

Aus der
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

„Genderaspekte in der stationären Alkoholentzugsbehandlung -
Inwieweit beeinflusst das Geschlecht der Patienten die Art der medikamentösen
Alkoholentgiftung?“

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

vorgelegt von
Sandra Mai-Mach

2016

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf

Erstgutachter: Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

Zweitgutachter: Univ.-Prof. Dr. phil. Nico Dragano

Gewidmet Heinrich Mai (19.12.1926 – 14.03.2008)

Zusammenfassung

Neuere epidemiologische Studien konnten nachweisen, dass der Anteil von Frauen mit Störungen durch Alkohol an der Gesamtbevölkerung steigt. Dennoch sind Frauen sowohl in klinischen Studien, als auch in Versorgungsstudien zu dem Thema unterrepräsentiert. Gleichzeitig wurde im Rahmen der Genderforschung deutlich, dass es Unterschiede ärztlicher Behandlungsstrategien in Abhängigkeit vom Geschlecht der Patientinnen und Patienten gibt.

In der hier vorgelegten Arbeit wird überprüft, inwieweit das Geschlecht der Patientinnen und Patienten mit der Art der medikamentösen Alkoholentgiftung während einer akutpsychiatrischen Behandlung korreliert. Ziel der Arbeit ist es, auf Basis naturalistischer Daten dazu beizutragen, in Zukunft durch möglicherweise genderspezifische Behandlungsstrategien eine Qualitätsoptimierung der Alkoholentzugstherapie zu erreichen.

Dazu wurden retrospektiv und genderspezifisch die aus einem Benchmarking-Projekt stammenden Daten von 692 Patientinnen und Patienten, 536 Männer und 156 Frauen, ausgewertet, die an neun psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbands Rheinland akutstationär zur Alkoholentgiftung behandelt wurden. Einschlusskriterien waren Erstdiagnose F 10.XX bei Aufnahme, Alter zwischen 18 und 60 Jahren sowie mindestens eine stationäre Vorbehandlung innerhalb der letzten 12 Monate vor Indexbehandlung. Es wurden soziodemografische Variablen, komorbide Diagnosen, Medikation sowie Schwere der Entzugssymptomatik erfasst.

Hinsichtlich der medikamentösen Behandlung zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Männer, ohne Berücksichtigung komorbider psychischer Erkrankungen, wurden monotherapeutisch häufiger mit Clomethiazol oder Benzodiazepinen behandelt, während Frauen, ohne Berücksichtigung komorbider psychischer Erkrankungen, signifikant häufiger monotherapeutisch Antidepressiva erhielten. Analysen der Subgruppe von Patientinnen und Patienten mit komorbiden psychischen Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis (F3, F4) zeigten ähnliche Unterschiede. Frauen erhalten auch in dieser Subgruppe signifikant häufiger Antidepressiva (34,1 %) als Männer (11,2 %). Die Schwere der Entzugssymptomatik zeigte keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Korrelative Hinweise, aus welchem Grund bei Männern, sogar bei Vorliegen einer komorbiden depressiven Störung, weniger Antidepressiva verordnet werden, konnten nicht gefunden werden.

Zusammenfassend besteht also eine Korrelation zwischen der Art der medikamentösen Entgiftungsstrategie und der Geschlechtszugehörigkeit bei Patientinnen und Patienten in der akutstationären Alkoholentgiftung. Das Vorliegen einer depressiven Symptomatik kann diese Unterschiede nicht erklären. Mögliche Erklärungen werden an Hand der vorliegenden Literatur diskutiert.

Abkürzungsverzeichnis

AUDs	Alcohol use disorders
BADO	Basisdokumentation
CGI	Clinical Global Impression
CK	Creatininkinase
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
ESA	Essener Selbstbeurteilung Alkoholentzugssyndrom
GABA	Gamma-aminobutyric acid
GAF	Global Assessment of Functioning
ICD	International Classification of Diseases
KIS	Krankenhausinformationssystem
LAST	Lübecker Alkohol Screening Test
LVR	Landesverband Rheinland
WHO	World Health Organization
ZUF-8	Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Alkohol – ein kurzer Überblick	3
1.1.1	Was ist Alkohol?.....	3
1.1.2	Definition Alkoholismus.....	4
1.1.3	Definition Sucht.....	5
1.1.4	Alkoholbedingte Syndrome des ICD-10 Klassifikationssystems	5
1.1.5	Akute Alkoholvergiftung, Intoxikation, Rauschzustand	5
1.1.6	Alkoholentzugssyndrom	7
1.1.7	Delirium tremens	8
1.1.8	Pathophysiologie des Alkoholentzugs	8
1.1.9	Therapie.....	10
1.2	Definition Komorbidität	12
2	Material und Methoden	14
2.1	Untersuchtes Patientenkollektiv	14
2.2	Durchführung der Untersuchung	17
2.3	Statistische Auswertung	18
3	Ergebnisse	20
3.1	Soziodemographische Daten.....	20
3.2	Komorbiditäten	24
3.3	Medikation.....	26
3.3.1	Medikation nach Aufnahme	26
3.3.2	Mindestens einmal verabreichte Medikation nach Aufnahme	28
3.4	Medikation bei Alkoholentzug und Komorbiditäten	29
3.5	ESA	31
4	Diskussion	33
4.1	Soziodemographische Daten.....	33
4.2	Komorbiditäten	35
4.3	Entzugsmedikation	36
4.4	Entzugsmedikation bei gleichen Komorbiditäten	38
4.5	Entzugssymptomatik der Geschlechter bei gleicher Medikation und gleicher Komorbidität nach ESA Testung	38
5	Zusammenfassung und Ausblick	42
6	Literaturverzeichnis	45
7	Anhang – ESA-Test	50

1 Einleitung

Die psychiatrische Behandlung und Versorgung von Menschen mit Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch stellt eine außerordentliche Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem dar. Rund 1,6 Mio. Menschen in Deutschland sind alkoholabhängig, bei weiteren 2,65 Mio. Menschen liegt Alkoholmissbrauch vor (Küfner et al., 2002). „*Selbst der sozial akzeptierte (moderate) Alkoholgenuss führt in bis zu 15 Prozent der Fälle zur Abhängigkeit*“ (Singer et al., 2001). Deutschland steht im internationalen Vergleich an fünfter Stelle (Küfner et al., 2002). „*In der BRD muss mit etwa 200.000 stationären Entzügen pro Jahr gerechnet werden*“ (Wetterling et al., 1997). Bis zu 30% der akutpsychiatrischen Klinikaufnahmen werden von Patienten mit Störungen durch Alkohol verursacht (Gaebel et al., 2002). In Deutschland sterben ca. 42.000 Personen pro Jahr an Alkoholfolgeschäden (Kraus, 2005).

Jahrhunderte lang galt Alkoholismus als ein typisches Männerproblem, da Männer im Durchschnitt mehr Alkohol trinken als Frauen und dadurch im Vergleich zu ihnen ein höheres Risiko haben, süchtig zu werden. Jedoch ist der Alkoholkonsum bei Frauen in den letzten Jahren gestiegen und es ist eine Anpassung an männliche Trinkgewohnheiten zu erkennen (Kapfhammer, 2004; Morhart-Klute et al., 2002; Kraus & Augustin 2001). Laut einer Schätzung der deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren im Jahre 2001 kann man von 400.000 bis 530.000 Frauen mit Störungen durch Alkohol in Deutschland ausgehen. Während vor 40 Jahren männliche und weibliche Alkoholiker in einem Verhältnis von 10:1 standen, besteht heute eine Angleichung der Geschlechter im Verhältnis 2:1 (Morhart-Klute et al., 2002).

Die Anzahl der Jugendlichen, die schädlichen Gebrauch von Alkohol betreiben, ist bei den Frauen sogar höher (Singer, 2002). Dies zeigte bereits eine niedersächsische Landesstudie aus den Jahren 1990/1991. Bei Frauen unter 20 Jahren war der Alkoholkonsum im Vergleich zu den Männern höher: 7,3% vs. 3,9% (Morhart-Klute 2002).

Obwohl es einen steigenden Anteil von Frauen mit Störungen durch Alkohol an der Gesamtbevölkerung gibt, sind sie bei Studien zum Thema Alkohol unterrepräsentiert (Greenfield, 2002; Quinby et al., 1993). Eine Gender-Differenzierung findet nur im geringen Ausmaß statt, obwohl bekannt ist, dass Männer und Frauen unterschiedlich auf Entzugsmedikamente reagieren (Gorin-Meyer et al., 2007; Soyka, 2006) und dass sie von unterschiedlichen medikamentösen Entgiftungsstrategien profitieren könnten (Naranjo, 2000). Generell werden an Männern gewonnene Studienergebnisse oft auf Frauen übertragen (Hibbeler, 2009; Quinn, 2005) und geschlechtsspezifische Unterschiede in der Therapie von psychischen Erkrankungen vernachlässigt (Sonnenmoser, 2002).

Die hier vorliegende Arbeit widmet sich speziell dem Thema: Genderaspekte in der stationären Alkoholentzugsbehandlung, da bekannt ist, dass z.T. erhebliche Unterschiede ärztlicher Behandlungsstrategien in Abhängigkeit vom Geschlecht der Patientinnen und Patienten bestehen (Bencic et al., 2007). Allerdings wurde dieser Aspekt bisher nicht speziell hinsichtlich der stationären Alkoholentgiftung untersucht. In der vorliegenden Arbeit wird überprüft, inwieweit das Geschlecht der Patientinnen und Patienten mit der Art der medikamentösen Alkoholentgiftung während einer akutpsychiatrischen Behandlung korreliert.

Es soll überprüft werden, ob folgende Nullhypothese signifikant verworfen werden kann: Männer und Frauen werden in der akutstationären medikamentösen Alkoholentgiftung gleich behandelt.

Folgende Variablen werden als mögliche Einflussfaktoren auf genderspezifische Unterschiede explorativ geprüft:

- 1) Soziodemographische Daten
- 2) Komorbiditäten
- 3) Stärke der Entzugssymptomatik bei gleichen Komorbiditäten und gleicher Medikation

Zur Untersuchung dieser Hypothese werden die aus einem *Benchmarking*-Projekt aus dem Jahre 2003 stammenden Daten retrospektiv und genderspezifisch untersucht.

Beim *Benchmarking*-Projekt wurden von neun psychiatrischen Fachkliniken des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) Daten zu drei Gruppen psychiatrischer Patientinnen und Patienten erhoben (Betroffene mit Depressionen, einer Schizophrenie oder mit Störungen durch Alkohol). Ziel der Erhebung war die klinikübergreifende Behandlungsoptimierung. In der hier vorliegenden Arbeit werden ausschließlich die Daten der Kategorie *Störungen durch Alkohol* verwendet.

In unserer Studie liegen die naturalistischen Daten von 692 Patientinnen und Patienten aus dem o.g. Projekt vor, darunter 536 Männer und 156 Frauen, die zuvor an einer der neun psychiatrischen Kliniken des LVR (Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Essen, Köln, Langenfeld, Mönchengladbach, Viersen) akutstationär behandelt wurden.

Ziel dieser Arbeit ist es, auf Basis naturalistischer Daten aufzuklären, ob in Zukunft durch genderspezifische Behandlungsstrategien möglicherweise eine Qualitätsoptimierung der Alkoholentzugstherapie (z.B. die Reduktion der Entzugssymptome) erreichbar wäre.

1.1 Alkohol – ein kurzer Überblick

1.1.1 Was ist Alkohol?

Das ursprünglich aus dem babylonischen stammende Wort „Alkohol“ bezeichnet ein Getränk, das Ethanol enthält (Hengarter, 1999).

Es ist bekannt, dass Alkohol als Rauschmittel eingenommen wird (Hengarter, 1999).

Auch Benkert et al. (2000) sprechen von einem der „potentesten Psychopharmaka“.

Alkohol dient jedoch nicht nur den Trinkzwecken, sondern findet u.a. auch als Konservierungsstoff oder als Grundlage bei vielen Medikamenten Verwendung (Hengartner, 1999).

1.1.2 Definition Alkoholismus

Alkoholismus ist eine Krankheit, die schon im 18. Jahrhundert als solche interpretiert wurde (Gaebel et al., 2002). Im Mittelpunkt steht dabei die Abhängigkeit von der psychotropen Substanz Ethanol.

In der Literatur werden häufig die Begriffe Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit unterschieden:

Bei der Alkoholabhängigkeit nimmt der Betroffene wiederholt die schädigende Substanz zu sich (Benkert et al., 2000).

Vor allem 3 charakteristische Merkmale sind vorhanden:

- 1) Zwang, Alkohol zu konsumieren (sogenanntes „*craving*“) mit Kontrollverlust
- 2) körperliche Entzugserscheinungen
- 3) Toleranzentwicklung der Alkoholwirkung

Der Betroffene wird dazu gezwungen, immer mehr zu trinken und endet in einem Teufelskreis. Interessen werden zugunsten des Alkohols vernachlässigt, schädliche Folgen des Alkoholkonsums verleugnet, soziale Auswirkungen, z.B. Familienprobleme ignoriert und der Konsum findet zu unpassenden Zeiten statt, z.B. am Arbeitsplatz (Feuerlein, 1998).

Beim Alkoholmissbrauch sind die Kriterien für Abhängigkeit nicht gegeben. Es wird jedoch weiter getrunken, trotz des Wissens, dass der Missbrauch zu somatischen, psychischen und sozialen Folgeschäden führt (Benkert et al., 2000; Feuerlein, 1998).

1.1.3 Definition Sucht

Nach Singer (2000) definiert die WHO die Sucht als einen „Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, der durch wiederholte Zufuhr einer bestimmten Substanz hervorgerufen wird und durch 4 Kriterien gekennzeichnet ist:

- unbezwingbares Verlangen zur Einnahme und Beschaffung des Mittels
- Tendenz zur Dosissteigerung
- physische und psychische Abhängigkeit
- Folgeschäden für den Konsumenten und die Gesellschaft“

1.1.4 Alkoholbedingte Syndrome des ICD-10 Klassifikationssystems

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems oder die Internationale Klassifizierung von Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation:

- ICD-10 F 10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
- ICD-10 F 10.0 – Akute Intoxikation
- ICD-10 F 10.1 – Schädlicher Gebrauch
- ICD-10 F 10.2 – Abhängigkeitssyndrom
- ICD-10 F 10.3 – Entzugssyndrom
- ICD-10 F 10.4 – Entzugssyndrom mit Delir
- ICD-10 F 10.5 – Psychotische Störung
- ICD-10 F 10.6 – Amnestisches Syndrom
- ICD-10 F 10.7 – Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
- ICD-10 F 10.8 – Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
- ICD-10 F 10.9 – Nicht näher bezeichnete alkoholbedingte psychische Verhaltensstörungen

1.1.5 Akute Alkoholvergiftung, Intoxikation, Rauschzustand

Bei der akuten Alkoholintoxikation liegt eine vorübergehende Situation nach Aufnahme von Alkohol vor, die mit einer Störung des Bewusstseins, der

Wahrnehmung, kognitiver Funktionen, der Reaktionsfähigkeit, des Affektes und weiterer Verhaltensstörungen einhergeht (Schneider, 1994).

Feuerlein et al. (1994) bezeichnen den Rauschzustand auch als „*exogene Psychose*“.

Alkoholräusche sind v.a. in sozialen Umstellungsphasen wie z.B. Berufsbeginn oder bei sozialen Problemen wie Arbeitslosigkeit häufiger (Singer, 2002).

