

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

**Der Einfluss einer „Offene-Türe-Politik“ auf den Therapieerfolg bei  
Abhängigkeitserkrankungen – Effekte der Öffnung einer  
Therapiestation**

Retrospektive Begleitforschung zur Öffnung der Station 13A im LVR-Klinikum  
Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

**Dissertation**

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

vorgelegt von

Andreea-Catalina Giannakis (geb. Lungu-Strugaru)

2025

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

*„Das Leben wird vorwärts gelebt und rückwärts verstanden.“*

*(Søren Aabye Kierkegaard)*

In dieser wissenschaftlichen Arbeit wird das generische Maskulinum verwendet. Dadurch sollen eine bessere Lesbarkeit und ein besseres Textverständnis gewahrt bleiben. Sämtliche Formulierungen gelten gleichermaßen für alle Personen.

Teile dieser Arbeit wurden am 16. Juni 2021 im Rahmen des Ausbildungsprogramms der Medical Research School Düsseldorf (Symposium der medRSD) präsentiert.

## Zusammenfassung

Förderung der Patienten-Autonomie, Reduktion von Zwangsmaßnahmen und Verzicht auf Unterbringung in geschlossenen Stationen stellen ein wichtiges Ziel in der psychiatrischen Akutversorgung dar und sind Gegenstand von Diskussionen zur psychiatrischen Versorgung.

Die meisten der bisherigen Studien widmeten sich der Öffnung von geschlossenen Stationen in der Allgemeinpsychiatrie. Basierend auf den bereits vorhandenen Ergebnissen kann von einer Zunahme des Therapieerfolgs ausgegangen werden. Eine Übertragung in den suchtmedizinischen Bereich gestaltet sich jedoch schwierig. Während der stationäre qualifizierte Entzug von Alkohol und Medikamenten in der Regel auf einer offen geführten psychiatrischen Station durchgeführt wird, wird der stationäre qualifizierter Entzug von illegalen Drogen (vorrangig Opioide) oftmals (so auch am LVR-Klinikum Düsseldorf) auf geschlossenen psychiatrischen Stationen realisiert.

Die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Abhängigkeit von illegalen Suchtmitteln ist daher ein bisher nur wenig untersuchter Bereich im Kontext der aktuellen Entwicklungen hin zu einer offen geführten Psychiatrie. Die Besonderheit dieser Arbeit besteht darin, dass sie sich nicht nur auf eine „offene-Türe-Politik“ in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen von illegalen Drogen konzentriert, sondern indirekt auch auf die qualifizierte Entzugsbehandlung als besonderes Angebot einer Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen.

Das Hauptziel der Arbeit war es, retrospektiv zu untersuchen, ob die Umstellung des Konzepts einer geschlossen geführten Station zum qualifizierten Entzug von illegalen Substanzen zu einer Veränderung des Behandlungserfolgs führt. Inwieweit der Behandlungserfolg einer qualifizierten Entzugsbehandlung (Erhöhung der Haltekraft durch reguläre Beendigung mit ärztlichem Einverständnis) durch ein offenes Setting beeinflusst wird, wurde bisher nicht untersucht. Ebenfalls wurden in der vorgelegten Arbeit mögliche Einflussfaktoren auf das Abschließen der Therapie untersucht.

Nach der Öffnung der Station am LVR-Klinikum Düsseldorf konnte eine Zunahme regulär beendeter Therapien nicht nachgewiesen werden. Es war aber ein Rückgang der Entlassungen gegen ärztlichen Rat zu erkennen gewesen. Zudem haben sich Faktoren wie die Wohnsituation oder Suizidalität bei Aufnahme als potenzielle Einflussfaktoren herauskristallisiert.

## Summary

Promoting patient autonomy, reducing coercive measures and avoiding commitment in locked wards is an important goal in acute psychiatric care and is the subject of discussions in psychiatry.

Most of the previous studies have been devoted to the opening of locked wards in general psychiatric departments. Based on the results already available, an increase in treatment success can be assumed.

However, a transfer to the field of addiction medicine is difficult. While qualified withdrawal from alcohol and medication is usually realized in an open psychiatric ward, qualified withdrawal from illegal drugs (primarily opioids) is often realized in protected (locked) psychiatric wards (also at LVR-Clinic Düsseldorf, a psychiatric-psychosomatic-psychotherapeutic specialist clinic and a university hospital).

Qualified withdrawal treatment of addiction to illegal narcotics is therefore an area that has so far been little researched in the context of current developments towards an open psychiatry.

The particularity of this study is that it not only focuses on the “Open-Door-Policy” in the treatment of addiction, but also indirectly on a qualified withdrawal treatment as a special treatment offered in an addiction department.

The main objective of the study was to retrospectively investigate whether the switch towards an open-door policy for the qualified withdrawal of illegal substances leads to a change in treatment success. To which extent the therapy success of a qualified withdrawal treatment (increase of the holding power through regular termination with doctor's consent) is influenced by an open setting has not been yet investigated. Possible influential factors contributing to the termination of the therapy were also examined in this study.

After the opening of the ward, an increase of regularly completed therapies could not be detected. However, there had been a decrease in the number of dismissals against medical advice. Besides, factors such as the housing situation or suicidality at admission have merged as potential influencing factors.

## Abkürzungsverzeichnis

<b>BeWo</b>	betreutes Wohnen
<b>BGB</b>	bürgerliches Gesetzbuch
<b>df</b>	Freiheitsgrad (Englisch: „ <i>degrees of freedom</i> “)
<b>DGPPN</b>	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
<b>g.ä.R.</b>	gegen ärztlichen Rat
<b>GABA</b>	Gamma-Aminobuttersäure
<b>IBB</b>	intensiv betreuter Bereich
<b>ICD</b>	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
<b>KH</b>	Krankenhaus
<b>KIS</b>	Krankenhausinformationssystem
<b>LVR</b>	Landschaftsverband Rheinland
<b>MDMA</b>	Methylendioxymethylamphetamin
<b>NSAR</b>	nicht steroidale Antirheumatika
<b>o.f.W.</b>	ohne festen Wohnsitz
<b>PsychKG</b>	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
<b>SB</b>	Stationsbereich
<b>Som.</b>	Somatik
<b>VEGT</b>	vorzeitige Entlassung gemäß Teamkonsens
<b>Verleg.</b>	Verlegung
<b>Z 1</b>	Zentrum 1
<b>Z 2</b>	Zentrum 2

## **Diagnosen nach ICD-10**

- F10.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: akute Intoxikation
- F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
- F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom
- F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide:  
Abhängigkeitssyndrom
- F13.2. Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika:  
Abhängigkeitssyndrom
- F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom
- F15.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulantien, einschließlich  
Koffein
- F20.0 Paranoide Schizophrenie
- F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
- F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode

# Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG.....	I
SUMMARY .....	II
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	III
DIAGNOSEN NACH ICD-10.....	IV
INHALTSVERZEICHNIS .....	V
<b>1 EINLEITUNG.....</b>	<b>1</b>
1.1 HINTERGRUND DER ARBEIT.....	1
1.1.1 <i>Epidemiologische Daten zum Konsum illegaler Drogen in Deutschland</i> .....	1
1.1.2 <i>Konzepte der Suchtentstehung</i> .....	2
1.1.2.1 Neurobiologische Konzepte .....	2
1.1.2.2 Genetische Faktoren .....	3
1.1.2.3 Psychosoziale Faktoren .....	3
1.1.3 <i>Diagnostik der Abhängigkeit von illegalen Drogen</i> .....	4
1.1.4 <i>Der Entzug von illegalen Drogen und die Therapie des Entzugssyndroms</i> .....	4
1.1.5 <i>Der Entzug von Opioiden</i> .....	5
1.1.6 <i>Behandlungsformen bei der Abhängigkeit von illegalen Drogen</i> .....	6
1.1.6.1 Die klassische Entgiftungsbehandlung.....	6
1.1.6.2 Die qualifizierte Entzugsbehandlung .....	7
1.1.7 <i>Das Konzept der „offenen-Türe“ von der Verwahr-Psychiatrie zur Patientenautonomie: Einblick in die Geschichte der psychiatrischen Behandlung</i> .....	10
1.1.8 <i>Das Konzept der „offenen-Türe“: die aktuelle Studienlage in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen</i> .....	11
1.2 ZIELE DER ARBEIT .....	13
1.2.1 „Offene-Türe“ Politik in der Entzugsbehandlung von illegalen Drogen .....	13
1.2.2 Fragestellung der Arbeit .....	14
<b>2 MATERIAL UND METHODEN.....</b>	<b>16</b>
2.1 SICHERUNGSGRAD DER STATION .....	16
2.2 DEFINITION DES BEOBSAHTUNGSEITRAUMS .....	17
2.3 DEFINITION DER VARIABLEN.....	17
2.4 DATENERHEBUNG UND ANALYSE.....	20
<b>3 ERGEBNISSE.....</b>	<b>22</b>
3.1 MODIFIKATION DER REGULÄREN ENTLASSUNGEN .....	22
3.2 ANALYSE DER NICHT-REGULÄREN ENTLASSUNGEN .....	24
3.3 DER EINFLUSS DER ÖFFNUNG DER STATION IN BEZUG AUF DIE ENTLASSUNGSMODALITÄT IN VERSCHIEDENEN SUBGRUPPEN.....	26
3.3.1 <i>Regressionsanalyse</i> .....	26
3.3.2 <i>Wohnsituation und Entlassungsart</i> .....	27

3.3.3	<i>Aufnahmemodalität und Entlassungsart</i> .....	29
3.3.4	<i>Migrationshintergrund und Entlassungsart</i> .....	31
3.3.5	<i>Deutschkenntnisse und Entlassungsart</i> .....	32
3.3.6	<i>Gesetzliche Betreuung und Entlassungsart</i> .....	33
3.3.7	<i>Rechtsstatus bei Aufnahme und Entlassungsart</i> .....	35
3.3.8	<i>Faktor Suizidalität/Suizidversuch und Entlassungsart</i> .....	36
3.3.9	<i>Krampfanfall-Anamnese und Entlassungsart</i> .....	37
3.3.10	<i>Delir-Anamnese und Entlassungsart</i> .....	39
3.3.11	<i>Diagnose und Entlassungsart</i> .....	40
3.3.12	<i>Substitution und Entlassungsart</i> .....	41
<b>4</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>42</b>
4.1	MODIFIKATION DER REGULÄREN ENTLASSUNGEN .....	42
4.2	ENTWICKLUNG DER NICHT REGULÄREN ENTLASSUNGEN .....	43
4.3	FAKTOREN MIT POTENZIELLEM EINFLUSS AUF DIE ENTLASSUNGSMODALITÄT .....	43
4.3.1	<i>Wohnsituation</i> .....	44
4.3.2	<i>Migrationshintergrund</i> .....	45
4.3.3	<i>Deutschkenntnisse</i> .....	45
4.3.4	<i>Aufnahmemodalität und Aufnahmestatus</i> .....	46
4.3.5	<i>Gesetzliche Betreuungssituation</i> .....	46
4.3.6	<i>Suizidalität</i> .....	47
4.3.7	<i>Somatische Risikofaktoren</i> .....	47
4.3.8	<i>Diagnose</i> .....	48
4.4	BEHANDLUNGSSTRATEGIEN MIT BLICK AUF BISHERIGEN FORSCHUNGSERGEBNISSEN.....	48
4.5	EINSCHRÄNKUNGEN DER AKTUELLEN STUDIE.....	51
<b>5</b>	<b>VERZEICHNISSE</b> .....	<b>53</b>
5.1	LITERATURVERZEICHNIS .....	53
5.2	TABELLENVERZEICHNIS.....	58
5.4	ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....	60
5.5	ANHANGSVERZEICHNIS .....	61
<b>6</b>	<b>ANHANG</b> .....	<b>62</b>
<b>7</b>	<b>ERRATUM</b> .....	<b>69</b>
<b>DANKSAGUNG</b> .....		

# 1 Einleitung

## 1.1 Hintergrund der Arbeit

### 1.1.1 Epidemiologische Daten zum Konsum illegaler Drogen in Deutschland

Die Häufigkeit der behandlungsbedürftigen Störungen durch Substanzkonsum stützt die Notwendigkeit weiterer Forschung in dem Bereich. Im Jahr 2017 gab es in Deutschland 56.223 Betten für Erwachsene in psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern (1). 35% der Krankheitsbilder mit stationärem Behandlungsbedarf waren Störungen durch psychotrope Substanzen (1). In Deutschland haben ca. 481.000 Jugendliche (Altersgruppe 12 bis 17) und 15,2 Mio. Erwachsene (Altersgruppe 18 bis 64) mindestens einmal im Leben eine illegale Droge konsumiert (2). Den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 zufolge war bei Erwachsenen Cannabis die am meisten konsumierte illegale Substanz, gefolgt von Kokain. Eine Übersicht über den Konsum illegaler Drogen in Deutschland gibt die *Tabelle 1* (3).

	Männer		Frauen		Gesamt		Hochrechnung
	n	%	n	%	n	%	N
<b>Cannabis</b>	523	10,7	477	6,8	1004	8,8	4,5 Mio.
<b>Kokain</b>	90	2,1	60	1,1	150	1,6	818.000
<b>Heroin/andere Opiate</b>	27	0,6	18	0,5	45	0,5	256.000
<b>Amphetamin</b>	71	1,5	62	1,3	133	1,4	716.000
<b>Methamphetamin</b>	8	0,2	4	0,2	12	0,2	102.000
<b>Ecstasy</b>	77	1,4	45	0,7	122	1,0	511.000
<b>LSD</b>	52	0,8	25	0,4	77	0,6	307.000
<b>Halluzinogene Pilze</b>	42	0,7	17	0,4	59	0,5	256.000
<b>Neue psychoaktive Substanzen</b>	56	1,5	66	1,2	122	1,3	665.000

*Tabelle 1: 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen* (nach "Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland, Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021"): Gesamt = Männer, Frauen und divers; n = ungewichtete Anzahl; % = gewichtete Prävalenz; N = Hochrechnung, Mittelwert basierend auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung (51.139.451; Stichtag 31.12.2020, Statistisches Bundesamt) (3))

Deutschland bietet ein breites Spektrum an Behandlungsangeboten und Präventionsmaßnahmen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen und der Konsumprävention. Trotzdem ist seit 2017 eine Zunahme der durch Drogenkonsum verursachten Todesfälle zu beobachten, so das Bundeskriminalamt. Die häufigste

Todesursache war im Jahr 2020 der Konsum von Opioiden/Opiaten (4). Dieses macht erneut deutlich, wie wichtig eine zielgerichtete, angepasste Therapie in diesem Bereich ist.

### 1.1.2 Konzepte der Suchtentstehung

In der Entstehung einer Substanzabhängigkeit spricht man über eine multifaktorielle Genese.

#### 1.1.2.1 Neurobiologische Konzepte

##### Das endogene Belohnungssystem

Das endogene Belohnungssystem oder das mesolimbische dopaminerge Belohnungssystem spielt eine essentielle Rolle in der Entstehung von Suchtkrankheiten. Es handelt sich um ein neuronales Netzwerk, das für die Lernprozesse Reiz-Reaktion verantwortlich ist (siehe Abb. 1). Dopamin ist dabei der wichtigste Botenstoff. Das Belohnungszentrum beinhaltet nicht nur dopaminerge Neuronen, sondern unterschiedliche Neurotransmittersysteme wie zum Beispiel opioiderge, glutamaterge, GABAerge oder noradrenerge Systeme. Die Substanzen mit Abhängigkeitspotential haben eine Wirkung auf das Belohnungssystem. Deren spezifischen Wirkung erklärt sich durch die komplexen Prozesse in verschiedenen Transmittersystemen (5-7).



Abb. 1: Das physiologische dopaminerge Belohnungssystem (links) vs. das pathologische Belohnungssystem bei Abhängigkeit (rechts) - Reiz-Reaktion-Muster (Ein bestimmter Reiz verursacht Dopaminausschüttung im Belohnungssystem, dieses führt zu der Motivation oder dem Wunsch bestimmte Handlungen auszuführen. Die Handlung wird ausgeführt und das führt weiter zu einem positiven Gefühl bzw. zur Belohnung. Die wiederholte Handlungsausführung führt zu Veränderungen in den neuronalen Prozessen und somit zu einer Verknüpfung von Reiz und Reaktion, die im Gehirn verankert bleibt (Lernprozess); im Rahmen einer Abhängigkeit führt ein Sucht-assoziierter Reiz zu einer erhöhten Dopamin-Ausschüttung, die zum Verlangen nach Konsum führt und anschließend zum Konsum. Das Belohnungsgefühl entsteht trotz negativer Folgen) (5, 7, 8).

Eine rezente Studie von Jovanoski et al. aus dem Jahr 2023 widmete sich der Frage, warum das Suchtverhalten trotz negativer Folgen fortgesetzt wird. In experimentellen Versuchen auf *Drosophila* konnten spezifische dopaminerige Neuronen identifiziert werden. Die Aktivierung von belohnenden Neuronen führt zu einer Beeinträchtigung von aversiven Neuronen und somit zu einer dauerhaften Suche nach Belohnung und Vernachlässigung potenzieller Ressourcen trotz negativer Folgen (9).

### 1.1.2.2 Genetische Faktoren

Mittlerweile ist es bekannt, dass genetische Faktoren in der Entstehung einer Substanzabhängigkeit eine Rolle spielen. Am besten untersucht ist die Abhängigkeit von Alkohol. Höhere Prävalenzraten für eine Alkoholabhängigkeit konnten in Studien bei homo- und heterozygoten Zwillingen festgestellt werden. Zudem konnte bei der Abhängigkeit von Alkohol ein Einfluss bestimmter *Genloci* identifiziert werden. Diese betreffen sowohl die Metabolisierung des Alkohols als auch das Risikoverhalten und den Belohnungseffekt wie zum Beispiel A1-Allel des D<sub>2</sub>-Rezeptor-Locus sowie der GABA- und Opioidrezeptor (5, 10, 11).

### 1.1.2.3 Psychosoziale Faktoren

Der Konsum psychotroper Substanzen wird von multiplen sozialen Faktoren beeinflusst. Hierzu zählt die Verfügbarkeit der Droge, die Applikationsform, die Akzeptanz der Substanz in der Gesellschaft, die gesetzlichen Vorgaben und die Kosten (5, 6).

Psychologische Faktoren in Form von Lern- und Konditionierungsprozessen spielen eine wichtige Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung. In der klassischen Konditionierung bekommt ein an sich neutraler Reiz eine besondere Bedeutung und ruft eine bestimmte Reaktion hervor (z. B. das Sehen einer Spritze beim Arzt oder eine einfache Blutabnahme erinnert an den intravenösen Drogenkonsum und führt somit zu *Craving*). Das Belohnungssystem spielt hier eine bedeutsame Rolle (siehe Kapitel 1.1.2.1). Die operanten Konditionierungsmodelle, die bei der Abhängigkeit eine Rolle spielen sind die positive und die negative Verstärkung. Durch die von Drogen ausgelösten positiven Gefühle oder positiven Ereignisse (z. B. Anerkennung im Freundeskreis oder gesteigerte Leistungsfähigkeit) kommt es zu einer Verstärkung des Konsums (positive Verstärkung). Wenn aber negative Ereignisse vermieden werden oder bestimmte körperliche oder seelische Symptome unterdrückt bzw. gelindert werden, spricht man über eine negative Verstärkung. In beiden Situationen kommt es zu einer Frequenzsteigerung des Konsums (5, 12).

### 1.1.3 Diagnostik der Abhängigkeit von illegalen Drogen

Die aktuelle Studie beruht auf den Diagnosekriterien des ICD-10 Katalogs, die zum Zeitpunkt der Datenerfassung gültig war. Zu erwahnens ist, dass eine Veränderung der diagnostischen Kriterien die neue Version der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-11) bringt, die am 01.01.2022 in Kraft getreten ist. Für eine Übergangsphase von finf Jahren sind beide Versionen verwendbar, aber ICD-11 im aktuellen psychiatrischen Alltag noch keine Rolle spielt. Deshalb und da die Datenerhebung vor 2022 stattfand, wird im Folgenden nur auf die ICD-10 Bezug genommen. Nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V (F)) liegt eine Abhängigkeit von psychotropen Substanzen vor, „*wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren*“ (13):

- Starker Wunsch psychotrope Substanzen zu konsumieren
- Kontrollverlust bezüglich Beginns, Beendigung und Menge des Konsums
- Körperliche Entzugssymptome bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
- Toleranzentwicklung
- Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen zugunsten des Konsums
- Fortführung des Konsums trotz schädlicher Folgen (körperliche/psychische Folgen) (13).

### 1.1.4 Der Entzug von illegalen Drogen und die Therapie des Entzugssyndroms

Die Klinik des Entzugs von illegalen Drogen variiert stark und ist von den Charakteristika der jeweiligen Substanz beeinflusst. Opioide haben von allen psychotropen Substanzen das höchste Abhängigkeitspotenzial und weisen eine sehr hohe physische und psychische Abhängigkeit auf (10). Aufgrund der Besonderheiten des Opiatentzugs wird dieses Krankheitsbild in dem folgenden Unterkapitel gesondert dargestellt.

Die Entzugssymptomatik ist bei den anderen illegalen Drogen sehr variabel und teilweise durch ein unspezifisches Beschwerdebild charakterisiert. Die Unterschiede lassen sich zum Teil durch das Abhängigkeitspotenzial der jeweiligen Substanz erklären. Kokain, zum Beispiel, weist eine starke psychische Abhängigkeit auf, jedoch kaum physische Abhängigkeit. Cannabinoide und Stimulanzien führen zu einer überwiegend psychischen

Abhängigkeit (6, 10). In der *Tabelle 2* sind die am häufigsten aufgetretenen Entzugssymptome dargestellt.

Substanz	Entzugssymptome
<b>Kokain</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressive Symptome bis hin zu Suizidalität</li> <li>• Dysphorie</li> <li>• Erschöpfung</li> <li>• Alpträume, Schlaflosigkeit / Hypersomnie</li> <li>• Appetitsteigerung</li> <li>• Psychomotorische Unruhe / Verlangsamung</li> <li>• Selten vegetative Entzugssymptome</li> </ul>
<b>Cannabis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychomotorische Unruhe</li> <li>• Alpträume, Schlafstörungen</li> <li>• Depressive Symptome / Angstzustände</li> <li>• Appetitlosigkeit</li> <li>• Vegetative Symptome (selten): Tremor, Diarröh, Nausea, Emesis</li> </ul>
<b>Amphetamine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alpträume, Schlaflosigkeit / Hypersomnie</li> <li>• Appetitsteigerung</li> <li>• Psychomotorische Unruhe / Verlangsamung</li> <li>• Selten vegetative Entzugssymptome</li> </ul>
<b>Methamphetamine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alpträume, Schlaflosigkeit / Hypersomnie</li> <li>• Appetitsteigerung</li> <li>• Psychomotorische Unruhe / Verlangsamung</li> <li>• Selten vegetative Entzugssymptome</li> </ul>
<b>MDMA (Methylendioximethylamphetamin)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erschöpfung</li> <li>• Schlafstörungen</li> <li>• Konzentrationsstörungen</li> <li>• depressive Symptome / Angstzustände</li> </ul>
<b>Neue psychoaktive Substanzen (Designer-Drogen)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• depressive Verstimmung, Antriebslosigkeit</li> <li>• Erschöpfung</li> <li>• Schlafstörungen</li> <li>• Konzentrationsstörungen</li> </ul>

*Tabelle 2: Der Entzug von illegalen Drogen: Symptome (5, 6, 10, 14)*

### 1.1.5 Der Entzug von Opioiden

Opiode sind definiert als synthetisch hergestellte Substanzen, die eine Wirkung ähnlich Morphin haben (zum Beispiel Heroin, Methadon). Opiate sind natürliche Substanzen, die aus dem Milchsaft des Schlafmohns gewonnen sind (Morphin, Codein) (15). *Opioid* wird gleichwohl als Oberbegriff, also auch für Opiate, verwendet. Die Opioidabhängigkeit ist weltweit eine der häufigsten substanzbezogenen Störungen. Die Gesamtschätzung der Opioidabhängigen lag 2019 in Deutschland bei 166.294 Personen (15). Circa 65% der in der Studie eingeschlossenen Fälle hatten als Diagnose eine Opioidabhängigkeit.

