

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinikum
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. med. Tillmann Supprian

Klinisch-psychiatrische Charakterisierung von häufig
wiederkehrenden Alkoholabhängigen im LVR-Klinikum
Düsseldorf

Dissertation

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

vorgelegt von
Inga Boeddicker
- 2024 -

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

gez.:

Dekan: Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachterin: Prof. Dr. med. Petra Franke

Zweitgutachter: Prof. Dr. med. Rüdiger Seitz

Zusammenfassung

Alkoholabhängigkeit ist eine chronisch verlaufende, zu Rezidiven neigende psychiatrische Erkrankung mit hohen Prävalenzraten in der ambulanten und stationären Versorgung und beträchtlichen gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Folgen.

In den letzten Jahrzehnten rückte eine Gruppe schwer alkoholabhängiger Patienten mit überdurchschnittlicher Behandlungshäufigkeit in den Fokus. Seitdem gab es verschiedene Ansätze diese Gruppe zu charakterisieren und eine bedarfsgerechtere Behandlung zu entwickeln, bisher ohne allgemeingültige bzw. -genutzte Ergebnisse. Auch im LVR-Klinikum Düsseldorf fiel eine solche Subgruppe auf. Die hier als „häufige Wiederkehrer“ (HÄWI) bezeichneten Patienten wiesen mehr als zehn stationäre Behandlungen pro Jahr auf. Ein klinikintern entwickeltes, „Runder Tisch“ benanntes Konzept soll durch individuelle, verbindliche Handlungsschritte die Aufnahmen der HÄWIs reduzieren.

Ziel dieser retrospektiven Studie war die Identifizierung charakteristischer Merkmale aller HÄWIs anhand von Kriterien aus den Bereichen Soziales, Familien- und Suchtmittelanamnese, Komorbiditäten sowie Behandlung. Zudem wurden Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer des „Runden Tisches“ anhand dieser Merkmale verglichen, um eine Einflussnahme auf die Teilnahmebereitschaft am Programm zu untersuchen. Schließlich erfolgte die Auswertung des Therapieansatzes im Hinblick auf Behandlungszeiten in einem Nachbetrachtungszeitraum von sechs Monaten. Dazu wurden 43 Patienten eingeschlossen, die in den Jahren 2014 und 2015 mehr als zehnmal pro Jahr stationär behandelt wurden.

Unter allen HÄWIs traten bestimmte charakteristische Merkmale verstärkt auf (unter anderem männliches Geschlecht, schwierige Lebensumstände und familiäre Vorbelastung). Frauen nahmen signifikant häufiger am „Runden Tisch“ teil als die unter HÄWIs überrepräsentierten Männer, ebenso Patienten mit mehr Voraufenthalten. Andere charakteristische Merkmale sowie auch die Behandlungszahlen von Teilnehmern und Nichtteilnehmern im Nachbetrachtungszeitraum zeigten keinen signifikanten Unterschied.

Zusammenfassend findet sich eine schwer erkrankte und therapeutisch kaum zu erreichende Gruppe Alkoholabhängiger mit ähnlichen soziodemographischen Merkmalen. Die reine Fokussierung auf eine homogene Gruppe scheint aber analog zu anderen Studien bei vielen individuellen Problemen zu einfach, was mit der bisher fehlenden allgemeingültigen Klassifizierung und Therapieempfehlung für diese Gruppe im Einklang steht.

Generell sollte der Ansatz zur Spezifizierung der Therapie für schwer Abhängigkeitskranke weiterverfolgt werden, wobei individuell ausgerichtete und aktiv auf Patienten zugehende Programme vielversprechend scheinen. Der „Runde Tisch“ bietet hier schon einige gute Ansätze, eine gezielte Anpassung an die identifizierte Zielgruppe scheint aber sinnvoll.

Abstract

Alcohol dependency is a chronic, recidivism prone, psychiatric illness with a high prevalence rate in ambulatory and in-patient care and has an enormous socioeconomic impact.

Over the course of the last few decades, the focus has shifted to a group of patients with an above-average need of treatment for severe alcohol dependency. Ever since, there have been numerous attempts to characterize and develop a needs-based treatment plan, however there have not been any universally accepted or practiced results.

One such subgroup has been recognized at the LVR-Klinikum Düsseldorf. These patients, referred to here as “frequent returnees” (or “HÄWT” from the German “häufige Wiederkehrer”), show to have been admitted to in-patient care more than 10 times annually. A concept was developed internally at the clinic called “Round Table” with the intention of reducing the admissions of frequent returnees through individual, binding action steps.

The goal of this retrospective study was to identify characteristics of all frequent returnees using criteria from other areas, such as social and family history, previous addiction, comorbidities, and prior treatment. In addition, participants and non-participants of the “Round Table” were compared according to those criteria to study the influence of said criteria on the participant’s willingness to join the program. Lastly, an evaluation of the therapy method was undertaken, considering treatment schedules over a follow-up period of six months. The evaluation consisted of 43 patients who had been admitted to in-patient treatment more than ten times per year in the years 2014 and 2015. Amongst all frequent returnees, certain characteristics were prevalent, including, but not limited to, being of the male sex, having difficult living circumstances and having a family history of the illness. Women appear to have actively participated in the “Round Table” significantly more often than their over-represented male counterparts. Other characteristics, such as the number of treatments of participants and non-participants in the follow-up period did not show a significant difference.

In conclusion, there is a severely ill group of patients with alcohol dependency who is therapeutically near out of reach and who shares similar sociodemographic characteristics. Parallel to other studies, the exclusive focus on a homogenous group seems too limited when considering a number of individual problems which is reflected in the still missing universal classification and therapy recommendation for this group.

In general, the approach to specifying a treatment for severe cases of alcohol dependency should continue to be considered as programs that are individually tailored and actively approach patients promise to be successful. The “Round Table” already exemplifies some promising approaches, however a directed adaptation for the identified target group appears to be sensible.

Abkürzungsverzeichnis

AA	Anonyme Alkoholiker.	BMG	Bundesministerium für Gesundheit.
Abb.	Abbildung.	BML	Braunschweiger Merkmalsliste.
ACT	Assertive Community Treatment.	bzw.	beziehungsweise.
AG	Arbeitsgemeinschaft.	ca.	circa.
ALITA	Ambulante Langzeit Intensivtherapie für Alkoholranke.	CMA	chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitsranke.
ALT	Alanin-Aminotransferase.	DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
ANOVA	ANalysis Of VAriance.	dl	Deziliter.
AOT	Assertive Outreach Treatment.	DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases.
APA	Ammerican Psychiateric Association.	et al.	et alia.
ARFA	alcohol-related frequent attenders.	etc.	et cetera.
ARNFA	alcohol-related non-frequent attenders.	GAD	Gesellschaft gegen Drogen und Drogengefahren.
AST	Aspartat-Aminotransferase.		

GGT	Gamma-Glutamyltransferase.	MCV	mean corpuscular volume.
GOT	Glutamat-Oxalacetat-Transaminase.	MD	Medizinischer Dienst.
		mg	Milligramm.
HCHN	high-cost, high-need.	min	Minute.
HÄWI	häufige Wiederkehrer.	mmHg	Millimeter Quecksilbersäule.
ICD	International Classification of Diseases.	MNAR	missing not at random.
		NAFA	non-alcohol frequent attenders.
k. A.	keine Angabe.		
KI	Konfidenzintervall.	PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz.
KIS	Krankenhausinformationssystem.	RCT	randomized controlled trial.
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen.	s.o.	siehe oben.
		SMART	specific-measurable-achievable-realistic-timed.
l	Liter.		
LVR	Landesverband Rheinland.	U	Unit.
MAR	missing at random.	vgl.	vergleiche.
MCAR	missing completely at random.	z.B.	zum Beispiel.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Alkoholkonsum und Alkoholismus in Deutschland	1
1.2	Definition und klinisches Erscheinungsbild alkoholbezogener Störungen	3
1.2.1	Klassifizierung basierend auf der Menge des konsumierten Rein- alkohols	3
1.2.2	Klassifizierung basierend auf dem klinischen Erscheinungsbild	4
1.3	Typologien alkoholbezogener Störungen	6
1.3.1	Typologie nach Jellinek	7
1.4	Therapie	8
1.4.1	Vorbereitungs-/Kontaktphase	9
1.4.2	Entgiftung/„Qualifizierter Entzug“	9
1.4.3	Entwöhnung	10
1.4.4	Nachsorge	10
1.5	Klassifizierungs- und Therapieansätze für schwer Alkoholabhängige .	11
1.5.1	Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA)	12
1.5.2	Case Management Ansatz	14
1.5.3	ALITA-Programm	16
1.5.4	Assertive Community Treatment (ACT)	17
1.6	Ziele der Arbeit	18
2	Patienten und Methoden	19
2.1	Konzept des „Runden Tisches“ im LVR-Klinikum Düsseldorf	19
2.2	Patientenselektion und Bildung der Patientenkollektive	24
2.2.1	Ein- und Ausschlusskriterien	24
2.2.2	Patientenkollektive	24
2.3	Datenerfassung und Aufbereitung	25
2.3.1	Erhobene Daten	25
2.4	Statistische Auswertung	27
2.4.1	Klinisch-psychiatrische Charakterisierung der HÄWIs	27
2.4.2	Vergleich der Gruppen „Teilnehmer“ und „Nicht-Teilnehmer“ .	28
2.4.3	Prüfung der Erfolgsaussicht des „Runden Tisches“	28

2.4.4	Fehlende Daten	29
2.5	Ethikvotum und Pseudoanonymisierung	29
3	Ergebnisse	31
3.1	Ergebnisse der Patientencharakterisierung	31
3.1.1	Basisdaten	31
3.1.2	Soziales Assessment	32
3.1.3	Anamnese und Suchtmittelanamnese	37
3.1.4	Familienanamnese	41
3.1.5	Therapie	42
3.2	Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“	47
3.3	Auswertung des Therapieansatzes „Runder Tisch“	58
3.3.1	Gesamtdauer der Aufenthalte	58
3.3.2	Gesamtzeit zwischen den Aufenthalten	58
3.3.3	Anzahl der Wiederaufnahmen	59
4	Diskussion	61
4.1	Patientencharakterisierung	62
4.1.1	Geschlecht	62
4.1.2	Alter	63
4.1.3	Soziales Umfeld – Familie, Kinder und Wohnsituation	64
4.1.4	Bildung, Ausbildung, Erwerbstätigkeit	65
4.1.5	Migrationshintergrund/Muttersprache	66
4.1.6	Kriminalität	66
4.1.7	Suizid	67
4.1.8	Weitere Therapien und Angebote	67
4.1.9	Entzug	69
4.1.10	Familienanamnese	71
4.1.11	Weitere Abhängigkeiten	71
4.1.12	Komorbiditäten bzw. Folgeerkrankungen	72
4.1.13	Rechtlicher Status bei Aufnahme	73
4.1.14	Zusammenfassung Charakterisierung	74
4.2	Unterschiede Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer	75
4.2.1	Geschlecht	75
4.2.2	Anzahl der stationären Behandlungen	76
4.2.3	Weitere Parameter	77
4.3	Auswertung „Runder Tisch“	78
4.4	Methodendiskussion	81
4.4.1	Qualität der Daten	81
4.4.2	Limitation einer retrospektiven Studie	81
4.4.3	Limitation durch Stichprobengröße	82
4.5	Schlussfolgerung	82
	Literaturverzeichnis	87

Kapitel 1

Einleitung

1.1 Alkoholkonsum und Alkoholismus in Deutschland

Wie in der Mehrheit der westlich orientierten Länder zählt Alkohol auch in Deutschland zu einem breit akzeptierten Genussmittel. Trotz des weitestgehend bekannten Abhängigkeitsrisikos ist Alkoholkonsum oftmals ein essenzieller Bestandteil der Alltagskultur und des gesellschaftlichen Miteinanders.

Im Jahr 2018 betrug nach Berechnungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) der Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol in Deutschland im Alter ab 15 Jahren durchschnittlich 10,7 Liter. Damit ist der durchschnittliche Alkoholkonsum seit 1970 um etwa 35 Prozent zurückgegangen [1]. Nicht nur bei der Alkoholkonsumprävalenz im Allgemeinen, sondern auch in Bezug auf das Auftreten riskanter Konsummuster sind teils rückläufige Tendenzen zu beobachten [2]. Während bei Frauen im Zeitraum von 1995 bis 2018 nach Untersuchungen von Seitz et al. ein leicht steigender Trend in der Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens zu erkennen war, konnte für Männer ein starker Rückgang dieses riskanten Konsummusters nachgewiesen werden [3]. Da episodisches Rauschtrinken in der Gruppe der Männer insgesamt eine deutlich höhere Prävalenz aufweist [3], ist diese Entwicklung in Bezug auf die Gesamtbevölkerung positiv zu bewerten. Trotz dieser rückläufigen Tendenzen konsumiert die deutsche Bevölkerung im internationalen Vergleich weiterhin eine überdurchschnittlich hohe Menge an Alkohol, sodass Deutschland noch immer zu den Hochkonsumländern zählt

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit bei Personen-, Gruppen- und Berufsbezeichnungen von gendergerechter Sprache abgesehen. Selbstverständlich gelten entsprechende Begrifflichkeiten im gleichen Sinne für alle Geschlechter.

[4, 5]. Schätzungen zufolge lag 2013 bei über acht Millionen Deutschen ein alkoholbedingter Beratungs- oder Behandlungsbedarf vor [6]. Nach aktuellen Auswertungen weisen etwa drei Millionen Deutsche eine alkoholbezogene Störung auf, wovon 1,6 Millionen die klinischen Kriterien einer Alkoholabhängigkeitserkrankung erfüllen [7].

Alkohol zählt zu den psychotropen Substanzen und kann eine starke Abhängigkeit hervorrufen. Zudem gilt Alkohol als Mitverursacher für über 200 weitere Krankheiten und zählt laut Robert-Koch-Institut damit weltweit zu den wesentlichen Risikofaktoren für Krankheiten, gesundheitliche Einschränkungen und Todesfälle [8]. Auswertungen der „Global Burden of Disease Study“ aus dem Jahr 2016 zeigen, dass Alkoholkonsum an siebter Stelle sowohl der häufigsten Todesursachen als auch der Ursachen für gesundheitliche Beeinträchtigungen steht [9].

Alkohol wirkt auf den gesamten menschlichen Organismus und kann erhebliche immunologische sowie metabolische Veränderungen sowie weitreichende körperliche, neurologische und psychische Erkrankungen hervorrufen. So ist Alkoholkonsum nachweislich ein Risikofaktor für Leber- und Stoffwechselstörungen, Herz-Kreislauf-, sowie Krebserkrankungen. Auch Hirnschädigungen und Erkrankungen des Nervensystems wie beispielsweise Epilepsie treten in Zusammenhang mit erhöhtem Alkoholkonsum auf [10–12]. Ergänzt werden diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch erhebliche soziale Auswirkungen für die betroffene Person selbst wie auch für die Gesellschaft. So führt Alkoholmissbrauch oft zu schweren Konflikten im Alltag, einem erhöhten Unfallrisiko sowie erhöhter Gewaltbereitschaft. Ehescheidungen, Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit zählen ebenfalls zu den sozialen Folgeschäden von Alkoholismus [6, 11].

Inwieweit Alkoholmissbrauch Einfluss auf die Anzahl der Todesfälle hat, ist nur schwer zu ermitteln. Eine Untersuchung von John und Hanke schätzte die direkt auf Alkoholkonsum bzw. den kombinierten Konsum von Tabak und Alkohol zurückzuführenden Todesfälle im Jahr 2002 innerhalb Deutschlands auf 74.000 [13]. Da indirekt durch Alkohol verursachte Todesfälle jedoch nicht explizit als solche erfasst werden, ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen.

Die volkswirtschaftlich-finanzielle Belastung durch Alkoholismus lässt sich indes einfacher beziffern. So betragen die direkten und indirekten Kosten durch verstärkten Alkoholkonsum in Deutschland nach aktuellen Berechnungen im Jahr 2020 rund 57 Milliarden Euro. Diese beinhalten etwa 16,6 Milliarden Euro direkte Kosten für ambulante oder stationäre Behandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Medikamente. Die restlichen 40,4 Milliarden entfallen auf indirekte Kosten, wie sie zum Beispiel durch krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit hervorgerufen werden können [14].

Die hohen Prävalenzraten, erheblichen gesundheitlichen Risiken sowie wirtschaftlichen Belastungen durch Alkoholkonsum unterstreichen die Notwendigkeit einer bedarfsge-rechten Behandlung alkoholbezogener Störungen, um Patienten langfristig zu helfen

und das Gesundheitssystem wie auch die Gesamtwirtschaft zu entlasten.

1.2 Definition und klinisches Erscheinungsbild alkoholbezogener Störungen

Um eine qualifizierte klinische Charakterisierung der hier in dieser Arbeit im Fokus stehenden, häufig wiederkehrenden Alkoholabhängigen des LVR-Klinikums Düsseldorf durchführen zu können, soll vorab eine allgemeine Charakterisierung des zugrunde liegenden Krankheitsbildes vorgestellt werden. Schwerpunkte liegen dabei auf der Diagnose sowie der Abgrenzung unterschiedlicher Kategorien.

Im alltäglichen Sprachgebrauch wird Alkoholabhängigkeit oft mit „Alkoholmissbrauch“ oder „starkem Alkoholkonsum“, „Alkoholkrankheit“ und „Trunksucht“ gleichgesetzt. Wissenschaftlich betrachtet sind ebengenannte Begriffe jedoch teilweise voneinander zu differenzieren. Je nach Häufigkeit und Ausprägung lässt sich Alkoholkonsum in unterschiedliche Klassen einteilen. Diese Klassifizierung ist ausschlaggebend für die Diagnose sowie die Entscheidung, ob eine Therapie erforderlich ist und welche Art der Therapie infrage kommt.

1.2.1 Klassifizierung basierend auf der Menge des konsumierten Reinalkohols

Risikoarmer Konsum

Der Ausdruck „risikoarmer Konsum“ beschreibt ein Konsumverhalten, bei dem das Risiko für alkoholbedingte Folgeschäden – sowohl organmedizinisch als auch psychisch – gering ist. Verschiedene Quellen geben hierzu unterschiedliche Konsummengen als Grenzwerte vor. In Deutschland zählen die an internationale Richtlinien angelehnten Grenzwerte des Wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu den am häufigsten angewendeten Klassifizierungssystemen. Sie definieren risikoarmen Konsum als Konsummengen von durchschnittlich 0-24 Gramm (Männer) bzw. 0-12 Gramm (Frauen) Reinalkohol pro Tag in den vergangenen 30 Tagen [7]. Diese Werte gelten dabei nicht für Kinder und Jugendliche, schwangere Frauen oder Menschen mit einer körperlichen Erkrankung. Die Verwendung des Begriffs „risikoarm“ weist darauf hin, dass Alkoholkonsum nie risikofrei abläuft. Die tatsächliche Höhe des Risikos kann jedoch, abhängig von genetischer Prädisposition sowie weiteren Risikofaktoren wie Übergewicht oder Bluthochdruck, unterschiedlich ausfallen [15].

Riskanter Konsum

Als „riskanter Konsum“ wird ein Alkoholkonsum in den vergangenen 30 Tagen von durchschnittlich 24-60 Gramm (Männer) bzw. 12-40 Gramm (Frauen) Reinalkohol pro Tag beschrieben. Mit der Menge des konsumierten Alkohols steigt dabei das Risiko für das Entstehen einer Abhängigkeit sowie für alkoholbedingte Folgeschäden [15].

Gefährlicher/Hochkonsum

Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen mit Mengen von durchschnittlich 60 Gramm (Männer) bzw. 40 Gramm (Frauen) Reinalkohol pro Tag wird von der DHS als „Gefährlicher“- oder „Hochkonsum“ klassifiziert [7]. Liegt ein solches Konsumverhalten vor, sollte nach Möglichkeit unverzüglich eine Maßnahmen zur Reduzierung des Konsums ergriffen werden, um lebensbedrohlichen Folgeschäden vorzubeugen.

1.2.2 Klassifizierung basierend auf dem klinischen Erscheinungsbild

Obwohl die durchschnittlich pro Tag konsumierte Menge an Reinalkohol ein Maß für das Vorliegen einer alkoholbezogenen Störung sein kann, reicht dieses sehr einfache Klassifikationsschema nicht für eine medizinisch verlässliche Diagnose aus. Stattdessen kommen bei der Diagnostik international anerkannte Instrumente zum Einsatz, die die Grundlage moderner, evidenzbasierter Therapien bilden. Während in Europa die ICD-10 (International Classification of Diseases) [16] vorherrschend ist, wird in den Vereinigten Staaten das Klassifikationssystem DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der American Psychiatric Association (APA) [17] angewandt.

Akute Intoxikation (ICD-10, F10.0)

Im Klassifikationsschema ICD-10 werden psychische oder Verhaltensstörungen, die durch Alkoholkonsum hervorgerufen wurden, unter dem Code F10 zusammengefasst. F10.0, die „Akute Intoxikation“, wird dabei definiert als Zustand, in dem als Folge der Substanzaufnahme „Störungen von Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt und Verhalten oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen“ [16] auftreten. Dieses Zustandsbild ist zu unterscheiden von alkoholbezogenen Störungen, die auf länger andauernde Probleme mit Alkohol zurückzuführen sind [15].

Tabelle 1.1: Diagnostische Kriterien des Alkoholabhängigkeitssyndroms nach ICD-10 [16]

1	Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
2	Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3	Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden
4	Nachweis einer Toleranz
5	Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums
6	Anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen körperlicher oder psychischer Art

Schädlicher Gebrauch (ICD-10, F10.1)

Der „Schädliche Gebrauch“ nach ICD-10 beschreibt ein Alkoholkonsumverhalten, das zu nachweislichen Gesundheitsschäden führt. Diese können sowohl physischer als auch psychischer Natur sein und umfassen beispielsweise das Auftreten depressiver Episoden. Das Konsummuster muss dabei mindestens seit einem Monat bestehen oder wiederholt in den letzten zwölf Monaten aufgetreten sein und die Art der Schädigung klar erkennbar machen. Auch dürfen auf die zu beobachtende Störung zur gleichen Zeit nicht die Kriterien einer anderen alkoholbedingten psychischen Störung zutreffen, mit Ausnahme der akuten Intoxikation. Der Begriff „Schädlicher Gebrauch“ lässt sich hierbei mit „Missbrauch“ gleichsetzen [18].

Abhängigkeitssyndrom (ICD-10, F10.2)

Zur Diagnose eines „Abhängigkeitssyndroms“ nach ICD-10 müssen eine Reihe von Symptomen vorliegen, die sich infolge von wiederholtem Alkoholkonsum entwickeln. Die Diagnose wird gestellt, wenn mindestens drei der sechs in untenstehender Tabelle aufgeführten Kriterien in den vergangenen zwölf Monaten für mindestens einen Monat gleichzeitig erfüllt gewesen sind oder wiederholt auftraten.

2022 wurde die aktuell geltende Fassung ICD-10 durch die bereits verabschiedete Neuauflage ICD-11 ersetzt. Ein Verzicht auf die Unterscheidung der Diagnosen „Schädlicher Gebrauch“ und „Abhängigkeit“, ähnlich wie bei der neuesten Auflage des DSM, existiert.

tiert nicht [15, 19, 20]. Für Patienten im deutschen Raum ist dies besonders relevant, da die offizielle Anerkennung einer alkoholbezogenen Störung als Krankheit und damit unter Umständen auch die Kostenübernahme bestimmter Behandlungen und Therapien durch die Krankenkassen nach aktuellem Stand an eine Abhängigkeitsdiagnose geknüpft ist [15]. Zusätzlich werden die sechs Abhängigkeitskriterien in 3 Doppelkriterien mit zwei Unterpunkten gruppiert, wobei zur Diagnose dann jeweils ein Punkt eines Duos und zwei der drei Doppelkriterien erreicht werden müssen [20].

Alkoholkonsumstörung (DSM-5)

Das DSM erschien im Jahre 2013 in seiner fünften Auflage und definiert darin die „Alkoholkonsumstörung“. Diese lässt sich anhand von elf Symptomen diagnostizieren, wobei die Symptome über einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten vorliegen müssen. Die Schwere der Alkoholkonsumstörung wird dabei anhand der Anzahl der zu beobachtenden Symptome festgestellt. Trifft lediglich ein oder kein Kriterium zu, liegt keine zu erkennende Störung vor. Bei Erfüllung von zwei oder drei Kriterien wird eine milde Konsumstörung diagnostiziert, bei vier oder mehr Symptomen dagegen eine schwere Konsumstörung [21].

Auf die noch in der vierten Auflage vorhandene Dichotomie von Alkoholmissbrauch („alcohol abuse“) und Alkoholabhängigkeit („alcohol dependence“) wurde in DSM-5 zugunsten der neu definierten Alkoholkonsumstörung („alcohol use disorder“) verzichtet. Damit verfolgt das DSM-5 einen eher atheoretischen Ansatz und differenziert sich klar von der ICD-10, die weiterhin zwischen „Schädlichem Alkoholgebrauch“ und dem „Alkoholabhängigkeitssyndrom“ unterscheidet [19, 21].

Da, wie oben beschrieben, im europäischen Raum das ICD-Klassifikationsschema vorherrschend ist, wurde dieses auch für die Diagnose der Patienten verwendet, die an der in dieser Arbeit vorgestellten Studie teilgenommen haben. Der Prozess der Patientenauswahl und -diagnostik wird in Kapitel 2 detailliert vorgestellt.

1.3 Typologien alkoholbezogener Störungen

Der Schwerpunkt im ersten Teil dieser Arbeit liegt auf der Charakterisierung der häufig wiederkehrenden Alkoholabhängigen (HÄWIs) im LVR-Klinikum Düsseldorf. Das Ziel hierbei ist die Identifizierung bestimmter Merkmale oder Charakterisierungsparameter, die bei einer Mehrzahl der HÄWIs auftreten und so auf eine Korrelation zwischen einem Merkmal und dem Risiko, an einer chronischen Alkoholabhängigkeit zu erkranken, hindeuten könnten. Diesem Ziel liegt die Annahme zugrunde, dass die Entstehung, Ausprägung und der Verlauf von Krankheiten durch bestimmte Parameter

Tabelle 1.2: Diagnostische Kriterien der Alkoholkonsumstörung nach DSM-5, eigene Übersetzung nach [17]

1	Stärkerer oder länger andauernder Konsum als ursprünglich geplant
2	Mehr als ein erfolgloser Versuch, den Konsum zu reduzieren oder aufzugeben
3	Lange andauernder Konsum sowie längere Dauer einer Erholung von den Folgen des Konsums
4	Ausgeprägtes Alkoholverlangen, das es unmöglich macht, sich auf etwas anderes zu konzentrieren
5	Wiederholter Konsum, der selbst oder dessen Folgen zu einem Versagen in der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen in den Bereichen Heim und Familie, Arbeit oder Schule führen
6	Wiederholter Konsum, obwohl dieser zu Problemen mit Familie und Freunden führt
7	Vernachlässigung wichtiger, interessanter oder vergnüglicher Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums
8	Mehr als eine Situation, in der während oder als direkte Folge des Konsums ein erhöhtes gesundheitliches Risiko eingegangen wurde (z. B. durch Tauchen, Schwimmen, das Bedienen von Maschinen, Laufen in gefährlichen Bereichen oder ungeschützten Sex)
9	Fortgesetzter Konsum trotz Kenntnis der negativen psychischen oder physischen Folgen oder nach einem schweren Gedächtnisverlust infolge von Alkoholkonsum
10	Verminderte Wirkung der üblicherweise konsumierten Menge bzw. nötige Dosissteigerung als Folge der Entwicklung einer Toleranz
11	Entzugssymptome bei nachlassender Wirkung der Substanz, wie z.B. Schlafstörungen, Unsicherheit, Rastlosigkeit, Übelkeit, Schweißausbrüche, Herzrasen, Krämpfe oder Wahrnehmungsstörungen bzw. Halluzinationen)

wie genetische Veranlagung, Lebensumstände oder Umweltfaktoren beeinflusst werden können.

Vor diesem Hintergrund wurde zunächst geprüft, ob in der Vergangenheit bereits Typologien zur Unterteilung verschiedener Arten von Alkoholabhängigen entwickelt wurden.

1.3.1 Typologie nach Jellinek

Erstmals 1960 in seinem Buch „The Disease Concept of Alcoholism“ vorgestellt, gehört die von Elvin M. Jellinek entwickelte Typologie noch heute zu den gebräuchlichsten

Klassifikationen der Patiententypen. Jellinek unterscheidet hierbei zwischen fünf verschiedenen Kategorien von Menschen mit alkoholbezogener Störung, die er mit den griechischen Buchstaben Alpha bis Epsilon bezeichnete [22]. Die Unterscheidung basiert dabei in erster Linie auf den Trinkstilen bzw. den Auslösern für den wiederkehrenden Alkoholkonsum.

Als Alpha-Typ bezeichnet Jellinek Konflikt- oder Problemtrinker, die den Alkohol nutzen, um für sie schwierige Situationen und Umstände leichter zu ertragen sowie innere Spannungen abzubauen. Zu solchen Situationen können beispielsweise Jobverlust, Geldnot oder familiäre Probleme zählen. Es kommt weder zu einem Kontrollverlust, noch zu einer körperlichen Abhängigkeit. Der Beta-Typ, den Jellinek als Gelegenheits-trinker identifiziert, wird durch gesellschaftliche Konsummuster zum Trinken verleitet (z.B. auf Feiern). Beta-Typen sind weder psychisch noch physisch abhängig, lassen sich jedoch leicht zum Konsum verleiten und schädigen so ihre Gesundheit. Laut Jellinek befinden sich damit sowohl Alpha- als auch Beta-Typen in der Vorstufe einer Alkoholabhängigkeit und können leicht in diese abrutschen [23]. Gamma-Typen, auch süchtige Trinker oder Rauschtrinker genannt, zeigen ein unregelmäßiges Trinkverhalten, bei dem sich Trinkphasen mit abstinenten Phasen abwechseln. Sie haben häufig eine erhöhte Alkoholtoleranz aufgebaut, verlieren beim Trinken jedoch immer wieder die Kontrolle über den Konsum. Die Abhängigkeit ist hierbei psychisch deutlich stärker als physisch. Im Vergleich dazu sind Delta-Typen („Spiegeltrinker“) stark körperlich abhängig und weniger psychisch. Sie zeigen keine Rauschsymptome, sondern benötigen eine Mindestmenge an Alkohol, um keine Entzugserscheinungen aufzuweisen [23]. Die letzte Kategorie, der Epsilon-Typ, beschreibt nach der Jellinek Terminologie sogenannte „Quartalssäufer“, die wiederum psychisch stärker abhängig sind als physisch. Sie können monatelang auf Alkohol verzichten, verfallen dann jedoch ausbruchsartig in kurze Trinkexzesse, die mit einem Kontrollverlust einhergehen [24].

1.4 Therapie

Ziel der Therapie alkoholkranker Patienten ist in der Regel die dauerhafte Abstinenz. Ein gesundheitlich risikoarmes Trinkverhalten oder ein sogenanntes „kontrolliertes Trinken“ ist aufgrund des hohen Rückfallrisikos bei bereits manifester Alkoholabhängigkeit nur in seltenen Fällen als Therapieziel geeignet [25].

Wie bei der Mehrzahl der Suchtbehandlungen ist auch die Therapie einer Alkoholabhängigkeit ein Prozess, bei dem auf die akute Therapie meist eine Rehabilitation folgt. Traditionell und leitliniengerecht durchlaufen Patienten insgesamt vier Behandlungsphasen, die im Folgenden näher erläutert werden.

1.4.1 Vorbereitungs-/Kontaktphase

Am Anfang der Therapiekette steht die Vorbereitungs-/Kontaktphase, bei der die Beratung des Patienten im Vordergrund steht. Durch Gespräche mit Haus- und Fachärzten, Psychologen oder Suchtberatern sollen hierbei ein Problembewusstsein bezüglich seines Konsumverhaltens und die Motivation für eine Therapie gefördert werden. Gegebenenfalls kann bereits eine erste suchtmittelbezogene Kurzintervention durchgeführt werden. In einzelnen Sitzungen mit einer Dauer von bis zu 60 Minuten werden Patienten dabei durch individuelle Ratschläge und Zielsetzungen zu einer Verringerung ihres Alkoholkonsums beziehungsweise dem Beginn einer Entzugsbehandlung angeleitet [15].

1.4.2 Entgiftung/„Qualifizierter Entzug“

Bei der körperlichen Entgiftung, der Grundlage jeder Entzugsbehandlung, werden die Symptome der Alkoholintoxikation beziehungsweise des Alkoholentzugs behandelt [15]. Im Vordergrund steht die Sicherung des Überlebens des Patienten, das heißt die Erhaltung der Vitalfunktionen sowie die Abwendung möglicher Komplikationen wie beispielsweise epileptischer Anfälle [15, 26].

Eine ausschließlich somatische Entgiftung ohne psychotherapeutische Begleitmaßnahmen ist zur Behandlung einer Alkoholkonsumstörung jedoch langfristig gesehen kaum zielführend [27, 28]. Daher hat sich bereits seit den 90er Jahren das Behandlungskonzept des „Qualifizierten Entzugs“ bzw. der „Qualifizierten Entgiftung“ deutschlandweit gut etabliert. Erstmals im Jahr 1988 von einer Expertenkommission der damaligen deutschen Bundesregierung verwendet, beschreibt der Begriff „Qualifizierter Entzug“ eine Therapie, die auf einem Zusammenspiel von akut-medizinischer Versorgung und Maßnahmen zur Motivationssteigerung beruht [29]. Angebote für „Qualifizierten Entzug“ wurden überwiegend in psychiatrischen Abteilungen aufgebaut und zielen darauf ab, durch psychotherapeutische Maßnahmen die Motivation zum Alkoholkonsum abzubauen und gleichzeitig Krankheitseinsicht und Bereitschaft zur aktiven Veränderung und Verbesserung des eigenen Gesundheitszustands zu schaffen. Im Rahmen des „Qualifizierten Entzugs“ soll der Patient mental auf die Entwöhnungsphase seiner Therapie vorbereitet werden. Es erfolgt somit gleichzeitig eine Behandlung der Intoxikations- bzw. Entzugssymptome als auch der psychisch-somatischen Begleiterkrankungen [15]. Die Merkmale und Qualitätskriterien eines „Qualifizierten Entzugs“ sind im Operationen- und Prozedurenschlüssel des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte hinterlegt [30].

Untersuchungen zeigen, dass ein „Qualifizierter Entzug“ zu einer höheren Abstinenzrate führt [31, 32] und den Übergang in eine weiterführende Entwöhnungsbehandlung fördert [26]. Driessen et al. konnten zudem nachweisen, dass ein „Qualifizierter Entzug“

trotz der aufwendigeren Behandlung eine hohe Kosten-Nutzen-Effizienz hat, da er zu weniger Folgeerkrankungen, -hospitalisierungen und damit auch zu geringeren Folgekosten für die jeweiligen Kostenträger führt [32].

