

Kurzbericht des BMG-geförderten Forschungsvorhabens

Vorhabentitel	Non-Responder Sekundärdatenanalyse (Non-Responder II) - Einfluss des Klinikaufwands auf das Antwortverhalten und Schätzung des Abstinenzverhaltens der finalen Non-Responder
Schlüsselbegriffe	Katamnese, Alkoholentwöhnung, Abstinenz, Non-Response
Vorhabendurchführung	Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft
Vorhabenleitung	Prof. Dr. Karla Spyra
Autor(en)	Sebastian Bernert, Tim Krüger, Karla Spyra
Vorhabenbeginn	01.08.2018
Vorhabenende	28.02.2019

1. Vorhabenbeschreibung, Vorhabenziele

In Deutschland weisen unter den Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren rund 1,8 Millionen Menschen eine Alkoholabhängigkeit auf und etwa 1,6 Millionen Menschen gebrauchen Alkohol schädlich (Pabst, Kraus, Gomes de Matos, & Piontek, 2013). Die jährliche Zahl von Todesfällen durch zu hohen Alkoholkonsum liegt bei etwa 74.000 (Gaertner, Freyer-Adam, Meyer, & John, 2012). Alkohol ist ein bedeutsamer Risikofaktor für eine Vielzahl somatischer, psychischer und sozialer Begleit- und Folgeerscheinungen (Adams & Effertz, 2011) und verursacht hohe volkswirtschaftliche Kosten (Adams & Effertz, 2011; Bergmann & Horch, 2002). Im Jahr 2014 machten die Kosten für die Suchtrehabilitation ca. 500 Mio. Euro (ca. 15 % der Gesamtausgaben der DRV für die medizinische Rehabilitation) aus (Naumann & Bonn, 2016). Die Alkoholabhängigkeit ist dabei der häufigste Grund für eine Entwöhnungsbehandlung. Hauptleistungsträger ist bei rund 85% der durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen die Deutsche Rentenversicherung (DRV), wobei die Kosten aufgrund der längeren Dauer der Behandlung fast dreimal so hoch sind wie für eine somatische Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung, 2014).

Die Katamnesebefragung (Befragung 12 Monate nach dem Klinikaufenthalt zu Lebenssituation, Gesundheit und Alkoholkonsum) ist ein wichtiges Kriterium, um den Erfolg der Entwöhnungsbehandlung abschätzen zu können. Leider nehmen nicht immer alle Rehabilitanden an dieser Befragung teil. Daher wurde in der Studie mittels einer multimodalen Befragung (Post, Online, Telefon) versucht, eine möglichst hohe Zahl von Nicht-Antwortenden (Non-Respondern) doch noch für eine

Katamnesebefragung zu gewinnen, um zu einer genaueren Abschätzung des Abstinenzverhaltens von ehemaligen Rehabilitanden sowie einer genaueren Beschreibung der Gruppe der Non-Responder zu gelangen. Außerdem wurden mögliche Verbesserungspotentiale in Bezug auf die Durchführung der Routinekatamnese aus den Ergebnissen abgeleitet (Spyra, Bernert & Krüger 2018).

2. Durchführung, Methodik

Die Rekrutierung der Studienteilnehmenden erfolgte von November 2014 bis Mai 2015. Es wurden Teilnehmende mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit eingeschlossen, die im oben genannten Zeitraum in einer stationären Entwöhnungsbehandlung in eine der kooperierenden 49 Studienkliniken aufgenommen wurden. Die Studie beinhaltete drei Befragungsphasen. Ungefähr ein Jahr nach Behandlungsende wurden die Studienteilnehmenden von den ehemaligen Kliniken für die Katamnesebefragung angeschrieben (Befragungsphase 1). Im direkten Anschluss daran wurde für nicht-antwortende Studienteilnehmende eine multimodale Befragung realisiert, d. h. die Studienteilnehmenden konnten auf unterschiedlichen Wegen an der Katamnesebefragung teilnehmen. Hierzu wurde zunächst ein Kurzbefragungsinstrument (3 Seiten, 10 Fragen) eingesetzt, das sowohl als Papier-Bleistift-Version per Post verschickt als auch als Online-Version angeboten wurde (Befragungsphase 2). Bei Studienteilnehmenden, die weiterhin nicht antworteten, erfolgten dann bis zu fünf Kontaktversuche per Telefon, um den Kurzfragebogen auf diese Weise abzufragen (Befragungsphase 3). Der Kurzfragebogen beinhaltete Fragen zur Partnersituation, Erwerbssituation, Arbeitsunfähigkeit, Inanspruchnahme von Hilfen im Zusammenhang mit der Suchterkrankung, Suchtmittelkonsum und zu den Gründen, warum bislang nicht geantwortet wurde sowie möglichen Hilfen, um eine Non-Response zu vermeiden.