Weiterhin werden nach Feuerlein et al. (1998) vier Ausprägungsgrade der Rauschzustände beschrieben:

- **Leichte Intoxikation:** Gang- und Standunsicherheit, verwaschene Sprache, verminderte Selbstkontrolle und Kritikfähigkeit, ein gesteigerter Antrieb mit Distanzminderung und erhöhtem Rededrang; es kann aber auch gesteigerte Müdigkeit mit Beeinträchtigung von Konzentration vorliegen.
- **Mittelgradige Intoxikation:** Steigerung der psychischen und Verhaltensstörungen, zunehmende affektive Enthemmungen, Euphorie, aber auch wechselnde Gereiztheit und psychomotorische Unruhe. Beeinträchtigung von Urteilsvermögen; Orientierung meist erhalten.
- **Schwere Intoxikation:** Weitere Zunahme der psychischen und Verhaltensstörungen; neurologische Symptome treten in den Vordergrund, z.B. die Gangunsicherheit, Angst-, Bewusstseins- und Orientierungsstörungen kommen gehäuft vor. Illusionäre Verkennungen können auftreten.
- **Alkoholisches Koma:** Hier liegt eine sehr schwere Intoxikation vor, die letal enden kann. Lebensbedrohliche Risiken entstehen u.a. durch Dämpfung des Atemzentrums oder Aspiration von Erbrochenem.

1.1.6 Alkoholentzugssyndrom

Nach Unterbrechung regelmäßiger Alkoholzufuhr können bei ca. 40% der Betroffenen mit Störungen durch Alkohol schwere Entzugssymptome auftreten (Wetterling et al., 1997). Das klinische Bild ist durch die in Tabelle 1 dargestellten Symptome gekennzeichnet (nach Feuerlein, 1998):

Magen-Darm-Störungen	Brechreiz Erbrechen Durchfälle Appetitstörungen
Herz- Kreislaufstörungen	Tachykardie Hypertonie Ödeme
vegetative Störungen	Schlafstörungen Schwitzen Fieber Mundtrockenheit Juckreiz Mydriasis Rötung des Gesichts
Neurologische Symptome	Tremor (Hände, Augenlider, Zunge) Artikulationsstörungen Ataxie epileptische Anfälle Nystagmus Muskel- und Kopfschmerzen
Psychische Störungen	Innere Unruhe Angst Depressionen gelegentliche Bewusstseinsstörungen Gedächtnisstörungen abschnittsweise Halluzinationen

Tabelle 1: Übersicht der Alkoholentzugssymptome

1.1.7 Delirium tremens

Das sogenannte Delirium tremens ist als „*Extremform des Alkoholentzugssyndroms*“ anzusehen (Feuerlein, 1998). Bis zu 15% der gesamten Alkoholiker können während Ihres Lebens ein Delir entwickeln (Verner, 1990).

Wetterling et al. (1997) geben an, dass man nach Hochrechnungen in der BRD von 25.000 bis 40.000 Alkoholentzugsdelirien pro Jahr ausgehen kann.

Nach Diener et al. (2012) wird angelehnt an die Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie folgende Einteilung des Delirs angegeben:

„Das unvollständige Delir (sog. „Prädelir“ , synonym kompliziertes Entzugssyndrom) bietet flüchtige, zumal abendliche Halluzinationen oder eine leichte und flüchtige vegetative Symptomatik mit Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Schwitzen und morgendlichem Tremor, zudem fakultativ epileptische Anfälle vom Grand-mal-Typ.

Das vollständige Delir (Delirium tremens) zeigt Symptome des exogenen Reaktionstyps mit Bewusstseins-, affektiven und Orientierungsstörungen, Übererregbarkeit und Symptome der halluzinatorischen Psychose (illusionäre Verkennungen, optische und taktile Halluzinationen, Suggestibilität) und eine vegetative Entgleisung (Fieber, Hypertonie, Tachykardie, Hyperhidrose, Tremor).

Das lebensbedrohliche Delir macht 7 % aller Delirien aus mit der Symptomatik des vollständigen Delirs und ist bestimmt von schweren, vor allem kardialen und pulmonalen Komplikationen, Hyperthermie und schweren quantitativen Bewusstseinsstörungen.“

1.1.8 Pathophysiologie des Alkoholentzugs

Die Pathophysiologie des Alkoholentzugs ist noch nicht vollständig geklärt. Es werden Entgleisungen von Elektrolyten (Kalium, Magnesium, Calcium) und/oder Neurotransmittern (GABA, Glutamat, etc.) diskutiert.

In Bezug auf Dopamin wird in der Literatur beschrieben, dass Alkohol sowohl eine stimulierende als auch hemmende Wirkung hat, je nach Dosis. Dies konnte auch in Tierversuchen bestätigt werden (Feuerlein, 1998). Bei chronischer Alkoholbelastung kann im Falle eines Alkoholentzugs das Dopaminsystem „aus

dem Gleichgewicht“ geraten und zu Halluzinationen oder Wahnsymptomen führen.

Auch das Alkoholverlangen, sogenanntes *Craving* könnte in Zusammenhang mit veränderten Dopaminsystemen stehen (Feuerlein, 1998).

Wetterling (1997) stellt die Überlegung auf, dass beim chronischen Alkoholismus eine Kompensation der Neurotransmitter im zentralen Nervensystem im Sinne einer „*Verringerung der Rezeptorendichte*“ erfolgt.

Wenn den Betroffenen nun der Alkohol entzogen wird, entsteht ein Entzugssyndrom, bei dem das neu gebildete kompensierte Neurotransmitter-Gleichgewicht gestört wird. Die wahrscheinliche Ursache der vegetativen Störungen ist eine Erhöhung des Noradrenalins, wie es beim einfachen Entzug der Fall ist. Wenn ein komplizierter Alkoholentzug in Erscheinung tritt, werden weitere Neurotransmittersysteme verändert und das ist am ehesten auf ein *Rebound Phänomen* zurückzuführen. Es handelt sich dabei um eine „*überschießende Gegenregulation nach Wegfall der meist supprimierenden*“ Alkoholwirkung.

Nach Lindenmeyer (1999) besitzt Alkohol eine 2-Phasenwirkung: Dies ist in Abb. 1 dargestellt.

Anfangs bewirkt Alkohol eine „angenehme Hauptwirkung“. Diese geht anschließend in eine „unangenehme Nebenwirkung“ über, die zwar eine geringere Ausprägung hat, aber länger anhält. Durch ständigen Alkoholkonsum entsteht ein „Auftürmen“ der Nebenwirkungen, die in Entzugserscheinungen münden können. Alkoholranke versuchen, diesen unangenehmen Auswirkungen zu entgehen, indem sie eine größere Trinkmenge konsumieren.

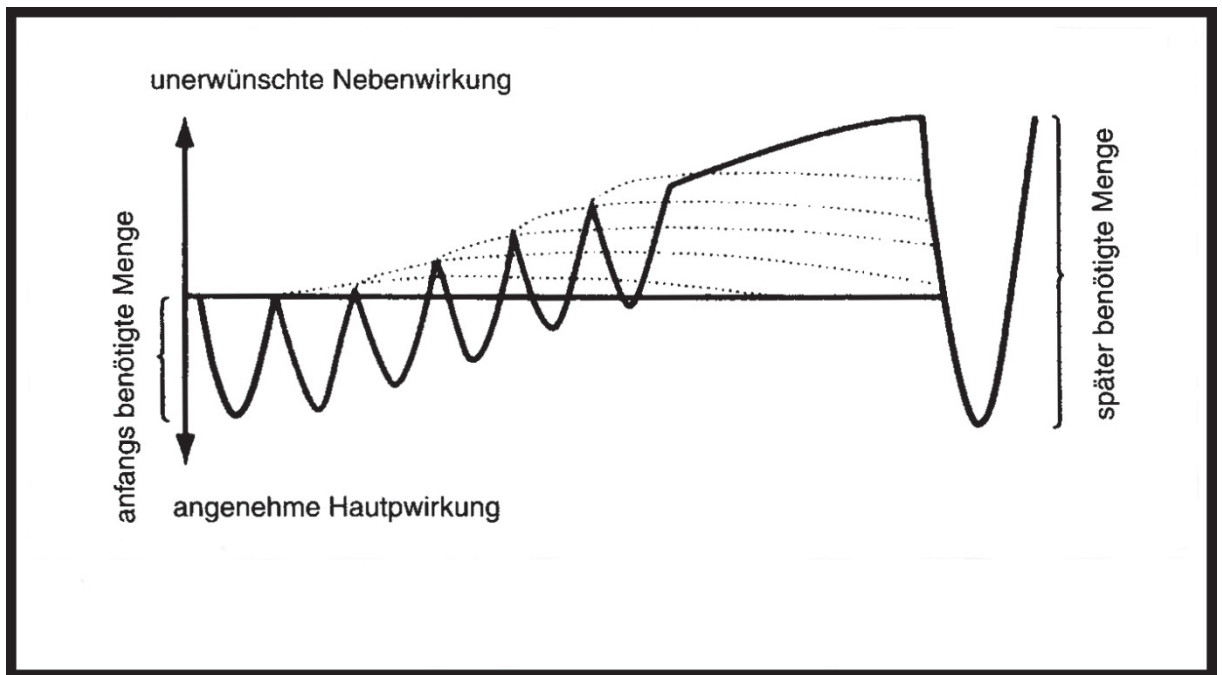


Abb. 1: Toleranzsteigerung bei Alkohol (Lindenmeyer, 1999)

1.1.9 Therapie

1.1.9.1 Akute Intoxikation

Nach Wetterling (1997) sollte bei einer schweren Alkoholintoxikation eine wichtige Sofortmaßnahme die Überwachung der Vitalparameter sein.

Diverse Leitlinien geben zusätzlich auch die Wichtigkeit der Messung von Blutzucker wegen Hypoglykämiegefahr und Bestimmung von CK wegen der Gefahr der Rhabdomyolyse an.

Dabei ist bei kardiopulmonalen Vorerkrankungen Diazepam oder Clonidin (besonders bei zusätzlicher Hypertonie) indiziert. Haloperidol bei Halluzinationen. Bei kardiopulmonal unauffälligen Patienten kann Clomethiazol oder Clonidin gegeben werden.

Häufig zum Einsatz kommen auch Vitamin B1 (Thiamin) 100mg/d zur Prophylaxe der Wernicke-Enzephalopathie oder eine Glucoseinfusion bei alkoholischer Ketoazidose.

1.1.9.2 Entzugsmedikation

Benkert und Hippus (2000) geben in ihrem Buch: „Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie“ eine Übersicht der Entzugsmedikation bei Alkoholismus.

Gängige Medikamente sind demnach vor allem:

- *Clomethiazol*
- *Benzodiazepine*
- *Clonidin*
- *Carbamazepin*
- *Neuroleptika*

Weitere Angaben zu den einzelnen Medikamenten entstammen u.a. Quellen von Gaebel et al. (2002), Benkert et al. (2000), Feuerlein et al. (1998) und Wetterling (1997), siehe Tabelle 2.

Clomethiazol:	Clomethiazol, auch bekannt unter dem Namen Distraneurin ist Mittel der ersten Wahl bei schweren Entzugssyndromen oder Delirien. Es verstärkt die Wirkung der hemmenden Transmitter GABA und Glycin und wirkt sedierend, hypnotisch und antikonvulsiv. Ferner kann es abhängig machen. In den USA ist Clomethiazol nicht zugelassen.
Benzodiazepine:	Benzodiazepine können als Alternative zu Clomethiazol bei Entzugssyndrom und Delirien gegeben werden. Besonders in den USA sind sie Mittel der ersten Wahl. Benzodiazepine interagieren mit bestimmten Benzodiazepinrezeptoren im Gehirn und verstärken die hemmende Wirkung GABAerger Neurone. Ein großes Risiko liegt auch hier in der Abhängigkeitsgefahr.
Clonidin:	Clonidin kann bei hypertonen oder tachykarden Kreislaufzuständen während des Entzugs verabreicht werden.
Carbamazepin:	Bei leichten bzw. mittelschweren Entzugssyndromen kann Carbamazepin eingesetzt werden. Eine delirverhütende Wirkung ist nicht gegeben.
Neuroleptika:	Neuroleptika können als zusätzliche Medikation bei alkoholbedingten Halluzinationen verordnet werden.

Tabelle 2: Gängige Entzugsmedikamente und deren Einsatz beim Alkoholentzug

Auch Antidepressiva wie z.B. Doxepin, können bei Alkoholentzugserscheinungen als Entzugsmedikament zum Einsatz kommen (Benkert et al., 2007).

1.2 Definition Komorbidität

Der Begriff Komorbidität kann bezeichnet werden als ein zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegendes, diagnostisch abgrenzbares Krankheits- oder Störungsbild.

In der Literatur wird häufig angegeben, dass Patientinnen und Patienten mit Störungen durch Alkohol eine enorme Anzahl zusätzlicher psychiatrischer

Störungen - Komorbiditäten – aufweisen (Hintz et al., 2004; Kapfhammer, 2004; Brienza et al., 2002; Morhart-Klute et al., 2002; Lieb et al., 2002; Ross, 1995). Deshalb ist es wichtig, diesen Punkt genauer zu untersuchen.

Auf die Wichtigkeit der Erforschung von Alkoholabhängigkeit und zugrundeliegenden Komorbiditäten weisen auch andere Autoren wie z.B. Assanangkornchai S. et al. (2007) in neueren Studien hin.

Neben Drogen- und Medikamentenmissbrauch oder der Nikotinabhängigkeit können u.a. vorkommen (nach Morhart-Klute et al., 2002; Lieb et al., 2002; Lindenmeyer, 1999):

- Angststörungen
- Schizophrenie
- affektive Störungen
- Borderlinestörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Suizidversuche

In Bezug auf Gender-Unterschiede zeigt sich, dass alkoholabhängige Frauen häufig zusätzliche Angst- und affektive Störungen aufweisen, während männliche Betroffene häufig eine antisoziale Persönlichkeitsstörung besitzen (Lindenmeyer, 1999).

2 Material und Methoden

2.1 Untersuchtes Patientenkollektiv

Die hier vorliegende Studie wird am LVR Klinikum Düsseldorf durchgeführt.

Die ausgewerteten Daten entstammen einem im Jahre 2003 durchgeführten *Benchmarking*-Projekt¹ und werden retrospektiv untersucht.

Die Stichprobe besteht aus 692 Patientinnen und Patienten, darunter 536 Männer und 156 Frauen, die an 9 Kliniken des Landschaftsverbands Rheinland (LVR)² akutstationär versorgt werden.

Zu Beginn jeder Behandlung wird entschieden, welche Patientinnen und Patienten in die *Benchmarking* Studie aufgenommen werden. Man orientiert sich an folgenden Einschlusskriterien:

- 1) Diagnose ICD10: F10.XX bei Aufnahme³
- 2) Patient > 18 Jahre und < 60 Jahre alt
- 3) mindestens eine Aufnahme innerhalb der letzten 12 Monate

Da es sich bei dieser Studie um eine Versorgungsstudie handelt, werden keine Ausschlusskriterien definiert.

Eine Übersicht der erhobenen Aufnahme-, Verlaufs- und Entlassungsvariablen geben Tabellen 3 und 4. Abbildung 2 zeigt, zu welchem Zeitpunkt die Daten erfasst werden.