1.4.3 Entwöhnung

Im Anschluss an die Entzugsbehandlung beginnt die Entwöhnungsphase, die das Ziel verfolgt, die Alkoholabhängigkeit langfristig zu unterbrechen und die Funktions- und Erwerbsfähigkeit des Patienten so weit wie möglich wieder herzustellen. Die genauen Maßnahmen richten sich hierbei nach der Schwere der Abhängigkeit, den psychosozialen Begleitumständen sowie der Motivation des Patienten, sodass die Entwöhnung mehrere Monate dauern und je nach Fall stationär, teilstationär oder auch ambulant erfolgen kann. In der Regel beinhaltet sie eine psychosoziale Komponente, die auf einer verhaltenstherapeutischen Vorgehensweise beruht. In den vergangenen zwei Jahrzehnten wurden weltweit jedoch vereinzelt auch neue Therapieansätze wie beispielsweise Familienarbeit/Paartherapie oder achtsamkeitsbasierte Verfahren eingeführt [33]. Zudem kann die Entwöhnung und Rehabilitation auch durch eine medikamentöse Rückfallprophylaxe unterstützt werden [15].

Während die Krankenkassen in Deutschland die Kosten für akute Entzugsbehandlungen übernehmen, werden Entwöhnungs- und Rehabilitationsbehandlungen in der Regel zulasten der Rentenversicherung durchgeführt. Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) der Deutschen Rentenversicherung gibt daher Standards vor, mit deren Hilfe die medizinische Rehabilitation Alkoholkranker systematisch dokumentiert werden kann.

Studien belegen, dass Entwöhnungstherapien in der Behandlung Alkoholabhängiger effektiv sind. Bei stationärer Behandlung liegen die Erfolgsquoten, d.h. die Abstinenzraten, bei etwa 50 % für einen Katamnesezeitraum von einem Jahr [34, 35]. Bottlender und Soyka untersuchten die Wirksamkeit einer ambulanten Entwöhnung und konnten sechs Monate nach Behandlungsende Abstinenzraten von über 60 % beobachten [36]. Soziale und berufliche Stabilität, wie zum Beispiel eine Partnerschaft oder Erwerbstätigkeit, haben sich dabei unabhängig vom Setting – stationär oder ambulant – positiv auf den Therapieerfolg ausgewirkt [37]. Zudem wurde auch für pharmakologische Behandlungen eine gewisse Effektstärke in Bezug auf die Minderung des Rückfallrisikos nachgewiesen [38, 39].

1.4.4 Nachsorge

Ziel der Nachsorgephase ist die langfristige Stabilisierung des Patienten sowie die vollständige Wiedereingliederung in das Gesellschaftsleben. Durch Maßnahmen wie die

weitere Teilnahme an einer spezifischen Psychotherapie, an Nachsorgeprogrammen der Suchtberatungsstellen oder dem Besuch einer Selbsthilfegruppe soll der Abstinenzwille des Patienten hierbei gezielt gefestigt werden. Auch das familiäre Umfeld, beispielsweise Partner und Kinder des Betroffenen, können gezielt in den Nachsorgeprozess mit eingebunden werden. Nach Missel und Weissinger erfolgen über 65 Prozent aller Rückfälle in den ersten vier Monaten nach Beendigung der Rehabilitationsbehandlung [37]. Da das Rückfallrisiko somit direkt nach Behandlungsende am größten ist, wird ein nahtloser Übergang von der Entwöhnung bzw. Rehabilitation in die Nachsorge sowie eine Nachsorgedauer von mindestens einem Jahr angestrebt [15].

1.5 Klassifizierungs- und Therapieansätze für schwer Alkoholabhängige

Da sich die im Rahmen dieser Dissertation durchgeführten Studien auf häufig wiederkehrende Patienten des LVR-Klinikums Düsseldorf konzentrierten, lag der Fokus somit auf der Gruppe der schwerer erkrankten alkoholabhängigen Patienten, die von dem standardisierten Therapieansatz (siehe 1.4) weniger gut erreicht werden. Um eine bessere Vergleichbarkeit zu vorherigen Forschungsergebnissen zu schaffen, wird daher im Folgenden der aktuelle Wissensstand in Bezug auf Definitions- und Therapieansätze für schwer Alkoholabhängige vorgestellt.

In den letzten Jahrzehnten fiel in vielen Ländern eine Subgruppe Alkoholabhängiger auf, die sich durch häufige, immer wieder auftretende Krankenhausbehandlungen auszeichnen [40–42].

Häufig werden die Patienten als männlich, mit niedrigem sozioökonomischen Status, fehlender sozialer Unterstützung und einer großen Zahl an Komorbiditäten beschrieben [40, 41, 43]. Die Studienlage ist allerdings zahlenmäßig gering und nicht einheitlich, beginnend bei unterschiedlichen Grenzwerten, ab wann ein Patient als häufiger Wiederkehrer gilt. Hier spielen auch die unterschiedliche Organisation der Gesundheitssysteme und Patientenversorgung in den einzelnen Ländern eine Rolle.

Allen Studien gemeinsam ist, dass diese Patienten durch den gängigen Therapieansatz nicht zu erreichen sind und zur Chronifizierung neigen [44].

Rückfälle und Therapieabbrüche häufen sich, und in der Konsequenz nehmen wiederkehrende Krankenhausvorstellungen bzw. -behandlungen zu, was zu einer massiven Belastung des Gesundheitssystems führt [40]. Obwohl es sich absolut gesehen nur um eine zahlenmäßig kleine Patientengruppe handelt, verursacht sie eine unverhältnismäßig hohe Anzahl an Krankenhausbehandlungstagen und Kosten [41, 42]. So konnte in einer englischen Studie zur Krankenhausnutzung von alkoholabhängigen „Drehtürpatienten“

(definiert als mindestens drei Aufnahmen pro Jahr und eine mit Alkohol verbundene Diagnose nach ICD-10) (ARFA=alcohol-related frequent attenders) im Vergleich zu „Drehtürpatienten“ mit anderen Erkrankungen (mind. drei Aufnahmen pro Jahr) (NAFA=non-alcohol frequent attenders) oder Alkoholabhängigen mit wenigen Aufnahmen (höchstens zwei pro Jahr) (ARNFA=alcohol-related non-frequent attenders) gezeigt werden, dass ARFA im Schnitt ca. 10 Tage länger pro Patient und Jahr im Krankenhaus sind als NAFA. Auch die höchsten durchschnittlichen Aufnahme gesamt-kosten pro Person in fünf Jahren wurde mit £ 38.189 in der ARFA Gruppe verzeichnet [42].

Außerdem bringt die Behandlung dieser Patienten eine große zeitliche, aber auch emotionale Belastung des Personals mit sich [40].

Aus diesen Gründen wurden Begriffe wie „Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke“, „Drehtürpatienten“, „Schwerstabhängige“, „Therapieresistente“, „Heavy-user“, „high-cost, high-need (HCHN)“, „alcohol (related) frequent attenders“ (A(R)FAs), „high impact users“ und „high volume users“ zu ihrer Beschreibung geläufig [40, 41, 45–47].

Die Vielzahl der Begrifflichkeiten verdeutlicht einerseits die Relevanz der Probleme, die regelmäßig durch diese schwer erkrankten, schwer therapierbaren Patienten hervorgerufen werden, andererseits wird auch das Fehlen ausreichender internationaler Daten und die Schwierigkeit einer einheitlichen Definition unterstrichen [41, 47]. Auch in der deutschen Leitlinie wird die Existenz solcher Patienten nur am Rande erwähnt, spezielle Therapieansätze werden nicht genannt [15]. Vor diesem Hintergrund sind Angaben über die Größe der Gruppe bzw. ihren Anteil an allen Alkoholabhängigen kaum möglich.

1.5.1 Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA)

Der Ausdruck „Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA)“ wurde zum ersten Mal im Jahr 1975 im Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, auch Psychiatrie-Enquête genannt, verwendet. Beschrieben wurde damit eine Gruppe chronisch suchtkranker Menschen, die als nicht behandlungs- oder rehabilitationsfähig bezeichnet wurden und neben ihrer Substanzabhängigkeit unter schweren psychischen, körperlichen oder sozialen Beschwerden leiden, die bis hin zu hochgradigen Verwahrlosungstendenzen reichen können [48, 49].

Im Laufe der vergangenen drei Jahrzehnte wurden mehrere Versuche unternommen, CMA-Definitionen bzw. Checklisten aufzustellen, um CMA-Patienten von anderen

Suchtkranken abgrenzen zu können. Vorrangig wird die Definition der Arbeitsgruppe CMA (AG-CMA) des Bundesgesundheitsministeriums aus dem Jahr 1999 verwendet. Bei der von der AG-CMA vorgeschlagenen Definitionssystematik muss der Patient, um als CMA-Patient eingestuft zu werden, sowohl eine Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10, als auch die vordefinierten Einschränkungen aus drei der vier folgenden Bereiche aufweisen:

1. Konsumverhalten: hierzu zählen regelmäßige Trinkexzesse bzw. Spiegeltrinken
2. Behandlungserfahrung: Alkoholabhängige müssen mindestens fünf stationäre Entgiftungen bzw. mindestens zwei stationäre oder ambulante Entwöhnungsmaßnahmen durchlaufen haben.
3. Gesundheitliche Situation: In den letzten zwei Jahren muss eine von 18 definierten körperlichen Erkrankungen oder eine von sieben psychischen Störungen vorgelegen haben.
4. Soziale und rechtliche Situation: In den vergangenen zwei Jahren muss in Bezug auf den Lebensunterhalt, die Wohnsituation, den sozialen Nahbereich oder die justizielle Belastung eine Beeinträchtigung vorgelegen haben. Dazu zählen beispielsweise Obdachlosigkeit oder unregelmäßige Einkünfte [45, 50].

Weitere Checklisten zur Abgrenzung der Gruppe der CMA folgten. Zu nennen sind hierbei im Speziellen die Braunschweiger Merkmalsliste (BML) sowie die Checkliste der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren (GAD) [49]. Die BML konzentriert sich ebenfalls auf die Behandlungserfahrung und soziale Situation des Patienten und folgt damit grob dem Ansatz der AG-CMA; bei der Beurteilung der medizinischen Situation werden jedoch rein psychiatrisch-neurologische Befunde betrachtet [51]. Im Gegensatz dazu fokussiert sich die GAD neben der sozialen Situation sowohl auf psychiatrische als auch auf somatische Folgeerkrankungen, die vom Beurteilenden in ihrer Stärke jedoch subjektiv bewertet werden müssen. Eine Betrachtung der Behandlungsvorgeschichte erfolgt nicht [52].

Verschiedenen Studien zufolge liegt das Durchschnittsalter von CMA-Patienten unabhängig von der CMA-Definition bei etwa 45 bis 50 Jahren, wobei Leonhardt und Mühler aufgrund der Unterrepräsentation von CMA-Patienten in der Gruppe der über 60-Jährigen auf eine hohe Sterblichkeit innerhalb dieser Patientengruppe schließen. Weiterhin konnte empirisch belegt werden, dass es sich bei CMA-Patienten signifikant öfter um Männer handelt, und im Vergleich zu Nicht-CMA-Patienten der höchste Schulabschluss bzw. die berufliche Qualifikation häufig niedriger ist. Nach Untersuchungen von Fleischmann sind CMA-Patienten zudem häufiger alleinstehend und gehen seltener einer geregelten Erwerbstätigkeit nach [48, 53].

Keiner der oben vorgestellten Definitionsversuche konnte sich allerdings langfristig

durchsetzen, da diese zur exakten Abgrenzung einer Gruppe schwer Erkrankter unzureichend zu sein scheinen. Aufgrund der Heterogenität des Krankheitsbildes halten Experten daher eine Unterscheidung in unterschiedliche CMA-Typen für denkbar, um so die individuellen Krankheitsverläufe von CMA-Patienten besser abbilden zu können [45, 49].

Neben der Abgrenzung dieser schwer erkrankten und therapierbaren Subgruppe Alkoholabhängiger ist aufgrund der Schwere der Krankheit und der eben genannten Heterogenität im Krankheitsbild auch die Entwicklung einer geeigneten Therapie über den geläufigen Ansatz hinaus sehr schwierig. Einige Ansätze werden im Folgenden vorgestellt.

1.5.2 Case Management Ansatz

Mit der Intention, eine langfristig wirksame, ressourcenschonende Therapie für CMA-Patienten zu finden, wurden seit Mitte der 90er Jahre im Rahmen verschiedener Modellprogramme Case Management Ansätze erprobt. Vorbild war hierbei ein zwischen den Jahren 1995 und 2000 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördertes Projekt, bei dem durch Case Management/nachgehende Sozialarbeit die Hilfsangebote für schwer Suchtkranke verbessert werden sollten.

Der Case Management Ansatz basiert auf der Absicht, den Patienten nicht nur durch standardisierte Therapiephasen zu schleusen, sondern ihn während seiner Behandlung individuell und bedarfsgerecht zu betreuen. Dabei übernimmt ein Case Manager die Aufgabe, aktiv den Kontakt zum Patienten herzustellen und langfristig zu halten, mit ihm gemeinsam passende Hilfsangebote auszuwählen und ihn während und nach seiner Behandlung zu motivieren sowie bei der Inanspruchnahme von Hilfen zu unterstützen [54]. Je nach Modellprojekt wurde dem Case Manager besonders im direkten Anschluss an die Behandlung zusätzlich auch eine therapeutische Betreuungsverantwortung übertragen [46].

Die Case Manager können beispielsweise in Suchtberatungsstellen, dem sozialpsychiatrischen Dienst oder der Suchtambulanz psychiatrischer Kliniken arbeiten. Das heißt, zur Implementierung von Case Management Programmen ist nicht zwingend eine neue Stelle im bestehenden Versorgungsnetzwerk für Suchtkranke zu schaffen. Stattdessen können Case Manager in bestehende Einrichtungen, die mit schwer suchtkranken Patienten in Verbindung stehen, eingebunden werden [50]. Unabhängig von ihrem Anstellungsverhältnis übernehmen sie in erster Linie eine Koordinationsfunktion für alle Hilfsleistungen, die dem Suchtpatienten von verschiedenen Stellen geboten werden. Oberstes Ziel des Case Management Ansatzes ist somit eine langfristige, auf den Patienten abgestimmte Betreuung und Hilfeplanung.

Die Modellprojekte zeigten zum Teil vielversprechende Ergebnisse. Den Case Managern

gelang es in großem Maße, Kontakt zu den Patienten aufzunehmen und sie – bei Bedarf auch langfristig – im Programm zu halten [46, 54]. Der Endbericht des vom BMG geförderten Programms nennt Betreuungszeiträume von mehreren Monaten bis hin zu durchschnittlich einem Jahr, wobei der längste gemessene Betreuungszeitraum vier Jahre überstieg [54].

Auch in Bezug auf die gesundheitliche und soziale Situation der Patienten wurden Erfolge erzielt. So konnte das Suchtproblem von etwa drei Fünfteln der insgesamt 1.660 am BMG-Programm teilnehmenden Patienten „behoben oder zumindest gebessert werden“ [54], wobei eine längere und planmäßig abgeschlossene Teilnahme am Programm mit positiveren Ergebnissen einherging. In einem ähnlichen Modellprojekt zeigte sich bei allen neun Teilnehmern „gegen Ende des zweijährigen Betreuungszeitraums eine Stabilisierung hinsichtlich der Rückfallhäufigkeit als auch eine Verbesserung der gesundheitlichen und der psycho-sozialen Situation“ [46]. Zudem konnte bei acht von neun Teilnehmern das Fortschreiten der Suchterkrankung erfolgreich unterbunden werden. Alle neun Teilnehmer waren nach Ende des Programms stärker in das gesellschaftliche Leben eingebunden [46]. Zu erwähnen ist außerdem, dass die Programme sowohl von den Patienten als auch von regionalen Versorgungsbeteiligten positiv wahrgenommen wurden und – im Falle des Bonner Programms – aufgrund eines Rückgangs der stationären Behandlungstage während des Programms zu einer Ersparnis bei den Krankenhauskosten von fast 60.000 Euro führten [46].

Dem gegenüberzustellen sind jedoch die finanziellen und organisatorischen Hürden, die mit der Implementierung eines solchen Programms einhergehen und möglicherweise dafür verantwortlich sind, dass sich der Case Management-Ansatz bis heute nicht flächendeckend durchsetzen konnte. In erster Linie zählen dazu die Aufwendungen, die durch die Auswahl und Finanzierung der Case Manager entstehen. Da die Betreuung möglichst individuell erfolgen soll, ist dabei von einem niedrigen Betreuungsschlüssel auszugehen, was die Kosten weiter in die Höhe treibt. Dazu kommen Anschaffungskosten für die Ausstattung der Case Manager (Büro, technische Ausstattung etc.) sowie für deren Training. Case Management weicht in großem Maße vom klassisch gelehrten Behandlungskonzept für Suchtpatienten ab, wodurch ein erhöhter Schulungs- und Qualifizierungsbedarf für die Case-Manager entsteht, da diese sowohl medizinisch-fachliche, als auch therapeutisch-soziale und organisatorische Kompetenzen aufweisen müssen [54].

Hervorzuheben ist zudem, dass die Kommunikation und Kooperation zwischen den einzelnen Stellen des Versorgungsnetzwerkes entscheidend für den Erfolg eines solchen Programms sind. Wie durch [54] und [46] dargelegt, wurde gerade dieser Punkt bei den Modellprojekten jedoch als Hürde empfunden. Besonders zu Beginn war es schwierig, die Akzeptanz für das Programm und die Arbeit der Case Manager innerhalb der eigenen Einrichtung und auch in Zusammenarbeit mit anderen Stellen sicherzustellen. Dies hatte zum Teil Kommunikationsprobleme sowie fehlende Austausch- und Unterstützungsmöglichkeiten für die Case-Manager zur Folge [46, 54].

1.5.3 ALITA-Programm

Auch die „Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke“ (ALITA) wurde mit dem Ziel entwickelt, schwerkranken Alkoholabhängigen durch eine intensive, flexible Therapie langfristig zu helfen. Das Programm entstand als umfassendes Forschungsprojekt in Göttingen, wo es im Rahmen einer 10-jährigen Pilot-Studie von insgesamt 180 schwer Alkoholkranken durchlaufen wurde [55].

Das ALITA-Programm wurde als eine zwei Jahre andauernde Langzeittherapie konzipiert, die sich direkt an eine stationäre Entgiftung anschließt. Es gliedert sich dabei in vier verschiedene Phasen, die Intensivphase, die Stabilisierungsphase, die Ablösungsphase sowie die Nachsorgephase. Für jede dieser Phasen, die wenige Monate bis hin zu einem Jahr dauern, sind dabei bestimmte Therapieelemente in einer vorgeschriebenen Intensität festgelegt. Dazu zählen hochfrequente Kurzgesprächskontakte, aktive Unterstützung bei der sozialen Reintegration, die Schaffung einer Alkoholunverträglichkeit durch die Einnahme von Alkoholaversiva, regelmäßige Urin- und Blutkontrollen sowie eine als „aggressive Nachsorge“ bezeichnete Intervention, bei der auch spontane Hausbesuche oder die Einbindung von Angehörigen zum Einsatz kamen. Im Laufe des Programms nahm die Behandlungsintensität dabei ab, sodass beispielsweise eine Reduktion der Kontaktfrequenz im Rahmen der täglichen Kurzgespräche in Phase I hin zu einer regelmäßigen und dauerhaften Teilnahme an Selbsthilfegruppen oder der ALITA-Gruppentherapie am Ende von Phase IV angestrebt wurde [56]. Wesentliche Bestandteile des Programms waren unter anderem ein innovatives Konzept der Therapeutenrotation, eine Kriseninterventionsbereitschaft sowie die Nutzung verschiedener Therapiedokumente. Für jeden Patienten war ein sechs- bis siebenköpfiges, interdisziplinäres Betreuungsteam, unter anderem bestehend aus Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen, Pflegekräften sowie angehenden Medizinerinnen und Psychologen, zuständig. Statt einer einzelnen Bezugsperson hatte der Patient somit ein ganzes Betreuungsnetzwerk, das Therapieziele aus verschiedenen Sichtweisen kommunizieren konnte. So wurden diese zwar regelmäßig übereinstimmend wiederholt, gleichzeitig wurde jedoch eine Lebendigkeit und Vielfältigkeit in der Therapie geschaffen, die nach Einschätzung der Studienleiter zum Erfolg des Programms beigetragen hat [56]. Die Kriseninterventionsbereitschaft beruhte auf dem Grundgedanken, dass bei schwerer Alkoholabhängigkeit – wie auch bei anderen schweren chronischen Krankheiten – nicht zuletzt aufgrund der hohen Komorbiditätsrate, ein Rückfall schnell zu einem Notfall werden kann. Daher war das ALITA-Team 24 Stunden am Tag für den Patienten zu erreichen, um in Krisensituationen schnell Hilfe leisten zu können [57].

Das ALITA-Forschungsprojekt wurde von den Studienleitern insgesamt als sehr erfolgreich bewertet. So lag der prozentuale Anteil der sieben Jahre nach Beendigung des Programms weiterhin abstinenten Patienten bei über 50 %. Die Arbeitslosenrate innerhalb des Patientenkollektivs fiel von 58 % auf 22 % und auch die komorbiden depressiven Störungen sowie Angststörungen gingen deutlich zurück [55]. Aufgrund dieser vielversprechenden Ergebnisse strebten die Studienleiter eine multizentrische

Überprüfung durch ein Franchising-Konzept sowie eine spätere Übertragung in die klinische Praxis an [56]. Ähnlich wie bei dem zuvor vorgestellten Case Management-Ansatz konnte eine weitere Ausbreitung des Therapieprogramms jedoch nicht wie geplant umgesetzt werden. Dies verdeutlicht, dass die bürokratischen und finanziellen Hürden bei der Übertragung neuer Therapieformen in die klinische Praxis weiterhin sehr hoch sind. Gerade bei der Therapie von Alkoholabhängigkeit ist hierbei von einer erhöhten Komplexität in der Abstimmung sowie in der Verteilung von Kosten und Verantwortungen auszugehen, da, wie in Kapitel 1.4.3 dargelegt, Entzugsbehandlungen in die Zuständigkeit der Krankenkassen fallen, während therapeutische Maßnahmen zur Wiedereingliederung in der Verantwortung der Rentenversicherung liegen.

1.5.4 Assertive Community Treatment (ACT)

Auch in Großbritannien wird mit dem Assertive Community Treatment (ACT) (teilweise auch Assertive Outreach Treatment (AOT) genannt) ein alternatives Therapiekonzept für schwer behandelbare Alkoholabhängige getestet. Ursprünglich aus der Psychosebehandlung stammend, enthält das angepasste Programm die folgenden Punkte:

1. Jeder Behandler hat maximal 15 Patienten.
2. Die Behandlung wird durch ein multidisziplinäres Team gesteuert (Ärzte, Sozialarbeiter etc.).
3. Es erfolgt mindestens ein Kontakt pro Woche, wobei die Hälfte der Kontakte außerhalb der Behandlungseinrichtung in der Umgebung des Patienten (zu Hause, in seiner Nachbarschaft etc.) stattfinden sollen.
4. Eine aktive und wiederholte Kontaktaufnahme durch den ACT Behandler mit dem Ziel Kontakt zu halten und eine Beziehung zum Patienten aufzubauen
5. Behandlung und Unterstützung in Bezug auf gesundheitliche Themen, aber auch soziale Aspekte wie Arbeit, Freizeitgestaltung, Unterkunft etc.
6. Flexibilität und Ausrichtung auf Wünsche und Ziele des Patienten, auch wenn sie auf den ersten Blick nur begrenzt im Zusammenhang mit der Abhängigkeits-erkrankung stehen
7. Die Rolle des Behandlers sowohl in Behandlungsplanung als auch während der Termine wird offen kommuniziert.
8. Behandler üben auch Tätigkeiten außerhalb ihres eigentlichen Berufs aus, um den Patienten bestmöglich zu unterstützen.

9. Langandauernde Unterstützung der Patienten über einen Zeitraum von einem Jahr. [44, 47]

Die Ergebnisse einer ersten randomisierten, kontrollierten Studie, in der die Kombination aus ACT und der Standardtherapie mit einer ausschließlichen Standardbehandlung verglichen wurden, zeigt eine höhere Abstinenzrate und geringere notfallmäßige Kontakte mit dem Gesundheitssystem in der ACT Gruppe, allerdings bei geringer Lebensqualität im Vergleich zur Standardtherapie [44]. Eine weitere Studie zu diesem Thema läuft aktuell [47].

1.6 Ziele der Arbeit

Alkoholabhängigkeit ist eine chronisch verlaufende und zu Rezidiven neigende psychiatrische Erkrankung mit hohen Prävalenzraten in der ambulanten und stationären Versorgung. Auch die volkswirtschaftlichen Konsequenzen durch beträchtliche direkte und indirekte Kosten sind nicht zu unterschätzen. In den letzten Jahrzehnten rückte eine Gruppe schwer alkoholabhängiger Patienten mit überdurchschnittlich hoher Behandlungshäufigkeit in den Fokus. Seitdem gab es verschiedene Ansätze, diese Gruppe zu charakterisieren und ggf. eine bedarfsgerechtere Behandlung zu entwickeln. Auch im LVR-Klinikum Düsseldorf konnte eine Gruppe Alkoholabhängiger identifiziert werden, die mehr als zehn stationäre Behandlungen pro Jahr aufwies („häufige Wiederkehrer“ (HÄWI)). Seit 2013 wurde multidisziplinär ein neues Konzept entwickelt, das dazu beitragen soll, HÄWIs gezielter zu unterstützen. Im Rahmen des „Runden Tisches“ werden individuelle, verbindliche Handlungsschritte vereinbart, um die Therapie-Inanspruchnahme zu erhöhen und die Aufnahmen zu reduzieren. Ziele dieser retrospektiven Studie waren:

1. die Identifizierung charakteristischer klinisch-psychiatrischer Merkmale aller HÄWIs anhand von Kriterien aus den Bereichen Soziales, Familien- und Suchtmittelanamnese, Komorbiditäten sowie deren Behandlung
2. die Überprüfung, ob sich Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer des „Runden Tisches“ hinsichtlich dieser Merkmale unterscheiden
3. die Erfolgsaussicht des Therapieansatzes im Hinblick auf Wiederaufnahmen

Kapitel 2

Patienten und Methoden

2.1 Konzept des „Runden Tisches“ im LVR-Klinikum Düsseldorf

Innerhalb der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen des LVR Klinikums Düsseldorf (Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf) konnte eine Gruppe alkoholabhängiger Patienten identifiziert werden, die mehr als zehn stationäre Behandlungen pro Jahr aufwies. Diese sogenannten „Drehtürpatienten“ oder „häufige Wiederkehrer“ (HÄWI) scheinen durch die bestehenden nachstationären ambulanten Maßnahmen oder flankierende sozialpsychiatrische Veränderungen nicht erreicht zu werden, weshalb sich Wiederaufnahmen in kurzen Zeitabständen stark häufen.

Abbildung 2.1 zeigt die Anzahl der häufigen Wiederkehrer im LVR-Klinikum Düsseldorf seit 2011. Waren es 2011 noch 19 Patienten, die in einem Jahr mehr als zehnmal stationär behandelt wurden, stieg die Zahl in den folgenden Jahren sprunghaft an, sodass die Gruppe der HÄWIs 2012 bereits 27 Patienten umfasste und 2013 zunächst einen Höchstwert von 31 erreichte.

Aus diesen Gründen wurde seit Februar 2013 durch ein multidisziplinäres Team in verschiedenen Sitzungen ein neues Konzept entwickelt, um diese Gruppe häufiger Wiederkehrer noch gezielter unterstützen zu können und somit eine optimierte nachstationäre Inanspruchnahme von Therapiemöglichkeiten zu erzielen. Im Zuge dessen entstand das Konzept des „Runden Tisches zu Weiterbehandlungsmöglichkeiten für häufige Wiederkehrer der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen“, welches seit November 2013 umgesetzt wird.

Im Rahmen dieses Programms werden in einem multidisziplinären Team, bestehend

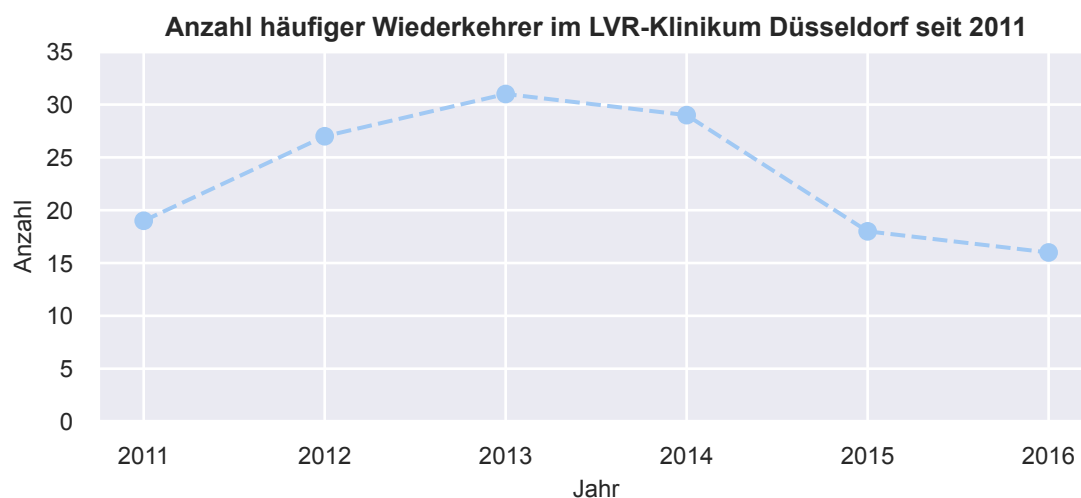


Abbildung 2.1: Anzahl häufiger Wiederkehrer im LVR-Klinikum Düsseldorf von 2011 - 2016 mit einem Höhepunkt von 31 HÄWIs im Jahr 2013

aus Ärzten, Pflegern, Psychologen, Sozialdienst und ggf. einer Vertrauensperson bzw. eines Betreuers des Patienten, gemeinsam mit diesem individuelle und verbindliche Pläne und Handlungsschritte vereinbart. Ziel des „Runden Tisches“ ist es dabei, durch individuelle Unterstützung die Lebensqualität des Patienten zu verbessern. Somit sollen dem Patienten Perspektiven geboten, die Inanspruchnahme therapeutisch-sozialpsychiatrischer Angebote erhöht und damit häufige, krisenhafte Notfallaufnahmen reduziert werden. Gleichzeitig zielt das Programm auf eine Verringerung der psychomentalen Belastung in der Arbeit mit dieser komplexen Patientengruppe ab.

Zielgruppe des „Runden Tisches“ sind alle Patienten, die in einem Jahr mehr als zehnmal stationär zur Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit aufgenommen wurden. Potenzielle Teilnehmer werden in regelmäßigen Abständen durch statistische Auswertung der Abteilung Biometrie des LVR-Klinikums Düsseldorf bestimmt.

Wird einer dieser zuvor ermittelten Patienten nach ärztlicher Indikationsstellung stationär aufgenommen, erfolgt eine Benachrichtigung des Sozialdienstes, der die Verantwortung für die Organisation und Planung eines „Runden Tisches“ trägt. Dem Sozialdienst kommt hierbei eine zentrale Funktion zu. Er übernimmt die anfängliche Kommunikation mit dem Patienten und agiert somit als Mediator zwischen dem sozial-gesellschaftlichen Umfeld des Patienten und der Klinikrealität. Dies soll dem Patienten den Eintritt in das Programm erleichtern.

Während eines Beratungstermins wird dem Patienten das Konzept des „Runden Tisches“ erläutert. Im Anschluss daran erklärt der Patient schriftlich seine Teilnahme oder Ablehnung. Die schriftliche Teilnahmebestätigung durch den Patienten soll diesem dabei die Verbindlichkeit seiner Zusage vor Augen führen. Gleichzeitig soll

durch die Patientenunterschrift verdeutlicht werden, dass der Patient selbstbestimmt handelt und sich aktiv für das Programm entschieden hat. Da der „Runde Tisch“ ohne die kontinuierliche Mitarbeit des Patienten keine Erfolgsaussicht hat, wird Wert daraufgelegt, bereits von Beginn an eine Kultur der aktiven Teilnahme zu etablieren.

Im Falle einer gewünschten Teilnahme besteht seitens des Patienten die Möglichkeit, eine selbst gewählte Vertrauensperson und/oder den eigenen gesetzlichen Betreuer zum „Runden Tisch“ dazu zu laden. Diese Personen können dem Patienten bei Bedarf zusätzlichen Rückhalt gewähren und dazu beitragen, dass ihm die Angst und Skepsis vor dem Programm genommen wird. Ziel ist es dabei, Vertrauen zwischen allen Beteiligten aufzubauen. Die schriftliche Einladung der Vertrauensperson bzw. des gesetzlichen Betreuers erfolgt ebenfalls durch den Sozialdienst, um eine Kontinuität in der Kommunikation sicherzustellen.

Sind diese Vorbereitungen erfolgt, findet der „Runde Tisch“ zeitnah statt. Bei der Terminplanung wird einerseits sichergestellt, dass der Termin nicht zu lange aufgeschoben wird, damit dem Patienten, der sich in einer kritischen Situation befindet, zügig geholfen werden kann. Außerdem müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen einer stationären Behandlung gewahrt werden. Eine Verlängerung des Aufenthalts durch eine Teilnahme am HÄWI-Programm erfolgt nicht. Andererseits soll den Teammitgliedern aber auch ausreichend Zeit eingeräumt werden, um sich auf den individuellen Fall vorzubereiten und die momentane Situation des Patienten von verschiedenen Standpunkten zu betrachten. So besteht die Möglichkeit, beim „Runden Tisch“ offen und weitgefächert auf die persönlichen Wünsche, Bedürfnisse und Probleme des Patienten einzugehen. Da dieser durch Standardtherapien bislang nicht erreicht werden konnte, ist es von besonderer Wichtigkeit, Ziele individuell an den Krankheitsverlauf und die Lebensumstände des Patienten anzupassen. Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei den Patienten, bedingt durch ihre Vielzahl an Aufhalten in der Klinik, um bei allen Beteiligten bekannte Personen handelt, ist in der Regel auch die jeweilige Krankheitsgeschichte bereits im Voraus bekannt. So kann der Fokus beim „Runden Tisch“ bewusst auf ganz akute Probleme und realistisch zu erreichende Ziele gelegt werden.

Der „Runde Tisch“ findet in Räumlichkeiten der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen des LVR-Klinikums Düsseldorf statt. In der Regel wird dafür der Konferenzraum der Klinik gewählt, also ein Ort außerhalb der gewohnten Aufnahmestation. Dabei soll dem Patienten einerseits Sicherheit, aber auch Wertschätzung vermittelt werden. Andererseits wird durch die Wahl der Örtlichkeit aber auch die Ernsthaftigkeit der Situation unterstrichen. Dem Patienten wird so die Möglichkeit gegeben, sich als Patient zu erkennen und sich dadurch besser mit seiner Situation auseinanderzusetzen.