Die Entzugssymptome treten ca. 4-12 Std. bis max. zwei-vier Tage nach der letzten Einnahme auf. Die höchste Ausprägung wird nach ca. 48 Std. erreicht. Die Symptome umfassen Mydriasis, Hyperhidrosis, Schüttelfrost, Gähnen, Tränenfluss, Rhinorrhö, Myalgien oder Muskelkrämpfe, Nausea, Emesis, Diarrhö, erhöhte Körpertemperatur, Piloerektion, Tachykardie, Hypertonie, Schlafstörungen, psychomotorische Unruhe, Dysphorie, Apathie, Suchtdruck. Der körperliche Entzug dauert in der Regel ca. fünf bis sieben Tage, die psychischen Symptome können bis Monate persistieren. Aufgrund des Schweregrades der Entzugssymptomatik ist eine stationäre Behandlung empfohlen. Eine ambulante Behandlung ist mit längerer Behandlungszeiten verbunden (5, 6, 10, 16).

### **1.1.6 Behandlungsformen bei der Abhängigkeit von illegalen Drogen**

Die Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung findet heutzutage leitliniengemäß in mehreren Etappen statt: Zuerst erfolgt die reine Substanzentzugsbehandlung gefolgt von einer Stabilisierungsphase (17). Diese Stabilisierungsphase beinhaltet psychotherapeutische Maßnahmen, eine medikamentöse Rückfallprophylaxe oder eine opioidgestützte Behandlung (bei Opiat-Abhängigkeit) und kann entweder in Form einer Entwöhnungs- oder Rehabilitationsbehandlung, ambulant oder stationär erfolgen (17).

#### *1.1.6.1 Die klassische Entgiftungsbehandlung*

Im Rahmen einer Entgiftungsbehandlung werden die vegetativen Entzugssymptome gemäß den Leitlinien behandelt, um Komplikationen zu verhindern (Delir, epileptische Anfälle, etc.). Eine Entgiftungsbehandlung kann entweder in einem allgemeinen Krankenhaus oder in einem psychiatrischen Krankenhaus durchgeführt werden. Der Erfolg einer Entzugsbehandlung liegt nicht nur in der Therapie der körperlichen Entzugssymptomatik, sondern bedarf zahlreicher therapeutischer Ansätze, die die Besonderheiten suchtkranker Patienten berücksichtigen (18).

Für den Entzug von Kokain, Amphetaminen, Methamphetaminen, MDMA, Cannabis und neuen psychoaktiven Substanzen gibt es keine spezifische Therapie. In der Regel erfolgt der Entzug ohne Gabe von Medikamenten („kalter Entzug“). Unterstützend kommen Medikamente für eine symptomorientierte Behandlung zum Einsatz, zum Beispiel Doxepin 25-100mg/Tag. Eine antidepressive Therapie soll, wenn möglich vermieden werden, da in den meisten Fällen die depressive Symptomatik unter Abstinenzbedingungen remittiert. Eine eindeutige klinische Evidenz für die

medikamentös-gestützte Entzugstherapie lässt sich anhand der aktuellen Studienlage nicht belegen. Das Setting der Durchführung einer Entzugsbehandlung (stationär oder ambulant) wird nach Berücksichtigung u.a. der Schwere der Entzugssymptomatik und der Komorbiditäten festgelegt. Eine ambulante Entzugsbehandlung ist jedoch mit einer erhöhten Rückfallquote verbunden. Bei der Abhängigkeit von Metamphetaminen soll laut S3-Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“ eine stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung angeboten werden (Empfehlungsgrad A) (19).

Der Entzug von Opioiden unterscheidet sich in „kalten“ und „warmen“ Entzug. Die Art der Behandlung ist von dem gesamten Therapieplan und von den Präferenzen des Patienten abhängig. Im Rahmen eines „kalten“ Entzugs werden Medikamente nur symptomorientiert verabreicht: Clonidin bei Tachykardie, Hypertonie, Rhinorrhö, Niesen oder innere Unruhe, Metoclopramid oder Ondansetron bei Übelkeit oder bei abdominalen Krämpfen, nicht-steroidale Analgetika (NSAR) bei Myalgien, Magnesium bei Muskelkrämpfen, Pantoprazol bei Dyspepsie, Doxepin bei Schlafstörungen. Die Dauer eines kalten Entzugs ist deutlich kürzer als die eines opioidgestützten Entzugs, jedoch mit höheren Abbruchraten verbunden. Der „warme“ Entzug erfolgt durch die Gabe von langwirksamen Opioidagonisten wie Methadon, Levomethadon oder von langwirksamen partiellen Agonisten wie Buprenorphin. Die opioidgestützte Behandlung ermöglicht eine schrittweise Dosisreduktion und somit eine bessere Kontrolle der Entzugssymptomatik und wird in zwei Stadien durchgeführt. Im ersten Schritt wird je nach Ausprägung der Entzugssymptomatik die Dosis der Opioidagonisten oder partial agonisten erhöht bis die Entzugssymptome sistieren. Im zweiten Schritt erfolgt die schrittweise Dosisreduktion, die zwischen zwei und vier Wochen dauern kann (5, 6, 10, 16).

#### *1.1.6.2 Die qualifizierte Entzugsbehandlung*

Die qualifizierte Entzugsbehandlung ist ein Qualitätsmerkmal einer Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und unterscheidet sich von den klassischen Entgiftungsbehandlungen. Eine qualifizierte Entzugsbehandlung beinhaltet sowohl eine detaillierte somatische Diagnostik und Behandlung der Entzugssymptomatik und der somatischen Erkrankungen als auch psychoedukative bzw. psychotherapeutische Ansätze und sozial-medizinische Beratung (20-22). Die psychoedukativen und psychotherapeutischen Ansätze haben als Ziel die Krankheitseinsicht zu fördern, die Motivation zur Fortführung der Behandlung zu steigern, Auslöser für Trinkverhalten und

Rückfälle zu identifizieren, sowie Kognitionen und Affekte im Umgang mit *Craving* und Konsumverhalten zu erkennen und zu verarbeiten (20, 23). Die übergeordneten Ziele einer qualifizierten Entzugsbehandlung sind die Steigerung der Abstinenzmotivation und somit die Verringerung der sozialen und gesundheitlichen Folgen des Konsums (20). Bei Alkoholabhängigkeit wurde nach Untersuchungen festgestellt, dass die Abstinenzdauer nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung im Vergleich zu der klassischen Entgiftung deutlich länger ist (21). In der *Tabelle 3* sind die therapeutischen Ansätze im Rahmen einer qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung dargestellt, die jedoch auf die Entzugsbehandlung bei illegalen Suchtmitteln übertragen werden kann (24).

Therapie	Inhalt
<b>Gruppenvisite</b>	Informationen zu Diagnostik, Behandlungsoptionen, Folgeschaden, Förderung der Behandlungsmotivation
<b>Ärztliche Einzelvisite</b>	Aktuelle Probleme, medikamentöse und psychotherapeutische Weiterbehandlung
<b>Oberarzтvisite</b>	Aktuelle Probleme, medikamentöse und psychotherapeutische Weiterbehandlung
<b>Skillsgruppe</b>	Strategien im Umgang mit Suchtdruck
<b>Gruppenpsychotherapie</b>	Individuelle AbhängigkeitSENTWICKLUNG, Vor- und Nachteile der Abstinenz, Veränderungsmotivation, Ressourcen, Umgang mit Rückfallsituationen, Achtsamkeit und Skillstraining
<b>Achtsamkeitstraining</b>	Steigerung der Achtsamkeit, Rückfallprävention
<b>Gesprächsrunde</b>	Diskussion von Patiententhemen
<b>Stationsmeeting</b>	Aktuelle Probleme im Stationsalltag
<b>Ärztliche Einzelgespräche</b>	Befundbesprechung, Besprechung familiärer und sozialer Belastungsfaktoren, Suchtentwicklung
<b>Psychologische Einzelgespräche</b>	Diagnostik behandlungsbedürftiger Komorbiditäten, therapeutische Empfehlungen
<b>Bezugspflegegespräche</b>	Besprechung aktueller Probleme
<b>Einzelgespräche mit dem Sozialdienst</b>	Klärung sozialer Belastungsfaktoren, Nachsorge, Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen
<b>Phantasiereise</b>	Durchführung imaginativer Phantasiereisen mit dem Ziel einer Entspannung, Beruhigung, Erholung
<b>Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson</b>	Grundübungen; Umgang mit Nervosität, mit vegetativer Dysregulation oder mit Schlafstörungen
<b>Bewegungstherapie</b>	Förderung eines neuen Körpererlebens
<b>Ergotherapie</b>	Handwerkliches und kreatives Arbeiten
<b>Soziales Kompetenztraining</b>	Strategien zur Verbesserung der Interaktionsfähigkeit
<b>Psychosoziale Beratungsstellen auf Station</b>	Nachstationäre Weiterbetreuung; ambulante und teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen
<b>Selbsthilfegruppenvorstellung</b>	Vorstellung der Vertreter von Selbsthilfegruppen
<b>Informationsgruppe zur Tabakentwöhnung</b>	Entwicklung, Folgen, Behandlungsmöglichkeiten
<b>Tabakentwöhnungsgruppe</b>	Therapeutische Begleitung während der Entwöhnung

*Tabelle 3: Therapeutische Elemente des Qualifizierten Entzugsprogramms* (modifiziert nach Mann et al.(24))

Ein qualifiziertes Entzugsprogramm stützt sich vor allem auf die psychotherapeutische Methode des *Motivational Interviewing*, auf psychoedukative Gespräche, aber auch auf verhaltenstherapeutische Methoden, vor allem *Skillstraining* (21, 24). Die praktische Umsetzung einer qualifizierten Entzugsbehandlung bedarf nicht nur ärztlichem und pflegerischem Personal, sondern auch Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Sozialarbeiter, die eng miteinander kooperieren (21). Die Dauer einer solchen Behandlung beträgt gemäß der aktuellen S3-Leitlinien für Alkoholentzugsbehandlung ca. 21 Tage, diese variiert jedoch von Bundesland zu Bundesland (18).

Die qualifizierte Entzugsbehandlung bei illegalen Drogen ist wenig untersucht. Die Studien im Bereich der alkoholbezogenen Störungen zeigen jedoch eine Überlegenheit der qualifizierten Entzugsbehandlung gegenüber einer „normalen“ Entzugsbehandlung (23, 25-27). Diese verstärkt die Motivation für weitere Abstinenzmaßnahmen und führt auch zu einer Steigerung der Abstinenzraten (25-29).

Die allgemein-psychiatrische Behandlung und die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen sind von Gemeinsamkeiten geprägt und können in vielen Fällen schwer voneinander getrennt werden. Die Überlappungen, aber auch die Besonderheiten der einen oder der anderen Gruppe erschweren eine klare Differenzierung und Darstellung der Datenlage und vor allem der Vergleiche zwischen einer offenen und einer geschlossenen psychiatrischen Behandlung. Nichtsdestotrotz sind einige bedeutsame Aspekte und Herausforderungen in der Behandlung Suchtkranker zu beachten. Ein wichtiger Bestandteil der Therapie ist die weiterhin erforderliche Entstigmatisierung, trotz einiger Fortschritte diesbezüglich. Dieses weit verbreitete Phänomen beeinträchtigt nicht nur die Motivation eines Suchtkranken, sondern auch die Behandlungsangebote und schlussendlich die Reintegration des Betroffenen in die Gesellschaft (30, 31). Die Unterschiede in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen sind zudem von dem Schweregrad der Erkrankung, der (Ko-) Morbidität, der sozialen Integration und der Veränderungsmotivation geprägt; alle diese Faktoren beeinflussen in hohem Maße den Erfolg einer Therapie und machen eine differenzierte Behandlung erforderlich (32).

### **1.1.7 Das Konzept der „offenen-Türe“ von der Verwahr-Psychiatrie zur Patientenautonomie: Einblick in die Geschichte der psychiatrischen Behandlung**

Die Isolierung von psychisch Kranken von der Gesellschaft prägte die psychiatrische Versorgung bis ins 19. Jahrhundert (33). In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts kam es zu einem Wendepunkt in der Versorgung psychiatrischer Patienten und damit zum Bewusstsein der Notwendigkeit einer Behandlung. Von der Betrachtung psychisch Kranker als eine Gefahr für die Gesellschaft kam es dann zu einer mehr behandlungszentrierten Versorgung (10). Die Reformierung der Psychiatrie hatte als Ziele die Abschaffung der Verwahr-Psychiatrie, die Integrierung in die Gesellschaft und den Aufbau ambulanter und teilstationärer Behandlungsmöglichkeiten. Ein Beispiel dafür ist die „Psychiatrie-*Enquête*“, im Jahr 1975 begonnen und in den darauffolgenden Jahren bis heute umgesetzt (34-37).

Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland schützt u.a. das „Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit“ („*Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt*“) (38). In der psychiatrischen Versorgung kann es problematisch werden, wenn das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in Konflikt mit der Versorgungspflicht des Arztes gerät. Eine schwierige Aufgabe des Psychiaters in dem Entscheidungsprozess ist die Überprüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit: Ist die Selbstbestimmungsfähigkeit gegeben, darf ein Patient nicht gegen den Willen behandelt werden (35). Im Jahr 2014 wurde von der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) die S3-Leitlinie zu der Anwendung von Zwangsmaßnahmen eingeführt. In der Fassung von 2018 sind u.a. epidemiologische Daten zu aggressivem Verhalten in psychiatrischen Einrichtungen, zur Abgrenzung von nicht krankheitsbedingtem aggressivem Verhalten, zu präventiven und interventionellen Maßnahmen dargestellt. Zudem sind Begriffe wie Unterbringung, Fixierung und Zwangsmedikation definiert (39).

Die Reduktion von Zwang und der damit einhergehende Zuwachs an Patientenautonomie stellt eine der großen Herausforderungen der Psychiatrie des 21. Jahrhunderts dar und wurde in den letzten Jahren intensiv diskutiert (40-42). Ein Einschnitt in die Autonomie kann die therapeutische Beziehung, die Compliance und somit den langfristigen

therapeutischen Erfolg gefährden und sogar zu einer Traumatisierung des Patienten führen (43-45). Es gibt Evidenz, dass eine erhöhte Patientenautonomie zu einem Anstieg der Therapieadhärenz führt (42). Eine „Offene-Türe-Politik“ trage deshalb zu einer Reduktion der Aggressivität bei, fördere die Selbstverantwortung der Patienten und führe zu einer Senkung der Zwangsmaßnahmen (43, 46).

### **1.1.8 Das Konzept der „offenen-Türe“: die aktuelle Studienlage in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen**

Diese Arbeit widmet sich dem Thema der Steigerung der Patientenautonomie in der Psychiatrie und den damit notwendigen Veränderungen in der psychiatrischen Behandlung. Die Aufgabe der hier präsentierten Studie ist die Darstellung eines offen geführten Behandlungsangebotes in einem Bereich, der, nach unserer Kenntnis bis dato, wenig untersucht wurde, nämlich die qualifizierte stationäre Entzugsbehandlung bei Abhängigkeit von illegalen Substanzen, insbesondere Opioiden.

Die Unterschiede von Klinik zu Klinik und von Region zu Region erschweren in Deutschland die Untersuchungen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen (17). So wird in manchen Kliniken die akute Entzugsbehandlung auf einer allgemein-psychiatrischen geschlossenen Station durchgeführt, während es in anderen Kliniken spezialisierte Abteilungen mit einem breiten Spektrum an Angeboten für Suchtkranke gibt. Diese gemischte Versorgungsrealität erschwert leider den Überblick über den Erfolg oder den Misserfolg der Behandlung bei Abhängigkeitserkrankungen im offenen und im geschlossenen Rahmen.

In den letzten Jahren wurden immer mehr geschlossene allgemeinpsychiatrische Stationen offen oder nur fakultativ geschlossen geführt, mit dem Ziel einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen. Die Forderung einer Entstigmatisierung in der Psychiatrie durch eine „offene Tür“ hat jedoch die allgemein-psychiatrischen Stationen hauptsächlich im Blick und weniger die Behandlung der Abhängigkeitserkrankungen (17). Dies zeigte auch die Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2019 von Steinert et al.. In der Analyse der 23 Studien konnte gezeigt werden, dass die Formen und die Konzepte einer „offenen-Türe-Politik“ in der Psychiatrie, sehr unterschiedlich sind; dieses erschwert eine klare Darstellung im Rahmen eines Vergleichs zwischen geschlossenen und offenen Abteilungen (47). Die meisten eingeschlossenen Studien konzentrierten sich sowohl in

Deutschland als auch auf europäischer Ebene auf die retrospektive Evaluation der angewandten Zwangsmaßnahmen nach der Öffnung im allgemein-psychiatrischen Bereich. Auf den meisten offenen Stationen waren sowohl die Zwangsmaßnahmen (Isolation, Fixierung, Zwangsmedikation) als auch das Aggressionspotenzial geringer (47).

Die Befürchtungen, dass ein offenes Setting in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen aber auch im allgemein-psychiatrischen Bereich mit einem erhöhten Substanzkonsum verbunden ist, lässt sich aufgrund der mangelnder Studien, die sich dieser Fragestellung widmen, nicht belegen (17). In einer Publikation aus dem Jahr 2016 wurde die Umstrukturierung einer Aufnahmestation für Suchterkrankungen in Südwürttemberg untersucht. Die meisten dort behandelten Patienten hatten eine Alkoholabhängigkeit und befanden sich freiwillig in Therapie. Aufgrund einer Zunahme von Aggression und von Zwangsmaßnahmen musste die Station als fakultativ-geschlossen geführt werden. 2014 wurde das Stationskonzept geändert und ein schließbarer Intensivbereich eingeführt („Intensiv-betreuter-Bereich“ – IBB) neben dem Stationsbereich (SB). Die Ergebnisse zeigten eine Reduktion der Zeit, in der die Tür geschlossen war. Es zeigten sich aber keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Behandlungsqualität (48).

Sowohl in Deutschland als auch auf europäischer Ebene mangelt es an hochwertigen Studien hinsichtlich einer „offenen-Türe-Psychiatrie“ im suchtmedizinischen Bereich. In einer Studie aus der Schweiz wurde eine auf den Entzug von Substanzen sowie auf Doppeldiagnosen spezialisierte Station untersucht. Ab Mai 2013 wurde die Station als fakultativ-geschlossen geführt. Vorher war die Station geschlossen. Die Ergebnisse zeigten eine Reduktion der angewandten Zwangsmaßnahmen und eine Zunahme der auf der Station freiwillig behandelten Patienten. Signifikante Unterschiede hinsichtlich des Substanzkonsums konnten nicht gezeigt werden (40).

Eine Publikation aus dem Jahr 2020, ebenfalls aus der Schweiz, widmete sich dem Thema „offene Tür“ bei Abhängigkeitserkrankungen. In dieser Studie wurde anhand eines semi-strukturierten Interviews die Wahrnehmung der Öffnung der Station sowohl seitens der Patienten als auch des Teams untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass die Befragten sowohl positive als auch negative Aspekte der Öffnung wahrnahmen. Einerseits fühlten sich die Patienten nach der Öffnung besser betreut, die Anzahl der Kontakte mit dem Personal nahm zu und die therapeutische Atmosphäre besserte sich sowohl für die

Patienten als auch für das Personal. Andererseits fehlte einigen Patienten die durch die geschlossene Tür gegebene Sicherheit. Das Personal befürchtete zudem, dass der Konsum von Substanzen während der Behandlung zunehme (49).

In einer im Jahr 2011 publizierten Studie aus England wurden 136 psychiatrische Abteilungen für Akutversorgung eingeschlossen und die Zusammenhänge zwischen dem Sicherheitsgrad der Abteilung und dem Konsum von Substanzen analysiert. Es wurden nicht nur die geschlossenen Stationen miteinbezogen, sondern auch andere Formen von Sicherheit bzw. Kontrolle, wie z. B. ein Tonsignal bei der Öffnung der Tür, Pflegepersonal in unmittelbare Nähe des Ausgangs, etc.. Die Ergebnisse dieser Studie wiesen darauf hin, dass eine geschlossene Tür keinen Effekt auf den Substanzkonsum habe. Es gab jedoch Hinweise, dass eine regelmäßige Kontrolle der Atemalkoholkonzentration eine Reduktion des Konsums bewirken kann. Für eine bessere Kontrolle des Substanzkonsums im Rahmen einer stationären Entzugsbehandlung waren also regelmäßige Drogenscreenings und Atemalkoholkonzentrationsmessungen als besser geeignet bewertet als eine geschlossene Tür (50).

## 1.2 Ziele der Arbeit

### 1.2.1 „Offene-Türe“ Politik in der Entzugsbehandlung von illegalen Drogen

In der Entzugsbehandlung von illegalen Drogen sind die meisten Stationen vom Status her offen. Die Patienten können die Station auf eigenen Wunsch verlassen; das wird aber, wie im LVR-Klinikum Düsseldorf, formal als Therapieabbruch gewertet. Nach unseren Kenntnissen gibt es zwei Kliniken, die eine komplett offene Tür haben, das heißt die Patienten können ein- und ausgehen. Initial wurden alle Stationen in allen Kliniken formal geschlossen geführt, seit ca. 2017 aber zunehmend geöffnet. Dennoch haben die Patienten in der Regel – wie auch im LVR-Klinikum Düsseldorf – keinen freien Ausgang im Klinikgelände. Wichtig ist zu betonen, dass alle Patienten stets auf freiwilliger Rechtsbasis behandelt werden (keine Unterbringung nach PsychKG oder BGB).

Eine konkrete formale Begründung, weshalb dies – im Vergleich zum Alkoholentzug – so ist, gibt es nicht. Es gibt keine abrechnungstechnischen Vorgaben, weshalb Entzugsbehandlungen von illegalen Drogen traditionell auf geschlossenen Stationen oder vielmehr mit einer geschlossenen Tür durchgeführt werden.

