atf alkoholismus therapieforschung schweiz

Autoren summary
Katrin Schläfli, Harald Klingemann, Peter Allemann, Peter Eggli und Monika Schüsselberger (2009).
act-info Patientenmonitoring 2008. Executive Summary – Südhang, Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht. Kirchlindach, Südhang & atf Schweiz.

2008

act-info | **Patientenmonitoring – Südhang**

Executive Summary

südhang

Basismodul

Klinik Südhang

Basismodul

Das Basismodul 2008 hält sich mit wenigen Ausnahmen an die Vorgaben des vorjährigen. Neu ist die getrennte Aufführung der Therapiedauer pro Station, d.h. bei den Entwöhnungstherapien sind allfällige Aufenthaltswochen auf der Abklärungsstation nicht mehr enthalten, sondern separat ausgewiesen. Erweitert werden diese Angaben um die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der planmässig austretenden PatientInnen pro Entwöhnungstherapiestation. Gewisse Daten zum sozioökonomischen Status überschneiden sich mit Ausführungen im Zusatzmodul «Arbeit» und wurden im diesjährigen Basismodul weggelassen.
Fehlende Angaben in den act-info Interviews führen zu unterschiedlichen Basiszahlen in der Statistik. Die Prozentangaben wurden deshalb in dieser Ausgabe mit dem Vermerk der jeweiligen Bezugsgruppe (z.B. Eintritte 2008) sowie deren Umfang (z.B. N = 54, was 100% entspricht) ergänzt, was zukünftig aussagekräftige Gegenüberstellungen mit anderen Jahren ermöglichen soll.

Eckdaten im Überblick

2008	**Eintritte:**	**295 PatientInnen**	**Austritte:**	**293 PatientInnen**
2007	Eintritte:	273 PatientInnen	Austritte:	278 PatientInnen
2006	Eintritte:	256 PatientInnen	Austritte:	251 PatientInnen
2005	Eintritte:	274 PatientInnen	Austritte:	271 PatientInnen
2004	Eintritte:	270 PatientInnen	Austritte:	265 PatientInnen

Soziodemographische Merkmale bei Eintritt

Eintritte 2008

Geschlecht N = 295	77%	Männer (n = 227)
	23%	Frauen (n = 68)
Durchschnittsalter N = 295	45.9 Jahre (zwischen 18 und 72 Jahren)	
	Männer: 46.0 Jahre; Frauen: 45.8 Jahre	
Staatsangehörigkeit N = 286	87%	CH
	9%	EU
	4%	andere Länder
Zivilstand N = 284	38%	ledig
	30%	verheiratet
	30%	geschieden oder gerichtlich getrennt
	2%	verwitwet

Sozioökonomischer Status bei Eintritt

Eintritte 2008

Höchste Ausbildung N = 290	17%	obligatorische oder weiterführende Schule
	63%	Berufslehre
	5%	Matura oder DMS, Lehrerseminar
	14%	Fachhochschule oder Universität
Berufliche Stellung N = 286	49%	nicht erwerbstätig
	32%	Angestellte/ArbeiterIn
	9%	Kader
	7%	selbständig
	3%	anderes
Schulden N = 258	62%	keine
	24%	bis CHF 25'000.-
	14%	mehr als CHF 25'000.-

Soziales Umfeld bei Eintritt

Eintritte 2008

Partnerschaft	56%	haben eine feste Beziehung (N = 290)
	55%	haben Kinder (N = 292)
Zufriedenheit	59%	sind zufrieden mit ihrer Partnerbeziehung (N = 263)
	64%	sind zufrieden mit ihrem Freundes- und Bekanntenkreis (N = 274)
	27%	sind zufrieden mit ihrer Freizeit (N = 281)

Umstände des Behandlungsbeginns

Eintritte 2008

Hauptzuweisende N = 285	66%	Eigeninitiative
	7%	Arztpraxis
	7%	PartnerIn
	5%	Arbeitgeber
	4%	Familie
	4%	Spitäler
	3%	ambulante Suchtinstitution
	2%	Sozialdienste
	1%	Verurteilung/Massnahme
Weitere Zuweisende N = 290	Mehrfachnennungen möglich	
	37%	Familie
	33%	Arztpraxis
	24%	PartnerIn
	23%	Eigeninitiative
	16%	ambulante oder stationäre Suchtinstitutionen
	12%	Freunde/Bekannte
	11%	Spital
	8%	Sozialdienste
	7%	Arbeitgeber

Basismodul

Klinik Südhang

Therapieerfahrung

88% haben bereits Behandlungserfahrung (N = 292)

77% hatten mindestens einen professionell begleiteten Entzug (N = 284)

Hauptproblem-substanz aus Sicht der PatientInnen
N = 295

97% Alkohol
1% Medikamente
1% illegale Drogen
1% anderes

Konsumziel bei Ein- und Austritt[2]
N = 263

Eintritt	Austritt	
53%	54%	definitive Abstinenz
30%	36%	zeitlich begrenzte Abstinenz
9%	1%	bis jetzt nicht festgelegt
7%	7%	kontrollierter Konsum
1%	2%	keine Beschränkung beabsichtigt

Gesundheitszustand bei Eintritt

Eintritte 2008

Physische Gesundheit

60% litten an körperlichen Suchtfolge-erkrankungen (N = 275)

40% wiesen im letzten Monat eine nichtsucht-bezogene körperliche Erkrankungen auf (N = 283)