Beim „Runden Tisch“ wird das Gespräch zunächst von einer Person des Arbeiterteams initiiert, wobei dem Patienten die Gelegenheit gegeben wird, seinen Krankheitsverlauf und dessen Auswirkungen auf seine persönlichen Lebensumstände

aus seiner Sicht zu rekapitulieren. Ziel ist, dass sich der Patient die eigene Situation vor Augen führt und das Behandlungsteam gleichzeitig einen exakten Eindruck von der aktuellen Befindlichkeit des Patienten bekommt, um Anhaltspunkte dafür zu erlangen, wo mit den Zielvereinbarungen angesetzt werden kann. Basierend auf den Erkenntnissen des offenen Gesprächs werden dann gemeinsam mit dem Patienten Zielvereinbarungen entwickelt.

Diese Ziele können individuell sehr verschieden sein und sich je nach persönlicher Situation des Patienten auf verschiedene Bereiche seines Lebens beziehen. Unter anderem können Vereinbarungen in Bezug auf die Therapie getroffen werden, beispielsweise in Form einer Zustimmung zur stationären Entwöhnung, dem Umzug in ein soziotherapeutisches Wohnheim, die Initiierung eines ambulant betreuten Wohnens oder dem Wahrnehmen von Ambulanzterminen, inklusive engmaschiger Termine zur Alkoholkontrolle (Atemalkohol oder Etlyglucuronid). Auch ist möglicherweise die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und damit der Kontakt zu anderen Betroffenen ein geeignetes Ziel, um die persönliche Situation zu verbessern. Zudem kann der Fokus auch auf sozialen Themen wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit oder familiären Problemen liegen, die sekundär zu einem deutlich erhöhten Alkoholkonsum geführt haben. Entsprechende Handlungsziele wären hierbei zum Beispiel die Beschaffung einer Unterkunft oder die Kontaktherstellung zum Arbeitsamt.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass für die Motivation zur Umsetzung von Aufgaben das Setzen von Zielen ausschlaggebend ist [58, 59]. Diese ursprünglich aus der Wirtschaftspsychologie stammenden Ansätze sind mittlerweile auch in anderen Bereichen anerkannt und finden so auch im Zusammenhang mit Zielsetzungen zur Änderung von Verhaltensweisen Anwendung.

Bei der Vereinbarung persönlicher Ziele im Rahmen des „Runden Tisches“ wird darauf geachtet, diese möglichst effektiv zu formulieren. Um die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung zu erhöhen, werden bestimmte Zielcharakteristika zugrunde gelegt, die häufig durch das Akronym SMART beschrieben werden. Nach dem SMART-Modell muss ein Ziel spezifisch/selbstbezogen (S=specific), messbar (M=measurable), aktionsorientiert und umsetzbar (A=achievable), realistisch (R=realistic) und terminiert (T=timed) sein [60].

Spezifisch/selbstbezogen: Die Zielvereinbarungen sind individuell auf den Patienten zugeschnitten und für ihn relevant. Während in einem Fall eine Weiterführung der Therapie im ambulanten Bereich angezeigt ist, liegt der Fokus für einen anderen Patienten vielleicht akut eher auf dem Finden einer regelmäßigen Schlafstelle.

Messbar: Der Grad der Zielerreichung sollte anhand von konkreten Variablen ermittelbar sein. So kann beispielsweise vereinbart werden, dass ein Patient zukünftig mehr Ambulanztermine wahrnimmt. Dieses Ziel lässt sich anhand der Anzahl der tatsächlich wahrgenommenen Termine pro Monat messen.

Aktionsorientiert und umsetzbar: Die Ziele sollten so gestaltet sein, dass sie zu einer Aktivität führen. Anstelle der Formulierung: „Ich trinke weniger!“, sollten lieber positive, aktivierende Ziele wie „Ich werde regelmäßig die Selbsthilfegruppe besuchen!“ festgesetzt werden.

Realistisch: Es sollen Ziele vereinbart werden, die für den Patienten erreichbar sind. Anstatt auf Aussagen wie „Ich werde wieder gesund!“, sollte der Fokus dabei auf Teilziele gelegt werden, die an die aktuelle Situation des Patienten angepasst sind (zum Beispiel: „Ich begeben mich in eine stationäre Entwöhnungstherapie!“)

Terminiert: Es muss ein exakter Tag oder Zeitraum zur Erfüllung des Ziels festgelegt werden [61].

Die getroffenen Zielvereinbarungen werden schriftlich auf einem Dokumentationsbogen festgehalten und von allen Parteien gegengezeichnet, um die Verbindlichkeit zu unterstreichen und im weiteren Verlauf der Therapie darauf zurückgreifen zu können. Der Patient erhält eine Kopie, sodass er sich die Vereinbarungen immer wieder vor Augen führen kann und diese damit nicht auf das Klinikumfeld begrenzt bleiben, sondern auch in den Alltag integriert werden können. Zusätzlich verbleibt auch eine Kopie des Dokumentationsbogens in der Klinik.

Oftmals stellt das Wahrnehmen ambulanter Termine eine wichtige Zielvereinbarung dar. Dadurch sollen die häufigen, notfallmäßigen stationären Aufnahmen dieses Patientenkollektivs reduziert werden, und das bei gleichzeitiger, regelmäßiger Weiterbetreuung und -behandlung sowie regelmäßiger Überprüfung und ggf. Anpassung der getroffenen Zielvereinbarungen. Zudem bilden die ambulanten Termine Etappenziele und eine Alltagsstruktur, die dem Patienten als Leitfaden dienen und das Leben wieder in geregelte Bahnen lenken kann.

Sollte der Patient trotz aller Möglichkeiten wiederholt einen Rückfall erleiden, der eine erneute stationäre Aufnahme nötig macht, erfolgt ein Reflexionsgespräch zwischen Sozialarbeiter und Patient anhand der Dokumentation des letzten „Runden Tisches“. Bei diesem werden die vereinbarten Ziele noch einmal gemeinsam erörtert und überprüft, welche Teilziele erreicht werden konnten und wo es Probleme gab. Ziel ist es, den Patienten wieder auf den Weg der Therapie zurückzubringen, Zielsetzungen gegebenenfalls zu adaptieren, sollte es in der Zwischenzeit Änderungen in der persönlichen Situation des Patienten gegeben haben und so neue Handlungsschritte zu erarbeiten.

Eine erneute Einladung zum „Runden Tisch“ findet für einen Patienten erst dann Anwendung, wenn der Patient sich in der Zwischenzeit vier stationären Aufenthalten unterziehen musste.

2.2 Patientenselektion und Bildung der Patientenkollektive

2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien:

Hier wurden Patienten betrachtet, die innerhalb eines Jahres mehr als zehn Mal stationär in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen des LVR Klinikums Düsseldorf behandelt wurden. Außerdem mussten die Patienten, wie in Kapitel 1.2.1 vorgestellt, mindestens drei der Abhängigkeitskriterien der ICD-10 für Alkohol erfüllen.

Ausschlusskriterien:

Nicht betrachtet wurden Patienten, die sich weniger als zehn Mal innerhalb von zwölf Monaten in stationärer Behandlung in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen des LVR Klinikums Düsseldorf befanden und die Abhängigkeitskriterien der ICD-10 für Alkohol nicht erfüllten. Komorbidität mit anderen Suchterkrankungen oder anderen psychiatrischen und/oder Begleiterkrankungen stellten kein Ausschlusskriterium dar.

2.2.2 Patientenkollektive

Zur Bildung der Patientenkollektive wurden mittels Aufnahmedaten aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) des LVR-Klinikums Düsseldorf zuerst alle häufigen Wiederkehrer identifiziert, also Patienten, die sich innerhalb des Studienzeitraums mehr als zehnmal pro Jahr zum stationären Entzug im LVR-Klinikum Düsseldorf haben behandeln lassen.

Der Studienzeitraum umfasst den Zeitraum zwischen dem 01.01.2014 und dem 31.12.2015 und erstreckt sich dabei über genau zwei Kalenderjahre, sodass mögliche jahreszeitlich bedingte Artefakte ausgeschlossen wurden.

Es konnte eine Gruppe von 43 HÄWI Patienten identifiziert werden, was einem Anteil von 8,02 % von allen 536 entspricht, die während dieses Zeitraums mit der Hauptdiagnose F10.2 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkoholabhängigkeitssyndrom) nach ICD (16) aufgenommenen Patienten entspricht.

Im Anschluss daran erfolgte die Unterteilung dieser HÄWI-Großgruppe in zwei Untergruppen, nämlich in Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer des Programms „Runder Tisch“. Hier ergab sich folgende Konstellation: 19 Patienten konnten der Teilnehmergruppe zugeordnet werden, 24 Patienten nahmen nicht an dem Programm teil.

2.3 Datenerfassung und Aufbereitung

Alle Daten entstammen dem Krankenhausinformationssystem (KIS) des LVR-Klinikums Düsseldorf und wurden während einer Famulatur in der Klinik teilweise selbst erhoben bzw. 2016 retrospektiv durch Aktenrecherche der schriftlichen Dokumentation im KIS entnommen. Dabei wurden sowohl die Basisdokumentation als auch die Dokumentation in den Krankenakten der einzelnen Aufenthalte berücksichtigt.

So ließen sich Informationen aus Aufnahmedokumenten, einem klinikeigenen Fragebogen zur strukturierten Suchtmittelanamnese, stationären Dokumentationen (z.B. Visitenoteinträge, Laborwerte, Medikamentenverbrauch) und Entlassungsbriefen extrahieren. Die erhobenen Daten wurden in einer Excel[®]-Datenbank schriftlich festgehalten und gespeichert. Diese Datei wurde in die Statistiksoftware IBM[®] SPSS[®] Statistics überführt und bildete die Grundlage zur Auswertung und Berechnung der Daten. Die zur Ergebnisdarstellung verwendeten Graphen wurden mithilfe von Matplotlib entworfen und die finale Arbeit mit dem Textsatzprogramm L^AT_EX erstellt.

2.3.1 Erhobene Daten

Zur Patientencharakterisierung und Auswertung des „Runden Tisches“ wurden verschiedene Parameter erhoben. Als Basisdaten dienen das **Alter** des Patienten über das Geburtsdatum und das **Geschlecht**. Unten genannte Daten aus dem Bereich des **sozialen Assessments** entstammen der Eigenanamnese des Patienten und wurden entweder als „zutreffend“ („ja“) oder „nicht zutreffend“ („nein“) oder in Kategorien (z.B. „ledig“, „verheiratet“, „geschieden“) erfasst.

- Wohnsituation
- Schule
- derzeitige berufliche Situation
- erlernter Beruf
- Familienstand
- Kinder ja/nein, minderjährig ja/nein
- Fahrerlaubnis
- Muttersprache

- Migrationshintergrund
- Bewährung, offene Verfahren, Haft
- gesetzlicher Betreuer

Auch die Auswertung der Daten der **Suchtmittel- und Familienanamnese** beruhen auf Selbstangaben der Patienten.

Hier wurden folgende Daten erfasst:

Suchtmittelanamnese:

- Abhängigkeitskriterien
- andere Abhängigkeiten
- Komplikationen: Delir, Krampf, Überdosis
- Kontakt zur Selbsthilfegruppe, Kontakt zum Suchthilfesystem
- vorherige stationäre Entwöhnungsmaßnahmen

Familienanamnese:

- Sucht in der Familie
- psychiatrische Erkrankungen in der Familie
- Suizide in der Familie

Psychiatrische oder somatische Komorbiditäten umfassen alle zusätzlichen Erkrankungen des Patienten, die neben einer Alkoholabhängigkeit auftreten. Diese wurden nach Aktenlage entsprechend der hinterlegten ICD-10 Codierung berücksichtigt und stammen unter Umständen auch von externen Ärzten.

Die **Behandlung** betreffende Faktoren entstammen der ärztlichen, pflegerischen oder durch den Sozialdienst erfolgten Dokumentation während der Krankenhausaufenthalte der Patienten.

Anhand von Aufnahme-, Entlassungsdaten und ambulanten Terminen wurden die Verweildauer, die Anzahl stationärer Aufenthalte und die Zeit zwischen den Aufenthalten ermittelt. Aufnahmen unter 24 Stunden, die sich über zwei Tage erstreckten, zählen hierbei nur als ein Tag. Als Entlassung wurde das Verlassen der stationären Behandlung (geplant oder gegen ärztlichen Rat) oder der Tod des Patienten gewertet.

Blutwerte, Vitalparameter und Medikamentenverbrauch, die nach gängigen Standards während des Aufenthalts durch ärztliches oder pflegerisches Personal erhoben und dokumentiert wurden, entstammen ebenfalls der elektronischen Patientenakte. Des Weiteren wurde die **rechtliche Situation** bei Aufnahme (z.B. „freiwillig“, „per PsychKG“) dokumentiert.

Bezüglich des „Runden Tisches“ wurden mithilfe der in 3.1 beschriebenen Dokumentationen folgende Daten zusammengetragen:

- Daten der Kontaktaufnahmen
- Anzahl der Aufklärungsgespräche
- Anzahl „Runder Tisch“
- Anzahl der Reflexionsgespräche
- Aufnahme- und Entlassdaten im Nachbetrachtungszeitraum von 6 Monaten zur Ermittlung von Verweildauer, Anzahl stationärer Aufenthalte und Zeit zwischen den Aufenthalten

2.4 Statistische Auswertung

Die erhobenen Daten wurden aus der vorliegenden Excel[®]-Datenbank in IBM[®] SPSS[®] Statistics überführt und mit Unterstützung und Rücksprache durch die Statistikerin Dr. M. Jänner ausgewertet.

2.4.1 Klinisch-psychiatrische Charakterisierung der HÄWIs

Im ersten Schritt dieser Arbeit sollten klinisch-psychiatrische Merkmale aller häufigen Wiederkehrer anhand oben genannter Daten identifiziert werden. Hier erfolgte eine deskriptive Datenanalyse mit Präsentation der Ergebnisse je nach üblicher Maßzahl im jeweiligen Skalenniveau der Variablen. Dabei werden Prüfgrößen des Nominal- und Ordinalskalenniveaus mittels Häufigkeitsangaben (absolute und relative Häufigkeiten) dargestellt. Für metrisch skalierte Merkmale werden Mittelwert, Median, Minimum, Maximum und die Standardabweichung angegeben.

2.4.2 Vergleich der Gruppen „Teilnehmer“ und „Nicht-Teilnehmer“

Im Weiteren wurden die Gruppen der Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer am „Runden Tisch“ hinsichtlich der erfassten Parameter verglichen, um so mögliche Unterschiede herauszuarbeiten, die Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft am Programm haben könnten. Hier wurde zur Auswertung der Unabhängigkeit der Variablen der Chi-Quadrat-Test verwendet, unter der Voraussetzung, dass die erwartete Zellenhäufigkeit größer als 5 sei. War diese Bedingung nicht gegeben, erfolgte zur Überprüfung der Unabhängigkeit der dichotomen Merkmale die Testung mithilfe des exakten Tests nach Fischer, der unabhängig von der Stichprobengröße verwendet werden kann.

Für den Mittelwertvergleich metrisch skalierten Parameter erfolgte zunächst ein Levene-Test auf Varianzgleichheit. Wurde diese bestätigt, konnte ein ungepaarter t -Test zum Vergleich der Mittelwerte durchgeführt werden. Bestand keine Varianzhomogenität, wurde der Welch-Test verwendet. Dabei wurde ein Signifikanzniveau von $p < 0,05$ als statistisch signifikant betrachtet.

2.4.3 Prüfung der Erfolgsaussicht des „Runden Tisches“

Im letzten Schritt sollten die Erfolgsaussichten des Therapieansatzes „Runder Tisch“ durch Vergleich der Untergruppen „Teilnehmer“ und „Nicht-Teilnehmer“ im Hinblick auf Verweildauer, Anzahl stationärer Aufenthalte und Zeit zwischen den Aufenthalten untersucht werden. Dazu wurde ein Nachbetrachtungszeitraum von 6 Monaten festgelegt.

Auch hier erfolgte zunächst eine deskriptive Datenanalyse mit Ergebnispräsentation nach metrischem Skalenniveau, wie in Abschnitt 2.4.1 beschrieben.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurden die Daten im Weiteren auf ihr Verteilungsmuster mithilfe des Kolmogorov-Smirnov Tests überprüft. Hier zeigte sich, dass es sich nicht um normalverteilte Daten handelt, sodass der Einsatz von parametrischen Tests, wie t -Test oder ANOVA, zur Signifikanztestung auf Gruppenunterschiede zwischen den Subgruppen nicht möglich ist, da diese nur bei Normalverteilung verwendet werden können. Aus diesem Grunde wurde zur Berechnung der Signifikanz der Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben herangezogen. Auch in diesem Falle beträgt das Signifikanzniveau 5%.

2.4.4 Fehlende Daten

Da die verwendeten Daten in dieser Studie auch aus Fragebögen und Eigenanamnesen der Patienten entnommen wurden, bestand immer die Gefahr der fehlenden Daten durch Nichtantwort der Befragten.

In diesem Zusammenhang sollte der Bewertung und dem Umgang mit diesen fehlenden Werten oder Antworten Bedeutung beigemessen werden, damit die Aussagekraft der vorhandenen Daten nicht unnötig verzerrt wird.

Hier lassen sich drei Fehlendmechanismen unterscheiden [62]:

1. Missing completely at random (MCAR): der Verlust der Daten ist rein zufällig, z.B. durch Abhandenkommen auf dem Zustellungswege. Eine Korrelation zu den betrachteten Variablen besteht nicht.
2. Missing at random (MAR): hier liegt ein bedingt zufälliges Fehlen von Daten vor, das unabhängig von der zu messenden Variablen ist, aber durch andere Variablen oder Störfaktoren beeinflusst wird.
3. Missing not at random (MNAR): es handelt sich um einen nicht zufälligen Ausfall von Daten, der immer zur Verzerrung der Ergebnisse führt.

Die fehlenden Daten dieser Studie wurden nach Betrachtung als MAR und damit als ignorierbarer Datenausfall eingestuft. In diesem Fall muss nicht zwangsläufig eine Imputation durchgeführt werden [63]. Auch durch Imputation ist eine Verzerrung der Daten möglich, sodass hier stattdessen eine Auswertung der fehlenden Daten unter „keine Angabe“ oder „fehlende Werte“ durchgeführt wurde. Das Vorliegen von fehlenden Daten wird somit immer berücksichtigt und als Anteil der gesamten Werte genannt.

2.5 Ethikvotum und Pseudoanonymisierung

Für die Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf vor (Studennummer: 5434).

Außerdem gelten die ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen der Deklaration von Helsinki [64].

Die personenbezogenen Daten der Patienten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Bundesdatenschutzgesetz. Da es aufgrund des retrospektiven Studiendesigns

allerdings nicht immer möglich war, von allen Patienten Einverständniserklärungen zur Verwendung ihrer Daten einzuholen, sei es, dass einige Personen des Patientenkollektivs nicht mehr erreicht werden konnten (z.B. durch Umzug, Beendigung jeglicher Therapiemaßnahmen, Tod oder Ähnliches), wurden die Patientendaten pseudoanonymisiert ausgewertet, um die Vertraulichkeit der Daten sicherzustellen. Dazu wurde den einzelnen Patienten zu Beginn eine Identifikationsnummer zugeordnet, die im weiteren Verlauf der Auswertung ausschließlich Verwendung fand.

Kapitel 3

Ergebnisse

3.1 Ergebnisse der Patientencharakterisierung

Wie bereits in 1.6 und 2.4 erwähnt, erfolgt im ersten Teil dieser Arbeit eine Charakterisierung der gesamten Gruppe der HÄWIs anhand verschiedener Parameter mithilfe deskriptiver Statistik. Nachfolgend finden sich diese Ergebnisse.

3.1.1 Basisdaten

Geschlecht

Das ausgewertete Patientenkollektiv der häufigen Wiederkehrer mit 43 Patienten bestand mit 69,8% überwiegend aus männlichen Probanden. Frauen waren mit 30,2% nur zu ca. einem Drittel im Kollektiv vertreten (13 von 43), sodass sich ein Geschlechterverhältnis von zwei zu eins ergibt. (Abbildung 3.1b)

Alter

Bezüglich des Alters fand sich eine Gruppe mittleren Alters mit einem Minimum von 25 und einem Maximum von 59 Jahren. Das durchschnittliche Alter belief sich damit auf 44,1 Jahre (Standardabweichung 8,5). Der Median lag bei 46,0. (Abbildung 3.1a)

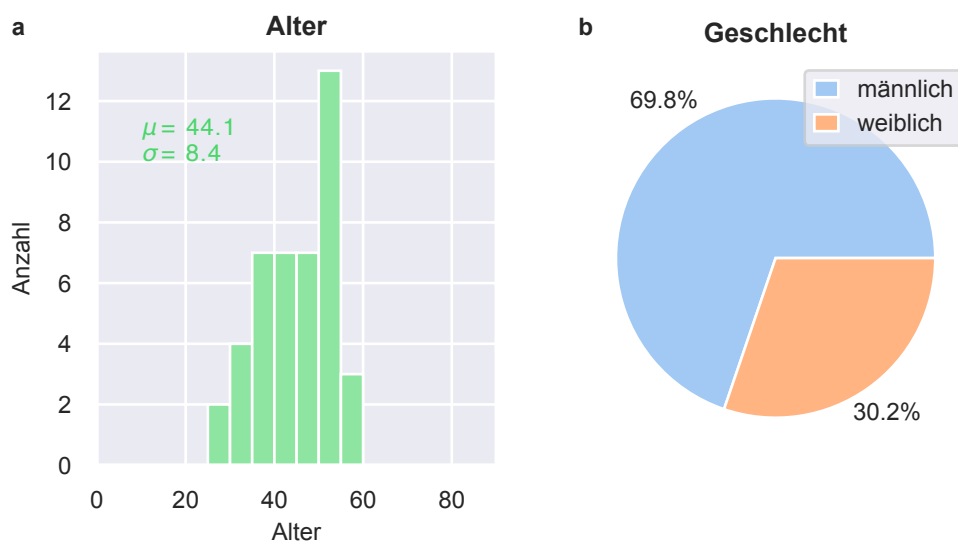


Abbildung 3.1: a Altersverteilung und b Geschlechtsverhältnis (männlich/weiblich) des untersuchten HÄWI-Kollektivs

3.1.2 Soziales Assessment

Im Weiteren wurden die sozialen Hintergründe des Patientenkollektivs betrachtet.

Familienstand

Dabei zeigte sich, dass die Mehrheit der Patienten alleine lebt (90,7%), wovon ein Großteil ledig ist (65,1%) (Tab. 3.1). Nur 2 Patienten sind verheiratet (4,7%), ca. ein Fünftel lebt in Scheidung. Die restlichen 4,7% machten keine Angaben.

Kinder

Etwas mehr als die Hälfte der Patienten hat keine Kinder (51,2%) (Tab. 3.1). Der Rest gab an, Kinder zu haben (39,5%) oder machte keine Aussage (9,3%).

Minderjährige Kinder

In diesem Zusammenhang zeigte sich auch, dass ca. 1/3 der Patienten minderjährige Kinder hat (13 von 43), 11,6% machten keine Angaben (Tab. 3.1).

Tabelle 3.1: Prozentualer Anteil bezüglich Familienstand, Kinder, minderjährige Kinder und Wohnsituation der HÄWIs

Kategorie	Antwort	Häufigkeit	Anteil
Familienstand	keine Angaben	2	4,7 %
	ledig	28	65,1 %
	verheiratet	2	4,7 %
	geschieden	9	20,9 %
	getrennt lebend	2	4,7 %
	gesamt	43	100,0 %
Kinder	nein	22	51,2 %
	ja	17	39,5 %
	keine Angaben	4	9,3 %
	gesamt	43	100,0 %
Minderjährige Kinder	nein	25	58,1 %
	ja	13	30,2 %
	keine Angaben	5	11,6 %
	gesamt	43	100,0 %
Wohnsituation	keine Angaben	5	11,6 %
	allein	19	44,2 %
	in Partnerschaft/Familie	5	11,6 %
	in anderer Gemeinschaft	3	7,0 %
	Altersheim/Wohnheim	1	2,3 %
	Notunterkunft	2	4,7 %
	obdachlos/Schlafstelle	8	18,6 %
	gesamt	43	100,0 %

Wohnsituation

Ähnliche Ergebnisse spiegeln sich auch in der Wohnsituation der häufigen Wiederkehrer wider. Die Mehrheit der Patienten lebt allein (67,5 %) (Tab. 3.1). Davon sind 18,6 % obdachlos bzw. nutzen Schlafstellen, 4,7 % leben in Notunterkünften. Nur 5 häufige Wiederkehrer leben in einer Partnerschaft oder Familie (11,6 %). Weitere 5 Patienten machten hierzu keine Angaben.

Schulbildung

Wie Abbildung 3.2 zeigt, zeichnet sich das Patientenkollektiv der häufigen Wiederkehrer durch eine niedrige Schulbildung aus. 62,8 % haben keinen oder einen

Hauptschulabschluss, nur 9,3% verfügen über eine Fachhochschulreife oder Abitur. 11,6% der Angaben sind fehlend.

Ausbildung

Trotz der oben genannten mehrheitlich geringeren Schulbildung hat der größte Teil des Kollektivs (64,3%) doch eine Ausbildung oder ein Studium (9,5%) absolviert (Abb. 3.2). 27,9% der Patienten sind ungelernt, 7,1% angelernt. Eine Person machte keine Angaben bezüglich der Ausbildung (2,3%).

Derzeitige berufliche Situation

Obwohl die Mehrheit der häufigen Wiederkehrer über eine Ausbildung verfügt, ist nur eine Person berufstätig (2,3%). 79,1% sind arbeitslos gemeldet, der Rest ist entweder erwerbs-/berufsunfähig oder frühberentet oder machte keine Angaben (11,6%) (Abb. 3.2).

Migrationshintergrund

9 von 38 Personen haben einen Migrationshintergrund, wie in Abbildung 3.3 zu erkennen ist. 76,3% der Patienten sind demnach ohne Migrationshintergrund. Bei fünf der 43 Personen wurde keine entsprechende Angabe gemacht.

Muttersprache

Dementsprechend sind auch die meisten häufigen Wiederkehrer Muttersprachler. 72,1% gaben Deutsch als Muttersprache an. Bei 16,3% stellt Deutsch nur die Zweitsprache dar; diese Patienten haben entweder Polnisch oder Russisch als Muttersprache. 1 Patient ist zweisprachig (Deutsch/Französisch) aufgewachsen. 11,6% haben keine Angaben gemacht (Abb. 3.3).

Hinsichtlich der folgenden Parameter zum Konflikt mit dem Gesetz und der rechtlichen Betreuung erfolgte die Auswertung in Bezug auf die einzelnen Fälle, das heißt die einzelnen Aufenthalte innerhalb des zweijährigen Beobachtungszeitraums, anstatt auf die einzelnen Patienten, da sich der Status dieser Kategorien bei dem gleichen Patienten zwischen verschiedenen Aufenthalten ändern kann.

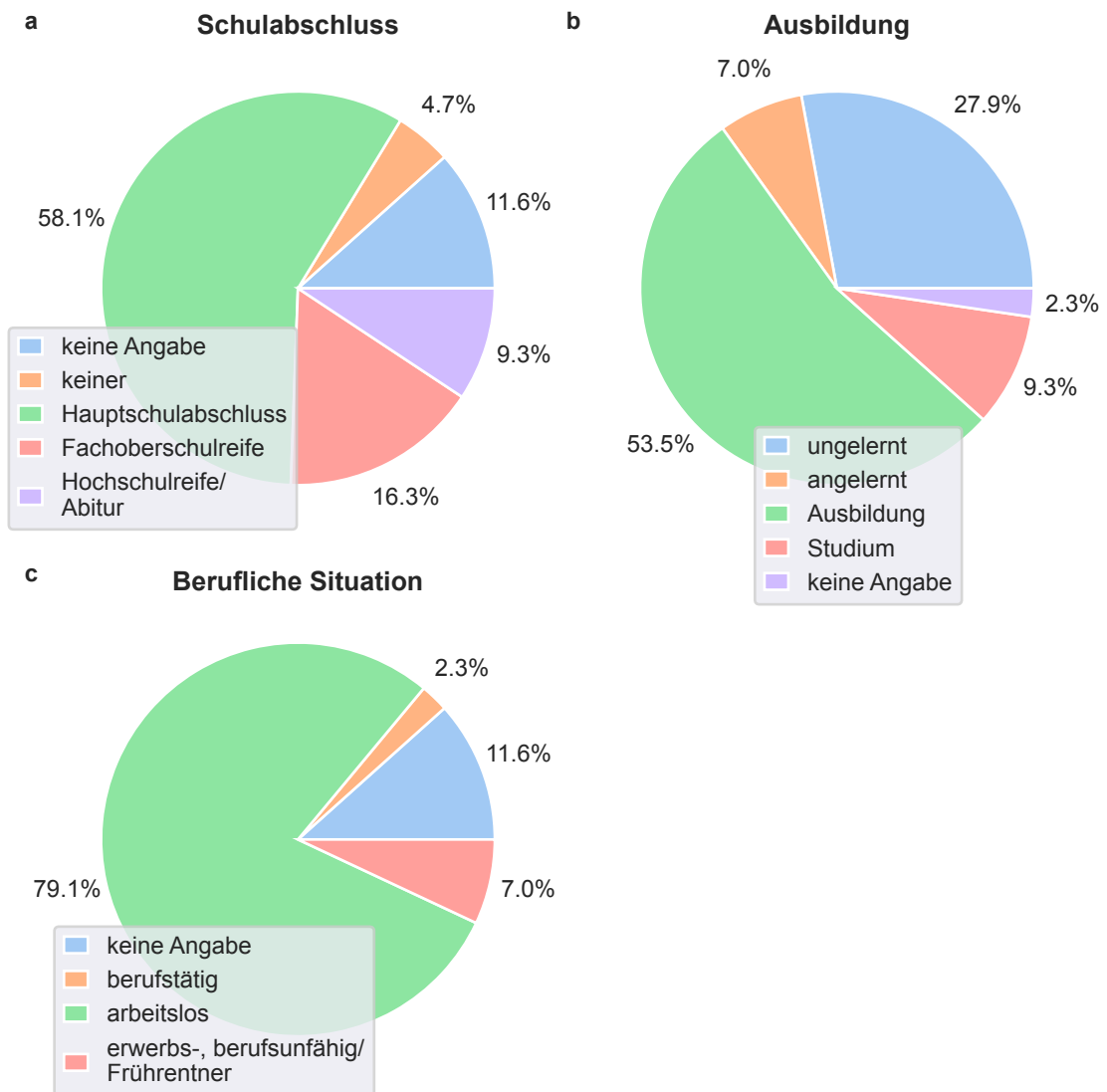


Abbildung 3.2: Relative Häufigkeiten bezüglich **a** Schulabschluss **b** Ausbildung und **c** beruflicher Situation der HÄWIs

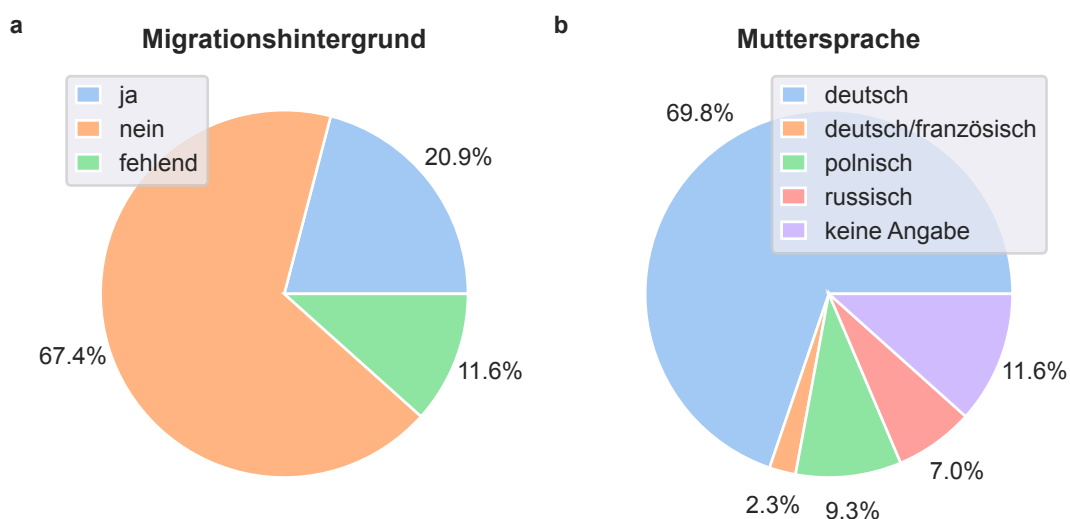


Abbildung 3.3: Relative Häufigkeiten bezüglich **a** Migrationshintergrund und **b** Muttersprache des HÄWI-Kollektivs

Bewährung

Wie Abbildung 3.4 zu entnehmen ist, zeigt sich hier, dass in den meisten Fällen keine Bewährungsaufgabe vorlag. Von 946 Aufenthalten in zwei Jahren gaben die Patienten bei mehr als Zweidritteln an, aktuell keine Bewährungsaufgabe zu haben. Nur in 26,3% der Fälle lag eine Bewährungsaufgabe vor. 5,4% der Angaben sind fehlend.

Offene Verfahren

Nahezu identische Ergebnisse finden sich im Hinblick auf offene Verfahren (Abb. 3.4). Auch hier lagen bei 68,1% aller Aufenthalte keine offenen Verfahren vor. In weniger als einem Drittel der Fälle bestanden offene Verfahren während des stationären Aufenthalts. Auch hier existieren für 51 Fälle keine Angaben.

Haft

Eine haftfreie Vorgeschichte fand sich hingegen nur in etwas mehr als der Hälfte der Aufenthalte. In ca. 40% der Fälle war bis zum Zeitpunkt des stationären Aufenthalts eine Verurteilung zu mindestens einer Haftstrafe im Verlauf des Lebens erfolgt. In 5,4% der Fälle wurden keine Angaben gemacht (Abb. 3.4).

Gesetzlicher Betreuer

Wie Abb. 3.4 zu entnehmen ist, lag nur bei ca. einem Viertel der Fälle eine gesetzliche Betreuung vor. In 75,1 % der Aufenthalte waren die Patienten demnach entweder selbst in der Lage für ihre Angelegenheiten zu sorgen, sie stimmten einer Betreuung nicht zu oder die Betreuung war noch nicht eingerichtet.

3.1.3 Anamnese und Suchtmittelanamnese

Die folgenden Auswertungen befassen sich mit Aspekten der Anamnese und Suchtmittelanamnese.

Abhängigkeitskriterien

Der größte Anteil der HÄWIS, nämlich fast Zweidrittel (65,1 %), erfüllten alle sechs Abhängigkeitskriterien nach ICD-10 (Abb. 3.5). Im Gegensatz dazu bejahte nur ein einziger Patient (2,3 %) des Kollektivs die untere Grenze von drei Abhängigkeitskriterien. Die restlichen 23,2 % verteilen sich zu gleichen Anteilen auf vier oder fünf Abhängigkeitskriterien und vier Patienten trafen keine Aussage.

Andere Abhängigkeiten außer Tabak

Abhängigkeiten von anderen Substanzen neben Alkohol waren in der Gruppe der HÄWIs eher unterrepräsentiert, wobei Tabak von vornherein nicht mit in Betracht gezogen wurde, da bei Erfassung der Nebendiagnosen ein sehr hoher Anteil an Tabakabhängigkeit unter den Patienten festgestellt werden konnte. Ansonsten zeigte sich, dass 60,5 % der Patienten ausschließlich alkoholabhängig sind. 14 % machten keine Angaben. Eine Abhängigkeit von weiteren Substanzen bestand immer nur zu einem kleinen Prozentsatz. Teilweise traten neben der Alkoholabhängigkeit auch Abhängigkeiten von mehr als einer zusätzlichen Substanz auf (Abb. 3.5).

