

Der Nervenarzt

Organ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde,
der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft

Elektronischer Sonderdruck für D.V. Steffen

Ein Service von Springer Medizin

Nervenarzt 2015 · 86:1383–1392 · DOI 10.1007/s00115-015-4300-2

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

D.V. Steffen · L. Steffen · S. Steffen

Sozialmedizinische Prognose der Entzugsbehandlung Suchtkranker

Ergebnisse eines Modellprojekts integrierter Versorgung

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle Zwecke verwendet werden und ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Austauschplattformen.

Sozialmedizinische Prognose der Entzugsbehandlung Suchtkranker

Ergebnisse eines Modellprojekts integrierter Versorgung

Die „Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker“ (IV) kann durch eine Vernetzung der vertragsärztlichen und rehabilitativen Bereiche eine effektive ambulante Versorgungsstruktur zur Diagnosestellung, Entzugsbehandlung und Rehabilitationsvorbereitung schaffen. Diese Studie untersucht die Ergebnisse und Prozesse in der IV.

Hintergrund

Abhängigkeitserkrankungen stellen ein großes gesundheitsökonomisches Problem dar. Die alkoholattribuierte Morbidität für Erkrankungen, Unfälle und Verletzungen in Deutschland belief sich im Jahr 2004 auf 992.000 „disease-adjusted life years“ (DALYs; [26]). Der volkswirtschaftliche Schaden bezifferte sich auf ca. 26,7 Mrd. EUR jährlich, davon 1,5 Mrd. EUR durch Arbeitsunfähigkeit [1].

Das Suchthilfesystem in Deutschland gilt als hoch spezialisiert und umfasst Prävention, Selbsthilfegruppen, Suchtberatung, haus-/fachärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung, medizinische Rehabilitation und Nachsorge. Die Effektivität der einzelnen Partner – v. a. der Suchtrehabilitation und der Entzugsbehandlung – im Suchthilfesystem ist unbestritten. Die Effektivität wird im Weiteren

differenziert dargestellt und jeweils die Abstinenzquote nach DGSS4 zitiert [7].

Die Suchtrehabilitation verbessert oder sichert soziale Fähigkeiten sowie die Erwerbsfähigkeit und führt effektiv zur Reduktion von Alkoholfolgeerkrankungen und zur Abstinenzsicherung. Routinekatamnesen nach stationärer Suchtrehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger mit großem Stichprobenumfang (n=13.113) konnten ein Jahr nach Beendigung 41,3% der Patienten als abstinent nach DGSS4 (inkl. 30-Tage-Abstinenz nach Rückfall) identifizieren [27]. Einige Studien zur ambulanten Suchtrehabilitation konnten diese Ergebnisse noch übertreffen (Einjahresabstinenzquote nach DGSS4: 57,5–67,5%; [3, 4, 35, 36]).

Schwoon et al. [31] konnten in einer Studie zur qualifizierten Entzugsbehandlung (QE) bei Alkoholabhängigkeit 12,6% der Patienten in eine weiterführende Suchtbehandlung vermitteln und eine Abstinenzquote von 36,8% 12 Monate nach Behandlungsende zeigen (n=198). Anderen Studien waren Abstinenzraten zwischen 32% (28 Monate nach QE) und 55,7% (2 Monate nach QE) zu entnehmen ([2, 15, 16, 17, 21, 25, 29, 31, 39]; **Tab. 1**). Studien aus dem deutschsprachigen Raum zur qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung sind selten. Soyka et al. [32, 34] berichteten über eine Abstinenz von 50% nach 10 Monaten. Hintz et al. [11] zeigten nach qualifizierter am-

bulanter Entzugsbehandlung durch den Hausarzt und Begleitung durch psychosoziale Beratungsstellen eine Abstinenz von 55,2% nach einem Jahr (Drop-out-Rate 67,3%).

Trotz der hohen Effektivität der einzelnen Behandlungsmöglichkeiten greifen diese nicht nahtlos ineinander und führen zu Drehtürentgiftungen, Behandlungsabbrüchen und zur weiteren Chronifizierung der Abhängigkeit. Die Abhängigkeitsdiagnose wird oft erst nach jahrelanger Verzögerung gestellt. Wienberg [41] spiegelte mit seinem Beitrag „Die vergessene Mehrheit“ die Situation der Abhängigkeitserkrankten in Deutschland wider. Er beschrieb den Missstand, dass Abhängigkeitskranke nur selten qualifiziert behandelt werden. Zwar sind 80% der Alkoholiker innerhalb eines Jahres mindestens einmal beim Hausarzt und stellen 25% der Patienten in internistischen und chirurgischen Kliniken, aber nur 3% der Alkoholiker sind in einer psychiatrischen Klinik, 7% in einer Suchtberatungsstelle und 1,7% in einer Suchtrehabilitationsmaßnahme zu finden [14].

Die S3-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung“ [23] beschreibt die Strukturdefizite des deutschen Suchthilfesystems und fordert eine vernetzte Behandlung unter Einbezug möglichst vieler Behandlungsstellen, um dem Drehtüreffekt und einer weiteren Chronifizierung der Er-

krankung entgegen zu wirken. Die Abstinenz ist weiterhin das vorrangige Therapieziel bei Vorliegen eines Abhängigkeitsyndroms. Eine frühe Diagnosestellung, idealerweise durch ein Screeningverfahren (AUDIT) in der hausärztlichen Versorgung, sowie Kurzinterventionen sollen umgesetzt werden. Bei manifestem Abhängigkeitssyndrom sollte eine qualifizierte Entzugsbehandlung durch ein multiprofessionelles Team mit klaren Strukturen der medizinischen Versorgung unter Ergänzung psychotherapeutischer Angebote erfolgen, um Abstinenz zu schaffen und den Abhängigkeitskranken sicher behandeln und erfolgreich in das Netzwerk aus Behandlungs-, Rehabilitations- und Selbsthilfoptionen integrieren zu können. Die Entzugsbehandlung kann unter Einhaltung von Indikationskriterien auch ambulant sicher und effizient erfolgen. Anschließend wird eine nahtlose Weiterbehandlung im Rahmen einer Suchtrehabilitation empfohlen.

Die hier untersuchte „Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker“ (IV) vernetzt die Strukturen der Krankenversorgung (Haus- und Facharzt) mit der Rehabilitationseinrichtung unter Einhaltung der Empfehlungen der S3-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung“. So können Abhängigkeitserkrankte schneller identifiziert und gezielter behandelt werden. Ziel ist es, die „vergessene Mehrheit“ wieder in den Mittelpunkt zu stellen und effektive Versorgungsstrukturen zu etablieren.

Fragestellung

In dieser Studie sollen folgende Hypothesen überprüft werden:

1. Die IV erreicht Abhängigkeitserkrankte mit relevanten Suchtfolgestörungen, soziodemographischen Risikomerkmale (alleinstehend, arbeits-/erwerbslos) und ausgeprägter Abhängigkeitsschwere.
2. Die IV ermöglicht eine sichere und effektive qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung.
3. Die IV erreicht im Vergleich zur Regelbehandlung überdurchschnittlich hohe Vermittlungsquoten in eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme (Entwöhnung) und ebenfalls

Nervenarzt 2015 · 86:1383–1392 DOI 10.1007/s00115-015-4300-2
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

D.V. Steffen · L. Steffen · S. Steffen

Sozialmedizinische Prognose der Entzugsbehandlung Suchtkranker. Ergebnisse eines Modellprojekts integrierter Versorgung

Zusammenfassung

Einleitung. Abhängigkeitserkrankungen stellen durch eine unzureichende sowie späte Diagnostik und Behandlung ein großes gesundheitsökonomisches Problem dar. Diese Studie untersucht die Effektivität eines integrierten Versorgungskonzeptes (IV) zur qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung.