Psychische Gesundheit
N = 272

Im letzten Monat vor Klinikeintritt litten 65% an psychischen Problemen, nämlich
(Mehrfachnennungen möglich)

31% kognitive Probleme
29% medikamentös behandelte psychische Probleme
19% Angstzustände
14% Depressionen
4% Probleme mit Gewaltkontrolle
4% Suizidgedanken

N = 28

Bisher im Leben litten 78% an psychischen Problemen, nämlich
(Mehrfachnennungen möglich)

35% kognitive Probleme
33% Angstzustände
32% medikamentös behandelte psychische Probleme
31% Depressionen
23% Suizidgedanken
12% Suizidversuche
7% Probleme mit Gewaltkontrolle
4% Halluzinationen

Behandlungsverlauf

Austritte 2008

Behandlungs-programme[3]
N = 292

42% ausschliesslich auf Abklärungsstation AS
21% Kurzzeittherapie, davon 47% vorher auf AS
27% Mittelzeittherapie, davon 39% vorher auf AS
10% Langzeittherapie, davon 59% vorher auf AS

Therapiedauer

Abklärungsstation
Ø 3.9 Wochen(Wo) (2007 3.9 Wo)
Ø 4.2 Wo bei ausschliesslichem Aufenthalt auf AS (2007 4.0 Wo)
Ø 3.5 Wo bei anschliessendem Übertritt in eine der Entwöhnungstherapien (2007 3.7 Wo)

Kurzzeittherapie:
Ø 10.3 Wo (2007 13.2 Wo)
Ø 11.3 Wo bei planmässigem Aus-/Übertritt

Mittelzeittherapie:
Ø 13.7 Wo (2007 14.6 Wo)
Ø 15.1 Wo bei planmässigem Aus-/Übertritt

Langzeittherapie:
Ø 18.7 Wo (2007 19.2 Wo)
Ø 19.0 Wo bei planmässigem Aus-/Übertritt

Rückfälle
N = 284

79% hatten keinen Rückfall während der Behandlung
13% hatten einen Rückfall
8% mehr als einen Rückfall

Umstände des Behandlungsabschlusses

Austritte 2008

Behandlungs-abschluss
N = 291

33% planmässig ohne Übertritt
52% planmässig mit Übertritt, davon
81% ambulant, 7% stationär, 12% andere Stelle
12% expliziter Abbruch
1% Hospitalisierung

Nachsorge
N = 275

bei 83% der PatientInnen ist die Nachsorge geregelt, davon
Mehrfachantworten möglich

61% in Alkoholberatungsstelle
38% sonstige Nachsorgeangebote
10% in Selbsthilfegruppe
8% institutionseigene Nachsorgestelle
8% fremde Nachsorgestelle
4% in Aussenwohngruppe

Therapeuten-prognose
N = 198

13% sehr gut
53% gut
26% eher ungünstig
9% ungünstig

[2] Verglichen werden die Angaben ein- und derselben PatientInnen, die im Jahr 2008 ausgetreten sind. Es sind somit auch Eintrittsdaten von PatientInnen berücksichtigt, die im Jahr 2007 eingetreten sind.
[3] Für die Analyse der Behandlungsprogramme und der Therapiedauer wurde die act-info Statistik anhand der Daten aus Polypoint korrigiert respektive präzisiert.

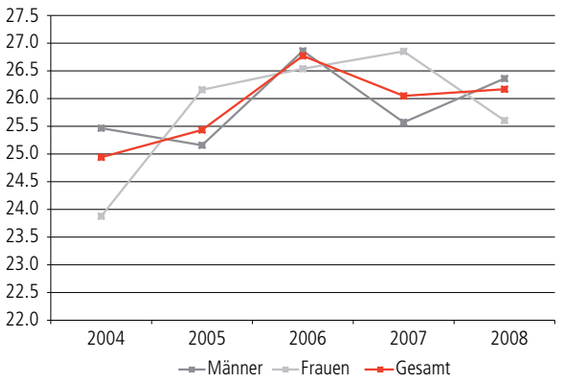
Ausgewählte Trends 2004 bis 2008

ALKOHOLWERTE AUDIT[4]:

Erstmals sinkende Belastung bei Frauen

Eintritte 2004 bis 2008

Der AUDIT-Gesamtwert bleibt auf relativ hohem Niveau stabil. Diese scheinbare Stabilisierung geht auf zwei gegenläufige Trends zurück: Der durchschnittliche AUDIT-Wert der Frauen ist nach stetigem Anstieg seit Beginn der act-info Aufzeichnungen zum erstmals gesunken. Dagegen setzt sich der Zickzackkurs bei den Männern fort. Nach dem Höchstwert im Jahr 2006 und anschliessender sinkender Tendenz im Jahr 2007, ist der AUDIT-Wert im Jahr 2008 wiederum leicht angestiegen. Es bleibt abzuwarten, inwiefern die Diversifizierung des Südhang-Angebotes in Ambulatorium und Tagesklinik zu einer verstärkten Konzentration von Fällen mit schwerer Suchtbelastung im stationären Bereich führen wird.

