

### Zusammenfassung

Die meisten stationären Entzugsbehandlungen bei Alkoholranke werden in somatischen Kliniken durchgeführt, während psycho- und suchtttherapeutische Kompetenz z.B. in Programmen des so genannten Qualifizierten Entzuges (Q.E.) fast nur in psychiatrischen Kliniken anzutreffen ist. Zur Überprüfung der Effektivität eines systematischen Behandlungsangebotes, das an einer internistischen Abteilung neu eingerichtet worden war, wurden deren Patienten (n = 63) mit denen in etablierten Entzugsprogrammen zweier psychiatrischer Kliniken (n = 65 bzw. 70) verglichen. Sie unterschieden sich nicht in soziodemographischen Merkmalen, aber es befanden sich mehr von ihnen noch in einem frühen Krankheitsstadium und sie waren durch Zusatz- und Folgeprobleme weniger schwer belastet. In einer katamnestischen Befragung drei Monate nach Entlassung (Rücklauf 77%) waren 49% abstinent geblieben (konservative Schätzung) und 62% hatten irgendeine Art formeller Hilfen in Anspruch genommen. Diese Raten liegen im Vergleich zu publizierten Werten anderer Kliniken im oberen Bereich. Für die Patienten der Psychiatriestationen betragen die entsprechenden Zahlen 31% und 44%. Diese signifikanten Unterschiede nivellierten sich, wenn die zusätzlichen Probleme als Kontrollvariablen eingeführt wurden. Durch den Q.E. in der Inneren Medizin können Alkoholranke also früher im Krankheitsverlauf erreicht werden. Über den rein körperlichen Entzug hinaus kann eine aktive Krankheitsbewältigung gefördert werden.

### Schlüsselwörter

Alkoholabhängigkeit · Entzugsbehandlung · Motivationstherapie

### Abstract

As a result of the German health care system alcohol dependent people in need for inpatient treatment are most frequently found in departments of somatic medicine. Specialized psychotherapeutic and motivational interventions (so-called "Qualified Detoxification" – Q.D.), however, are almost exclusively offered at psychiatric clinics. To assess the effectivity of a newly implemented program of Q.D. at a department of internal medicine, its patients (n = 63) were compared to those of established detoxification treatments at two psychiatric wards (n = 65 and 70). There were no significant differences in socio-demographic characteristics. But more of them were in an earlier stage of their illness career, and comorbidity and sequelae were diagnosed less frequently. A follow-up questionnaire was mailed three months after discharge. Of those responding (overall rate 77%) 49% had abstained from alcohol or other psychotropic drugs and 62% had sought any kind of formal help and assistance. These results represent a high level of effectivity compared to those reported in the literature. The respective figures for the psychiatric wards were 31% and 44%. These significant differences vanished when the results were controlled for comorbidity and sequelae. It is concluded, that the implementation of Q.D. in departments of somatic medicine can make valuable contributions to alcoholism treatment beyond mere physical detoxification, especially by early intervention and motivational enhancement.

### Key words

Alcohol Dependency · Detoxification · Motivational Intervention

### Institutsangaben

Universitätsklinikum Eppendorf

### Korrespondenzadresse

PD Dr. Dirk R. Schwoon · Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Eppendorf ·  
Martinistraße 52 · 20246 Hamburg · E-mail: schwoon@uke.uni-hamburg.de

### Bibliografie

Suchttherapie 2002; 3: 117–123 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1439-9903