Methode. In dieser prospektiven Beobachtungsstudie wurden 293 Abhängigkeitskranke auf den Verlauf der IV, soziodemographische Daten und weitere suchtspezifische Variablen hin untersucht. Über ein 2-Jahres-Follow-up wurden Abstinenz (t1=3, t2=12, t3=24 Monate), Weitervermittlung und Antritt einer Suchtrehabilitation gemessen.

Ergebnisse. Alle Patienten beendeten ohne Komplikationen die IV, davon 90,5% abstinent. 52,9% konnten in eine Suchtrehabilitation vermittelt werden, 97,9% traten diese auch an. Die Abstinenz (DGSS4) war über 24 Monate hinweg hoch, nahm im Verlauf je-

doch signifikant ab (t1=59,4%, t2=50,5%, t3=39,7%, p<0,001). Die Vermittlung in eine Suchtrehabilitation zeigte den größten Effekt auf die Abstinenz, gefolgt von der Behandlungsdauer. Die Krankheitschwere (Belastungsindex) hatte geringe negative Effekte.

Diskussion. Die IV zeigt trotz der methodischen Limitationen eine effektive qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung. Sollbruchstellen des Suchthilfesystems werden stabilisiert und Patienten zielgerichtet behandelt. Die Ergebnisse sind unter Berücksichtigung der Empfehlungen der BÄK gleichwertig zur qualifizierten stationären Entzugsbehandlung.

Schlüsselwörter

Ambulante Entzugsbehandlung · Psychotherapie · Alkoholsucht · Drogensucht · Abhängigkeit

Sociomedical outcome after outpatient withdrawal treatment. Results of a model project of integrated care

Summary

Background. Dependence disorders represent a large socioeconomic problem due to insufficient and delayed diagnostics and treatment. This study investigated the effectiveness of the integrated care concept involving rapid clarification, diagnosis, initiation of withdrawal treatment, transfer to addiction rehabilitation and abstinence.

Methods. In this prospective observational study 293 patients with dependency disorders were investigated in an outpatient withdrawal treatment concept with respect to the course of the integrated care concept, sociodemographic data and other important variables of addiction. In a 2-year follow-up period abstinence (after t1=3, t2=12 and t3=24 months), referral to and beginning addiction rehabilitation were recorded.

Results. All patients completed the outpatient detoxification treatment concept without complications of whom 95.3% were abstinent and 52.9% could be placed in long-term treatment (duration 1 year). The

24-month abstinence (DGSS 4) was high but decreased significantly over time (t1=59.4%, t2=50.5%, t3=39.7%, p<0.001). Placement in a long-term rehabilitation program showed the greatest effect on abstinence (p<0.001), followed by treatment duration (p<0.001).

The disease severity (stress index) showed significantly lower negative effects (p<0.01). **Discussion.** The integrated care concept is an effective outpatient withdrawal treatment, despite the methodological limitations. Break points in the addiction help system are stabilized and patients can be successfully treated. The results are equivalent to a qualified inpatient withdrawal treatment taking the recommendations of the Federal Medical Council into consideration.

Keywords

Ambulant withdrawal treatment · Psychotherapy · Alcohol addiction · Drug addiction · Dependence

überdurchschnittliche Abstinenzquoten innerhalb von 3 und 24 Monaten nach Behandlungsende.

4. Der Erfolg bez. der Abstinenz ist abhängig von der Vermittlung in eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme (Entwöhnung), der Krankheits-

- schwere (Belastungsindex) und der Behandlungsdauer.
5. Soziodemographische Risikofaktoren (Arbeitslosigkeit, Familienstand und Wohnsituation) haben einen deutlich geringeren Einfluss auf die Abstinenz. Die therapeutisch zugängliche Variable der Vermittlung in eine Suchtrehabilitation wird maßgeblich durch den interaktionell-analytischen und integrativen Behandlungsansatz bestimmt.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Studiendesign

In diese prospektive Beobachtungsstudie wurden alle Patienten eingeschlossen, bei denen eine Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10/DSM-IV (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10/ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV) diagnostiziert wurde, bei denen keine Ausschlusskriterien vorlagen und die zwischen 2008 und 2011 im Rahmen der IV Abhängigkeitskranker im Großraum Saarlouis behandelt wurden (n=293). 19 Probanden wurden aufgrund von ambulant nicht behandelbaren Erkrankungen (z. B. drogeninduzierte akute Psychose, dekompensierte Leberzirrhose etc.) und 7 aufgrund der Wahrnehmung lediglich eines Termins ausgeschlossen. Die Rekrutierung des Studienklientels erfolgte als Vollerhebung. Zugangswege in die IV waren über Hausärzte, Akutkrankenhäuser, sozialmedizinische Dienste, Selbsthilfegruppen und Betriebsärzte gegeben.

Behandlung

Die „Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker“ vernetzt die hausärztliche und fachärztliche Versorgung mit einer ambulanten Suchtrehabilitationseinrichtung. So wird die Kompetenz von Hausärzten, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialarbeitern mit langjähriger suchttherapeutischer Erfahrung und approbierten psychologischen Psychotherapeuten eingebracht. Nicht leistungsrechtlich angebunden sind Betriebsärzte, Arbeitsagenturen, Akutkranken-

häuser und sozialpsychiatrische Dienste. Im Rahmen der IV erfolgt eine ambulante Entzugsbehandlung durch die psychiatrisch-psychotherapeutische Facharztpraxis Steffen, Saarlouis. Die Suchtrehabilitationseinrichtung (Janua G. P. S. mbH, Saarlouis) fördert die Motivation zur Abstinenz und Behandlung sowie die Krankheitseinsicht in einem intensiven psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Setting. Der kooperierende Hausarzt ergänzt die Behandlung durch eine somatische Abklärung und durch Unterstützung bei der Motivationsarbeit. So kann eine qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung mit Integration psychotherapeutischer Maßnahmen gewährleistet werden. Eine wöchentliche Fallkonferenz der Facharztpraxis und der Rehabilitationseinrichtung gewährleistet die kontinuierliche Anpassung des Behandlungsplans, der Prognoseeinschätzung und der Rehabilitationsplanung. Der Hausarzt wird kontinuierlich schriftlich und bei Bedarf telefonisch über den Behandlungsforgang informiert. Hierdurch wird sichergestellt, dass alle Beteiligten eine zielgerichtete Motivationsarbeit leisten können.

In der IV werden Diagnoseabklärung und Behandlungsbeginn innerhalb einer Woche gewährleistet. Die Behandlung erfolgt integrativ bez. Diagnose, Komorbidität und soziodemographischer Faktoren, eine getrennte Behandlung für Untergruppen findet nicht statt. Nach einem Eingangsscreening und anamnesterischer Bewertung von Entzugssymptomen erfolgt die ambulante Entzugsbehandlung. Die Entzugssymptome werden durch den CIWA-Score (Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale; [28, 37]) gemessen und nach definiertem Schema eine „loading dose“ Diazepam (8–15 Punkte: 5 mg Diazepam; >15 Punkte 10 mg Diazepam und erneute Beurteilung nach 4 h) verabreicht [6, 22, 38], welche im weiteren Verlauf symptomadaptiert (Reduktion alle 24–48 h bei CIWA-Score 8–15 um hälfte Tagesdosis, bei <5 Punkten absetzen) ausgeschlichen wird [12]. Diazepam wird jeweils nur in der benötigten Tagesdosis an den Patienten ausgegeben, um eine missbräuchliche Einnahme, Intoxikationen oder eine Abhängigkeitsentwicklung zu verhindern.

Bei einem Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen oder Opiaten wird die Dosis strukturiert ausgeschlichen, eine Substitutionsbehandlung findet nicht statt. Während der „Entgiftungsphase“ findet täglich eine ärztliche Visite (montags bis samstags) statt, im Anschluss daran mindestens einmal wöchentlich. Testpsychologische Untersuchungen (PSSI [Persönlichkeitsstil- und Störungsinventar], SCL-90 [Symptomcheckliste], Gießen-Test, AVEM [Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster], d2, Benton und HAWIE [Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene]) ergänzen die psychiatrische Diagnostik.