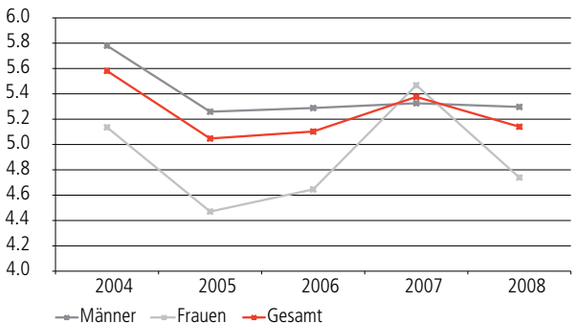


RAUCHERWERTE FAGERSTRÖM[5]:

Frauen rauchen weniger

Eintritte 2004 bis 2008

Insgesamt lässt sich für das Jahr 2008 eine leicht sinkende Tendenz des durchschnittlichen Raucherwerts feststellen. Diese Abnahme ist auf tiefere Werte bei den Frauen und gleichbleibenden Werten bei den Männern gegenüber dem Vorjahr zurückzuführen. Im Eintrittsjahr 2008 finden sich unter den Frauen lediglich 11% Nichtraucherinnen, bei den Männern rauchen immerhin 17% nicht. 57% der Raucherinnen und 63% der Raucher weisen eine mittlere bis sehr starke Tabakabhängigkeit auf (Fagerström ≥ 5).
Für die im Jahr 2008 ausgetretenen PatientInnen lässt sich zwischen den Fagerström-Werten vor und nach dem Klinikaufenthalt statistisch keinen Unterschied nachweisen[6]. Im Durchschnitt sind die Raucherwerte also während des Aufenthalts nicht substantiell gesunken. 19 RaucherInnen ist es während des Aufenthaltes gelungen, den Tabakkonsum ganz einzustellen, 29 haben es erfolglos versucht.



[4] The Alcohol Use Disorders Identification Test AUDIT: Maximale Punktzahl 40, wobei ab 8 Punkten ein Gesundheitsrisiko besteht.

[5] Fagerström: Skala von 1 bis 10 (0-4: sehr geringe bis geringe Abhängigkeit / 5: mittlere Abhängigkeit / 6-10: starke bis sehr starke Abhängigkeit)

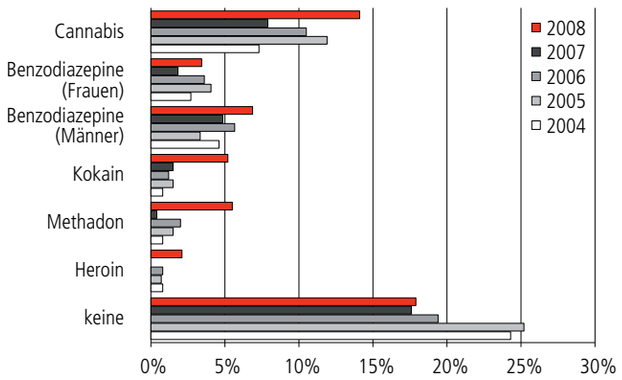
[6] Von 82 RaucherInnen liegen zu beiden Messzeitpunkten vollständige Daten vor.

WEITERE SUCHTPROBLEME BEI EINTRITT

Verstärkte Cannabisproblematik

Eintritte 2004 bis 2008

Mit 18% bleibt der Anteil PatientInnen ohne weitere Suchtprobleme gegenüber 2007 faktisch unverändert. Wie in den Jahren zuvor wird Tabak als zusätzliche Problemsubstanz weitaus am häufigsten genannt (78%; nicht in der Grafik abgebildet), gefolgt von Cannabiskonsum. Letzterer hat im Vergleich zu den Vorjahren deutlich zugenommen: 14% der PatientInnen nennt THC als weitere Problemsubstanz. Leicht angestiegen ist im Jahr 2008 die Rate der PatientInnen mit Suchtproblemen aufgrund von Benzodiazepinen und zwar bei Frauen und Männern in ähnlichem Ausmass. Festzuhalten ist, dass unter den weiblichen PatientInnen Benzodiazepineabhängigkeit relativ gesehen weit häufiger ein zusätzliches Suchtproblem darstellt als bei männlichen PatientInnen (15% der Frauen vs. 9% der Männer). Illegale Drogen wie Heroin, Kokain (s. Abbildung), sowie Amphetamine, MDMA und verwandten Stoffe (nicht in der Abbildung enthalten), aber auch das zur Substitution verwendete Opioid Methadon sind 2008 deutlich häufiger als weitere Problemsubstanzen genannt worden als in früheren Jahren. Die Detailanalyse zeigt, dass die Zunahme der Heroin- und Methadonkonsumenten mit dem Anstieg an PatientInnen mit multiplem Substanzmissbrauch einhergeht. Anders verhält es sich bei den Kokainkonsumenten, die – ausser Alkohohl – keine weiteren oder ausschliesslich Tabak als zusätzliches Suchtproblem angeben.