Der Anteil Alkoholkranker unter allen stationär behandelten Patienten liegt um die 20%. Bei 697 Krankenhauspatienten ermittelten John et al. [1] die Verdachtsdiagnose einer Alkoholabhängigkeit bei 13,6%, einen wahrscheinlichen Alkoholmissbrauch bei 7,2% und eine manifeste Abhängigkeit bei 16,5%. Bei den Patientinnen (n = 470) lagen diese Werte erwartungsgemäß niedriger (3,8%; 1,3%; 7,0%). Die Einweisung steht natürlich nicht immer in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum und dessen Folgen. Dennoch ist festzuhalten, dass die meisten stationären Entzugsbehandlungen bei Alkoholkranken auf somatischen Stationen durchgeführt werden, insbesondere in der Inneren Medizin. Nach einer Analyse der Entlassungsdiagnosen Hamburger Krankenhäuser werden 70% aller Hauptdiagnosen „Alkoholabhängigkeit“ dort gestellt [2]. Nach dieser Studie ist eine Behandlung in der somatischen Medizin umso wahrscheinlicher, je weiter entfernt die nächste psychiatrische Klinik mit einem speziellen Suchtbehandlungsangebot von der Wohnung eines Patienten liegt, je geringer die Anzahl niedergelassener Psychiater im Stadtteil ist und je mehr sozial benachteiligte Menschen dort leben. Da diese strukturellen Merkmale nur schwer beeinflussbar sind, wird zur Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung alkoholkranker Menschen die Forderung abgeleitet, mehr suchtpsychiatrische Kompetenz in den somatischen Abteilungen anzusiedeln. Grundlage dafür sind die Empfehlungen einer Expertenkommission der Bundesregierung von 1988 [3]. Dort wird unter dem Begriff „Qualifizierter Entzug“ (QE) die Zusammenarbeit von medizinischem mit psycho- und sozialtherapeutisch geschultem Personal während der Entgiftungsbehandlung verstanden. Wesentliche Ziele sind die eingehende Differenzialdiagnostik, die Motivierung für eine aktive Bewältigung der Krankheit, die Förderung der Bereitschaft, sich suchtspezifisch weiter behandeln zu lassen, und die Vermittlung in Beratungsstellen, Übergangwohnheime, Fachkliniken. Voraussetzung dafür ist eine enge Kooperation zwischen Klinik und Suchthilfesystem [4]. Diesen Grundsätzen entsprechend wurden in psychiatrischen Kliniken verschiedene Konzepte zum QE entwickelt [5–8]. Die dort berichteten Erfolgsraten nach Katamnesezeiträumen von 4 bis 12 Monaten liegen für Abstinenz um 40% und für weitere eingeleitete Therapiemaßnahmen bei 3% bis 50%. Driessen et al. [9] wiesen nach, dass trotz eines zunächst größeren finanziellen Aufwandes so viel weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten und weniger Ausgaben für Behandlungen in den anschließenden fünf Jahren entstanden, dass insgesamt eine Ersparnis um 50% erreicht werden konnte. Auch gegenüber einer allgemeinpsychiatrischen Entgiftungsbehandlung ergaben sich deutlich bessere Ergebnisse [10].

Der hohen Prävalenz Alkoholkranker steht in der Inneren Medizin oftmals noch keine hinreichende suchtspezifische Behandlungskompetenz gegenüber. Ansätze, durch Früherkennung und Kurzinterventionen die Versorgung auch im primärmedizinischen Bereich zu verbessern, erwiesen sich inzwischen als erfolgreich [11,12]. Doch es ist darüber hinaus notwendig, in Anlehnung an die o.a. Empfehlungen dort auch umfassendere Angebote zur Entzugsbehandlung zu integrieren. Ein solches Programm wurde 1996 im Evangelischen Krankenhaus Hamburg-Alsterdorf aufgebaut. Die Abteilung hatte sich schon seit längerer Zeit mit der Verbesserung der Versorgung Suchtkrankter

befasst. Verschiedene Selbsthilfegruppen trafen sich regelmäßig direkt im Krankenhaus und es bestanden bereits die Möglichkeiten zu Sozialberatung, Beschäftigungstherapie und sportlichen Aktivitäten. Für den QE wurde dann ein hauptamtlicher Suchtberater eingestellt. In Anlehnung an die Programme in psychiatrischen Kliniken wurde ein therapeutischer Wochenplan eingeführt.

Im Vergleich zu zwei psychiatrischen Abteilungen sollte nun untersucht werden, inwiefern sich die am QE teilnehmenden Patienten der Inneren Medizin von denen der Psychiatrie unterscheiden. Hierzu wurden soziodemographische und krankheitsbezogene Patientenangaben erhoben. Unter Verwendung eines daraus kombinierten Belastungsindex sollten die weiteren Ergebnisse auf Selektionseffekte hin überprüft werden. Der Behandlungserfolg wurde in einer Dreimonatskatamnese evaluiert. Gefragt wurde u.a. nach Änderungen im Trinkverhalten, nach dem Besuch von Selbsthilfegruppen und nach Vorbereitung bzw. Beginn einer Suchttherapie.

## Methodik

### Die drei Erhebungsorte

Das Programm des QE richtete sich in allen drei Kliniken an gemeinsam erarbeiteten Leitlinien aus [13]. Sie sehen einen strukturierten Wochenplan mit verbindlichen Schwerpunkten vor. Dazu gehören Physikalische Therapie, Ergotherapie, Entspannungsübungen, Informationsgruppen, Kontakt zu Selbsthilfegruppen und Beratungen für Angehörige. Beratung über mögliche Anschlusstherapien und die Vermittlung in Suchtberatungsstellen, Übergangwohnheime oder Fachkliniken erfolgen in enger Kooperation mit dem Suchthilfesystem außerhalb der Kliniken. Eine Besonderheit der Inneren Medizin liegt darin, dass die Entzugspatienten gemeinsam mit anderen Patienten auf drei verschiedenen allgemein-internalistischen Stationen der insgesamt 71 Betten umfassenden Abteilung aufgenommen werden. Sie nehmen von dort aus stationsübergreifend am Programm des QE teil. Es ist für ca. 20 Patienten ausgerichtet. Die Aufnahme erfolgt teils unmittelbar, teils ist die Entscheidung durch die Patienten, eine Beratungsstelle oder niedergelassene Ärzte gezielt vorbereitet worden. Statt der in der Psychiatrie üblichen täglichen Gesprächsrunden gibt es hier eine tägliche Einzelvisite mit eingehender Erörterung der somatischen Befunde. Einmal in der Woche findet eine 90-minütige Gruppensitzung für alle Patienten einer Station mit Stationsarzt, Pflegevertretung und Suchtberater statt. Letzterer führt auch die Einzelberatungen durch.