### 1.2.2 Fragestellung der Arbeit

Die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen des LVR-Klinikums Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität, verfügt über eine geschlossene Aufnahmestation für suchtspezifische Notfälle und drei offene Stationen, vorgesehen für qualifizierte Entzugsbehandlungen bzw. für die psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung komorbider psychiatrischer Störungen. Auf der Station 13A der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen erfolgt der qualifizierte Entzug von intravenös konsumierten illegalen Substanzen bzw. Opioiden; die Station verfügt über 15 Betten. Das Therapieangebot umfasst den qualifizierten Entzug, die opiatgestützte Behandlung mit schrittweiser Abdosierung und die Diagnostik und Therapie von psychiatrischen Komorbiditäten. Zusätzlich werden Gruppen-Psychotherapien mit Schwerpunkt *Motivational Interviewing*, Informationsgruppen zum Suchthilfesystem und Vermittlung in dessen Angebote, Ergotherapie und Bewegungstherapie angeboten (51). Bis zum 13.07.2017 wurde die Station 13A der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen des LVR-Klinikums Düsseldorf als geschlossene Station geführt. Am 13.07.2017 erfolgte eine Umstellung des Sicherungsgrades der Station.

Die statistischen Zusammenhänge zwischen der Entlassungsmodalität und den untersuchten Variablen werden im Ergebnisteil vorgestellt und im Kapitel Diskussion kritisch behandelt.

*Führt die Öffnung der Station zu einer positiven Veränderung der Anzahl der regulären Entlassungen?*

Ziel der Studie ist es, retrospektiv zu evaluieren, ob die Veränderung des Stationskonzepts den Erfolg der Behandlung verändert hat. Die Öffnung der Station führt de facto zu einer Zunahme der Patientenautonomie. Unklar ist aber, wie sich diese Veränderung der Rahmenbedingungen auf den Behandlungserfolg und das reguläre Abschließen der Therapie auswirkt. Denkbar wäre, dass durch die Öffnung der Station und somit durch die höhere Patientenautonomie weniger Patienten die Behandlung regulär beenden, da die Behandlungsbeendigung mit weniger Aufwand verbunden ist und das ärztliche Gespräch als mögliche Motivation zur Fortführung der Behandlung entfällt. Alternativ könnte jedoch diskutiert werden, dass durch diese Veränderung sowohl die Autonomie

als auch die Motivation der Patienten gestärkt wird und somit auch die Anzahl an regulär beendeten Behandlungen.

*Gibt es Veränderungen in den Kategorien der nicht regulären Entlassungen?*

Die nicht regulären Entlassungen teilen sich in folgenden Hauptkategorien auf: gegen ärztlichen Rat, durch Betätigung des Notknopfes, vorzeitige Entlassung gemäß Teamkonsens, Entweichung und Verlegungen in ein somatisches Krankenhaus. Diese Variablen werden in Zusammenhang mit der Öffnung der Station statistisch überprüft.

*Gibt es soziodemographische oder behandlungsabhängige Faktoren, die einen Einfluss auf die Entlassungsmodalität haben?*

Die Variablen Wohnsituation, Migrationshintergrund, Deutschkenntnisse, Aufnahmemodalität, gesetzliche Betreuung, Suizidalität, somatische Risikofaktoren (Krampfanfälle und Delir in der Vorgeschichte) sowie Diagnose werden mit Blick auf deren Einfluss auf die Entlassungsmodalität näher statistisch untersucht. Dabei sollten Kategorien identifiziert werden, für die die Öffnung der Station eine Veränderung mit sich bringt.

## 2 Material und Methoden

### 2.1 Sicherungsgrad der Station

Bis zum 13.07.2017 wurde die Station 13A als geschlossene Station geführt, der Entzug erfolgte mit Zustimmung der Patienten. Hintergrund war, dass in Phasen mit massivem *Craving* und somit aufdrängenden Abbruchgedanken Kontakt zum Behandlerteam aufgenommen werden muss; dadurch wurden die Gefährdungsaspekte erneut evaluiert und ein Motivationsgespräch geführt. Bei fehlenden Gefährdungsaspekten im Sinne einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung und auf Wunsch der Patienten erfolgte eine Öffnung der Station durch Mitarbeiter des Pflegeteams nach ärztlichem Entlassungsgespräch. Am 13.07.2017 erfolgte eine Umstellung des Sicherungsgrades der Station. Die Eingangstüre bleibt unverändert durch einen Schließmechanismus gesichert, um ein unbefugtes Betreten der Station auszuschließen (z. B. um das Einschleusen von illegalen Substanzen auf der Station zu vermeiden). Von innen kann die Tür sowohl mit einem Schlüssel als auch durch das Betätigen eines Druckknopfes geöffnet werden (siehe Abb. 2). Die Türöffnung durch den Druckknopf ist nicht für das reguläre Verlassen der Station vorgesehen, sondern ausschließlich im Fall einer vorzeitigen Behandlungsbeendigung ohne ein vorheriges ärztliches Entlassungsgespräch. Das Verlassen der Station wird in diesem Fall als vorzeitige Behandlungsbeendigung durch den Patienten bewertet; die Patienten sind über diese Konsequenz bei der Aufnahme aufgeklärt. Durch ein Bonus-Malus-System haben die Patienten die Möglichkeit, Punkte für Ausgänge zu sammeln. Bei häufigen oder massiven Verstößen gegen die Stationsregeln kann die Therapie durch das Behandlerteam vorzeitig beendet werden (die sogenannte „Vorzeitige Entlassung gemäß Teamkonsens - VEGT“).



Abb. 2: Schließmechanismus der Station (1 - Transponder-Schließanlage; 2 - Schlüssel-Schließanlage; 3 – Notfallknopf)

## 2.2 Definition des Beobachtungszeitraums

In der Studie wurden die Charakteristika der entlassenen Patienten innerhalb zweier jeweils einjähriger Beobachtungszeiträume vor und nach der Öffnung der Station miteinander verglichen:

- Zeitraum 1: 01.07.2016 – 30.06.2017
- Zeitraum 2: 01.08.2017 – 31.07.2018

Der Monat Juli 2017 wurde aus dem Vergleich ausgeschlossen, um motivationale Effekte auf Seiten der Patienten oder der Behandler in unmittelbarer zeitlicher Nähe zur Umstellung auszuschließen.

## 2.3 Definition der Variablen

Der primäre Endpunkt für den Behandlungserfolg wurde operationalisiert als Anteil aller auf der Station behandelten Patienten, die die Therapie regulär beendet haben, in Bezug auf die Gesamtzahl der behandelten Patienten. Folgende Variablen wurden zur deskriptiven Darstellung, zum Nachweis der Strukturhomogenität der Zeiträume, für weitere Subgruppenanalysen und für weitere explorative Ansätze erhoben:

- Alter
- Geschlecht
- Zeitspanne seit letzter Entlassung aus der hiesigen Klinik
- Aufnahme- und Entlassungsdatum
- Anzahl Aufenthalte in hiesiger Klinik pro Zeitraum
- Verweildauer auf der Station 13A und in der Klinik
- Hauptdiagnose
- Nebendiagnosen
- Aufnahmemodalität
  - elektiv (ja/nein): definiert als geplante Aufnahme
  - notfallmäßig (ja/nein)
- Rechtsgrundlage bei Aufnahme
  - freiwillig (ja/nein): definiert als Aufnahme mit Einverständnis des Patienten
  - PsychKG (ja/nein): definiert als Aufnahme ohne Einwilligung des Patienten, als freiheitsentziehende Unterbringung psychisch kranker Patienten bei Vorliegen akuter Eigen- oder Fremdgefährdungsaspekte (6)
  - BGB (ja/nein): Unterbringung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch ohne Einwilligung des Patienten bei Vorliegen Eigengefährdung oder zur Abwendung drohender erheblichen Schaden (ein gesetzlicher Betreuer oder ein Bevollmächtigter mit dem Aufgabenkreis „Aufenthaltsbestimmung“ muss vorhanden sein) (6)
- Wohnsituation bei Aufnahme
  - eigene Wohnung (ja/nein)
  - ohne festen Wohnsitz (o.f.W.) (ja/nein)
  - Betreutes Wohnen (BeWo) ambulant (ja/nein): definiert als Leistung der sozialen Rehabilitation mit dem Ziel einer besseren Integrierung in den Alltag und in der Gesellschaft; die Betreuung erfolgt im häuslichen Umfeld
  - soziotherapeutisches Wohnheim / andere stationäre Einrichtung (ja/nein): definiert als eine offene stationäre Nachsorge
  - sonstige (z. B. Verwandte, Freunde, etc.) (ja/nein)
- Wohnsituation bei Entlassung
  - eigene Wohnung (ja/nein)
  - o.f.W. (ja/nein)

- soziotherapeutisches Wohnheim / andere stationäre Einrichtung (ja/nein): definiert als eine offene stationäre Nachsorge
- nahtlose Entwöhnungstherapie (ja/nein): definiert als Rehabilitationsmaßnahme mit dem Ziel einer Wiedereingliederung in das soziale Umfeld (52)
  - sonstige (z. B. Verwandte, Freunde, etc.) (ja/nein)
- Flüchtlingsstatus (ja/nein)
- Migrationshintergrund (ja / nein / ja, mit Geburtsort Deutschland)
- Deutschkenntnisse
  - keine ausreichenden Deutschkenntnisse, Dolmetscher notwendig (ja/nein)
  - ausreichende Deutschkenntnisse (ja/nein)
- Vorhandensein einer gesetzlichen Betreuung
  - Nein
  - Teilbereich: beschränkt auf eine oder mehrere Angelegenheiten wie Gesundheitssorge, Aufenthaltsbestimmung, Vermögenssorge, Wohnungsangelegenheiten, gerichtliche Verfahren, Vertretung gegenüber Behörden, Postangelegenheiten
  - umfassend: alle o.g. Angelegenheiten sind Aufgabenkreise der gesetzlichen Betreuung
- Vorhandensein einer Substitution und Dosis (ja/nein; genaue Angabe der Substitutionsdosis):
- Entlassungsart (ja/nein)
  - regulär
  - nicht regulär:
    - Behandlungsbeendigung gegen ärztlichen Rat (g.ä.R.): definiert als Behandlungsbeendigung nach einem ärztlichen Gespräch (Risikoauklärung und Motivationsgespräch)
    - Behandlungsbeendigung durch Tür-Notfallknopf: definiert als Behandlungsbeendigung durch Betätigung des Notfallknopfes ohne Kontakt zum Behandlerteam
    - vorzeitige Entlassung gemäß Teamkonsens (VEGT): definiert als Entlassung nach schwerwiegende oder wiederholte Verstöße gegen

- die Regeln der Station; vor der Entlassung erfolgt eine multidisziplinäre Fallbesprechung
- Verlegung in ein somatisches Krankenhaus: definiert als Verlegung in ein somatisches Krankenhaus bei behandlungsbedürftigen körperlichen Erkrankungen, deren Versorgung nicht in einem psychiatrischen Krankenhaus gewährleistet werden kann
  - Entweichung: definiert als Abbruch der Behandlung ohne Kontakt zum Team und nicht durch Betätigung des Notfallknopfes (z. B. im Rahmen eines Ausgangs)
  - sonstige (inkl. Forensik, Haft, etc.)
- Suizidalität (ja/nein/unklar): definiert als Suizidgedanken, Suizidpläne, passive Todeswünsche (der Suizidversuch wird hier separat untersucht)
  - Suizidversuch < 24St. vor der Aufnahme in der hiesigen Klinik (ja/nein/unklar): definiert als Suizidhandlung ohne Todesfolge mit oder ohne vorherige Behandlung in einem somatischen Krankenhaus
  - Krampfanfall-Anamnese (ja/nein/unklar): definiert als positive Anamnese für das Auftreten eines epileptischen Anfalls im Rahmen einer Entzugsbehandlung in der Vorgeschichte; die epileptischen Anfälle bei vorbekannter Epilepsie werden hier nicht mitgemeint, wobei v.a. bei suchtkranken Patienten eine klare Abgrenzung erschwert sein kann
  - Delir-Anamnese (ja/nein/unklar): definiert als positive Anamnese für das Auftreten deliranter Symptomatik im Rahmen einer Entzugsbehandlung in der Vorgeschichte; psychotische Symptome bei Komorbiditäten sind hier nicht miteinbezogen, wobei eine klare Differenzierung bei suchtkranken Patienten mit komorbidien Erkrankungen mit psychotischen Syndromen erschwert sein kann.

## 2.4 Datenerhebung und Analyse

Die Datenerhebung erfolgte aus der elektronischen Patientenakte - aus den ärztlichen Einträgen (Aufnahmebefund, ärztliche Verlaufsdokumentation) oder aus der Suchtmittelanamnese - über den jeweiligen Aufenthalt (im Krankenhaus-Informationssystem – KIS - gespeicherten Daten). Hierbei handelt es sich um Daten aller Patienten der Station 13A des LVR-Klinikums Düsseldorf, die in den o.g. Zeiträumen die Behandlung beendet haben. Zusätzliche Untersuchungen wurden nicht durchgeführt. Es

handelt sich ausschließlich um Daten, die im Rahmen der klinischen Versorgung mit Einverständnis der Patienten erhoben wurden. Nach der Datenerhebung wurden die Daten anonymisiert, so dass kein Rückschluss auf die Identität der Patienten möglich ist. Die Datensammlung erfolgte in Excel, die Datenauswertung wurde mittels Statistikprogramm SPSS Version 27 durchgeführt (Chi-Quadrat-Test, t-Tests, logistische Regressionsanalyse, Omnibus-Test, Hosmer-Lemeshow-Test). Als Signifikanzniveau wurde in dieser Arbeit  $\alpha = 0,05$  gewählt. Aufgrund des explorativen Charakters der Studie wurde auf eine alpha-Adjustierung verzichtet. Die Datenspeicherung und die Datenanalyse wurden auf einem nicht an das Kliniknetz angeschlossenen Rechner durchgeführt.

Insgesamt wurden 726 Fälle eingeschlossen (Zeitraum 1: 379 Fälle; Zeitraum 2: 347 Fälle). Das durchschnittliche Alter lag bei ca. 41 Jahren in beide Zeiträumen (der Mittelwert im Zeitraum 1 lag bei 41,74 und im Zeitraum 2 bei 40,05). Von den untersuchten Patienten waren vor der Öffnung ca. 82% Männer und ca. 18% Frauen und nach der Öffnung ca. 77% Männer und knapp 23% Frauen.

Im Rahmen der ethischen und rechtlichen Beratung wurde von der Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf das *Aktenzeichen 2019-608* vergeben.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Modifikation der regulären Entlassungen

Von insgesamt 825 Behandlungsfällen wurden 726 Fälle in die Studie eingeschlossen. Die im Verlauf auf andere Stationen verlegten Patienten und die nicht plausiblen Fälle wurden aus der Studie ausgeschlossen. Von den 726 Fällen waren 379 Fälle im Zeitraum 1 und 347 Fälle im Zeitraum 2. Die Variablen und die Vergleiche zwischen den Zeiträumen sind in *Tabelle 4* dargestellt. Für die statistische Berechnung wurde der Chi-Quadrat-Test bei den kategorialen Daten und der t-Test bei den stetigen Daten verwendet. Statistisch signifikante Unterschiede ergeben sich für die Variablen Alter, gesetzliche Betreuung, Substitution und zum Teil Diagnose.

		Zeitraum 1 (N)	Zeitraum 2 (N)	p
<b>Alter</b>		Mittelwert 41,74 SD= 9,605	Mittelwert 40,05 SD= 9,074	,015
<b>Geschlecht</b>	männlich	310 (81,79%)	269 (77,52%)	,152
	weiblich	69 (18,2%)	78 (22,47%)	
<b>Migrations-hintergrund</b>	ja	78 (32,77%)	83 (40,29%)	,131
	nein	129 (54,20%)	92 (44,6%)	
	ja, mit Geburtsort in Deutschland	31 (13,02%)	31 (15,04%)	
<b>Deutschkenntnisse</b>	nicht ausreichend	19 (5,02%)	20 (5,78%)	,654
	ausreichend	359 (94,97%)	326 (94,21%)	
<b>Flüchtlingsstatus</b>	ja	11 (2,90%)	16 (4,61%)	,224
	nein	368 (97,09%)	331 (95,38%)	
<b>Anzahl Aufenthalte pro Zeitraum</b>		Mittelwert 3,92 SD = 4,49	Mittelwert 4,02 SD = 4,495	,761
<b>Aufnahmemodalität</b>	elektiv	99 (26,12%)	100 (28,81%)	,416
	notfallmäßig	280 (73,87%)	247 (71,18%)	
<b>Gesetzliche Betreuung</b>	nein	342 (90,71%)	293 (86,94%)	,027
	Teilbereich	16 (4,24%)	10 (2,96%)	
	umfassend	19 (5,03%)	34 (10,08%)	

(Fortsetzung)		Zeitraum 1 (N)	Zeitraum 2 (N)	p
Rechtsstatus bei Aufnahme im Krankenhaus	freiwillig	363 (95,77%)	337 (97,11%)	,507
	BGB	3 (0,79%)	3 (0,86%)	
	PsychKG	13 (3,43%)	7 (2,01%)	
Wohnsituation bei Aufnahme	eigene Wohnung	118 (36,99%)	100 (33,55%)	,163
	o.f.W.	95 (29,78%)	97 (32,55%)	
	BeWo ambulant	35 (10,97%)	44 (14,76%)	
	Soziotherapeutisches Wohnheim	16 (5,01%)	6 (2,01%)	
	sonstige	55 (17,24%)	51 (17,11%)	
Delir-Anamnese	ja	74 (23,19%)	64 (23,02%)	,959
	nein	245 (76,80%)	214 (76,97%)	
Krampfanfall-Anamnese	ja	98 (30,71%)	106 (38,12%)	,057
	nein	221 (69,27%)	172 (61,87%)	
Suizidalität bei Aufnahme	ja	110 (30,05%)	100 (29,23%)	,812
	nein	256 (69,94%)	242 (70,76%)	
Suizidversuch <24St. vor Aufnahme	ja	8 (2,18%)	10 (2,92%)	,533
	nein	358 (97,81%)	332 (97,07%)	
Substitution				
Polamidon	ja	95 (25,07%)	114 (32,86%)	,019
	nein	284 (74,94%)	232 (66,86%)	
Methadon	ja	31 (8,18%)	23 (6,63%)	,433
	nein	348 (91,82%)	323 (93,09%)	
Buprenorphin	ja	35 (9,24%)	12 (3,46%)	,002
	nein	344 (90,77%)	334 (96,26%)	
Morphin ret.	ja	3 (0,8%)	8 (2,31%)	,094
	nein	376 (99,21)	338 (97,41%)	
Diamorphin	ja	1 (0,27%)	9 (2,6%)	,007
	nein	378 (99,74%)	337 (97,12%)	
Diagnose	F10.2	245 (64,65%)	208 (59,95%)	,191
	F11.2	239 (63,06%)	233 (67,15%)	,249
	F12.2	80 (21,11%)	69 (19,89%)	,683
	F13.2	98 (25,86%)	96 (27,67%)	,582
	F14.2	54 (14,25%)	62 (17,87%)	,184
	F15.2	19 (5,02%)	18 (5,19%)	,915
	F10.0	151 (39,85%)	105 (30,26%)	,007
	F32.2/F33.2	56 (14,78%)	46 (13,26%)	,556
	F20.0	41 (10,82%)	37 (10,67%)	,946

Tabelle 4: Variablenvergleich Zeitraum 1 und Zeitraum 2 (Zeitraum 1 – vor der Öffnung der Station; Zeitraum 2 – nach der Öffnung der Station; SD – Standard Deviation; N – Gesamtanzahl; BGB – Betreuungsgesetz, PsychKG – Psychisch-Kranken-Gesetz; o.f.W. – ohne festen Wohnsitz; BeWo – Betreutes Wohnen; F10.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom; F11.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom; F12.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom; F13.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom; F14.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom; F15.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanten, einschließlich Koffein; F10.0 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: akute Intoxikation; F32.2 - Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome; F33.2 - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode; F20.0 - Paranoide Schizophrenie)

Die Entlassungsmodalität wurde in zwei Kategorien unterteilt: regulär und nicht regulär. Letztere Kategorie beinhaltete die Entlassungen gegen ärztlichen Rat, durch Betätigung des Notfallknopfes, die Verlegungen in somatische Krankenhäuser, die Entweichungen, die vorzeitigen Entlassungen gemäß Teamkonsens und andere Entlassungsformen, die sich nicht in diesen Kategorien integrierten und die in einer sehr geringen Anzahl vorkamen (Entlassung in Haft oder in eine weitere forensisch-psychiatrische Behandlung). Die Ergebnisse der Vergleichsanalyse (reguläre versus nicht-reguläre Entlassungen) zwischen Zeitraum 1 und Zeitraum 2 sind in der *Tabelle 5* dargestellt. Die Anzahl an regulären Entlassungen nach der Öffnung unterscheidet sich nicht statistisch signifikant von der Anzahl der regulären Entlassungen vor der Öffnung der Station. Zudem blieb die Zahl der anderen Entlassungsformen ungefähr stabil. Die Unterschiede zwischen den beobachteten Zeiträumen sind statistisch nicht signifikant bei einem p-Wert von ,272; der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 1,209 und der Freiheitsgrad (df) lag bei 1.