¹ Bei „*Benchmarking* in der psychiatrischen Akutbehandlung“ handelt es sich um ein Modellprojekt im Klinikverbund, das von neun psychiatrischen Fachkliniken des Landschaftsverbandes Rheinland – LVR – umgesetzt wird. Im Rahmen des Verbundes sollen Behandlungsprozess und -ergebnis bei drei identifizierten Problemgruppen psychiatrischer Patienten mit Hilfe klinikübergreifenden *Benchmarkings* und Behandlungsoptimierung nach dem *Best-Practise-Modell* verbessert werden. Bei den drei Problemgruppen handelt es sich um Patienten, die mit Schizophrenie, Depression oder mit einer durch Alkohol bedingten Störung diagnostiziert werden. Diese Dissertationsarbeit beschäftigt sich ausschließlich mit den Daten der Studiengruppe 3: Durch Alkohol bedingte Störungen.

² B`bg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Essen, Köln, Langenfeld, M`gladbach, Viersen

³ 98,3% der im Datensatz vorhandenen Patienten werden nach ICD10: F10.XX diagnostiziert. Bei den verbleibenden 1,7% liegt eine andere Diagnose vor. Aus der Tatsache, dass die mit einer anderen Hauptdiagnose versehenen Patienten auf der Alkoholentzugsstation aufgenommen werden, schließen wir jedoch, dass diese zumindest als Nebendiagnose eine durch Alkohol bedingte Störung (ICD10: F10.XX) aufweisen. Aus diesem Grund werden diese Patienten in die Rechnung einbezogen. Bei der Aufnahmediagnose liegt kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern vor.

Allgemeine Aufnahme Variablen	Spezielle Aufnahme Variablen
<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosen bei Aufnahme - Rechtsgrundlage - Muttersprache - Formale Einweisung - Jahr der ersten psychiatrischen teil- oder vollstationären Behandlung - Anzahl der teil-/vollstationären Aufenthalte - Familienstand - Psychiatrische Erkrankung bei Erstgrad Familienangehörigen - Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) - Geschlecht - Geburtsjahr - Suizidversuch in der Vorgeschichte - Suizidversuch im Vorfeld der Aufnahme - Erhebliche Fremdaggression in der Vorgeschichte - Höchster erreichter Schulabschluss - Derzeitige berufliche Situation - Wohnsituation bei Aufnahme - CGI (<i>Clinical Global Impression Scale</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Art der Aufnahme - Psychiatrische Medikation vor Aufnahme - Psychiatrische Medikation unmittelbar nach Aufnahme - Drogenscreening - Atemalkohol - Trinktage/-mengen - Labordiagnostik - Frühere Entwöhnungsbehandlungen - Wartezeit bis zur Aufnahme

Tabelle 3: Übersicht über die erhobenen Aufnahmevariablen in der *Benchmarking* Studie

Verlaufs Variablen	Allgemeine Entlassungs-Variablen	Spezielle Entlassungs-Variablen
<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik - Psychotherapie - Probleme bei Psychotherapie - Psychiatrische Medikation - Somatische Medikation - CGI (<i>Clinical Global Impression Scale</i>) - Alkoholkonsum in der letzten Woche - sonstiger Suchtmittelmissbrauch in der letzten Woche 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosen - Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) - Diagnostik - Gesetzliche Betreuung - Rechtsgrundlagenanteile - Entlassung wg. mangelnder Motivation - Komplikationen während der Behandlung - Zufriedenheitsskala ZUF-8 - CGI - Teil-/Vollstationäre Weiterbehandlung - Ambulante Weiterbehandlung - Voraussichtliche Nachbetreuung - Wohnsituation bei Entlassung - Berufliche Situation - Anzahl der Konsile - Somatische Therapien - Psychiatrische Medikation - Somatische Medikation 	<ul style="list-style-type: none"> - Labordiagnostik - Sonstiger Suchtmittelmissbrauch in den letzten Wochen - Gründe für die Entlassung / den Abbruch - Alkoholkonsum in der letzten Woche - Lübecker Alkohol Screening Test (LAST) - ESA (Essener Selbstbeurteilung Alkoholentzugssyndrom)

Tabelle 4: Übersicht über die erhobenen Verlaufs- und Entlassungsvariablen in der *Benchmarking* Studie

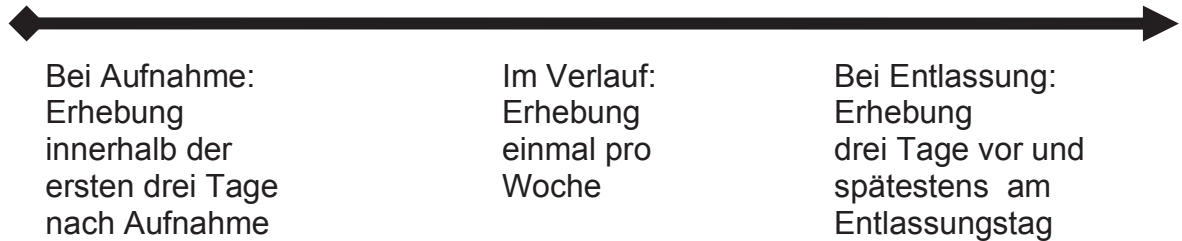


Abb. 2: Darstellung der Datenerhebungen als Zeitachse bei Aufnahme, Verlauf und Entlassung in der *Benchmarking* Studie

Die Datenerhebungen werden zur wissenschaftlichen Auswertung durchgeführt. Der Datenzugang beschränkt sich auf jeweils berechnigte Personen (Ärzte, Therapeuten, Pflegekräfte), die auch Dokumentation und Erfassung der Daten bei Aufnahme, im Verlauf und bei Entlassung vornehmen.

Die Daten werden in einer Auswertungsdatenbank der Kliniken des LVR (BADO⁴ Datenbank) gespeichert und zum Schutze der Patientinnen und Patienten vor der Weitergabe anonymisiert. Es liegen keine Angaben zu personenbezogenen Namen vor. Anstelle des Geburtsdatums wird nur das Geburtsjahr angegeben.

Die Verwendung der Daten hinsichtlich des Datenschutzes entsprechen den Datenschutzbestimmungen und den Behandlungsvereinbarungen der Kliniken des LVR.

2.2 Durchführung der Untersuchung

In der vorliegenden retrospektiven Studie soll geprüft werden, inwieweit das Geschlecht der Patientinnen und Patienten mit der Art der medikamentösen Alkoholvergiftung während einer akuten psychiatrischen Behandlung korreliert.

Um diese Frage prüfen zu können, werden bestimmte aus der *Benchmarking*-Studie stammende Daten hinsichtlich Gender-Unterschiede untersucht.

Tabelle 5 zeigt einen Überblick der verwendeten Variablen in unserer Studie.

⁴ BADO = Basisdokumentation: Die Kliniken des LVR setzen bereits seit 20 Jahren eine gemeinsame Basisdokumentation ein, die in Anlehnung an die Empfehlung der DGPPN für eine psychiatrische Basisdokumentation konstruiert wurde. Eine zentrale Datenbank im Gesundheitsdezernat ermöglicht einrichtungsübergreifende Datenauswertungen.

Die Auswertung wird wie folgt aufgebaut:

- 1) Es werden zunächst allgemeine soziodemographische Aspekte unter den Männern und Frauen verglichen.
- 2) Im weiteren Verlauf werden Art und Häufigkeit der Komorbiditäten bei Männern und Frauen untersucht.
- 3) Der nächste Punkt betrifft die Analyse der Entzugsmedikation und die Frage, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede oder Gemeinsamkeiten in der Verabreichung gibt.
- 4) In einem nächsten Schritt wird untersucht, inwieweit ein Zusammenhang zwischen gleicher Komorbidität der Geschlechter und der gewählten Entzugsmedikation besteht bzw. ob bei gleicher Komorbidität von Männern und Frauen unterschiedlich medikamentös therapiert wird.
- 5) Im abschließenden Teil der Auswertung werden Männer und Frauen mit identischen Komorbiditäten und gleicher Entzugsmedikation hinsichtlich der Stärke ihrer Entzugssymptomatik untersucht.

Verwendete Aufnahmevariablen	Verwendete Entlassungsvariablen
Diagnose inklusive Nebendiagnose	ESA (Essener Selbstbeurteilung Alkoholentzugssyndrom)
Familienstand	
Geschlecht	
Geburtsjahr	
Höchster erreichter Schulabschluss	
Derzeitige berufliche Situation	
Wohnsituation bei Aufnahme	
Psychiatrische Medikation unmittelbar nach Aufnahme	

Tabelle 5: Übersicht über die verwendeten Variablen für vorliegende Studie

2.3 Statistische Auswertung

Zu Beginn der Auswertung erfolgt die Untersuchung der soziodemographischen Daten hinsichtlich Gender-Unterschiede. Um das Durchschnittsalter der Geschlechter zu vergleichen, wird der T-Test angewendet.

Weitere soziodemographische Daten, wie Familienstand, Wohnsituation, Schulabschluss und berufliche Situation werden mittels des Chi Quadrat Tests oder, falls aufgrund zu geringer Beobachtungen innerhalb einzelner Kategorien erforderlich, des exakten Tests nach Fisher statistisch untersucht.

In einem nächsten Schritt untersuchen wir in der Stichprobe geschlechterspezifisch Art und Häufigkeit der Komorbiditäten mithilfe des Chi Quadrat Tests.

Im Weiteren wird die Entzugsmedikation nach Aufnahme hinsichtlich des Geschlechts untersucht. Zunächst wird überprüft, ob bei der Verabreichung von nur einem Medikament nach Aufnahme Unterschiede vorliegen, anschließend ob Unterschiede bei Gabe von zwei Medikamenten nach Aufnahme vorkommen. Ergänzend wird eine Analyse hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede bei der Gabe von mindestens einmal Antidepressiva nach Aufnahme durchgeführt. Die Signifikanz wird anhand des Chi Quadrat Tests gemessen.

Die Klärung der Frage, ob geschlechtsspezifische Unterschiede bei Gabe von Entzugsmedikation auch vorliegen, wenn Männer und Frauen identische Komorbiditäten haben, erfolgt in einem nächsten Schritt mit dem Chi Quadrat Test.

Letztlich wird untersucht, ob Männer und Frauen mit derselben Entzugsmedikation und identischen Komorbiditäten unterschiedliche Entzugssymptome aufweisen. Zur Untersuchung wird die Entlassungsvariable „Essener Selbstbeurteilung Alkoholentzugssyndrom“ (ESA-Test, siehe Anhang) ausgewertet und eine Varianzanalyse mit der abhängigen Variable ESA Wert durchgeführt. Es werden Mittelwerte für die jeweiligen Geschlechter in Bezug auf die Entzugssymptomatik bei gleicher Medikation und identischen Komorbiditäten errechnet.

Bei allen Tests wird das Signifikanzniveau mit $p = 0,05$ festgelegt. Die statistischen Analysen werden mit der *Software* SPSS für Windows ausgeführt.

3 Ergebnisse

Es werden folgende Moderatorvariablen hinsichtlich ihres Einflusses auf mögliche Genderunterschiede in der Behandlung akuter Entzugssymptome untersucht:

- Soziodemographische Daten
- Komorbiditäten
- Entzugsmedikation
- Entzugsmedikation bei gleichen Komorbiditäten
- Entzugssymptomatik bei gleichen Komorbiditäten und identischer Medikation

Die nachfolgenden Ergebnisse werden für Männer und Frauen im Vergleich dargestellt.

3.1 Soziodemographische Daten

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung ist festzuhalten, dass Männer mit 77% die Mehrheit im Datensatz bilden (vgl. Abb. 3).

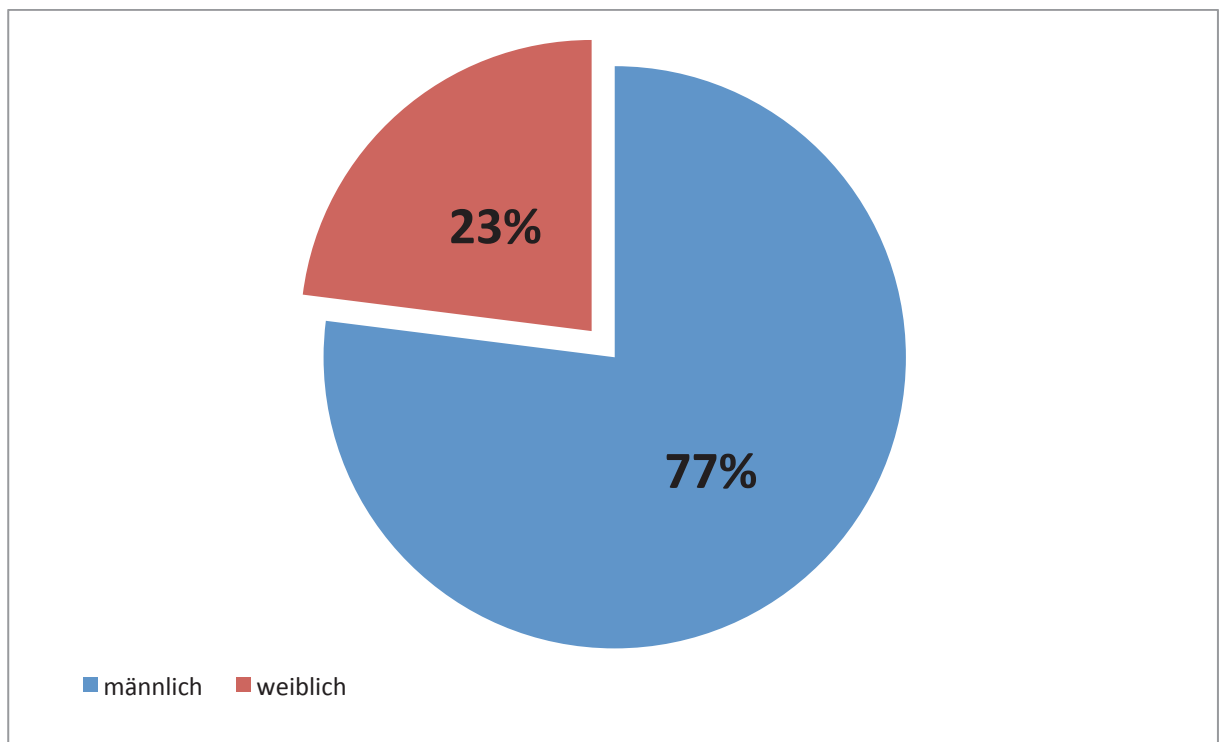


Abb. 3: Geschlechterverteilung. N = 692.

In Bezug auf das Alter besteht kein signifikanter Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Patienten, im Durchschnitt beträgt das Alter der Patienten sowohl bei Männern als auch bei Frauen 44 Jahre. (vgl. Abb. 4).