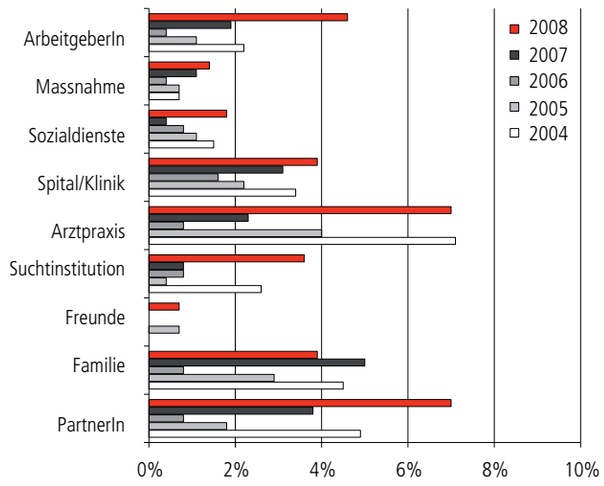


ZUWEISUNGSARTEN

Anhaltender Rückgang der Eigeninitiative

Eintritte 2004 bis 2008

Seit Beginn der act-info Statistik wird von den PatientInnen am häufigsten Eigeninitiative als Haupteinweisungsgrund genannt (nicht in der Grafik abgebildet). Stieg der relative Anteil bis ins Jahr 2006 bis auf 94% an, so ist für die beiden folgenden Jahre ein deutlicher Rückgang zu beobachten. Im Berichtsjahr nennen noch zwei Drittel «eigene Initiative» als wichtigsten Grund. Zwar gewinnen im Gegenzug Arztpraxen, PartnerInnen und Arbeitgebende an Bedeutung, ohne jedoch diese verstärkt wahrgenommene Fremdbestimmung beim Eintritt vollumfänglich erklären zu können.



Zusatzmodul Arbeit

Klinik Südhang

SUCHT UND ARBEIT – EIN SEHR AKTUELLES THEMA

Die Wahl des diesjährigen Sonderthemas «Arbeit» fällt in die Zeit einer der schwersten Wirtschaftskrisen. Betriebsschliessungen und wachsende Arbeitslosenzahlen sind zu erwarten. Was bedeutet dies für das Suchtversorgungssystem? Zunächst ist festzuhalten: Sucht und Arbeit beziehungsweise Arbeitslosigkeit stehen in einem dynamischen Wechselverhältnis. Suchtprobleme können zum Verlust des Arbeitsplatzes und zu verstärkter Sucht führen. Erhöhter Stress am Arbeitsplatz, Angst um die Stelle und der Stellenverlust können den Griff zu psychoaktiven Substanzen auslösen. Mancher Erwerbstätige wird angesichts der Wirtschaftslage zögern, sich mit seinen Suchtproblemen zu konfrontieren und betriebsinterne oder -externe fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies stellt besondere Anforderungen an die stationäre Suchtbehandlung, wenn sie nicht dazu beitragen will, eine prekäre Situation im Erwerbsleben durch eine de facto Ausgliederung weiter zu verschärfen. Arbeitsagogik im herkömmlichen Sinne und Bemühungen im Rahmen der Entlassungsvorbereitung genügen hier nicht mehr. Marktorientierte Arbeits- und Weiterqualifizierungstätigkeiten während der psychotherapeutischen Behandlung im engeren Sinne sind angesagt.
Beispiele sind die Zusammenarbeit mit externen Unternehmen und den regionalen Arbeitsvermittlungsstellen (RAV). Die folgende Analyse greift auf act-info Daten zurück, wobei sich schnell die Grenzen dieses Datenmaterials zeigen, will man zu einer vertieften Analyse des Arbeitsthemas vorstossen. Gleichwohl ergeben sich aus den Trends und Momentaufnahmen bei Ein- und Austritt erste Anhaltspunkte, welche arbeitsintegrativen Bemühungen und Aktivierungsprogramme dienlich sein können. Um den Rückbezug auf die spezifische Situation der jeweiligen Einrichtung zu gewährleisten und die Interpretation zuverlässiger vornehmen zu können, hat sich das atf-Team vorgängig bei der jeweiligen Institution über die aktuellen Angebote und Bemühungen im Arbeitsbereich informiert.

ANGEBOTE DER KLINIK SÜDHANG IM BEREICH «ARBEIT»

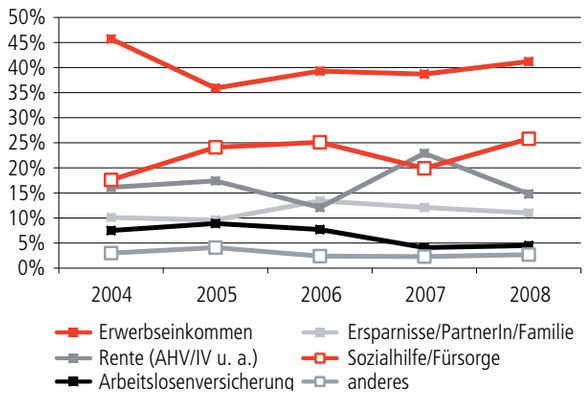
Im Juli 2008 wurde in der Klinik Südhang das Angebot «Berufliche Integration und Aktivierung» neu eingeführt. Explizites Ziel des Programms ist, die Chancen der beruflichen Wiedereingliederung der Patientinnen und PatientInnen zu erhöhen. Während der stationären Entwöhnungstherapie stehen verschiedene Aktivierungsangebote zur Verfügung, wie Training der Alltagskompetenzen (z.B. Bewerbungen schreiben), Teilnahme am Garten-, Theater- oder Fotoatelier, um die kommunikativen und sozialen Kompetenzen zu erhöhen. Betroffene, die gute Chancen auf einen Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt aufweisen, können bereits während der stationären Therapie am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen. Sie arbeiten halbtagsweise in einem Betrieb der Klinik, um sich gezielt auf einen Arbeitseinsatz in der Wirtschaft vorzubereiten. Danach besteht das Angebot, ein Berufspraktikum in einem Partnerbetrieb der Klinik zu absolvieren, das mit einem Arbeitszeugnis abgeschlossen wird.
Die Teilnehmer des Arbeitsintegrationsprogramms werden vom Eintrittstag bis zum Abschluss des Berufspraktikums von einem klinikinternen Job Coach begleitet. Andere Firmen können das Job Coaching der Klinik Südhang auch für Mitarbeitende nutzen, die nach stationärer oder ambulanter Suchtbehandlung wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren.
Die neuen Angebote und Massnahmen bezüglich Arbeitsintegration widerspiegeln sich in den act-info Daten bis Ende 2008 nicht, da das Programm erst seit Juli 2008 läuft. Die Daten allgemein zeigen jedoch deutlich den Bedarf an arbeitsintegrativen Angeboten.