Bei den psychiatrischen Abteilungen handelt es sich um eine auf den QE für Alkoholkranker spezialisierte 25-Bettenstation eines psychiatrischen Fachkrankenhauses. Es liegt vier Kilometer außerhalb der Stadtgrenze Hamburgs und nimmt auch Patienten aus kleinstädtischen und ländlichen Gebieten Schleswig-Holsteins auf. Der zweite psychiatrische Erhebungsort war eine auf Suchtbehandlung spezialisierte 21-Bettenstation in der Klinik für Psychiatrie des Universitätsklinikums mit großstädtischem Einzugsgebiet.

## Studienpatienten und Erhebungsinstrumente

Die Evaluation bezog sich auf diejenigen alkoholkranken Patienten und Patientinnen, die konsekutiv innerhalb eines Vierteljahres aufgenommen wurden und mindestens zwei Wochen lang am QE teilnahmen. Einbezogen wurden auch Patienten mit einem Konsum anderer Suchtmittel, sofern die Alkoholproblematik im Vordergrund stand. Wiederholt aufgenommene Patienten wurden nur beim ersten Mal berücksichtigt. In der Universitätspsychiatrie wurden dann n = 65, im Fachkrankenhaus n = 70 und in der Inneren Medizin n = 63 Patienten in die Studie aufgenommen.

Fragebogen, die von den Patienten selbst auszufüllen waren, wurden erst nach Abschluss der körperlichen Entgiftung ausgehändigt. Ein 57 Items umfassender Erhebungsbogen für soziodemographische und krankheitsbezogene Daten basiert auf dem von Schwoon et al. [14] entwickelten Fragebogen zur Basisdokumentation von Alkoholabhängigen. Das Trierer Alkoholismus-Inventory (TAI) von Funke et al. [15] ermöglicht eine genauere Einschätzung über Trinkverhalten und -motive sowie über Schweregrad und Folgeschädigungen der Abhängigkeit. Eine standardisierte Behandlungsdokumentation über Aufnahme-modalitäten, Untersuchungsbefunde, Entzugsmedikation und Therapieempfehlungen wurde in Zusammenarbeit mit Suchttherapeuten und Ärzten erstellt. Da die meisten Rückfälle und die Entscheidung über anschließende Therapien oder andere Hilfen in den ersten drei Monaten nach einer Akutintervention stattfinden [7], wurde dieses Intervall für die Katamnese gewählt. Sie wurde postalisch durchgeführt und beinhaltete Fragen zum Trinkverhalten und zu Therapieschritten im dreimonatigen Katamnesezeitraum.

Die Datenanalyse erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 6.0 für Apple Macintosh. Für den Vergleich nominalskalierten Daten wurde der Chi-Quadrat-Test angewandt, für intervallskalierte Daten einfache Varianzanalysen bzw. parameterfreie Rangtestverfahren (Kruskal-Wallis H-Test oder Mann-Whitney U-Test) berechnet. Das Signifikanzniveau wurde bei  $p < 0,05$  festgelegt.

## Belastungsindex

Im Katamnesevergleich muss dem potenziell unterschiedlichen Risikoprofil der Stichproben Rechnung getragen werden. Hierfür wurde ein Index aus 12 Symptomen gebildet. Er setzt sich aus häufig in der Literatur genannten und in empirischen Studien [16,17] überprüften Merkmalen zusammen, die auf einen ungünstigen Verlauf der Alkoholkrankheit hinweisen, und umfasst

neben soziodemographischen auch krankheitsbezogene Parameter inkl. familiärer Belastung durch Suchterkrankungen. Dieser Index erlaubt eine Überprüfung der Selektionseffekte im Klinikvergleich (Tab. 1).