Frühere Suizidversuche

Die Rate an Suizidversuchen betrug 27,9 % in der ausgewerteten Stichprobe der HÄWIs und betrifft damit den kleineren Teil der Patienten (Abb. 3.5). Dabei hatten 16,3 % einen und 11,6 % mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte. Somit wiesen 60,5 % keine Suizidversuche auf und bei 5 Patienten fehlten die Angaben.

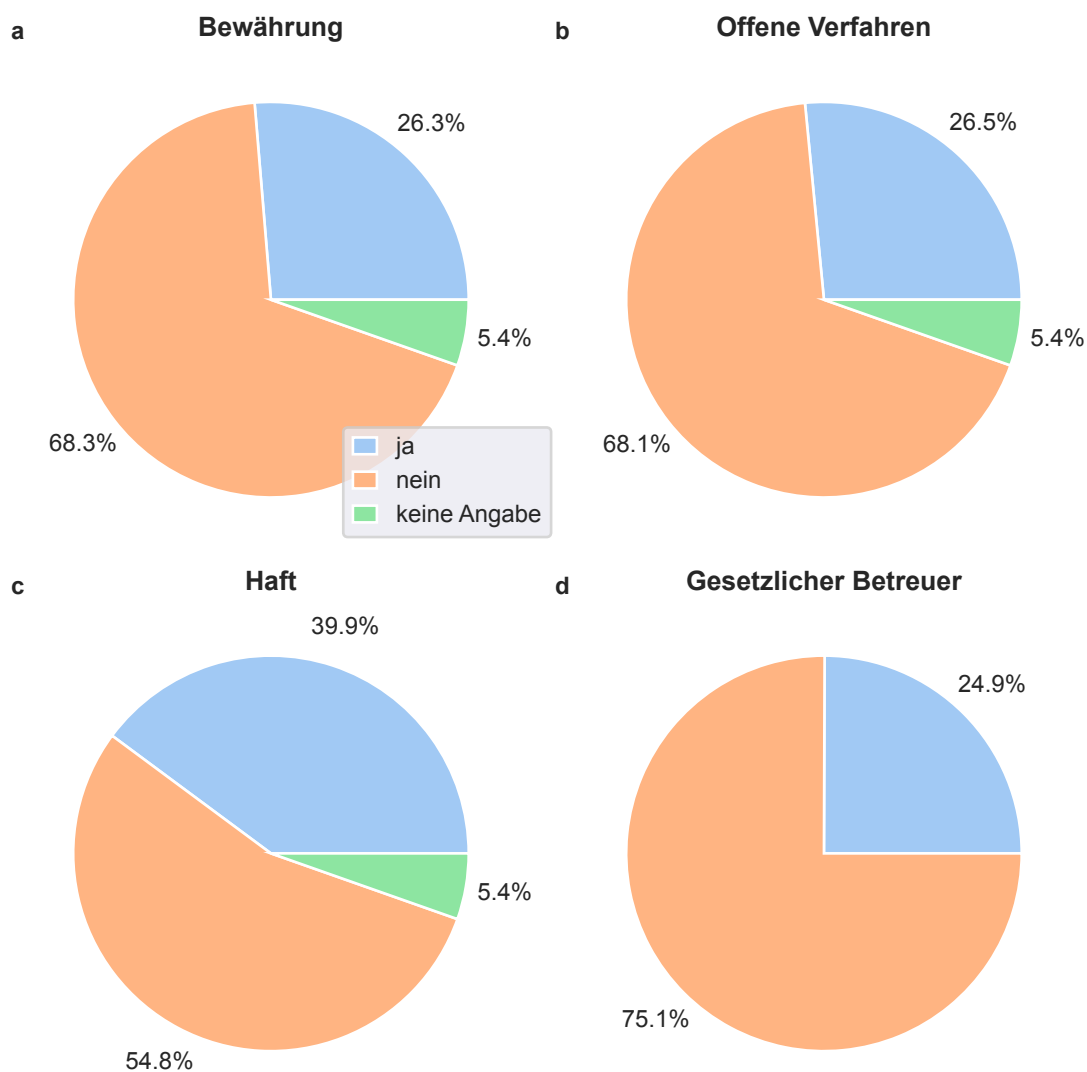


Abbildung 3.4: Relative Häufigkeiten von **a** Bewährungsauflagen, **b** offenen Verfahren, **c** Haft und **d** gesetzlichem Betreuer in Bezug auf die einzelnen Fälle des zweijährigen Beobachtungszeitraums

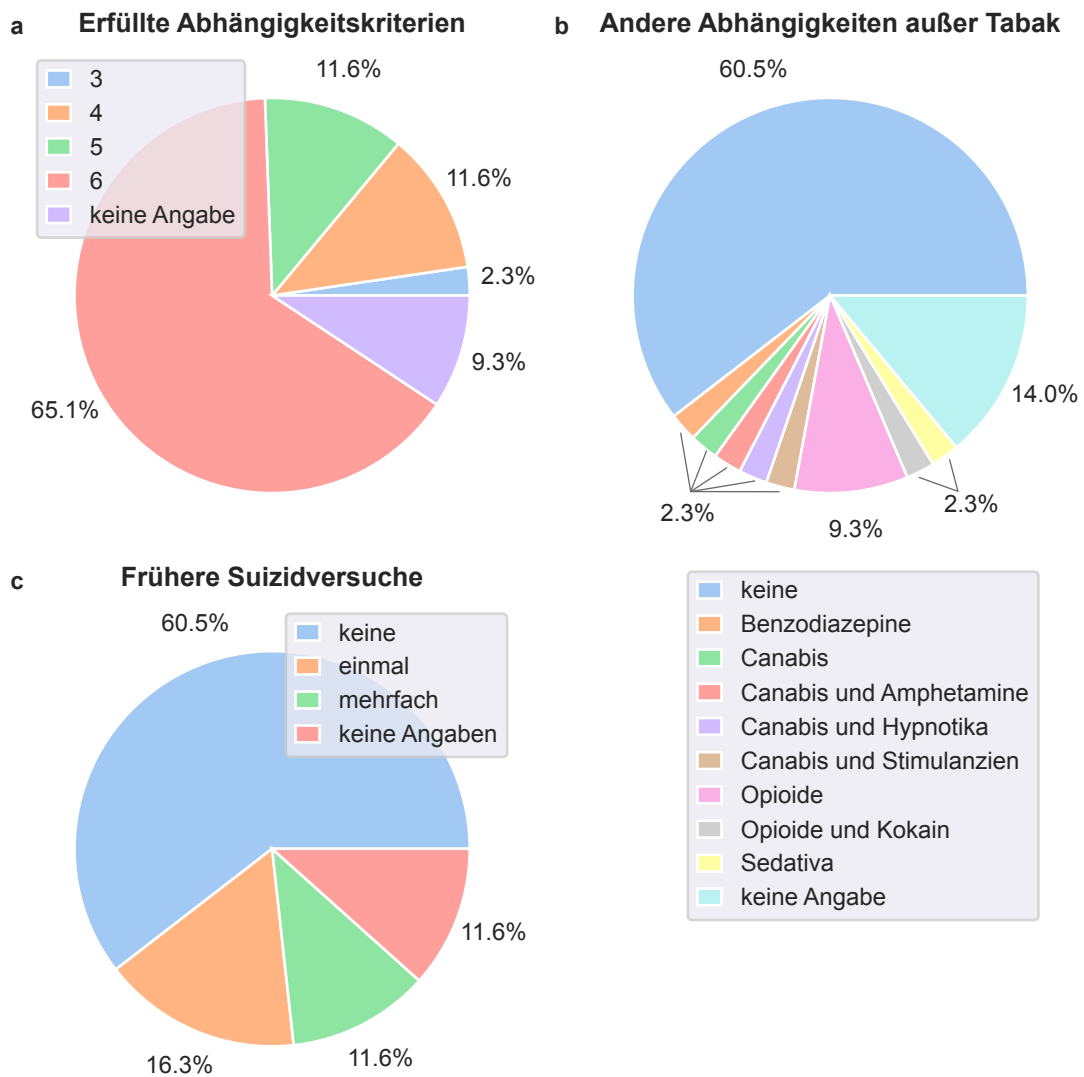


Abbildung 3.5: Relative Häufigkeiten bezüglich **a** erfüllter Abhängigkeitskriterien, **b** anderer Abhängigkeiten außer Tabak und **c** früherer Suizidversuche der HÄWIs

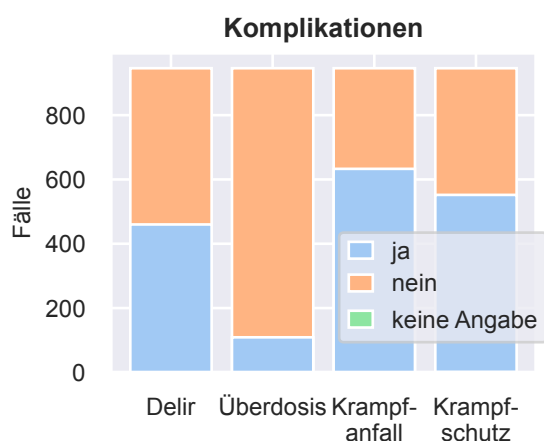


Abbildung 3.6: Anteil von Komplikationen wie **a** Delir, **b** Überdosis, **c** Krampfanfall und **d** Vorhandensein eines Krampfschutzes in Bezug auf alle Fälle im zweijährigen Beobachtungszeitraum

Komplikationen

Die Auswertung typischer Komplikationen im Rahmen der Abhängigkeitserkrankung bzw. des Entzugssyndroms erfolgte auch anhand der einzelnen Fälle innerhalb des zweijährigen Beobachtungszeitraums und nicht bezogen auf den einzelnen Patienten, da auch dies zwischen verschiedenen Aufenthalten stark variieren kann.

Delir

Wie Abbildung 3.6 zu entnehmen ist, verteilte sich das Auftreten bzw. Nicht-Auftreten eines Delirs (auch bezogen auf die Vorgeschichte) zu nahezu gleichen Anteilen über die Fälle. So lag in fast 50% der Fälle eine Deliranamnese vor.

Überdosis

Im Gegensatz dazu zeigt sich in Bezug auf eine Überdosis ein unausgeglicheneres Bild. In 88,5% der Aufenthalte wurde das Auftreten einer Überdosis (auch bezogen auf die Vorgeschichte) verneint, in ca. einem Zehntel der Fälle (11,5%) wurde das Auftreten einer Überdosis angegeben (Abb. 3.6).

Krampf

Hinsichtlich eines Krampfeignisses (auch bezogen auf die Vorgeschichte) zeigten sich gegensätzliche Ergebnisse. Hier wurde mit ca. Zweidritteln in der Mehrheit der Fälle das Auftreten eines Krampfes bejaht, nur in 33,1 % der Fälle war keine Krampfanamnese vorliegend (Abb. 3.6).

Krampfschutz

In diesem Zusammenhang wurde auch die Verabreichung eines Krampfschutzes untersucht. Hier lag mit 58,2 % und damit bei der Mehrheit der Aufenthalte die Einnahme eines Krampfschutzes während der stationären Entzugsbehandlung vor, in 41,6 % der Fälle wurde kein Krampfschutz angeordnet. In einem Fall war die Angabe nicht vorhanden (Abb. 3.6).

Nebendiagnosen

Neben den bereits oben erwähnten weiteren Abhängigkeiten wurden auch andere psychiatrische und somatische Komorbiditäten erfasst, hier allerdings als Anteil aller codierten Diagnosen der Stichprobe im Beobachtungszeitraum.

Zusätzlich zu dem, der Stichprobe und Studie entsprechenden, führenden Auftreten von ICD-10 F10 Diagnosen („Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“), trat in fast ähnlich hoher Anzahl, wie auch bereits erwähnt, eine F17 Diagnose („Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“) auf. Darauf folgten die in 3.1.3. beschriebenen anderen Abhängigkeiten. Mit großem Abstand konnte außerdem eine geringere Häufung einer I10 Diagnose („Essentielle Hypertonie“) festgestellt werden. Alle weiteren Diagnosen traten jeweils nur in sehr niedriger Anzahl auf. Aus diesem Grunde wurde auf eine weitere Auswertung dieser Daten verzichtet.

3.1.4 Familienanamnese

Des Weiteren wurden Aspekte der Familienanamnese untersucht.

Tabelle 3.2: Statistik der Anzahl stationärer Behandlungen von HÄWIs im zweijährigen Beobachtungszeitraum

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median	Standard- Abweichung
Anzahl stationärer Behandlungen	43	10	60	22	19	11

Sucht in der Familie

Abbildung 3.7 zeigt, dass bei einem Großteil der Patienten Suchterkrankungen in der Familie bekannt waren (69,8%). Nur 9 von 43 beantworteten diese Frage mit nein. Vier Patienten machten keine Angaben.

Andere psychiatrische Erkrankungen in der Familie

Während Suchterkrankungen in der Familie bei der Mehrheit der Patienten vorherrschen, finden sich auch bei 20,9% der Patienten andere psychiatrische Erkrankungen in der Familienanamnese. Von 11,6% der Patienten fehlen diese Angaben (Abb. 3.7).

Suizide in der Familie

Suizide/Suizidversuche in der Familie treten bei 11,6% der Patienten auf (Abb. 3.7). Ebenso viele machen keine Angaben. Ein Großteil des Patientenkollektivs verneint diese Aussage, nämlich 76,7%.

3.1.5 Therapie

Stationäre Behandlungen

Im Hinblick auf die Therapie der HÄWIs wurde zunächst die Anzahl der stationären Aufenthalte der Patienten innerhalb des Beobachtungszeitraums von zwei Jahren betrachtet. Hier zeigte sich eine recht große Spannweite mit, der Definition der HÄWIs entsprechend, einem Minimum von 10 stationären Aufenthalten und einem Maximum von 60 (Tabelle 3.2). Im Schnitt wiesen die Patienten 22 Aufenthalte in 24 Monaten auf (Standardabweichung 11). Der Median betrug 19.

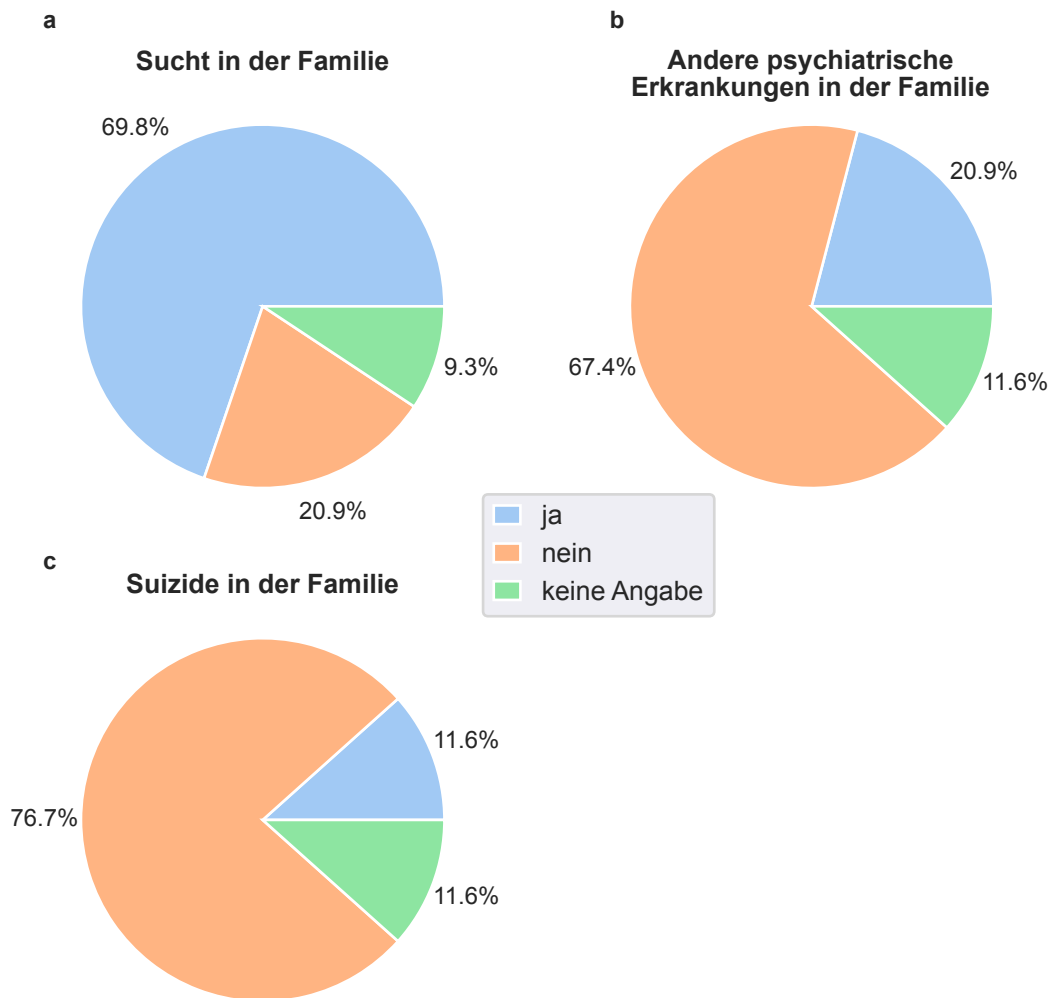


Abbildung 3.7: Relative Häufigkeiten von **a** Sucht, **b** anderen psychiatrischen Erkrankungen und **c** Suiziden in der Familie der HÄWIs

Rechtlicher Status bei Aufnahme

Im mit Abstand größten Teil der Fälle (94,8 %) ließen sich die Patienten freiwillig stationär zur Therapie aufnehmen (Abb. 3.8). Nur in zwei von 941 Aufenthalten wurde die stationäre Behandlung durch eine Betreuung angeordnet. Bei 4,4 % der Fälle handelte es sich um Aufnahmen per PsychKG. 0,5 % der Angaben sind fehlend.

Medikamentenverbrauch

Zur Einschätzung des Medikamentenverbrauchs während der Entzugsbehandlung wurden die im LVR-Klinikum Düsseldorf verwendeten Medikamente zunächst in drei Dosisgruppen eingeteilt. Dabei ist zu erwähnen, dass es sich hierbei nicht um offiziell definierte Dosisgruppen handelt, sondern diese sich an der in dieser Klinik bei der vorliegenden Gruppe verwendeten Medikamentenverordnungen orientieren.

Die Einteilung erfolgte nach folgendem Schema:

	niedrige Dosis	mittlere Dosis	hohe Dosis
Clomethiazol (192 mg)	< 8 Kapseln	8 bis 16 Kapseln	> 16 Kapseln
Lorazepam	< 2,5 mg	2,5 mg bis 5 mg	> 5 mg
Diazepam	< 20 mg	20 mg bis 40 mg	> 40 mg
Clonazepam	< 2,66 mg	2,66 mg bis 5,33 mg	> 5,33 mg

Da sich der Medikamentenverbrauch von Aufenthalt zu Aufenthalt ändern kann, wurde dieser für die einzelnen Fälle erfasst. Wie Abbildung 3.8 zu entnehmen ist benötigten die Patienten in mehr als der Hälfte der Fälle (56,7 %) eine mittlere Medikamentendosis im Entzug. In 21,6 % der Fälle reichte eine niedrige Dosis aus und nur in 7,6 % war keinerlei medikamentöse Therapie indiziert. In 14 % der Fälle wurde eine hohe Medikamentendosis angeordnet und in 2 Fällen war die Aktenlage bezüglich möglicher Medikamente unvollständig.

Laborwerte/Vitalparameter

Hinsichtlich körperlicher Auswirkungen durch die Alkoholabhängigkeit oder den Entzug erfolgte die Auswertung gängiger Labor- und Vitalparameter als Minimum, Maximum und Mittelwert μ aller Fälle. Nachfolgend angegebene Normwerte sind laborspezifisch. Bei Aufnahme lag der Alkoholspiegel im Durchschnitt bei 2,39 ‰ (Standardabweichung $\sigma = \pm 1,04$ ‰), der maximal gemessene Wert betrug 4,8 ‰ (Abb. 3.9). Die betrachteten Werte für Gamma-Glutamyltransferase (GGT) und Transaminasen zeigten sich überwiegend erhöht. So fand sich das Maximum der Gamma-GT

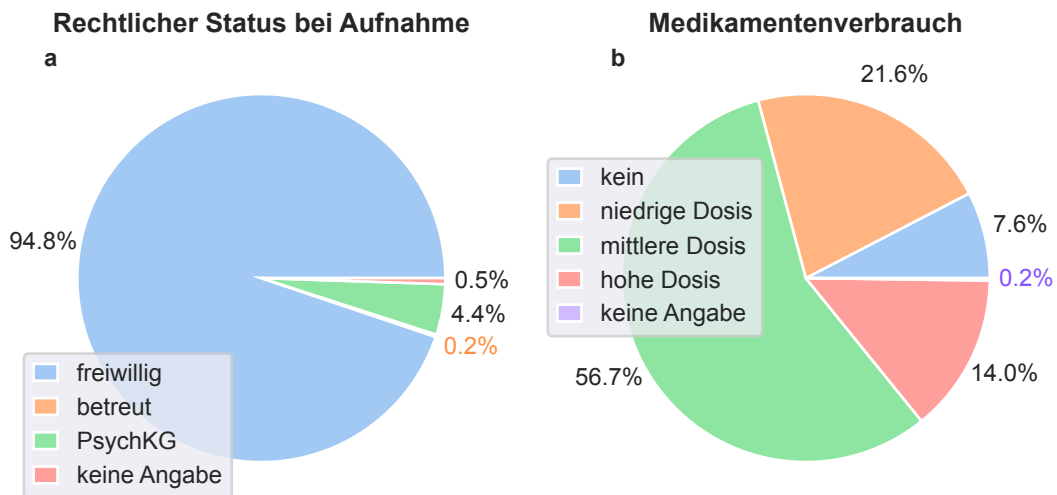


Abbildung 3.8: Prozentuale Anteile von **a** rechtlichem Status bei Aufnahme und **b** Medikamentenverbrauch in Bezug auf alle Fälle im Beobachtungszeitraum

mit 2663 U/l deutlich über dem Normwert und auch der Mittelwert war mit 175,6 U/l (Standardabweichung $\pm 247,5$ U/l) deutlich außerhalb des Referenzbereichs von 2-55 U/l. Ähnlich präsentierten sich auch AST (GOT) und ALT (GOT), die mit 94,7 U/l (± 346 U/l) und 75,8 U/l (± 200 U/l) im Schnitt auch erhöht waren und Spitzenwerte im vierstelligen Bereich erreichten. Lediglich das Bilirubin lag mit einem Mittelwert von 0,9 mg/dl ($\pm 0,58$ mg/dl) im Normbereich. Die aufgeführten Blutdruckwerte befanden sich im Durchschnitt mit 132/82 mmHg (Standardabweichung $\pm 15/8$ mmHg) noch im Normbereich, zeigten mit Maximalwerten im systolischen Bereich von 180 mmHg und im diastolischen Bereich von 105 mmHg und Minimalwerten von 80 mmHg systolisch und 47 mmHg diastolisch sowohl Tendenzen in den hyper-, als auch in den hypotonen Bereich (Abb. 3.10). Der Puls war mit einem Mittelwert von 93 min^{-1} ($\pm 9 \text{ min}^{-1}$) erhöht und zeigte eine Spannweite von einem Minimum bei 66 min^{-1} und einem Maximum bei 138 min^{-1} .

Inanspruchnahme weiterer Therapien

Nachstationäre Behandlungen oder Angebote wurden von den HÄWIs in unterschiedlichem Maße in Anspruch genommen (Abb. 3.11). Dabei zeigte sich in der Patientengruppe, dass ambulante Termine in der Institutsambulanz die größte Akzeptanz aufwiesen. Nahezu jeder Patient, nämlich 90,7%, hatte mindestens einen ambulanten Termin im Beobachtungszeitraum. Im Schnitt stellten sich die Patienten 3,6-mal ambulant vor, das Maximum lag bei 8 Terminen (Tabelle 3.3). Eine Rehabilitationsmaßnahme wurde von fast Dreivierteln (72,1%) der Patienten in Anspruch genommen. Andere Angebote erreichten nur einen kleinen Teil der Patientengruppe. Lediglich 8 von 43

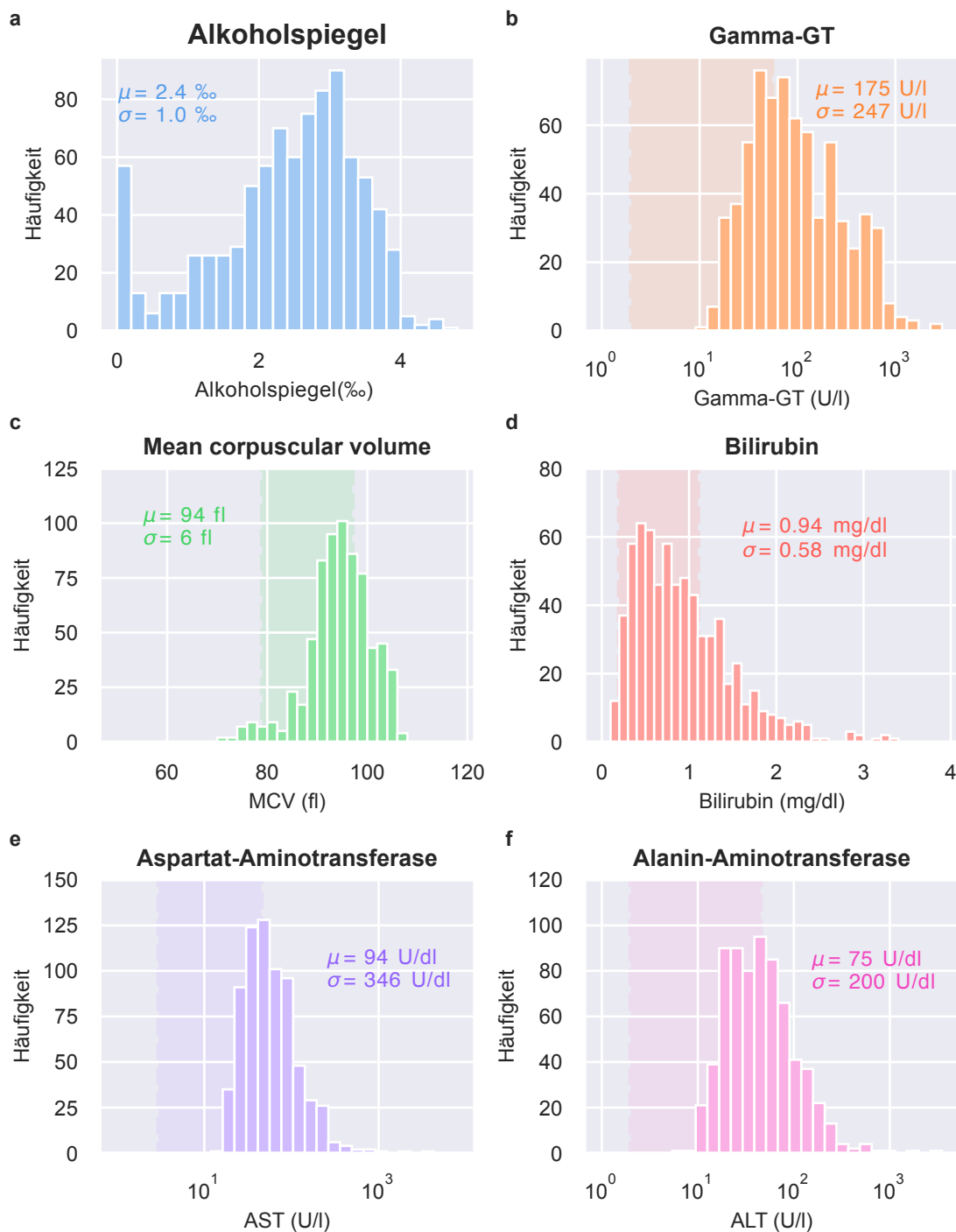


Abbildung 3.9: Histogramme der Ergebnisse aller im Beobachtungszeitraum an HAWIs durchgeführten **a** Alkoholspiegelmessungen, **b** Gamma-GT-Messungen, **c** „mean corpuscular volume“-Messungen, **d** Bilirubinmessungen, **e** Aspartat-Aminotransferase-Messungen und **f** Alanin-Aminotransferase-Messungen. Die blass farbigen Flächen stellen dabei die Normbereiche (labo-riinterne Werte) dar.

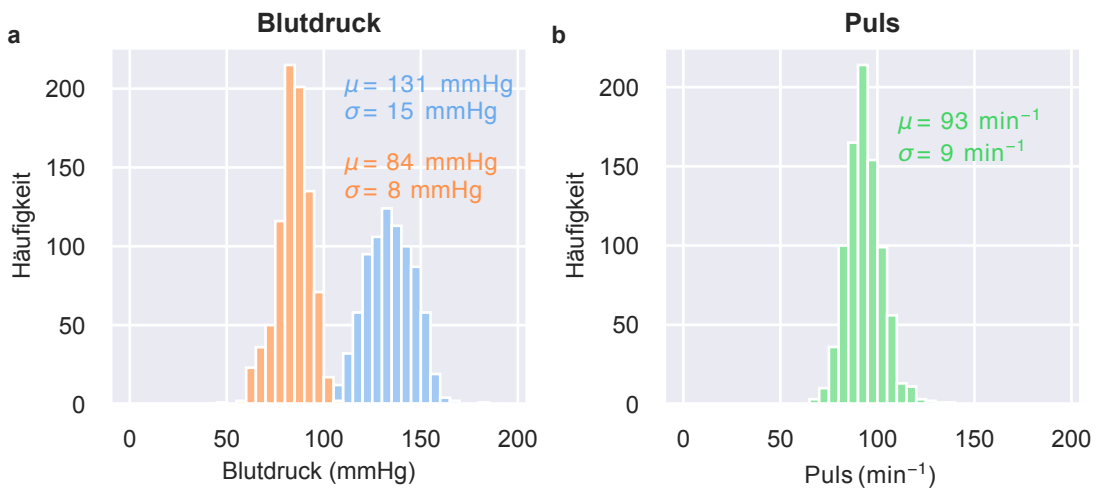


Abbildung 3.10: Histogramme der Ergebnisse aller im Beobachtungszeitraum an HÄWIs durchgeführten **a** Blutdruckmessungen (blau: systolischer Wert, orange: diastolischer Wert), **b** Pulsmessungen

Tabelle 3.3: Statistik der Anzahl ambulanter Termine in der Institutsambulanz im Beobachtungszeitraum

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Anzahl ambulanter Termine	39	1	8	3,6	2,4

(18,6%) HÄWIs besuchten eine Selbsthilfegruppe und ca. ein Viertel (23,3%) hatte einen sonstigen Kontakt zum Suchthilfesystem (z.B. eine Suchtberatungsstelle).

3.2 Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“

Im zweiten Teil dieser Arbeit sollte untersucht werden, ob sich Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer hinsichtlich diverser erfasster Parameter unterscheiden. Dazu erfolgte zunächst eine Aufteilung des Patientenkollektivs in zwei Subgruppen, nämlich Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer des Programms. Während 19 von 43 Probanden (44,19%) einer Teilnahme am „Runden Tisch“ zugestimmt hatten, lehnten 55,81% die Partizipation am Programm ab. Waren Angaben fehlend, reduzierte sich die Anzahl der Probanden in den einzelnen Gruppen dementsprechend. Im Folgenden wurden die beiden Gruppen hinsichtlich der verschiedenen Merkmale verglichen. Dazu wurde je nach Skalierung der Chi-Quadrat-Test bzw. der exakte Test nach Fisher, ein

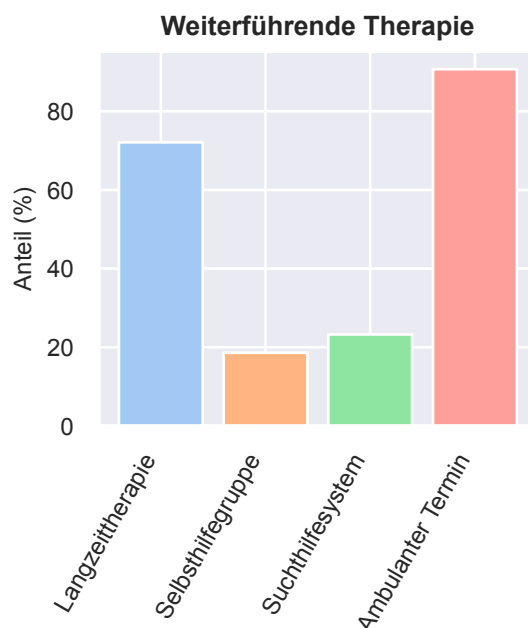


Abbildung 3.11: Relative Häufigkeiten der Inanspruchnahme von Langzeittherapien, Selbsthilfegruppen, Suchthilfesystemen und ambulanten Terminen in der Institutsambulanz

ungepaarter *t*-Test oder Welch-Test verwendet (vgl. Kapitel 2.4.2).

Geschlecht

Während die Gesamtgruppe der HÄWIs, wie oben beschrieben, zum Großteil aus männlichen Probanden bestand (30 von 43), waren diese auch mehrheitlich in der Gruppe der Nicht-Teilnehmer vertreten (70 %) (Tabelle 3.4). Nur neun der 43 männlichen Probanden nahmen am „Runden Tisch“ teil. In der Gruppe der Frauen zeigte sich ein umgekehrtes Bild. Waren sie unter allen HÄWIs zahlenmäßig noch unterrepräsentiert (13 von 43 Patienten), stellten sie mit 76,9 % die Mehrheit in der Gruppe der Teilnehmer dar. Drei Patientinnen stimmten dem HÄWI Programm nicht zu (23,1 %) (Abb. 3.12a). Nach Testung mittels Chi-Quadrat-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Einflusses des Geschlechts auf die Teilnahmebereitschaft am „Runden Tisch“. So nahmen weibliche Probanden signifikant häufiger teil als männliche ($\chi^2(1) = 8,097, p = 0,04$).