Arbeitssituation der PatientInnen – ausgewählte Trends und Fakten

LEBENSUNTERHALT 2004 BIS 2008

Eintritte pro Jahr

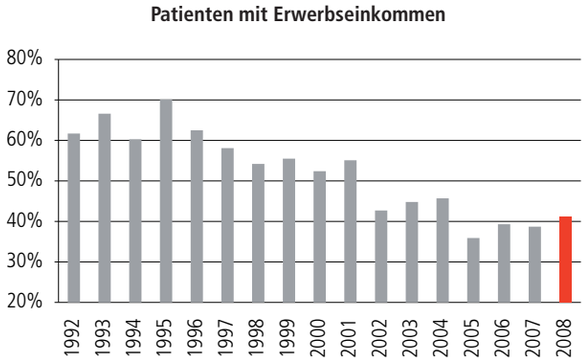
Die Übersicht über die Jahre 2004 bis 2008 zeigt, wodurch die PatientInnen ihren Lebensunterhalt in den 30 Tagen vor Klinikeintritt vorwiegend bestreiten. Der relative Anteil an PatientInnen, die hauptsächlich von Erwerbseinkommen leben, ist 2008 wie in den Jahren zuvor der grösste. Im Jahr 2007 bestritten PatientInnen etwas häufiger ihren Lebensunterhalt durch eine Rente als durch Leistungen von Sozialhilfe oder Fürsorge. Für 2008 zeigt sich ein anderes Bild: Über 25% leben in erster Linie von Sozialhilfe oder Fürsorgegeldern und nur noch rund 15% von einer Rente.



ERWERBSEINKOMMEN 1992 BIS 2008

Eintritte pro Jahr SAKRAM-Statistik 1992-2003; act info 2004-2008

Eingeschlossen sind alle PatientInnen, die beim Eintritt in die Klinik ihren Lebensunterhalt ganz oder teilweise durch Erwerbseinkommen bestreiten. Im Jahr 1995 verfügten rund 70% der befragten PatientInnen über ein Erwerbseinkommen, heute sind es noch 41%. Ein genereller Abwärtstrend lässt sich seit Mitte der Neunzigerjahre beobachten.
Starke Veränderungen im Suchtversorgungssystem führten teilweise zur Verlagerung von ‹schwierigen›, belasteten Fällen vom ambulanten in den spezialisierten stationären Bereich und schliesslich in die Heimversorgung.

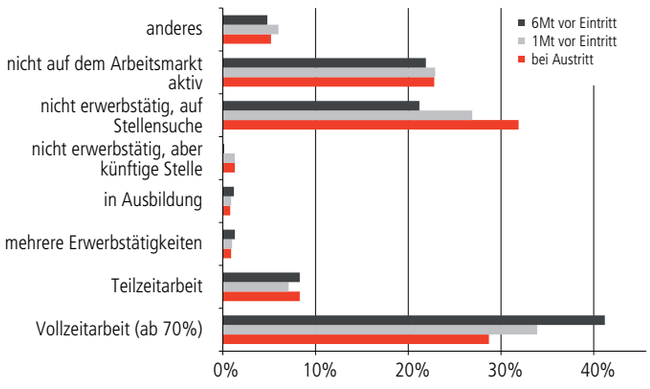


ERWERBSSTATUS

6 Monate vor Eintritt, 1 Monat vor Eintritt und bei Austritt

Austritte 2004–2008[1]

Der Anteil an PatientInnen mit Vollzeitarbeit sinkt zwischen dem Zeitraum von 6 Monaten vor Eintritt bis und mit Klinikaustritt. Interessanterweise lässt sich zahlenmässig keine Verschiebung von Vollzeitbeschäftigung hin zu Teilzeitarbeit feststellen. Die Zahl der PatientInnen mit einer Teilzeitarbeit bleibt über diese Zeitspanne ungefähr stabil. Dagegen nimmt der Anteil Stellensuchender kontinuierlich zu. Die Detailanalyse zeigt, dass die Umverteilung primär von Vollzeitarbeit hin zu den Stellensuchenden erfolgt: 24% der Personen mit Vollzeitarbeit in den letzten Tagen vor Klinikeintritt sind beim Austritt auf Stellensuche. Anzunehmen ist – wenn auch anhand der act-info Interviews nicht eindeutig belegbar – dass der Arbeitsplatzverlust zeitlich vor den oder mit dem Klinikeintritt zusammenfällt und nicht die stationäre Therapie per se zum Verlust der Arbeit führt. Andererseits scheint der Klinikaufenthalt die Wiedereingliederung in die Arbeitswelt (bis und mit 2008) auch nicht zu fördern.



[1] Für die Analyse Erwerbsstatus wurden die Angaben über die drei Zeitpunkte ein- und derselben PatientInnen verglichen. Entsprechend konnten nur vollständige Datenzeilen berücksichtigt werden. Um die Repräsentativität zu erhöhen wurden die Jahre 2004 bis 2008 gepoolt (N = 1187). Zwischen den Jahren bestehen keine statistisch signifikanten Verteilungsunterschiede.