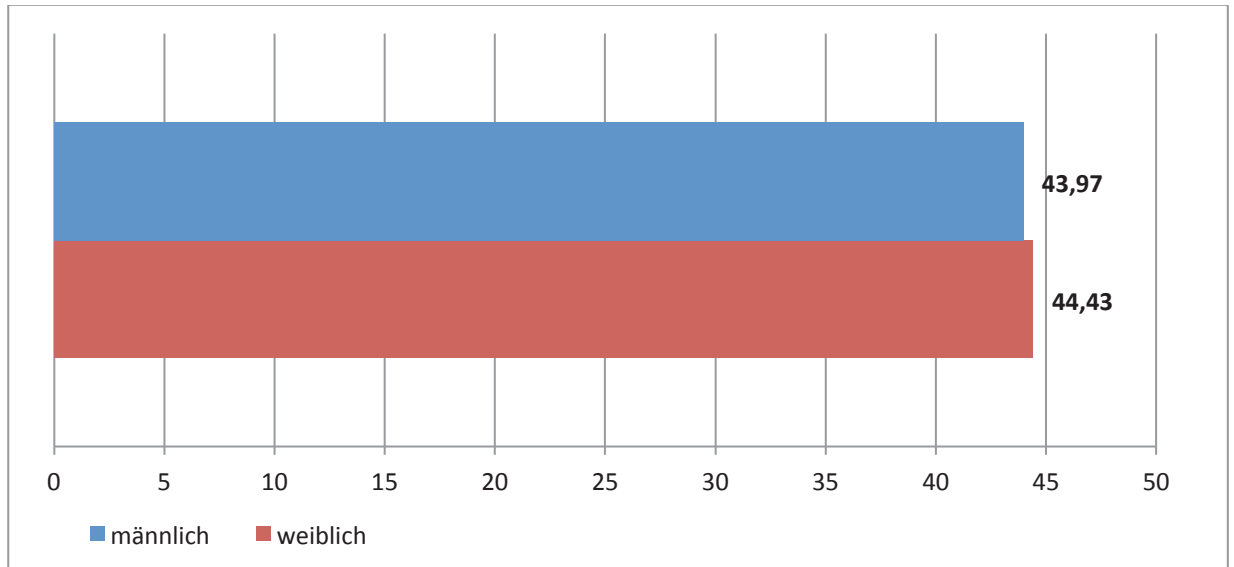


Abb. 4: Durchschnittsalter der Patienten nach Geschlechtern. (T-Test für die Mittelwertgleichheit, p-Wert = 0,968). N = 692.

Beim Familienstand zeigen sich signifikante Gender-Unterschiede. Deutlich mehr Männer im Datensatz sind geschieden oder verwitwet, während die Mehrzahl der Frauen ledig oder verheiratet ist (vgl. Abb. 5).

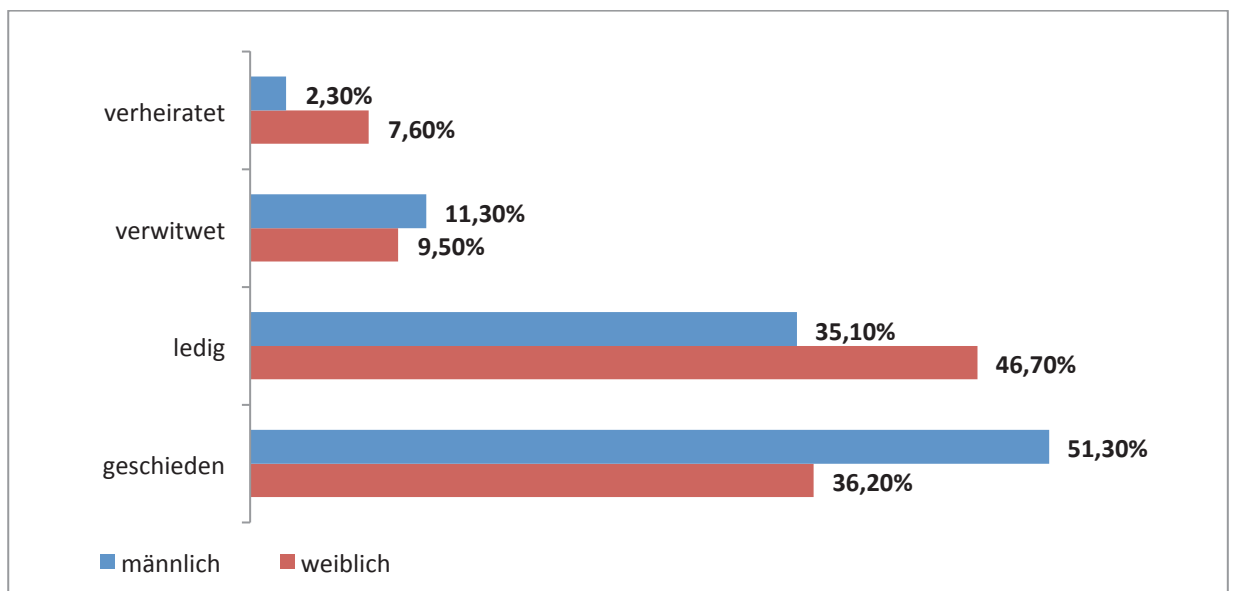


Abb. 5: Familienstand nach Geschlechtern (Chi Quadrat Test, Signifikanz: p-Wert = 0,007). N = 370 (Daten der Kategorie „keine Angabe zum Familienstand“ werden im Chi Quadrat Test nicht berücksichtigt).

Auch bei der Wohnsituation können signifikante Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht beobachtet werden. Mehr Männer im Datensatz leben alleine, in einer Notunterkunft oder sind obdachlos. 45,3% der Frauen leben in einer Partnerschaft oder in einer Familiengemeinschaft, während nur 30,5% der Männer in einer Gemeinschaft wohnen (vgl. Abb. 6).

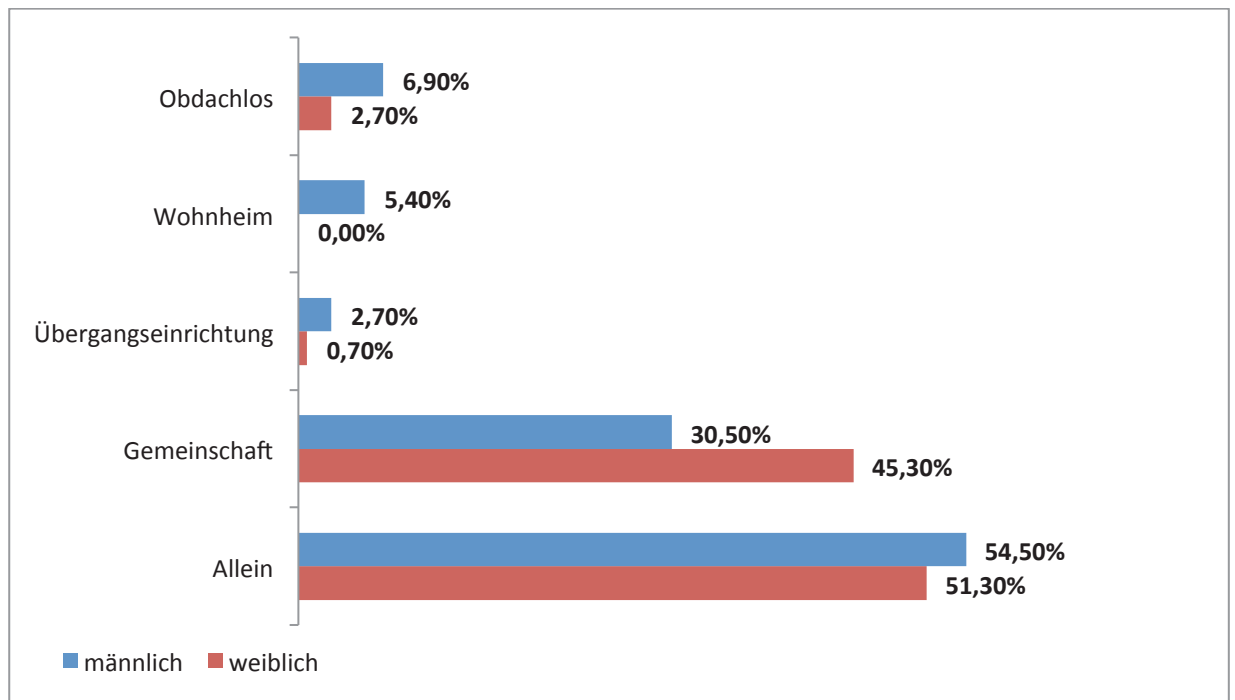


Abb. 6: Wohnsituation nach Geschlechtern (Chi Quadrat Test, Signifikanz: p-Wert nahe Null). N = 671 (Daten der Kategorie „keine Angabe zur Wohnsituation“ werden im Chi Quadrat Test nicht berücksichtigt).

Bei Untersuchung der Schulabschlüsse zeigt sich, dass mehr Männer als Frauen entweder einen Hauptschulabschluss oder keinen Abschluss haben. Mehr Frauen als Männer haben die Fachoberschulreife. Ein höherer Anteil der Männer hat allerdings die Fachhochschul- bzw. Hochschulreife (vgl. Abb. 7).

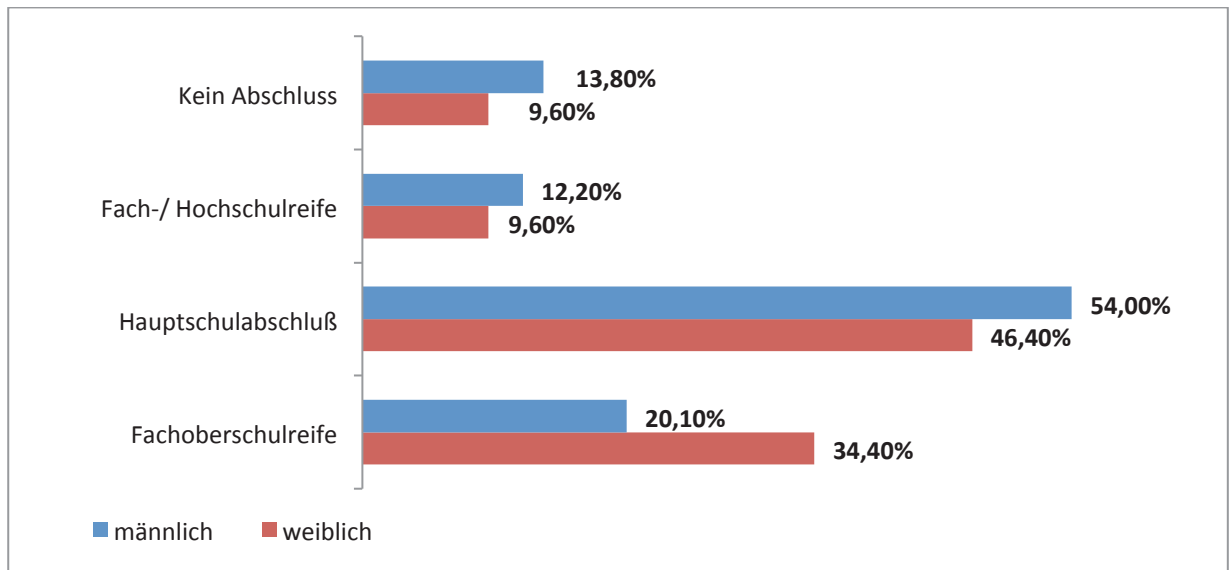


Abb. 7: Schulabschlüsse nach Geschlechtern (Chi Quadrat Test, Signifikanz: p-Wert = 0,009). N = 568 (Daten der Kategorie „Keine Angabe“ werden im Chi Quadrat Test nicht berücksichtigt).

Hinsichtlich der beruflichen Situation lässt sich festhalten, dass ein deutlich höherer Prozentsatz der Männer im Datensatz arbeitslos ist, während weitaus mehr Frauen als Männer hauptberuflich im Haushalt tätig sind (vgl. Abb. 8).

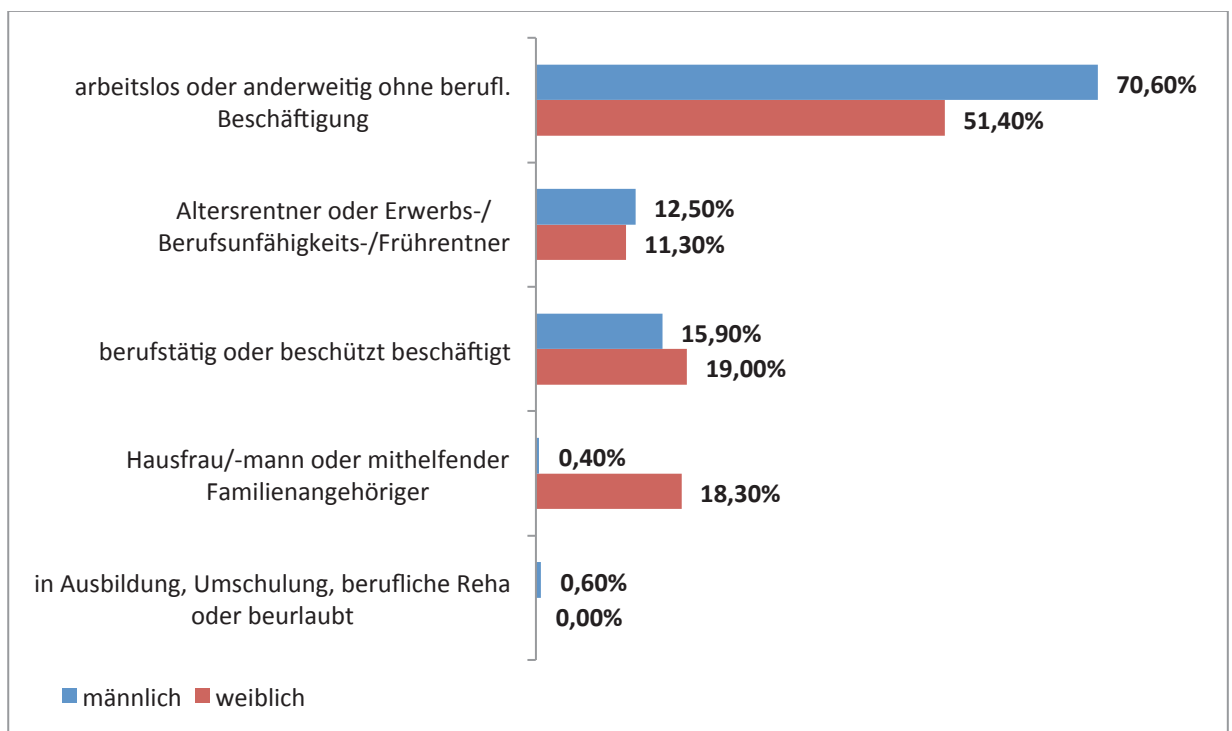


Abb. 8: Berufliche Situation nach Geschlechtern (Exakter Test nach Fisher, Signifikanz: p-Wert < 0,0001). N = 639 (Daten der Kategorie „Keine Angabe“ werden im Chi Quadrat Test nicht berücksichtigt).

3.2 Komorbiditäten

Bei der Analyse der diagnostizierten Komorbiditäten zeigt sich, dass ein signifikant höherer Anteil der Frauen im Datensatz Komorbiditäten aufweist (vgl. Abb. 9).