Tabelle 3.4: Vergleich des Geschlechtsverhältnisses (männlich/weiblich) zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“

		Nicht-Teilnehmer		Teilnehmer	gesamt	<i>p</i>
Geschlecht	männlich	Anzahl	21	9	30	0,04
		Anteil	70 %	30 %	100 %	
	weiblich	Anzahl	3	10	13	
		Anteil	23,1 %	76,9 %	100 %	
gesamt	Anzahl	24	19	43		
	Anteil	55,8 %	44,2 %	100 %		

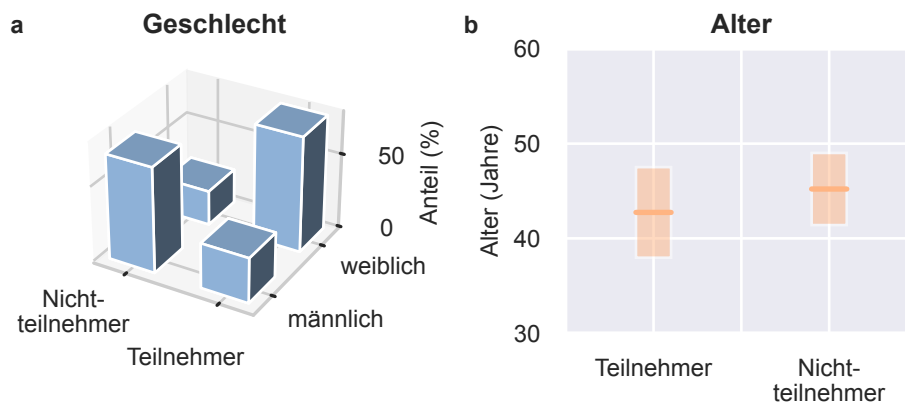


Abbildung 3.12: Vergleich **a** des Geschlechtsverhältnisses (männlich/weiblich) und **b** der Altersverteilung zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“

Alter

Während Nicht-Teilnehmer einen Mittelwert von $45,2 \pm 7,6$ Lebensjahren aufwiesen, waren die Teilnehmer im Schnitt etwas jünger ($42,7 \pm 9,6$ Jahre) (Abbildung 3.12b). Bei bestehender Varianzgleichheit im Levene-Test wurde ein *t*-Test zum Mittelwertvergleich durchgeführt, der einen fehlenden signifikanten Unterschied bezüglich des Alters zwischen den Subgruppen zeigte ($t(41) = 0,94, p = 0,35$).

Wohnsituation

Wie Tabelle 3.5 zeigt, stellten hinsichtlich der Wohnsituation in beiden Subgruppen die in privaten Unterkünften lebenden Patienten die Mehrheit dar. Zwölf von 22

Tabelle 3.5: Vergleich der Wohnsituation von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“

			Nicht-Teilnehmer	Teilnehmer	gesamt	<i>p</i>
Wohnsituation	privat	Anzahl	12	12	24	0,536
		Anteil	50 %	50 %	100 %	
	andere Gemeinschaft/ Wohnheim	Anzahl	3	1	4	
		Anteil	75 %	25 %	100 %	
	ohne feste Unterkunft	Anzahl	7	3	10	
		Anteil	70 %	30 %	100 %	
gesamt	Anzahl	22	16	38		
	Anteil	57,9 %	42,1 %	100 %		

Nicht-Teilnehmern und 12 von 16 Teilnehmern wohnten in einer eigenen Wohnung oder einem Haus. Probanden, die ohne feste Unterkunft waren oder in anderer Gemeinschaft oder einem Wohnheim lebten, waren mit 70 % bzw. 75 % mehrheitlich in der Gruppe der Nicht-Teilnehmer zu finden. Der exakte Test nach Fisher zeigte allerdings keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Einflusses der Wohnsituation auf die Teilnahmebereitschaft ($p = 0,536$).

Kinder

Patienten mit Kindern waren mit 52,9 % in etwas mehr als der Hälfte der Fälle in der Teilnehmergruppe vertreten, 47,1 % der HÄWIs dieser Gruppe nahmen nicht teil. Waren die Kinder minderjährig, nahmen sogar 61,5 % am Programm teil. Hatten die Patienten keine Kinder, fanden sie sich nur mit einem Anteil von 40,9 % in der Teilnehmergruppe. Mit 59,1 % lag in diesen Fällen mehrheitlich keine Teilnahme vor (Tabelle 3.6). Allerdings fand sich auch hier kein statistisch mittels Chi-Quadrat Test signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (Kinder: $\chi^2(1) = 0,559$, $p = 0,455$; minderjährige Kinder: $\chi^2(1) = 1,591$, $p = 0,207$), sodass Kinder der Patienten die Entscheidung für oder gegen die Teilnahme nicht signifikant beeinflussten.

Schulabschluss

In Bezug auf den Schulabschluss ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen Teilnahme und Nicht-Teilnahme am „Runden Tisch“ beobachten (exakter Test nach Fisher: $p = 0,236$). Sowohl in der Gruppe der Nicht-Teilnehmer als auch in der Gruppe

Tabelle 3.6: Vergleich von Elternschaft und Elternschaft minderjähriger Kinder zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“

			Nicht-Teilnehmer	Teilnehmer	gesamt	<i>p</i>
Kinder	nein	Anzahl	13	9	22	0,455
		Anteil	59,1 %	40,9 %	100 %	
	ja	Anzahl	8	9	17	
		Anteil	47,1 %	52,9 %	100 %	
gesamt		Anzahl	21	18	39	
		Anteil	53,8 %	46,2 %	100 %	
Minderjährige Kinder	nein	Anzahl	15	10	25	0,207
		Anteil	60 %	40 %	100 %	
	ja	Anzahl	5	8	13	
		Anteil	38,5 %	61,5 %	100 %	
gesamt		Anzahl	20	18	38	
		Anteil	52,6 %	47,4 %	100 %	

der Teilnehmer waren hauptsächlich ehemalige Hauptschüler vertreten (17 von 22 vs. 8 von 16). Dabei war die Mehrheit der HÄWIs mit Hauptschulabschluss nicht im Behandlungsprogramm „Runder Tisch“ (68 %) vertreten, während ein Großteil der Patienten mit Fachoberschulreife (74,1 %) am Programm teilnahm (Tabelle 3.7).

Ausbildung

Unter den Patienten, die über eine Ausbildung verfügten, fanden sich 59,3 % Nicht-Teilnehmer, 11 von 27 ausgebildeten Probanden nahmen teil (40,7 %). HÄWIs ohne Ausbildung verteilten sich mit 7 Nicht-Teilnehmern und 8 Teilnehmern zu ähnlichen Anteilen auf die Subgruppen (Tabelle 3.8). Der Unterschied zwischen den Gruppen ist allerdings nicht signifikant. Die Ausbildung hat die Teilnahmebereitschaft offenbar nicht beeinflusst ($\chi^2(1) = 0,617, p = 0,432$).

Berufliche Situation

Die berufliche Situation der HÄWIs hatte keinen Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft am Programm (Tabelle 3.9). Der exakte Test nach Fisher zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($p = 1$). Dabei befand sich die einzige berufstätige

Tabelle 3.7: Vergleich des Schulabschlusses von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“

			Nicht-Teilnehmer	Teilnehmer	gesamt	<i>p</i>
Schulabschluss	keiner	Anzahl	1	1	2	0,236
		Anteil	50 %	50 %	100 %	
	Hauptschule	Anzahl	17	8	25	
		Anteil	68 %	32 %	100 %	
Fachoberschulreife	Anzahl	2	5	7		
	Anteil	28,6 %	71,4 %	100 %		
Fach/Hochschulreife, Abitur	Anzahl	2	2	4		
	Anteil	50 %	50 %	100 %		
gesamt		Anzahl	22	16	38	
		Anteil	57,9 %	42,1 %	100 %	

Tabelle 3.8: Vergleich der Berufsausbildung von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“

			Nicht-Teilnehmer	Teilnehmer	gesamt	<i>p</i>
Berufsausbildung	ohne	Anzahl	7	8	15	0,432
		Anteil	46,7 %	53,3 %	100 %	
	mit	Anzahl	16	11	27	
		Anteil	59,3 %	40,7 %	100 %	
gesamt		Anzahl	23	19	42	
		Anteil	54,8 %	45,2 %	100 %	

Tabelle 3.9: Vergleich der beruflichen Situation von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“

			Nicht-Teilnehmer	Teilnehmer	gesamt	<i>p</i>
Berufliche Situation	berufstätig	Anzahl	1	0	1	1
		Anteil	100 %	0 %	100 %	
	arbeitslos gemeldet	Anzahl	19	15	34	
		Anteil	55,9 %	44,1 %	100 %	
	erwerbs-/ berufsunfähig, Frührentner	Anzahl	2	1	3	
		Anteil	66,7 %	33,3 %	100 %	
gesamt	Anzahl	22	16	38		
	Anteil	57,9 %	42,1 %	100 %		

Person in der Gruppe der Nicht-Teilnehmer.

Migrationshintergrund und Muttersprache

Eine nicht deutsche Herkunft und Muttersprache hatten keine Auswirkung auf die Entscheidung bezüglich einer Partizipation (Tabelle 3.10). In beiden Fällen zeigte der exakte Test nach Fisher keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen (Migrationshintergrund: $p = 1$, Muttersprache: $p = 0,678$). In absoluten Zahlen fand sich eine ähnliche Aufteilung zwischen den Gruppen. Nicht-Muttersprachler waren mit 57,1 % eher in der Gruppe der Teilnehmer vertreten, während Muttersprachler in 58,1 % der Fälle nicht teilnahmen.

Gesetzlicher Betreuer

Ob eine gesetzliche Betreuung vorliegt, beeinflusste die Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme am „Runden Tisch“ nicht ($p = 1$) (Tabelle 3.11).

Sucht in der Familie

Waren Suchterkrankungen in der Familie bekannt, lag der Anteil der Nicht-Teilnehmer am Programm „Runder Tisch“ bei 56,7 %, 43,3 % nahmen teil. In der Gruppe mit negativer Familienanamnese zeigte sich ein umgekehrtes Bild mit 44,4 % Nicht-Teilnehmern

Tabelle 3.10: Vergleich des Vorliegens eines Migrationshintergrunds und einer nicht deutschen Muttersprache zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“

			Nicht-Teilnehmer	Teilnehmer	gesamt	<i>p</i>
Migrationshintergrund	nein	Anzahl	16	13	29	1
		Anteil	55,2 %	44,8 %	100 %	
	ja	Anzahl	5	4	9	
		Anteil	55,6 %	44,4 %	100 %	
gesamt		Anzahl	21	17	38	
		Anteil	55,3 %	44,7 %	100 %	
Muttersprache	deutsch	Anzahl	18	13	31	0,678
		Anteil	58,1 %	41,9 %	100 %	
	nicht deutsch	Anzahl	3	4	7	
		Anteil	42,9 %	57,1 %	100 %	
gesamt		Anzahl	21	17	38	
		Anteil	55,3 %	44,7 %	100 %	

Tabelle 3.11: Vergleich des Vorliegens einer gesetzlichen Betreuung zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“

			Nicht-Teilnehmer	Teilnehmer	gesamt	<i>p</i>
Gesetzlicher Betreuer	nein	Anzahl	18	14	32	1
		Anteil	56,3 %	43,8 %	100 %	
	ja	Anzahl	6	5	11	
		Anteil	54,5 %	45,5 %	100 %	
gesamt		Anzahl	24	19	43	
		Anteil	55,8 %	44,2 %	100 %	

Tabelle 3.12: Vergleich des Auftretens von Suchterkrankungen in der Familie zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“

			Nicht-Teilnehmer	Teilnehmer	gesamt	<i>p</i>
Sucht in der Familie	nein	Anzahl	4	5	9	0,706
		Anteil	44,4 %	55,6 %	100 %	
	ja	Anzahl	17	13	30	
		Anteil	56,7 %	43,3 %	100 %	
gesamt		Anzahl	21	18	39	
		Anteil	53,8 %	46,2 %	100 %	

Tabelle 3.13: Vergleich der Suizidversuchshäufigkeit zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“

			Nicht-Teilnehmer	Teilnehmer	gesamt	<i>p</i>
Suizidversuche	nein	Anzahl	16	10	26	0,503
		Anteil	61,5 %	38,5 %	100 %	
	ja	Anzahl	6	6	12	
		Anteil	50 %	50 %	100 %	
gesamt		Anzahl	22	16	38	
		Anteil	57,9 %	42,1 %	100 %	

und 55,6 % Teilnehmern (Tabelle 3.12). Der exakte Test nach Fisher konnte allerdings keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen nachweisen ($p = 0,706$), sodass auch die Familienanamnese für Suchterkrankungen die Entscheidung nicht signifikant beeinflusst hat.

Suizidversuche

HÄWIs ohne Suizidversuche in der Vorgeschichte nahmen mehrheitlich nicht am „Runden Tisch“ teil (61,5 %). 38,5 % waren in der Teilnahmegruppe vertreten. Lagen Suizidversuche vor, verteilten sich die Patienten zu gleichen Teilen auf die Subgruppen (Tabelle 3.13). Ein statistisch signifikanter Unterschied konnte nicht gefunden werden ($\chi^2(1) = 0,448$, $p = 0,503$).

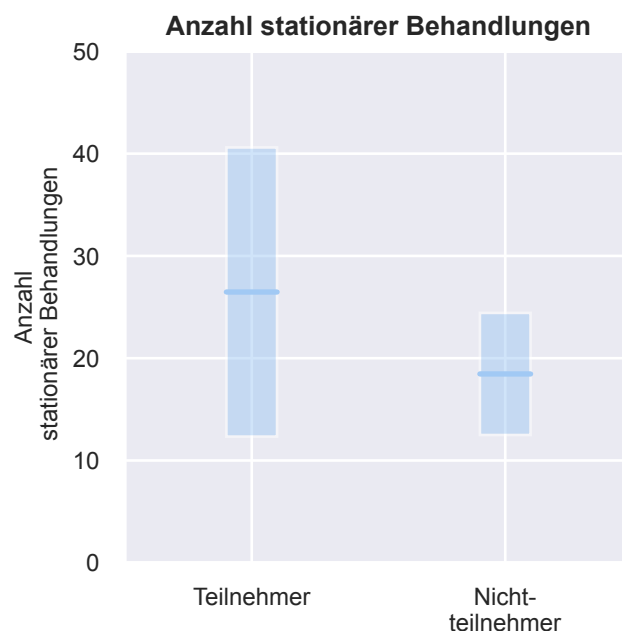


Abbildung 3.13: Vergleich der Anzahl stationärer Behandlungen zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“. Dabei verdeutlicht die waagerechte Linie jeweils den Mittelwert der Gruppe und die gefärbte Fläche die Standardabweichung

Anzahl stationärer Behandlungen

Weiterhin wurde die Anzahl stationärer Behandlungen zwischen den Subgruppen verglichen. Wie Abbildung 3.13 zu entnehmen ist, zeigten die Nicht-Teilnehmer mit einem Mittelwert von 18,5 (Standardabweichung $\pm 6,0$) Behandlungen im Beobachtungszeitraum ein geringeres Aufnahmeverhalten als die Teilnehmer des „Runden Tisches“ mit einem Mittelwert von 26 ± 14 stationären Aufenthalten. Aufgrund fehlender Varianzhomogenität im Levene-Test, wurde ein Welch-Test anstelle eines t -Tests zum Mittelwertvergleich herangezogen. Hier zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Nicht-Teilnehmer wiesen ca. 8 stationäre Aufenthalte weniger auf als Teilnehmer (-8 Tage, 95 % KI $[-14, 45; -1, 58]$, $t(23, 08) = -2, 31$, $p < 0.05$).

Kontakt zur Selbsthilfegruppe oder zum Suchhilfesystem

Von 22 Patienten, die nicht am HÄWI Programm teilnahmen, hatte die Mehrheit ($n = 16$) auch keinen Kontakt zur Selbsthilfegruppe oder dem Suchhilfesystem. Nahmen die HÄWIs solche Angebote wahr, waren sie mit 57,1% auch mehrheitlich im Behandlungsprogramm „Runder Tisch“ zu finden (Tabelle 3.14). Signifikant war der Unterschied zwischen den Gruppen im Chi-Quadrat-Test nicht ($\chi^2(1) = 1, 283$,

Tabelle 3.14: Vergleich der Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen und/oder zum Suchthilfesystem zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“

			Nicht-Teilnehmer	Teilnehmer	gesamt	<i>p</i>
Kontakt zu Selbsthilfegruppe/ Suchthilfesystem	nein	Anzahl	16	10	26	0,257
		Anteil	61,5 %	38,5 %	100 %	
	ja	Anzahl	6	8	14	
		Anteil	42,9 %	57,1 %	100 %	
gesamt		Anzahl	22	18	40	
		Anteil	55 %	45 %	100 %	

Tabelle 3.15: Vergleich der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“

			Nicht-Teilnehmer	Teilnehmer	Gesamt	<i>p</i>
Rehabilitationsmaßnahmen	nein	Anzahl	3	5	8	0,432
		Anteil	37,5 %	62,5 %	100 %	
	ja	Anzahl	18	13	31	
		Anteil	58,1 %	41,9 %	100 %	
Gesamt		Anzahl	21	18	39	
		Anteil	53,8 %	46,2 %	100 %	

$p = 0,257$).

Rehabilitationsmaßnahmen

Bezüglich Rehabilitationsmaßnahmen zeigte sich ein umgekehrtes Bild. Wurde eine solche bereits in Anspruch genommen, nahmen die HÄWIs zum Großteil nicht am „Runden Tisch“ teil (58,1%). 41,9% der Patienten mit Rehabilitationserfahrung entschieden sich für eine Teilnahme. Probanden ohne Rehabilitation neigten mit 62,5% mehrheitlich zu einer Teilnahme (Tabelle 3.15). Ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen konnte im exakten Test nach Fisher allerdings nicht nachgewiesen werden ($p = 0,432$).

3.3 Auswertung des Therapieansatzes „Runder Tisch“

Im Anschluss an die Charakterisierung der HÄWIs und die Betrachtung der Einflüsse der Parameter auf die Teilnahmebereitschaft am „Runden Tisch“ wurde der Effekt des Behandlungskonzepts „Runder Tisch“ hinsichtlich der Inanspruchnahme stationärer Aufnahmen überprüft. Auch hier erfolgte zunächst die Aufteilung des Patientenkollektivs in die zwei Subgruppen Teilnehmer (19 von 43 Probanden, 44,19 %) und Nicht-Teilnehmer (24 von 43 Patienten, 55,81 %). Im Anschluss wurden diese beiden Gruppen anhand drei verschiedener Parameter bezüglich einer stationären Behandlung untersucht und verglichen. In einem Nachbetrachtungszeitraum von sechs Monaten wurden die Anzahl der Wiederaufnahmen, die Zeit zwischen den Aufenthalten und die Dauer der Aufenthalte erfasst und anschließend ausgewertet. Bei geringer Stichprobengröße wurde zunächst ein Kolmogorov-Smirnov Test zur Normalverteilung der Daten durchgeführt. Da es sich bei zwei der drei untersuchten Variablen nicht um normalverteilte Daten handelte und somit die Voraussetzungen für einen t -Test nicht erfüllt waren, wurde zur Signifikanztestung der Mann-Whitney-U Test verwendet.

3.3.1 Gesamtdauer der Aufenthalte

Die Gesamtdauer der Aufenthalte überwog leicht in der Gruppe der Teilnehmer mit einem Mittelwert von 32,90 Tagen (95 % KI [18, 65; 47, 15]), im Vergleich zu 30,06 (95 % KI [11, 21; 48, 91]) Tagen bei den Nicht-Teilnehmern (Abbildung 3.14, Tabelle 3.16). Die größere Spanne zwischen Minimum und Maximum fand sich bei den Nicht-Teilnehmern mit 0 (entspricht auch einem Aufenthalt von unter 24 Stunden) bis 225,66 Tagen Aufenthaltsdauer im Nachbetrachtungszeitraum. Bei den Teilnehmern lag das Maximum bei 121,78 Tagen und das Minimum bei 0 (entspricht auch einem Aufenthalt von unter 24 Stunden). Nach Mann-Whitney-U Testung waren die Ergebnisse auch hier nicht statistisch signifikant, sodass sich kein Unterscheid zwischen den Gruppen zeigte ($U = 196,500$, $z = -0,771$, $p > 0,05$ (0,440)).

3.3.2 Gesamtzeit zwischen den Aufenthalten

Um zu überprüfen, ob die Teilnahme am „Runden Tisch“ Einfluss auf stationäre Behandlungen der Patienten hatte, wurde auch die Zeit zwischen den Aufenthalten im Beobachtungszeitraum betrachtet, also eine Zeit, in der die Probanden ohne stationäre Therapie zurechtkamen. Nicht-Teilnehmer wiesen hier absolut gesehen mit einem Mittelwert von 93,69 Tagen (95 % KI [68, 88; 118, 5]) ein etwas längeres, klinikfreies Intervall auf als die Teilnehmer mit 85,76 (95 % KI [59, 01; 112, 52]) Tagen (Abbildung

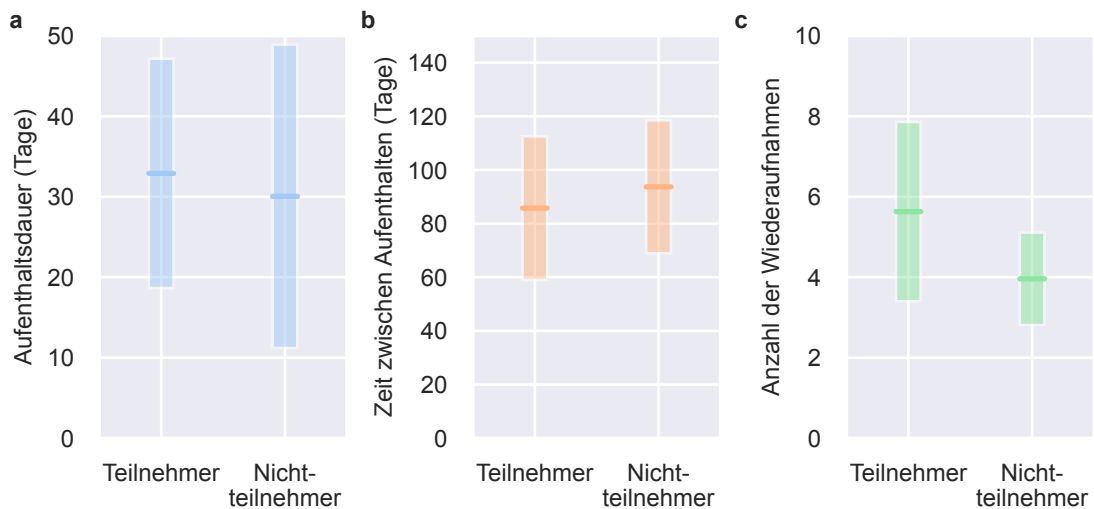


Abbildung 3.14: Vergleich der **a** Gesamtdauer der Aufenthalte, **b** Zeit zwischen den Aufenthalten und **c** Anzahl der Wiederaufnahmen zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“ in einem Nachbetrachtungszeitraum von sechs Monaten. Die waagerechte Linie stellt jeweils den Mittelwert dar, die farbige Fläche die dazugehörige Standardabweichung.

3.14, Tabelle 3.16)). Der Median zeigte ein umgekehrtes Verhältnis mit 104,09 Tagen in der Gruppe der Teilnehmer und 98,49 Tagen in der Gruppe der Nicht-Teilnehmer. Letztere erreichten ein Maximum von 173,63 Tagen zwischen den Aufenthalten, bei einem Minimum von 0 Tagen, wohingegen sich bei den Teilnehmern die Spanne auf 0 bis 162,54 Tage belief. Aber auch hier unterschieden sich die beiden Gruppen nach Signifikanztestung nicht statistisch signifikant hinsichtlich der Gesamtzeit zwischen den Aufenthalten ($U = 209,50$, $z = -0,453$, $p > 0,05$ (0,651)).

3.3.3 Anzahl der Wiederaufnahmen

Die Anzahl der Wiederaufnahmen im Nachbetrachtungszeitraum lag im Mittel bei den Teilnehmern mit 5,63 (95 % KI [3,40; 7,86], Median 5,00) in absoluten Zahlen höher als bei den Nicht-Teilnehmern. Diese wiesen einen Mittelwert von 3,96 Aufnahmen (95 % KI [2,81; 5,11]) in 6 Monaten auf (Abbildung 3.14, Tabelle 3.16). Der Median lag bei 3,00. Während sich die Spanne bei den Teilnehmern zwischen 0 und 19 Aufnahmen im halben Jahr erstreckte, fand sich in der Gruppe der Nicht-Teilnehmer ein Minimum von keiner Aufnahme und ein Maximum von zehn. Die Berechnung des Mann-Whitney-U Tests zeigte allerdings keinen signifikanten Unterschied der beiden Gruppen in Bezug auf die Anzahl der Wiederaufnahmen ($U = 181,50$, $z = -1,146$ und $p > 0,05$ (0,252)).

Tabelle 3.16: Statistik zum Vergleich der Gesamtdauer der Aufenthalte, Gesamtzeit zwischen den Aufenthalten und Anzahl der Wiederaufnahmen zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“ in einem sechsmonatigen Nachbetrachtungszeitraum

	Status		Statistik	<i>p</i>
Gesamtdauer der Aufenthalte in d	Teilnehmer	Minimum	0	0,440
		Maximum	121,78	
		Mittelwert	32,90	
		Median	30,05	
	Nicht-Teilnehmer	Minimum	0	
		Maximum	225,66	
		Mittelwert	30,06	
		Median	22,45	
Gesamtzeit zwischen den Aufenthalten in d	Teilnehmer	Minimum	0	0,651
		Maximum	162,54	
		Mittelwert	85,76	
		Median	104,09	
	Nicht-Teilnehmer	Minimum	0	
		Maximum	173,63	
		Mittelwert	93,69	
		Median	98,49	
Anzahl der Wiederaufnahmen	Teilnehmer	Minimum	0	0,252
		Maximum	19	
		Mittelwert	5,63	
		Median	5	
	Nicht-Teilnehmer	Minimum	0	
		Maximum	10	
		Mittelwert	3,96	
		Median	3	

Kapitel 4

Diskussion

Seit einigen Jahrzehnten fällt eine Subgruppe an Alkoholabhängigen auf, die durch gängige Therapien nicht erfolgreich zu behandeln sind und deren notfallmäßige Kontakte mit dem Gesundheitssystem sich häufen. Auch im LVR-Klinikum Düsseldorf fiel eine Gruppe Alkoholabhängiger mit einer großen Anzahl an Wiederaufnahmen auf (häufige Wiederkehrer = HÄWI). Diese Arbeit stellt die erste Untersuchung zur Beschreibung häufiger Wiederkehrer im LVR-Klinikum Düsseldorf sowie die erste Prüfung des für diese Gruppe zusätzlich entwickelten, als „Runder Tisch“ bezeichneten Angebots im Rahmen der Therapie dar.

Da es sich bei dem Patientenkollektiv um eine sehr spezielle, schwer therapierbare, klinikspezifische Gruppe handelt und der „Runde Tisch“ als Konzept in der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen im LVR-Klinikum Düsseldorf entwickelt und genutzt wurde, sind exakt gleiche Studien in der Literatur nicht zu finden. Aus diesem Grunde werden zum Vergleich Studien herangezogen, die sich mit einer ähnlichen Gruppe bzw. Problematik beschäftigen. So liegt beispielsweise eine Studie von Richter vor, der eine Gruppe von alkoholabhängigen „heavy users“, die mindestens drei stationäre Aufenthalte in einem Jahr aufwiesen, im Hinblick auf verschiedene Merkmale untersucht hat [40]. Außerdem wird auf Studienpopulationen der ALITA Studie und von CMA Untersuchungen zurückgegriffen (vgl. Kapitel 1), da diese sich mit der gleichen Problematik von schwer beeinträchtigten bzw. schwer therapierbaren Patienten befassen. Auch wenn sich das Programm und die CMA Messinstrumente nicht durchsetzen konnten bzw. nicht aussagekräftig genug waren, bieten die Kollektive dennoch eine gute Grundlage für den Vergleich und die Einordnung der Gruppe der HÄWIs. Zusätzlich dienen auch weitere Studien zu Alkoholabhängigkeit und Suchterkrankungen als Literaturgrundlage. Denn insgesamt ist die Studienlage gerade im internationalen Vergleich, auch aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme und Behandlungsformen bei Alkoholabhängigkeit, uneinheitlich. Besonders für chronisch abhängige, schwer therapierbare Patientengruppen finden sich oft unterschiedliche Gruppierungs- und

Tabelle 4.1: Vergleich ausgewählter charakterisierender Parameter zwischen HÄWIs und ähnlichen Patientengruppen anderer Studien

	männlich	Alter in Jahren	Partnerschaft/Familie	arbeitslos, erwerbsunfähig	Suizid
HÄWIs	69,8 %	44,12	11,6 %	86,1 %	27,9 %
Richter et al. (40)	k. A.	44,46	2,7 %	86,4 %	k. A.
ALITA (55)	80 %	44 ± 8	< 50 %	58,1 %	29 %
CMA Sachsen (52)	87,3 %	36-50	14,8 %	96,9 %	k. A.

Behandlungsansätze, was vermutlich durch die meist frustrierten Therapien dieser Gruppe zu begründen ist, eine einheitliche, vergleichbare Studienlage aber schwierig macht.

Für eine erste Übersicht einiger charakterisierender Parameter in unterschiedlichen Studienpopulationen folgt eine Tabelle (Tabelle 4.1). Eine ausführliche Darstellung der erhobenen Daten der HÄWIs im Vergleich zu anderen Patientengruppen findet sich in Kapitel 4.1.

4.1 Patientencharakterisierung

4.1.1 Geschlecht

Im untersuchten Patientenkollektiv der HÄWIs zeigte sich ein eindeutiges Geschlechterverhältnis zugunsten der männlichen Patienten von größer zwei Dritteln zu einem Drittel (69,8 % vs. 30,2 %). Dies deckt sich mit Ergebnissen anderer, internationaler Studien zur Geschlechterverteilung bei Alkoholabhängigkeit [65–68]. Auch für Deutschland finden sich ähnliche Angaben zum Geschlechtsverhältnis bei Alkoholabhängigkeit. So beschreibt auch Stöver in seiner Arbeit eine Verteilung von 1 : 2 Frauen im Vergleich zu Männern [69].

In Studien, die sich mit schweren, chronischen Formen der Alkoholabhängigkeit auseinandersetzen, wurde teilweise eine noch größere Diskrepanz zwischen männlichen und weiblichen Probanden gefunden. So nennen Böttger et al. in ihrer Beschreibung der CMA Population in Sachsen ein Verhältnis von 87,3 % Männern zu 12,6 % Frauen [52]. In Erhebungen zum ALITA Programm fanden sich bei insgesamt 180 Probanden 144 Männer (80 %) und 36 Frauen (20 %) [56].

Obwohl ein solches geschlechtsspezifisches Missverhältnis im Trinkverhalten in verschiedenen Teilen der Welt gezeigt wurde, sind die Ursachen bis heute nicht gänzlich verstanden [70]. Vollmer et al. beschreiben, dass „biologische, psychische, soziale und gesellschaftliche Faktoren“, in denen die Geschlechter divergieren, Auswirkungen auf eine Abhängigkeit haben können [71]. Zwillingstudien deuten bei männlichen Probanden eher eine genetische Prädisposition als Ursache einer Alkoholabhängigkeit an, wohingegen bei Frauen das Umfeld eine größere Rolle in der Entwicklung einer Abhängigkeit spielt (für eine Übersicht: [71, 72]). Neben der Nennung der unterschiedlichen Verträglichkeit und körperlicher Folgen von Alkohol bei den beiden Geschlechtern, werden auch divergente, geschlechtsspezifische Stereotype als Ursache für unterschiedliches Trinkverhalten genannt [70]. Laut Stöver und Kagerer et al. [69, 73] stellt Drogenkonsum ein „traditionelles und hochbesetztes Medium“ dar, mit dem das männliche Rollenbild verdeutlicht werden kann. Außerdem konstatieren Höfelbarth et al. eine höhere Billigung männlichen Alkoholismus durch die Gesellschaft im Vergleich zu weiblichem [74].

4.1.2 Alter

Hinsichtlich der Altersstruktur konnten die Probanden in dieser Arbeit mit durchschnittlich 44,12 Jahren als Gruppe mittleren Alters identifiziert werden. Dabei erstreckte sich die Spanne von einem Minimum von 25 zu einem Maximum von 59 Jahren. In der Literatur finden sich ähnliche Zahlen bezüglich der Altersverteilung untersuchter Patientenkollektive. So zeigt sich auch in der sächsischen CMA Population eine Häufung im mittleren Lebensalter zwischen 36 und 50 Jahren [52]. Richter beschreibt für seine Population von alkoholabhängigen „heavy users“, die in den letzten zwölf Monaten mindestens drei stationäre Aufenthalte aufwiesen, ein mittleres Lebensalter von 44,46 Jahren. Dabei unterschieden sie sich nicht signifikant von der Kontrollgruppe, die höchstens einmal im vorherigen Jahr stationär behandelt wurden [40]. Auch eine Untersuchung aus der ambulanten Suchthilfe Frankfurt fand einen Altersdurchschnitt der Patienten zwischen 43,3 und 44,6 Jahren [75]. In der ALITA Studienpopulation waren die Patienten im Durchschnitt 44 ± 8 Jahre alt [55]. Banger beschreibt ein Durchschnittsalter von 48 Jahren für sein Patientenkollektiv im Casemanagementansatz [46].

Dies kann auf einen generellen Abfall der Alkoholabhängigkeitsprävalenz mit zunehmendem Lebensalter zurückgeführt werden. Wetterling et al. beziffert die Rate an erwachsenen Alkoholabhängigen bis 60 Jahre auf 6 %, wohingegen diese bei Überschreitung des 60. Lebensjahrs nur noch 1 % beträgt. Eine höhere Mortalität in früheren Lebensjahren aufgrund von durch Alkohol hervorgerufenen, weiteren gesundheitlichen Beschwerden werden als eine Ursache angeführt [76]. Weiterhin werden eine zunehmende Alkoholintoleranz und eine im Mittel höhere Wahrscheinlichkeit zum dauerhaften Alkoholverzicht nach Therapie bei Patienten fortgeschrittenen Alters beschrieben. Außerdem kann durch reduzierten sozialen Druck auf ältere Mitbürger

bezüglich zu leistender Verdienste und Arbeiten und somit abnehmender gesellschaftlicher Kontrolle, eine Abhängigkeitserkrankung von Alkohol unentdeckt bleiben [77].

4.1.3 Soziales Umfeld – Familie, Kinder und Wohnsituation

Das soziale Umfeld der Patienten dieser Studie ist eher gering ausgeprägt. So waren nur 4,7 % der HÄWIs verheiratet, über 90 % waren ledig, geschieden oder getrennt. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass nicht eheliche Partnerschaften nicht abgefragt wurden. Es kann aber auch hier von einer kleineren Menge ausgegangen werden, da nur 11,6 % in Partnerschaft oder mit der Familie wohnten, 67,5 % der Patienten lebte allein, davon 18,6 % ohne festen Wohnsitz.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit anderen Stichproben, zeichnet sich oft ein ähnliches Bild ab. So sind bei Richter 97,3 % der „heavy user“ alleinstehend, was sich signifikant von seiner Kontrollgruppe mit 70,7 % Alleinstehenden unterscheidet [40].

Bachmeier et al. nennen in ihrer Katamneseauswertung der Suchtrehabilitation von Alkohol und Medikamentenabhängigkeit aus 26 Fachkliniken mit über 11000 Probanden, von denen 90,6 % wegen Alkoholabhängigkeit behandelt wurden, eine Rate von 68 % Unverheirateten und 55,6 % ohne Partnerschaft [35]. Auch in einer amerikanischen Studie zum Rückhalt durch das Umfeld während der Therapie bei Alkoholabhängigen fanden sich nur 9 % Verheiratete [78]. CMA in Sachsen wiesen 11,1 % Verheiratete und 3,7 % Probanden in Partnerschaft auf, der Rest war alleine, insgesamt 18,6 % waren obdachlos oder zeitweise obdachlos [52]).