Wöchentliche 50-minütige psychotherapeutische Einzel- und 90-minütige Gruppengespräche komplettieren das Behandlungsangebot in der ambulanten Suchtrehabilitationseinrichtung. Neben der soziobiographischen und Suchtanamnese stehen sozialtherapeutische Interventionen, Motivationsförderung, Rückfallmanagement und Krisenintervention im Vordergrund. Das gruppentherapeutische Angebot ist überwiegend psychoedukativ [15] und analytisch-interaktionell (nach Heigl-Evers; [10, 19, 20, 30]) ausgerichtet. Bereits in dieser frühen Behandlungsphase werden die Angehörigen bei Bedarf in Einzelgesprächen zur Anamneseklärung und Reduktion häuslicher Konflikte miteingebunden. Dies erfolgte durchschnittlich bei jedem dritten Patienten mit bis zu zwei Kontakten. Ziel ist es, mit dem Abhängigkeitserkrankten eine rationale Krankheitseinsicht zu erarbeiten und erste Ansätze einer emotionalen Akzeptanz der Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Dabei ist die Vermittlung von Krankheitsentstehungsmodellen und Krankheitsabläufen notwendig. Aus einer oft extrinsischen Abstinenz- und Behandlungsmotivation ist auf eine stabile und umfassende intrinsische Motivation hinzuarbeiten. Es geht um die Schaffung von ersten Abstinenz- und Rückfallpräventionsstrategien, mit denen der Patient seine neue Abstinenz zunächst einmal wahren kann. Im Weiteren ist diese Abstinenzmotivation, die in Krisensituationen auch immer wieder einbrechen kann, mit dem Patienten aufrecht zu erhalten. Ein wesentliches Ziel ist die Motivation zu weiterführenden rehabilitativen

Tab. 1 Patientenmerkmale^a

	Gesamt	Männlich	Weiblich	Alkohol- abhän- gigkeit	Polyvalente Substanzab- hängigkeit	
	n=293	n=192	n=101	n=154	n=80	
Alter (Jahre)	41,4±13,3	40,7±12,8	42,7±14,1	46,4±10,5	31,4±10,3	t-Test: p>0,05 vs. Geschlecht; p<0,001 vs. Diagnose
Alleinlebend	34,8%	39,7%	25,7%	40,4%	23,8%	Fisher-Test: p<0,05 vs. Geschlecht und Diagnose
Keine Partnerschaft	49,7%	51,3%	46,5%	47,7%	36,6%	Chi2 71,2; p<0,001 vs. Geschlecht und Diagnose
Arbeitslos	36,9%	39,2%	32,7%	32,2%	45,4%	Chi2 110,2; p<0,001 vs. Geschlecht und Diagnose
Schulden >10.000 EUR	23,8%	29,0%	14,9%	23,1%	33,1%	Fisher-Test: p<0,05 vs. Geschlecht und Diagnose
Belastungsindex (MW, STD)	4,4±2,3	4,9±1,3	4,5±2,1	4,3±2,2	5,3±1,8	t-Test: p>0,05 vs. Geschlecht; p<0,001 vs. Diagnose
Ungünstige Prognose laut Index (>4)	51,4%	49,5%	50,9%	45,4%	67,7%	p>0,05 vs. Geschlecht; Chi2 10,3; p<0,01 vs. Diagnose
Alter bei Störungsbeginn (Jahre)	28,2±12,2	26,8±11,8	30,8±12,6	29,6±10,9	22,3±8,9	T-Test: p>0,05 vs. Geschlecht; p<0,001 vs. Diagnose
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	13,3±9,8	13,9±10,1	12,1±9,1	16,7±10,7	9,3±6,1	t-Test: p>0,05 vs. Geschlecht; p<0,001 vs. Diagnose
Bisher keine Suchthilfe in Anspruch genommen	51,6%	44,2%	68,4%	44,4%	48,8%	Fisher-Test: p>0,05 vs. Geschlecht und Diagnose
Behandlungsdauer (Tage)	53,6±33,2	54,6±31,6	51,2±33,4	51,5±34,9	45,1±26,7	t-Test: p>0,05 vs. Geschlecht; p>0,05 vs. Diagnose

^aDarstellung behandlungs- und prognoserelevanter Patientenmerkmale bez. des Geschlechts und der Diagnosen Alkoholabhängigkeit und polyvalente Substanzabhängigkeit (bei n>25). Aufgrund der geringen Fallzahlen der weiteren Einzeldiagnosen wurde auf deren Darstellung verzichtet.
MM Mittelwert, STD Standardabweichung.

Maßnahmen. Dabei ergibt sich die Indikationsentscheidung aus dem Verlauf der integrierten Versorgung. Der Patient verbleibt nach der Beantragung der Suchtrehabilitation in kontinuierlicher Betreuung bei seinem Bezugs- und Orientierungsgruppentherapeuten bis zum Antritt der Rehabilitation. Dies dient der Sicherung des Rehabilitationsantritts des Patienten.

Für die Teilnehmer der IV wird eine telefonische fachärztliche Notfallbereitschaft (24 h am Tag an 7 Tagen in der Woche) angeboten, um psychosoziale Krisen und Rückfallrisikosituationen auffangen zu können.

Die Abstinenz von Alkohol, Medikamenten und Drogen wird durch Atemalkoholtest und Urinscreening (Urintauchtest: Cannabinoide, Opiate inkl. Tramadol/Buprenorphin, Amphetamine, Ecstasy, trizyklische Antidepressiva, Benzodiazepine, Barbiturate, Kreatinin bzw. Ethylglucuronid) geprüft (vgl. Methodik). So wird eine Suchtverlagerung oder ein missbräuchlicher Konsum gerade auch von Medikamenten überprüft. Weiterhin erhöht die Information der behandelnden Ärzte, v. a. des Hausarztes als Vertragspartner, über die Abhängigkeitserkrankung des Patienten die Sicherheit, dass

keine Medikamente mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotenzial verordnet werden.

Ein Rückfall wird definiert als jeglicher Konsum von Suchtmitteln (außer Nikotin) im Studienzeitraum, unabhängig von Dauer, Frequenz und Konsummenge. Es kann sich dabei um einzelne Rückfalltage oder einen Rückfall in vorherige Konsummuster handeln.

Die IV endet mit dem Beginn einer Suchtrehabilitationsmaßnahme, dem vorzeitigen Abbruch durch den Patienten oder auf Veranlassung der Behandler bei fehlender Mitarbeit oder fehlender günstiger Prognose.

Methodik

Erhoben wurden der „Deutsche Kern Datensatz Sucht“ [8] und der Katamnesefragebogen Sucht [7] mit ergänzenden Fragen zu Rückfalldauer und Trinkmenge. Die Katamnese erfolgte schriftlich 3, 12 und 24 Monate nach Ende der IV, bei fehlendem Rücklauf wurde ein Erinnerungsschreiben nach 3 Wochen versandt und bei weiterhin fehlendem Rücklauf 2 Wochen später eine telefonische Katamnesebefragung angestrebt. 60% der Antwort

wurden per Zufallsauswahl eingeladen, um die Abstinenzangaben durch Substanzbestimmung im Urin sowie durch Laborwerte zu verifizieren.