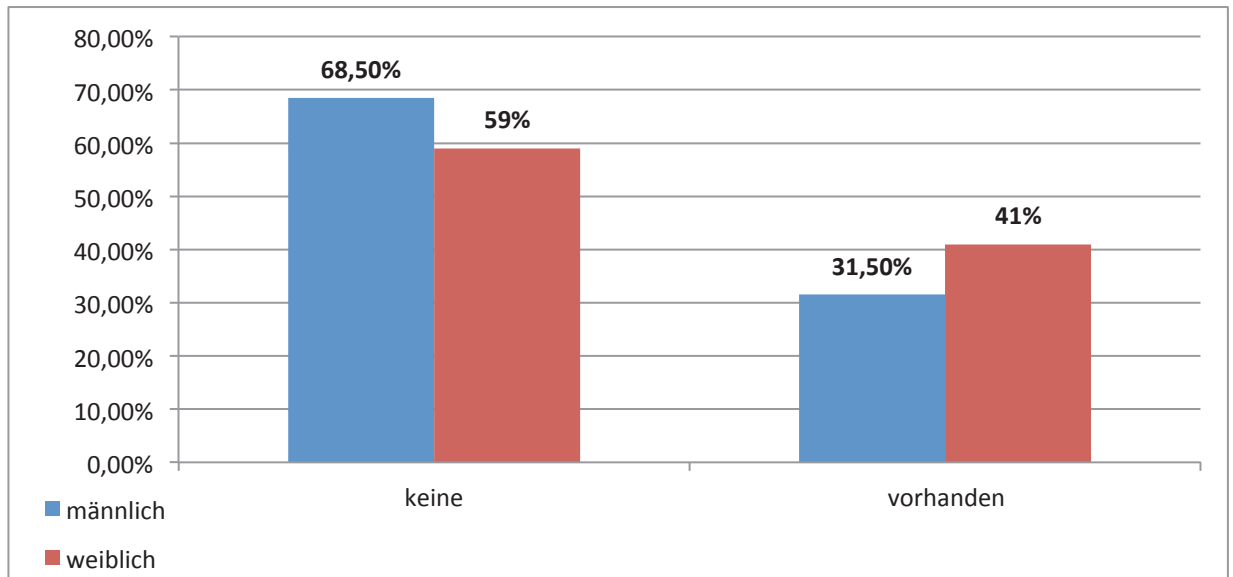


Abb. 9: Diagnostizierte Komorbiditäten nach Geschlechtern (Chi Quadrat Test, Signifikanz: p-Wert = 0,027). N = 692.

In Bezug auf Komorbidität ICD-10: F3: Affektive Störungen oder Komorbidität ICD-10: F4: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen ist zu beobachten, dass ein signifikant höherer Anteil der Frauen im Datensatz Komorbiditäten im Bereich F3 und F4 aufweist (vgl. Abb. 10).

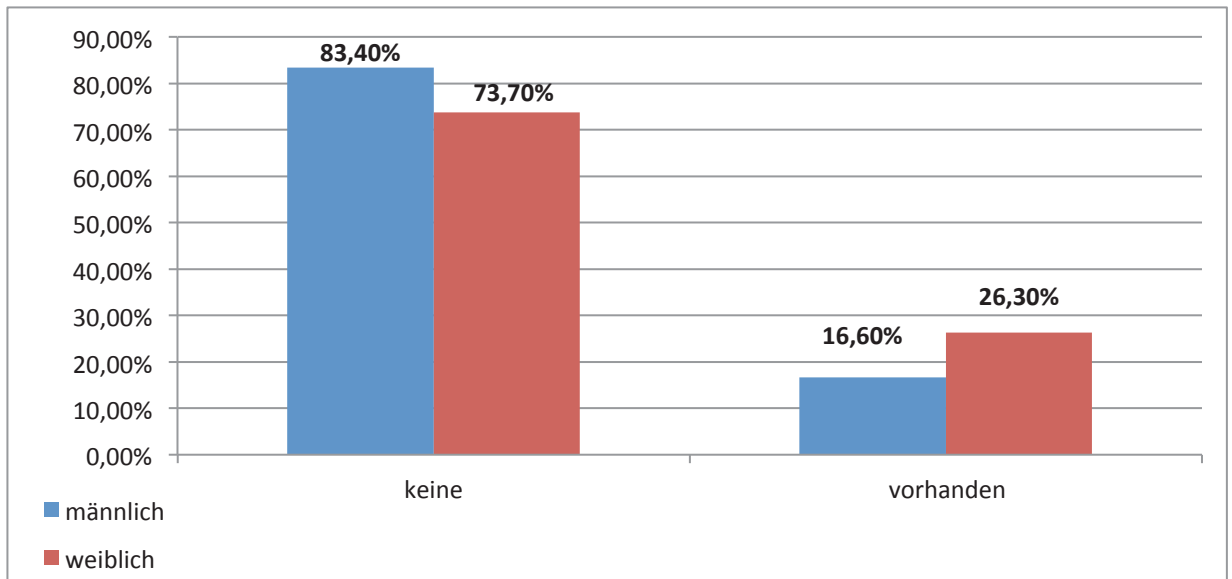


Abb. 10: Komorbidität ICD-10: F3: Affektive Störungen oder Komorbidität ICD-10: F4: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen nach Geschlechtern (Chi Quadrat Test, Signifikanz: p-Wert = 0,006). N = 692.

Hinsichtlich der Komorbidität ICD-10: F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren ist festzuhalten, dass ein signifikant höherer Anteil der Frauen im Datensatz die Komorbidität F5 aufweist (vgl. Abb. 11).

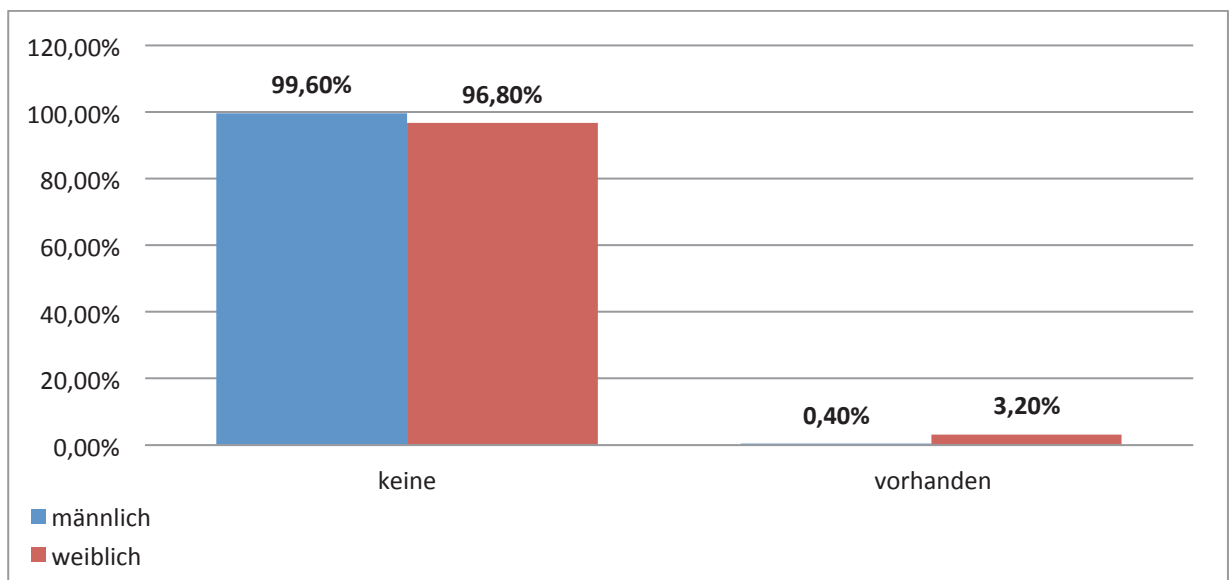


Abb. 11: Komorbidität ICD-10: F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren nach Geschlechtern (Exakter Test nach Fisher, Signifikanz: p-Wert = 0,008). N = 692.

Komorbidity ICD-10: F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Bei den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sind prozentual mehr Frauen betroffen, jedoch ergeben sich aus den statistischen Berechnungen keine signifikanten Werte, sodass auf eine grafische Darstellung verzichtet wird.

Komorbidity somatische Krankheiten

Mehr Männer als Frauen entwickeln somatische Komorbiditäten. Allerdings sind keine signifikanten Werte gegeben, sodass auf eine grafische Darstellung verzichtet wird.

3.3 Medikation

3.3.1 Medikation nach Aufnahme

Es werden die Art und Anzahl der Entzugsmedikation von Männern und Frauen nach Aufnahme geschlechtsspezifisch untersucht. Zu diesem Zweck wird ein Chi Quadrat Test durchgeführt.

Zur Durchführung des Tests werden folgende Kategorien gebildet:

- Monotherapie
 - **Kategorie 1:** „Nur Clomethiazol“
 - **Kategorie 2:** „Nur Benzodiazepin“
 - **Kategorie 3:** „Nur Carbamazepin“ (Carbamazepin bzw. Oxcarbazepin)
 - **Kategorie 4:** „Nur Neuroleptika“
 - **Kategorie 5:** „Nur Antidepressiva“
- Zwei Medikamente
 - **Kategorie 6:** „Antidepressiva + ...“ (Clomethiazol und Antidepressiva, Benzodiazepin und Antidepressiva, Carbamazepin und Antidepressiva)
 - **Kategorie 7:** „Zwei Medikamente ohne Antidepressiva“ (Clomethiazol und Benzodiazepin, Clomethiazol und Carbamazepin, Clomethiazol und Neuroleptika, Benzodiazepin

und Carbamazepin, Benzodiazepin und Neuroleptika,
Carbamazepin und Neuroleptika).

Auf eine detailliertere Aufgliederung der Kategorien 6 und 7 wird im Chi-Quadrat-Test bewusst verzichtet, da die Anzahl der Beobachtungen pro Kategorie ansonsten zu gering für die statistische Validität des Tests wäre. Daten der Kategorien „Sonstige Entzugsmedikation“ und „keine Entzugsmedikation“ werden im Chi Quadrat Test nicht berücksichtigt, sodass $N = 549$. Die in Kategorie 6 grundsätzlich ebenfalls mögliche Kombination „Antidepressivum und Neuroleptika“ war im Datensatz nicht zu beobachten.

Der Test zeigt signifikante Ergebnisse (vgl. Abb. 12). Ein größerer Anteil der Männer im Datensatz erhält bei Behandlung mit nur einem Medikament die Standardmedikation Clomethiazol oder Benzodiazepine, während Frauen monotherapeutisch häufiger mit Antidepressiva behandelt werden. Bei der Behandlung mit zwei Medikamenten erhalten Frauen ebenfalls deutlich häufiger Antidepressiva als Männer. Ein Post-Hoc-Test ergibt außerdem, dass sich innerhalb der Kategorien 5 („nur Antidepressiva“) und 6 („Antidepressiva + ...“) die Anteile von Männern und Frauen auf dem 5%-Niveau signifikant voneinander unterscheiden.

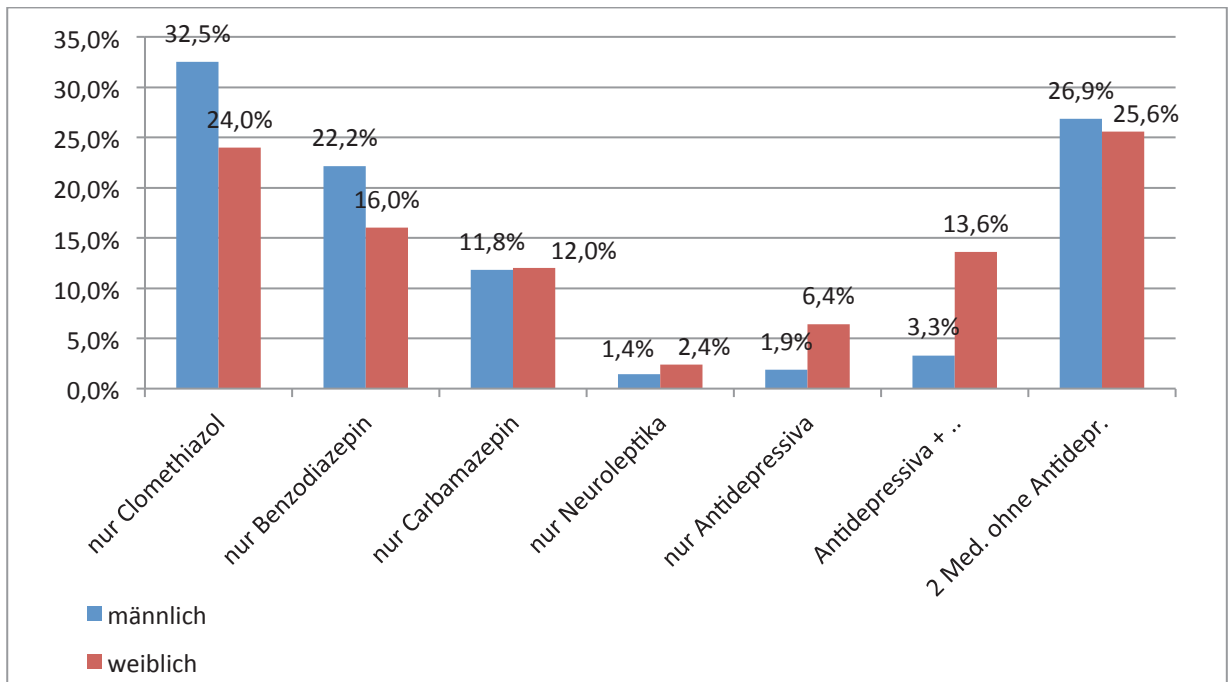


Abb. 12: Medikation nach Aufnahme nach Geschlechtern (Chi Quadrat Test, Signifikanz: p-Wert < 0,0001). N = 549.

3.3.2 Mindestens einmal verabreichte Medikation nach Aufnahme

Es wird untersucht, ob bei Medikation, welche nach Aufnahme mindestens einmal verabreicht wird, signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen. Hierzu wird für die folgenden Medikationen jeweils ein Chi Quadrat Test durchgeführt:

- Antidepressiva
- Benzodiazepine
- Carbamazepin
- Distraneurin
- Niederpotente Neuroleptika
- Hochpotente Neuroleptika

Nur bei der Gabe von mindestens einmal Antidepressiva nach Aufnahme kann ein signifikanter Unterschied verzeichnet werden. Auf eine grafische Darstellung der Ergebnisse der Chi Quadrat Tests der anderen Medikationen wird daher verzichtet.

Medikation nach Aufnahme: Mindestens einmal Antidepressivagabe

Die Werte zeigen, dass mehr Frauen als Männer nach Aufnahme mindestens einmal mit Antidepressiva behandelt werden (vgl. Abb. 13).

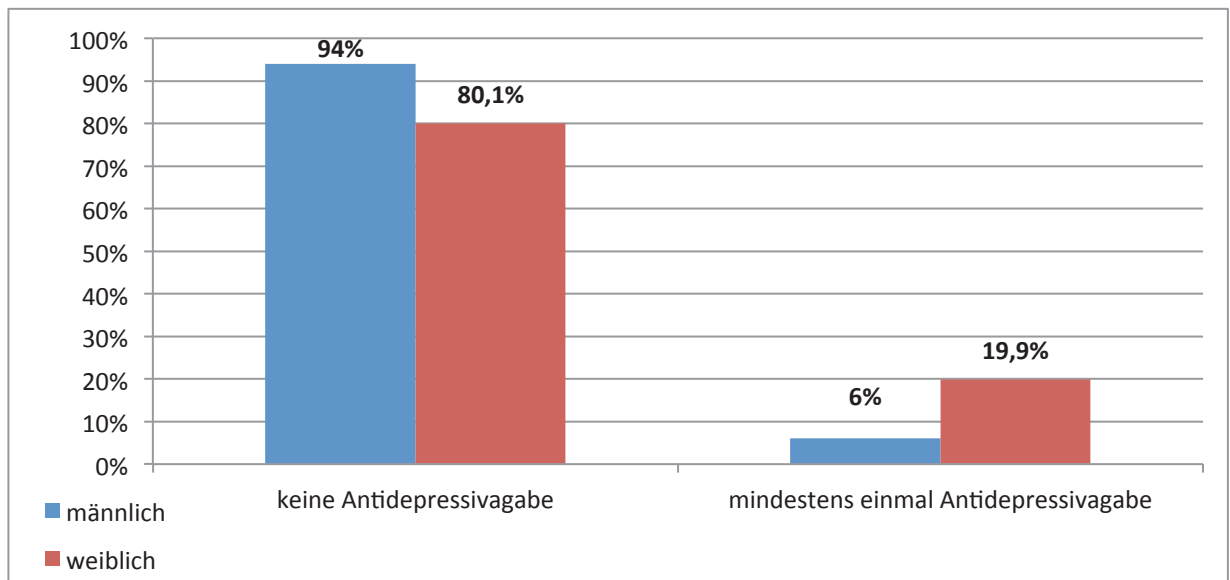


Abb. 13: Medikation nach Aufnahme (mindestens einmal Antidepressiva) nach Geschlechtern (Chi Quadrat Test, Signifikanz: p-Wert nahe Null). N = 692.