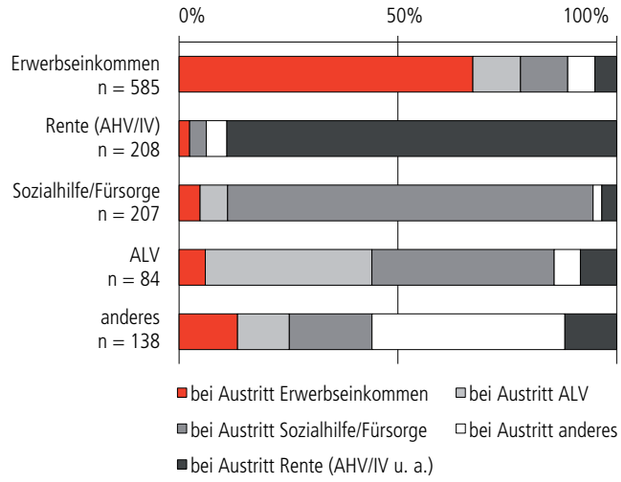
Zusatzmodul Arbeit

Klinik Südhang

LEBENSUNTERHALT BEI AUSTRITT NACH EINKOMMENSART IN DEN LETZTEN 6 MONATEN VOR KLINIKEINTRITT

Austritte 2004–2008[2]

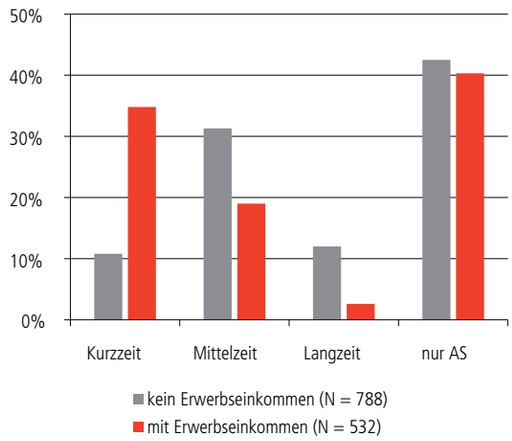
Beim Austritt verteilen sich die PatientInnen, die im Gegensatz zu 6 Monaten vor Eintritt nun über kein Erwerbseinkommen mehr verfügen (oberster Balken), auf Einkünfte von der Sozialhilfe respektive Fürsorge, einer Rente oder der Arbeitslosenversicherung. Ein Anteil von rund 6% ist hauptsächlich auf die Unterstützung Angehöriger angewiesen oder bestreitet den Lebensunterhalt durch Ersparnisse. Rund 66% der im letzten halben Jahr vor Eintritt Erwerbstätigen verfügt auch nach dem Klinikaufenthalt über Erwerbseinkommen. Vernachlässigbar gering ist die Umverteilung bezüglich Lebensunterhalt bei den Rentenberechtigten wie auch bei den PatientInnen, die in den 6 Monaten vor Klinikeintritt bereits von Sozialhilfe lebten. Nur einigen wenigen gelingt der Einstieg ins Erwerbsleben.
PatientInnen mit Berechtigung auf Arbeitslosenversicherungsgelder während der 6 Monate vor Eintritt sind zu 38% bei Austritt weiterhin (oder wieder?) bezugsberechtigt. 42% leben nach Klinkaufenthalt von der Sozialhilfe, 8% sind neu Renten berechtigt. Lediglich 6% können beim Austritt ihren Lebensunterhalt wieder durch Erwerbseinkommen bestreiten.



BEHANDLUNGSPROGRAMME

Austritte 2004–2008

Die meisten PatientInnen mit Erwerbseinkommen beim Eintritt lassen sich ausschliesslich auf der Abklärungsstation (Entzug) behandeln. Daneben sind PatientInnen mit Erwerbseinkommen vor allem in der Kurzzeittherapie anzutreffen. Interessanterweise beanspruchen auch PatientInnen ohne Erwerbseinkommen am häufigsten die ausschliessliche Behandlung auf der Abklärungsstation. Offenbar befürchten Erwerbstätige negative Effekte einer stationären Behandlung auf ihre berufliche Situation und wählen so Entzug plus ambulante Hilfen und allenfalls noch Kurzzeittherapie. Die Erwerbslosen antizipieren möglicherweise negative Effekte bei der Jobsuche durch eine stationäre ‹Auszeit›.
Von der aktuellen Reorganisation bzw. das ‹outsourcing› des Arbeitsprogramms des Südhangs und der Neupositionierung klinikinterner Aktivierungsprogramme dürften möglicherweise Veränderungen in diesem Bereich zu erwarten sein.



[2] Für die Analyse bezüglich Verschiebung des Lebensunterhalts wurden die Angaben über die beiden Zeitpunkte ein- und derselben Patientinnen verglichen. Entsprechend konnten nur vollständige Datenzeilen berücksichtigt werden. Um die Repräsentativität zu erhöhen wurden die Jahre 2004 bis 2008 gepoolt

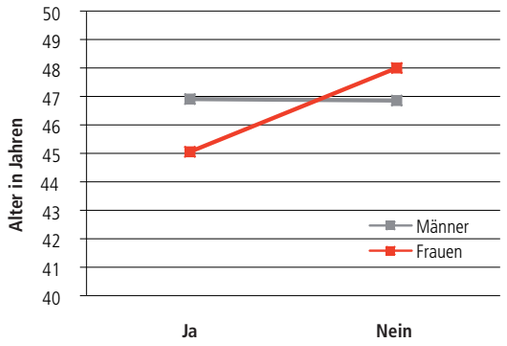
Erwerbseinkommen – Belastungen und persönliche Ressourcen

Erwerbseinkommen und Erwerbstätigkeit spiegeln nicht nur die finanzielle Situation der PatientInnen und Patientinnen, sondern sind mit einem darüber hinausgehenden Profil von Ressourcen aber auch Zusatzbelastungen verknüpft. Wie die folgenden Einzelindikatoren zeigen, verfügen erwerbstätige Personen in der Regel über ein höheres soziales Kapital als erwerbslose.