Der Belastungsindex nach Schwoon et al. [31] berücksichtigt zwölf prognosebestimmende Items und zeigt mit zunehmendem Wert (Cut-off >4) eine ungünstige Prognose an. Täglich wurden der Blutdruck nach Riva Rocci [mmHg], die Herzfrequenz [1/min] – beides standardisiert nach 5-minütigem Sitzen und normiert auf 120/80 mmHg sowie 60/min bei 3-malig unverändert niedrigstem Wert – und die Entzugssymptome (CIWA-Ar-Skala; [9, 28]) gemessen. Laborchemische Untersuchungen (Elektrolyte, Blutbild, Leberwerte, thyreoideastimulierendes Hormon, HbA1c, Virus-Hepatitis-Suchtest und ggf. PCR) erfolgten in Kooperation mit dem Hausarzt. Zu Beginn erfolgte ein Screening auf Suchtmittel und Medikamente durch Urinuntersuchung. Die Abstinenz wurde regelmäßig durch Atemalkoholtests (AAT; täglich), Urinscreening (Drogen, Medikamente; nach Halbwertszeit der Substanzen), Ethylglucuronid (EtG; wöchentlich) und Bestimmung des Carbohydrate-Deficient-Trans-

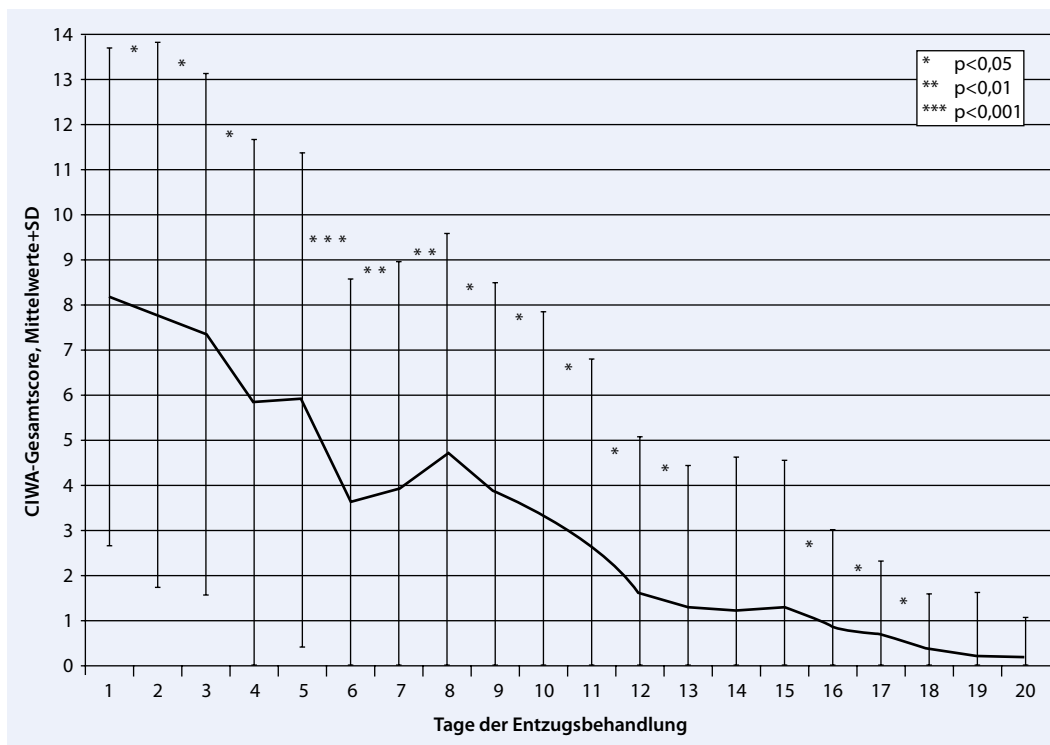


Abb. 1 ◀ Entzugssymptome nach dem CIWA-Score im Verlauf der qualifizierten Entzugsbehandlung (Behandlungstage), die Signifikanzen nach dem t-Test sind jeweils zwischen zwei Messtagen angegeben. Das Entzugssyndrom (CIWA-Score) reduzierte sich signifikant und sistierte spätestens nach 21 Tagen. Die Erhöhungen an Tag 7 und 8 resultierten aus einigen wenigen Rückfällen (v. a. am ersten behandlungsfreien Sonntag) und durch Absetzphänomene der Benzodiazepine.

ferrin (CDT; bei Bedarf nach 4 Wochen) kontrolliert.

Auswertung

Die Datensammlung erfolgte mit dem Programm Patfak light 4.19 (Redline-data, Ahrensböck, Deutschland) und die Auswertung mit dem Programm SPSS 17.0.3 (SPSS GmbH Software, München, Deutschland). Bei normal verteilten Variablen wurde der t-Test, bei nicht normal verteilten quantitativen Daten der Mann-Whitney-U-Test, bei qualitativen Daten der χ^2 -Test (Chi2) und in der Vierfelderanalyse der Fisher-Test verwendet. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < 0,05$ festgelegt. Zur Zusammenhangsanalyse wurden (binär) logistische Regressionsanalysen (ANOVA) durchgeführt bei einem Signifikanzniveau von $p < 0,01$. Zur Auswertung wurden Untergruppen nach der Diagnose und dem Belastungsindex gebildet.

Ergebnisse

Patientenmerkmale

Es wurden 293 Abhängigkeitskranke untersucht, 26 Patienten wurden nach den

Ausschlusskriterien (vgl. Studiendesign) nicht in der Studie berücksichtigt.

Die Abhängigkeitsdiagnosen verteilten sich auf die Substanzen Alkohol mit 52,6%, Cannabinoide mit 7,5%, Benzodiazepine mit 6,5%, auf polyvalenten Konsum (Alkohol, Cannabinoide, Stimulanzien, seltener Benzodiazepine, LSD und Kokain) mit 27,3% und andere mit 6,1%.

Das mittlere Alter betrug $41,4 \pm 13,3$ Jahre, die Abhängigkeitsdauer zu Behandlungsbeginn $13,3 \pm 9,8$ Jahre. Alkoholabhängige waren mit 46,4 Jahren signifikant älter als Abhängige mit polyvalentem Substanzkonsum mit 31,4 Jahren ($p < 0,001$, vgl. **Tab. 1**). Weiterhin bestand die Abhängigkeitsdiagnose bei Alkoholabhängigen signifikant länger ($16,7$ vs. $9,3$ Jahre, $p < 0,001$) bei später eingetretene Störungsbeginn ($29,6$ vs. $22,3$ Jahre, $p < 0,001$) im Vergleich zu polyvalentem Substanzkonsum. Aufgrund der geringen Fallzahlen der übrigen Diagnosen sind diesbezüglich keine generalisierbaren Aussagen zu treffen.

Den größten Anteil an Patienten mit den Merkmalen „Alleinlebender“ und „ohne feste Partnerschaft“ stellten männliche Alkoholabhängige ($p < 0,001$). Der Arbeitslosenanteil lag bei 36,9%, 23,8% gaben problematische Schulden über

10.000 EUR an; dabei waren Frauen und Alkoholabhängige jeweils signifikant seltener vertreten („arbeitslos“ $p < 0,001$, „Schulden“ $p < 0,05$, vgl. **Tab. 1**).

Der Belastungsindex als Maß für die Krankheitsschwere lag im Mittel bei $4,4 \pm 2,3$ Punkten und war bei Patienten mit einer polyvalenten Substanzabhängigkeit signifikant höher ($5,4 \pm 1,8$; $p < 0,01$). Für 51,4% der Patienten sagte der Behandlungsindex eine ungünstige Prognose voraus (Index > 4). 51,6% hatten vor der IV keine suchtspezifische Behandlung in Anspruch genommen. Die Behandlungsdauer bis zum Beginn der Suchtrehabilitation oder bis zum Abbruch durch den Patienten betrug $53,6 \pm 33,2$ Tage. Signifikante Unterschiede bez. Geschlecht und Diagnose fanden sich nicht.