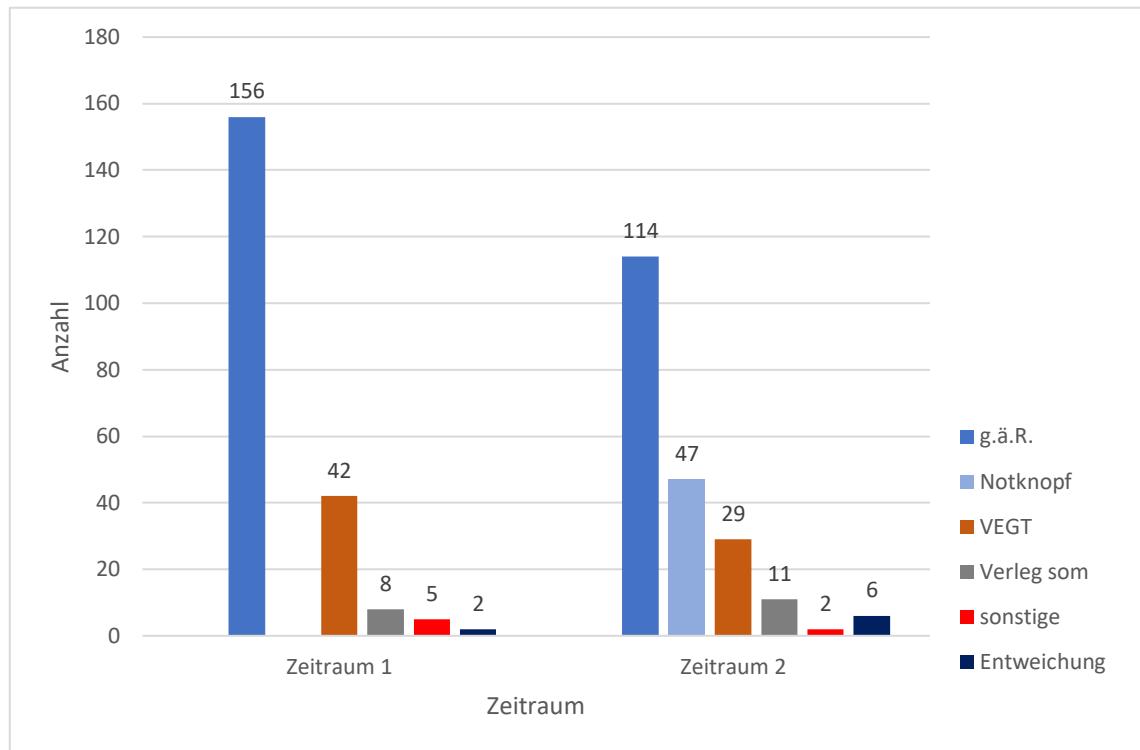
Fälle		Reguläre Entlassungen	Keine regulären Entlassungen	p	Chi-Quadrat nach Pearson	df
Fälle Z 1 + Z 2	726 (100%)	304 (41,87%)	422 (58,12%)	,272	1,209	1
Z 1	379 (52,2%)	166 (43,79%)	213 (56,20%)			
Z 2	347 (47,79%)	138 (39,76%)	209 (60,23%)			

*Tabelle 5: Entlassungsart: Gruppenvergleich Zeitraum 1 und Zeitraum 2* (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung der Station; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung der Station; df – Freiheitsgrad)

## 3.2 Analyse der nicht-regulären Entlassungen

Die nicht-regulären Entlassungen wurden in Subgruppen unterteilt (siehe *Abb. 3*). Es ergaben sich statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich der Entlassungen gegen ärztlichen Rat – definiert als Abbruch der Behandlung nach einer ärztlichen Risikoauklärung und einem Motivationsgespräch. Vor der Öffnung gab es signifikant statistisch mehrere Entlassungen gegen ärztlichen Rat als nach der Öffnung der Station (*Tabelle 6*). Zudem konnte ein Anstieg der anderen nicht-regulären Entlassungen beobachtet werden. Dieser zeigte sich als signifikant statistisch (*Tabelle 7*). Außerdem konnte eine Tendenz zum Rückgang der Entlassungen gemäß Teamkonsens nach der

Öffnung gesehen werden, jedoch die Unterschiede ergaben sich als nicht signifikant statistisch (*Tabelle 8*).



**Abb. 3: Nicht-reguläre Entlassungen** (Zeitraum 1 – vor der Öffnung der Station; Zeitraum 2 – nach der Öffnung der Station; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat; VEGT – vorzeitige Entlassung gemäß Teamkonsens; Verleg som – Verlegung ins somatische Krankenhaus)

	Entlassungen gegen ärztlichen Rat		Gesamt	p
	Ja	Nein		
<b>Z 1</b>	156 (41,16%)	223 (58,83%)	379 (52,2%)	
<b>Z 2</b>	114 (32,85%)	233 (67,14%)	347 (47,79%)	
<b>Gesamt</b>	270 (37,19%)	456 (62,8%)	726 (100%)	,021

**Tabelle 6: Entlassungen gegen ärztlichen Rat - Zeitraum 1 und Zeitraum 2** (Z 1 - Zeitraum 1, vor der Öffnung der Station; Z 2 - Zeitraum 2, nach der Öffnung der Station)

	Entlassungsart			p
	g.ä.R.	Andere nicht regulären Entlassungen	Gesamt	
<b>Z 1</b>	156 (73,23%)	57 (26,76%)	213 (50,47%)	
<b>Z 2</b>	114 (54,54%)	95 (45,45%)	209 (49,52%)	
<b>Gesamt</b>	270 (63,98%)	152 (36,01%)	422 (58,12%)	<,001

**Tabelle 7: Entlassungsart - Subgruppen Analyse** (Z 1 - Zeitraum 1, vor der Öffnung der Station; Z 2 - Zeitraum 2, nach der Öffnung der Station; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat)

Fälle		VEGT		p
		Ja	Nein	
Fälle Z 1 + Z 2	726 (100%)	71 (9,77%)	655 (90,22%)	,217
	379 (52,2%)	42 (11,08%)	337 (88,91%)	
	347 (47,79%)	29 (8,35%)	318 (91,64%)	

Tabelle 8: Entlassungen gemäß Teamkonsens - Zeitraum 1 und Zeitraum 2 (VEGT – vorzeitige Entlassung gemäß Teamkonsens; Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung der Station; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung der Station)

### 3.3 Der Einfluss der Öffnung der Station in Bezug auf die Entlassungsmodalität in verschiedenen Subgruppen

#### 3.3.1 Regressionsanalyse

Für jeden Zeitraum wurde anhand einer binären logistischen Regressionsanalyse untersucht, welche Faktoren die Art der Entlassung, regulär oder nicht regulär, beeinflussen. Im Zeitraum 1 haben sich anhand des Konfidenz-Intervalls (der nicht den Wert „1“ beinhalten sollte) und nach Überprüfung des Modells mittels Omnibus-Test bei einer Signifikanz von ,000 und mittels Hosmer-Lemeshow-Tests bei einer Signifikanz von ,653 folgende Faktoren als signifikant herauskristallisiert: Geschlecht, Diagnosen F12.2 und F14.2 (siehe *Tabelle 9*). Im Zeitraum 2 und nach Überprüfung gleicher Kriterien bei einer Signifikanz im Omnibus-Test von ,001 und im Hosmer-Lemeshow-Test von ,394 haben sich folgende Variablen identifiziert: Substitution und Diagnose F11.2 (siehe *Tabelle 10*). Die ausführlichen Ergebnisse der Regressionsanalyse sind im *Anhang 1* und *Anhang 2* dargestellt.

Faktor	Regressionskoeffizient B	ExpB	95% Konfidenzintervall	
			Unterer Wert	Oberer Wert
Geschlecht	,794	2,212	1,185	4,128
F12.2	,864	2,372	1,274	4,417
F14.2	1,162	3,195	1,549	6,593

Tabelle 9: Logistische Regression – Einfluss verschiedener Faktoren auf die Entlassungsmodalität – Zeitraum 1 (ExpB – Odds Ratio; F12.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom; F14.2 – Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom)

Faktor	Regressionskoeffizient B	ExpB	95% Konfidenzintervall	
			Unterer Wert	Oberer Wert
Substitution	,683	1,980	1,028	3,811
F11.2	,793	2,210	1,090	4,478

**Tabelle 10: Logistische Regression - Einfluss verschiedener Faktoren auf die Entlassungsmodalität - Zeitraum 2** (ExpB – Odds Ratio; F11.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom)

Für eine bessere Einschätzung des Einflusses der Öffnung der Station für bestimmte Kategorien wurde eine nähere Analyse sämtlicher Faktoren veranlasst. Zudem wurde für jeden Faktor eine Vergleichsanalyse zwischen den Entlassungen gegen ärztlichen Rat und den anderen nicht regulären Entlassungen erstellt. Diese Auswertung basiert auf den im *Kapitel 3.2* dargestellten signifikanten Unterschieden bei den Entlassungen gegen ärztlichen Rat. In der Analyse der statistischen Signifikanz wurden nur die Variablen miteinbezogen, die die Kriterien für einen Chi-Quadrat Test erfüllten.

### 3.3.2 Wohnsituation und Entlassungsart

Die Analyse des Einflusses der Öffnung der Station für verschiedene Wohnformen bei Aufnahme ergab keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der regulären und der nicht regulären Entlassungen (*Tabelle 11*). Es ließen sich jedoch einige Tendenzen erkennen. Die Patienten mit einer eigenen Wohnung beendeten sowohl vor als auch nach der Öffnung der Station seltener die Behandlung regulär. Folgende Patienten beendeten die Behandlung seltener regulär: Patienten mit eigener Wohnung, Patienten o.f.W., Patienten deren Wohnsituation unklar war. Es ließ sich eine Tendenz erkennen, dass die Patienten mit BeWo ambulant die Behandlung häufiger regulär beendeten nach der Öffnung der Station (die Zahl war allerdings sehr gering). Die Variable „unbekannt“ wurde in der Berechnung der statistischen Signifikanz miteinbezogen, um einen möglichen Einfluss auszuschließen. Die Gründe für die Häufigkeit der unbekannten Wohnsituation werden im nächsten Kapitel thematisiert.

Wohnsituation bei Aufnahme	Entlassungsart		Gesamt	p
	Reguläre Entlassung	Keine reguläre Entlassung		
Eigene Wohnung	Z 1	50 (42,37%)	68 (57,62%)	118 (31,13%)
	Z 2	37 (37%)	63 (63%)	100 (28,81%)
o.f.W.	Z 1	48 (50,52%)	47 (49,47%)	95 (25,06%)
	Z 2	39 (40,2%)	58 (59,79%)	97 (27,95%)
BeWo ambulant	Z 1	22 (62,85%)	13 (37,14%)	35 (9,23%)
	Z 2	28 (63,63%)	16 (36,36%)	44 (12,68%)
Soziotherapeutisches Wohnheim / andere Einrichtung	Z 1	12 (75%)	4 (25%)	16 (4,22%)
	Z 2	5 (83,33%)	1 (16,66%)	6 (1,72%)
sonstige	Z 1	25 (45,45%)	30 (54,54%)	55 (14,51%)
	Z 2	23 (45,09%)	28 (54,9%)	51 (14,69%)
Unbekannt	Z 1	9 (15%)	51 (85%)	60 (15,83%)
	Z 2	6 (12,24%)	43 (87,75%)	49 (14,12%)
Gesamt	Z 1	166 (43,79%)	213 (56,2%)	379 (52,2%)
	Z 2	138 (39,76%)	209 (60,23%)	347 (47,79%)
Gesamt		304 (41,87%)	422 (58,12%)	726 (100%)

Tabelle 11: **Wohnsituation bei Aufnahme und Entlassungsart** (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; o.f.W. – ohne festen Wohnsitz; BeWo – Betreutes Wohnen)

Die Patienten mit einer eigenen Wohnung, o.f.W. und mit unbekanntem Wohnstatus beendeten seltener die Behandlung g.ä.R. nach der Öffnung der Station (in dem Vergleich zwischen den Entlassungen g.ä.R. mit den anderen nicht regulären Entlassungen). Die Unterschiede in diesen Kategorien waren statistisch signifikant (siehe *Tabelle 12*). Die Fälle aus den Kategorien „BeWo ambulant“ und „soziotherapeutisches Wohnheim/andere Einrichtungen“ wurden bei nicht erfüllten Kriterien für einen Chi-Quadrat-Test aus der Berechnung ausgeschlossen.

Wohnsituation bei Aufnahme		Entlassungsart		Gesamt	p
		g.ä.R.	andere nicht reguläre Entlassungen		
Eigene Wohnung	Z 1	53 (77,94%)	15 (22,05%)	68 (34,69%)	,014
	Z 2	37 (58,73%)	26 (41,26%)	63 (32,81%)	
o.f.W.	Z 1	30 (63,82%)	17 (36,17%)	47 (23,97%)	,040
	Z 2	26 (44,82%)	32 (55,17%)	58 (30,2%)	
sonstige	Z 1	20 (66,66%)	10 (33,33%)	30 (15,2%)	,154
	Z 2	14 (50%)	14 (50%)	28 (14,58%)	
Unbekannt	Z 1	42 (82,35%)	9 (17,64%)	51 (26,02%)	,005
	Z 2	24 (55,81%)	19 (44,18%)	43 (22,39%)	
Gesamt	Z 1	145 (73,97%)	51 (26,02%)	196 (51,71%)	
	Z 2	101 (52,6%)	91 (47,39%)	192 (55,33%)	
Gesamt		246 (63,4%)	142 (19,55%)	388 (53,44%)	

**Tabelle 12: Wohnsituation bei Aufnahme: Vergleich Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen** (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat; o.f.W. – ohne festen Wohnsitz)

In der Unterkategorisierung der nicht regulären Entlassungen waren bei allen Wohnformen wenige Entlassungen g.ä.R. und wenige VEGT nach der Öffnung zu sehen. Eine statistische Signifikanz mittels Chi-Quadrat-Test durfte aufgrund der geringen Fallzahl nicht berechnet werden. Die ausführlichen Daten sind im *Anhang 3*.

### 3.3.3 Aufnahmemodalität und Entlassungsart

Des Weiteren wurde die Kategorie „Aufnahmemodalität“ analysiert, für die eine Öffnung der Station einen Einfluss haben könnte. Wichtig ist zu betonen, dass es sich um die initiale Aufnahme im Krankenhaus handelt (inklusive Patienten, die im späteren Verlauf auf die Station 13A verlegt wurden).

Sowohl die Patienten, die elektiv aufgenommen wurden, als auch die Patienten, die notfallmäßig zur Aufnahme kamen, beendeten seltener die Behandlung regulär nach der Öffnung der Station (*Tabelle 13*).

Aufnahmemodalität		Entlassungsart		Gesamt	p
		Reguläre Entlassung	Keine reguläre Entlassung		
Elektiv	Z 1	47 (47,47%)	52 (52,52%)	99 (26,12%)	,288
	Z 2	40 (40%)	60 (60%)	100 (28,81%)	
Notfallmäßig	Z 1	119 (42,5%)	161 (57,5%)	280 (73,87%)	,511
	Z 2	98 (39,67 %)	149 (60,32%)	247 (71,18%)	
Gesamt	Z 1	166 (43,79%)	213 (56,2%)	379 (52,2%)	
	Z 2	138 (39,76%)	209 (60,23%)	347 (47,79%)	
Gesamt		304 (41,87%)	422 (58,12%)	726 (100%)	

Tabelle 13: Aufnahmemodalität und Entlassungsart (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung)

Der Vergleich der Entlassungen g.ä.R. mit den anderen nicht regulären Entlassungen zeigte, dass die Patienten, die notfallmäßig aufgenommen wurden, seltener die Behandlung g.ä.R. beendeten. Das Ergebnis ist statistisch signifikant (Tabelle 14).

Aufnahmemodalität		Entlassungsart		Gesamt	p
		g.ä.R.	andere nicht reguläre Entlassung		
Elektiv	Z 1	32 (61,53%)	20 (38,46%)	52 (24,41%)	,306
	Z 2	33 (55%)	27 (45%)	60 (28,7%)	
Notfallmäßig	Z 1	124 (77,01%)	37 (22,98%)	161 (75,58%)	<,001
	Z 2	81 (54,36%)	68 (45,63%)	149 (71,29%)	
Gesamt	Z 1	156 (73,23%)	57 (26,76%)	213 (56,2%)	
	Z 2	114 (54,54%)	95 (45,45%)	209 (60,23%)	
Gesamt		270 (63,98%)	152 (36,01%)	422 (58,12%)	

Tabelle 14: Aufnahmemodalität: Vergleich Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat)

In der Analyse der nicht regulären Entlassungen lässt sich nach der Öffnung der Station folgendes erkennen: Bei den elektiven Aufnahmen war die Zahl der VEGT rückgängig. Die notfallmäßig aufgenommenen Patienten beendeten seltener die Behandlung g.ä.R. und wurden seltener gemäß Teamkonsens (VEGT) entlassen. Eine statistische Signifikanz durfte bei nicht erfüllten Kriterien für einen Chi-Quadrat-Test bei geringer Fallzahl nicht berechnet werden. Die detaillierte Darstellung dieser Daten befindet sich im *Anhang 4*.

### 3.3.4 Migrationshintergrund und Entlassungsart

Die nächste analysierte Variable war der Migrationshintergrund. In der Analyse wurden die „unbekannten“ Fälle (definiert als die Fälle, für die keine klaren Aussagen bzgl. des Migrationshintergrundes bei der Datenerhebung vorlagen) miteinbezogen, um einen potenziellen Einfluss dieser Fälle nicht auszuschließen. Nähere Angaben hinsichtlich der Anzahl und Rolle dieser Fälle sind im nächsten Kapitel zu finden.

Zwischen den regulären und den nicht regulären Entlassungen gab es vor und nach der Öffnung keine statistisch signifikanten Unterschiede. Tendenziell beendeten die Patienten ohne Migrationshintergrund öfters die Behandlung regulär nach der Öffnung der Station. Bei den anderen Kategorien sind die Unterschiede deutlich geringer (siehe *Tabelle 15*).

Migrations-hintergrund	Zeitraum	Entlassungsart		Gesamt	p
		Reguläre Entlassung	Keine reguläre Entlassung		
Ja	Z 1	37 (47,43%)	41 (52,56%)	78 (20,58%)	,326
	Z 2	33 (39,75%)	50 (60,24%)	83 (23,91%)	
Nein	Z 1	66 (51,16%)	63 (48,83%)	129 (34,03%)	,640
	Z 2	50 (54,34%)	42 (45,65%)	92 (26,51%)	
Ja mit Geburtsort in Deutschland	Z 1	14 (45,16%)	17 (54,83%)	31 (8,17%)	,309
	Z 2	18 (58,06%)	13 (41,93%)	31 (8,93)	
Unbekannt	Z 1	49 (34,75%)	92 (65,24%)	141 (37,2%)	,121
	Z 2	37 (26,24%)	104 (73,75%)	141 (40,63%)	
Gesamt	Z 1	166 (43,79%)	213 (56,2%)	379 (52,2%)	
	Z 2	138 (39,76%)	209 (60,23%)	347 (47,79%)	
<b>Gesamt</b>		<b>304 (41,87%)</b>	<b>422 (58,12%)</b>	<b>726 (100%)</b>	

*Tabelle 15: Migrationshintergrund und Entlassungsart* (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung)

Die Analyse der Entlassungen gegen ärztlichen Rat im Vergleich zu den anderen nicht regulären Entlassungen ergab nur in der Gruppe mit unbekanntem Migrationsstatus statistisch signifikante Unterschiede, wie in der *Tabelle 16* dargestellt. In dieser Gruppe zeigte sich ein Rückgang der Entlassungen g.ä.R. nach der Öffnung der Station. In der Gruppe ohne Migrationshintergrund ließ sich ebenfalls eine Tendenz zu seltener Beendigung der Behandlung g.ä.R. nach der Öffnung. Die Gruppe mit Migrationshintergrund und Geburtsort in Deutschland wurde aufgrund der geringen Fallzahl aus der Berechnung ausgeschlossen.

Migrationshintergrund	Zeitraum	Entlassungsart		Gesamt	p
		g.ä.R.	andere nicht reguläre Entlassungen		
Ja	Z 1	27 (65,85%)	14 (34,14%)	41 (20,91%)	,230
	Z 2	28 (56%)	22 (44%)	50 (25,51%)	
Nein	Z 1	43 (68,25%)	20 (31,74%)	63 (32,14%)	,170
	Z 2	24 (57,14%)	18 (42,85%)	42 (21,42%)	
Unbekannt	Z 1	74 (80,43%)	18 (19,56%)	92 (46,93%)	<,001
	Z 2	52 (50%)	52 (50%)	104 (53,06%)	
Gesamt	Z 1	144 (73,46%)	52 (26,53%)	196 (51,71%)	
	Z 2	104 (53,06%)	92 (46,93%)	196 (56,48%)	
Gesamt		248 (63,26%)	144 (36,73%)	392 (53,99%)	

Tabelle 16: Migrationshintergrund - Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat)

Die Analyse der nicht regulären Entlassungen zeigte, dass die Patienten, unabhängig vom Migrationshintergrund, tendenziell seltener gemäß Teamkonsens nach der Öffnung entlassen wurden. Detaillierte Angaben diesbezüglich befinden sich im *Anhang 5*.

### 3.3.5 Deutschkenntnisse und Entlassungsart

Die Analyse der Deutschkenntnisse zeigte keine statistisch signifikanten Veränderungen nach der Öffnung der Station, in Bezug auf die Entlassungsmodalität, wie in *Tabelle 17* dargestellt. Die „unbekannten“ Fälle wurden aus der Analyse aufgrund der geringen Anzahl (1 Fall pro Zeitraum) ausgeschlossen. Ein Rückgang der regulären Entlassungen konnte beobachtet werden.

Deutschkenntnisse	Zeitraum	Entlassungsart		Gesamt	p
		Reguläre Entlassung	Keine reguläre Entlassung		
Nicht ausreichend	Z 1	9 (47,36%)	10 (52,63%)	19 (5,02%)	,643
	Z 2	8 (40%)	12 (60%)	20 (5,78%)	
Ausreichend	Z 1	157 (43,73%)	202 (56,26%)	359 (94,97%)	,307
	Z 2	130 (3,98%)	196 (60,12%)	326 (94,21%)	
Gesamt	Z 1	166 (43,91%)	212 (56,08%)	378 (52,2%)	
	Z 2	138 (39,88%)	208 (60,11%)	346 (47,79%)	
Gesamt		304 (41,98%)	420 (58,11%)	724 (99,72%)	

Tabelle 17: Deutschkenntnisse und Entlassungsart (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung, Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung)

In der Vergleichsanalyse der Entlassungen gegen ärztlichen Rat mit den anderen nicht regulären Entlassungen ergaben sich statistisch signifikante Unterschiede in der Gruppe

der Fälle mit ausreichenden Deutschkenntnissen. Dabei ließ sich ein deutlicher Rückgang der Entlassungen gegen ärztlichen Rat erkennen. Die Anzahl der anderen nicht regulären Entlassungen nahm zu (*Tabelle 18*). Eine Berechnung der statistischen Signifikanz für die anderen Deutschkenntnisse-Variablen durfte aufgrund der geringen Fallzahl nicht durchgeführt werden.

Deutsch- kenntnisse	Zeitraum	Entlassungsart		Gesamt	p
		g.ä.R.	andere nicht reguläre Entlassungen		
Ausreichend	Z 1	149 (73,76%)	53 (26,23%)	202 (53,29%)	<,001
	Z 2	105 (53,57%)	91 (46,42%)	196 (56,48%)	
<b>Gesamt</b>		<b>254 (63,81%)</b>	<b>144 (36,18%)</b>	<b>398 (54,82%)</b>	

*Tabelle 18: Deutschkenntnisse: Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen* (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat)

In der Analyse der Gruppe der nicht regulären Entlassungen (*Anhang 6*) zeigte sich in der Gruppe der Fälle mit ausreichenden Deutschkenntnissen eine Verringerung der Anzahl an Entlassungen gegen ärztlichen Rat als auch an VEGT. Die Zahl der Entweichungen nahm leicht zu. In der Gruppe der Fälle ohne ausreichende Deutschkenntnisse ließ sich eine leichte Zunahme der Entlassungen gegen ärztlichen Rat erkennen. Eine statistische Signifikanz ließ sich bei nicht erfüllten Kriterien für ein Chi-Quadrat-Test nicht berechnen.

### 3.3.6 Gesetzliche Betreuung und Entlassungsart

Hinsichtlich des möglichen Einflusses der Öffnung der Station in Bezug auf die Variable „gesetzliche Betreuung“ auf die Entlassungsmodalität zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede im Bereich der Fälle mit umfassender gesetzlicher Betreuung; hier konnte eine deutliche Zunahme der nicht regulären Entlassungen gesehen werden bei einem deutlichen Anstieg der Gesamtzahl an Patienten mit einer umfassenden gesetzlichen Betreuung (*Tabelle 19*). Die Fälle, für die keine Informationen hinsichtlich der gesetzlichen Betreuung gewonnen werden konnte, wurden von der Analyse bei geringer Zahl (zwei Fälle im Zeitraum 1 und 10 Fälle im Zeitraum 2) ausgeschlossen.