Generell wird das soziale Umfeld und damit auch der soziale Rückhalt oft als wichtiger Faktor im Zusammenhang mit (chronischer) Alkoholabhängigkeit genannt. So sind Aspekte des Familienstandes im Hinblick auf das Alleinsein und die Wohnsituation, speziell Wohnungslosigkeit oder Alleinleben, als Items in allen drei CMA Instrumenten enthalten [51, 52, 79]. Weiterhin konnten verschiedene Formen sozialen Rückhalts als Vorhersagewert für einen positiven Therapieausgang oder eine Rückfallprävention identifiziert werden [35, 78]. Mikkelsen et al. konnten auch für das Auftreten einer Alkoholabhängigkeit eine erhöhte Wahrscheinlichkeit bei allein lebenden und nicht in Partnerschaft befindlichen männlichen Probanden feststellen [80]. Auch unsichere Wohnformen stehen im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit und ihrem Verlauf. Wie Schreiter et al. beschreiben, waren die meisten Alkoholabhängigen zu Beginn ihrer Therapiegeschichte noch nicht obdachlos. Generell werden Patienten aus schwierigen Wohnformen aber früher therapiert. Schlussendlich kann gefolgert werden, dass einerseits Wohnungslosigkeit die weitere Abhängigkeitskarriere negativ beeinflusst, andererseits aber auch die Erkrankung ein schlechter Prognosefaktor für sichere Wohnverhältnisse ist [81].

Im Gegensatz dazu konnten Soyka und Schmidt keinen prognostischen Wert für die

Aspekte „Familienstand“ und „Wohnsituation“ im Hinblick auf Abstinenzhaltung feststellen [82].

Als weiterer Parameter bezüglich der sozialen Situation wurden Kinder und minderjährige Kinder betrachtet. Die Mehrheit des Patientenkollektivs war kinderlos. 39,5 % der HÄWIs gaben an Kinder zu haben, bei minderjährigen Kindern reduzierte sich der Anteil sogar auf 30,2 %. Verschiedene Studien konnten zeigen, dass durch das Elternsein die Trinkmengen abnehmen [83, 84], zum Beispiel aufgrund von veränderten Trinkstätten [85] oder durch veränderte Rollenbilder [84].

Månsdotters Untersuchung ergab, dass die Wahrscheinlichkeit für durch Alkoholkonsum ausgelöste Klinikaufenthalte oder Tode bei Vätern mit Elternzeit um 18 % sank, während sie bei Vollzeit arbeitenden Müttern um 71 % stieg [86]. Da die Anzahl der HÄWIs mit (vor allem minderjährigen) Kindern recht klein ist, kommen diese „positiven“ Gesichtspunkte bei den männlichen Patienten im Hinblick auf Kinder und Alkoholabhängigkeit hier nur wenig zum Tragen. Es sollen hier aber auch die vielfältigen negativen Effekte auf Kinder alkoholabhängiger Eltern nicht unerwähnt bleiben [87], auch wenn sie für diese Arbeit keine Rolle spielen.

4.1.4 Bildung, Ausbildung, Erwerbstätigkeit

Die HÄWIs in der vorliegenden Studie zeichneten sich durch einen niedrigen Schulabschluss aus. 62,8 % verfügten über keinen oder einen Hauptschulabschluss, nur 9,3 % schlossen mit einer (Fach-)Hochschulreife ab. Trotzdem konnten immerhin 64,3 % eine Ausbildung oder sogar ein Studium nachweisen. Auffällig ist, dass trotz der vorhandenen Ausbildungen nur ein HÄWI berufstätig war. Der Großteil (79,1 %) war arbeitslos oder aus anderen Gründen nicht auf dem Arbeitsmarkt vertreten (berufs-/erwerbsunfähig, frühberentet, 7 %). Analog dazu präsentierten sich die „heavy user“ bei Richter [40]. Während diese durchschnittlich neun Jahre zur Schule gegangen waren (was mit einem Hauptschulabschluss vergleichbar ist) und 83,3 % über eine Ausbildung verfügten, waren trotzdem 86,4 % ohne Arbeit und unterschieden sich damit signifikant von der Kontrollgruppe, wobei in Bezug auf Schul- und Ausbildung kein signifikanter Unterschied festgestellt wurde ([40]). Die CMA Stichprobe aus Sachsen wies mit 12,6 % Ungelernten und 60,4 % Personen mit Ausbildung eine ähnliche Verteilung auf. Auch hier hatten, trotz dieses Umstandes, nur 3,1 % der Patienten ein geregeltes Einkommen. Der Rest erhielt Arbeitslosengeld, Arbeitslosen- oder Sozialhilfe, Rente oder unregelmäßiges Einkommen [52]. Weiterhin ist die berufliche bzw. Einkommenssituation auch als Item in allen drei CMA Messinstrumenten vertreten [51, 52, 79]. Bachmeier et al. beschreiben ein etwas höheres Bildungs- und Arbeitsniveau in ihrer Untersuchung mit nur 42,5 % ohne Abschluss oder mit Hauptschulabschluss und immerhin 40 % erwerbstätigen Probanden [35]. Ein nahezu gegensätzliches Verhältnis präsentieren Soyka und Schmidt. Hier fanden sich nur 1,1 % ohne Schulabschluss, 15,7 % ohne Ausbildung und 75,3 % gingen einer Erwerbstätigkeit nach [82]. Dieser Umstand lässt

sich möglicherweise mit dem ambulanten Patientengut in ihrer Stichprobe begründen, da dieses oft gesellschaftlich besser eingegliedert ist [15].

Insgesamt spricht die Literatur für einen negativen Einfluss von geringer Bildung und Arbeitslosigkeit auf eine Alkoholabhängigkeit. So konnte eine schwedische Studie mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigen, dass fehlende Ausbildung, prekäre Arbeitsverhältnisse oder Arbeitslosigkeit die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit fördern [88]. Außerdem ist Abstinenz ein wichtiger positiver, prognostischer Faktor in Bezug einer Erwerbstätigkeit der Alkoholabhängigen [89, 90]. Eine Arbeitslosigkeit im Vorfeld und im Anschluss an eine Therapie begünstigt eine reduzierte Abstinenzphase [35, 91]. Im Allgemeinen gibt es Hinweise darauf, dass sich Arbeitslosigkeit und Alkoholabhängigkeit gegenseitig bedingen, in dem Sinne, dass Abhängigkeit Arbeitslosigkeit fördert und Arbeitslosigkeit Abhängigkeit [92].

4.1.5 Migrationshintergrund/Muttersprache

Für die vorliegende Gruppe ließ sich feststellen, dass die Mehrheit der Patienten keinen Migrationshintergrund (67,4 %) hat und muttersprachlich deutsch ist (72,1 %). Mögliche Unterschiede im Konsumverhalten oder Schwierigkeiten durch kulturelle oder sprachliche Barrieren während der Therapie stehen in der untersuchten Gruppe damit nicht im Vordergrund. Die existierende Literatur bietet hier wenig aussagekräftige Daten bezüglich dieses Themas. Oftmals werden Nationalität oder Migrationshintergrund der Stichprobe nicht thematisiert. Buchholz et al. beschreiben in ihrer Untersuchung eine Rate von 95,2 % Deutschen, wobei hier nicht auf Migrationshintergrund eingegangen wird [93]. Ein japanisches systematisches Review von 18 Studien aus vier Ländern konnte zeigen, dass Patienten mit Sprachbarrieren, unabhängig der Region, seltener Zugang zu psychiatrischen Therapiemaßnahmen bekamen [94]. Allerdings wiesen die Autoren auch auf eine unzureichende Datenlage hin. Bezüglich Alkoholabhängigkeit empfiehlt die deutsche S3 Leitlinie die Beachtung des Migrationshintergrundes bei der Therapieplanung und betont, dass sich keine speziellen Therapieempfehlungen anhand der vorliegenden Daten ableiten lassen [15]. Strupf et al. untersuchten anhand von Zahlen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012, ob Unterschiede im Trinkverhalten von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund bestehen. Aus ihren Ergebnissen schließen sie auf keine erhöhte Wahrscheinlichkeit eines riskanten Alkoholkonsums bei Migranten, sondern stellten sogar spezifisch auf diese Gruppe abgestimmte Maßnahmen in Frage [95].

4.1.6 Kriminalität

In der Literatur wird häufig von einem Zusammenhang zwischen Alkohol und Kriminalität berichtet, wobei sich die Begründungen stark voneinander unterscheiden.

So werden die „enthemmende Wirkung“ von Alkohol, eine „gemeinsame Ursache“, wie ungünstige Aspekte der Lebensgeschichte, die beides fördern, „ein wechselseitiges Bedingen“ und ein „Scheinzusammenhang“ genannt [96]. Trotz des bekannten Zusammenhangs und vieler Studien konnten bisher kaum konkrete Handlungsstrategien abgeleitet werden, auch weil eine Verbindung und Zusammenarbeit zwischen medizinischen und kriminologischen Strukturen zu gering ausgeprägt ist. So stehen bei medizinischen Arbeiten häufig Abstinenz oder Reduzierung der Trinkmenge als Resultat im Focus und nicht andere Zusammenhänge wie Alkohol und Kriminalität. Kriminologische Studien thematisieren Sucht nur selten und wenn, dann vor allem im Zusammenhang mit illegalen Drogen [97]. Im Rahmen dieser Studie konnte Kriminalität nur anhand von Schilderungen der Patienten hinsichtlich Bewährung, offener Verfahren oder Haft in der Vorgeschichte erfasst werden. Eine objektive Überprüfung der Angaben fand nicht statt. Auch wenn in Zweidritteln der stationären Fälle der HÄWIs weder Bewährungsauflagen (68,3 %) noch offene Verfahren (68,1 %) bestanden und immerhin bei 54,8 % noch nie eine Haft, so lag doch in einem nicht unerheblichen Teil der Fälle ein Kontakt mit dem Justizsystem vor.

Berücksichtigt werden muss, dass die Auswertung hier anhand der einzelnen Fälle, also einzelner Aufnahmen erfolgte und nicht in Bezug auf einzelne Patienten, da sich der Status von Bewährung, offenen Verfahren und Haft zwischen den Aufenthalten stets ändern kann. Bei längeren Verfahren oder Strafen und den häufigen Wiederaufnahmen würden die gleichen Verfahren oder Strafen (speziell bei Haft in der Vorgeschichte) somit mehrmals erfasst werden, während die eigentliche Rate, bezogen auf den einzelnen Patienten niedriger ist. Außerdem ist für HÄWIs mit zusätzlichem Konsum von illegalen Drogen (25,5 %) schon allein aufgrund des Besitzes derselben von einem gewissen Anteil an strafrechtlichen Konsequenzen auszugehen.

4.1.7 Suizid

In Metaanalysen wurde ein erhöhtes Risiko für Suizide bei Alkoholabhängigen im Vergleich zu Gesunden gezeigt [98, 99]. Unter den HÄWIs fand sich eine Rate von einmaligen oder mehrmaligen Suizidversuchen von 27,9 %. Dies deckt sich mit Zahlen anderer Studien. So waren in der ALITA Stichprobe bei 29 % der Probanden Suizidversuche in der Vorgeschichte bekannt, für die CMA bei Hilge und Schulz werden 26,3 % angegeben [51, 55].

4.1.8 Weitere Therapien und Angebote

In der Behandlung einer Alkoholabhängigkeit generell, aber besonders bei schwer beeinträchtigten Patienten wie den HÄWIs mit hohem Therapiebedarf, stellen Postakutbehandlungen einen wichtigen Faktor zur Aufrechterhaltung einer Abstinenz

und Reduzierung von Notfallsituationen dar. Hier bestehen verschiedene sowohl stationäre als auch ambulante Angebote und die Erhöhung der Inanspruchnahme ist auch eines der Themenfelder im Rahmen des „Runden Tisches“. In diesem Zusammenhang zeigten die HÄWIs ein sehr unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten. Zunächst einmal positiv zu bewerten war, dass klinische Angebote vor bzw. im Beobachtungszeitraum bereits von einem Großteil der Probanden genutzt wurden. So wiesen 90,7% mindestens einen Termin in der Institutsambulanz auf. Das zeigt, dass diese Gruppe grundsätzlich für dieses Angebot erreicht werden kann. Ob dies in der Praxis auch längerfristig funktioniert, ist nicht eindeutig zu beurteilen. In dem Zusammenhang ergeben sich auch neue Fragestellungen bzw. Diskussionspunkte im Hinblick auf den längerfristigen Erfolg dieser Maßnahme in der Gruppe der HÄWIs. So konnte mit einem Minimum von einem Ambulanztermin und einem Maximum von 8 Ambulanzterminen im Beobachtungszeitraum (Mittelwert 3,6) eine recht große Spanne festgestellt werden. Hier stellt sich die Frage, warum manche Patienten trotz anfänglicher Anbindung an die Ambulanz nicht längerfristig dort gehalten werden können und ob eine zahlenmäßige Erhöhung der Termine mit einem besseren Ergebnis assoziiert wäre. Dies wird auch in der S3 Leitlinie deutlich, die ebenfalls auf mangelnde aussagekräftige Daten bezüglich dieser Maßnahme hinweist [15]. Es besteht also weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich dieser Aspekte.

Weiterhin fiel auf, dass immerhin noch fast Dreiviertel (72,1%) der Patienten bereits eine stationäre Entwöhnungstherapie, also eine Rehabilitationsmaßnahme, in Anspruch genommen haben, sodass auch hier prinzipiell von einer guten Erreichbarkeit dieser Gruppe für Rehabilitationsmaßnahmen ausgegangen werden kann. Dies ist von Bedeutung, da man in der Literatur generell von der Effektivität einer Rehabilitationsmaßnahme als Postakutbehandlung ausgeht [33, 34]. Warum HÄWIs jedoch nicht längerfristig von klassischen Rehabilitationsmaßnahmen profitieren, ist unklar. Allerdings sind die vorliegenden Daten zur Rehabilitation recht unterschiedlich. National werden zwar oft einheitlich definierte Diagnosen, Therapien und Ergebnismaße untersucht, häufig aber nicht in kontrolliert randomisierten Studien (RCT). Demgegenüber liegen weltweit zwar RCTs vor, die Vergleichbarkeit ist aber durch nicht einheitliche Diagnosedefinitionen, unterschiedliche Behandlungsformen und Ergebnismaße reduziert [33]. Auch Bachmeier beschreibt in seiner Katamneseauswertung eine positive Wirkung von stationärer Rehabilitation für Alkohol- und Medikamentenabhängige hinsichtlich Abstinenz, die wiederum die Grundlage für eine verbesserte Teilhabe und Lebensqualität darstellt. So nennt er für alle, im Erhebungsjahr entlassenen Patienten, von denen keine Nachbetrachtungsinformationen zur Verfügung stehen (gelten automatisch als rückfällig) eine Dreimonats-Abstinenzquote von 35,5%, wohingegen die Gruppe aller Patienten, von denen Nachbetrachtungsinformationen vorliegen, eine Dreimonats-Rate von 68,8% erzielen konnte [35]. Dementsprechend erscheint die Therapiebereitschaft der HÄWIs positiv und sollte auch weiter ausgebaut werden. Keine Aussage kann anhand der vorliegenden Daten allerdings in Bezug auf den Erfolg der Rehabilitation dieser Gruppe getroffen werden, da nur die Teilnahme an einer stationären Entwöhnung erfasst wurde. Unklar bleibt, ob diese dann auch regulär und erfolgreich von den Teilnehmern abgeschlossen wurde. Auch zu diskutieren wäre, ob

eine mehrfache Teilnahme weitere Erfolge bringen würde, denn die Ergebnisse von Bachmeier deuten eine höhere Rückfallwahrscheinlichkeit für Patienten mit mehreren Rehabilitationsmaßnahmen im Vergleich zu nur einer Rehabilitationsmaßnahme an [35]. Empfehlungen zu spezifischen Rehabilitationsinhalten für HÄWIs existieren bisher nicht.

Ein deutlich schlechteres Inanspruchnahmeverhalten der HÄWIs konnte in Bezug auf Suchthilfe (23,3%) und Selbsthilfegruppen (18,6%) festgestellt werden. Hier stellt sich die Frage, ob das für die Erreichbarkeit dieser Maßnahmen notwendige, größere, eigene Engagement der Betroffenen im Vergleich zu den von der Klinik organisierten Institutsterminen oder Rehammaßnahmen bei den HÄWIs fehlt oder ob es andere Gründe für die Inanspruchnahmediskrepanz gibt. Auch hierzu wären weitere Untersuchungen nötig. Ein aktiveres Einbinden von Suchthilfe und Selbsthilfegruppen in den „Runden Tisch“ wäre eine denkbare Maßnahme. Generell ist die Datenlage bezüglich der Effektivität von Suchthilfe und Selbsthilfegruppen nicht ausreichend bzw. uneindeutig. International ist die Selbsthilfegruppe der Anonymen Alkoholiker (AA) am besten untersucht. So konnten Ferri et al. mit ihrer Metaanalyse über Anonyme Alkoholiker und andere, als „12 Schritte-Förderprogramm“ bezeichnete Maßnahmen, die eine Partizipation bei den AA fördern, keine klaren Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit einer AA Teilnahme nachweisen [100]. Demgegenüber zeigten Kelly et al. mit einer größeren Metaanalyse, dass Probanden dieser „12-Schritte Förderprogramme“ längere Phasen ohne Rückfälligkeit haben, als beispielsweise Patienten mit kognitiver Verhaltenstherapie, was er als Erfolg dieses Programms ansah [101]. Eine positive Wirkung durch AA Partizipation bestätigten auch Humphreys et al. in ihrer erneuten Auswertung vorhandener RCTs zu diesem Thema ohne „self selection bias“ [102]. Vor diesem Hintergrund scheint eine weitere Involvierung der Suchthilfe und vor allem Selbsthilfegruppe für die HÄWIs ein sinnvoller Aspekt zu sein.

4.1.9 Entzug

Eine Beendigung der regelmäßigen Alkoholfuhr geht bei vielen Patienten im Rahmen eines vegetativen Entzugssyndroms mit verschiedenen Symptomen wie Unruhe, Tremor, Hypertonie, Tachykardie, Schwitzen, Übelkeit und Erbrechen, erhöhte Körpertemperatur, Angst, Kopfschmerzen und Schlafstörungen einher [103, 104]. Mittels der retrospektiven Daten konnten Hypertonie und Tachykardie der HÄWIs anhand objektiver Kriterien gut untersucht werden. Hierbei ist auffällig, dass sowohl der Blutdruck mit einem Mittelwert von 131/84 mmHg im Normbereich lag als auch, unter Berücksichtigung der Standardabweichung, keine deutliche Hypertonie zu erkennen war. Allerdings muss hier erwähnt werden, dass es sich um den Mittelwert aller HÄWIs aus Mittelwerten aller Fälle handelt und so auch Messungen aus dem fortgeschrittenen Entzug enthalten sind, wenn die Symptomatik möglicherweise (auch medikamentös bedingt) bereits abgenommen hat. Die Maximalwerte mit 180/105 mmHg zeigen zumindest, dass Hypertonie als Entzugssymptomatik, wie zu erwarten, vorlag. Ähnlich

verhält es sich mit der Tachykardie. Auch hier zeigt sich nur ein leicht erhöhter Mittelwert von 93 min^{-1} , wohingegen der Maximalwert mit 137 min^{-1} schon für eine deutliche Tachykardie spricht. Raten für das Auftreten einer schwereren Symptomatik wie Krampfanfälle oder Delir mit gefürchteten Komplikationen und erhöhter Mortalität werden in der Literatur unterschiedlich angegeben, belaufen sich aber auf ca. 1 % bis 10 % [104–106].

Vor diesem Hintergrund scheinen die Raten von Delir und Entzug in der Gruppe der HÄWIs relativ hoch. So wurde bei 66,9 % der Fälle ein Krampfanfall (auch in der Vorgeschichte) erfasst und in immerhin noch 48,6 % aller Fälle ein Delir (auch in der Vorgeschichte). Zu betonen ist hier, dass eine Vergleichbarkeit der Zahlen nicht direkt möglich ist, da in der HÄWI-Gruppe die Auswertung fallbezogen erfolgte, weil sich das Auftreten von Krampfanfällen und Deliren zwischen den Aufenthalten ändern kann. Dementsprechend sind auch Mehrfacherfassungen eines Ereignisses möglich. Trotzdem scheint das Vorliegen dieser Symptomatik unter den HÄWIs recht häufig vorzukommen, was auf schwerere Entzugssymptomatiken hindeuten könnte. Leitliniengerecht sollten Patienten mit Krampfanfällen in der Vorgeschichte oder erhöhter Wahrscheinlichkeit für epileptische Anfälle aus anderen Gründen präventiv Antikonvulsiva zum Krampfschutz erhalten [15]. Immerhin lag bei 66,9 % der Krampfanfälle auf alle stationären Fälle bezogen in 58,2 % Krampfschutz vor. Ob Patienten die Einnahme verweigerten, kann nicht konkretisiert werden.

Bezüglich des Medikamentenverbrauchs im Entzug ist ein Vergleich mit bestehender Literatur schwierig, da die Dosen nicht immer gleich, sondern pro Stunde, pro Tag oder als Gesamtdosis angegeben werden. So beschrieben Kraemer et al. einen schweren Alkoholentzug als Einnahme eines kumulativen Chlordiazepoxid-Dosisäquivalents von 600 mg über den gesamten Behandlungszeitraum [107], was 120 mg Diazepam, 24 mg Clonazepam und 24 mg Lorazepam entspricht [108]. In der Studie von Richman et al. lag die durchschnittliche Benzodiazepindosis bei 100 mg bzw. 141 mg Chlordiazepoxidäquivalent pro Tag, je nachdem, ob die Teilnehmer nach individueller Entscheidung des Arztes oder nach Protokoll therapiert wurden [109]. 100 mg Chlordiazepoxidäquivalent pro Tag entspricht 20 mg Diazepam, 4 mg Clonazepam und 4 mg Lorazepam pro Tag und gleicht damit dem Medikamentenverbrauch einer Mehrheit der HÄWIs. Hier wurde in einem Großteil der Fälle (56,7 %) nämlich eine mittlere Dosis benötigt von $> 2,5 \text{ mg}$ bis $< 5 \text{ mg}$ Lorazepam, $> 20 \text{ mg}$ bis $< 40 \text{ mg}$ Diazepam, $> 2,66 \text{ mg}$ bis $< 5,33 \text{ mg}$ Clonazepam pro Tag.

Generell erfüllen die HÄWIs einige, in der Literatur mit einem schweren Entzugssyndrom und damit höherem Risiko für Krampfanfälle und Delir in Verbindung gebrachte Kriterien wie Delir in der Vorgeschichte, $\text{AST} \geq 80 \text{ U/l}$, erhöhte ALT und GGT, Benzodiazepineinnahme und ≥ 2 Behandlungen bei Alkoholabhängigkeit in der Vergangenheit, erhöhte ALT und GGT [107, 110]. Für genauere Aussagen bezüglich des Entzugsgeschehens der HÄWIs sollten weitere Untersuchungen durchgeführt werden.

4.1.10 Familienanamnese

In der Literatur finden sich viele Studien, die einen Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und diesbezüglich positiver Familienanamnese nachgewiesen haben [111, 112], ausgelöst durch sowohl genetische als auch umgebungsabhängige Faktoren [113]. Auch die Zahlen der HÄWIs stehen im Einklang mit diesen Ergebnissen. So bestand bei 69,8 % schon eine Suchterkrankung in der Familie - im Vergleich zu nur 20,9 % anderen psychiatrischen Erkrankungen und 11,6 % Suiziden. Daher kann ein Großteil der HÄWIs nach der Cloninger Typologie dem Typ II zugeordnet werden. Die in 1981 von Cloninger et al. vorgestellte Typologie unterscheidet zwischen zwei Typen von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen. Die Ergebnisse basieren auf Adoptions- und Familienstudien und beziehen daher auch genetische Aspekte mit ein [22].

Typ I beschreibt hierbei eine Alkoholkrankheit, die durch einen späten, langsamen Krankheitsbeginn (nach dem 25. Lebensjahr) gekennzeichnet ist und stark von äußeren Faktoren beeinflusst wird. Es besteht keine Geschlechterprävalenz. Der Alkoholmissbrauch verläuft in der Regel eher mild und ist vor allem durch psychische Abhängigkeit gekennzeichnet. Betroffene sind sich ihrer alkoholbezogenen Störung bewusst und haben oft starke Schuldgefühle. Typ II beschreibt dagegen eine eher von erblichen Faktoren abhängige Alkoholkrankheit, die oft schon vor dem 25. Lebensjahr beginnt. Zu dem frühen, exzessiven Krankheitsbeginn kommt häufig eine dissoziale, aggressive oder instabile Persönlichkeit, die den Verlauf des Alkoholmissbrauchs erschwert. Von Typ II sind nach den Ergebnissen von Cloninger et al. überwiegend Männer betroffen [114]. Klein et al. postulieren für erwachsene Alkoholabhängige mit positiver Familienanamnese einen früheren Start, ein beschleunigtes Voranschreiten, mehr Folgeprobleme, eine frühere Therapienotwendigkeit und eine schwerere Abhängigkeit, weisen aber auch auf eine unsichere Studienlage hin [111]. Auch Rossow et al. stellen in ihrem Review mit 99 Studien fest, dass 37 % keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und positiver Familienanamnese zeigten, wobei sie darauf hinwiesen, dass sich die Studien in ihren untersuchten Ergebnismaßen unterschieden [115]. Trotzdem kann eine positive Familienanamnese - charakteristisch für HÄWIs - als Risikofaktor im Hinblick auf eine schwerere Form der Alkoholabhängigkeit berücksichtigt werden. Andere psychiatrische Erkrankungen und Suizide scheinen hier eher eine untergeordnete Rolle zu spielen, auch wenn sie als Belastungen natürlich trotzdem in die Entwicklung einer Abhängigkeit hineinspielen können.

4.1.11 Weitere Abhängigkeiten

Eine gehäuft auftretende Komorbidität zwischen Alkohol und Drogenabhängigkeit mit Erhöhung der Folgeschäden ist in der Literatur beschrieben [116–119]. Allerdings thematisierten die meisten Studien Alkohol nur als Komorbidität bei Drogenkonsum

oder sie bilden Subgruppen nur anhand der ersten Substanz oder Abhängigkeit, sodass paralleler Konsum nicht im Vordergrund steht [117]. Stinson et al. beschrieben in der Auswertung einer nationalen amerikanischen Umfrage zum Thema Alkohol ein höheres Auftreten von Alkoholabhängigkeit in einer Gruppe Drogenabhängiger, als komorbide Drogenabhängigkeit in einer Gruppe Alkoholabhängiger [119].

Außerdem zeigten die Mehrfachabhängigen in verschiedenen Studien mehr Risiko- und schlechte Prognosefaktoren in Bezug auf Abhängigkeit wie z.B. männliches Geschlecht und junges Alter, Ledigkeit und schlechteren sozioökonomischen Status im Vergleich zu nur alkoholabhängigen oder nur drogenabhängigen Subgruppen. Zusätzlich wiesen sie auch eine höhere Therapieanspruchnahme auf, was auf eine schwerere Abhängigkeit oder vermehrte Schwierigkeiten durch die Abhängigkeit hindeutet [117, 119]. Da mit 60,5 % die Mehrheit der HÄWIs nicht unter einer Koabhängigkeit leidet, stehen oben genannte Tatsachen nicht im Vordergrund bei der Einschätzung und Behandlung dieser Gruppe. Für die betroffenen HÄWIs sind sie allerdings nicht zu vernachlässigen, da sie die Problematik in diesen Fällen noch erschweren könnten. Die Leitlinie verweist hinsichtlich der Therapie bei komorbiden Abhängigkeiten auf wenig aussagekräftige Literatur und empfiehlt nur allgemein eine „integrierte Behandlung“ der verschiedenen Abhängigkeiten [15].

4.1.12 Komorbiditäten bzw. Folgeerkrankungen

Gesundheitliche Folgeschäden durch chronischen, übermäßigen Alkoholkonsum sind in der Literatur ausreichend beschrieben. Alkoholismus fördert das Auftreten von somatischen Störungen wie Lebererkrankungen, chronischer Pankreatitis, arterieller Hypertonie, Polyneuropathie und Krebserkrankungen in Mundhöhle, Larynx und Ösophagus [120–123]. Auch für psychische Komorbiditäten besonders im Sinne von Depressionen, Psychosen und Angststörungen sind Zusammenhänge bekannt [124, 125]. So verwundert es nicht, dass in allen drei CMA Messinstrumenten psychische und somatische Folgen, wenn auch in unterschiedlicher Intensität, eine Rolle spielen [51, 52, 79]. Hilge und Schulze beschreiben für die CMA beispielsweise Raten von 68,3 % Polyneuropathien, 21,3 % Leberzirrhosen, 14,1 % Pankreatitiden und 34,9 % Korsakowpsychosen [51]. Böttger et al. fanden bei CMA 76,1 % Lebererkrankungen, 54,2 % Polyneuropathien, 19,3 % Pankreaserkrankungen und 9,1 % Korsakowsyndrome [52]. 54,1 % der „heavy user“ bei Richter wiesen Lebererkrankungen auf, 27 % Pankreaserkrankungen, 62,2 % affektive Störungen und 48,6 % Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen [40]. Auch wenn sich die Anteile unterscheiden, kann doch die gerade bei schwer beeinträchtigten Patienten erwartete Häufung solcher Krankheiten erkannt werden. Vor diesem Hintergrund überrascht es, dass anhand der Daten bei den HÄWIs kaum Komorbiditäten festgestellt werden konnten. Wie in Kapitel 3 beschrieben, wurde aufgrund einer sehr geringen Anzahl auf eine weitere Auswertung der Nebendiagnosen verzichtet. Zur Verdeutlichung sollen hier nur einige Zahlen genannt werden. Bei insgesamt 4608 erfassten Diagnosen aller HÄWIs, bezogen auf

sämtliche Aufenthalte, wurde so z.B. nur 25-mal Polyneuropathie erfasst, zweimal Pankreatitis, 18-mal alkoholische Leberkrankheit und 39-mal Leberzirrhose, 36-mal depressive Episoden und 46-mal rezidivierende, depressive Störungen. Gerade bei einer schwer beeinträchtigten Gruppe Alkoholabhängiger scheint eine solch niedrige Rate an Folgeerkrankungen unwahrscheinlich. Zumindest für die somatischen Erkrankungen wäre eine Unterdiagnose oder Nichtbetrachtung in der Psychiatrie denkbar. So konnte zum Beispiel in einer amerikanischen Studie festgestellt werden, dass die Psychiater bei psychiatrisch behandelten Patienten nur ca. 50 % der körperlichen Diagnosen erkannten bzw. berücksichtigten [126].

Dies bietet allerdings keinen Erklärungsansatz für die wenigen erfassten, psychiatrischen Nebendiagnosen der HÄWIs. Ein systematisches Nichterfassen von anderen Diagnosen neben Störungen durch Alkohol kann ausgeschlossen werden, da insgesamt eine große Anzahl an Nebendiagnosen vorliegt, wenngleich diese für die untersuchte Gruppe zu klein erscheint. Auch die erfassten Laborwerte zeigen hier kein eindeutiges Bild. So kann zumindest in Bezug auf Lebererkrankungen festgestellt werden, dass das Bilirubin mit einem Mittelwert von 0,94 mg/dl noch im Normbereich liegt und selbst unter Berücksichtigung der Standardabweichung von 0,58 mg/dl nur leicht erhöht ist. Bilirubin stellt einen von fünf Parametern des zur Einschätzung des Schweregrades der Leberzirrhose allgemein genutzten Child-Pugh Scores dar und eine Erhöhung ist ein Hinweis auf fortgeschrittene Erkrankung [127, 128]. Auch wenn das Bilirubin nur ein Faktor des Scores ist und man bei HÄWIs ein Maximum von 4,42 mg/dl findet, scheint der festgestellte Mittelwert gegen eine große Häufung von fortgeschrittener Leberzirrhose in dieser Gruppe zu sprechen. Im Gegensatz dazu zeigen MCV und GGT, die als Labormarker für ausgeprägte Trinkmengen bekannt sind [129] und (weniger geläufig) auch AST und ALT [130], selbst unter Berücksichtigung einer großen Standardabweichung, deutlich erhöhte Werte. Zusätzlich können GGT, AST und ALT Erhöhungen auch eine Leberschädigung anzeigen [129, 130]. Diese Aspekte passen wiederum zu einem exzessiven Alkoholkonsum der HÄWIs und schließen auch Leberschäden nicht aus. Abschließend kann der Sachverhalt bezüglich der geringen Rate an Komorbiditäten der HÄWIs anhand der retrospektiven Datenauswertung nicht geklärt werden, sodass hier weitere Untersuchungen nötig sind.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass sich bei Richter die „heavy user“ nur bezüglich Lebererkrankungen und organisch psychischer Störungen signifikant von der Kontrollgruppe unterschieden, hinsichtlich anderer Komorbiditäten wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt [40].

4.1.13 Rechtlicher Status bei Aufnahme

Im Hinblick auf eine mögliche fehlende Einsicht zur Behandlungsnotwendigkeit und negative Auswirkungen einer erzwungenen Behandlung wurde auch der rechtliche Status bei Aufnahme erfasst. Hier zeigte sich eine sehr hohe Freiwilligkeit von 94,8 %

aller Fälle, was die o.g. Annahmen für die HÄWIs abzuschwächen scheint. Generell fehlen methodisch hochwertige Studien zu diesem Thema, insbesondere im Hinblick auf eine Alkoholabhängigkeit. Eine brasilianische Studie über zwanghafte Therapien bei Substanzabhängigkeiten konnte keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich Rückfallquoten zwischen freiwillig und nicht freiwillig behandelten Probanden feststellen [131]. In Bezug auf allgemeine psychiatrische Behandlungen oder andere Krankheiten bzw. Zielgruppen, wie z.B. Kinder, erzielten diverse Studien ähnliche Ergebnisse [132–134]. Außerdem wird ein Zusammenhang zwischen nicht selbst gewählter Aufnahme und empfundenem Zwang infrage gestellt [134].

4.1.14 Zusammenfassung Charakterisierung

Insgesamt handelt es sich bei der hier untersuchten Stichprobe der HÄWIs hauptsächlich um männliche Patienten mittleren Alters mit sozialen Schwierigkeiten wie Arbeitslosigkeit, fehlendem sozialen Rückhalt und familiärer Vorbelastung, die schwer chronisch erkrankt und durch die gängigen Behandlungsmaßnahmen nicht adäquat therapierbar sind. Dadurch liegt eine Belastung für die Patienten selbst, aber auch für das Behandlungspersonal vor, sowie im weiteren Sinne auch finanziell und ressourcentechnisch für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft. Dies steht im Einklang mit Ergebnissen anderer, oben beschriebener Studien. Einzig im Auftreten von Komorbiditäten unterscheiden sie sich von ähnlichen Populationen.