AUDIT-WERTE[3]

Austritte 2004–2008

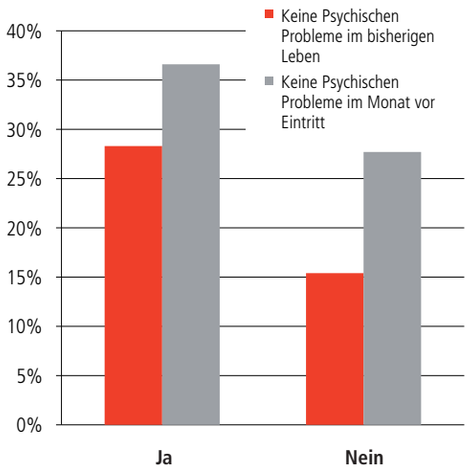
PatientInnen mit Erwerbseinkommen beim Austritt[4] weisen im Schnitt lediglich leicht geringere AUDIT-Werte auf als solche ohne Erwerbseinkommen. Nach Geschlecht aufgetrennt ist erkennbar, dass dieser Unterschied für Männer deutlicher ausfällt als für Frauen. Die Ungleichverteilung der PatientInnen mit Erwerbseinkommen auf die verschiedenen Behandlungsprogramme kontrastiert auffallend mit der durchaus vergleichbaren Behandlungsbedürftigkeit und spiegelt vermutlich Bemühungen, soziale Defizite mit längerer Behandlungsdauer kompensieren zu wollen!



PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Austritte 2004–2008

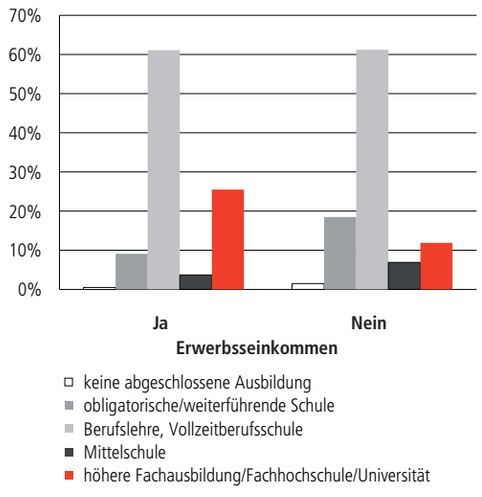
Im Monat vor Eintritt litten lediglich 15% der PatientInnen ohne Erwerbseinkommen gemäss eigener Angabe an **keinen** psychischen Problemen. Dem gegenüber stehen immerhin 28% ohne psychische Erkrankung bei den PatientInnen mit Erwerbseinkommen. Die Differenz zwischen den Gruppen präsentiert sich in ähnlicher Weise auch für die Lebenszeit. Inwiefern Erwerbstätigkeit soziale Integration, Selbstwertgefühl und psychische Gesundheit positiv beeinflusst oder psychische Probleme zu Marginalisierung in der Arbeitswelt und Ausschluss führen, kann im Rahmen einer Querschnittsanalyse nicht geklärt werden. Ein gegenseitiger Verstärkungsprozess erfordert spezifische Massnahme zur Durchbrechung dieser Dynamik.



AUSBILDUNG

Austritte 2004–2008

PatientInnen mit und ohne Erwerbseinkommen weisen am häufigsten eine Berufslehre als höchsten Ausbildungsabschluss auf. Hierin unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht.
PatientInnen mit Erwerbseinkommen verfügen aber öfter über einen Hochschulabschluss oder eine höhere Fachausbildung und sind in der Gruppe ohne eigentlichen Berufsabschluss seltener vertreten. Dieser Zusammenhang ist zu erwarten, werden doch Einkommen, Beruf und Berufsprestige sowie Ausbildung gemeinsam zur Erfassung des sozioökonomischen Status herangezogen.



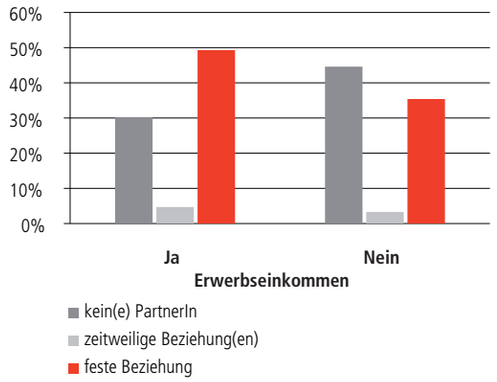
[3] The Alcohol Use Disorders Identification Test AUDIT: Maximale Punktzahl 40, wobei ab 8 Punkten ein Gesundheitsrisiko besteht.

[4] Erwerbseinkommen versus kein Erwerbseinkommen bezieht sich im Folgenden immer auf den Zeitpunkt des Austritts. Die Jahre 2004 bis 2008 wurden gepoolt.