Gesetzliche Betreuung	Zeitraum	Entlassungsart		Gesamt	p
		Reguläre Entlassung	Keine reguläre Entlassung		
Nein	Z 1	145 (42,39%)	197 (57,6%)	342 (90,71%)	,474
	Z 2	116 (39,59%)	177 (60,4%)	293 (86,94%)	
Teilbereich	Z 1	6 (37,5%)	10 (62,5%)	16 (4,24%)	,263
	Z 2	6 (60%)	4 (40%)	10 (2,96%)	
Umfassend	Z 1	13 (68,42%)	6 (31,57%)	19 (5,03%)	,003
	Z 2	9 (26,47%)	25 (73,52%)	34 (10,08%)	
Gesamt	Z 1	164 (43,5%)	213 (56,49%)	377 (52,8%)	
	Z 2	131 (38,87%)	206 (61,12%)	337 (47,19%)	
<b>Gesamt</b>		<b>295 (41,31%)</b>	<b>419 (58,68%)</b>	<b>714 (100%)</b>	

Tabelle 19: **Gesetzliche Betreuung und Entlassungsart** (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung)

In dem Vergleich zwischen den Entlassungen gegen ärztlichen Rat und den anderen nicht regulären Entlassungen konnte man in der Gruppe der Fälle ohne gesetzliche Betreuung einen statistisch signifikanten Unterschied sehen. Dabei kam ein Rückgang der Entlassungen gegen ärztlichen Rat nach der Öffnung der Station zur Darstellung. Die anderen nicht regulären Entlassungen nahmen zu (Tabelle 20).

Gesetzliche Betreuung	Zeitraum	Entlassungsart		Gesamt	p
		g.ä.R.	andere nicht reguläre Entlassung		
Nein	Z 1	144 (73,09%)	53 (25,9%)	197 (51,97%)	<,001
	Z 2	98 (55,36%)	79 (44,63%)	177 (51%)	
<b>Gesamt</b>		<b>242 (64,7%)</b>	<b>132 (35,29%)</b>	<b>374 (51,51%)</b>	

Tabelle 20: **Gesetzliche Betreuung: Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen** (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat)

Im *Anhang 7* sind die Subgruppen der nicht regulären Entlassungsformen dargestellt. Die Patienten ohne gesetzliche Betreuung und die Patienten mit Betreuung im Teilbereich beendeten seltener die Behandlung g.ä.R. nach der Öffnung der Station. Ein Rückgang konnte ebenfalls für die VEGT in der Gruppe ohne gesetzliche Betreuung gesehen werden.

### 3.3.7 Rechtsstatus bei Aufnahme und Entlassungsart

Es ist zu betonen, dass es sich um den Rechtsstatus bei Aufnahme im Krankenhaus handelt (nicht nur die Fälle, die direkt auf der Station 13A aufgenommen wurden). Die Rolle des Rechtsstatus bei der Aufnahme war in der Bewertung der Kategorien der nicht-regulären Entlassungen und der regulären Entlassungen nicht statistisch signifikant, wie in *Tabelle 21* dargestellt; es ließ sich eher eine Konstanz erkennen.

Rechtsstatus	Zeitraum	Entlassungsart		Gesamt	p
		Reguläre Entlassung	Keine reguläre Entlassung		
Freiwillig	Z 1	158 (43,52%)	205 (56,47%)	363 (95,77%)	,353
	Z 2	135 (40,05%)	202 (59,94%)	337 (97,11%)	
Nach BGB	Z 1	3 (100%)	0 (0%)	3 (0,79%)	,083
	Z 2	1 (33,33%)	2 (66,66%)	3 (0,86%)	
Nach PsychKG	Z 1	5 (38,46%)	8 (61,53%)	13 (3,43%)	,658
	Z 2	2 (28,57%)	5 (71,42%)	7 (2,01%)	
Gesamt	Z 1	166 (4,22%)	213 (56,2%)	379 (100%)	
	Z 2	138 (39,76%)	209 (60,23%)	347 (100%)	
<b>Gesamt</b>		<b>304 (41,87%)</b>	<b>422 (58,12%)</b>	<b>726 (100%)</b>	

*Tabelle 21: Rechtsstatus und Entlassungsmodalität* (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; BGB – Betreuungsrecht; PsychKG – Psychisch-Kranken-Gesetz)

In dem Vergleich der Entlassungen gegen ärztlichen Rat mit den anderen nicht regulären Entlassungen zeigte sich, dass die Zahl der Entlassungen g.ä.R. bei freiwillig aufgenommenen Patienten nach der Öffnung rückgängig war. Das Ergebnis ist statistisch signifikant (*Tabelle 22*). Die Fälle, die nach BGB oder nach PsychKG aufgenommen wurden, wurden aufgrund der geringen Fallzahl aus der Auswertung ausgeschlossen.

Rechtsstatus	Zeitraum	Entlassungsart		Gesamt	p
		g.ä.R.	andere nicht reguläre Entlassungen		
Freiwillig	Z 1	148 (72,19%)	57 (27,8%)	205 (54,08%)	<,001
	Z 2	108 (53,46%)	94 (46,53%)	202 (58,21%)	
<b>Gesamt</b>		<b>256 (62,89%)</b>	<b>151 (37,1%)</b>	<b>407 (56,06%)</b>	

*Tabelle 22: Rechtsstatus: Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen* (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat)

Die Darstellung der nicht regulären Entlassungen zeigte einen Rückgang sowohl der Entlassungen gegen ärztlichen Rat als auch der VEGT nach der Öffnung der Station (*Anhang 8*). Die Gruppen, die nach BGB oder nach PsychKG aufgenommen wurden, wurden aufgrund der geringen Fallzahl ausgeschlossen. Ein Chi-Quadrat-Test war bei geringer Fallzahl hier ebenfalls nicht zulässig.

### 3.3.8 Faktor Suizidalität/Suizidversuch und Entlassungsart

Die Äußerung von Suizidgedanken/Suizidabsichten bei Aufnahme im Krankenhaus und die Suizidversuche in den letzten 24 Stunden vor der Aufnahme wurden ebenfalls untersucht. In *Tabelle 23* kann man sehen, dass sowohl vor als auch nach der Öffnung eine Tendenz zu nicht regulären Beendigung der Behandlung für die Patienten bestand, die bei Aufnahme Suizidgedanken oder Suizidabsichten äußerten. Bezüglich der Suizidversuche innerhalb der letzten 24 Stunden vor Aufnahme wurde auf eine nähere Analyse aufgrund der geringen Anzahl an Fällen verzichtet. Die Fälle deren Suizidanamnese nicht klar eruiert werden konnte, wurden ebenfalls aufgrund der geringen Fallzahl aus der Berechnung ausgeschlossen.

Faktor	Zeitraum	Entlassungsart		Gesamt	p
		Reguläre Entlassung	Keine reguläre Entlassung		
Suizidalität bei Aufnahme	Z 1	44 (40%)	66 (60%)	110 (93,22%)	,883
	Z 2	41 (41%)	59 (59%)	100 (90,9%)	
Suizidversuch in der letzten 24 Std. vor Aufnahme	Z 1	2 (25%)	6 (75%)	8 (6,77%)	,502
	Z 2	4 (40%)	6 (60%)	10 (9,09%)	
Gesamt	Z 1	46 (38,98%)	72 (61,01%)	118 (31,13%)	
	Z 2	45 (40,9%)	65 (59,09%)	110 (31,7%)	
Gesamt		91 (39,91%)	137 (60,08%)	228 (31,4%)	

*Tabelle 23: Suizidalität und Entlassungsmodalität* (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung)

In der Analyse der Entlassungen gegen ärztlichen Rat und der anderen nicht regulären Entlassungen ergab sich ein statistisch signifikanter Rückgang der Entlassungen gegen ärztlichen Rat im Zeitraum 2, sowohl in der Gruppe der Patienten ohne als auch in der Gruppe mit suizidalen Äußerungen/Absichten bei Aufnahme (*Tabelle 24*). Die Fälle deren Suizidanamnese nicht klar eruiert werden konnte und die Fälle mit einem

Suizidversuch in den letzten 24Std. vor Aufnahme wurden aufgrund der geringen Fallzahl aus der Berechnung ausgeschlossen.

Suizidalität bei Aufnahme	Zeitraum	Entlassungsart		Gesamt	p
		g.ä.R.	andere nicht reguläre Entlassungen		
Ja	Z 1	53 (80,3%)	13 (19,69%)	66 (31,57%)	<,001
	Z 2	27 (45,76%)	32 (54,23%)	59 (28,78%)	
Nein	Z 1	99 (69,23%)	44 (30,76%)	143 (68,42%)	,020
	Z 2	83 (56,84%)	63 (43,15%)	146 (71,21%)	
Gesamt	Z 1	152 (72,72%)	57 (27,27%)	209 (55,14%)	
	Z 2	110 (53,65%)	95 (46,34%)	205 (59,07%)	
<b>Gesamt</b>		262 (63,28%)	152 (36,71%)	414 (57,02%)	

**Tabelle 24: Suizidalität bei Aufnahme: Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen**  
(Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat)

Die Unterteilung der nicht regulären Entlassungen zeigte zudem in der Gruppe der Patienten, die keine Suizidgedanken/-absichten bei Aufnahme angegeben hatten einen Rückgang der VEGT nach der Öffnung (siehe *Anhang 9*). Eine statistische Signifikanz anhand des Chi-Quadrat-Test zu ermitteln, war aufgrund der geringen Fallzahl jedoch nicht zulässig.

### 3.3.9 Krampfanfall-Anamnese und Entlassungsart

Der mögliche Einfluss der Öffnung der Station in der Gruppe mit einer positiven Krampfanfall-Anamnese auf die Entlassungsmodalität ist in *Tabelle 25* dargestellt. Ein deutlicher Unterschied zwischen Zeitraum 1 und Zeitraum 2 konnte nicht gesehen werden. Nach der Öffnung ließ sich jedoch eine Zunahme der Fälle mit einer positiven Krampfanfall-Anamnese erkennen.

Krampfanfall-Anamnese	Zeitraum	Entlassungsart		Gesamt	p
		Reguläre Entlassung	Keine reguläre Entlassung		
Ja	Z 1	50 (45,45%)	60 (54,54%)	110 (29,02%)	,588
	Z 2	52 (41,93%)	72 (58,06%)	124 (35,73%)	
Nein	Z 1	109 (47,59%)	120 (52,4%)	229 (60,42%)	,275
	Z 2	79 (42,24%)	108 (57,75%)	187 (53,89%)	
Unbekannt	Z 1	7 (17,5%)	33 (82,5%)	40 (10,55%)	,827
	Z 2	7 (19,44%)	29 (80,55%)	36 (10,37%)	
Gesamt	Z 1	166 (43,79%)	213 (56,2%)	379 (52,2%)	
	Z 2	138 (39,76%)	209 (60,23%)	347 (47,79%)	
<b>Gesamt</b>		<b>304 (41,87%)</b>	<b>422 (58,12%)</b>	<b>726 (100%)</b>	

Tabelle 25: Krampfanfall-Anamnese und Entlassungsmodalität (Z 1 - Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung)

In der Analyse der Entlassungen g.ä.R und der anderen nicht regulären Entlassungen zeigte sich ein Rückgang der Entlassungen g.ä.R. nach der Öffnung der Station in der Gruppe der Patienten ohne Krampfanfälle in der Vorgeschichte. Diese Entwicklung konnte auch bei den Fällen, deren Krampfanfall-Anamnese nicht eruiert werden konnte, festgestellt werden. Mögliche Einflüsse in dieser Gruppe werden im nächsten Kapitel diskutiert. Die Ergebnisse waren statistisch signifikant (Tabelle 26).

Krampfanfall-Anamnese	Zeitraum	Entlassungsart		Gesamt	p
		g.ä.R.	andere nicht reguläre Entlassungen		
Ja	Z 1	43 (71,66%)	17 (28,33%)	60 (28,16%)	,105
	Z 2	43 (59,72%)	29 (40,27%)	72 (34,44%)	
Nein	Z 1	87 (72,5%)	33 (27,5%)	120 (56,33%)	,002
	Z 2	57 (52,77%)	51 (47,22%)	108 (51,67%)	
Unbekannt	Z 1	26 (78,78%)	7 (21,21%)	33 (15,49%)	,012
	Z 2	14 (48,27%)	15 (51,72%)	29 (13,87%)	
Gesamt	Z 1	156 (73,23%)	57 (26,76%)	213 (56,2%)	
	Z 2	114 (54,54%)	95 (45,45%)	209 (60,23%)	
<b>Gesamt</b>		<b>270 (63,98%)</b>	<b>152 (36,01%)</b>	<b>422 (58,12%)</b>	

Tabelle 26: Krampfanfall-Anamnese: Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat)

In einer detaillierteren Analyse der nicht regulären Entlassungen konnte gesehen werden, wie im *Anhang 10* ausführlich dargestellt, dass die Zahl der VEGT unabhängig von der Krampfanfall-Anamnese rückgängig war. Die Fälle deren Krampfanfall-Status nicht

eruiert werden konnte, zeigten ein Rückgang sowohl der Entlassungen g.ä.R. als auch der VEGT. Die statistische Signifikanz durfte bei nicht erfüllten Kriterien für den Chi-Quadrat-Test nicht berechnet werden.

### 3.3.10 Delir-Anamnese und Entlassungsart

Die Delir-Anamnese und die möglichen Auswirkungen der Veränderung des Sicherungsgrades der Station in Bezug auf die Entlassungsmodalität sind in der *Tabelle 27* dargestellt. Ein statistisch signifikanter Einfluss auf die Entlassungsmodalität (subgruppiert in regulär und nicht regulär) konnte nicht gesehen werden. Es zeigte sich ein Trend zu seltener regulären Behandlungsbeendigung nach der Öffnung sowohl bei positiver als auch bei negativer Delir-Anamnese.

Delir-Anamnese	Zeitraum	Entlassungsart		Gesamt	p
		Reguläre Entlassung	Keine reguläre Entlassung		
Ja	Z 1	37 (49,33%)	38 (50,66%)	75 (19,78%)	,400
	Z 2	27 (42,18%)	37 (57,81%)	64 (18,44%)	
Nein	Z 1	118 (47,96%)	128 (52,03%)	246 (64,9%)	,208
	Z 2	91 (42,12%)	125 (57,87%)	216 (62,24%)	
Unbekannt	Z 1	11 (18,96%)	47 (81,03%)	58 (15,3%)	,160
	Z 2	20 (29,85%)	47 (70,14%)	67 (19,3%)	
Gesamt	Z 1	166 (43,79%)	213 (56,2%)	379 (52,2%)	
	Z 2	138 (39,76%)	209 (60,23%)	347 (47,79%)	
<b>Gesamt</b>		<b>304 (41,87%)</b>	<b>422 (58,12%)</b>	<b>726 (100%)</b>	

*Tabelle 27: Delir-Anamnese und Entlassungsmodalität* (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung)

Die Analyse der Entlassungen gegen ärztlichen Rat und der anderen nicht regulären Entlassungsarten ergab einen Rückgang der Entlassungen g.ä.R. nach der Öffnung der Station bei positiver und bei unbekannter Delir-Anamnese (*Tabelle 28*). Nähere Angaben zu dieser Gruppe und deren möglichen Einflüssen finden sich im nächsten Kapitel. Die Ergebnisse waren statistisch signifikant.

Delir-Anamnese	Zeitraum	Entlassungsart		Gesamt	p
		g.ä.R.	andere nicht reguläre Entlassungen		
Ja	Z 1	28 (73,68%)	10 (26,31%)	38 (17,84%)	,144
	Z 2	22 (59,45%)	15 (40,54%)	37 (17,7%)	
Nein	Z 1	90 (70,31%)	38 (29,68%)	128 (60,09%)	,013
	Z 2	70 (56%)	55 (44%)	125 (59,8%)	
Unbekannt	Z 1	38 (80,85%)	9 (19,14%)	47 (22,06%)	,001
	Z 2	22 (46,8%)	25 (53,19%)	47 (22,48%)	
Gesamt	Z 1	156 (73,23%)	57 (26,76%)	213 (56,2%)	
	Z 2	114 (54,54%)	95 (45,45%)	209 (60,23%)	
<b>Gesamt</b>		<b>270 (63,98%)</b>	<b>152 (36,01%)</b>	<b>422 (58,12%)</b>	

Tabelle 28: **Delir-Anamnese: Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen** (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat)

In der Analyse der nicht regulären Entlassungsformen (*Anhang 11*) zeigte sich ein Rückgang der Entlassungen gegen ärztlichen Rat in allen Subgruppen. Zudem wurde ein Rückgang der VEGT in den Gruppen mit und ohne positiver Delir-Anamnese. Eine Zunahme der Anzahl der Entweichungen konnte in der Gruppe ohne positive Delir-Anamnese gesehen werden. Für die Durchführung eines Chi-Quadrat-Test zur Berechnung der Signifikanz waren die Kriterien nicht erfüllt.

### 3.3.11 Diagnose und Entlassungsart

Hinsichtlich der Analyse in Bezug auf Diagnose und Entlassungsmodalität wurden bereits Anfang des Kapitels die Ergebnisse der Regressionsanalyse dargestellt. In der *Tabelle 29* sind alle Diagnosen im Vergleich präsentiert. Statistisch signifikante Ergebnisse zeigten sich nicht, man konnte aber sehen, dass für alle Diagnosen mit Ausnahme F13.2 und F14.2 die Anzahl an regulären Entlassungen im Zeitraum 2 sank. Für die Diagnosen F13.2 und F14.2 erkannte man einen Trend hin zu statistischer Signifikanz für die Zunahme der regulären Entlassungen, für F14.2 mit einem p-Wert von ,063. Die Prozente beziehen sich auf die Anzahl der Fälle im jeweiligen Zeitraum (Zeitraum 1: 379, Zeitraum 2: 347) bzw. auf die Gesamtzahl der in der Studie eingeschlossene Fälle (N=726). Die prozentuelle Darstellung der regulären und nicht regulären Entlassungen bezieht sich auf die Anzahl der Fälle mit einer bestimmten Diagnose im jeweiligen Zeitraum.

Diagnose	Zeitraum	Entlassungsart		Gesamt	p
		Regulär	Nicht regulär		
F10.0	Z 1	74 (49%)	77 (50,99%)	151 (39,84%)	,712
	Z 2	49 (46,66%)	56 (53,33%)	105 (30,25%)	
F10.2	Z 1	112 (45,71%)	133 (54,28%)	245 (64,64%)	,532
	Z 2	89 (42,78%)	119 (57,21%)	208 (59,94%)	
F11.2	Z 1	103 (43,09%)	136 (56,9%)	239 (63,06%)	,372
	Z 2	91 (39,05%)	142 (60,94%)	233 (67,14%)	
F12.2	Z 1	24 (30%)	56 (70%)	80 (21,1%)	,662
	Z 2	23 (46,93%)	46 (93,87%)	49 (14,12%)	
F13.2	Z 1	40 (40,81%)	58 (59,18%)	98 (25,85%)	,395
	Z 2	45 (46,87%)	51 (53,12%)	96 (27,66%)	
F14.2	Z 1	13 (24,07%)	41 (75,92%)	54 (14,24%)	,063
	Z 2	25 (40,32%)	37 (59,67%)	62 (17,86%)	
F15.2	Z 1	8 (42,1%)	11 (57,89%)	19 (5,01%)	,582
	Z 2	6 (33,33%)	12 (66,66%)	18 (5,18%)	
F32.2/F33.2	Z 1	28 (50%)	28 (50%)	56 (14,77%)	1,000
	Z 2	23 (50%)	23 (50%)	46 (13,25%)	
F20.0	Z 1	17 (41,46%)	24 (58,53%)	41 (10,81%)	,874
	Z 2	16 (43,24%)	21 (56,75%)	37 (10,66%)	

Tabelle 29: **Diagnose und Entlassungsart** (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; F10.0 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: akute Intoxikation; F10.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom; F11.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom; F12.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom; F13.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom; F14.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom; F15.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulantien, einschließlich Koffein; F32.2 - Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome; F33.2 - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode; F20.0 - Paranoide Schizophrenie)

### 3.3.12 Substitution und Entlassungsart

Die Verteilung der substituierten Patienten war in den beiden Zeiträumen vergleichbar. Aus insgesamt 379 Fällen im Zeitraum 1 befanden sich 164 Patienten in Substitution (ca. 34%); im Zeitraum 2 befanden sich 160 Patienten in Substitution aus insgesamt 347 Fällen (ca. 46%). Die Substitutionsbehandlung und deren Einflüsse auf die Entlassungsmodalität sind in *Tabelle 30* dargestellt. Ein Einfluss der Substitutionsbehandlung auf die Entlassungsmodalität konnte nach der statistischen Berechnung nicht entnommen werden.

Substitution	Zeitraum	Entlassungsart		Gesamt	p
		Regulär	Nicht regulär		
Ja	Z 1	76 (46,34%)	88 (53,65%)	164 (43,27%)	,897
	Z 2	73 (45,62%)	87 (54,37%)	160 (46,1%)	
<b>Gesamt</b>		149 (45,98%)	175 (54,01%)	324 (44,62%)	

Tabelle 30: **Substitution und Entlassungsart** (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung)

## 4 Diskussion

Die qualifizierte Entzugsbehandlung als Qualitätsmerkmal einer Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen bringt, in Anbetracht der Besonderheiten suchtkranker Patienten, zahlreiche Herausforderungen mit sich und unterscheidet sich in vielen Aspekten von den Behandlungen im allgemeinpsychiatrischen Bereich. Einige bisherige Studien untersuchten die Öffnung allgemeinpsychiatrischer Stationen. Nach unseren Kenntnissen ist dies die erste Studie in Deutschland, die sich der Öffnung einer psychiatrischen Station zum qualifizierten Drogenentzug in einer Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen widmet. Es gibt keine vergleichbare Literatur und somit fehlt eine empirische Evidenz, welche Strategie (1. freiwillige Behandlung, aber mit geschlossener Tür, 2. semipermeabel, wie in unserem skizzierten Öffnungsmodell oder 3. komplett offen geführt, wie dies auch im Alkoholentzug gemacht wird) eine optimale Behandlungsoption darstellt.

### 4.1 Modifikation der regulären Entlassungen

*Führt die Öffnung der Station zu einer positiven Veränderung der Anzahl der regulären Entlassungen?*

In dieser Studie können wir keinen Nachweis für eine Zunahme regulär abgeschlossener Behandlungen nach der Öffnung der Station finden. Es kann aber auch keine deutliche Verringerung der Anzahl der regulären Entlassungen gezeigt werden. Ob für die Patienten die Möglichkeit die Behandlung jederzeit abzubrechen zu einer Zunahme der Therapiebereitschaft führt, kann anhand der Ergebnisse dieser Studie nicht bestätigt werden. Es wäre von großer Bedeutung zu erfahren, wie die Patienten konkret eine offene Station, die durch einen Schließmechanismus gesichert ist, wahrnehmen. Mit dem Drücken des Notfallknopfes ist eine vorzeitige Beendigung der Behandlung verknüpft. Die Patienten haben streng geregelte Ausgänge, die öfter von der Teilnahme an Therapien und der Anpassung an Regeln abhängig sind. Somit können sich die Patienten, trotz der Möglichkeit die Therapie jederzeit abzubrechen, in den eigenen Entscheidungen und in der Autonomie eingeschränkt fühlen. Möglicherweise hat dieser Faktor einen Einfluss auf die Entlassungsmodalität. Von Interesse wäre auch, ob eine offene Station ohne diesen Schließmechanismus zu anderen Ergebnissen führt.