Entzugsbehandlung

Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit und das Abklingen der vegetativen und psychischen Entzugssymptome sind die Hauptmerkmale für eine erfolgreiche Entzugsbehandlung. Die Entzugsbehandlung führte bei allen Patienten initial zu nachgewiesener Abstinenz. 265 Patienten (90,5%) beendeten die IV abstinent, 28 (9,5%) brachen sie rückfällig ab. Insgesamt

samt kam es bei 105 Patienten (35,8%) im Verlauf der IV zum Rückfall. Der Großteil der Rückfälle (66,6%) ereignete sich in der ersten Behandlungswoche und war auf wenige Tage, bis zum nächsten Arztkontakt (i. d. R. <2 Tage) begrenzt.

Blutdruck und Herzfrequenz lassen Rückschlüsse auf das Ausmaß des vegetativen Entzugssyndroms zu. Zu Beginn lagen die normierten systolischen Werte bei $143 \pm 19,5$ mmHg, die diastolischen Werte bei $93 \pm 18,5$ mmHg und die Herzfrequenz bei 81 ± 18 /min. Die Werte reduzierten sich schrittweise signifikant ($p < 0,05$ – $0,01$) und stabilisierten sich um den 13. bis 15. Tag bei normierten 120/80 mmHg und einer Herzfrequenz von 60/min.

Der CIWA-Score zur Beurteilung des psychovegetativen Entzugssyndroms zeigte zu Beginn mit $8,2 \pm 5,5$ Punkten ein deutliches und medikamentös behandlungsbedürftiges Entzugssyndrom. In den ersten 6 Tagen konnten die Entzugssymptome signifikant auf $3,9 \pm 5,0$ Punkte reduziert werden ($p < 0,05$). Der ebenfalls signifikante Anstieg auf bis zu $4,7 \pm 4,8$ Punkte ($p < 0,01$) am 8. Tag ist mit Rückfälligkeit einiger Patienten am ersten Wochenende assoziiert (vgl. **Abb. 1**).

Das durch Hypertonie, Tachykardie und CIWA-Score definierte vegetative und psychische Entzugssyndrom sistierte innerhalb von 3 Wochen vollständig. Es waren keine Komplikationen wie unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen, Entzugskrampfanfälle, Elektrolytentgleisungen, Delire etc. festzustellen.

Identifikation unbekannter Erkrankungen

Abhängigkeitskranke stellen ein besonders morbides (hier: 9,7% ethyltoxische Leberzirrhose) und auch komorbides Patientenkollektiv dar. Ein Ziel der Studie war es, bisher unentdeckte Komorbidität zu identifizieren und zur Morbi-RSA-relevanten Vergütung zu verschlüsseln. Vollständige Laboranalysen lagen für 215 Patienten (73,4%) vor.

Bei 2% der Patienten wurde eine Virus-Hepatitis B und bei 7,5% eine Virus-Hepatitis C mit aktueller Viruslast festgestellt. Lediglich 28,5% aller Patienten mit einer neu diagnostizierten Viruserkrankung gaben als anamnestischen Risiko-

faktor intravenösen Konsum oder eine Bluttransfusion an.

Bei 10,6% wurde eine behandlungsbedürftige Schilddrüsenerkrankung (Hypo-/Hyperthyreose, Autonomie, Thyreoiditis), bei 9,6% eine arterielle Hypertonie und bei 5,5% ein manifester Diabetes mellitus Typ II diagnostiziert.

Weitervermittlung und Abstinenz

Die Herstellung der Abstinenz, deren Aufrechterhaltung und die Vermittlung in eine medizinische Rehabilitationsbehandlung ohne „Drehtürentgiftungen“ oder gar Therapieabbrüche war primäres Ziel der integrierten Versorgung.

Zum Zeitpunkt des Behandlungsendes (Vermittlung in medizinische Rehabilitation oder Abbruch durch den Patienten) waren 95,3% der Patienten abstinent. 52,9% der Patienten konnten zu einer weiterführenden Suchtrehabilitation motiviert werden. Für 46,8% aller Patienten wurde eine ambulante, für 5,1% eine stationäre und für 1% eine kombiniert stationär-ambulante Suchtrehabilitation bei der zuständigen Rentenversicherung oder – bei fehlendem Leistungsanspruch – bei der Krankenkasse gestellt. Die differenzialindikative Rehabilitationsentscheidung wurde auf Grundlage der Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen der Deutschen Rentenversicherung Bund getroffen. Die beantragte Maßnahme wurde in allen Fällen bewilligt, 97,9% der bewilligten Maßnahmen wurden angetreten. Bezüglich der Abhängigkeitsdiagnosen zeigten sich signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Vermittlung in Rehabilitation ($p < 0,05$), nicht aber bez. der Bewilligung oder der Antrittsquote (**Tab. 2**).

Die Abstinenz wurde primär durch eine katamnestische Befragung gemessen, konnte in einem zweiten Schritt jedoch zu allen drei Untersuchungszeitpunkten per Zufallsauswahl anhand von 150 Patienten (51%) zu 98,7% bestätigt werden (Urinscreening, γ -Glutamyltransferase, mittleres Zellvolumen, EtG); zwei anamnestisch rückfällige Patienten zeigten keine laborchemischen Auffälligkeiten.

Patienten, die in der katamnestischen Befragung nicht geantwortet oder widersprüchliche Angaben gemacht hat-

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Tab. 2 Vermittlung in Weiterbehandlung und Abstinenz in Abhängigkeit von der Diagnose nach den Katamneseergebnissen

	Gesamt n=293	Abhängigkeitssyndrom von					
		Alkohol	Opiaten	Cannabinoiden	Benzodiazepinen	Psychotropen Substanzen	Multiplen Substanzen
		n=154	n=5	n=22	n=19	n=12	n=80
Vermittlung in medizinische Rehabilitation (%)	52,9	63,6	40,0	31,8	36,8	41,7	43,8
Antrittsquote der Reha (%)	97,9	97,3	100	94,6	100	100	97,7
Rücklaufquote (3M) (%)	61,4	75,3	60,0	36,4	36,8	41,7	50
Abstinenzquote (3M) (%)	59,4	72,1	60,0	36,4	36,8	41,7	48,8
Rücklaufquote (12M) (%)	56,0	69,5	60,0	31,8	31,6	41,7	45,0
Abstinenzquote (12M) (%)	50,5	61,3	40,0	27,3	31,6	41,7	43,8
Rücklaufquote (24M) (%)	47,1	61,7	60,0	27,3	10,5	31,5	41,7
Abstinenzquote (24M) (%)	39,7	49,0	20,0	27,2	10,6	33,6	41,6
	Fisher-Test p<0,05, t ₁ vs. t _{2/3}	Chi2-Test p<0,05; t ₁ vs. t _{2/3} ; nach Diagnosen					

Abstinenz nach DGSS4: abstinent und mindestens 3 Monate (M) abstinent nach Rückfall; Nichtantworter werden als rückfällig gewertet.

ten, wurden als rückfällig per definitionem gewertet (DGSS4-Berechnungsform; DG-SUCHT, 2001). Als abstinent galten auch Patienten, die nach einem Rückfall wieder mindestens 3 Monate lang durchgehend abstinent waren.

Drei Monate nach Ende der integrierten Versorgung waren 59,4% der Patienten als abstinent einzustufen, nach 12 Monaten 50,5% und nach 24 Monaten 38,6%. Die Reduktion der Abstinenzquote im Zweijahresverlauf war signifikant ($p < 0,05$) bei gleichzeitigem Rückgang der Rücklaufquote der Katamnese von 61,4% auf 47,1% (vgl. **Tab. 2**). Von allen erreichten Patienten (DGSS3) waren nach 24 Monaten 56,6% durchgehend und 24,8% mindestens 3 Monate nach einem Rückfall abstinent. Bei keinem dieser Patienten wurde eine erneute Entzugsbehandlung durchgeführt.

Die Abstinenzquoten waren abhängig von der Hauptdiagnose ($p < 0,05$), in **Tab. 2** sind die jeweiligen Abstinenzraten dargestellt. Die Abstinenzquoten vari-

ierten über die einzelnen Abhängigkeitsdiagnosen deutlich (vgl. **Tab. 2**).