3.4 Medikation bei Alkoholentzug und Komorbiditäten

Es wird untersucht, ob beim Vorliegen gleicher Komorbiditäten bei den Geschlechtern Unterschiede hinsichtlich der medikamentösen Therapie feststellbar sind. Hierzu wird für die folgenden Untergruppen des Datensatzes jeweils ein Qui Quadrat Test durchgeführt:

- Patientinnen und Patienten, die „allgemein“ Komorbiditäten aufweisen
- Patientinnen und Patienten, die „speziell“ Komorbiditäten im Bereich F3 oder F4 aufweisen

In den folgenden zwei Grafiken sind die Ergebnisse der Chi Quadrat Tests dargestellt.

Komorbiditäten allgemein und mindestens einmal Antidepressivagabe nach Aufnahme

Der Anteil betroffener Frauen, die allgemein Komorbiditäten aufweisen und mindestens einmal Antidepressiva nach Aufnahme bekommen haben, ist höher als der Anteil betroffener Männer mit den gleichen Kriterien (vgl. Abb. 14).

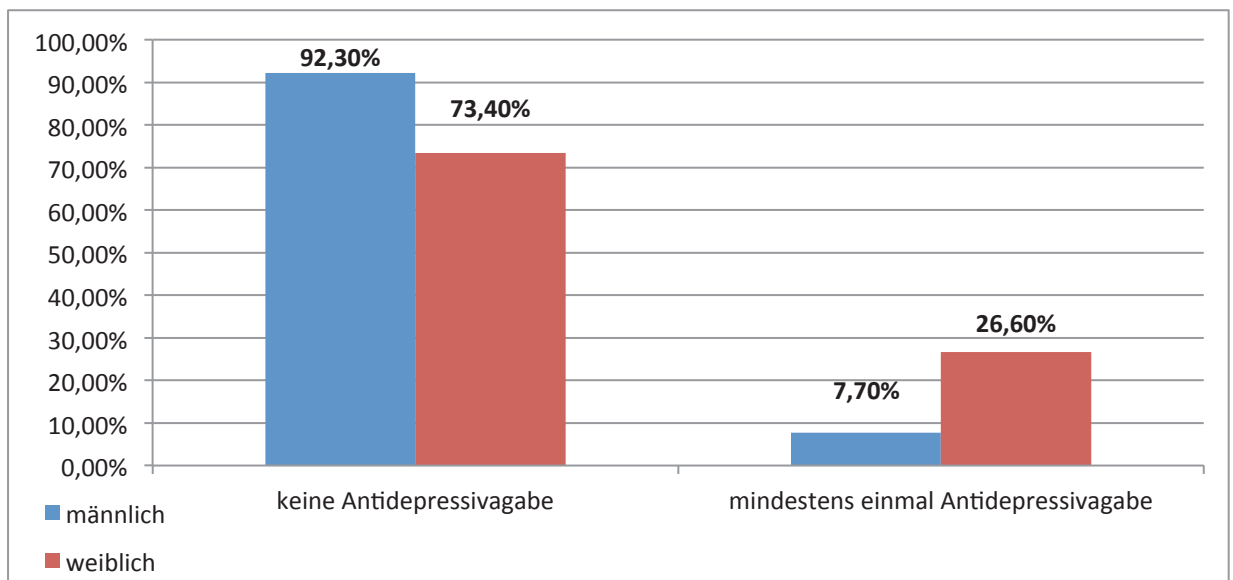


Abb. 14: Komorbiditäten allgemein und mindestens einmal Antidepressivagabe nach Aufnahme nach Geschlechtern (Chi Quadrat Test, Signifikanz: p-Wert nahe Null). N = 233.

Komorbidität F3 oder F4 und mindestens einmal Antidepressivagabe nach Aufnahme

Betroffene Frauen mit gleichzeitig bestehender Komorbidität F3 oder F4 erhalten nach Aufnahme signifikant häufiger mindestens einmal Antidepressiva als betroffene Männer mit identischen Komorbiditäten (vgl. Abb. 15).

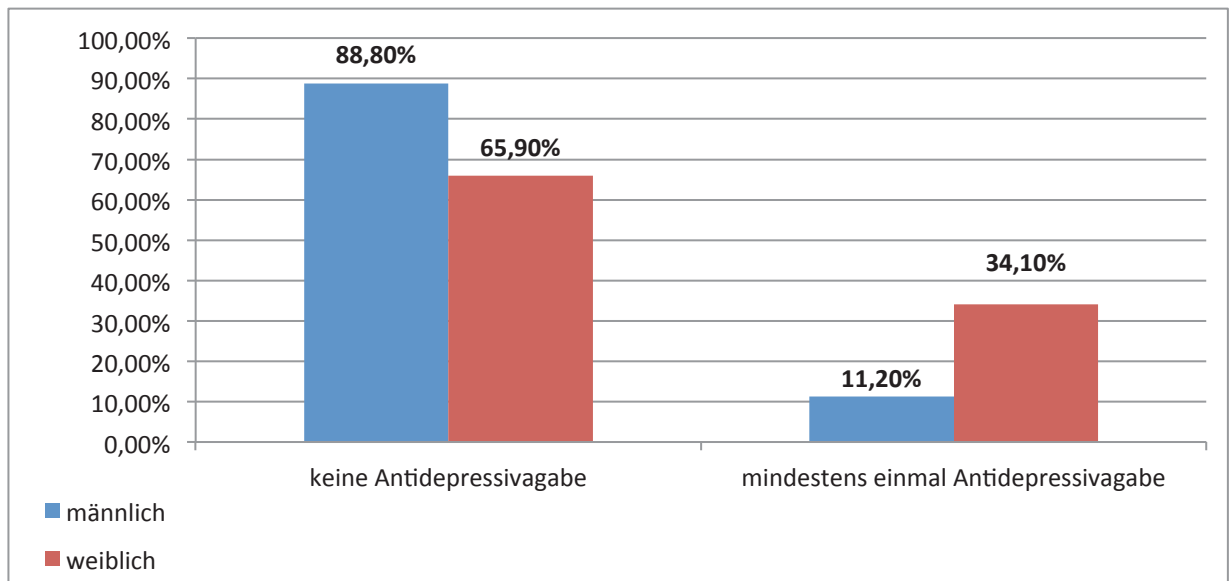


Abb. 15: Komorbidität F3 oder F4 und mindestens einmal Antidepressivagabe nach Aufnahme nach Geschlechtern (Chi Quadrat Test, Signifikanz: p-Wert = 0,002). N = 130.

3.5 ESA

Es wird geprüft, ob beim Vorliegen gleicher Komorbiditäten (F3 oder F4) und gleicher Medikation (Antidepressiva) der betroffenen Männer und Frauen ein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Entzugssymptomatik vorliegt.

Hierzu wird eine Varianzanalyse mit der abhängigen Variable „ESA-Wert“ durchgeführt. Der ESA-Wert gibt den Grad der Entzugssymptomatik an. Je höher die Punktzahl, desto gravierender die Entzugssymptomatik.

Bei betroffenen Frauen mit Komorbidität F3 oder F4, die mindestens einmal Antidepressiva nach Aufnahme bekommen haben, zeigt sich im Vergleich zu den Männern - selbst beim Vorliegen identischer Komorbiditäten und gleicher Medikation - ein höherer ESA-Wert. Eine Signifikanz in Bezug auf Unterschiede im Grad der Entzugssymptomatik (ESA-Wert) lässt sich jedoch nicht nachweisen (vgl. Abb. 16).

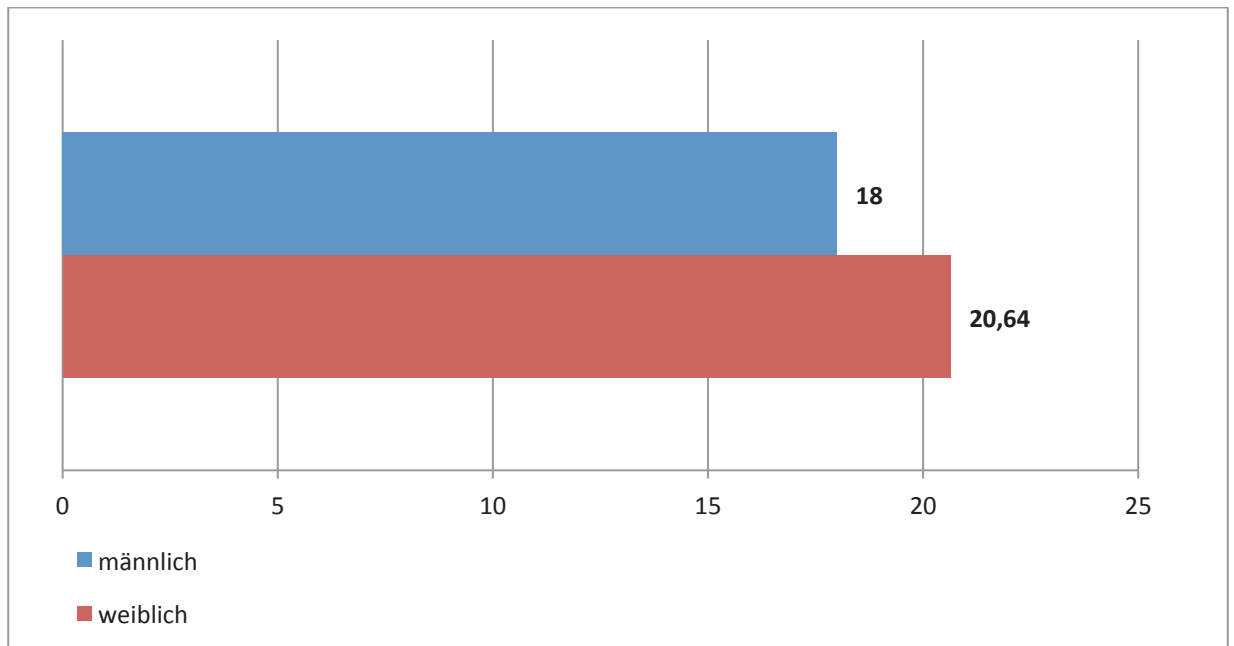


Abb. 16: ESA Wert bei Komorbidität F3 oder F4 und mindestens einmal Antidepressivagabe nach Aufnahme nach Geschlechtern (Varianzanalyse, Signifikanz: p-Wert = 0,684). N = 24.

4 Diskussion

4.1 Soziodemographische Daten

Hinsichtlich soziodemographischer Daten zeigt sich, dass die Altersverteilung der untersuchten Patientinnen und Patienten einem Durchschnittsalter von 43 bis 45 Jahren entspricht, was sich in etwa mit vorausgegangenen aktuellen Studien (Morhart-Klute, 2002; Kelly et al., 2002; Vogt, 2000; Caetano et al., 1998; Davidson et al., 1998) deckt. Singer (2002) beschreibt jedoch den Beginn der Alkoholabhängigkeit bei einem Durchschnittsalter von 30 Jahren. Nach Battegay et al. (1970) liegt der Altersgipfel stationär behandelter Frauen zwischen 46-55 Jahren (26,9%) bzw. zwischen 36-45 Jahren (25,6%). Das Durchschnittsalter der Männer liegt nach Battegay bei 56 Jahren und älter (29,9%) und in ca. 21% bei 36-45 Jahren.

In Bezug auf den Familienstand kann in der Literatur folgendes gefunden werden: Walitzer (2006) schreibt, dass für Frauen die Ehe oder Ehekonflikte Risikofaktoren für erneuten Alkoholkonsum darstellen, während bei Männern die Rückfallquote für Alkoholkonsum durch die Ehe vermindert wird, also eine Prävention darstellt. Auch Schwarting (2007) stellt fest, dass Spannungen in Partnerschaften Ursachen von Suchterkrankungen bei Frauen sein können. Battegay (1970) berichtet, dass es sich beim Familienstand von stationär behandelten alkoholsüchtigen Frauen zum größten Teil um verheiratete Frauen handelt (32,5%).

In unserem Datensatz zeigt sich, dass betroffene Männer und Frauen nur selten verheiratet sind. Unter den Betroffenen, die in einer Ehe leben, überwiegen allerdings die Frauen.

Bezüglich der beruflichen Situation zeigt sich in unserem Datensatz ein überdurchschnittlich hoher Anteil an Patientinnen und Patienten, die entweder arbeitslos- oder im Haushalt tätig sind. Dabei ist der Anteil der arbeitslosen Männer höher als der Anteil der Frauen. Weitaus mehr Frauen als Männer sind hauptberuflich im Haushalt tätig. Gleiche Ergebnisse hat auch Engels (2005). Allerdings ist unseres Erachtens davon auszugehen, dass dieses Verhältnis der

Geschlechter auch unter nicht Betroffenen zu beobachten ist. In Bezug auf die Beobachtung, dass mehr Männer als Frauen im Datensatz arbeitslos sind, wäre interessant zu wissen, ob die statistischen Ergebnisse mit der Rollenverteilung und Identität von Mann und Frau in der Gesellschaft korrelieren und inwiefern sich dies auf das Trinkverhalten der Geschlechter auswirkt. Die vorliegende Arbeit könnte als Anregung zu weiteren Studien hinsichtlich dieser Thematik dienen. Schwarting (2007) berichtet in diesem Zusammenhang z.B. folgendes: *„Der Bereich der Erwerbstätigkeit nimmt im Leben und für die Identitätsbildung von Männern traditionell einen hohen Stellenwert ein. Er sei eng an das männliche Selbstwertgefühl geknüpft, das sich vergleichsweise weniger auch aus anderen Quellen speise, etwa der Übernahme häuslicher Verantwortung oder der Vaterrolle. Arbeitslosigkeit sei – als Verunsicherung und Entwertung auch der männlichen Identität – bei einem Teil der Männer bereits Mitursache der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Außerdem würden suchtkranke Männer im Arbeitsbereich einen größeren Belastungsfaktor sehen als suchtkranke Frauen, die für sich eher Partnerschaft oder soziale Beziehungen als zentrale Problembereiche sähen.“*

Bei Analyse der Wohnsituation zeigt sich, dass betroffene Männer häufiger alleine leben oder obdachlos sind (siehe Abb. 6), Frauen hingegen häufiger in einer Familie oder Partnerschaft leben. Es zeigt sich ein genderspezifischer Unterschied von 14,8%. Den Ergebnissen zufolge könnte bei den betroffenen Männern eine Korrelation zwischen dem Leben ohne Partner bzw. dem Allein sein und der Entwicklung einer Störung durch Alkohol bestehen. Ein kausaler Zusammenhang lässt sich aus den Daten jedoch nicht ableiten.