## 4.2 Entwicklung der nicht regulären Entlassungen

*Gibt es Veränderungen in der Kategorie der nicht regulären Entlassungen?*

In der näheren Auswertung der nicht regulären Entlassungen ist ein statistisch signifikanter Rückgang der Entlassungen gegen ärztlichen Rat nach der Öffnung der Station zu sehen. Die anderen nicht regulären Entlassungen zeigten eine Zunahme nach der Öffnung der Station. Dieses Phänomen kann dadurch erklärt werden, dass im zweiten Zeitraum das Entlassungs-/Motivationsgespräch fehlt; somit wird möglicherweise die Anzahl der Entlassungen gegen ärztlichen Rat durch die Behandlungsabbrüche nach Betätigung des Notfallknopfes kompensiert.

Ein interessanter Aspekt ist die Anzahl der vorzeitigen Entlassungen gemäß Teamkonsens. Nach der Öffnung der Station kann ein deutlicher Rückgang dieser Art von Entlassungen gesehen werden. Dieses Ergebnis kann dadurch erklärt werden, dass die Patienten durch die Autonomie und das Miteinbeziehen in die Therapie seltener gegen die Regeln der Station verstößen. Eine andere Erklärung dafür wäre, dass diese Patienten möglicherweise die Behandlung vorzeitig abbrechen (z. B. durch Betätigung des Notfallknopfes), bevor es zu einer vorzeitigen Entlassung gemäß Teamkonsens kommt. Eine statistische Signifikanz ergibt sich jedoch für die Gruppe nicht.

## 4.3 Faktoren mit potenziellem Einfluss auf die Entlassungsmodalität

*Gibt es soziodemographische oder behandlungsabhängige Faktoren, die einen Einfluss auf die Entlassungsmodalität haben?*

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse, die eine statistische Signifikanz für den Einfluss einiger Faktoren auf die Entlassungsmodalität zeigen, scheinen eher zufälliger Art zu sein. Es ergeben sich zwar signifikante Prädiktoren, aber ihr Einfluss scheint eher gering zu sein, worauf der niedrige Regressionskoeffizient sowie die Größe des Konfidenzintervalls hindeuten.

#### 4.3.1 Wohnsituation

Anhand dieser Studie kann festgestellt werden, dass die Wohnsituation eine wichtige Rolle in der Behandlung spielt. Die Gruppe der Patienten mit einer eigenen Wohnung beenden seltener die Behandlung regulär. Diese Tendenz ist vor allem nach der Öffnung der Station zu sehen. Diese Umwandlung könnte auch durch die erhöhte Autonomie und die Sicherheit, sich in die eigene Wohnung zurückziehen zu können, erklärt werden. Wenn man aber eine eigene Wohnung als protektiven Faktor betrachtet, würde man erwarten, dass die Patienten ohne einen festen Wohnsitz seltener die Behandlung abbrechen, was aber anhand dieser Studie bei einer niedrigeren Anzahl an Patienten ohne festen Wohnsitz, die die Behandlung regulär beendeten, nicht festgestellt werden konnte. Die Öffnung der Station scheint in der Gruppe der anderen Wohnformen, die in der Studie miteinbezogen worden sind (ambulant betreutes Wohnen, soziotherapeutisches Wohnheim/andere Einrichtung) jedoch keinen signifikanten Einfluss hinsichtlich der Entlassungsart (regulär und nicht regulär) zu haben. In der Darstellung der nicht regulären Entlassungen kann ein Rückgang der Entlassungen gegen ärztlichen Rat und der vorzeitigen Entlassungen gemäß Teamkonsens gesehen werden. Dieser war möglicherweise durch die Entlassungen durch Betätigung des Notfallknopfes kompensiert. Statistisch signifikante Unterschiede ergeben sich in der Analyse der Entlassungen gegen ärztlichen Rat im Vergleich zu den anderen nicht regulären Entlassungen in der Gruppe der Patienten mit einer eigenen Wohnung, ohne festen Wohnsitz, sonstige Wohnformen. Dieser Aspekt bekräftigt die wichtige Rolle der Wohnsituation auf den Behandlungsverlauf. Interessant ist aber die Kategorie der Patienten, deren Wohnsituation aus verschiedenen Gründen nicht eruiert werden konnte. Diese Kategorie scheint von der Öffnung der Station beeinflusst zu sein – im Sinne einer Verringerung der Anzahl der Entlassungen gegen ärztlichen Rat nach der Öffnung der Station - auch wenn die Signifikanz der anderen Variablen nicht beeinflusst wird. Es stellt sich aber die Frage, warum diese Information nicht erhoben werden konnte. Eine Rolle könnten z. B. eine notfallmäßige Aufnahme, eine kurze Behandlungsdauer bzw. eine starke Intoxikation spielen, die die Erhebung näherer Informationen deutlich erschwert. In diesen Fällen wäre es wichtig zu eruieren, wie man trotz verschiedener Herausforderungen diese Daten erheben kann.

### **4.3.2 Migrationshintergrund**

Das gleiche Problem wie bereits oben beschrieben besteht auch hinsichtlich des Migrationshintergrundes. Die „unbekannten“ Fälle kommen ebenfalls oft vor, sodass auch hier Verbesserungsbedarf besteht. Anhand der nicht eindeutigen Unterschiede in dieser Subgruppe und die signifikanten Unterschiede nur in der Gruppe mit unbekanntem Migrationsstatus kann man nur betonen, dass ein Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Erhebung des Migrationsstatus mit dem Zweck einer eventuell kulturell angepassten Behandlungsoptimierung besteht.

### **4.3.3 Deutschkenntnisse**

Die Deutschkenntnisse scheinen ebenfalls keinen signifikanten Einfluss auf die regulären Entlassungen zu haben. Es wäre zu erwarten gewesen, dass die Patienten mit ausreichenden Deutschkenntnissen, v. a. diejenigen, die keinen Dolmetscher benötigen, sich in der Gruppe und in der Therapie besser integrieren können und seltener die Behandlung vorzeitig beenden. Es ist jedoch eine Verringerung der regulären Entlassungen nach der Öffnung der Station in dieser Gruppe zu sehen. Die Analyse der nicht regulären Entlassungen ergab einen Rückgang der Entlassungen gegen ärztlichen Rat nach der Öffnung der Station in der Gruppe mit ausreichenden Deutschkenntnissen und ebenfalls einen Rückgang der VEGT in der gleichen Gruppe. Man kann darüber diskutieren, ob nicht diese Umwandlung aufgrund der Einführung des Notfallknopfes und somit die Kompensation der geringeren Anzahl der Entlassungen gegen ärztlichen Rat verursacht wird. Diese Überlegung gilt auch für die Vergleichsanalyse zwischen den Entlassungen gegen ärztlichen Rat und den anderen nicht regulären Entlassungen (deutlicher Rückgang der Entlassungen gegen ärztlichen Rat und eine Zunahme der anderen nicht regulären Entlassungen). Somit bestätigt sich die Hypothese einer besseren Integration dieser Patientengruppe nicht. Man kann darüber diskutieren, ob nicht die Patienten mit guten Deutschkenntnissen auch eine bessere aber nicht unbedingt positive soziale Einbindung haben (z. B. der Freundeskreis). Somit könnten diese auch öfters „negativ“ (im Sinne einer vorzeitigen Entlassung) hinsichtlich der Fortführung der Therapie beeinflusst werden und tendieren möglicherweise dazu die Behandlung abrupt durch Betätigung des Notfallknopfes zu beenden.

#### **4.3.4 Aufnahmemodalität und Aufnahmestatus**

Hinsichtlich der Aufnahmemodalität hätte man erwartet, dass Patienten aufgrund der Stressfaktoren, die eine notfallmäßige Aufnahme mit sich bringen, die Behandlung öfter abbrechen. Dies scheint aber anhand der Ergebnisse dieser Studie nicht der Fall zu sein. Wichtig ist zu betonen, dass es sich um die initiale Aufnahmemodalität im Krankenhaus handelt. Die direkte stationäre Aufnahme auf der in dieser Studie untersuchten Station erfolgt auf freiwilliger Rechtsbasis. Die Analyse der Entlassungen gegen ärztlichen Rat und der anderen nicht regulären Entlassungen ergibt statistisch signifikante Unterschiede in der Gruppe der notfallmäßig aufgenommenen Fälle. Diese Kategorie beendet seltener die Behandlung gegen ärztlichen Rat nach der Öffnung der Station. Es ist aber auch wichtig zu erwähnen, dass möglicherweise ein Teil der Patienten, die die Behandlung gegen ärztlichen Rat beenden würden, den Notfallknopf drücken. Dadurch bleibt es unklar, ob diese Patienten tatsächlich motivierter sind und lassen sich seltener gegen ärztlichen Rat entlassen.

Die Anzahl der Patienten, die initial nach BGB oder PsychKG aufgenommen wurden, ist gering. Dieses zeigt indirekt eine höhere Bereitschaft für eine Fortführung der Behandlung bei Patienten, die sich freiwillig in die Behandlung begeben. Ein Einfluss auf die Entlassungsmodalität lässt sich jedoch nicht erkennen. Dies kann möglicherweise aber auch daran liegen, dass viele Patienten noch vor der Verlegung auf eine offene Station die Behandlung vorzeitig beenden. Die Darstellung der nicht regulären Entlassungen zeigt einen Rückgang der Entlassungen gegen ärztlichen Rat und der VEGT bei den freiwillig aufgenommenen Patienten nach der Öffnung der Station. Hier kann ebenfalls eine Kompensation der Anzahl dieser Entlassungsformen durch die Entlassungen durch Betätigung des Notfallknopfes diskutiert werden. Statistisch signifikante Unterschiede ergeben sich jedoch in dieser Gruppe in der Analyse der Entlassungen gegen ärztlichen Rat und der anderen nicht regulären Entlassungen. Ein Aspekt, der zeigt, dass für diese Gruppe die Öffnung der Station eine wichtige Rolle spielt.

#### **4.3.5 Gesetzliche Betreuungssituation**

Nach der Öffnung der Station kann ein deutlicher Anstieg an Fällen mit einer umfassenden Betreuung gesehen werden – dabei handelt es sich um Patienten, die nach

der Öffnung der Station allerdings öfter die Behandlung abbrachen. In der Kategorie der Fälle mit einer umfassenden gesetzlichen Betreuung ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede. Diese Entwicklung kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass sich die Patienten auf einer offenen Station autonomer fühlen und das Gefühl einer „drohenden“ Behandlung gegen den Willen fehlt. Die Analyse der nicht regulären Entlassungen zeigt einen Rückgang der Entlassungen gegen ärztlichen Rat im zweiten Zeitraum in der Gruppe ohne gesetzliche Betreuung und mit Betreuung im Teilbereich und gleichzeitig eine Zunahme dieser Entlassungsart in der Gruppe mit einer umfassenden Betreuung. Die Vergleichsanalyse der Entlassungen gegen ärztlichen Rat und der anderen nicht regulären Entlassungen zeigt aber signifikante Unterschiede in der Gruppe der Patienten ohne gesetzliche Betreuung bei einem deutlichen Rückgang der Entlassungen gegen ärztlichen Rat. Eine mögliche Kompensation durch Entlassungen durch Betätigung des Notfallknopfes kann ebenfalls diskutiert werden.

#### **4.3.6 Suizidalität**

Interessanterweise lässt sich in beiden Zeiträumen bei Patienten, die bei der initialen Klinikaufnahme (nicht bei Übernahme auf die Station zum qualifizierten Drogenentzug) Suizidgedanken oder Suizidabsichten (Faktor Suizidalität) äußerten, eine Tendenz erkennen, die Behandlung vorzeitig zu beenden. Hier kann man diskutieren, ob die Suizidalität bei Aufnahme als Folge einer akuten Intoxikation auftritt, bei jedoch im Verlauf mangelnder Motivation für die Fortführung einer Entzugsbehandlung. Es ist zu diskutieren, ob es eine Gruppe häufig wiederkehrender Patienten gibt, die initial im Rahmen der akuten Intoxikation Suizidgedanken äußern, welche nach der Akutaufnahme schnell entaktualisiert sind, so dass dann zeitnah die Behandlung vorzeitig abgebrochen wird. Hier wäre es interessant zu eruieren, welche zusätzlichen Faktoren bei diesem Patientenkollektiv eine Rolle spielen, um diese Patienten zum regulären Abschluss einer Behandlung zu motivieren.

#### **4.3.7 Sомatische Risikofaktoren**

Die Krampfanfall-Anamnese und die Delir-Anamnese scheinen keinen Einfluss auf die regulären Entlassungen zu haben. Bei den Patienten mit einem Delir in der Vorgesichte kann sogar ein Rückgang an regulären Entlassungen gesehen werden, ohne statistische

Signifikanz. Ob diese Patienten vielleicht aufgrund einer stärkeren Entzugssymptomatik und somit bei erhöhtem Leidensdruck die Behandlung abbrechen, bleibt unklar.

Interessanterweise ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede in der Gruppe der Patienten, deren Delir- und Krampfanfall-Anamnese nicht klar eruiert werden konnte (nach den Kriterien dieser Studie). Verbesserungsmöglichkeiten in der Anamnese wären somit dringend notwendig, um diese Patientenkategorien besser therapeutisch anzusprechen und bei einem mit Delir- oder Krampfanfall-Erfahrungen im Rahmen früheren Entzugsbehandlungen verbundenen, erhöhten Leidensdruck frühzeitig zu intervenieren.

#### **4.3.8 Diagnose**

Hinsichtlich der Diagnosen ergibt sich aus dieser Arbeit kein signifikanter Einfluss auf die Entlassungsart. Eine Tendenz zur statistischen Signifikanz kann bei dem Abhängigkeitssyndrom durch Kokain i.S. einer Zunahme der Anzahl der regulären Entlassungen nach der Öffnung der Station gesehen werden. Hier kann die Rolle einer spezifischen Therapie, kombiniert mit dem Einfluss der Öffnung der Station, diskutiert werden. Es ist ferner zu diskutieren, ob vielleicht der sozio-ökonomische Status eine Auswirkung auf den Behandlungsverlauf hat. Es ist anzunehmen, dass Patienten, die an einer Kokainabhängigkeit leiden, einen besseren sozio-ökonomischen Status haben, der möglicherweise einen Einfluss auf die Eigenverantwortung und auf die Frustrationstoleranz hat. Dies mag dazu führen, dass der Notfallknopf seltener genutzt wird.

### **4.4 Behandlungsstrategien mit Blick auf bisherigen Forschungsergebnissen**

Die Analyse verschiedener Faktoren und deren Einflüsse auf die Entlassungsmodalität spielt eine essenzielle Rolle für die Verbesserung der therapeutischen Angebote, gruppenorientiert und auf die Bedürfnisse der Patienten fokussiert einzugehen. Ein offenes Setting allein kann nicht die Bereitschaft für die Fortführung der Therapie erhöhen.

Die Patienten, die sich auf einer „geschlossenen“ Station befinden, fühlen sich oft eingesperrt. Die geschlossene Tür wird nicht als eine Sicherheitsmethode gesehen, sondern als eine Einschränkung von Autonomie und mangelhafte Patientenzentrierung. Interessant wäre zu eruieren, inwieweit sich die Atmosphäre auf der Station sowohl für die Patienten als auch für das Team veränderte. Hierzu können in dieser Studie keine Informationen entnommen werden. Anhand der Ergebnisse dieser Studie kann man diskutieren, ob eine „Offene-Türe-Politik“ durch die Möglichkeit, die Station jederzeit zu verlassen und somit die Behandlung jederzeit abzubrechen, nicht zu einer Reduktion des Patienten-Arzt-Kontaktes führen könnte. Konkret fehlt im Fall der Betätigung des Notfallknopfes das Motivationsgespräch, das i.d.R. bei einem Entlassungswunsch geführt wird. Somit kann man diskutieren, ob nicht diese Patienten die Möglichkeit verlieren ihre Entscheidung erneut zu überlegen und diese zu ändern. Man kann aber auch anhand der Ergebnisse sehen, dass die Anzahl der Patienten, die vor der Öffnung der Station die Behandlung g.ä.R. abgebrochen haben, im zweiten Zeitraum gesunken ist; dies wird aber von der Anzahl der Abbrüche durch Betätigung des Notfallknopfes kompensiert. Somit ist zu diskutieren, ob tatsächlich die Motivationsgespräche nach der Äußerung des Abbruchswunsches zu dem gewünschten Ziel führen, oder diese oft zu spät geführt werden. Interessant wäre es die VEGT näher zu evaluieren und die Gründe zu analysieren, die zu dieser Entlassungsart führen; dies kann zu einer zielorientierten Änderung der Behandlungsstrategie beitragen.

In der Diskussion einer offenen Psychiatrie sind zwei wichtige Themen zu berücksichtigen: die Selbstgefährdung (mit der daraus resultierenden Aufgabe der Psychiatrie, den Patienten vor sich selbst zu schützen) und die Fremdgefährdung (andere vor krankheitsbedingten aggressiven Handlungen zu schützen) (53). Das Konzept der geschlossenen Türe kann einerseits eine engmaschigere Überwachung des Patienten begünstigen, andererseits kann es zu einer Reduktion der therapeutischen Interaktion führen und somit zu einer Zunahme von Aggressivität (53).

Auch wenn die offene Türe nicht zu einer Zunahme der regulär beendeten Behandlungen führt, kann eine offene Station erhebliche Vorteile mit sich bringen: höhere Autonomie, das Gefühl des Patienten in die Behandlung aktiv miteinbezogen zu sein, Flexibilität, Entstigmatisierung (53).

Das Konzept der „offenen Tür“ in der Psychiatrie steht zunehmend in den letzten Jahren im Vordergrund, aber für den Erfolg einer „Offenen-Türe-Politik“ reicht eine „offene“

Tür allein nicht; eine essentielle Rolle spielen u.a. das therapeutische Behandlungskonzept und die Einstellung des Krankenhauspersonals gegenüber diesem Versorgungsmodell (46, 54). In einer im Jahr 2018 publizierten Studie wurden semi-strukturierte Interviews mit Patienten, Pflegepersonal und Ärzten geführt und u.a. die Erfahrungen mit „offenen“ Stationen und mit überwachten Stationstüren zusammengefasst (55). Die Ergebnisse zeigten divergierende Meinungen zu den Überwachungsformen: Während das Pflegepersonal die Überwachung der Stationstür als sehr belastend empfand, war dieses von Patienten und Ärzten als eine positive Erfahrung bewertet; die Betreuung 1:1 oder 2:1 wurde von allen Gruppen einerseits als positiv empfunden bei einer andererseits sehr intensiven und möglicherweise auch belastenden Form von Überwachung, wenn diese über einen längeren Zeitraum anhielt (55).

Die möglichen Gründe, die für eine Entzugsbehandlung im geschlossenen Rahmen sprechen, sind mit den Besonderheiten und Herausforderungen, die eine Suchterkrankung mit sich bringt, eng verbunden. An dieser Stelle sind zu erwähnen: das erhöhte *Craving* und das damit verbundene erhöhte Risiko für Therapieabbrüche und Substanzkonsum, das Einschleusen von unerwünschten Substanzen auf die Station und das Betreten der Station durch unerwünschte Personen (17).

Hinsichtlich der oben genannten Gründe, die vielleicht für eine „geschlossene Türe“ sprechen, gibt es auf europäischer Ebene einige Untersuchungen. In einer im Jahr 2007 publizierten Studie aus Schweden wurden die Gründe für eine geschlossene Abteilung dargestellt (nach Interview-Daten-Erhebung). Die häufigsten genannten Gründe waren: Entweichung, Gesetze („*mental health laws*“), Eigen- und Fremdgefährdung, illegale Substanzen und unerwünschte Personen, Kontrolle seitens des Personals. In der Studie waren 75% der allgemein-psychiatrischen Stationen und 86% der Suchtstationen geschlossen (56).

Im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2007 wurde der Begriff einer innovativen Psychiatrie als eine „*Bürgerrechtsbewegung, deren Selbstverständnis sich in einer veränderten Realität im Psychiatriealltag spiegelt und auf Emanzipation und Partnerschaft zielt*“ dargestellt (57). Die Öffnung einer geschlossenen Station bringt zahlreiche Herausforderungen für das gesamte Behandlungsteam mit sich: u.a. eine regelmäßige, objektive Einschätzung der Gefährdungsaspekte (z. B. Suizidalität, Gewaltpotenzial), ein diverses Therapieangebot und ein aktives Miteinbeziehen des Patienten in das Therapiekonzept (53). Zur Steigerung der Patientenautonomie gehört

nicht nur eine offene Türe, sondern auch das aktive, ressourcenorientierte Miteinbeziehen in die Therapie (54). Von erster Ordnung ist ein gut ausgebildetes Krankenhauspersonal, das nicht nur für die Einleitung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen zuständig ist, sondern auch für die Erhöhung der Compliance und des Vertrauens des Patienten eine wesentliche Rolle spielt und somit zum Erfolg einer stationären Behandlung beiträgt. Multidimensionale Strategien sind gefordert, um den Behandlungserfolg zu erhöhen.

Diese Studie hebt hervor, dass weitere Forschungsarbeiten hinsichtlich der „offenen-Türe-Politik“ im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen dringend notwendig sind. Sinnvoll wäre es auch prospektive Studien durchzuführen, um eine bessere Einschätzung der Einflussfaktoren auf den Behandlungserfolg eruieren zu können. Gleichzeitig könnten in einer prospektiven Studie die Einschluss- und Ausschlusskriterien klarer definiert werden und die Art der Datenerhebung besser erhoben werden (wie z. B. schon in der Diskussion erwähnt, für Migrationshintergrund oder Krampfanfall-/Delir-Anamnese). Anhand einer eindeutigen Standardisierung der Anamneseerhebung für Studienzwecke könnten die „unbekannten“/ „unklaren“ Variablen verringert werden.

## 4.5 Einschränkungen der aktuellen Studie

Kritisch betrachtet, bietet die aktuelle Studie einerseits zahlreiche Variablen, andererseits fehlt teilweise eine klare, eindeutige Anamneseerhebung, die zum Teil zu nicht eindeutigen Ergebnissen führen kann. Die Erhebung der Krampfanfall- und Delir-Anamnese lassen sich zum Beispiel bei einer notfallmäßigen Aufnahme, in intoxikiertem Zustand nicht eindeutig eruieren. Eine spätere Erhebung der Daten kann zum Beispiel bei einem vorzeitigen Behandlungsabbruch nicht mehr nachgeholt werden. Somit ist der Zeitpunkt der Erhebung mancher Daten von großer Bedeutung in der Analyse.