Tab. 1 Symptome des Belastungsindex mit Häufigkeiten für die Gesamtstichprobe (n = 198)

	n	%
ein Elternteil abhängig	93	47,0
weitere Angehörige suchtkrank	38	19,2
Beginn der Abhängigkeit vor dem 25. Lebensjahr	47	23,7
mehr als 10 Jahre abhängig	70	35,4
mehr als 3 von 9 Folgekrankheiten (lifetime)	42	21,2
mehr als 5 Entgiftungs- bzw. 2 Entwöhnungsbehandlungen	36	18,2
zusätzlich Medikamenten- oder Drogenprobleme	52	26,3
Suizidgedanken (manchmal/oft)	67	33,8
psychiatrische Komorbidität	45	22,7
Haftstrafe (verbüßt oder Bewährung)	19	9,6
mehr als 1 Jahr arbeitslos	41	20,7
ohne eigene Wohnung	23	11,6

## Ergebnisse

Eine Übersicht über die wichtigsten soziodemographischen Merkmale der Studienteilnehmer findet sich in Tab. 2.

Wesentliche Unterschiede zwischen den Kliniken lassen sich hier nicht finden. Das Durchschnittsalter betrug 42,8 Jahre mit einer Spanne von 18 bis 73. Der Frauenanteil lag in allen drei Kliniken bei 33%. Mit einer Arbeitslosenquote von 36,9% liegen diese Patienten deutlich über der Rate für Hamburg von 8,0% bei den 15- bis 64-Jährigen (Auskunft des Statistischen Landesamtes für 1997). Im Vergleich der krankheitsbezogenen Variablen (Tab. 3) hoben sich die Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik von denen der beiden anderen Einrichtungen ab.

Sie wiesen ein jüngeres Alter für den ersten Alkoholkonsum und ersten Rausch sowie eine längere Dauer des vermehrten Alkoholkonsums und der -erkrankung auf. Der Konsum (anamnestisch oder aktuell) von Drogen und Medikamenten mit hohem Abhängigkeitspotenzial war bedeutend häufiger, die Quote bisheriger

Tab. 2 Soziodemographische Merkmale im Vergleich dreier Institutionen (MW = Mittelwert; MR = mittlerer Rang im Kruskal-Wallis-Test)

	Gesamt n = 198	Psych-Uni n = 65	Psych-Fach-KH n = 70	Innere Medizin n = 63	Chi <sup>2</sup> - bzw. H-Test	p
Alter (MW Jahre) MR	42,8	41,5 93	42,5 97	44,3 109	2,69	0,260
ohne Partnerschaft	64,0%	65,6%	68,6%	57,1%	1,99	0,370
allein wohnend	59,9%	59,4%	64,3%	55,6%	1,06	0,588
arbeitslos/nicht erwerbstätig	50,3%	41,3%	51,4%	58,1%	3,59	0,167
ohne Ausbildung	28,6%	34,4%	25,7%	25,8%	1,57	0,457
Schulden über DM 10 000	29,6%	42,2%	21,4%	25,8%	7,54	0,024

Tab. 3 Krankheitsbezogene Merkmale im Vergleich. (MW = Mittelwert; MR = mittlerer Rang im Kruskal-Wallis-Test)

Merkmal	Gesamt n = 198	Psych-Uni n = 65	Psych-Fach-KH n = 70	Innere Medizin n = 63	Ch <sup>2</sup> - bzw. H-Test	p
Dauer vermehrten Alkoholkonsums MW (Jahre) MR	14,9 111	16,7 85	13,1 85	15,1 101	6,89	0,033
Alter bei 1. Konsum MW (Jahre) MR	16,1 83	14,7 83	16,5 99	17,0 113	9,06	0,011
Alter bei 1. Rausch MW (Jahre) MR	18,3 83	16,4 83	18,9 99	19,6 108	6,70	0,036
jemals Medikamentenprobleme	25,9%	40,0%	18,8%	19,3%	9,89	0,008
jemals Drogenprobleme	26,2%	43,8%	27,1%	6,6%	22,42	0,001
jemals Suizidversuch	29,2%	50,0%	26,8%	23,2%	12,12	0,003
jemals stationäre Entzugsbehandlung	59,2%	57,8%	58,6%	61,3%	0,17	0,917
Anzahl bisheriger Entzugsbehandlungen MW (bei n = 113) MR	5,65 66	7,38 66	5,63 56	4,11 50	4,77	0,093
jemals stationäre Entwöhnungsbehandlung	33,5%	30,2%	37,7%	32,3%	0,90	0,638
Anzahl bisheriger Entwöhnungsbehandlungen MW (bei n = 65) MR	1,55 36	1,74 36	1,38 30	1,60 34	1,32	0,518

Suizidversuche war erhöht. Auch zeichnete sich ein Trend zu mehr Vorbehandlungen ab. Insgesamt wiesen diese Patienten auch im TAI, dessen Daten hier nicht wiedergegeben werden, höhere Werte für Schweregrad und Schädigung auf.

Im Vergleich der Behandlungsdokumentationen (Tab. 4) gab es keine signifikanten Unterschiede bei der Aufnahmeart (Notfall oder regulär) und der Angabe von Personen oder Institutionen, die zur Einweisung geraten hatten.