Bei Untersuchung der Schulabschlüsse haben mehr Männer als Frauen keinen Abschluss (siehe Abb. 7). Vogt (2000) findet entgegengesetzte Ergebnisse. Der Anteil der Männer die einen Hauptschulabschluss erreichen, ist sowohl in unserer Studie, als auch bei Vogts Recherchen im Vergleich zu den Frauen höher (Männer: 54% > Frauen: 46,4%). Wir finden außerdem, dass mehr Frauen als Männer die Fachoberschulreife erlangen (Frauen: 34,4% > Männer: 20,1%) und mehr Männer als Frauen die Fachhochschulreife (Männer: 12,2% > Frauen: 9,6%). Nach Engels (2005) zeigt die Schulbildung kaum

geschlechtsspezifische Unterschiede. Nach Schwarting (2005) haben betroffene Frauen in der Regel höhere Bildungsabschlüsse als die Männer.

4.2 Komorbiditäten

In der Literatur finden wir, dass psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol häufig mit Komorbiditäten einhergehen (Hintz et al., 2004; Kapfhammer, 2004; Morhart-Klute et al., 2002; Lieb et al., 2002; Brienza et al., 2002; Ross, 1995). Auf die Wichtigkeit einer möglichen Korrelation zwischen Alkoholabhängigkeit und zugrundeliegenden Komorbiditäten weisen auch Autoren wie z.B. Assanangkornchai S. et al. (2007) in neueren Studien hin. Vor diesem Hintergrund beziehen wir Komorbiditäten der Patientinnen und Patienten als mögliche Einflussfaktoren im Hinblick auf genderspezifische Unterschiede in unsere Analysen mit ein. Die Untersuchung der Komorbiditäten bei Patientinnen und Patienten mit Störungen durch Alkohol zeigt signifikante Unterschiede im Geschlechtervergleich. Unseren Ergebnissen zufolge weisen Frauen mehr Komorbiditäten auf als Männer (siehe Abb. 9), insbesondere komorbide affektive Störungen oder Angststörungen (siehe Abb. 10) sowie komorbide Essstörungen (siehe Abb.11). Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass der Ausprägungsgrad der komorbiden affektiven Störungen, bei der eine Einteilung in „leicht“, „mittel“ und „schwer“ möglich ist, nach unseren Analysen bei Männern und Frauen keinen signifikanten Unterschied zeigt.

Unsere Ergebnisse stimmen überwiegend mit denen anderer Autoren überein. Schon Ross (1995) berichtet, dass über die Hälfte der Menschen mit Störungen durch Alkohol zusätzliche Komorbiditäten aufweisen, überwiegend Frauen. Dies bestätigt auch Hintz et al. (2004). Er gibt außerdem an, dass es sich bei den Komorbiditäten hauptsächlich um affektive- oder Angststörungen handelt, was sich mit den Ergebnissen unserer Studie deckt. Gleiche Ergebnisse finden auch Soyka (2004), Lieb et al. (2002) und Brienza et al. (2002).

Es stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage, ob die bei den Betroffenen diagnostizierten Störungen durch Alkohol ursächlich entstehen, oder möglicherweise erst sekundär im Rahmen einer depressiven Episode auftreten.

Hintz et al. (2004) berichten hierzu, dass psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol primär entstehen, während sich affektive Störungen meist sekundär entwickeln. In unserer Studie werden die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol als Primär Diagnosen definiert, während affektive Störungen als Nebendiagnosen kodiert werden. Dabei ist festzuhalten, dass lediglich 2,2 % der Patientinnen und Patienten in unserer Stichprobe, die bei Aufnahme mit F10.XX diagnostiziert werden, bei Entlassung zu einer Diagnose im Bereich affektive Störungen wechseln. Eine Studie von Dixit (2000) zeigt im Hinblick auf Gender-Unterschiede, dass Depressionen beim weiblichen Geschlecht am ehesten im Vorfeld ihrer Alkoholsucht entstehen, während Männer diese erst im Verlauf der Alkoholsucht ausbilden. Hier wären weitere Studien zu dem Thema aufschlussreich.

Beim Geschlechtervergleich in Bezug auf Persönlichkeitsstörungen bzw. Verhaltensstörungen und somatischen Erkrankungen lassen sich in unserer Studie keine signifikanten Werte ermitteln.

4.3 Entzugsmedikation

Eine der wichtigsten Fragen in unserer Studie ist, ob Männer und Frauen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol während der akutstationären Alkoholentzugsbehandlung unterschiedlich medikamentös therapiert werden. Wir untersuchen deswegen die Entzugsmedikation von betroffenen Männern und Frauen direkt nach Aufnahme. Es gibt insgesamt fünf Medikamentengruppen, die gängigen Entzugsmedikamenten der damaligen und heutigen Zeit entsprechen (Gaebel et al., 2002; Benkert et al., 2000; Naranjo, 2000; Feuerlein et al., 1998; Wetterling, 1997): Clomethiazol, Benzodiazepine, Clonidin, Carbamazepin und Neuroleptika. Darüber hinaus kommt in unserer Studie eine sechste Gruppe hinzu: Antidepressiva. Die Patientinnen und Patienten, welche nach Aufnahme Antidepressiva erhalten, werden als Antidepressiva-positiv *gescreent*.

Im ersten Teil der Untersuchung wird überprüft, ob es bei der medikamentösen Alkoholentgiftung nach Aufnahme signifikante, geschlechtsspezifische

Unterschiede gibt (siehe Abb. 12). Bei Monotherapie mit gängiger Entzugsmedikation (Clomethiazol oder Benzodiazepine) finden wir eine gehäufte Verordnung bei Männern im Vergleich zu Frauen. Diese erhalten monotherapeutisch häufiger Antidepressiva (Frauen: 6,4% > Männer: 1,9%). Auch im Rahmen der Polypharmazie erhalten Frauen signifikant häufiger Antidepressiva in Kombination mit einem weiteren Entzugsmedikament (Frauen: 13,6% > Männer: 3,3%, siehe Abb. 12).

Zur genaueren Überprüfung oben genannter Unterschiede bei der medikamentösen Alkoholentgiftung, ermitteln wir in einem zweiten Schritt genderspezifisch, wie häufig nach Aufnahme mindestens einmal Antidepressiva verabreicht werden (siehe Abb. 13). Wir stellen fest, dass Frauen mit 19,9% gegenüber den Männern mit 6,0% signifikant häufiger mindestens einmal Antidepressiva nach Aufnahme erhalten. Unseren Ergebnissen zufolge können wir festhalten, dass Männer und Frauen während der akutstationären Alkoholentzugsbehandlung signifikant unterschiedlich therapiert werden. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass unter den Patientinnen und Patienten, die mindestens einmal Antidepressiva nach Aufnahme bekommen, nahezu 80% der Betroffenen bereits Antidepressiva als Vormedikation erhalten haben. Hinsichtlich dieses prozentualen Anteils besteht jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen (Chi Quadrat Test, Signifikanz: p-Wert = 0,42; Frauen: 84%; Männer: 76%), sodass von diesem Umstand als erklärender Faktor für die oben beschriebene Ungleichbehandlung in der akutstationären Alkoholentzugsbehandlung abgesehen werden kann. Darüber hinaus lässt sich die oben beschriebene Ungleichbehandlung ebenso in Bezug auf die Medikation vor Aufnahme feststellen: Ein signifikant höherer Anteil der weiblichen Patienten hat vor Aufnahme mindestens einmal Antidepressiva erhalten (Chi Quadrat Test, Signifikanz: p-Wert = 0,0017; Frauen: 21%, Männer: 11%). Hieraus ließe sich zunächst schließen, dass die in der akutstationären Alkoholentzugsbehandlung festgestellte Ungleichbehandlung von Männern und Frauen in erster Linie auf eine Ungleichbehandlung, die im Vorfeld schon bestanden hat, zurückzuführen ist und somit eine Untersuchung erklärender Faktoren auf Basis von Daten der akutstationären Alkoholentzugsbehandlung nicht zweckmäßig ist. Jedoch lassen sich die im

Rahmen dieser Arbeit angestellten weiteren Untersuchungen ebenso als Erklärungsversuche für eine auch außerhalb der akutstationären Alkoholentzugsbehandlung vorherrschende Ungleichbehandlung der Geschlechter interpretieren. Die bereits bei „Medikation vor Aufnahme“ (Vormedikation) zu verzeichnende Ungleichbehandlung von Männern und Frauen stellt aus unserer Sicht also keinen einschränkenden Faktor in Bezug auf die Ergebnisse dieser Arbeit dar.

4.4 Entzugsmedikation bei gleichen Komorbiditäten

Obigen Ergebnissen entsprechend wäre es denkbar, dass die medikamentöse Alkoholentgiftung mit Antidepressiva bei Frauen deswegen häufiger zu beobachten ist, weil Frauen ebenso häufiger begleitende affektive- oder Angststörungen aufweisen. Zur Überprüfung dieser Annahme untersuchen wir in einer Subgruppe Männer und Frauen mit identischen komorbiden psychischen Erkrankungen aus dem Bereich F3 und F4 hinsichtlich ihrer Entzugsmedikation (siehe Abb. 15). Unserer Hypothese folgend, müsste die Gabe von Antidepressiva unter den Geschlechtern nun gleich verteilt sein. Die Analysen der Subgruppe zeigen aber, dass Frauen dennoch häufiger Antidepressiva erhalten als Männer. Es liegt ein signifikanter Unterschied von knapp 23% vor (Frauen: 34,1% > Männer: 11,2%). Das Vorliegen einer depressiven Symptomatik kann die oben beschriebene Ungleichbehandlung von Männern und Frauen demnach nicht erklären.

4.5 Entzugssymptomatik der Geschlechter bei gleicher Medikation und gleicher Komorbidität nach ESA Testung

Wie in anderen Studien bereits gezeigt werden konnte, gibt es geschlechtsspezifische Alkoholentzugssymptome. Im Tierversuch von Gorin-Meyer et al. (2007) wird beispielsweise dargestellt, dass der Metabolismus von männlichen und weiblichen Mäusen unterschiedlich auf Alkoholentzug reagiert. Auch zeigt eine Studie von Soyka et al. (2006), dass Unterschiede in der Entzugssymptomatik bei Männern und Frauen selbst bei gleicher Medikation auftreten können. Die Studie beschäftigt sich mit dem Thema: „*Treatment of*

alcohol withdrawal syndrome with a combination of Tiapride and Carbamazepin". Die Studie zeigt Wirksamkeit, Umsetzbarkeit und Sicherheit der Medikamentenkombination Tiaprid und Carbamazepin bei Alkoholentzugssyndromen. Dabei zeigt sich, dass bei Männern im Vergleich zu Frauen unter der oben genannten Medikation schwere Komplikationen, wie z.B. Delire oder epileptische Anfälle häufiger auftreten. Deshmukh (2003) findet im Hinblick auf eine geschlechtsspezifische Alkoholentzugssymptomatik heraus, dass Männer grundsätzlich mehr Alkoholentzugssymptome aufweisen als Frauen, so z.B. die Entwicklung eines Tremors oder Ängste. Daneben findet er auch, dass Frauen, die DSM-3 oder DSM-4⁵ Kriterien für Alkoholabhängigkeit aufweisen, einen höheren GAF Score⁶ erreichen als Männer mit denselben Kriterien. Geschlechtsspezifische Komorbiditäten werden in seiner Studie allerdings nicht berücksichtigt.

In Anlehnung an oben genannte Literatur wird in unserer Studie außerdem untersucht, ob der Grund für die unterschiedliche medikamentöse Behandlung von Patientinnen und Patienten der Stichprobe möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass Männer und Frauen eine unterschiedliche *Response* im Hinblick auf die Entzugsmedikation zeigen. Die Ergebnisse unserer Untersuchung zeigen jedoch, dass auch bei Vorliegen gleicher Komorbiditäten (F3 und F4) und gleicher Entzugsmedikation (Antidepressiva) von Männern und Frauen *keine* geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Entzugssymptomatik feststellbar sind (siehe Abb. 16). Bezüglich des ESA-Scores gibt es keinen signifikanten Unterschied. Frauen haben demnach durch die Gabe von Antidepressiva während des Alkoholentzugs keinen Vorteil gegenüber den Männern hinsichtlich der Stärke des Alkoholentzugs. Einschränkend muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die fehlende Signifikanz in der statistischen Auswertung zu dieser Frage auf die kleine Menge an Beobachtungen in der untersuchten Stichprobe (N = 24, siehe Abb. 16) zurückzuführen sein könnte. Wäre das Ergebnis dieser statistischen Analyse jedoch signifikant, würde es zur Schlussfolgerung führen, dass Männer

⁵ DSM 3 und 4 Klassifizierung: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

⁶ GAF Score: Das *Global Assessment of Functioning* (GAF) ist eine numerische Skala (0 bis 100), welche von Medizinern verwendet wird, um eine subjektive Beurteilung der sozialen, beruflichen und psychologischen Funktionen von Erwachsenen vorzunehmen, z.B. wie gut oder anpassungsfähig Patienten mit Schwierigkeiten im sozialen Umfeld umgehen (Hall, 1995).

vermutlich eher von der antidepressiven Medikation profitieren als Frauen (siehe Abb. 16). Dies deckt sich prinzipiell mit einer Studie von Naranjo et al. (2000) mit dem Thema: „*Variations in response to citalopram in men and women with alcohol dependence*“. Alkoholabhängigen Männern und Frauen ohne Komorbiditäten aus dem depressiven Formenkreis wird während der Alkoholentzugstherapie das Antidepressivum Citalopram verabreicht. Männer reduzieren daraufhin ihre durchschnittliche Trinkmenge um 44%, während betroffene Frauen dies nur zu 27% tun. Die Schlussfolgerung der Autoren lautet, dass Männer im Alkoholentzug gegebenenfalls mehr von der Gabe des Citaloprams profitieren als Frauen. In Naranjos Studie werden jedoch keine Angaben dazu gemacht, ob die Männer möglicherweise schon im Vorfeld der Behandlung depressiv waren. Den Therapieerfolg der Patientinnen und Patienten misst Naranjo anhand der Abstinenz und verringerten Trinkmenge. Vergleichsweise wird in unserer Studie der Therapieerfolg anhand der Reduktion der Entzugssymptome gemessen.

Einer der entscheidendsten Ergebnisse unserer Studie ist, dass bei Männern und Frauen während der Alkoholentzugsbehandlung unterschiedliche medikamentöse Behandlungsstrategien durchgeführt werden. Frauen erhalten während der stationären Alkoholentgiftung sowohl monotherapeutisch, als auch bei der Polypharmazie häufiger Antidepressiva als Männer, ebenso wenn bei beiden Geschlechtern identische komorbide Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis vorliegen und obwohl die Schwere der Entzugssymptomatik durch Gabe von Antidepressiva keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigt. Zusammenfassend besteht also eine Korrelation zwischen der Art der medikamentösen Entgiftungsstrategie und der Geschlechtszugehörigkeit bei Patientinnen und Patienten in der akutstationären Alkoholentgiftung.