Zusammenhangsanalyse unterschiedlicher Faktoren auf die Abstinenz

Durch binär logistische Regressionsanalysen sollten die Effekte einzelner Variablen auf die Abstinenz nach der IV untersucht werden. Zuvor war in der Clusteranalyse eine signifikante Ähnlichkeitsstruktur der Variablen ausgeschlossen worden. Einbezogen in die statistische Analyse wurden Vermittlung in Entwöhnung, Behandlungsdauer, Belastungsindex, Arbeitslosigkeit, Nichtalkohol-Abhängigkeitsdiagnosen, problematische Schulden, Familienstand und Abhängigkeitsdauer.

Für zwei Variablen – die Vermittlung in Suchtrehabilitation und die Behandlungsdauer – konnte über alle drei Nachuntersuchungszeitpunkte eine mittlere bis hohe Effektstärke auf die Abstinenz gezeigt werden (**Tab. 3**). Die Effektstärke

für die Vermittlung in eine Entwöhnung sank in der Nachbeobachtungszeit (β -Koeffizient: $t_1 = +0,828$, $t_2 = +0,73$, $t_3 = +0,508$, $p < 0,001$), wobei die Effektstärke der Behandlungsdauer deutlich stabiler blieb (β -Koeffizient: $t_1 = +0,32$, $t_2 = +0,171$, $t_3 = +0,25$, $p < 0,001$). Signifikante negative Effekte konnten für einen hohen Belastungsindex und die Arbeitslosigkeit gezeigt werden. Der kleine negative Effekt der Krankheitschwere (Belastungsindex) blieb über den Nachuntersuchungszeitraum stabil (β -Koeffizient: $t_1 = -0,15$, $t_2 = -0,22$, $p < 0,001$; $t_3 = -0,20$, $p < 0,01$).

Die Abstinenzquoten und die Vermittlung in Rehabilitation reduzierten sich in Abhängigkeit vom Belastungsindex und vom Katamnesezeitpunkt. In der ANOVA-Analyse zeigten sich zu allen drei Katamnesezeitpunkten signifikante Reduktionen der Abstinenzraten bei steigendem Belastungsindex (3 Monate: $p < 0,001$, $F = 12,73$; 12 Monate: $p < 0,001$, $F = 23,21$; 24 Monate: $p < 0,001$, $F = 15,24$). Signifikante Unterschiede zwischen den Abstinenzraten in der 3- und 12-Monats-Katamnese (Fisher-Test, $p < 0,05$) bei gleichem Belastungsindex ergaben sich nicht. Die Abstinenzraten der 24-Monats-Katamnese waren für die Belastungsindizes 1 sowie 4–6 im Vergleich zur 3-Monats-Katamnese signifikant geringer (Fisher-Test, $p < 0,05$). Die Behandlungsdauer hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Abstinenz unter Berücksichtigung des Belastungsindex (ANOVA, $p > 0,05$). Die Abnahme der Vermittlungsquote bei steigendem Belastungsindex reduzierte als Kovariable die Abstinenzwahrscheinlichkeit (bivariate Korrelation nach Pearson, $p < 0,01$, einseitig). Dies war ab einem Belastungsindex von 4, der per definitionem eine schlechte Prognose vorhersagt, signifikant.

Der ebenfalls kleine negative Effekt der Arbeitslosigkeit war nach 3 und 12 Monaten (β -Koeffizient: $t_1 = -0,17$, $t_2 = -0,14$, $p < 0,01$) vorhanden, erreichte nach 24 Monaten ($t_3 = -0,098$, $p > 0,05$) aber nicht mehr das Signifikanzniveau. Abhängigkeitsdiagnose, problematische Schulden, Abhängigkeitsdauer und Familienstand hatten keinen signifikanten Effekt auf die Abstinenz im Beobachtungszeitraum.

Tab. 3 Einflussfaktoren auf die Abstinenz^a

	3 Monate nach IV		12 Monate nach IV		24 Monate nach IV	
	β -Koeffizient	Signifikanz	β -Koeffizient	Signifikanz	β -Koeffizient	Signifikanz
Vermittlung in Entwöhnung	+0,828	p<0,001	+0,730	p<0,001	+0,508	p<0,001
Behandlungsdauer IV	+0,324	p<0,001	+0,171	p<0,01	+0,299	p<0,001
Belastungsindex	-0,150	p<0,001	-0,220	p<0,001	-0,157	p<0,01
Arbeitslosigkeit	-0,169	p<0,01	-0,135	p<0,05	-0,098	p>0,05
Nichtalkohol-Abhängigkeitsdiagnose	-0,071	p>0,05	-0,620	p>0,05	-0,245	p>0,05
Problematische Schulden	+0,001	p>0,05	-0,310	p>0,05	-0,049	p>0,05
Familienstand	+0,006	p>0,05	-0,140	p>0,05	-0,008	p>0,05
Abhängigkeitsdauer	+0,036	p>0,05	-0,110	p>0,05	-0,003	p>0,05
Statistik	ANOVA p<0,001		ANOVA p<0,001		ANOVA p<0,001	
	F = 8,778		F = 5,959		F = 16,65	
	R ² = 0,755		R ² = 0,576		R ² = 0,349	

^a3 bis 24 Monate nach der „Integrierten Versorgung Abhängigkeitskranker“ (IV), binär logistische Regressionsanalyse (ANOVA) nach Ausschluss von Ähnlichkeitsstrukturen durch Clusteranalyse. Variablen waren Vermittlung in Entwöhnung, Behandlungsdauer, Belastungsindex, Arbeitslosigkeit, Nichtalkohol-Abhängigkeitsdiagnose, problematische Schulden, Familienstand und Abhängigkeitsdauer.

Diskussion

Die ambulante Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker wird in Deutschland nur unzureichend angeboten und ist nur selten in ein strukturiertes Behandlungskonzept integriert. Diese Studie berichtet über die Ergebnisse einer qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung, die die Entzugsstelle (psychiatrische Facharztpraxis) mit der ambulanten Rehabilitation und dem Hausarzt vernetzt. Die geringe Abbruchrate durch Rückfälligkeit (9,5%), die hohen Vermittlungsquoten in Rehabilitation (52,9%) und die Abstinenzraten über 24 Monate zeigen die hohe Effektivität der Behandlung. Die bereits seit 2008 etablierte Umsetzung der Empfehlungen der nun publizierten S3-Leitlinie trägt nachhaltig zum Erfolg bei und belegt, dass eine praktische Umsetzung sektorübergreifender Behandlungskonzepte möglich ist.

Signifikante Unterschiede der vorliegenden Stichprobe zur Datenerhebung der Deutschen Suchthilfestatistik 2013 (alle Fälle der Beratungsstellen und Fachambulanzen) finden sich nicht für den Partnerschaftsstatus (feste Partnerschaft 49,7% vs. 48,2%, p>0,05), Erwerbsstatus (arbeitslos 36,9% vs. 39,3%, p>0,05), Bil-

dungsstand und den Anteil der Erstbehandelten (51,6% vs. 47,9%, p>0,05). In der Studienstichprobe fanden sich weniger Alleinlebende (34,8% vs. 41,1%, p<0,05) und Männer (65,5% vs. 73,9%, p<0,01), dafür mehr Abhängigkeitskranke mit Schulden über 10.000 EUR (23,8% vs. 9,2%, p<0,001). Bezüglich der Abhängigkeitsdiagnose kann als signifikanter Unterschied nur eine Erhöhung der Benzodiazepinabhängigkeit in der vorliegenden Stichprobe (6,5% vs. 0,9%, p<0,05) festgestellt werden. Die Verteilungen der Alkoholabhängigkeit (52,6% vs. 56,5%, p>0,05) und der Drogenabhängigkeit/Polytoxikomanie (40,9% vs. 39,1%, p>0,05) unterschieden sich nicht, wobei der Anteil der Mehrfachabhängigen in der Studienstichprobe mit 27,3% relativ hoch war. Die Studienstichprobe ist annähernd vergleichbar mit der Gesamtstichprobe der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen der Deutschen Suchthilfestatistik 2013. Daher kann von einer ausreichenden Generalisierbarkeit der Studie unter Berücksichtigung des Studiendesigns ausgegangen werden. Aus den Ergebnissen lässt sich nicht schließen, dass Abhängigkeitskranke durch die IV früher in eine spezifische Suchtbehandlung gelangen.