Während aber zwei Drittel der Patienten des psychiatrischen Fachkrankenhauses und der Inneren Medizin alkoholisiert zur Aufnahme kamen mit durchschnittlichen Promillewerten von 2,0 bzw. 1,4, waren es in der Universitätsklinik nur ein Drittel, doch stand dort ein weiteres Drittel unter Medikamenten, meist Benzodiazepinen. Zur medikamentösen Entzugsbehandlung wurde in allen drei Abteilungen überwiegend Clomethiazol verordnet, am häufigsten in der Inneren Medizin mit fast 80%. Der Unterschied war hochsignifikant gegenüber den psychiatrischen Abteilungen. Auch die durchschnittliche maximale Tagesdosis lag in der Inneren Medizin mit 12,8 Kapseln am höchsten, dagegen fand sich hier die kürzeste Verordnungsdauer (5,9 Tage). Im Vergleich der in den Akten ärztlicherseits dokumentierten Nebendiagnosen zeigte sich eine Häufung von akuten und chronischen Erkrankungen bei den Universitätspatienten. Auch psychiatrische Zweitdiagnosen (vor allem neurotische Störungen und Depressionen) waren statistisch signifikant häufiger. Die Leberwerte (GOT, GPT,  $\gamma$ -GT) lagen in dieser Teilstichprobe dagegen bedeutend niedriger als in den beiden anderen Kliniken. Nur 22% der Patienten der Inneren Medizin hatten vor Aufnahme Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle gehabt, in den psychiatrischen Abteilungen waren es 44% (Fachkrankenhaus) und 59% (Universitätsklinik). Wie um einem Nachholbedarf abzuwehren, wurde ihnen dann im Verlauf aber häufiger der Besuch einer Beratungsstelle angeraten. Die Empfehlungen für die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und für eine stationäre Kurzzeit- oder Lang-

zeittherapie unterschieden sich nicht in ihrer Häufigkeit. In der Universitätspsychiatrie fand sich eine höhere Empfehlungsrate für ambulante Therapieformen.

Der Rücklauf der postalischen Katamnese betrug 76,8% (Tab. 5) mit der höchsten Quote für die Innere Medizin, wenn auch ohne statistische Signifikanz. Abstinenz wird immer wieder bevorzugt als Erfolgsparameter herangezogen [8]. Entscheidend ist aber gleichermaßen, ob sich die Patienten zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen bewegen ließen. In den drei Monaten nach ihrer Entlassung hatten 48% abstinent leben können, Patienten der Inneren Medizin tendenziell häufiger als die aus den anderen Kliniken. Entsprechend größer war auch die Dauer der längsten durchgängigen Abstinenzzeit. Sie besuchten tendenziell häufiger Selbsthilfegruppen und hatten deutlich häufiger eine Therapie begonnen. Irgendein Angebot formeller, professioneller Hilfe hatten nahezu zwei Drittel aller Patienten in Anspruch genommen, mit einer Tendenz zur höchsten Rate bei denen der Inneren Medizin.

Der Belastungsindex variierte zwischen 0 und 10, wobei die Patienten der Universitätspsychiatrie die deutlich höchsten Werte aufwiesen (Tab. 4: Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 12,71;  $p = 0,002$ ). Für weitere Berechnungen wurde für den Belastungsindex ein Trennwert von 4 und mehr Symptomen festgelegt und die Gesamtstichprobe dementsprechend in zwei Gruppen aufgeteilt. Zwei Drittel ( $n = 132$ ) befanden sich in der prognostisch günstigeren Gruppe mit einem Summscore von 0 bis 3. Die ungleiche Verteilung blieb auch im Kreuztabellen-Vergleich erhalten (Tab. 4: Chi-Quadrat = 8,42;  $df = 2$ ;  $p = 0,015$ ). Die prognostisch ungünstigeren Patienten ( $n = 66$ ) machten in der Universitätspsychiatrie 46%, im Fachkrankenhaus noch 31%, in der Inneren Medizin aber nur 22% der Klientel aus. Der dichotomisierte Index korrelierte in der Gesamtstichprobe hoch signifikant mit einem Rückfall ( $\phi = 0,38$ ,  $p < 0,001$ ).

Der Klinikvergleich wurde mit der größeren Teilgruppe der  $n = 132$  prognostisch günstigeren Patienten wiederholt. Die Unterschiede in den Aufnahme- und Behandlungsmerkmalen fanden sich in vergleichbaren Relationen wieder. Die Katamneseergebnisse (bei jetzt  $n = 103$ ) nivellierten sich allerdings (Tab. 6).

Die Patientengruppen unterschieden sich nicht mehr deutlich in der Dauer der längsten durchgängigen Abstinenzzeit und beim Besuch von Selbsthilfegruppen. Eine Tendenz zu höheren Raten ließ sich noch bei der Inneren Medizin für den Beginn einer Entwöhnungstherapie nachweisen. Diese Patienten hatten am häufigsten irgendeine formelle Hilfe aufgesucht.