In der aktuellen Studie wurde eine Station zwar geöffnet, es bleibt aber jedoch ein Sicherungssystem, die das freie, zu jedem Zeitpunkt mögliches Verlassen der Station verhindert. Dieser Aspekt hat möglicherweise einen Einfluss auf die Entlassungsmodalität. Interessant wäre es auch zu eruieren, wie sich die gleichen Daten ändern bei einer Öffnung der Station ohne Sicherungssystem.

Es scheint unklar zu sein, wie Suchtpatienten auf den Entgiftungsstationen den Zustand des „freiwilligen Eingeschlossenseins“ (fernab PsychKG- und BTG-Unterbringungen) empfinden. Ungeklärt ist bspw. auch wie die Mitarbeiter dies empfinden und welche

Auswirkungen die Einstellungen der Mitarbeiter auf den Grad der Öffnung einer Station zum qualifizierten Drogenentzug haben. Auch dies sollte in zukünftigen Studien aufgegriffen werden.

Auch von großer Bedeutung wäre es zu erfahren welche Aspekte die Patienten aber auch das Personal positiv beeinflussen. Es ist anzunehmen, dass nicht nur eine offene Tür bzw. die Möglichkeit die Station jederzeit zu verlassen eine Rolle spielen. Faktoren wie Rückzugsmöglichkeiten, Lockerung von Stationsregeln, eine engmaschigere pflegerische und psychotherapeutische Betreuung könnten zu einer Verbesserung der Arbeitsatmosphäre und zu einem besseren Kontakt zu den Patienten führen.

Wie in der Einleitung erwähnt, basiert diese Studie auf die Diagnosekriterien des ICD-10. Welche Veränderungen aber die neuen diagnostischen Kriterien laut ICD-11 mit sich bringen bleibt ein spannendes Thema. Aufgrund der differenzierteren dimensionalen Klassifikation der Suchterkrankungen werden sich höchstwahrscheinlich auch die Patientenmerkmale ändern, v.a. hinsichtlich des Schweregrades der Erkrankung. Es wäre interessant zu evaluieren, inwieweit die gleichen Variablen, die in dieser Studie erhoben und analysiert wurden, sich im Rahmen einer nach ICD-11-Kriterien durchgeföhrten Studie ändern.

Die Herausforderungen in der Therapie von Suchterkrankungen liegen darin, dass nicht nur das von Entzugserscheinungen und *Craving* geprägte Krankheitsbild, sondern die gesamte Vorgeschichte, Komorbiditäten sowie soziokulturelle Faktoren berücksichtigt werden sollten. Diese haben einen Einfluss nicht nur auf die Therapiegestaltung, sondern auch auf den Therapieverlauf und auf den Therapieerfolg. Eine therapeutische Methode, die bei Abhängigkeitserkrankungen in hohem Maße diese Faktoren berücksichtigt, ist die qualifizierte Entzugsbehandlung.

## 5 Verzeichnisse

### 5.1 Literaturverzeichnis

1. DGPPN. Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie Juli 2019 [1-5]. Available from: [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/154e18a8cebe41667ae22665162be21ad726e8b8/Factsheet\\_Psychiatrie.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154e18a8cebe41667ae22665162be21ad726e8b8/Factsheet_Psychiatrie.pdf). (Acces Date: 08.02.2021)
2. DHS Jahrbuch Sucht 2021. Pabst Science Publishers; 2021. (Acces Date: 04.05.2022)
3. Rauschert C, Möckl J, Seitz N-N, Wilms N, Olderbak S, Kraus L. *Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland*. Dtsch Arztebl International. 2022;119(31-32):527-534.
4. Bundeskriminalamt. Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität 2020. In: Bundeskriminalamt, editor.: BKA; 27. Juli 2021.
5. Berger MH. *Psychische Erkrankungen : Klinik und Therapie / Berger ; in Zusammenarbeit mit der Cochrane Deutschland Stiftung ; mit Beiträgen von: Anja Agyemang [und vielen Weiteren]*: München : Elsevier; 6., vollständig neu bearbeitete Auflage mit umfangreichen Ergänzungen 2019. 911 p.247-250; 272-292
6. Schneider F, et al. *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 2. Auflage 2017. 725 p.642-645
7. Adinoff B. *Neurobiologic processes in drug reward and addiction*. Harv Rev Psychiatry. 2004;12(6):305-320.
8. Esch T. 8.1 Motivation und endogene Belohnung. 2014 2014/03/17. In: Die Neurobiologie des Glücks [Internet]. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. 2., vollständig überarbeitete Auflage.
9. Jovanoski KD, Duquenoy L, Mitchell J, Kapoor I, Treiber CD, Croset V, et al. *Dopaminergic systems create reward seeking despite adverse consequences*. Nature. 2023;623(7986):356-365.
10. Möller H-J, Laux G, Deister A. *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*: Georg Thieme Verlag KG; 6. Auflage 2015. 672 p.13-27
11. Manthei G, Mauer D, Meyer C, Michel MS, Mons U, Mueller S, et al. Alkohol und Tabak. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG; 2011. Available from: <http://www.thieme-connect.de/products/ebooks/book/10.1055/b-002-40812>. (Acces Date: 04.12.2023)
12. Franke P, Schildberg F. *Gruppentherapie zur Abstinenz und Motivationsstärkung bei Opiatabhängigen Patienten*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie; 2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2009. 132 p.13-21

13. Dilling HM, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Hofgrefe Verlag; 10. Auflage 2015.107-124
14. Süchte. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.; [Available from: <https://www.dhs.de/suechte>. (Acces Date: 27.11.2023)]
15. Kraus L, Seitz N-N, Schulte B, Cremer-Schaeffer P, Braun B, Verthein U, et al. *Schätzung der Anzahl von Personen mit einer Opioidabhängigkeit*. Dtsch Arztebl International. 2019;116(9):137-143.
16. Benkert O, Kiefer F. *Medikamente zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen und abhängigem Verhalten*. In: Benkert O, Hippius, H., editor. *Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie*. 13. Auflage. Berlin: Springer Verlag; 2021. p. 984.
17. Vogel M, Habermeyer B. *Offene Türen in der Akutbehandlung von Abhängigkeitserkrankungen*. Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother. 2018;169(06):167-170.
18. S3 Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. AWMF-Register Nr. 076-001: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht); 2020 [(Acces Date: 23.05.2021)]
19. S3-Leitlinie "Methamphetamine-bezogene Störungen". Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN); 2016.
20. Diehl A, Mann K. *Qualifizierte Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit*. psychoneuro 2004;30:37-41.
21. Kiefer F, Koopmann A, Godemann F, Wolff J, Batra A, Mann K. *Personalbedarfsermittlung für eine leitliniengerechte stationäre Qualifizierte Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit*. Der Nervenarzt. 2016;87(3):295-301.
22. S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht); 1. Auflage, 2020, Version 1.1, Stand 14.01.2021 [Available from: [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/9dd86f97183aae0e5e3258fcf2d9bfb53031feb6/038-025\\_medikamente\\_langfassung.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/9dd86f97183aae0e5e3258fcf2d9bfb53031feb6/038-025_medikamente_langfassung.pdf). (Acces Date: 23.05.2021)]
23. Blaschke D. Kurzzeitentgiftung und Qualifizierte Entgiftung - eine vergleichende Untersuchung - [Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. med. an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig]: Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Helios Vogtland-Klinikum Plauen Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig; 2012.
24. Mann K, Loeber, S., Croissant B., Kiefer F. *Die Qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen: Psychotherapeutische und pharmakologische Strategien* 2006.

25. Lange W, Veltrup C, Driessen M. *Entgiftung und qualifizierte Entzugsbehandlung: Kurz-, mittel- und langfristige Katamnesen*. Sucht. 1999;45(4):235-244.
26. Loeber S, Kiefer F, Wagner F, Mann K, Croissant B. *Behandlungserfolg nach qualifiziertem Alkoholentzug: Vergleichsstudie zum Einfluss motivationaler Interventionen*. Nervenarzt. 2009;80(9):1085-1092.
27. Bauer U, Hasenöhrl A. *Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung und konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese)*. SUCHT. 2000;46(4):250-259.
28. Reker T, Richter D, Bätz B, Luedtke U, Koritsch HD, Reymann G. *Kurzfristige Effekte der stationären Akutbehandlung alkoholabhängiger Patienten. Eine prospektive, multizentrische Evaluationsstudie*. Nervenarzt. 2004;75(3):234-241.
29. Stetter F, Mann K. *Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung*. Nervenarzt. 1997;68(7):574-581.
30. Schomerus G, Bauch A, Elger B, Evans-Lacko S, Frischknecht U, Klingemann H, et al. *Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden*. Sucht. 13. November 2017;63(5):253-259.
31. Stolzenburg S, Tessmer C, Melchior H, Schäfer I, Schomerus G. *Selbststigmatisierung und soziale Integration bei Alkoholabhängigkeit*. Sucht. 2017;63(5):269-275.
32. Rutten RJ, Broekman T, van den Brink W, Schippers GM. *Differentiating Treatment-Seeking Substance-Use Disordered Patients: Support for a Staging Model*. Sucht. 13. November 2017;63(5):289-296.
33. Bühring P. *Geschichte der Psychiatrie: „Am Ende der sozialen Rangordnung“*. Dtsch Arztebl International. 2001;98(6):304.
34. Richter EA. *Psychiatrie in der DDR: Stecken geblieben in Ansätze vor 38 Jahren*. Dtsch Arztebl International. 2001;98(6):307-310.
35. Helmchen H. *Zwangsmäßnahmen in der Psychiatrie: praktische Konsequenzen ethischer Aspekte*. Der Nervenarzt. 2021;92(3):259-266.
36. Brückner B. *Basiswissen: Geschichte der Psychiatrie*: Psychiatrie Verlag; 2., korrigierte Auflage 2015. 160 p
37. Jachertz N. *Sozialpsychiatrie in der DDR: Die unvollendete Reform*. Dtsch Arztebl International. 2013;110(38):A-1732-A-1733.
38. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23. Mai 1949 (BGBl. S. 1), zuletzt geändert durch Artikel 1 und 2 Satz 2 des Gesetzes vom 29. September 2020 (BGBl. I S. 2048), I. Die Grundrechte, Artikel 2. [Available from: [https://www.bundestag.de/parlament/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg\\_01-245122](https://www.bundestag.de/parlament/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg_01-245122). (Acces Date: 20.03.2021)]
39. S3-Leitlinien „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (Langversion - Fassung vom 10.09.2018). AWMF-Register

Nr. 038-022: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN); 2018.

40. Steinauer R, Huber CG, Petitjean S, Wiesbeck GA, Dürsteler KM, Lang UE, et al. *Effect of Door-Locking Policy on Inpatient Treatment of Substance Use and Dual Disorders*. Eur Addict Res. 2017;23(2):87-96.
41. Steinert T, Scharfetter J. *Wie können psychiatrische Kliniken in Österreich vollständig offen geführt werden?* Psychiatr Prax. 2018;45(6):321-326.
42. Efkemann SA, Bernard J, Kalagi J, Otte I, Ueberberg B, Assion HJ, et al. *Ward Atmosphere and Patient Satisfaction in Psychiatric Hospitals With Different Ward Settings and Door Policies. Results From a Mixed Methods Study*. Front Psychiatry. 2019;10:576.
43. Lang UE, Walter M, Borgwardt S, Heinz A. *Über die Reduktion von Zwangsmaßnahmen durch eine "offene Türpolitik"*. Psychiatr Prax. 2016;43(6):299-301.
44. Beaglehole B, Beveridge J, Campbell-Trotter W, Frampton C. *Unlocking an acute psychiatric ward: the impact on unauthorised absences, assaults and seclusions*. BJPsych Bull. 2017;41(2):92-96.
45. Hochstrasser L, Voulgaris A, Möller J, Zimmermann T, Steinauer R, Borgwardt S, et al. *Reduced Frequency of Cases with Seclusion Is Associated with "Opening the Doors" of a Psychiatric Intensive Care Unit*. Front Psychiatry. 2018;9:57.
46. Gouzoulis-Mayfrank E, Gairing SK, Krämer T, Förster M, Schmitz-Buhl M. *Öffnung einer psychiatrischen Akutstation als komplexe Intervention*. Nervenarzt. 2019;90(7):709-714.
47. Steinert T, Schreiber L, Metzger FG, Hirsch S. *Offene Türen in psychiatrischen Kliniken*. Der Nervenarzt. 2019;90(7):680-689.
48. Schmid P, Widmann B, Jekel A, Nelles U, Fritschi T, Uhlmann C. *Konzeptionelle und kognitive Umstrukturierung? Ein Konzept zum Umgang mit (sucht-)psychiatrischen Krisen*. Psychiatrische Praxis. 2016;43:441-443.
49. Steinauer R, Krückl JS, Moeller J, Vogel M, Wiesbeck GA, Walter M, et al. *Opening the Doors of a Substance Use Disorder Ward-Benefits and Challenges From a Consumer Perspective*. Front Psychiatry. 2020;11:580885.
50. Simpson A, Bowers L, Haglund K, Muir-Cochrane E, Nijman H, Van der Merwe M. *The relationship between substance use and exit security on psychiatric wards*. J Adv Nurs. 2011;67(3):519-530.
51. . LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Abhängigkeiten/Suchtbehandlung [Available from: [https://klinikum-duesseldorf.lvr.de/de/nav\\_main/fachgebiete/abhaengigkeiten\\_suchtbehandlung/stationaeres\\_angebot/station\\_13\\_a\\_3612\\_station\\_13\\_a\\_3612\\_1.html](https://klinikum-duesseldorf.lvr.de/de/nav_main/fachgebiete/abhaengigkeiten_suchtbehandlung/stationaeres_angebot/station_13_a_3612_station_13_a_3612_1.html)]. (Access Date: 16.03.2025)
52. Entwöhungsbehandlung - ein Weg aus der Sucht. Deutsche Rentenversicherung; 15. Auflage (08/2020) [Available from: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjK16bU2->

[DwAhUigf0HHcT8Ci0QFjAKegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.deutsche-rentenversicherung.de%2FSharedDocs%2FDownloads%2FDE%2FBroschueren%2Fnational%2Fentwoehnungsbehandlung.pdf%3F\\_blob%3DpublicationFile%26v%3D2&usg=AQVaw0Lrei8sLrS19zrMql4JNmY](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/FDE/Broschueren/Fnational/Fentwoehnungsbehandlung.pdf?blob=publicationFile&v=3D2&usg=AQVaw0Lrei8sLrS19zrMql4JNmY). (Acces Date: 20.05.2021)

53. Sollberger D, Lang UE. *Psychiatrie mit offenen Türen*. Der Nervenarzt. 2014;85(3):319-325.
54. Nyhuis PW, Zinkler M. *Offene Psychiatrie und gemeindepsychiatrische Arbeit*. Der Nervenarzt. 2019;90(7):695-699.
55. Kalagi J, Otte I, Vollmann J, Juckel G, Gather J. *Requirements for the implementation of open door policies in acute psychiatry from a mental health professionals' and patients' view: a qualitative interview study*. BMC Psychiatry. 2018;18(1):304.
56. Haglund K, van der Meiden E, von Knorring L, von Essen L. *Psychiatric care behind locked doors. A study regarding the frequency of and the reasons for locked psychiatric wards in Sweden*. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2007;14(1):49-54.
57. Psychiatrie in Deutschland. Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Gesundheitsministerkonferenz der Länder; 2007.

## 5.2 Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1: 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen .....</b>	1
<b>Tabelle 2: Der Entzug von illegalen Drogen: Symptome .....</b>	5
<b>Tabelle 3: Therapeutische Elemente des Qualifizierten Entzugsprogramms .....</b>	8
<b>Tabelle 4: Variablenvergleich Zeitraum 1 und Zeitraum 2.....</b>	23
<b>Tabelle 5: Entlassungsart: Gruppenvergleich Zeitraum 1 und Zeitraum 2 .....</b>	24
<b>Tabelle 6: Entlassungen gegen ärztlichen Rat - Zeitraum 1 und Zeitraum 2 .....</b>	25
<b>Tabelle 7: Entlassungsart - Subgruppen Analyse.....</b>	25
<b>Tabelle 8: Entlassungen gemäß Teamkonsens - Zeitraum 1 und Zeitraum 2 .....</b>	26
<b>Tabelle 9: Logistische Regression – Einfluss verschiedener Faktoren auf die Entlassungsmodalität – Zeitraum 1 .....</b>	26
<b>Tabelle 10: Logistische Regression - Einfluss verschiedener Faktoren auf die Entlassungsmodalität - Zeitraum 2 .....</b>	27
<b>Tabelle 11: Wohnsituation bei Aufnahme und Entlassungsart.....</b>	28
<b>Tabelle 12: Wohnsituation bei Aufnahme: Vergleich Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen .....</b>	29
<b>Tabelle 13: Aufnahmemodalität und Entlassungsart.....</b>	30
<b>Tabelle 14: Aufnahmemodalität: Vergleich Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen .....</b>	30
<b>Tabelle 15: Migrationshintergrund und Entlassungsart .....</b>	31
<b>Tabelle 16: Migrationshintergrund - Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen.....</b>	32
<b>Tabelle 17: Deutschkenntnisse und Entlassungsart .....</b>	32
<b>Tabelle 18: Deutschkenntnisse: Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen.....</b>	33
<b>Tabelle 19: Gesetzliche Betreuung und Entlassungsart.....</b>	34
<b>Tabelle 20: Gesetzliche Betreuung: Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen.....</b>	34

<b>Tabelle 21: Rechtsstatus und Entlassungsmodalität .....</b>	35
<b>Tabelle 22: Rechtsstatus: Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen.....</b>	35
<b>Tabelle 23: Suizidalität und Entlassungsmodalität .....</b>	36
<b>Tabelle 24: Suizidalität bei Aufnahme: Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen .....</b>	37
<b>Tabelle 25: Krampfanfall-Anamnese und Entlassungsmodalität .....</b>	38
<b>Tabelle 26: Krampfanfall-Anamnese: Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen.....</b>	38
<b>Tabelle 27: Delir-Anamnese und Entlassungsmodalität .....</b>	39
<b>Tabelle 28: Delir-Anamnese: Entlassungen g.ä.R. und andere nicht reguläre Entlassungen.....</b>	40
<b>Tabelle 29: Diagnose und Entlassungsart.....</b>	41
<b>Tabelle 30: Substitution und Entlassungsart .....</b>	41

## 5.4 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Das physiologische dopaminerge Belohnungssystem (links) vs. das pathologische Belohnungssystem bei Abhängigkeit (rechts) - Reiz-Reaktion-Muster	2
Abb. 2: Schließmechanismus der Station	17
Abb. 3: Nicht-reguläre Entlassungen	25

## 5.5 Anhangsverzeichnis

Anhang 1: <b>Regressionsanalyse - der Einfluss der Öffnung auf verschiedenen Faktoren in Bezug auf die Entlassungsmodalität - Zeitraum 1</b> .....	62
Anhang 2: <b>Regressionsanalyse - Der Einfluss der Öffnung auf verschiedenen Faktoren in Bezug auf die Entlassungsmodalität - Zeitraum 2</b> .....	63
Anhang 3: <b>Wohnsituation bei Aufnahme und nicht reguläre Entlassungen</b> .....	64
Anhang 4: <b>Aufnahmemodalität und nicht reguläre Entlassungen</b> .....	64
Anhang 5: <b>Migrationshintergrund und nicht reguläre Entlassungen</b> .....	65
Anhang 6: <b>Deutschkenntnisse und nicht reguläre Entlassungen</b> .....	65
Anhang 7: <b>Gesetzliche Betreuung und nicht reguläre Entlassungen</b> .....	66
Anhang 8: <b>Rechtsstatus: freiwillige Aufnahme und nicht reguläre Entlassungen</b> ..	66
Anhang 9: <b>Suizidalität bei Aufnahme und nicht reguläre Entlassungen</b> .....	67
Anhang 10: <b>Krampfanfall-Anamnese und nicht reguläre Entlassungen</b> .....	67
Anhang 11: <b>Delir-Anamnese und nicht reguläre Entlassungen</b> .....	68

## 6 Anhang

	Regressionskoeffizient B	ExpB	95% Konfidenzintervall	
			Unterer Wert	Oberer Wert
<b>Geschlecht</b>	,794	2,212	1,185	4,128
<b>Aufnahmemodalität</b>	,084	1,087	,606	1,951
<b>Wohnsituation bei Aufnahme</b>	,000	1,000	1,000	1,000
<b>Migrationshintergrund</b>	,000	1,000	1,000	1,000
<b>Deutschkenntnisse</b>	,000	1,000	,996	1,005
<b>Gesetzliche Betreuung</b>	-,001	,999	,996	1,003
<b>Substitution</b>	,536	1,708	,932	3,133
<b>Suizidgedanken</b>	,000	1,000	1,000	1,000
<b>Suizidanamnese</b>	,001	1,001	,998	1,003
<b>Krampfanfall-Anamnese</b>	,000	1,000	1,000	1,000
<b>Delir-Anamnese</b>	,000	1,000	1,000	1,000
<b>F10.2</b>	,084	1,088	,589	2,011
<b>F11.2</b>	,254	1,289	,674	2,466
<b>F12.2</b>	,864	2,372	1,274	4,417
<b>F13.2</b>	,188	1,206	,688	2,115
<b>F14.2</b>	1,162	3,195	1,549	6,593
<b>F15.2</b>	-,198	,820	,276	2,433
<b>F10.0</b>	-,628	,534	,288	,988
<b>F32.2 / F33.2</b>	-,323	,724	,372	1,408
<b>F20.0</b>	-,251	,778	,356	1,698

Anhang 1: Regressionsanalyse - der Einfluss der Öffnung auf verschiedenen Faktoren in Bezug auf die Entlassungsmodalität - Zeitraum 1 (ExpB – Odds Ratio; F10.2-Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom; F11.2-Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom; F12.2-Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom; F13.2-Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom; F14.2-Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom; F15.2-Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulantien, einschließlich Koffein; F10.0-Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: akute Intoxikation; F32.2-Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome; F33.2-Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode; F20.0- Paranoide Schizophrenie)

	Regressionskoeffizient B	ExpB	95% Konfidenzintervall	
			Unterer Wert	Oberer Wert
<b>Geschlecht</b>	,209	1,233	,699	2,173
<b>Aufnahmemodalität</b>	,110	1,116	,617	2,020
<b>Wohnsituation bei Aufnahme</b>	,000	1,000	1,000	1,000
<b>Migrationshintergrund</b>	,000	1,000	1,000	1,000
<b>Deutschkenntnisse</b>	,000	1,000	,998	1,003
<b>Gesetzliche Betreuung</b>	,000	1,000	1,000	1,000
<b>Substitution</b>	,683	1,980	1,028	3,811
<b>Suizidgedanken</b>	,000	1,000	1,000	1,000
<b>Suizidanamnese</b>	,000	1,000	,998	1,003
<b>Krampfanfall-Anamnese</b>	,000	1,000	1,000	1,000
<b>Delir-Anamnese</b>	,000	1,000	1,000	1,000
<b>F10.2</b>	,110	1,116	,612	2,034
<b>F11.2</b>	,793	2,210	1,090	4,478
<b>F12.2</b>	,331	1,392	,743	2,609
<b>F13.2</b>	-,262	,770	,448	1,322
<b>F14.2</b>	-,082	,921	,485	1,748
<b>F15.2</b>	,210	1,234	,405	3,757
<b>F10.0</b>	-,279	,756	,408	1,402
<b>F32.2 / F33.2</b>	-,210	,810	,410	1,602
<b>F20.0</b>	-,211	,810	,376	1,743