Die integrierte Versorgung mit der ambulanten qualifizierten Entzugsbehandlung ist effektiv (Herstellung der Abstinenz und Beherrschen von Entzugssymptomen) und eine sichere Behandlungsmethode (kein Auftreten von Entzugskrämpfanfällen und anderen Komplikationen). Die qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung kann bei entsprechend risikoarmen Fällen die stationäre Entzugsbehandlung ersetzen.

Ebenfalls konnten sehr gute Ergebnisse in Bezug auf die Haltequote in der Behandlung, die nahtlose Vermittlung in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme (52,9%) und die Abstinenz über 3 bis 24 Monate (3 Monate: 59,4%; 12 Monate: 50,5%; 24 Monate: 39,7%) nachgewiesen werden. Diese Ergebnisse sind zumindest gleichwertig zu den Abstinenz- und Vermittlungsraten aus Publikationen zur stationären und ambulanten Entzugsbehandlung [2, 5, 11, 15, 16, 17, 21, 24, 29, 31, 32, 33, 34, 40].

Der Erfolg dieser Behandlung in Bezug auf die Vermittlung in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme war abhängig von der Krankheitsschwere (Belastungsindex) und der Behandlungsdauer. In der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Entwöhnung) wurden dagegen die Arbeitslosigkeit, der Familienstand „alleinstehend“ und die Abhängigkeitsdiagnose als Risikofaktoren für die Rückfälligkeit identifiziert [17, 18, 27], die in der vorliegenden Analyse deutlich geringere Effekte zeigten. Die positiven Effekte einer regulär beendeten und längeren (>80 Leistungseinheiten) Rehabilitationsbehandlung in Verbindung mit dem kontinuierlichen Besuch einer Selbsthilfegruppe zeigten bereits in anderen Publikationen die größten Effekte [35, 36]. Der Schwerpunkt auf einem analytisch-interaktionellen Behandlungsansatz, der bereits zur motivationalen Klärung und Bearbeitung von Widerständen in der qualifizierten Entzugsbehandlung angewandt wird, führte zu den hohen Vermittlungs-/Antrittsraten und den guten Abstinenzquoten.

Die Durchführung einer Suchtrehabilitationsmaßnahme im Anschluss an die qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung zeigte den größten Effekt auf die Abstinenz und könnte zu einem signifikan-

ten Rückgang der abhängigkeitsassoziierten Mortalität führen [13]. Die alleinige Entzugsbehandlung ohne einen qualifizierten Anteil mit Motivationsförderung, Rehabilitationsvorbereitung und Weitervermittlung in eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme scheint nicht ausreichend effektstark zu sein, um eine dauerhafte Abstinenz sicherzustellen.

Durch die Vernetzung der qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung über die Versorgungssektoren werden Behandlungsabbrüche und Rückfälle bis zum Antritt der Weiterbehandlung reduziert und chronische Erkrankungen identifiziert. Die „vergessene Mehrheit“ verbleibt dadurch im Suchtbehandlungssystem.

Die Evidenz der Studie wird durch eine fehlende Vergleichsgruppe, Randomisierung, Verblindung und die schriftliche Nachbefragung gemindert. Eine Untersuchung im Sinne einer Nichtantwortstudie könnte mögliche Effekte klären. Durch die Operationalisierung, alle nicht erreichten Patienten als rückfällig zu klassifizieren (DGSS4-Berechnungsform), wird der Behandlungserfolg unterschätzt. Jedoch wird durch die Wahl dieser Berechnungsform eine bessere Generalisierbarkeit gewährleistet. Der ambulante Behandlungsansatz führt per se zu einem Selektionsbias durch Ausschluss von Patienten nach einem Delir oder Entzugskrampfanfall.

Wir halten diese Studie trotz der Einschränkungen für die Versorgungslandschaft in Deutschland für bedeutend, da sie die Realisierung und Effektivität innovativer und sektorübergreifender Behandlungsangebote nach der S3-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung“ belegt. Die „Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker“ mit der ambulanten qualifizierten Entzugsbehandlung kann bestehende Behandlungsangebote sinnvoll und effektiv ergänzen.

Ausblick

Weitere Untersuchungen mit adäquater Methodik sind notwendig, um die Ergebnisse des untersuchten Modells der integrierten Versorgung zu bestätigen und in ihrer Effektivität in der Suchthilfelandchaft einzuordnen. Bis dahin kann die

ses Modell die bestehenden Behandlungsangebote sinnvoll und effektiv ergänzen.

Weitere Auswertungen sollen die Hypothese der hohen Effektivität und Effizienz durch eine Kosten-Nutzen-Analyse bestätigen.

Fazit für die Praxis

- Die qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung ist sicher und kann unter Berücksichtigung der Ausschlusskriterien die stationäre Entzugsbehandlung ersetzen.
- Die Vernetzung der haus- und fachärztlichen Stellen mit der Rehabilitationseinrichtung in der integrierten Versorgung verhindert Behandlungsabbrüche und Drehtürentgiftungen.
- Die Abstinenzraten bleiben über 24 Monate nach Behandlungsende hoch, werden aber maßgeblich von der Vermittlung in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme und deren Antritt bestimmt.
- Die IV kann die Suchthilfelandchaft in Deutschland sinnvoll ergänzen und verbessern.

Korrespondenzadresse

Dr. D.V. Steffen

Ianua Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH
Lisdorfer Str. 2, 66740 Saarlouis
davidsteffen@ianua-gps.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Die Studie wurde finanziell durch die DAK (Unternehmen Leben, Vertragsgebiet Rheinland-Pfalz/Saarland) und die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (Die Gesundheitskasse) unterstützt. Es besteht ein integrierter Versorgungsvertrag zur stationärsersetzenden ambulanten Entzugsbehandlung mit obigen Krankenkassen.

D.V. Steffen ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG Sucht), der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS) und über Ianua G. P. S. mbH Mitglied des Fachverbandes Sucht e. V. (FVS). L. Steffen und S. Steffen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle im vorliegenden Manuskript beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Literatur