PARTNERSCHAFT

Austritte 2004–2008

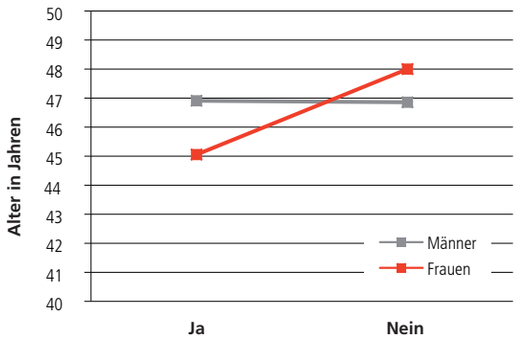
PatientInnen mit Erwerbseinkommen leben überproportional häufig in einer festen Beziehung im Vergleich zu PatientInnen ohne Erwerbseinkommen und können damit potentiell auf grössere soziale Unterstützung zurückgreifen als die Vergleichsgruppe.



ALTER UND GESCHLECHT

Austritte 2004–2008

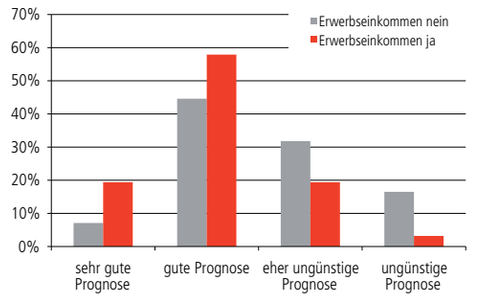
Patientinnen verfügen absolut wie auch relativ gesehen seltener über ein Erwerbseinkommen als die männlichen PatientInnen. Zudem sind Frauen mit Erwerbseinkommen im Schnitt signifikant jünger als Frauen ohne Erwerbseinkommen. Bei den Männern zeigt sich dieser Unterschied nicht, was der jeweiligen Orientierung an traditionellen Geschlechtsrollen und entsprechenden Arbeitsteilungen entspricht. Ausfall der Erwerbstätigkeit dürfte bei Männern entsprechend ein konstantes Stresspotential auslösen, welches bei Frauen nicht in gleicher Weise angelegt ist.



PROGNOSE

Austritte 2004–2008

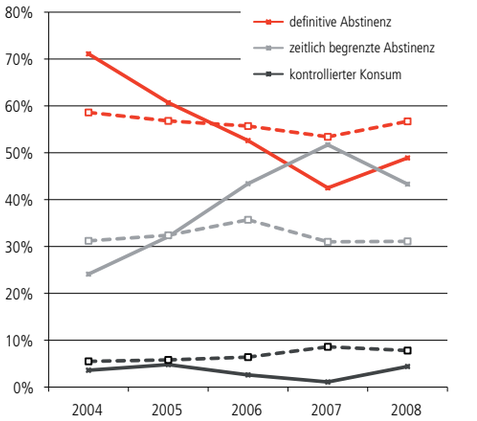
PatientInnen mit Erwerbseinkommen bei Austritt erhalten wahrscheinlicher eine gute oder sehr gute Prognose als solche ohne Erwerbseinkommen. Inwieweit Behandelnde bei ihrer prognostischen Beurteilung auf den Faktor Erwerbstätigkeit zurückgreifen, lässt sich anhand der act-info Daten nicht eindeutig beantworten. Da Erwerbseinkommen aber mit einer Reihe anderer Ressourcen in einem positiven Zusammenhang steht, liegt die Vermutung nahe, dass Erwerbstätigkeit direkt oder indirekt als protektiv angesehen wird. Diese Annahme bedarf jedoch einer empirischen Überprüfung im Rahmen künftiger Katamnesestudien.



ERWERBSEINKOMMEN UND KONSUMZIEL

Austritte 2004–2008

Bleiben die Anteile an PatientInnen ohne Erwerbseinkommen bezüglich Konsumziele über die Zeit relativ stabil, so ist bei den PatientInnen mit Einkommen ein deutlicher Abfall der Rate an Personen, die definitive Abstinenz anstreben, zu beobachten. 2004 geben beim Austritt über 70% an, abstinent leben zu wollen. Nach dem Tiefpunkt im Jahr 2007 (42%), ist der prozentuale Anteil nun wiederum leicht angestiegen. Konträr dazu verhält sich der zeitliche Verlauf des Anteils an Personen mit dem Wunsch einer zeitlich begrenzten Abstinenz. Bei beiden PatientInnengruppen spielt kontrolliertes Trinken als explizites Konsumziel eine untergeordnete Rolle und widerspiegelt vermutlich die Tatsache, dass die Therapie im Südhang auf Abstinenz als Therapieziel ausgerichtet ist, das Erlernen kontrollierten Konsums jedoch nicht anbietet. Fraglich ist, in welcher Weise und wie nachhaltig sich eine befristete Abstinenz auf die Konsummuster nach Wiederaufnahme auswirken.



gestrichelte Linien = PatientInnen ohne Erwerbseinkommen bei Austritt
durchgezogene Linien = PatientInnen mit Erwerbseinkommen bei Austritt

atf alkoholismus
therapieforschung
schweiz

Eine Initiative der Forel Klinik
und der Klinik Südhang

Kontakt:
atf schweiz, Klinik Südhang, Südhang 1, 3038 Kirchlindach, info@suedhang.ch
atf schweiz, Forel Klinik, Islikonerstrasse 5, 8548 Ellikon an der Thur, info@forel-klinik.ch
info@atf-schweiz.ch