In der Literatur finden sich hinsichtlich genderspezifischer Behandlungsungleichheiten nur wenige Studien. An der Universität Linz im Jahre 2007 konnte zum Thema „Gender- und soziale Ungleichheit bei der Versorgung mit Antidepressiva“ jedoch gezeigt werden, dass Frauen in der

medikamentösen Depressionsbehandlung im Vergleich zu Männern mit preisgünstigeren Antidepressiva versorgt werden (Bencic et al., 2007).

Man muss sich hinsichtlich der oben genannten Ergebnisse die Frage stellen, warum es in der medikamentösen Behandlung von Männern und Frauen zu Unterschieden und Ungleichheiten kommt. Vogt (2000) berichtet in ihrem Artikel „Geschlecht, Sucht und Suchtarbeit“, dass medizinisches Personal eher gewillt ist, Frauen Rezepte für psychotrope Medikamente zu verordnen als Männern. Auch Brienza et al. (2002) berichten, dass Ärzte Frauen schneller und häufiger sedative Medikamente verschreiben als Männern mit gleichen Beschwerden. In der Studie von Brienza R.S. und Stein M.D. geben Frauen mit AUDs⁷ in der Anamnese häufig nur unspezifische Symptome wie Zittern und Unruhe an, was oft zu Fehldiagnosen der Ärzte führt. Möglicherweise geben Männer ihre Entzugssymptome spezifischer an als Frauen, sodass Ärzte eher gewillt sind die klassische Entzugsmedikation zu verordnen. Aufgrund der unzureichenden Studienlage hinsichtlich dieses Themas wären weitere Untersuchungen interessant.

⁷ AUDs = *Alcohol use disorders* (diese beinhalten Alkoholabhängigkeit, Alkoholmissbrauch, Alkoholvergiftung und Alkoholentzug).

5 Zusammenfassung und Ausblick

2,5 Millionen Menschen in Deutschland leiden unter alkoholbedingten Störungen und stellen somit ein großes sozialmedizinisches Problem dar. In der stationären psychiatrischen Pflichtversorgung in Deutschland werden rund 30% der Klinikaufnahmen durch Patienten mit alkoholbedingten Störungen verursacht.

Jahrhundertlang galt dies als ein typisches Männerproblem. Unter Gender-Aspekten sind Frauen mit Störungen durch Alkohol erst in den letzten 50 Jahren zum Gegenstand der Forschung geworden. Bei steigender Anzahl weiblicher, zunehmend junger Betroffener gewinnt das Forschungsfeld jedoch an Bedeutung.

In der hier vorliegenden Arbeit wird anhand von 692 Behandlungsfällen retrospektiv untersucht, inwieweit das Geschlecht der Patientinnen und Patienten die Art der medikamentösen Alkoholentgiftung auf speziellen Suchtstationen in neun psychiatrischen Kliniken des LVR beeinflusst.

Zunächst untersuchen wir innerhalb der Patientengruppe genderspezifisch allgemeine soziodemographische Aspekte sowie qualitative (Art) und quantitative (Häufigkeit) Unterschiede im Hinblick auf Komorbiditäten. Anschließend erfolgt die Analyse der Entzugsmedikation, um geschlechtsspezifische Unterschiede oder Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten. Weiter prüfen wir, inwieweit ein Zusammenhang zwischen gleicher Komorbidität der Geschlechter und der gewählten Entzugsmedikation besteht bzw. ob bei Vorliegen gleicher Komorbiditäten der betroffenen Männer und Frauen unterschiedlich medikamentös therapiert wird. Im abschließenden Teil der Auswertung werden Männer und Frauen mit denselben Komorbiditäten (F3 und F4) und identischer Entzugsmedikation hinsichtlich der Stärke ihrer Entzugssymptomatik untersucht.

Es zeigen sich signifikante Unterschiede bezüglich soziodemographischer Daten zwischen Männern und Frauen. Im Durchschnitt beträgt das Alter der Patientinnen und Patienten 44 Jahre. Bezüglich des Familienstands zeigt sich, dass deutlich mehr Männer geschieden oder verwitwet sind, während Frauen eher ledig oder verheiratet sind. Hinsichtlich der Wohnsituation beobachten wir, dass mehr Männer alleine leben oder obdachlos sind, mehr Frauen hingegen in einer Partnerschaft oder Familiengemeinschaft leben. Die Untersuchung der Schulabschlüsse ergibt, dass signifikant mehr Männer entweder keinen Abschluss oder einen Hauptschulabschluss haben. Bei den Frauen überwiegt der Fachoberschulabschluss. Die berufliche Situation zeigt, dass Männer im Vergleich zu Frauen 20% häufiger arbeitslos oder berufsunfähig sind. Frauen sind häufiger als Hausfrau tätig. Die Ergebnisse decken sich überwiegend mit aktueller Literatur zu dem Thema.

In Bezug auf die Neigung der Patientinnen und Patienten eine komorbide psychische Störung zu entwickeln beobachten wir, dass Frauen signifikant häufiger Komorbiditäten aufweisen als Männer. Dabei stehen affektive- und Angststörungen (26,3%) sowie Essstörungen bei den Frauen im Vordergrund. Bei Untersuchung komorbider Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie somatischer Störungen können genderspezifisch keine signifikanten Ergebnisse erfasst werden.

Hinsichtlich der medikamentösen Behandlung zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Männer, ohne Berücksichtigung komorbider psychischer Erkrankungen, werden monotherapeutisch häufiger mit Clomethiazol oder Benzodiazepinen therapiert, während Frauen, ohne Berücksichtigung komorbider psychischer Erkrankungen, monotherapeutisch signifikant häufiger Antidepressiva erhalten, gleiche Ergebnisse beobachten wir bei der Polypharmazie. Analysen der Subgruppe von Patientinnen und Patienten mit komorbiden psychischen Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis (F3, F4) zeigen ähnliche Unterschiede. Frauen erhalten auch in dieser Subgruppe signifikant häufiger Antidepressiva (34,1 %) als Männer (11,2 %).

Die Auswertung eines ESA-Tests, dessen Score den Grad der Entzugssymptomatik angibt, zeigt jedoch keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Demnach liegt der mögliche Grund für die ungleiche medikamentöse Behandlung betroffener Männer und Frauen unseren Ergebnissen zufolge *nicht* darin, dass Frauen weniger Entzugssymptome aufweisen.

Zusammenfassend besteht also eine Korrelation zwischen der Art der medikamentösen Entgiftungsstrategie und der Geschlechtszugehörigkeit bei Patientinnen und Patienten in der akutstationären Alkoholentgiftung. Ein möglicher Grund könnte darin liegen, dass Männer ihre Entzugssymptome spezifischer angeben als Frauen oder dass depressive Störungen bei Männern nur unzureichend erkannt werden.

Allgemein ist bekannt, dass Männer und Frauen einen unterschiedlichen Metabolismus aufweisen. Inwieweit hiermit auf spezifischen Suchtstationen eine ungleiche medikamentöse Behandlung der Geschlechter einhergehen sollte, so wie sie in der vorliegenden Studie signifikant festgestellt wird, ist bislang noch nicht ausreichend untersucht. In der vorliegenden Studie, welche sich mit der möglichen Reduktion der Entzugssymptomatik als Erklärung für die ungleiche Behandlung befasst, können diesbezüglich keine statistisch signifikanten Ergebnisse erzielt werden. Hinsichtlich der steigenden Zahlen weiblicher, vor allem junger Betroffener hat dieses Thema jedoch enorme klinische Relevanz und sollte dazu motivieren, weitere Studien mit diesem Schwerpunkt durchzuführen.

6 Literaturverzeichnis

Assanangkornchai S, Srisurapanont M. The treatment of alcohol dependence. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20 (3): 222.

Battegay R, Bochnik, Riemenschneider, Wanke. Alkoholismus bei Frauen. Frauenalkoholismus: seine Ursachen, Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten. Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren. Hoheneck Verlag GmbH 1970; Heft 15: S. 11-15.

Bencic W, Fischer P, Kastner K. Gender- und soziale Ungleichheit bei der Versorgung mit Antidepressiva. *Gesundheitswissenschaften* 2007; Heft 13: S. 1-13.

Benkert O, Hippus H. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Springer 2000; S.309-341.

Benkert O, Hippus H. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Springer 2007; S. 88.

Brienza R.S., Stein M.D. Alcohol Use Disorders in Primary Care. Do Gender-specific Differences Exist? *Journal of General Medicine* 2002; Volume 17, Issue 5, Pages 387-397.

Caetano R, Clark C.L., Greenfield T.K. Prevalence, Trends, and Incidence of Alcohol Withdrawal Symptoms. Analysis of General Population and Clinical Samples 1998; NIAAA`s Epidemiologic Bulletin No. 38: S.73-79.

Davidson K.M., Blackburn M. Co-Morbid depression and drinking outcome in those with alcohol dependence; *Alcohol & Alcoholism* 1998, Vol. 33, No. 5, pp. 482-487.

Deshmukh A. Alcoholic men endorse more DSM-4 withdrawal symptoms than alcoholic women matched in drinking history. *Journal of Studies on Alcohol* 2003; 64 Issue: 3 Page 375(5).

Diener H, Weimar C. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Thieme Verlag 2012; S. 1024-1031

Dixit A. Prospective Study of Depression and the Risk of Heavy Alcohol Use in Women. *Am J Psychiatry* 2000; 157:751-758.

Engels S. Alkoholismus bei Frauen – Ursachen, Zusammenhänge und Beratungsansätze in der frauenspezifischen Suchtberatung. Turnshare Ltd. 2005; S. 42-44.

Feuerlein W, Kufner H, Soyka M. Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit, Entstehung – Folgen – Therapie. Thieme 1998; S. 8-12, S. 32-44, S.125-138, S. 205-209, S. 258-265.

Gaebel W, Müller-Spahn F. Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Kohlhammer 2002; S. 164-165.

Gorin-Meyer RE, Wiren KM, Tanchuck MA, Long SL, Yoneyama N, Finn DA . Sex differences in the effect of finasteride on acute ethanol withdrawal severity in C57BL/6J and DBA/2J mice. *Neuroscience* 2007; 25; 146 (3): 1302-15.

Greenfield SF. Women and alcohol use disorders. *Harv Rev Psychiatry* 2002; Mar-Apr; 10(2): 76-85.

Hengartner T, Merki C.M. Genussmittel. Campus Verlag 1999; S. 25-80.

Hibbeler B. Vera Regitz-Zagrosek: Vorreiterin der Gender-Medizin. *Deutsches Ärzteblatt* 2009; 106(25): A-1313 / B-1117 / C-1089, S. 49.

Hintz T, Diehl A, Croissant B. Epidemiologische und ätiologische Aspekte von Depression und Angst – Psychische Komorbidität bei alkoholbezogenen Störungen. *Psychoneuro* 2004; 30: 42-48.

Kapfhammer H.P. Alkohol und Depression in der Konsultation-Liaison-Psychiatrie. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 2004; 5 (3), S. 30-36.

Kelly AB, Halford WK, Young RM. Couple Communication and Female Drinking: A Behavioral Observation Study. *Psychology of Addictive Behaviors* 2002; Vol. 16, No. 3, 269-271.

Kraus L, Augustin R. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. *Sucht* 51: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis 2001/2005; Sonderheft 1, S. 6-18.

Küfner H, Kraus L. Epidemiologische und ökonomische Aspekte des Alkoholismus. *Deutsches Ärzteblatt* 2002; Heft 14, Seite A-936/B-782/C-729.

Lieb R, Isensee B. Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. *Huber* 2002; S. 31-62.

Lindenmeyer J. Alkoholabhängigkeit. *Hogrefe* 1999; S. 2-6, S. 14-15.

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

Naranjo C.A., Knoke D.M., Bremner K.E. Variations in response to citalopram in men and women with alcohol dependence. *J Psychiatry Neuroscience* 2000; 25(3): 269-275.

Quinby PM, Graham AV. Substance abuse among women. *Prim Care* 1993; 20(1): 131-40.

Quinn P. Treating Adolescent Girls and Women with ADHD: Gender specific Issues. *Journal of Clinical Psychology* 2005; 51: 579-587.

Ross HE. DSM-3-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. *Drug Alcohol Depend.* 1995; 39(2): 111-28.

Schneider R. Die Suchtfibel, Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten. Gerhard Röttger Verlag 1994; S. 35-36.

Schwarting F. Gender und Sucht – ein soziologischer Beitrag zu einer geschlechtsreflexiven Praxis in der Suchtkrankenhilfe. Dissertation zur Erlangung des Grades der Doktorin der Philosophie im Department Sozialwissenschaften der Universität Hamburg 2005, S. 91.

Schwarting F. Vortrag auf der Jahrestagung des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe: Was leisten suchtkranke Frauen? Gender, Arbeit und Sucht 2007 (letzter Zugriff 28.07.2012).

Singer M.V., Teyssen S. Kompendium Alkohol. Springer Verlag 2002; S. 1-20, S: 30-36, S. 123-131.

Singer M. V., Teyssen S. Serie - Alkoholismus: Alkoholassoziierte Organschäden. *Deutsches Ärzteblatt* 2001; 98 (33): A-2109/B-1827/C-1702.

Sonnenmoser M. Geschlechtsspezifische Unterschiede: Vernachlässigte Gender Perspektive 2002; Heft 7, Ausgabe PP1, S. 317

Soyka M. Komorbidität von Depression und Alkoholabhängigkeit. Klinische und neurobiologische Aspekte. *Zeitschrift Nervenheilkunde* 2004; Heft 1 (Vol.23), 1-76, S. 13.

Soyka M, Schmidt P, Franz M, Barth T, et al. Treatment of alcohol withdrawal syndrome with a combination of tiapride/carbamazepine. *European archives of Psychiatry and clinical Neuroscience* 2006; Volume 256, Number 7, 395-401.

Verner L, Hartmann M, Seitz W. Clonidinsupplementierte Analgosedierung zur postoperativen Delirprophylaxe 1990; 25:274-280.

Vogt I. Geschlecht, Sucht und Suchtarbeit - Was heißt Geschlechtergerechtigkeit bei ungleichen Ausgangslagen? Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen. 12. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit in Niedersachsen 2000; S. 31-48.

Walitzer KS. Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Pub Med* 2006; 26 (2): 128-48.

Wetterling T, Veltrup C. Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Springer 1997; S.98-115.

7 Anhang – ESA-Test

LVR - Projekt Benchmark in der Akutpsychiatrie				
E S A E s s e n e r S e l b s t b e u r t e i l u n g - A l k o h o l e n t z u g s s y n d r o m				
Fallnr:	xxxxxx			
Wir bitten Sie, auf dem folgenden Blatt anzugeben, wie Sie sich im Entzug gefühlt haben. Machen Sie bitte ein Kreuz in die am ehesten zutreffende Spalte. Bitte alle Punkte beantworten.				
Vielen Dank !				
		1	2	3
		gar nicht	mäßig	deutlich
				4
				stark
Ich fühle mich:				
1.	entspannt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2.	ängstlich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.	schlecht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.	unter Anspannung stehend	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5.	niedergeschlagen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6.	energielos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7.	rastlos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8.	schreckhaft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9.	unruhig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ich leide an:				
10.	Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11.	Schwindel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12.	Händezittern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13.	Geräuschempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14.	Zittern am ganzen Körper	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15.	Starker Schweißneigung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16.	Übelkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17.	Schmerzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18.	Kribbelgefühle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19.	Herzklopfen, -rasen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
20.	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.	Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides statt, dass die Dissertation selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erstellt worden ist und die hier vorgelegte Dissertation nicht von einer anderen medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist.

25.07.2014, Sandra Mai-Mach