Neben der Befragung der Studienteilnehmenden wurden auch die an der Studie beteiligten Kliniken in einer Online-Befragung nach ihrem Vorgehen im Rahmen der Routinekatamnese befragt. Mit Hilfe des vorliegenden Datensatzes sollte der Einfluss von individuellen und Klinikmerkmalen auf das Antwortverhalten untersucht werden und eine Abschätzung der katamnestischen Erfolgsquote in der Gruppe der Non-Responder erfolgen. Von katamnestischen Erfolg spricht man, wenn Patientinnen und Patienten auch 12 Monate nach der Behandlung noch keinen Alkohol konsumieren oder wenigstens in den letzten 30 Tagen vor der Befragung keinen Alkohol getrunken haben, also abstinent geblieben sind.

3. Gender Mainstreaming

Die Aufbereitung und Analyse der erhobenen Daten berücksichtigte auch mögliche geschlechtsspezifische Besonderheiten. In der Deskription ließen sich leichte Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden. Dies betraf die angegebenen Gründe für eine Non-Response sowie die Art möglicher Hilfen, um eine Non-Response zu vermeiden. In den analytischen Auswertungen ließen sich aber keine statistisch bedeutsamen Geschlechtseffekte ermitteln. Zusammenfassend lässt sich dies-

bezüglich sagen, dass sich keine relevanten geschlechtsspezifischen Aspekte für die zukünftige Ausgestaltung der Katamnese oder die Berechnung katamnestischer Erfolgsquoten aus der vorliegenden Untersuchung ableiten lassen.

4. Ergebnisse, Schlussfolgerung, Fortführung

Insgesamt erklärten 3832 Rehabilitanden und Rehabilitandinnen aus 49 Studienkliniken ihr Einverständnis zur Studienteilnahme. Davon wurden 254 Teilnehmende (6,6 %) aus verschiedenen Gründen ausgeschlossen. Die Auswertungsstichprobe umfasste damit 3578 Fälle. Die Teilnehmenden verteilten sich auf drei Untersuchungsgruppen: Früh-Antwortende auf die Klinikbefragung (n = 1669, 46,6 %), Spät-Antwortende auf die Befragung der Charité (n = 629, 17,6 %), Nicht-Antwortende (n = 1280, 35,8 %).

In Bezug auf den Einfluss der Klinikmerkmale auf das Antwortverhalten zeigte sich, dass nur ein geringer Anteil der Varianz auf den Einfluss der Klinikmerkmale zurückgeht (2,7%). Die signifikanten Zusammenhänge, die bereits im Abschlussbericht der Vorgängerstudie berichtet wurden, bleiben weiterhin bestehen, lediglich die Ausprägung der Koeffizienten und deren Konfidenzintervalle ändern sich geringfügig. Das heißt, auch mit der Einbeziehung von Klinikmerkmalen und der Berücksichtigung der möglichen Abhängigkeit der statischen Fehler in der Mehrebenenanalyse bleiben das Alter, die Art der Entlassung (Abbruch durch Klinik), eine feste Partnerschaft und Erwerbstätigkeit signifikante Prädiktoren für das Antwortverhalten.

Auf der Klinikebene gibt es zwar keine signifikanten Einflüsse auf das Antwortverhalten, aber es kann festgestellt werden, dass sich die aus dem Modell vorhergesagte Antwortwahrscheinlichkeit bei durchschnittlichem und überdurchschnittlichem Befragungsaufwand um ca. 16% erhöht im Vergleich zum unterdurchschnittlichen Befragungsaufwand. Auch ohne Signifikanz bedeutet dies, dass die Bemühungen um den Rücklauf (Erinnerungen an die Katamnese, telefonische Kontaktaufnahme und Befragung, weitere Kontakte nach der Entlassung), die alle nach der Entlassung aus der Klinik stattfinden, einen deutlich höheren Effekt auf die Antwortbereitschaft haben als die Informationsmaßnahmen (persönliches Gespräch, Informationsveranstaltung), die während des Klinikaufenthalts durchgeführt werden.

Im zweiten Teil der Studie wurde untersucht, wie sich fehlende Antworten auf die Berechnung des Erfolgs einer stationären Entwöhnungsbehandlung auswirken. Bei der Berechnung des Behandlungserfolgs einer Gruppe von Menschen, die im letzten Jahr eine bestimmte Therapie bekommen haben, ist es immer wichtig, wie mit den Nicht-Antwortenden umgegangen wird. Die Nicht-Antwortenden sind ein wesentlicher Teil der Gruppe, über die im Rahmen der Studie Informationen erlangt werden sollen. Werden die Nicht-Antwortenden ignoriert, dann verkleinert sich die Gruppe, die in die Analysen des Erfolgs der Therapie einbezogen werden. Sollen die Nicht-Antwortenden aber in die Analyse des Therapieerfolgs einbezogen werden, dann muss über die Methode entschieden werden. Zurzeit werden alle, die auf die Katamnese nicht geantwortet haben, als rückfällig eingestuft und zu den rückfälligen Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern hinzugezählt.