1. Adams M, Effertz T (2011) Volkswirtschaftliche Kosten des Alkohol- und Tabakkonsums. In: Singer MV, Adams M, Batra A, Mann K (Hrsg) Alkohol und Tabak Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme, Stuttgart, S 57–62
2. Bauer U, Hasenöhr A (2000) Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung und konventioneller Entgiftung (vergleichen die 28-Monats-Katamnese). Sucht 46:250–259
3. Bottlender M, Bottlender R, Scharfenberg CD et al (2003) Die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für den Therapieverlauf einer ambulanten Alkoholentwöhnungstherapie. Psychother Psychosom Med Psychol 53:384–389
4. Bottlender M, Soyka M (2005) Prädiktion des Behandlungserfolges 24 Monate nach ambulanter Alkoholentwöhnungstherapie: Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen. Fortschr Neurol Psychiatr 73:150–155
5. Bottlender M, Soyka M (2005) Outpatient alcoholism treatment: predictors of outcome after 3 years. Drug Alcohol Depend 80:83–89
6. Devenyi P, Harrison ML (1985) Prevention of alcohol withdrawal seizures with oral diazepam loading. Can Med Assoc J 132:798–800
7. DG-Sucht (2001) Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. SUCHT Z Wissenschaft Praxis 47:3–94
8. DHS (2006) Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Hamm
9. Ebbs J (1994) Applicability of the CIWA-A scale. Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol. J Nurs Care Qual 8:ix–x
10. Heigl-Evers A (2002) Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemische Therapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
11. Hintz T, Schmidt G, Reuter-Merklein A et al (2006) Qualifizierter ambulanter Alkoholentzug: Enge Kooperation zwischen Hausarzt und psychosozialer Beratungsstelle – Ergebnisse eines Modellprojektes. Dtsch Arztebl 102:1290–1296
12. Jauhar P, Anderson J (2000) Is daily single dosage of diazepam as effective as chlordiazepoxide in divided doses in alcohol withdrawal – a pilot study. Alcohol Alcohol 35:212–214
13. John U, Rumpf HJ, Bischof G et al (2013) Excess mortality of alcohol-dependent individuals after 14 years and mortality predictors based on treatment participation and severity of alcohol dependence. Alcohol Clin Exp Res 37:156–163
14. John U, Rumpf HJ, Hapke U (1999) Estimating prevalence of alcohol abuse and dependence in one general hospital: an approach to reduce sample selection bias. Alcohol Alcohol 34:786–794
15. John U, Veltrup C, Driessen M (1995) Motivationsarbeit mit Alkoholabhängigen. Psychiatr Prax 22:186–188
16. Krampen G, Nispel L (1981) Ein Jahr danach – Selbst- und fremdkatamnestic Befunde zur Situation von Patienten einer 6-wöchigen Alkohol-Entziehungskur. Z Klin Psychol 10:13–26
17. Küfner H, Feuerlein W, Flohrschütz T (1986) Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestic Ergebnisse. Suchtgefahren 32:1–86

18. Kufner H, Feuerlein W, Huber M (1988) Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnese, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. Suchtgefahren 34:157–271
19. Kunzke D, Strauß B, Burtscheidt W (2002) Zur Wirksamkeit der psychoanalytisch orientierten Gruppenpsychotherapie des Alkoholismus – eine Literaturübersicht. Gruppenspsychother Gruppensdynamik 38:53–70
20. Leichsenring F (2002) Zur Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter und psychodynamischer Therapie. Eine Übersicht unter Berücksichtigung von Kriterien der Evidence-Based Medicine. Z Psychosom Med Psychother 48:139–162
21. Loeber S, Kiefer F, Wagner F et al (2009) Behandlungserfolg nach qualifiziertem Alkoholentzug: Vergleichsstudie zum Einfluss motivationaler Interventionen. Nervenarzt 80:1085–1092
22. Manikant S, Tripathi BM, Chavan BS (1993) Loading dose diazepam therapy for alcohol withdrawal state. Indian J Med Res 98:170–173
23. Mann K, Batra A, Hoch E (2015) S3-Leitlinie: Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung. In: AWMF. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001I_S3-Leitlinie_Alkohol_2015-01.pdf. Zugegriffen: 30. Jan. 2015
24. Mann K, Croissant B (2003) Die stationäre Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen und ihre ambulante Fortführung. Klinikarzt 32:306–312
25. Mann K, Stetter F (1997) Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. Nervenarzt 68:574–580
26. Mathers C, Fat DM, Boerma JT et al (2008) The global burden of disease: 2004 update. World Health Organization, Geneva
27. Missel P, Bick S, Bachmeier R et al (2013) Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol und Medikamentenabhängige. SuchtAktuell 1:13–25
28. Nuss MA, Elnicki DM, Dunsworth TS et al (2004) Utilizing CIWA-Ar to assess use of benzodiazepines in patients vulnerable to alcohol withdrawal syndrome. W V Med J 100:21–25
29. Olbrich R (2001) Die qualifizierte Entzugsbehandlung in der stationären Alkoholismustherapie. In: Olbrich R (Hrsg) Suchtbehandlung. Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen. Roderer, Regensburg
30. Reymann G (2002) Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger: Der Beitrag psychodynamischer Therapieverfahren. Sucht 48:182–190
31. Schwoon DR, Schulz P, Höppner H (2002) Qualifizierte Entzugsbehandlung für Alkoholranke in der Innere Medizin. Suchttherapie 3:117–122
32. Soyka M (1999) Efficacy of outpatient alcoholism treatment. Addiction 94:48–50
33. Soyka M, Horak M (2004) Outpatient alcohol detoxification: implementation efficacy and outcome effectiveness of a model project. Eur Addict Res 10:180–187
34. Soyka M, Horak M, Morhart V et al (2001) Modellprojekt „Qualifizierte ambulante Entgiftung“. Nervenarzt 72:565–569
35. Steffen DV, Werle L, Steffen R et al (2012) Nachhaltigkeit einer ambulanten psychoanalytisch-interaktionellen Suchtrehabilitation. Fortschr Neurol Psychiatr 80:394–401
36. Steffen DV, Werle L, Steffen R et al (2012) Ambulante Suchtrehabilitation im höheren Lebensalter. Rehabilitation 51:326–331
37. Stuppaeck C, Barnas C, Falk M et al (1995) Eine modifizierte und ins Deutsche übersetzte Form der Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-A). Wiener Zschr Suchtforsch 18:39–47
38. Van Sweden B (1989) Diazepam loading for alcohol withdrawal: seizure risk in epileptics. Biol Psychiatry 26:853–854
39. Veltrup C (1995) Abstinenzgefährdung und Abstinenzbeendigung bei Alkoholabhängigen nach einer umfassenden stationären Entzugsbehandlung. Waxmann, Münster
40. Veltrup C, Driessen M (1993) Erweiterte Entzugsbehandlung für alkoholabhängige Patienten in einer psychiatrischen Klinik. Sucht 39:168–172
41. Wienberg G (2001) Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit: Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Psychiatrie-Verl., Bonn

Herzgefährdende Liaison: Bluthochdruck und Depression

Herz-, Diabetes- oder Schlaganfall- Patienten, die depressive Symptome und einen sehr hohen Blutdruck aufweisen, haben ein besonders hohes Herz-Kreislauf-Risiko. Das belegt eine neue schottische Studie, die auf dem Kongress der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft (ESC) in London präsentiert wurde, berichtet die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK).

Die Studie mit mehr als 35.000 Patienten zeigte, dass das Risiko, innerhalb von vier Jahren eine Herzschwäche zu entwickeln, einen weiteren Schlaganfall oder Herzinfarkt zu erleiden, oder an einer kardiovaskulären Erkrankung zu versterben, bei Patienten mit Depression und hohem Blutdruck um 83 Prozent höher und bei solchen mit Depression und niedrigem Blutdruck um 36 Prozent höher war als bei jenen, die normale Blutdruckwerte und keine depressiven Symptome aufwiesen.

Die Studie umfasste die Daten von 35.537 in Schottland lebenden Patienten mit koronarer Herzerkrankung, Diabetes oder Schlaganfall. Das Vorliegen einer Depression wurde mittels des „hospital anxiety and depression score“ (HADS-D) erhoben. Der gemessene systolische und diastolische Blutdruck wurde in mehrere Kategorien klassifiziert: sehr hoch (>160/>100), hoch (140-159/90-99), normal (130-139/80-89), gut kontrolliert (120-129/80-84) oder niedrig (<120/<80). Darüber hinaus wurden über einen Zeitraum von vier Jahren kardiovaskuläre Ereignisse erhoben, nämlich ein weiterer Schlaganfall oder Herzinfarkt, Herzinsuffizienz oder Tod aufgrund von kardiovaskulären Ursachen.

Im Beobachtungszeitraum kam es bei 3.939 Patienten (11 Prozent) zu mindestens einem kardiovaskulären Ereignis. Das Vorliegen einer Depression erwies sich als signifikanter Prognosefaktor.

Literatur: ESC 2015 Blood Pressure control, presence of depressive symptoms and clinical outcomes at 4 years in patients with cardiometabolic disease; B. Jani, S. Barry, J. Cavanagh, G. Der, N. Sattar, F. Mair

Quelle: www.dgk.org