Das Herausstellen von Gemeinsamkeiten und Problemen dieser Gruppe ist zu Beginn für das Bewusstwerden und die Beschäftigung mit einem solchen Patientenkollektiv zur Verbesserung ihrer Behandlung hilfreich [41]. Trotzdem scheint die alleinige Betrachtung der HÄWIs als homogene Gruppe nicht zu genügen, um die individuellen Probleme ausreichend zu erfassen. So konnten beispielsweise große Unterschiede in der Anzahl der Wiederaufnahmen festgestellt werden (10-60 in zwei Jahren); trotz allgemein hoher Arbeitslosigkeit war der Ausbildungsstand der HÄWIs sehr unterschiedlich; die meisten HÄWIs lebten zwar allein, jedoch in unterschiedlichen Umfeldern (Spanne von einer eigenen Wohnung bis zur Obdachlosigkeit). Solche häufig wiederkehrenden Patienten stellen somit in gewisser Weise eine heterogene Gruppe dar [41]. Dies passt auch zu den bisher nicht erfolgreichen Versuchen, eine einheitliche Klassifikation für diese Subgruppe zu finden. Vor diesem Hintergrund ist die Betrachtung von Gemeinsamkeiten bei der Beschäftigung mit einer Gruppe wie den HÄWIs einerseits sinnvoll und kann wichtige Aspekte im Rahmen einer spezifischeren Therapieentwicklung liefern, andererseits ist der Versuch einer starren Kategorisierung infrage zu stellen, um den Weg für individuellere Angebote nicht zu versperren.

4.2 Unterschiede Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer

Betrachtet man die Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern des „Runden Tisches“, konnte in Bezug auf die meisten untersuchten Parameter kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden. Anders verhält es sich bei den Variablen Geschlecht und Anzahl der stationären Behandlungen.

4.2.1 Geschlecht

In dieser Studie nahmen Frauen signifikant häufiger am „Runden Tisch“ teil als Männer (vgl. Kapitel 3). Dies steht im Kontrast zu Ergebnissen von Studien zu Therapieerhalt bzw. -inanspruchnahme bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit. Dort wurde festgestellt, dass Männer generell häufiger an jeglicher Art von Therapien bei Abhängigkeit teilnehmen als Frauen [135–138]. Hierfür werden unterschiedliche Gründe angeführt. Schuldgefühle, Angst, Scham und Verdrängung stellen bei Frauen oft eine Hemmschwelle dar [136, 139]. Außerdem spielen oft andere soziale und gesellschaftliche Aspekte eine Rolle als bei Männern, wie z.B. fehlende Kinderbetreuung oder Angst, die Kinder weggenommen zu bekommen sowie geringere soziale Unterstützung und Förderung einer Behandlung [140]. Weiterhin treten bei Frauen auch häufiger Komorbiditäten wie Depressionen auf oder sie verarbeiten Traumata oder Probleme selbst durch Alkoholkonsum, sodass sie häufig primär an anderer Stelle aufgrund der Komorbiditäten behandelt werden [71, 136]. Ein weiterer, immer wieder diskutierter Aspekt stellt die Unterrepräsentanz von Frauen unter den Abhängigen und dementsprechend auch in den Behandlungsangeboten für sie dar. So wird auf die Problematik einer männerzentrierten Behandlung und von nicht ausreichend vorhandenen, auf Frauen ausgerichteten Therapien hingewiesen [41, 136]. Geschlechtsheterogene Behandlungsrunden werden demnach sowohl in Gesprächsanteilen als auch im Kommunikationsstil von Männern beherrscht, sodass Frauen diesbezüglich eher einen Vorteil aus gleichgeschlechtlichen Gruppen ziehen können, in denen Stereotype eine untergeordnete Rolle spielen [140–142]. Auf Frauen ausgerichtete Programme sollten demnach Schwerpunkte auf frauenspezifische Themen legen. So stehen oft Kinder und Familie, Verarbeitung und Therapie von Traumata oder psychischer Komorbiditäten, Erhöhung der sozialen Unterstützung und des Selbstwertgefühls im Mittelpunkt, wobei besonders auf Beziehungsebene gearbeitet und auf den Wert von stabilen Beziehungen abgezielt wird [41, 143].

Allerdings ist die Literatur bezüglich der Effektivität frauenspezifischer Programme, auch aufgrund der großen Heterogenität in deren Aufbau, uneinheitlich und es finden sich sowohl positive und negative Ergebnisse, als auch fehlende Unterschiede zwischen gemischtgeschlechtlichen und geschlechtshomogenen Gruppen [136, 140, 144]. Betrachtet man allerdings zusätzlich die Schwere der Abhängigkeit, werden die Geschlechtsunterschiede ausgeglichen und Männer mit schwerer Abhängigkeitsproblematik finden

sich dann nicht häufiger in Therapien als Frauen [141]. Vor diesem Hintergrund steht die Überrepräsentanz von Teilnehmerinnen am „Runden Tisch“ gar nicht mehr in so großem Kontrast zu den zuvor genannten Ergebnissen, da hier speziell eine Gruppe von schwer Alkoholabhängigen untersucht wurde. Zusätzlich beziehen sich die oben beschriebenen Ergebnisse auf die generelle Therapieteilnahme. Im Fall des „Runden Tisches“ haben die Patienten aber bereits einen Zugang zur Therapie gefunden, sodass sich nicht alle Aussagen auf den „Runden Tisch“ als zusätzliches Programm übertragen lassen. Trotzdem fällt die weibliche Überrepräsentanz unter den Teilnehmern des „Runden Tisches“ auf, deren Ursache mit dieser Studie nicht gänzlich zu klären ist. Mögliche Erklärungen finden sich in der Literatur. So beschreibt Jarvis, dass Frauen individuelle Angebote favorisieren, um Brandmarkung zu entgehen, wohingegen Männer besser auf gruppenzentrierte Behandlungsformen ansprechen [145]. Programme, die die Patienten aktiv in ihrem Umfeld aufsuchen, haben größeren Erfolg bei Männern, während Frauen lieber entfernt vom Druck durch ihr Umfeld Probleme erörtern [146]. Dieser Aspekt deckt sich auch mit den positiven Ergebnissen von Therapieansätzen, die die Patienten aktiv aufsuchen, wie Case Management, ALITA oder ACT, denn Männer stellen in den zu behandelnden Kollektiven, genau wie bei den HÄWIs, den Hauptteil der Patienten.

Auch Parkman et al. beschreiben eine höhere Teilnahmebereitschaft von Frauen an spezialisierten Alkoholentzugs- und Entwöhnungsbehandlungen im Vergleich zu Männern. Letztere scheinen eher durch Unterstützung bei indirekt mit der Abhängigkeit in Zusammenhang stehenden Problemen wie Job, Unterkunfts- und finanziellen Fragen, Freizeitgestaltung und sozialen Kontakten erreicht zu werden. Frauen würden sozial oft mehr Unterstützung durch ihr Umfeld erfahren und so eher eine spezialisierte Therapie bevorzugen [147]. Dies kann auch als ein Erklärungsansatz dienen, warum die Anzahl der Teilnehmer am „Runden Tisch“ insgesamt geringer ausfiel (44%), als die der Nicht-Teilnehmer (55%), da die unter den Teilnehmern des „Runden Tisches“ überrepräsentierte Gruppe der Frauen, unter allen HÄWIs deutlich unterrepräsentiert ist. Vor diesem Hintergrund scheint eine Anpassung des Konzepts des „Runden Tisches“ sinnvoll, um mehr männliche Probanden zu erreichen.

4.2.2 Anzahl der stationären Behandlungen

Teilnehmer des „Runden Tisches“ wurden signifikant häufiger stationär behandelt als Nicht-Teilnehmer. So wiesen sie ca. acht stationäre Behandlungen mehr auf als die Nicht-Teilnehmer. Dies ist insofern positiv, als dass die besonders häufig vorstelligen HÄWIs den „Runden Tisch“ auch annahmen und so offensichtlich generell für weitere Therapieangebote zu erreichen waren, was für eine weitere Behandlungsplanung dieser schwer therapierbaren Gruppe entscheidend ist. Andererseits setzt sich die Teilnehmergruppe dementsprechend auch zu einem großen Teil aus den schwersten Fällen einer schwer therapierbaren Gruppe mit vielen Voraufnahmen (HÄWIs) zusammen. Dies erschwert möglicherweise auch das Auftreten von positiven Ergebnissen bei Auswer-

tung des „Runden Tisches“, wenn die Teilnehmer bereits durch schlechte oder nicht erfolgreiche Therapieerfahrung gekennzeichnet sind. Andererseits können aber auch genau diese Schwere der Erkrankung und die bisherigen erfolglosen Behandlungen zur Teilnahme an neuen Programmen wie beispielsweise dem „Runden Tisch“ führen. Es ist bekannt, dass die Therapieerfahrung bei einer Abhängigkeitserkrankung zu einer erhöhten Behandlungsteilnahme bei weiteren Abhängigkeitserkrankung führt [148]. Dies ist auch im Rahmen neuer Programme innerhalb einer Abhängigkeit denkbar. Außerdem scheinen Behandlungsteilnehmer oft stärker beeinträchtigt zu sein, als Nicht-Teilnehmer [149], was die hier gefundenen Ergebnisse unterstützt.

4.2.3 Weitere Parameter

Bezüglich weiterer Parameter wie Alter, Wohnsituation, (minderjährige) Kinder, Schulbildung, Ausbildung, Beruf, Migrationshintergrund, Muttersprache, gesetzlicher Betreuer, Sucht in der Familie, Suizidversuche, Kontakt zur Selbsthilfegruppe oder zum Suchthilfesystem und Langzeittherapie konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern festgestellt werden. Auch hier ist nur ein Vergleich mit Studien bezüglich einer generellen Teilnahme an Therapien möglich, da vergleichbare Untersuchungen dieses speziellen Programms nicht vorliegen und auch in der Literatur die Teilnahme an zusätzlichen Programmen innerhalb der Therapie selten untersucht wird, sondern stattdessen nur die primäre Therapieteilnahme im Mittelpunkt steht.

Anhand von Daten einer nationalen, amerikanischen Umfrage zum Thema Alkohol mit über 43000 Teilnehmern, konnte u.a. eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Therapieteilnahme bei Patienten männlichen Geschlechts, mit schlechterer Bildung und dem Auftreten von psychiatrischen Komorbiditäten festgestellt werden [150]. Diese Ergebnisse wurden in ähnlicher Form in anderen Studien bestätigt, wobei teilweise sowohl ein niedrigerer Bildungsstand als auch ein niedrigeres Einkommen als Parameter genannt werden [148, 151]. Wie bereits erwähnt, haben sich diese Ergebnisse für Bildung und berufliche Situation bzw. Komorbiditäten in der vorliegenden Studie nicht bestätigt, da sich hier kein signifikanter Unterschied bezüglich Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern zeigt bzw. Komorbiditäten nur in einer sehr geringen Anzahl auftraten (s.o.). Auch bezüglich des Alters konnte kein signifikanter Unterschied zwischen teilnehmenden und nicht teilnehmenden HÄWIs festgestellt werden. In der Literatur wird eine höhere Therapieteilnahme mit höherem Alter in Verbindung gebracht. Als Gründe hierfür werden eine geringere Therapieeinsicht, eine höhere Akzeptanz des Alkoholismus durch das Umfeld, größere negative Auswirkungen auf Job und Versicherungen und eine höhere Angewiesenheit auf Eltern bei Krankheits- und Therapieeinsicht bei Jüngeren genannt [148, 150, 152]. Im Gegensatz dazu fanden Ilgen et al. eine höhere Therapieteilnahme in ihren prospektiven Daten bei jüngeren Befragten, was durch unterschiedliche Studiendesigns (prospektiv/retrospektiv) und unterschiedliche Definition des Parameters „Therapieteilnahme“ erklärt wird [151].

Diese Problematik wird auch als Begründung für die gegensätzlichen, nicht eindeutigen Ergebnisse in einer Vielzahl von Studien bezüglich Einkommen, ethnischer Zugehörigkeit und Therapieteilnahme angeführt [151].

Außerdem wird eine vorherige Abhängigkeitsbehandlung mit einer höheren Therapieteilnahme in Verbindung gebracht [148], was sich mit den Ergebnissen dieser Studie zu den Voraufenthalten deckt, nicht aber mit den nicht signifikanten Unterschieden zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern bezüglich stationärer Entwöhnung, Selbst- und Suchthilfe. Eine positive Familienanamnese für Abhängigkeiten hat dagegen keinen Einfluss auf die Therapieteilnahme [153]. Generell zeigt sich also auch in der Literatur ein nicht eindeutiges Bild in Bezug auf unterschiedliche Parameter und Therapieteilnahme. Um eine differenziertere Aussage über die HÄWIs treffen zu können, wäre eine größere Stichprobe sinnvoll, um eindeutige und möglicherweise auch signifikante Ergebnisse zu liefern.

4.3 Auswertung „Runder Tisch“

Die Auswertung der Effektivität des Behandlungskonzepts „Runder Tisch“ in Bezug auf die Reduktion der Anzahl der Wiederaufnahmen, die Reduktion der Gesamtdauer der Aufenthalte und die Erhöhung der Zeit zwischen den Aufnahmen in einem Nachbetrachtungszeitraum von sechs Monaten, zeigte für alle drei Parameter keinen signifikanten Unterschied zwischen den Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern, sodass für diese Outcomes keine Verbesserung durch die Teilnahme am „Runden Tisch“ nachgewiesen werden kann.

Fleischmann beschreibt in seiner prospektiven Untersuchung einer Gruppe Patienten, die zu einem Teil nach einem CMA Behandlungsansatz therapiert wurden und zum anderen Teil an einer Entwöhnungstherapie teilnahmen, für die CMA Patienten eine Wiederaufnahmerate von ca. 50 % in den ersten 18 Monaten nach Entlassung. Dabei stellen sich ca. 30 % bereits in den ersten eineinhalb bis zwei Monaten vor, ca. 37 % in den ersten drei Monaten und nach einem halben Jahr sind ca. 42 % erreicht, sodass in den ersten 6 Monaten bereits ein Großteil der Wiederaufnahmen stattgefunden hat. Eine genaue Beschreibung des CMA Ansatzes fehlt hier allerdings [48]. Eine Katamnese studie zur Rückfälligkeit von Rehabilitanden zeigte eine Rückfälligkeitsrate von 21,2 % einen Monat nach Entlassung, 55,4 % nach dem dritten Monat und 81,4 % nach einem halben Jahr [35]. Fleischmann postuliert die Möglichkeit einer Nutzung des Parameters „Anzahl von Wiederaufnahmen“ als „Näherungsmaß“ für Rückfälligkeit [154]. Vor diesem Hintergrund scheint ein Nachbetrachtungszeitraum von sechs Monaten gerechtfertigt, um Aussagen treffen zu können.

Hinsichtlich der Wiederaufnahmen wiesen die Teilnehmer mit 5,63 leicht, aber nicht signifikant höhere Zahlen auf als die Nicht-Teilnehmer mit 3,96 Wiederaufnahmen in

sechs Monaten. Hier ist festzustellen, dass es sich hierbei um eine hohe Anzahl handelt, denn Fleischmann beschreibt für seine CMA Gruppe nach Indexbehandlung eine Wiedervorstellungsrate von durchschnittlich 5,3 in 3 Jahren [154], was die besondere Behandlungsbedürftigkeit der HÄWIs unterstreicht. Auffällig ist, dass es auch HÄWIs gab, die im Nachbetrachtungszeitraum nicht wieder vorstellig wurden (Minimum = 0), dies allerdings sowohl bei den Teilnehmern, als auch bei den Nicht-Teilnehmern, sodass hier kein Zusammenhang mit dem Programm hergestellt werden kann. Das könnte einerseits auf eine mögliche Reduktion der Vorstellungen einzelner HÄWIs hindeuten, andererseits sind auch das Aufsuchen anderer Einrichtungen, Inhaftierungen oder der Tod eines Patienten nicht auszuschließen, da diese Parameter anhand der vorliegenden Daten nicht untersucht werden konnten. In diesem Zusammenhang wären weiterführende Studien nötig.

Bei Betrachtung des Outcomes sind aber auch die unterschiedlichen Grundvoraussetzungen der beiden Subgruppen zu betrachten. Wie zuvor dargelegt, zeichnete sich die Teilnehmergruppe durch eine signifikant höhere Anzahl an stationären Behandlungen aus. Im Vergleich wiesen sie durchschnittlich acht Behandlungen mehr auf als die Nicht-Teilnehmer. In der Literatur wird eine höhere Anzahl an Vorbehandlungen mit einer erhöhten Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit in Zusammenhang gebracht [155, 156]. Fleischmann beschreibt, dass die erneuten stationären Aufnahmen bei CMA oft früher erfolgten, wenn deren Behandlungsgeschichte mehr als drei vorausgegangene Therapien aufwies [154]. Diesbezüglich wird ein ausgeprägterer Übergang in chronische Krankheitsstadien für solche Patientenpopulationen ins Spiel gebracht [15].

Des Weiteren waren in der Teilnehmergruppe signifikant mehr Frauen vertreten als in der Gruppe der Nicht-Teilnehmer. In der Literatur sind gegensätzliche Studienergebnisse bezüglich geschlechtsabhängiger Therapieoutcomes zu finden [140]. Einige Studien zur Substanzabhängigkeit allgemein zeigen aber auch eine höhere Behandlungsabbruchquote für Frauen als für Männer [157, 158]. Nicht planmäßige Therapiebeendigung kann mit erhöhtem Rückfallrisiko assoziiert sein [35], was wiederum näherungsweise mit erhöhten Wiederaufnahmen in Verbindung gebracht werden kann [154]. Uhl nennt in seiner Beschreibung einer Population alkoholabhängiger Patienten, die im Anton Proksch Institut in Wien in einem Jahr behandelt wurden, sowohl eine höhere Therapieabbruch-, als auch eine höhere Wiederaufnahmerate von Frauen im Vergleich zu Männern [159].

In Anbetracht dieser Aspekte scheint die Ausgangslage zur Reduktion der Wiederaufnahmen in der Gruppe der Teilnehmer (die mehr Frauen enthält) möglicherweise schwieriger als in der Gruppe der Nicht-Teilnehmer, was bei der Betrachtung der Auswertungsergebnisse in Bezug auf den „Runden Tisch“ berücksichtigt werden sollte. Allerdings ist hier darauf hinzuweisen, dass es sich dabei um eine einzelne Studie handelt, deren Ergebnisse in weiteren Untersuchungen repliziert werden müssten.

Passend zu den Ergebnissen bezüglich der Anzahl der Wiederaufnahmen zeigte sich bei der Gesamtzeit zwischen den Aufnahmen ein nicht signifikant längeres, klinikfreies

Intervall in der Gruppe der Nicht-Teilnehmer. Auch bei diesem Outcome konnte ein Minimum von null festgestellt werden. Dieses könnte einerseits aus einer direkten Wiederaufnahme am selben Tag resultieren und somit die schwierige Behandlungssituation der HÄWIs unterstreichen. Andererseits sind auch eine dauerhafte Therapie über den gesamten Zeitraum oder eben auch keine erneute Wiederaufnahme nicht auszuschließen. Im Allgemeinen scheint auch unter ökonomischen Gesichtspunkten eine kürzere Behandlungsdauer angestrebt zu werden. Für die HÄWIs zeigte sich hier eine nicht signifikant längere Gesamtaufenthaltsdauer von durchschnittlich 32,9 Tagen bei den Teilnehmern im Nachbetrachtungszeitraum im Vergleich zu ca. 30 Tagen bei den Nicht-Teilnehmern. Bezogen auf die Anzahl der Wiederaufnahmen lag für beide Gruppen die Dauer eines Aufenthalts bei unter 10 Tagen. Berücksichtigt werden muss, dass die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland bei Mehrfachaufnahmen innerhalb kurzer Zeiträume eine MD (Medizinischer Dienst)-Begutachtung veranlassen. Gerade bei der besonders schwer erreichbaren Gruppe der Suchtkranken wird der Entzugsbehandlung nur ein sehr kurzer Zeitraum zugebilligt. Studien konnten aber einen positiven Zusammenhang von größerer Behandlungslänge und Behandlungserfolg bzw. einer Wiederaufnahmereduktion im Rahmen eines qualifizierten Entzugs zeigen [160, 161]. Der Vergleich mit internationalen Studien ist aufgrund der unterschiedlichen Therapiekonzepte zwischen den Ländern schwierig.

Auch für Rehabilitationsmaßnahmen zeigte sich dieser Zusammenhang, wobei dem Schweregrad der Abhängigkeit bei der Behandlungsplanung Beachtung geschenkt werden soll [35]. Vor diesem Hintergrund scheint eine Verkürzung der Behandlung als Outcome gerade im Hinblick auf die schwer erkrankten HÄWIs nicht sinnvoll.

Auch Fleischmann beschreibt für seine CMA Population eine schnellere Wiederaufnahme bei Patienten mit nicht ausreichend langer Therapiedauer der als Ausgangspunkt ausgewählten „Indexbehandlung“. Aus seinen Ergebnissen leitete er eine Therapiedauer-Untergrenze von 30 bis 60 Tagen ab, wobei eine Erhöhung auf zwei bis vier Monate 20 % mehr Erfolge brachte. Darüber hinaus (> vier Monate) kam es zu keinen weiteren Verbesserungen [154]. Angesichts dessen scheint die durchschnittliche Behandlungsdauer pro Aufenthalt von unter zehn Tagen in beiden HÄWI Subgruppen sehr gering, sodass hier das Anstreben einer Verlängerung der Behandlungsdauer ggf. auch bessere Behandlungseffekte erzielen könnte. Auch die in der S3 Leitlinie genannte Dauer für qualifizierten Entzug von drei bis sechs Wochen je nach Schweregrad wird hier durchschnittlich nicht erreicht [15], sodass bei geringerem Behandlungserfolg mehr Behandlungen denkbar sind. Dies erhöht wiederum die Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit (s.o.), sodass die Patienten sich in einem Teufelskreis befinden. So scheint unter anderem eine Fokussierung auf reguläre Abschlüsse und damit eine ausreichend lange Therapie oder sogar deren Verlängerung als ein Ziel des „Runden Tisches“ denkbar. Daneben ist nochmals auf die signifikant höhere Anzahl an Voraufhalten in der Teilnehmergruppe hinzuweisen, die die Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit (s.o.) und damit möglicherweise auch die Gesamtbehandlungsdauer generell bereits erhöht, was bei Betrachtung der Ergebnisse zusätzlich berücksichtigt werden sollte.

Allgemein wären hierzu nachfolgende Studien größeren Stichprobenumfangs und anderen Designs wünschenswert, um differenzierte und möglicherweise auch signifikante Ergebnisse hinsichtlich der hier angedeuteten Trends zu erzielen.

4.4 Methodendiskussion

Um Schlussfolgerungen aus einer Studie ziehen zu können, spielen die Qualität der Daten, die Gütekriterien und die Methodenauswahl eine Rolle. In diesem Zusammenhang dürfen Limitationen bei Beurteilung der Aussagekraft einer Studie nicht außer Acht gelassen werden.

4.4.1 Qualität der Daten

Um einen subjektiven Einfluss auf die Datenerhebung und Analyse zu vermeiden, wurden die Patientenlisten elektronisch anhand zuvor festgelegter Kriterien generiert und die zu erhebenden Daten vor Beginn der Datensammlung festgesetzt, um eine nachträgliche Manipulation zu verhindern.

Da ein Großteil der Daten händisch in die Excel®-Datenbank eingepflegt wurde, sind zur Vermeidung von Dokumentationsfehlern Kontrollen und ggf. Korrekturen der Datenerfassung durchgeführt worden. Die Erstellung der Patientenliste erfolgte durch eine elektronische Suche im Krankenhausinformationssystem des LVR-Klinikums anhand der ICD-10 Codierung für Alkoholabhängigkeit und der Aufnahme- und Entlassdaten. Bei möglicher falscher Codierung würde somit eine ungenaue Patientenliste vorliegen. Da aber sowohl die Aufnahme- und Entlassdaten als auch die ICD-10 Codierung die Basis für die Abrechnung des Falls mit der Krankenkasse bilden, werden sie im Verlauf des Abrechnungsprozesses von verschiedenen Positionen bearbeitet und auf Richtigkeit überprüft. Somit kann von der Vollständigkeit der generierten Patientenliste durch die genannten Suchkriterien ausgegangen werden.

4.4.2 Limitation einer retrospektiven Studie

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine retrospektive Datenanalyse. Diese Art der Studie weist bezüglich ihrer Aussagekraft generell Einschränkungen auf. Abschließende Beweise für die aufgestellten Hypothesen können nicht erbracht werden, sondern lediglich Hinweise zu deren Bestätigung oder Ablehnung. Auch sind Kausalitäten nicht immer eindeutig zu identifizieren. Des Weiteren liegt aufgrund des retrospektiven Designs oft eine unvollständige Dokumentation der Daten vor. Die

Möglichkeit, Informationen im Nachhinein zu vervollständigen oder hinsichtlich der Richtigkeit von Anamnese, Diagnostik und Diagnosestellung zu überprüfen, besteht hierbei nicht. Die gewissenhafte Arbeit des medizinischen Personals bezüglich Datengewinnung und Dokumentation in den der Datenerhebung zugrunde liegenden Aufenthalten und die Richtigkeit der Angaben sowie Mitarbeit seitens der Patienten sind vorauszusetzen. Um diese Faktoren zu unterbinden, wäre die Durchführung einer nachfolgenden Studie in prospektivem Design mit standardisiertem Ablauf denkbar.

Als positiver Aspekt des retrospektiven Studiendesigns sollte die Chance auf Erstellung einer umfangreichen Datenbank nicht vernachlässigt werden, da in kurzer Zeit eine große Menge an digital verfügbaren Daten zusammengetragen werden kann.

4.4.3 Limitation durch Stichprobengröße

Auch der Umfang der zugrunde liegenden Stichprobe spielt eine Rolle im Hinblick auf die Aussagekraft der gewonnenen Ergebnisse. Die Stichprobe dieser Studie weist mit 43 eingeschlossenen Patienten eine eher geringe Anzahl auf. Dementsprechend sind die gebildeten Subgruppen von noch kleinerem Umfang. Dies führt dazu, dass die Trennschärfe zur Identifizierung von Gruppenunterschieden, vor allem in Subgruppenanalysen, limitiert ist. Aus diesem Grunde sind signifikante Unterschiede schwer zu erzielen und vor allem geringe Therapieerfolge kaum zu konstatieren, wobei gerade diese für den Entwicklungsprozess von Therapieprogrammen unerlässlich sind.

Da sich diese Studie mit einer sehr speziellen Patientengruppe beschäftigt, ist die Generierung größerer Stichproben schwer möglich. Insgesamt sollte die Studie als explorative Arbeit an einer kleinen, sehr speziellen Patientengruppe verstanden werden. Hierbei können Hinweise auf Unterschiede in dieser speziellen, hier zugrunde liegenden Stichprobe herausgearbeitet werden. Es wären weiterführende Studien mit einem erhöhten Stichprobenumfang z.B. im Multicenterdesign über einen längeren Zeitraum denkbar, um die Aussagekraft zu erhöhen.

4.5 Schlussfolgerung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es sich bei den HÄWIs hauptsächlich um männliche Patienten mittleren Alters mit sozialen Schwierigkeiten handelt, die durch die gängigen Behandlungsmaßnahmen nicht adäquat therapierbar sind. Dies deckt sich mit Ergebnissen anderer Untersuchungen zu dieser problematischen Gruppe. Einzig im Auftreten von Komorbiditäten unterschieden sich die HÄWIs von anderen Kollektiven, was in weiteren Untersuchungen überprüft werden sollte. Auch wenn bisher keine einheitlichen Definitionen oder Beurteilungskriterien für diese Patienten

erzielt werden konnten, ist das Problem weiter allgegenwärtig. Vor diesem Hintergrund ist das Anbieten neuer Maßnahmen im Rahmen der Behandlung, wie beispielsweise der „Runde Tisch“, ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer besseren Versorgung solcher Patienten. Positiv ist anzumerken, dass die HÄWIs, trotz ihrer chronischen Erkrankung und bisher eher frustrierten Therapieversuchen, generell für Behandlungen oder zusätzliche Maßnahmen wie Selbst- und Suchthilfe, stationäre Entwöhnung (Rehabilitation), Ambulanztermine oder den „Runden Tisch“ zu erreichen sind. Hier könnte allerdings die Teilnahmezahl und -regelmäßigkeit noch deutlich erhöht werden. Auch wenn in dieser Untersuchung keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern am „Runden Tisch“ identifiziert werden konnten, ist das Konzept einer individuelleren Auseinandersetzung mit den persönlichen Problemen des einzelnen Patienten ein guter Ansatz. Obwohl sich die HÄWIs, oder auch andere ähnliche Patientengruppen, durch einige gemeinsame Merkmale auszeichnen, ist die Entwicklung zusätzlicher Therapieangebote, die auf einer Homogenität dieser Gruppe beruhen, möglicherweise nicht der richtige Ansatz. So spielen potenziell, gerade in diesem schwer beeinträchtigten Kollektiv, auch sehr persönliche, individuelle Gründe eine Rolle in der Aufrechterhaltung der chronischen Erkrankung. Konzepte wie ALITA oder Case Management, die auch individueller mit den Patienten arbeiten, konnten Erfolge in der Therapie erzielen [46, 54, 57]. Solche Programme haben sich bisher flächendeckend allerdings nicht durchgesetzt. Entscheidend ist auch, dass es sich dabei um ambulante Angebote, z.B. auch im Anschluss an eine stationäre Therapie, handelt. Gerade der Aspekt der langfristigen Betreuung im Alltag und Unterstützung bei individuellen Problemen sowie das aktive Aufsuchen und Ansprechen der Patienten darf nicht unterschätzt werden, sondern spielt im Gegenteil offenbar eine wichtige Rolle. Andererseits scheint der breite Einsatz solcher in Studien erfolgreichen Methoden auch am Zeitaufwand und an personellen und finanziellen Mitteln zu scheitern [50, 162]. Somit wäre eine Erweiterung des „Runden Tisches“ unter stärkerer Einbeziehung von Vertretern ambulanter Angebote (wie Sucht- und Selbsthilfe, Wohngruppen, Treffpunkten, Beschäftigungsangeboten) und vielleicht auch anderer betreuender (Haus-)ärzte denkbar. Dadurch könnten mögliche Hürden abgebaut, Kontakte geknüpft und Vereinbarungen getroffen werden, um die regelmäßige Inanspruchnahme solcher Angebote und die Umsetzung von Zielen durch die HÄWIs zu erhöhen, besonders vor dem Hintergrund ihrer meist schwierigen sozialen Situation. Dies könnte einen Kompromiss zwischen den aktuell für diese Gruppe nicht ausreichenden, stationären Angeboten und den scheinbar flächendeckend nicht umsetzbaren, aufwendigen ambulanten Programmen darstellen. Außerdem könnte so eine erste Anpassung des Programms an männliche Patienten begonnen werden, die eher aktiv in ihrem Umfeld erreicht werden [146]. Obwohl Männer die Mehrheit der HÄWIs darstellen, fanden sich unter den Teilnehmern des „Runden Tisches“ signifikant mehr Frauen. Hier sind weitere Untersuchungen über mögliche geschlechtsspezifische Konzepte erstrebenswert.

Auf gesundheitspolitischer Ebene wäre außerdem eine Diskussion über die Sinnhaftigkeit des Ziels von möglichst kurzen Behandlungsdauern bei solchen Patientengruppen wünschenswert. Auch wenn dies auf den ersten Blick ökonomisch günstig erscheint, stellt sich die Frage der Profitabilität auf lange Sicht im Vergleich zu andauernden

Neuaufnahmen. Denn Krankenhäuser wie das LVR-Klinikum, die die Patienten niederschwellig aufnehmen, müssen diese aufgrund der vorgesehenen, eingeschränkten Behandlungsdauern oft bereits wieder entlassen, obwohl die Patienten noch weitere Zeit zur Stabilisierung benötigen. Dadurch kommt es zu sich wiederholenden Aufnahmen. Weiterführende Rehabilitations- oder ambulante Maßnahmen sind hingegen nicht immer niederschwellig zu erreichen. Gerade für Patienten wie die HÄWIs wären aber niederschwellige, sektorenübergreifende Angebote (stationär, ambulant, soziotherapeutisch) nötig, um längerfristige Therapieerfolge zu erzielen.

Hier können Angebote wie der „Runde Tisch“, die einfach zu implementieren sind, einen kleinen Beitrag zu individuelleren und übergreifenden Behandlungen leisten. Denn, wenn auch nicht statistisch signifikant, konnten bei einzelnen Teilnehmern des „Runden Tisches“ Erfolge erzielt werden. Zusätzlich beschrieb auch das therapeutische Team subjektiv einen motivierenden und sinnstiftenden Effekt durch den „Runden Tisch“. Dieser bietet einen neuen Ansatz für schwer therapierbare Patienten, was auch mögliche Frustrationen der Mitarbeiter durch immer wiederkehrende Patienten reduzieren kann.

Aktuell (2023) läuft im LVR-Klinikum Düsseldorf außerdem seit 2020 ein Projekt mit Genesungsbegleitenden. Dabei handelt es sich um Menschen, die selbst bereits psychische Ausnahmesituationen durchlaufen haben und nach einer Weiterbildung zum Genesungsbegleiter (z.B. über den Verein EX-IN Deutschland e.V.) Patienten in Form eines „peer supports“ im ambulanten Bereich unterstützen [163]. Genesungsbegleitende können den Patienten individuell in verschiedensten Situationen zur Seite stehen, so z.B. bei Vermittlung von Krankheitskonzepten und Therapiemöglichkeiten oder weiteren, die Krankheit bzw. Behandlung betreffenden Angeboten. Zusätzlich helfen sie aber auch bei der Strukturierung und Gestaltung der täglichen Routine oder der Kommunikation mit Behörden [164]. Aufgrund der eigenen Erfahrung der Genesungsbegleitenden können diese sich besser in die Situation der Patienten hineinversetzen, so eine engere Verbindung aufbauen und die Selbstwirksamkeit der Patienten fördern [163, 164]. Aktuell ist der Einsatz von Genesungsbegleitenden (auch aufgrund fehlenden Wissens über das Angebot) noch nicht weit verbreitet. Laut ersten Studien empfinden die Patienten die Genesungsbegleitung aber als „hilfreich“ und es deuten sich positive Effekte hinsichtlich der Lebensqualität an [164]. Aufgrund der niederschweligen und individuellen Einsatzmöglichkeiten im ambulanten Bereich und der persönlicheren Bindung zu den Patienten, scheint die Genesungsbegleitung Potenzial als zusätzliches Angebot für schwer erkrankte Gruppen wie die HÄWIs zu bieten. Sollten sich die positiven Effekte in weiteren Studien bestätigen, könnte dieses Konzept eine gute Ergänzung in der Therapie der HÄWIs darstellen.

Abschließend lässt sich sagen, dass trotz bisher ausbleibender, flächendeckender Durchbrüche im Hinblick auf Klassifikation und Therapie von einer Gruppe schwer erkrankter und behandelbarer Patienten wie den HÄWIs, weitere Anstrengungen auf diesem Gebiet unternommen werden sollten, um die Situation dieser Patienten zu verbessern. Auch bei den HÄWIs konnte durchaus Behandlungspotenzial festgestellt werden,

sodass hier weitere Untersuchungen dieser Gruppe, auch nach möglicher Anpassung des Konzeptes des „Runden Tisches“, wünschenswert wären.