## Diskussion

Die Studienteilnehmer der drei Kliniken unterschieden sich in den soziodemographischen Merkmalen kaum. Es zeigten sich aber bei den krankheitsbezogenen Daten deutliche Unterschiede zwischen den Patienten der Universitätspsychiatrie und denen der beiden anderen Institutionen. Sie hoben sich durch längere Krankheitsdauer, jüngeres Einstiegsalter, zusätzlichen Medikamenten- und Drogenkonsum, Häufung von Suizidversuchen, psychiatrischen und auch somatischen Nebenerkrankungen ab. Dies spricht für eine Selektion von Patienten mit chronischem, durch Begleit- und Folgekrankheiten kompliziertem Krankheitsverlauf in der Universitätspsychiatrie. Die Entzugspatienten der

Inneren Medizin unterschieden sich in ihren Krankheitsmerkmalen nicht wesentlich von denen des psychiatrischen Fachkrankenhauses. Es gehörten aber 78% von ihnen einer a priori prognostisch günstigeren Gruppe an. Im Zusammenhang mit der Beobachtung, dass nur 22% schon vor der Krankenhausaufnahme Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle hatten, lässt sich daraus schließen, dass diese Klientel noch in einem früheren Stadium der Erkrankung bzw. einer aktiven Auseinandersetzung damit steht. Fehlende Information, mehr oder weniger bewusste Widerstände und Befürchtungen hinsichtlich einer Stigmatisierung könnten dazu beitragen, dass Suchtberatungsstellen oder psychiatrische Fachabteilungen von den Betroffenen zunächst eher gemieden werden. Wienberg [18] berichtete, dass von 75% der Alkoholkranken bevorzugt der Hausarzt aufgesucht wird und dass eine stationäre Aufnahme in eine somatische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses achtmal häufiger erfolgt als in ein psychiatrisches Krankenhaus oder eine Suchtfachklinik zusammengekommen. Die hohe Rate der Inanspruchnahme formeller suchtspezifischer Hilfen zeigt, dass es in der Abteilung für Innere Medizin gelungen ist, Patienten zur aktiven Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung zu motivieren.

Im Katamnesevergleich gab es keine sehr deutlichen Unterschiede im Trinkverhalten. Insgesamt blieben 37% der Patienten abstinent, in der Inneren Medizin waren es 49%. Die Therapiequote betrug in der vorliegenden Studie 12,6%, in der Inneren Medizin allein 21% (jeweils konservative Rechnung). Unter Berücksichti-

Tab. 4 Behandlungsdokumentation (MW = Mittelwert; MR = mittlerer Rang im Kruskal-Wallis-Test)

	<b>Gesamt n = 198</b>	<b>Psych-Uni n = 65</b>	<b>Psych-Fach-KH n = 70</b>	<b>Innere Medizin n = 63</b>	<b>Chi2- bzw. H-Test</b>	<b>p</b>
suchtmittelfrei bei Aufnahme	37,6%	39,7%	38,6%	34,4%	0,41	0,817
somatische Erkrankung						
akut	17,7%	35,4%	8,6%	9,5%	20,87	0,001
chronisch	38,4%	52,4%	41,4%	20,6%	13,99	0,001
psychiatrische Zweitdiagnose	22,7%	44,6%	20,0%	3,2%	31,74	0,001
Clomethiazolgabe	55,1%	41,5%	44,2%	79,4%	23,06	0,001
– max. Kapseln/Tag						
MW (bei n = 103)	10,1	7,6	8,0	12,8		
MR		38	42	71	27,50	0,001
– max. Dauer (Tage)						
MW (bei n = 103)	7,0	7,2	8,8	5,9		
MR		57	79	38	33,81	0,001
γ-GT (U/l)						
MW	168	115	211	174		
MR		83	106	105	6,79	0,034
GPT (U/l)						
MW	41	43	42	37		
MR		80	110	100	9,41	0,010
GOT (U/l)						
MW	48	50	42	51		
MR		74	105	112	16,28	0,001
Belastungsindex						
MW	2,89	3,71	2,43	2,57		
MR		120	88	91	12,71	0,002
ungünstige Prognose lt. Index	33,3%	46,2%	31,4%	22,2%	8,42	0,015
Vorkontakte zu Suchtberatungsstelle	41,8%	58,7%	44,3%	22,2%	61,00	0,001
Therapieempfehlung						
– Suchtberatungsstelle	37,2%	30,2%	14,3%	69,9%	60,97	0,001
– Entwöhnungstherapie						
stationär	35,2%	28,6%	32,9%	44,4%	3,74	0,154
ambulant	30,8%	55,4%	18,6%	19,0%	27,42	0,001

