann.

Die erzielte Erhöhung und Stabilisierung der Haltequote kann als unmittelbare Auswirkung und **erfolgreiche Umsetzung** dieser elementaren therapeutischen Grundhaltung, der „Arbeit an und mit der Beziehung“, interpretiert werden, die in weiterer Folge für einen Großteil der Patienten einen erfolgreichen Therapieabschluss erst möglich gemacht hat.

In der Hauptdiagnosekategorie der Abhängigkeitserkrankungen zeigt sich mit einem Anteil von 63% ein deutliches Überwiegen von politoxikomanen, d.h. multiplen Abhängigkeiten (ICD-10: F19). Singuläre Substanzabhängigkeiten sind 2003 wesentlich seltener diagnostiziert worden, was dem langjährigen Erfahrungswert entspricht. Dabei ist die Alkohol-



**Abbildung 2:** Grafische Darstellung der prozentuellen Halte- und Abbruchquoten Gesamt

abhängigkeit (F10) mit 17% vor der Opioidabhängigkeit (F11) mit 10% und Essstörungen (F50) mit 7% anzuführen. Reine Cannabisabhängigkeiten (F12) spielen mit einem Anteil von 3% eine untergeordnete Rolle.

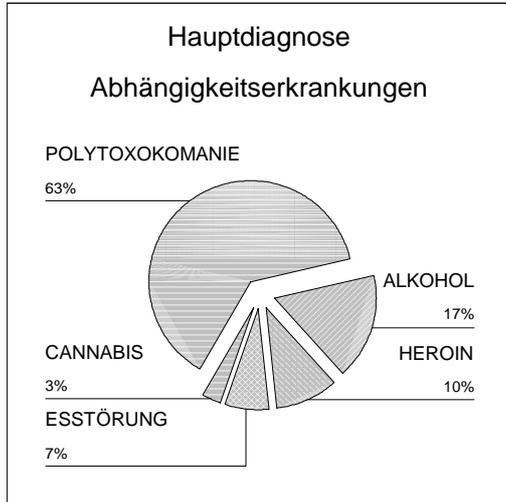


Abbildung 3: Hauptdiagnose Abhängigkeitserkrankungen für den Berichtszeitraum 2003

In der Hauptdiagnosekategorie der Persönlichkeitsstörungen überwiegen narzisstische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60.8), gefolgt von emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen (F60.3) vom Impulsiven und Borderline

Typus, sowie histrionischen (F60.4) und abhängigen Persönlichkeitsstörungen (F60.7). Bei Männern wurde die Diagnose einer narzisstischen und bei Frauen die einer histrionischen Persönlichkeitsstörung wesentlich häufiger als gegengeschlechtlich gestellt. Die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung wurden mit einer Ausnahme ausschließlich an Männer vergeben. Bei der Diagnose einer abhängigen Persönlichkeitsstörung zeigten sich keine

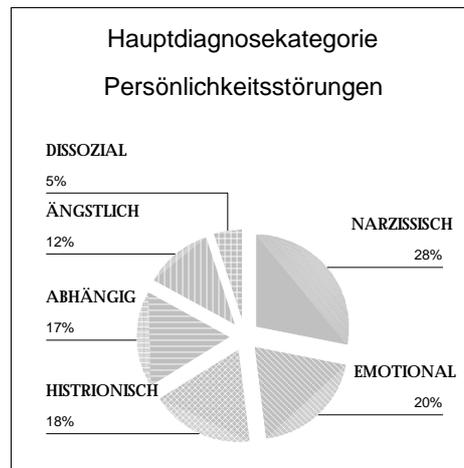


Abbildung 4: Hauptdiagnose Persönlichkeitsstörungen für den Berichtszeitraum 2003

auffälligen Geschlechterdifferenzen.

**Literatur**

Fiedler P (2001). Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz, 5°  
 Körkel J, Schindler C (2003) Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Berlin: Springer  
 Kufner H (1995) Behandlungsmerkmale und Therapieabbruch bei der stationären Behandlung von Drogenabhängigen: Zwischen Pädagogik und Psychotherapie. In: Qualitätsmerkmale in der stationären Therapie Abhängigkeitskranker – Praxisorientierte Beiträge. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht. Geesthach: Neuland Verlag, 62-82  
 Lindenmeyer J (1999) Alkoholabhängigkeit. Reihe Fortschritte in der Psychotherapie. Band 6. Göttingen: Hogrefe

Anschrift der Verfasser:  
 Johannes Rauch  
 Torkelweg 7  
 A-6824 Schlins  
 johannes.rauch@existenzanalyse.org

Oliver Bachmann  
 Porzens 8/22  
 A-6142 Mieders  
 o.bachmann@utanet.at

# Einfluss der Partnerbeziehung während der Schwangerschaft auf Selbstwert und Lebensqualität

## Zusammenfassung der Diplomarbeit

**Sylvia Prandl**

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Selbstwert und der Lebensqualität schwangerer Frauen und dem Einfluss der Partnerschaft darauf. Für die Untersuchung der Fragestellung wurden insgesamt 129 schwangere Frauen im letzten Schwangerschaftsdrittel befragt. Die Stichprobe setzt sich aus 58 Frauen mit Partner und subjektiv erlebter hoher Beziehungsqualität, 52 Frauen mit niedriger Beziehungsqualität zum Partner und 19 alleinstehend Schwangeren, die sich während der Schwangerschaft vom Part-

ner getrennt haben, zusammen.  
 Zur Erfassung der Thematik wurden neben Fragen zu soziodemographischen Daten und einigen spezifischen Einschätzungsfragen zum Thema Schwangerschaft (bspw. Ist Ihre Schwangerschaft geplant oder ungeplant?, Haben Sie körperliche Beschwerden im Zusammenhang mit der Schwangerschaft?, Haben Sie vor, ihr Kind, wenn möglich, zu stillen? u.a.), verschiedene – bis auf eine Ausnahme – evaluierte Messinstrumente vorgegeben: die *Selbstwertskala* von

Hladschik (1999), der *Fragebogen zur Existentiellen Lebensqualität* von Görtz (2003), die „Geburtsangstskala“ aus dem Fragebogen *Schwangerschaft, Sexualität und Geburt* von Lukesch & Lukesch (1976), die Skalen „Finanzielle Lage“ und „Freunde, Bekannte, Verwandte“ aus dem *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit* von Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler (2000), der Fragebogen *Allgemeine Selbstwirksamkeit* von Jerusalem und Schwarzer (1981, 1999), die Skala „Erfüllung in der Partnerschaft“ aus dem *Fra-*