Eine andere Möglichkeit ist, die vorhandenen Informationen über die Nicht-Antwortenden (z. B. Alter, Geschlecht, Schulabschluss) zu nutzen, um die Antwort auf die Frage nach dem Alkoholkonsum zu schätzen. Hierzu werden die Informationen aller Personen genutzt, die auf die Katamnese geantwortet haben. Ein weit verbreitetes und anerkanntes Verfahren zur Schätzung von fehlenden Werten ist die Multiple Imputation. Unter Multipler Imputation wird verstanden, dass fehlende Werte mit Hilfe eines mathematischen Verfahrens geschätzt werden und dann die fehlenden Werte im Datensatz ersetzen. Dieses Ersetzen des fehlenden Wertes geschieht nicht nur einmal, sondern mehrmals, hierdurch soll die Genauigkeit der Schätzung verbessert werden. Diese mehrmals ersetzten Werte werden genutzt, um die Abstinenz der Nicht-Antwortenden zu schätzen. Hierzu wird ein Durchschnitt der ersetzten Werte berechnet, der dann statt des fehlenden Wertes als Antwort auf die Frage nach der Abstinenz genutzt wird.

In der Studie ergaben die geschätzten Werte der Nicht-Antwortenden, dass die Abstinenzquote in dieser durch mehrfaches Ersetzen geschätzten Gruppe zwar geringer ist als in der Gruppe der telefonisch Befragten. Gleichwohl fällt hier die katamnestiche Erfolgsquote nicht auf null, sondern liegt bei 43,6% (23% abstinent + 20,6 % 30 Tage abstinent). Wenn die Werte der Multiplen Imputation für die Ermittlung der katamnestiche Erfolgsquote über alle Studienteilnehmenden genutzt werden, liegt der Gesamtwert der Abstinenz bei 65,1% für alle Studienteilnehmenden (45,1% abstinent und 20% 30 Tage abstinent). Würden im Gegensatz zur Imputation alle Nicht-Antwortenden als rückfällig betrachtet, läge die katamnestiche Erfolgsquote bei 49,5%.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse erscheint es ratsam, die bisher angewandte Form der Schätzung der katamnestiche Erfolgsquote grundlegend zu überdenken. Im Rahmen der Studie hat sich gezeigt, dass eine späte Antwort nach mehrmaliger Erinnerung nicht dazu führt, dass die katamnestiche Erfolgsquote in dieser Gruppe auf null sinkt. Die bloße Festsetzung der Abstinenz auf „rückfällig“ bei Nicht-Antwortenden oder das Ignorieren der Nicht-Antwortenden erscheint aufgrund der Ergebnisse der Studie als nicht angemessen und führt nicht zu möglichst genauen Schätzungen der katamnestiche Erfolgsquote. Die Schätzung des Therapieerfolgs auf Basis der vorliegenden Informationen und die Nutzung dieser Informationen für die Anwendung eines Ersetzungsverfahrens (Multiple Imputation) ergeben eine nachvollziehbare und auf wissenschaftlichen Annahmen begründete Schätzung des Abstinenzverhaltens, die der Setzung nach den bislang verwendeten Berechnungsformen vorzuziehen ist. Eine Nutzung von Imputationsverfahren in der Routineauswertung der katamnestiche Erfolgsquote erscheint daher als ratsam.

5. Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG

Mit den Ergebnissen des Projekts können Ablauf und Abschätzung der tatsächlichen Wirksamkeit der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung weiter verbessert werden. Mit den Fachverbänden der Suchtkrankenhilfe und den Ländern soll daher in der AG Suchthilfestatistik diskutiert werden, wie die Ergebnisse bei der Verbesserung der Datenqualität der jährlichen Katamneseuntersuchungen berücksichtigt werden können.

6. Verwendete Literatur

7. Adams, M., & Effertz, T. (2011). Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums. In M. V. Singer, A. Batra, & K. Mann (Eds.), *Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen* (pp. 57-62). Stuttgart: Thieme.

Bergmann, E., & Horch, K. (2002). Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Schätzungen für Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch Institut.

Deutsche Rentenversicherung. (2014). Reha-Bericht Update 2014. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin: DRV Bund.

Gaertner, B., Freyer-Adam, J., Meyer, C., & John, U. (2012). Alkohol - Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Ed.), *DHS Jahrbuch Sucht 2012* (pp. 38-63.). Lengerich: Pabst.

Naumann, B., & Bonn, V. (2016). Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Ed.), *DHS Jahrbuch Sucht 2016* (pp. 200-216.). Lengerich: Pabst.

Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E., & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *SUCHT*, 59(6), 321-331. doi:10.1024/0939-5911.a000275

Spyra, K., Bernert, S., & Krüger, T. (2018). Abschlussbericht zum Forschungsprojekt: „Effektivität der stationären Alkoholentwöhnung – Was ist mit den katamnestischen Non-Respondern?“. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.