Literaturverzeichnis

1. John, U. & Hanke, M. Trends des Tabak- und Alkoholkonsums über 65 Jahre in Deutschland. *Das Gesundheitswesen* **80**, 160–171 (2018).
2. Kraus, L., Piontek, D., Atzendorf, J. & de Matos, E. G. Zeitliche Entwicklungen im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung. *SUCHT* **62**, 283–294 (2016).
3. Seitz, N.-N., Lochbühler, K., Atzendorf, J., Rauschert, C., Pfeiffer-Gerschel, T. & Kraus, L. Trends in Substance Use and Related Disorders. *Deutsches Ärzteblatt international* (2019).
4. *Drogen- und Suchtbericht 2019* (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit, 2019).
5. *Global status report on alcohol and health 2018* (World Health Organization, 2019).
6. Soyka, M. Epidemiologie und Behandlung der Alkoholabhängigkeit. *Neuro-Transmitter* **24**, 41–44 (2013).
7. Seitz, N.-N., John, L., Atzendorf, J., Rauschert, C. & Kraus, L. *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018* (IFT Institut für Therapieforschung, 2019).
8. Lange, C., Manz, K., Rommel, A., Schienkiewitz, A. & Mensink, G. *Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen* (Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, 2016).
9. Griswold, M. G. *u. a.* Alcohol use and burdens for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* **392**, 1015–1035 (2018).
10. Singer, M. V. & Teyssen, S. Alkoholassoziierte Organschäden - Befunde in der Inneren Medizin, Neurologie und Geburtshilfe/Neonatologie. *Deutsches Ärzteblatt* **98**, A 2109–2120 (2001).

11. Kürfner, H. & Kraus, L. Epidemiologische und ökonomische Aspekte des Alkoholismus. *Deutsches Ärzteblatt* **99**, A 936–945 (2002).
12. Schuckit, M. A. Alcohol-use disorders. *The Lancet* **373**, 492–501 (2009).
13. John, U. Alcohol-Attributable Mortality in a High Per Capita Consumption Country – Germany. *Alcohol and Alcoholism* **37**, 581–585 (2002).
14. Effertz, T. *Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland in DHS Jahrbuch Sucht 2020* (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), 2020).
15. *S3 Leitlinie: “Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen”* (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT), 2020).
16. *ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 18. September 2020* (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG), 2020).
17. *Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM-IV and DSM-5* (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2021).
18. Batra, A., Müller, C. A., Mann, K. & Heinz, A. Alcohol Dependence and Harmful Use of Alcohol: Diagnosis and Treatment Options. *Deutsches Ärzteblatt international* (2016).
19. Degenhardt, L., Bharat, C., Bruno, R., Glantz, M. D., Sampson, N. A., Lago, L., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., Bunting, B., Caldas-de-Almeida, J. M., Cia, A. H., Gureje, O., Karam, E. G., Khalaf, M., McGrath, J. J., Moskalewicz, J., Lee, S., Mneimneh, Z., Navarro-Mateu, F., Sasu, C. C., Scott, K., Torres, Y., Poznyak, V., Chatterji, S. & Kessler, R. C. Concordance between the diagnostic guidelines for alcohol and cannabis use disorders in the draft ICD-11 and other classification systems: analysis of data from the WHO’s World Mental Health Surveys. *Addiction*, add.14482 (2018).
20. Heinz, A., Halil, M. G., Gutwinski, S., Beck, A. & Liu, S. ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit. *Der Nervenarzt* **93**, 51–58 (2022).
21. Baumgärtner, G. & Soyka, M. Diagnostik alkoholbezogener Störungen. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie* **14**, 12–16 (2014).
22. Uhl, A., Hojni, M., Gaiswinkler, S., Puhm, A. & Strizek, J. *Handbuch Alkohol Österreich. Band 3: Ausgewählte Themen* (Gesundheit Österreich, 2020).
23. Jellinek, E. M. *The disease concept of alcoholism* (Hillhouse Press, 1960).
24. Soyka, M. & Kürfner, H. *6.1 Typologie der Alkoholiker in Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit* (Georg Thieme Verlag, 2008).

-
25. Bujarski, S., O'Malley, S. S., Lunny, K. & Ray, L. A. The effects of drinking goal on treatment outcome for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **81**, 13–22 (2013).
 26. Stetter, F. & Mann, K. Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. *Der Nervenarzt* **68**, 574–581 (1997).
 27. Mann, K., Stetter, F., Günthner, A. & Buchkremer, A. Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. *Deutsches Ärzteblatt* **92**, A 3051–A 3059 (1995).
 28. Bauer, U. & Hasenöhr, A. Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung und konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). *SUCHT* **46**, 250–259 (2000).
 29. Poppele, G. & Anders, H. Qualifizierter Entzug 60plus-Patientinnen und Patienten – Entwicklungen, Erfahrungen und Perspektiven eines altersspezifischen Motivationsangebots. *Suchttherapie* **10**, 28–31 (2009).
 30. *Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Version 2022, Systematisches Verzeichnis* (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2021).
 31. Loeber, S., Kiefer, F., Wagner, F., Mann, K. & Croissant, B. Behandlungserfolg nach qualifiziertem Alkoholentzug. *Der Nervenarzt* **80**, 1085–1092 (2009).
 32. Driessen, M., Veltrup, C., Junghanns, K., Przywara, A. & Dilling, H. Kosten-Nutzen-Analyse klinisch-evaluierter Behandlungsprogramme - Erweiterte Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit. *Der Nervenarzt* **70**, 463–470 (1999).
 33. Vogelgesang, M. DGRW-Update: Alkoholabhängigkeit. *Die Rehabilitation* **50**, 292–297 (2011).
 34. Müller-Fahrnow, W., Ilchmann, U., Kühner, S., Spyra, K. & Stoll, S. Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. *DRV-Schriften* **32**, 182 (2002).
 35. Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel, H., Funke, W., Kemmann, D. & Weissinger, V. Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2016 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell* **26**, 34–50 (2019).
 36. Bottlender, M. & Soyka, M. Efficacy of an Intensive Outpatient Rehabilitation Program in Alcoholism: Predictors of Outcome 6 Months after Treatment. *European Addiction Research* **11**, 132–137 (2005).
 37. Missel, P. & Weissinger, V. Wirksamkeitsstudien zur Suchtrehabilitation. Verfahrensweise und Ergebnisse der Einjahreskatamnesen des Fachverbandes Sucht e.V. zum Entlassjahrgang 2008. *Abhängigkeiten* **17**, 50–68 (2011).
 38. Rösner, S., Hackl-Herrwerth, A., Leucht, S., Lehert, P., Vecchi, S. & Soyka, M. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2010).

39. Rösner, S., Hackl-Herrwerth, A., Leucht, S., Vecchi, S., Srisurapanont, M. & Soyka, M. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2010).
40. Richter, D., Venzke, A., Settelmayer, J. & Reker, T. Häufige Wiederaufnahmen suchtkranker Patienten in die stationäre psychiatrische Behandlung - "Heavy User" oder chronisch Kranke? *Psychiatrische Praxis* **29**, 364–368 (2002).
41. Neale, J., Parkman, T., Day, E. & Drummond, C. Socio-demographic characteristics and stereotyping of people who frequently attend accident and emergency departments for alcohol-related reasons: Qualitative study. *Drugs: Education, Prevention and Policy* **24**, 67–74 (2016).
42. Blackwood, R., Lynskey, M. & Drummond, C. Prevalence and patterns of hospital use for people with frequent alcohol-related hospital admissions, compared to non-alcohol and non-frequent admissions: a cohort study using routine administrative hospital data. *Addiction* **116**, 1700–1708 (2021).
43. Parkman, T., Neale, J., Day, E. & Drummond, C. Qualitative exploration of why people repeatedly attend emergency departments for alcohol-related reasons. *BMC Health Services Research* **17**, 140 (2017).
44. Drummond, C., Gilbert, H., Burns, T., Copello, A., Crawford, M., Day, E., Deluca, P., Godfrey, C., Parrott, S., Rose, A., Sinclair, J. & Coulton, S. Assertive Community Treatment For People With Alcohol Dependence: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Alcohol and Alcoholism* (2016).
45. Schu, M. *Chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängigkeitskrank. Definition und Beschreibung der Gruppe in Rehabilitation Suchtkranker- mehr als Psychotherapie (Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 24)* 326–331 (Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), Neuland-Verlag, 2001).
46. Banger, M., Paternoga, D. & Hotz, P. Der Case Managementansatz bei chronisch Alkoholabhängigen als Einstieg in die Integrierte Versorgung nach §§ 140 ff SGB V. *Suchttherapie* **8**, 164–169 (2007).
47. Blackwood, R., Wolstenholme, A., Kimergård, A., Fincham-Campbell, S., Khadjesari, Z., Coulton, S., Byford, S., Deluca, P., Jennings, S., Currell, E., Dunne, J., O'Toole, J., Winnington, J., Finch, E. & Drummond, C. Assertive outreach treatment versus care as usual for the treatment of high-need, high-cost alcohol related frequent attenders: study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Public Health* **20**, 332 (2020).
48. Fleischmann, H. Chronisch mehrfach beeinträchtigte Alkoholabhängige (CMA) und Alkoholkranke in Entwöhnungstherapie (EWT) - zwei unterschiedliche Gruppen Alkoholabhängiger im psychiatrischen Krankenhaus. *SUCHT* **47**, 321–330 (2001).

-
49. Wagner, T., Krampe, H., Stawicki, S., Reinhold, J., Galwas, C., Aust, C., Soyka, M., Körner-Herwig, B., Kufner, H. & Ehrenreich, H. Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke Überprüfung des Konstrukts CMA im Rahmen der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA). *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* **5**, 221–236 (2003).
 50. Hertrich, R. & Lutz, S. Über die Notwendigkeit zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen für die Gruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigten Alkoholabhängigen. *Psychiatrische Praxis* **29**, 34–40 (2002).
 51. Hilge, T. *Entwicklung eines Meßinstrumentes zur Erfassung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholkranker: die Braunschweiger Merkmalsliste (BML)* (Technische Universität Braunschweig, 1998).
 52. Böttger, G., Härtel, F., Leonhardt, H.-J. & Mühler, K. *CMA - Populationsgröße im Freistaat Sachsen. Arbeitspapier 4 der Arbeitsgruppe CMA* (Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren (GAD e.V.), 2001).
 53. Leonhardt, H.-J. & Mühler, K. *Struktur und Veränderung einer CMA-Population in Wirksame Therapie. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.* 227–233 (2007).
 54. Oliva, H., Görge, W., Schlanstedt, G., Schu, M. & Sommer, L. *Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe, Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit - Modellbestandteil Case Management* (FOGS Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, 2001).
 55. Reinhold, J., Stawicki, S., Krampe, H., Wagner, T., Galwas, C., Aust, C. & Ehrenreich, H. ALITA –Eine Alternative nicht nur für schwerstabhängige, prognostisch benachteiligte Alkoholranke. *Abhängigkeiten* **3**, 78–88 (2004).
 56. Krampe, H., Stawicki, S., Wagner, T., Ribbe, K., Kordi, A. E., Niehaus, S., Timmer, W. & Ehrenreich, H. ALITA - Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke. *Psychoneuro* **31**, 507–512 (2005).
 57. Stawicki, S., Krampe, H., Ribbe, K., Niehaus, S., Wagner, T. & Ehrenreich, H. ALITA – Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke. *Der Neurologe und Psychiater* **3**, 27–32 (2007).
 58. Locke, E. A. & Latham, G. P. *A theory of goal setting and task performance* (Prentice Hall, 1990).
 59. Locke, E. A. & Latham, G. P. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist* **57**, 705–717 (2002).
 60. Bovend'Eerdt, T. J., Botell, R. E. & Wade, D. T. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation* **23**, 352–361 (2009).

61. Dibbelt, S., Dudeck, A., Glattacker, M., Greitemann, B., Jäckel, W., Pollmann, H., Schaidhammer, M. & Wulfert, E. *Partizipative Zielvereinbarung mit PatientInnen in der Rehabilitation: Manual für Ärzte, Therapeuten & Pflegende* https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/08_institute/qm-sozmed/Abgeschlossene_Projekte/ParZivar/ManualParZivar.pdf (18.03.2021).
62. Göthlich, S. E. *Zum Umgang mit fehlenden Daten in großzahligen empirischen Erhebungen in Methodik der empirischen Forschung* 119–134 (Gabler Verlag, 2009).
63. Schafer, J. L. & Graham, J. W. Missing data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods* **7**, 147–177 (2002).
64. World Medical Association Declaration of Helsinki. *JAMA* **310**, 2191–2194 (2013).
65. Bloomfield, K., Gmel, G. & Wilsnack, S. Introduction to Special Issue ‘Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-National Study’. *Alcohol and Alcoholism* **41**, i3–i7 (2006).
66. Fillmore, K., Golding, J., Leino, V., Motoyoshi, M., Shoemaker, C., Terry, H., Ager, C. & Ferrer, H. *Patterns and trends in women’s and men’s drinking* in Wilsnack, R. & Wilsnack, S. *Gender and alcohol. Individual and social perspectives* 21–48 (Rutgers Center of Alcohol Studies, 1997).
67. Wilsnack, R., Vogeltanz, N., Wilsnack, S. & Harris, T. Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction* **95**, 251–65 (2000).
68. Mäkelä, P., Gmel, G., Grittner, U., Kuendig, H., Kuntsche, S., Bloomfield, K. & R, R. Drinking Patterns and Their Gender Differences in Europe. *Alcohol and Alcoholism* **41**, i8–i18 (2006).
69. Stöver, H. Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. *Suchttherapie* **8**, 89–94 (2007).
70. Holmila, M. & Raitasalo, K. Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction* **100**, 1763–1769 (2005).
71. Vollmer, H. & Domma, J. Geschlechtsspezifische Unterschiede bei alkoholabhängigen Patienten zu Beginn stationärer Behandlung. *Suchttherapie* **20**, 85–91 (2018).
72. Franke, P. Geschlechtsunterschiede in der genetischen Übertragung bei Suchterkrankungen - eine Übersicht basierend auf Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* **4**, 21–28 (2003).
73. Kagerer, P. & Vogelgesang, M. Geschlechtsspezifische Aspekte der Abhängigkeit. *PiD - Psychotherapie im Dialog* **4**, 155–160 (2003).

-
74. Höbelbarth, S., Seip, C. & Stöver, H. *Doing gender – Bedeutungen und Funktionen des Alkoholkonsums und des Rauschtrinkens bei der Inszenierung von Männlichkeiten und Weiblichkeiten* in Höbelbarth, S., Schneider, J. M. & Stöver, H. *Kontrollierter Kontrollverlust* 45–55 (Fachhochschulverlag, 2013).
 75. Vogt, I. *Geschlecht, Sucht und Suchtarbeit: Was heißt Geschlechtergerechtigkeit bei ungleichen Ausgangslagen?* in *Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen: 12. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen am 7. Dezember 2000 in Hannover* 31–47 (2001).
 76. Wetterling, T., Backhaus, J. & Junghanns, K. Sucht im Alter - Ein unterschätztes Problem in der klinischen Versorgung älterer Menschen? *Der Nervenarzt* **73**, 861–866 (2002).
 77. Niekrens, S. *Suchtmittel und Abhängigkeiten im Alter* in *Sucht im Alter* 40–61 (Centaurus Verlag & Media, 2012).
 78. Brooks, A. T., López, M. M., Ranucci, A., Krumlauf, M. & Wallen, G. R. A qualitative exploration of social support during treatment for severe alcohol use disorder and recovery. *Addictive Behaviors Reports* **6**, 76–82 (2017).
 79. Kufner, H. Definitionsvorschlag zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen von psychotropen Substanzen. *Sucht* **45**, 6–13 (1999).
 80. Mikkelsen, S. S., Tolstrup, J. S., Becker, U., Mortensen, E. L. & Flensburg-Madsen, T. Social network as predictor for onset of alcohol use disorder: A prospective cohort study. *Comprehensive Psychiatry* **61**, 57–63 (2015).
 81. Schreiter, S., Fritz, F. D., Rössler, W., Majić, T., Schouler-Ocak, M., Krausz, M. R., BERPohl, F. & Gutwinski, S. Wohnsituation von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen im akut-psychiatrischen Behandlungssetting in Berlin – eine querschnittliche Patientenbefragung. *Psychiatrische Praxis* **48**, 156–160 (2020).
 82. Soyka, M. & Schmidt, P. Outpatient alcoholism treatment – 24-month outcome and predictors of outcome. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* **4**, 15 (2009).
 83. Merline, A. C., O'Malley, P. M., Schulenberg, J. E., Bachman, J. G. & Johnston, L. D. Substance Use Among Adults 35 Years of Age: Prevalence, Adulthood Predictors, and Impact of Adolescent Substance Use. *American Journal of Public Health* **94**, 96–102 (2004).
 84. Cho, Y. I. & Crittenden, K. S. The Impact of Adult Roles on Drinking Among Women in the United States. *Substance Use & Misuse* **41**, 17–34 (2006).
 85. Paradis, C. Parenthood, drinking locations and heavy drinking. *Social Science & Medicine* **72**, 1258–1265 (2011).
 86. Månsdotter, A., Backhans, M. & Hallqvist, J. The relationship between a less gender-stereotypical parenthood and alcohol-related care and death: A registry study of Swedish mothers and fathers. *BMC Public Health* **8**, 312 (2008).

87. Zobel, M. *Kinder aus alkoholbelasteten Familien: Entwicklungsrisiken und Chancen* (Hogrefe Verlag, 2017).
88. Manhica, H., Lundin, A. & Danielsson, A.-K. Not in education, employment, or training (NEET) and risk of alcohol use disorder: a nationwide register-linkage study with 485 839 Swedish youths. *BMJ Open* **9**, e032888 (2019).
89. Vollmer, H. C. & Domma, J. Erwerbsstatus alkoholabhängiger Personen ein Jahr nach stationärer Behandlung. *SUCHT* **66**, 133–142 (2020).
90. Witkiewitz, K., Wilson, A. D., Pearson, M. R., Montes, K. S., Kirouac, M., Roos, C. R., Hallgren, K. A. & Maisto, S. A. Profiles of recovery from alcohol use disorder at three years following treatment: can the definition of recovery be extended to include high functioning heavy drinkers? *Addiction* **114**, 69–80 (2018).
91. Ellis, D. & McClure, J. In-Patient Treatment of Alcohol Problems — Predicting and Preventing Relapse. *Alcohol & Alcoholism* **27**, 449–456 (1992).
92. Boden, J. M., Lee, J. O., Horwood, L. J., Grest, C. V. & McLeod, G. F. Modelling possible causality in the associations between unemployment, cannabis use, and alcohol misuse. *Social Science & Medicine* **175**, 127–134 (2017).
93. Buchholz, A., Dams, J., Rosahl, A., Hempleman, J., König, H.-H., Konnopka, A., Kraus, L., Kriston, L., Piontek, D., Reimer, J., Röhrig, J., Scherbaum, N., Silkens, A. & Berner, M. Patient-Centered Placement Matching of Alcohol-Dependent Patients Based on a Standardized Intake Assessment: Primary Outcomes of an Exploratory Randomized Controlled Trial. *European Addiction Research* **26**, 109–121 (2020).
94. Ohtani, A., Suzuki, T., Takeuchi, H. & Uchida, H. Language Barriers and Access to Psychiatric Care: A Systematic Review. *Psychiatric Services* **66**, 798–805 (2015).
95. Strupf, M., de Matos, E. G., Soellner, R., Kraus, L. & Piontek, D. Trinkverhalten von Personen verschiedener Herkunftsregionen in Deutschland: Ein Vergleich mit Personen ohne Migrationshintergrund. *Suchttherapie* **18**, 90–97 (2016).
96. Heimerdinger, A. *Alkoholabhängige Täter: justizielle Praxis und Strafvollzug; Argumente zur Zurückstellung der Strafvollstreckung bei Therapieteilnahme* (Kriminologische Zentralstelle, 2006).
97. Martin, S. E. The Links Between Alcohol, Crime and the Criminal Justice System: Explanations, Evidence and Interventions. *American Journal on Addictions* **10**, 136–158 (2001).
98. Conner, K. R., Bridge, J. A., Davidson, D. J., Pilcher, C. & Brent, D. A. Metaanalysis of Mood and Substance Use Disorders in Proximal Risk for Suicide Deaths. *Suicide and Life-Threatening Behavior* **49**, 278–292 (2017).
99. Roerecke, M. & Rehm, J. Cause-specific mortality risk in alcohol use disorder treatment patients: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology* **43**, 906–919 (2014).

-
100. Ferri, M., Amato, L. & Davoli, M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2006).
 101. Kelly, J. F., Humphreys, K. & Ferri, M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2020).
 102. Humphreys, K., Blodgett, J. C. & Wagner, T. H. Estimating the Efficacy of Alcoholics Anonymous without Self-Selection Bias: An Instrumental Variables Re-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **38**, 2688–2694 (2014).
 103. Wetterling, T. *Alkoholentzugssyndrom* in Arolt, V. & Diefenbacher, A. *Psychiatrie in der klinischen Medizin* 323–335 (Dr. Dietrich Steinkopff Verlag, 2004).
 104. Lerner, W. D. & Fallon, H. J. The Alcohol Withdrawal Syndrome. *New England Journal of Medicine* **313**, 951–952 (1985).
 105. Shaw, G. K., Waller, S., Latham, C. J., Dunn, G. & Thomson, A. D. The detoxification experience of alcoholic in-patients and predictors of outcome. *Alcohol and Alcoholism* **33**, 291–303 (1998).
 106. Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Reich, T., Hesselbrock, V. M. & Bucholz, K. K. The histories of withdrawal convulsions and delirium tremens in 1648 alcohol dependent subjects. *Addiction* **90**, 1335–1347 (1995).
 107. Kraemer, K. L., Mayo-Smith, M. F. & Calkins, D. R. Independent Clinical Correlates of Severe Alcohol Withdrawal. *Substance Abuse* **24**, 197–209 (2003).
 108. Vernaleken, I. & Schneider, F. *Suchtkrankheiten Teil 1 – Suchtkrankheiten allgemein (F1) und legale Suchtmittel* in Schneider, F. *Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 271–305 (Springer-Verlag, 2015).
 109. Richman, L. S., Garcia, C., Bouchard, N., Muskin, P. R. & Dzierba, A. L. Evaluation of a Symptom-triggered Protocol for Alcohol Withdrawal for Use in the Emergency Department, General Medical Wards, and Intensive Care Unit. *Journal of Psychiatric Practice* **25**, 63–70 (2019).
 110. Goodson, C. M., Clark, B. J. & Douglas, I. S. Predictors of Severe Alcohol Withdrawal Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **38**, 2664–2677 (2014).
 111. Klein, M., Ferrari, T. & Kürschner, K. *Abschlussbericht zum Forschungsprojekt "Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern. Eine Situationsanalyse und mögliche Hilfen."* (Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, 2003).
 112. Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, J. & Sundquist, K. Transmission of alcohol use disorder across three generations: a Swedish National Study. *Psychological Medicine* **48**, 33–42 (2017).
 113. Verhulst, B., Neale, M. C. & Kendler, K. S. The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Medicine* **45**, 1061–1072 (2014).

114. Seitz, H., Lesch, O., Spanagel, R., Beutel, M. & Redecker, T. *Alkoholabhängigkeit, Suchtmedizinische Reihe Band 1* 9. Aufl. (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2020).
115. Rossow, I., Felix, L., Keating, P. & McCambridge, J. Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies. *Drug and Alcohol Review* **35**, 397–405 (2015).
116. Klimas, J., Fairgrieve, C., Tobin, H., Field, C.-A., O’Gorman, C. S., Glynn, L. G., Keenan, E., Saunders, J., Bury, G., Dunne, C. & Cullen, W. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **2018** (2018).
117. Colpaert, K., Vanderplasschen, W., Hal, G. V., Broekaert, E. & Schuyten, G. Dual Substance Abusers Seeking Treatment: Demographic, Substance-Related, and Treatment Utilization Characteristics. *Journal of Drug Issues* **38**, 559–583 (2008).
118. Staiger, P. K., Richardson, B., Long, C. M., Carr, V. & Marlatt, G. A. Overlooked and underestimated? Problematic alcohol use in clients recovering from drug dependence. *Addiction* **108**, 1188–1193 (2012).
119. Stinson, F. S., Grant, B. F., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Huang, B. & Saha, T. Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence* **80**, 105–116 (2005).
120. Corrao, G. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine* **38**, 613–619 (2004).
121. Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L. G., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., Parry, C. D., Patra, J., Popova, S., Poznyak, V., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V. & Taylor, B. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction* **105**, 817–843 (2010).
122. Praud, D., Rota, M., Rehm, J., Shield, K., Zatoński, W., Hashibe, M., Vecchia, C. L. & Boffetta, P. Cancer incidence and mortality attributable to alcohol consumption. *International Journal of Cancer* **138**, 1380–1387 (2015).
123. Julian, T., Glasgow, N., Syeed, R. & Zis, P. Alcohol-related peripheral neuropathy: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Neurology* **266**, 2907–2919 (2018).
124. Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., Barnes, T., Bench, C., Middleton, H., Wright, N., Paterson, S., Shanahan, W., Seivewright, N. & Ford, C. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry* **183**, 304–313 (2003).

-
125. Preuss, U. W., Gouzoulis-Mayfrank, E., Havemann-Reinecke, U., Schäfer, I., Beutel, M., Hoch, E. & Mann, K. F. Psychiatric comorbidity in alcohol use disorders: results from the German S3 guidelines. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* **268**, 219–229 (2017).
 126. Goodman, W. K. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Archives of General Psychiatry* **46**, 1012 (1989).
 127. Kok, B. & Abraldes, J. Child–Pugh Classification: Time to Abandon? *Seminars in Liver Disease* **39**, 096–103 (2019).
 128. Pugh, R. N. H., Murray-Lyon, I. M., Dawson, J. L., Pietroni, M. C. & Williams, R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. *British Journal of Surgery* **60**, 646–649 (1973).
 129. Schmidt, L. G. *Wertigkeit von CD-Transferrin in der Rückfalldiagnostik* in Soyka, M. *Klinische Alkoholismusdiagnostik* 137–144 (Steinkopff Verlag, 1999).
 130. Lesch, O.-M., Walter, H., König, D. & Vyssoki, B. *Das Erkennen von Alkohol- und Tabakabhängigkeit in Alkohol und Tabak* 173–187 (Springer Berlin Heidelberg, 2020).
 131. Sant’Anna, W. T., Mitsuhiro, S. S., Figlie, N. B., Diehl, A., Pillon, S. C. & Laranjeira, R. Relapse in involuntary substance treatment: a transversal study. *Revista Colombiana de psiquiatria (English ed.)* **49**, 255–261 (2020).
 132. Kühnapfel, B. & Schepker, R. Katamnestische Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* **55**, 767–782 (2006).
 133. Steinert, T. & Schmid, P. Effect of Voluntariness of Participation in Treatment on Short-Term Outcome of Inpatients With Schizophrenia. *Psychiatric Services* **55**, 786–791 (2004).
 134. Kallert, T. W., Glöckner, M. & Schützwohl, M. Involuntary vs. voluntary hospital admission. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* **258**, 195–209 (2008).
 135. Chartier, K. G. & Caetano, R. Trends in Alcohol Services Utilization from 1991–1992 to 2001–2002: Ethnic Group Differences in the U.S. Population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **35**, 1485–1497 (2011).
 136. Gilbert, P. A., Pro, G., Zemore, S. E., Mulia, N. & Brown, G. Gender Differences in Use of Alcohol Treatment Services and Reasons for Nonuse in a National Sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **43**, 722–731 (2019).
 137. Zemore, S. E., Murphy, R. D., Mulia, N., Gilbert, P. A., Martinez, P., Bond, J. & Polcin, D. L. A Moderating Role for Gender in Racial/Ethnic Disparities in Alcohol Services Utilization: Results from the 2000 to 2010 National Alcohol Surveys. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **38**, 2286–2296 (2014).

138. Alvanzo, A. A., Storr, C. L., Mojtabai, R., Green, K. M., Pacek, L. R., Flair, L. N. L., Cullen, B. A. & Crum, R. M. Gender and race/ethnicity differences for initiation of alcohol-related service use among persons with alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence* **140**, 48–55 (2014).
139. Metz, V. & Fischer, G. *Sex and gender in addiction research and therapy* in Klinge, I. & Wiesemann, C. *Sex and Gender in Biomedicine* 101–123 (Universitätsverlag Göttingen, 2010).
140. Tuchman, E. Women and Addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research. *Journal of Addictive Diseases* **29**, 127–138 (2010).
141. Funke, W. & Scheller, R. Differentielle Indikation und Sucht: Einflüsse des Geschlechts auf die Alkoholentwöhnungsbehandlung. *Abhängigkeiten* **10**, 63–77 (2004).
142. Gordon, S. M. *Women & Addiction: Gender Issues in Abuse and Treatment* (Caron Foundation, 2002).
143. Beckman, L. Treatment Needs for Women With Alcohol Problems. *Alcohol Health & Research World* **18**, 206–211 (1994).
144. Neale, J., Tompkins, C. N. E., Marshall, A. D., Treloar, C. & Strang, J. Do women with complex alcohol and other drug use histories want women-only residential treatment? *Addiction* **113**, 989–997 (2018).
145. Jarvis, T. J. Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *British Journal of Addiction* **87**, 1249–1261 (1992).
146. Ait-Daoud, N., Blevins, D., Khanna, S., Sharma, S., Holstege, C. P. & Amin, P. Women and Addiction: An Update. *Medical Clinics of North America* **103**, 699–711 (2019).
147. Parkman, T., Neale, J., Day, E. & Drummond, C. How Do People Who Frequently Attend Emergency Departments for Alcohol-Related Reasons Use, View, and Experience Specialist Addiction Services? *Substance Use & Misuse* **52**, 1460–1468 (2017).
148. Blanco, C., Iza, M., Rodríguez-Fernández, J. M., Baca-García, E., Wang, S. & Olfson, M. Probability and predictors of treatment-seeking for substance use disorders in the U.S. *Drug and Alcohol Dependence* **149**, 136–144 (2015).
149. Johnson, K., Rigg, K. K. & Eyles, C. H. Receiving addiction treatment in the US: Do patient demographics, drug of choice, or substance use disorder severity matter? *International Journal of Drug Policy* **75**, 102583 (2020).
150. Cohen, E., Feinn, R., Arias, A. & Kranzler, H. R. Alcohol treatment utilization: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence* **86**, 214–221 (2007).
151. Ilgen, M. A., Price, A. M., Burnett-Zeigler, I., Perron, B., Islam, K., Bohnert, A. S. & Zivin, K. Longitudinal predictors of addictions treatment utilization in treatment-naïve adults with alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence* **113**, 215–221 (2011).

-
152. Wu, L.-T. Alcohol Dependence and Use of Treatment Services Among Women in the Community. *American Journal of Psychiatry* **161**, 1790–1797 (2004).
 153. Grella, C., Karno, M., Warda, U., Moore, A. & Niv, N. Perceptions of Need and Help Received for Substance Dependence in a National Probability Survey. *Psychiatric Services* **60**, 1068–1074 (2009).
 154. Fleischmann, H. Wiederaufnahmen nach Akut- und Entwöhnungstherapie: Stationäre Behandlung drei Jahre vor und nach der Indexbehandlung. *Suchttherapie* **18**, 150–158 (2017).
 155. Booth, B. M., Yates, W. R., Petty, F. & Brown, K. Patient factors predicting early alcohol-related readmissions for alcoholics: role of alcoholism severity and psychiatric co-morbidity. *Journal of Studies on Alcohol* **52**, 37–43 (1991).
 156. Reker, T., Richter, D., Bätz, B., Luedtke, U., Koritsch, H. & Reymann, G. Kurzfristige Effekte der stationären Akutbehandlung alkoholabhängiger Patienten. *Der Nervenarzt* **75** (2004).
 157. Sayre, S. L., Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Averill, P. M., Rhoades, H. M. & Grabowski, J. J. Determining predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* **28**, 55–72 (2002).
 158. Arfken, C. L., Klein, C., di Menza, S. & Schuster, C. R. Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment* **20**, 53–57 (2001).
 159. Uhl, A. *Die Anstalt und ihre Patienten unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede* in Springer, A., Feselmayer, S., Burian, W., Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S. & Marx, R. *Suchtkrankheit: Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger - Festschrift für Rudolf Mader zum 60. Geburtstag* 97–134 (Springer-Verlag, 1994).
 160. Sonntag, D. & Künzel, J. Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *SUCHT* **46**, 92–176 (2000).
 161. Wodarz, N., Binder, H., Johann, M. & Spieß, H. Verkürzung der akutstationären Verweildauer alkoholabhängiger Patienten und Anstieg der Wiederaufnahmerate - eine empirische Analyse der Zusammenhänge. *Psychiatrische Praxis* **34**, 55–56 (2007).
 162. Dübgen, R., Andreas-Siller, P., Siller, G. & Ziethen, M. Mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke: Reduktion stationärer Aufenthalte in der Psychiatrie durch eine ambulante Betreuung. *SUCHT* **48**, 124–129 (2002).
 163. Mahlke, C., Schulz, G., Sielaff, G., Nixdorf, R. & Bock, T. Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* **62**, 214–221 (2019).

164. Gühne, U., Richter, D., Breilmann, J., Täumer, E., Falkai, P., Kilian, R., Allgöwer, A., Ajayi, K., Baumgärtner, J., Brieger, P., Frasch, K., Heres, S., Jäger, M., Küthmann, A., Putzhammer, A., Schneeweiß, B., Schwarz, M., Becker, T., Kösters, M. & Riedel-Heller, S. G. Genesungsbegleitung: Inanspruchnahme und Nutzenbewertung aus Betroffenenperspektive – Ergebnisse einer Beobachtungsstudie. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* **71**, 499–507 (2021).

Danksagung

Die vorliegende Arbeit entstand in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen am LVR Klinikum Düsseldorf/Klinik der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf.

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. med. P. Franke für die Möglichkeit der Mitarbeit in ihrer Abteilung zur Erstellung der Dissertation, der Überlassung des Dissertationsthemas sowie ihre fortwährende Unterstützung und hilfreichen Anregungen, die bedeutend zum Abschluss dieser Arbeit beigetragen haben.

Herzlich bedanken möchte ich mich auch bei Frau Dr. M. Jänner für ihre Unterstützung bei der Durchführung der statistischen Auswertungen.

Allen nicht namentlich erwähnten Mitarbeitern des LVR-Klinikums Düsseldorf, die zum Arbeitsprozess beigetragen haben, gebührt ebenfalls Dank.

Meiner Familie, meinen Freunden und Bekannten, insbesondere Carina Reidick, Carson McKinstry und Anke Schmidt danke ich für ihre vielfältige Hilfsbereitschaft.

Weiterhin bedanke ich mich bei meinen Eltern, die mir diesen akademischen Werdegang ermöglichten, für ihre Unterstützung in jeder Lebenslage.

Ein besonderes Dankeschön an meine Schwester Jana Boeddicker und meinen Freund Dr. Robert Schmidt, ohne deren umfangreiche konstruktiven Vorschläge und Denkanstöße, Ermutigungen und Geduld die Arbeit in dieser Form nicht möglich gewesen wäre.