Tab. 5 Katamneseergebnisse aller Katamneseteilnehmer (n = 152)  
Konservative Ergebnisse in Kursivdarstellung (Basis n = 198)  
p(I/P): Irrtumswahrscheinlichkeit Vergleich Innere Medizin vs. Psychiatrie

	<b>Gesamt (n = 198)</b>	<b>Psych-Uni (n = 65)</b>	<b>Psych-Fach-KH (n = 70)</b>	<b>Innere Medizin (n = 63)</b>	<b>Chi<sup>2</sup>- bzw. H-Test</b>	<b>p</b>	<b>p(I/P)</b>
Katamnese-Rücklauf	n = 152 76,8%	n = 50 76,9%	n = 49 70,0%	n = 53 84,1%	3,71	0,157	0,094
Abstinenz	48,0% 36,8%	38,0% 29,2%	46,9% 32,9%	58,5% 49,2%	4,36	0,113	0,059
längste Abstinenzzeit (Tage)							
MW	62,0	52,6	64,0	68,5			
MR		59	74	80	6,91	0,032	0,061
Selbsthilfegruppe	43,4% 33,3%	34,0% 26,2%	40,8% 28,6%	54,7% 46,0%	4,69	0,096	0,040
Therapieantrag	33,6% 23,2%	32,0% 24,6%	32,7% 22,9%	35,8% 30,2%	0,20	0,906	0,661
Therapieantritt	16,4% 12,6%	18,0% 13,8%	6,1% 4,3%	24,5% 20,6%	6,41	0,041	0,050
irgendeine formelle Hilfe	64,5% 49,5%	66,0% 50,8%	53,1% 37,1%	73,6% 61,9%	4,76	0,093	0,086

Tab. 6 Katamneseergebnisse der prognostisch günstigeren Teilgruppe (nur konservative Berechnung)  
p(I/P): Irrtumswahrscheinlichkeit Vergleich Innere Medizin vs. Psychiatrie

	<b>Gesamt (n = 103)</b>	<b>Psych-Uni (n = 25)</b>	<b>Psych-Fach-KH (n = 36)</b>	<b>Innere Medizin (n = 42)</b>	<b>Chi<sup>2</sup>- bzw. H-Test</b>	<b>p</b>	<b>p(I/P)</b>
Abstinenz	61,2%	64,0%	55,6%	64,3%	0,73	0,693	0,590
längste Abstinenzzeit (Tage)							
MW	71,5	70,0	71,1	72,7			
MR		48	48	50	0,20	0,904	0,653
Selbsthilfegruppe	48,5%	44,0%	50,0%	50,0%	0,28	0,873	0,807
Therapieantrag	33,0%	20,0%	36,1%	38,1%	2,56	0,278	0,362
Therapieantritt	18,4%	16,0%	8,3%	28,6%	5,41	0,067	0,028
irgendeine formelle Hilfe	62,1%	48,0%	55,6%	76,2%	6,31	0,043	0,015

gung des Belastungsindex werden die Unterschiede im Katamneseergebnis der hier verglichenen Krankenhäuser weniger auffällig, was als ein deutlicher Hinweis auf Selektionseffekte gewertet werden muss. Die Abstinenzquoten anderer Studien zum QE liegen mit 37 bis 46% in einer vergleichbaren Größenordnung wie hier; für den Antritt einer Langzeittherapie nach QE werden Quoten von 3 bis 54% angegeben, für die Inanspruchnahme formeller Hilfen 30% [7]. Die Spannweite der in der Literatur berichteten Ergebnisse ist weitgehend durch methodische Unterschiede zwischen den Studien zu erklären, wie z. B. Stichprobengröße, Erfolgsdefinition, Katamneseintervall. Sie dürfte aber auch zu einem bedeutsamen Anteil auf Indikationsstellung und Selektivität bei den Aufnahmen zurückzuführen sein, wie die Unterschiede zwischen den hier vorgestellten drei Einrichtungen deutlich machen. Die weitere vergleichende Evaluationsforschung wird sich in Zukunft auf verbindliche Erhebungsstandards verständigen müssen, um einen direkten Vergleich der Ergebnisse und die Zusammenführung in Metastudien zu ermöglichen.

Diese Untersuchung belegt die Effizienz des QE allgemein und speziell für die Innere Medizin vor allem durch eine frühe Intervention und durch motivationsfördernde Maßnahmen. Im Hinblick auf die hohe Prävalenz von Alkoholkranken in der Pri-

märversorgung – und dazu gehört die Innere Medizin in Allgemeinkrankenhäusern – sollte das Angebot von qualifizierten Entzugsbehandlungen verstärkt werden, um eine adäquate Versorgung alkoholkranker und -gefährdeter Menschen flächendeckend und wohnortnah zu gewährleisten.