Anhang 2: Regressionsanalyse - Der Einfluss der Öffnung auf verschiedenen Faktoren in Bezug auf die Entlassungsmodalität - Zeitraum 2 (ExpB – Odds Ratio; F10.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom; F11.2-Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom; F12.2-Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom; F13.2-Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom; F14.2-Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom; F15.2-Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulantien, einschließlich Koffein; F10.0-Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: akute Intoxikation; F32.2-Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome; F33.2-Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode; F20.0- Paranoide Schizophrenie)

Wohnsituation bei Aufnahme	Zeitraum	Keine reguläre Entlassung					
		g.ä.R.	Notfallknopf	VEGT	Verlegung ins som. KH	Entweichung	sonstige
Eigene Wohnung	Z 1	53 (77,94%)		11 (16,17%)	3 (4,41%)	1 (1,47%)	0
	Z 2	37 (58,73%)	12 (19,04%)	9 (14,28%)	3 (4,76%)	2 (3,17%)	0
o.f.W.	Z 1	30 (63,82%)		14 (29,78%)	2 (4,25%)	1 (2,12%)	0
	Z 2	26 (44,82%)	18 (31,03%)	8 (13,79%)	3 (5,17%)	2 (3,44%)	1 (1,72%)
sonstige	Z 1	20 (66,66%)		6 (20%)	1 (3,33%)	0	3 (10%)
	Z 2	14 (50%)	6 (21,42%)	4 (14,28%)	3 (10,71%)	1 (3,57%)	0
Unbekannt	Z 1	42 (82,35%)		7 (13,72%)	0	0	2 (3,92%)
	Z 2	24 (55,81%)	11 (25,58%)	4 (9,3%)	2 (4,65%)	1 (2,32%)	1 (2,32%)
Gesamt	Z 1	145 (73,97%)		38 (19,38%)	6 (3,06%)	2 (1,02%)	5 (2,55%)
	Z 2	101 (52,6%)	47 (24,47%)	25 (13,02%)	11 (5,72%)	6 (3,12%)	2 (1,04%)
Gesamt		246 (63,4%)	47 (12,11%)	63 (16,23%)	17 (4,38%)	8 (2,06%)	7 (1,8%)
							388 (53,44%)

Anhang 3: Wohnsituation bei Aufnahme und nicht reguläre Entlassungen (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; o.f.W. – ohne festen Wohnsitz; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat; VEGT – vorzeitige Entlassung gemäß Teamkonsens; som. KH – somatisches Krankenhaus)

Aufnahme-modalität	Zeitraum	Keine reguläre Entlassung					
		g.ä.R.	Notfallknopf	VEGT	Verlegung ins som. KH	Entweichung	sonstige
Elektiv	Z 1	32 (61,52%)		16 (30,75%)	3 (5,76%)	0	1 (1,92%)
	Z 2	33 (55%)	12 (20%)	11 (18,33%)	3 (5%)	1 (1,66%)	0
Notfallmäßig	Z 1	124 (77,01%)		26 (16,14%)	5 (3,1%)	2 (1,24%)	4 (2,48%)
	Z 2	81 (54,36%)	35 (23,48%)	18 (12,08%)	8 (5,36%)	5 (3,35%)	2 (1,34%)
Gesamt	Z 1	156 (73,23%)		42 (19,71%)	8 (3,75%)	2 (0,93%)	5 (2,34%)
	Z 2	114 (54,54%)	47 (22,48%)	29 (13,87%)	11 (5,26%)	6 (2,87%)	2 (0,95%)
Gesamt		270 (63,98%)	47 (11,13%)	71 (16,82%)	19 (4,5%)	8 (1,89%)	7 (1,65%)
							422 (58,12%)

Anhang 4: Aufnahmemodalität und nicht reguläre Entlassungen (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat; VEGT – vorzeitige Entlassung gemäß Teamkonsens; som. KH – somatisches Krankenhaus)

Migrationshintergrund	Zeitraum	Keine reguläre Entlassung						Gesamt
		g.ä.R.	Notfallknopf	VEGT	Verlegung ins som. KH	Entweichung	Sonstige	
Ja	Z 1	27 (65,85%)		12 (29,26%)	1 (2,43%)	0	1 (2,43%)	41 (19,24%)
	Z 2	28 (56%)	10 (20%)	5 (10%)	5 (10%)	2 (4%)	0	50 (23,92%)
Nein	Z 1	43 (68,25%)		15 (23,8%)	3 (4,76%)	2 (3,17%)	0	63 (29,57%)
	Z 2	24 (57,14%)	6 (14,28%)	8 (19,04%)	2 (4,76%)	1 (2,38%)	1 (2,38%)	42 (20,09%)
Ja, mit Geburtsort in Deutschland	Z 1	12 (70,58%)		3 (17,64%)	0	0	2 (11,76%)	17 (7,98%)
	Z 2	10 (76,92%)	0	1 (7,69%)	1 (7,69%)	1 (7,69%)	0	13 (6,22%)
Unbekannt	Z 1	74 (80,43%)		12 (13,04%)	4 (4,34%)	0	2 (2,17%)	92 (43,19%)
	Z 2	52 (50%)	31 (29,8%)	15 (14,42%)	3 (2,88%)	2 (1,92%)	1 (0,96%)	104 (49,76%)
Gesamt	Z 1	156 (73,23%)		42 (19,71%)	8 (3,75%)	2 (0,93%)	5 (2,34%)	213 (56,2%)
	Z 2	114 (54,54%)	47 (22,48%)	29 (13,87%)	11 (5,26%)	6 (2,87%)	2 (0,95%)	209 (60,23%)
Gesamt		270 (63,98%)	47 (11,13%)	71 (16,82%)	19 (4,5%)	8 (1,89%)	7 (1,65%)	422 (58,12%)

Anhang 5: Migrationshintergrund und nicht reguläre Entlassungen (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat; VEGT – vorzeitige Entlassung gemäß Teamkonsens; som. KH – somatisches Krankenhaus)

Deutschkenntnisse	Zeitraum	Keine reguläre Entlassung						Gesamt
		g.ä.R.	Notfallknopf	VEGT	Verlegung ins som. KH	Entweichung	Sonstige	
Nicht ausreichend	Z 1	7 (70%)		2 (20%)	1 (10%)	0	0	10 (4,71%)
	Z 2	9 (75%)	0	3 (25%)	0	0	0	12 (5,76%)
Ausreichend	Z 1	149 (73,76%)		39 (19,3%)	7 (3,46%)	2 (0,99%)	5 (2,47%)	202 (95,28%)
	Z 2	105 (53,57%)	46 (23,46%)	26 (13,26%)	11 (5,61%)	6 (3,06%)	2 (1,02%)	196 (94,23%)
Gesamt	Z 1	156 (73,58%)		41 (19,33%)	8 (3,77%)	2 (0,94%)	5 (2,35%)	212 (50,47%)
	Z 2	114 (54,8%)	46 (22,11%)	29 (13,94%)	11 (5,28%)	6 (2,88%)	2 (0,96%)	208 (49,52%)
Gesamt		270 (64,28%)	46 (10,95%)	70 (16,66%)	19 (4,52%)	8 (1,9%)	7 (1,66%)	420 (57,85%)

Anhang 6: Deutschkenntnisse und nicht reguläre Entlassungen (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat; VEGT – vorzeitige Entlassung gemäß Teamkonsens; som. KH – somatisches Krankenhaus)

Gesetzliche Betreuung	Zeitraum	Keine reguläre Entlassung						Gesamt
		g.ä.R.	Notfallknopf	VEGT	Verlegung ins som. KH	Entweichung	Sonstige	
Nein	Z 1	144 (73,09%)		39 (19,79%)	7 (3,55%)	2 (1,01%)	5 (2,53%)	197 (92,48%)
	Z 2	98 (55,36%)	39 (22,03%)	27 (15,25%)	7 (3,95%)	5 (2,82%)	1 (0,56%)	177 (85,92%)
Teilbereich	Z 1	8 (80%)		1 (10%)	1 (10%)	0	0	10 (4,69%)
	Z 2	4 (100%)	0	0	0	0	0	4 (1,94%)
Umfassend	Z 1	4 (66,66%)		2 (33,33%)	0	0	0	6 (2,81%)
	Z 2	12 (48%)	5 (20%)	2 (8%)	4 (16%)	1 (4%)	1 (4%)	25 (12,13%)
Gesamt	Z 1	156 (73,23%)		42 (19,71%)	8 (3,75%)	2 (0,93%)	5 (2,34%)	213 (56,2%)
	Z 2	114 (55,33%)	44 (21,35%)	29 (14,07%)	11 (5,33%)	6 (2,91%)	2 (0,97%)	206 (59,36%)
<b>Gesamt</b>		<b>270 (64,43%)</b>	<b>44 (10,5%)</b>	<b>71 (16,94%)</b>	<b>19 (4,53%)</b>	<b>8 (1,9%)</b>	<b>7 (1,67%)</b>	<b>419 (57,71%)</b>

Anhang 7: **Gesetzliche Betreuung und nicht reguläre Entlassungen** (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat; VEGT – vorzeitige Entlassung gemäß Teamkonsens; som. KH – somatisches Krankenhaus)

Rechtsstatus bei Aufnahme	Zeitraum	Keine reguläre Entlassung						Gesamt
		g.ä.R.	Notfallknopf	VEGT	Verlegung ins som. KH	Entweichung	Sonstige	
Freiwillig	Z 1	148 (72,19%)		42 (20,48%)	8 (3,9%)	2 (0,97%)	5 (2,43%)	205 (54,08%)
	Z 2	108 (53,46%)	47 (23,26%)	29 (14,35%)	11 (5,44%)	5 (2,47%)	2 (0,99%)	202 (58,21%)
<b>Gesamt</b>		<b>256 (62,89%)</b>	<b>47 (11,54%)</b>	<b>71 (17,44%)</b>	<b>19 (4,66%)</b>	<b>7 (1,71%)</b>	<b>7 (1,71%)</b>	<b>407 (56,05%)</b>

Anhang 8: **Rechtsstatus: freiwillige Aufnahme und nicht reguläre Entlassungen** (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat; VEGT – vorzeitige Entlassung gemäß Teamkonsens; som. KH – somatisches Krankenhaus)

Suizidalität bei Aufnahme	Zeitraum	Keine reguläre Entlassung					
		g.ä.R.	Notfallknopf	VEGT	Verlegung ins som. KH	Entweichung	Sonstige
Ja	Z 1	53 (80,3%)		8 (12,12%)	3 (4,54%)	0	2 (3,03%)
	Z 2	27 (45,76%)	17 (28,81%)	7 (11,86%)	3 (5,08%)	4 (6,77%)	1 (1,69%)
Nein	Z 1	99 (69,23%)		34 (23,77%)	5 (3,49%)	2 (1,39%)	3 (2,09%)
	Z 2	83 (56,84%)	30 (20,54%)	22 (15,06%)	8 (5,47%)	2 (1,36%)	1 (0,68%)
Gesamt	Z 1	152 (72,72%)		42 (20,09%)	8 (3,82%)	2 (0,95%)	5 (2,39%)
	Z 2	110 (53,65%)	47 (22,92%)	29 (14,14%)	11 (5,36%)	6 (2,92%)	2 (0,97%)
<b>Gesamt</b>		<b>262 (63,28%)</b>	<b>47 (11,35%)</b>	<b>71 (17,14%)</b>	<b>19 (4,58%)</b>	<b>8 (1,93%)</b>	<b>7 (1,69%)</b>
							<b>414 (57,02%)</b>

Anhang 9: Suizidalität bei Aufnahme und nicht reguläre Entlassungen (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat; VEGT – vorzeitige Entlassung gemäß Teamkonsens; som. KH – somatisches Krankenhaus)

Krampfanfall-Anamnese	Zeitraum	Keine reguläre Entlassung					
		g.ä.R.	Notfallknopf	VEGT	Verlegung ins som. KH	Entweichung	Sonstige
Ja	Z 1	43 (71,66%)		11 (18,33%)	4 (6,66%)	1 (1,66%)	1 (1,66%)
	Z 2	43 (59,72%)	15 (20,83%)	9 (12,5%)	3 (4,16%)	1 (1,38%)	1 (1,38%)
Nein	Z 1	87 (72,5%)		25 (20,83%)	4 (3,33%)	1 (0,83%)	3 (2,5%)
	Z 2	57 (52,77%)	23 (21,29%)	17 (15,74%)	6 (5,55%)	4 (3,7%)	1 (0,92%)
Unbekannt	Z 1	26 (78,78%)		6 (18,18%)	0	0	1 (3,03%)
	Z 2	14 (48,27%)	9 (31,03%)	3 (10,34%)	2 (6,89%)	1 (3,44%)	0
Gesamt	Z 1	156 (73,23%)		42 (19,71%)	8 (3,75%)	2 (0,93%)	5 (2,34%)
	Z 2	114 (54,54%)	47 (22,48%)	29 (18,66%)	11 (5,26%)	6 (2,87%)	2 (0,95%)
<b>Gesamt</b>		<b>270 (63,98%)</b>	<b>47 (11,13%)</b>	<b>71 (16,82%)</b>	<b>19 (4,5%)</b>	<b>8 (1,89%)</b>	<b>7 (1,65%)</b>
							<b>422 (58,12%)</b>

Anhang 10: Krampfanfall-Anamnese und nicht reguläre Entlassungen (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat; VEGT – vorzeitige Entlassung gemäß Teamkonsens; som. KH – somatisches Krankenhaus)

Delir-Anamnese	Zeitraum	Keine reguläre Entlassung						
		g.ä.R.	Notfallknopf	VEGT	Verlegung ins som. KH	Entweichung	Sonstige	Gesamt
Ja	Z 1	28 (73,68%)		8 (21,05%)	2 (5,26%)	0	0	38 (17,84%)
	Z 2	22 (59,45%)	8 (21,62%)	5 (13,51%)	2 (5,4%)	0	0	37 (17,7%)
Nein	Z 1	90 (70,31%)		27 (21,09%)	6 (4,68%)	1 (0,78%)	4 (3,12%)	128 (60,09%)
	Z 2	70 (56%)	27 (21,6%)	15 (12%)	7 (5,6%)	5 (4%)	1 (0,8%)	125 (59,8%)
Unbekannt	Z 1	38 (80,85%)		7 (14,89%)	0	1 (2,12%)	1 (2,12%)	47 (22,06%)
	Z 2	22 (46,8%)	12 (25,52%)	9 (19,14%)	2 (4,25%)	1 (2,12%)	1 (2,12%)	47 (22,48%)
Gesamt	Z 1	156 (73,23%)		42 (19,71%)	8 (3,75%)	2 (0,93%)	5 (2,34%)	213 (56,2%)
	Z 2	114 (54,54%)	47 (22,48%)	29 (13,87%)	11 (5,26%)	6 (2,87%)	2 (0,95%)	209 (60,23%)
<b>Gesamt</b>		<b>270 (63,98%)</b>	<b>47 (11,13%)</b>	<b>71 (16,82%)</b>	<b>19 (4,5%)</b>	<b>8 (1,89%)</b>	<b>7 (1,65%)</b>	<b>422 (58,12%)</b>

Anhang 11: Delir-Anamnese und nicht reguläre Entlassungen (Z 1 – Zeitraum 1, vor der Öffnung; Z 2 – Zeitraum 2, nach der Öffnung; g.ä.R. – gegen ärztlichen Rat; VEGT – vorzeitige Entlassung gemäß Teamkonsens; som. KH – somatisches Krankenhaus)

## 7 Erratum zur *Tabelle 4*

In der ursprünglich erstellen *Tabelle 4* wurden die summierten Haupt- und Nebendiagnosen, ohne dieses explizit zu erläutern, dargestellt; die Hauptdiagnosen wurden in der ursprünglichen Fassung nicht separat dargestellt; für ein besseres Verständnis wurde zudem der Titel der Tabelle geändert.

		Zeitraum 1 (N)	Zeitraum 2 (N)	p
<b>Alter</b>		Mittelwert 41,74 SD= 9,605	Mittelwert 40,05 SD= 9,074	,015
<b>Geschlecht</b>	männlich	310 (81,79%)	269 (77,52%)	,152
	weiblich	69 (18,2%)	78 (22,47%)	
<b>Migrationshintergrund</b>	ja	78 (32,77%)	83 (40,29%)	,131
	nein	129 (54,20%)	92 (44,6%)	
	ja, mit Geburtsort in Deutschland	31 (13,02%)	31 (15,04%)	
<b>Deutschkenntnisse</b>	nicht ausreichend	19 (5,02%)	20 (5,78%)	,654
	ausreichend	359 (94,97%)	326 (94,21%)	
<b>Flüchtlingsstatus</b>	ja	11 (2,90%)	16 (4,61%)	,224
	nein	368 (97,09%)	331 (95,38%)	
<b>Anzahl Aufenthalte pro Zeitraum</b>		Mittelwert 3,92 SD = 4,49	Mittelwert 4,02 SD = 4,495	,761
<b>Aufnahmemodalität</b>	elektiv	99 (26,12%)	100 (28,81%)	,416
	notfallmäßig	280 (73,87%)	247 (71,18%)	
<b>Gesetzliche Betreuung</b>	nein	342 (90,71%)	293 (86,94%)	,027
	Teilbereich	16 (4,24%)	10 (2,96%)	
	umfassend	19 (5,03%)	34 (10,08%)	
<b>Rechtsstatus bei Aufnahme im Krankenhaus</b>	freiwillig	363 (95,77%)	337 (97,11%)	,507
	BGB	3 (0,79%)	3 (0,86%)	
	PsychKG	13 (3,43%)	7 (2,01%)	
<b>Wohnsituation bei Aufnahme</b>	eigene Wohnung	118 (36,99%)	100 (33,55%)	,163
	o.f.W.	95 (29,78%)	97 (32,55%)	
	BeWo ambulant	35 (10,97%)	44 (14,76%)	
	Soziotherapeutisches Wohnheim	16 (5,01%)	6 (2,01%)	
	sonstige	55 (17,24%)	51 (17,11%)	
<b>Delir-Anamnese</b>	ja	74 (23,19%)	64 (23,02%)	,959
	nein	245 (76,80%)	214 (76,97%)	
<b>Krampfanfall-Anamnese</b>	ja	98 (30,71%)	106 (38,12%)	,057
	nein	221 (69,27%)	172 (61,87%)	
<b>Suizidalität bei Aufnahme</b>	ja	110 (30,05%)	100 (29,23%)	,812
	nein	256 (69,94%)	242 (70,76%)	
<b>Suizidversuch &lt;24St. vor Aufnahme</b>	ja	8 (2,18%)	10 (2,92%)	,533
	nein	358 (97,81%)	332 (97,07%)	

(Fortsetzung)		Zeitraum 1 (N)	Zeitraum 2 (N)	p
Substitution				
Polamidon	ja	95 (25,07%)	114 (32,86%)	,019
	nein	284 (74,94%)	232 (66,86%)	
Methadon	ja	31 (8,18%)	23 (6,63%)	,433
	nein	348 (91,82%)	323 (93,09%)	
Buprenorphin	ja	35 (9,24%)	12 (3,46%)	,002
	nein	344 (90,77%)	334 (96,26%)	
Morphin ret.	ja	3 (0,8%)	8 (2,31%)	,094
	nein	376 (99,21%)	338 (97,41%)	
Diamorphin	ja	1 (0,27%)	9 (2,6%)	,007
	nein	378 (99,74%)	337 (97,12%)	
Diagnose (Haupt- und Nebendiagnosen)	F10.2	245 (64,65%)	208 (59,95%)	,191
	F11.2	239 (63,06%)	233 (67,15%)	,249
	F12.2	80 (21,11%)	69 (19,89%)	,683
	F13.2	98 (25,86%)	96 (27,67%)	,582
	F14.2	54 (14,25%)	62 (17,87%)	,184
	F15.2	19 (5,02%)	18 (5,19%)	,915
	F10.0	151 (39,85%)	105 (30,26%)	,007
	F32.2/F33.2	56 (14,78%)	46 (13,26%)	,556
	F20.0	41 (10,82%)	37 (10,67%)	,946
Hauptdiagnose	F10.2	112 (29,55%)	98 (28,24)	,698
	F11.2	206 (54,35%)	181 (52,16%)	,554
	F12.2	0 (0%)	2 (0,57%)	,139
	F13.2	9 (2,37%)	25 (7,20%)	,002
	F14.2	5 (1,31%)	8 (2,30%)	,317
	F15.2	3 (0,79%)	1 (0,28%)	,360
	F10.0	0 (0%)	1 (0,28%)	,296
	F32.2/F33.2	4 (1,05%)	2 (0,57%)	,476
	F20.0	10 (2,63%)	6 (1,72%)	,404

**Tabelle 31: Vergleich der Häufigkeit der Variablen Zeitraum 1 und Zeitraum 2** (Zeitraum 1 – vor der Öffnung der Station; Zeitraum 2 – nach der Öffnung der Station; SD – Standard Deviation; N – Gesamtanzahl; BGB – Betreuungsgesetz, PsychKG – Psychisch-Kranken-Gesetz; o.f.W. – ohne festen Wohnsitz; BeWo – Betreutes Wohnen; F10.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom; F11.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom; F12.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom; F13.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom; F14.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom; F15.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulantien, einschließlich Koffein; F10.0 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: akute Intoxikation; F32.2 - Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome; F33.2 - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode; F20.0 - Paranoide Schizophrenie); der p-Wert gibt an, ob es einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Zeitraum 1 und Zeitraum 2 für die jeweilige Variable gibt; für die Variable Diagnose wurden sowohl die Haupt- als auch die Nebendiagnosen berücksichtigt (die Suchtdiagnosen und die häufigsten allgemein-psychiatrischen Diagnosen), deshalb summiert sich der Prozentwert auf über 100;

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denen bedanken, die mich während meiner Doktorarbeit unterstützt und begleitet haben. Ohne ihre Hilfe wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Mein besonderer Dank gilt meiner Doktormutter, Frau Professor Petra Franke, für ihre fachliche Expertise. Durch ihre motivierenden Gespräche und konstruktiven Kritiken konnte ich mich kontinuierlich weiterentwickeln.

Ein großes Dankeschön geht an Frau Dr. rer. nat. Michaela Jänner aus der Abteilung für Biometrie des LVR-Klinikums Düsseldorf für ihre hilfreichen Rückmeldungen und Anregungen in methodisch-statistischen Fragen, die mir geholfen haben, die wissenschaftliche Qualität dieser Arbeit zu verbessern.

Ich danke auch Herrn Dr. med. Daniel Kamp für die anfängliche Betreuung und die Ermutigung diese Arbeit zu beginnen.

Nicht zuletzt danke ich meinem Ehemann, der mich während dieser langen Reise stets ermutigt und unterstützt hat. Ebenso gilt mein tiefster Dank meinen Eltern, die immer an mich geglaubt haben und deren Liebe und Stärke mir den Weg geebnet haben.