## Literatur

- John U, Hapke U, Rumpf HJ, Hill A, Dilling H. Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd.71). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 1996
- Maylath E, Seidel J. Analyse der psychiatrischen Krankenhausfälle in Hamburg 1988 – 1994: Entwicklungstrends, Versorgungslücken und -perspektiven. Gesundheitswesen 1997; 59: 423 – 433
- Expertenkommission der Bundesregierung. Empfehlungen zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psycho-somatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung (Auszug Abhängigkeitskranke). Bonn: BMG 1988
- Kuhlmann T, Summa-Lehmann P, Reymann G, Marcea JT. Anforderungen an eine qualifizierte Entzugsbehandlung Alkoholabhängiger in NRW. Suchttherapie 2001; 2: 93 – 97

- <sup>5</sup> Schwoon DR. Motivationsbehandlung bei Alkoholkranken. In: Schwoon DR, Krausz M (Hrsg). Suchtkranke – Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart: Enke 1990; 166–181
- <sup>6</sup> Mann K, Stetter F, Günthner A, Buchkremer G. Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. Deutsches Ärzteblatt 1995; 92: B2217–B2221
- <sup>7</sup> John U, Veltrup C, Driessen M, Wetterling T, Dilling H. Motivationsarbeit mit Alkoholabhängigen. Freiburg: Lambertus 2000
- <sup>8</sup> Olbrich R. Die qualifizierte Entzugsbehandlung in der stationären Alkoholismustherapie. In: Olbrich R (Hrsg). Suchtbehandlung. Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen. Regensburg: Roderer 2001; 95–108
- <sup>9</sup> Bauer U, Hasenöhr A. Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung und konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). Sucht 2000; 46: 250–259
- <sup>10</sup> Driessen M, Veltrup C, Junghanns K, Przywara A, Dilling H. Kosten-Nutzen-Analyse klinisch evaluierter Behandlungsprogramme. Erweiterte Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit. Nervenarzt 1999; 70: 463–470
- <sup>11</sup> Hapke U, Rumpf HJ, John U. Beratung von alkoholabhängigen Patienten im Allgemeinkrankenhaus. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg). Alkohol – Konsum und Mißbrauch. Freiburg: Lambertus 1996
- <sup>12</sup> Kremer G, Wienberg G, Dormann S, Wessel T, Pörksen N. Evaluation von Kurzinterventionen bei PatientInnen mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus. Sucht 1999; 45: 235–244
- <sup>13</sup> Schwoon DR. Federführend für die „Hamburgische Arbeitsgemeinschaft Qualifizierter Entzug“: Leitlinien zum Qualifizierten Entzug. Hamburg: Klinik für Psychiatrie des Universitätsklinikums Eppendorf 2000
- <sup>14</sup> Schwoon DR, Veltrup C, Gehlen A. Ein mehrstufiges Behandlungsangebot für Alkoholkranken: Inanspruchnahme und Behandlungsergebnisse. Psychiatrische Praxis 1989; 16: 161–170
- <sup>15</sup> Funke W, Funke J, Klein M, Scheller R. Trierer Alkoholismusinginventar (TAI). Göttingen: Hogrefe 1987
- <sup>16</sup> Kufner H, Feuerlein W, Huber M. Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahres-Katamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. Suchtgefahren 1988; 34: 157–272
- <sup>17</sup> Hoffmann M, Weithmann G, Rothenbacher H. Persönlichkeit, soziale Integration und Therapieerfolg von Alkoholikern. Sucht 1991; 37: 20–25
- <sup>18</sup> Wienberg G (Hrsg). Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1992

## Behandlungsparadigmen in der Suchthilfe und ökonomische Implikationen

### 14. Internationaler Suchtkongress

4. - 6. September 2002 in Zürich

- Symposium I:** Von ökonomischen Randbedingungen getrieben?  
Kosteneffektivität und Entwicklung eines Hilfesystems für Suchtkranke
- Symposium II:** Differenzielle Indikation und treatment matching in der Suchtbehandlung
- Symposium III:** Ziele der Suchtbehandlung: zwischen Lebensqualität und gesellschaftlichen Interessen
- Symposium IV:** Mehr Mitsprache für PatientInnen oder genaue Festlegung durch die Betriebsordnungen der HMOs: Ein Blick in die Zukunft der Suchthilfe
- Symposium V:** Suchttherapie und Suchtforschung, Paradigmen zwischen Alltag und Visionen  
Dieses Symposium würdigt das Lebenswerk von Professor Dr. Ambros Uchtenhagen

#### Veranstalter

Institut für Suchtforschung (ISF, Zürich), Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Amsterdam Institute for Addiction Research, The Bethlem Royal Hospital and The Maudsley Hospital, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

#### Organisation und Information

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
Tel./Fax: + 49(0)40/428 03-51 21  
www.zis-hamburg.de